



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea
magistrale
in Lavoro,
Cittadinanza Sociale,
Interculturalità

Tesi di Laurea

**La sofferenza psichica
delle persone
immigrate**
Preso in carico sul
territorio bolognese

Relatore

Prof. Francesco Della Puppa

Correlatore

Prof. Fabio Perocco

Laureanda

Caterina Cardillo
Matricola 967448

Anno Accademico

2018 / 2019

Sommario

Introduzione	4
1. Prospettive teoriche di etnopsichiatria e disturbi psichiatrici nell'immigrato	6
1.1. Etnopsichiatria: la sua evoluzione	6
1.2. Etnopsichiatria della migrazione e migrazione intesa come evento (ri)traumatizzante	10
1.3. Correlazione fra migrazione e disturbi psichiatrici	13
1.3.1. Disturbo post-traumatico da Stress (PTSD)	15
1.3.2. Depressione	16
1.3.3. Disturbo d'ansia generalizzata (GAD)	17
1.3.4. Disturbo di somatizzazione	18
1.4. Dati epidemiologici sui disturbi psichiatrici nell'immigrato	19
2.1. La presa in carico	23
2.1.1. Nord Italia	24
2.1.2. Centro Italia	28
2.1.3. Sud Italia	30
2.1.4. Presa in carico... in che misura?	31
2. Avere cura di chi cura: i rischi delle professioni d'aiuto	33
3. La ricerca	39
3.1. L'intervista dialogica	39
3.2. Gli intervistati	40
3.3. La traccia di intervista	41
3.4. Precisazioni e note per la lettura	43
4. Etnopsichiatria ed etnopsicologia	45
4.1. La composizione dell'équipe	45
4.1.1. I mediatori culturali	47
4.2. Il setting terapeutico	49
4.3. Interventi culturalmente orientati	51
4.4. "Etno-Terapie": qual è la differenza?	55
4.5. Scarsa formazione e schemi culturali	62
5. Immigrazione e sofferenza psichica	67
5.1. La migrazione e i traumi	68
5.2. La migrazione e la cultura	74
5.3. Post Migration Living Difficulties	80
6. La presa in carico	89

6.1. Servizi di presa in carico.....	89
6.1.1. Progetto Approdi	89
6.1.2. Servizio di consultazione culturale – Progetto Start-ER 2.....	92
6.1.3. Associazione Sokos.....	94
6.1.4. Associazione DiverSa/Mente	96
6.1.5. Progetto Casper	98
6.1.6. Ferite Invisibili	101
6.2. Somiglianze e differenze	106
6.3. Che cosa aiuta nella presa in carico?	108
7. La salute degli operatori.....	116
7.1. Supervisione ed équipe come strategie protettive	117
7.2. Confronto con i colleghi come strategia protettiva.....	121
7.3. Altre strategie protettive	124
Conclusioni	131
Bibliografia	143
Sitografia.....	145

Introduzione

Viviamo in una realtà mondiale in cui la scelta o, spesso, l'obbligo di emigrare sono sempre più in aumento, a causa di guerre, cambiamenti climatici, povertà, ricerca di prospettive migliori e via dicendo. Secondo un rapporto redatto dall'OIM¹, nel 2019 nel mondo si trovavano 272 milioni di emigranti internazionali, un dato in crescita rispetto agli anni precedenti (si è passato dal 2,8% della popolazione mondiale nel 2000, al 3,5% nel 2019). Seppur questi numeri non siano in linea con gli allarmismi istituzionalmente prodotti da molti governi e mass-media europei relativi a una cosiddetta "invasione", bisogna al contempo prestare la giusta attenzione a chi arriva in Italia, nel nostro caso, a seguito di una migrazione. Come avremo modo di vedere più approfonditamente nelle prossime pagine infatti, viaggiare, spostarsi, abbandonare i propri sistemi di riferimento culturali, i propri affetti personali, i beni materiali ha indiscutibilmente una ricaduta sul benessere delle persone. Alcuni autori definiscono proprio per questi motivi l'emigrazione come un evento traumatico di per sé², aldilà di quanto può accadere durante il viaggio a chi si sposta (e sappiamo che sempre di più gli spostamenti intercontinentali, in particolare di chi proviene da paesi periferici nel sistema mondo, sono caratterizzati da condizioni di rischio, da soprusi e violenze, elementi dunque altamente traumatizzanti).

L'interesse nei confronti di questi argomenti mi è sorto in quanto, come operatrice dell'accoglienza in una struttura di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati, mi sono trovata più volte di fronte a giovani recentemente arrivati in Italia che manifestavano in maniera più o meno esplicita grosse difficoltà di gestione del proprio vissuto migratorio, nella maggior parte dei casi caratterizzato da violenze subite, perdita di amici o parenti, prigionia, ecc. Da un lato le condizioni di vulnerabilità osservate dall'esterno spesso faticavano ad essere espresse; dall'altro, gli strumenti di gestione e presa in carico da parte degli operatori di quelle ferite interne, non sotto gli occhi di tutti ma comunque visibili con il tempo e con l'instaurarsi di una relazione, non erano per nulla immediati, per lo meno in un contesto di vita residenziale. Da qui la voglia di approfondire le possibilità di cura e sostegno di questo mondo interiore che chiunque si porta dentro, a maggior ragione una persona immigrata che smarrisce i suoi punti di riferimento di sempre.

A partire da questi presupposti si è deciso, all'interno di questo elaborato, di affrontare la tematica della presa in carico della sofferenza psichica di persone straniere giunte sul territorio italiano, in particolare realizzando un focus sull'area bolognese in quanto città di occupazione di chi scrive. Per

¹ OIM, *World Migration Report 2020*, Ginevra, 2019.

² Mazzetti M. *Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014, p. 45.

fare ciò è stata realizzata una ricerca di tipo qualitativo, avvalendosi di interviste dialogiche rivolte a undici intervistati, così suddivisi: sei psicologi psicoterapeuti che lavorano in cinque diversi servizi del territorio bolognese che si occupano di presa in carico di persone immigrate, e cinque testimoni privilegiati, esperti del tema, di cui quattro operativi all'interno di un progetto specialistico avviato nel 2004 a Roma sempre in questo ambito e uno psichiatra, oggi in pensione, che ha lavorato a lungo in diversi Centri di Salute Mentale della sanità pubblica bolognese.

Le tematiche affrontate sono state suddivise fra una prima parte teorica e una seconda di approfondimento tramite la ricerca, con l'obiettivo di andare ad indagare su quattro principali tematiche, che determinano la suddivisione in capitoli di questo elaborato. Nel primo capitolo ci si è occupati dal punto di vista bibliografico di etnopsichiatria e correlazione fra migrazione e sofferenza psichica, in entrambi i casi l'attenzione è stata principalmente focalizzata sugli aspetti psichiatrici e meno su quelli relativi al malessere psicologico, per via di una maggiore vastità di letteratura presente sul tema. Nel secondo capitolo ci si è occupati nella prima parte di realizzare una mappatura dei servizi disponibili in Italia (si rimanda al contenuto del capitolo per quanto riguarda la spiegazione delle caratteristiche della mappatura), per cercare di capire quanto effettivamente sia possibile curare e quanto vi sia attenzione in questa direzione da parte delle strutture socio-sanitarie; nella seconda parte si è realizzato un breve approfondimento sui rischi legati alla salute degli operatori che lavorano in questo ambito di presa in carico, quotidianamente in contatto con sofferenza mentale. Nel terzo capitolo si è occupato di mostrare come si è svolta la ricerca, spiegando metodologia, strumenti e obiettivi. Dal quarto al settimo capitolo si è entrati nel cuore effettivo della ricerca, grazie alle parole degli intervistati che sono state spunto di riflessione e approfondimento delle tematiche trattate. I diversi capitoli hanno ripreso gli stessi argomenti trattati precedentemente a livello teorico, ovvero: nel quarto capitolo l'etnopsichiatria e l'etnopsicologia; nel quinto capitolo la correlazione fra sofferenza psichica e immigrazione; nel sesto capitolo l'effettiva presa in carico di questo tipo di disturbi e nel settimo capitolo la salute degli operatori. È interessante evidenziare quanto il confronto fra prassi e teoria abbia portato alcuni concetti (quello di etnopsichiatria in primis) ad evolversi, modificarsi poiché entrati in relazione con la realtà concreta dei servizi, con le persone in carne ed ossa che, tramite le loro esperienze e competenze hanno permesso di ampliare gli orizzonti sui diversi argomenti di ricerca.

1. Prospettive teoriche di etnopsichiatria e disturbi psichiatrici nell'immigrato

1.1. Etnopsichiatria: la sua evoluzione

L'etnopsichiatria viene definita nel "*Breve dizionario di etnopsichiatria*"³ come la disciplina che si occupa dell'esplorazione sistematica del rapporto fra cultura e psichismo e di quello fra contesto socioculturale, malattia mentale e cura. Si basa sull'idea che la psiche umana è profondamente influenzata da variabili sociali e culturali che caratterizzano l'ambiente e di appartenenza dell'individuo (ad esempio per quanto riguarda il tipo di famiglia, i valori civili e religiosi di riferimento, i sistemi ideologici...), idea che si oppone al concetto di disturbo psichico biologicamente e universalmente strutturato⁴.

Si possono individuare tre assi principali di cui l'etnopsichiatria si occupa⁵: il primo è quello storico/genealogico/epistemologico, in quanto si parte dal presupposto che la sofferenza psichica non sia un elemento da leggere come un dato di fatto naturale, ma piuttosto come "una costruzione storico-culturale che si dà dentro una rete di forze sociali e di rapporti egemonici, che si riproducono anche attraverso le pratiche di cura"⁶. Il secondo asse è quello antropologico ed etnografico: esso indaga le modalità tramite le quali si costruiscono la malattia mentale, le strategie di cura e l'efficacia terapeutica in contesti culturali non occidentali, studia inoltre teorie e pratiche delle medicine tradizionali e del mondo occidentale intese come culturalmente determinate. Il terzo asse infine, è quello politico, che ha il compito di occuparsi della complessità che la questione migratoria ha introdotto oggi nelle nostre società, in particolare per quanto riguarda questioni epistemologiche ed antropologiche con interrogativi giuridici e morali. Questo terzo asse aiuta nell'evitare possibili derive culturaliste del secondo asse, contribuendo a evitare il riferimento alle differenze culturali come strumento lineare d'interpretazione della malattia mentale nei pazienti stranieri.

Vista la grande evoluzione di cui è stata protagonista la disciplina dell'etnopsichiatria, risulta indispensabile analizzare da una prospettiva storica le principali tappe di questo percorso.

Nascendo all'interno dell'orizzonte coloniale, occorre prendere in esame le particolari rappresentazioni dell'Altro che hanno animato gli albori di questa disciplina: medici e psichiatri esprimevano giudizi sommari sulle popolazioni considerate "primitive", parlavano di malattie e di

³ Beneduce R. *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci editore, Roma, 2008, pp. 65-66.

⁴ Aguglia E., Pascolo-Fabrizi E., Riolo A., Ancora A., D'Arone R. (1999), *Psichiatria transculturale*, in Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1999 (Seconda Edizione), p. 265-266.

⁵ Pendezzini A., *Etnopsichiatria*, in Riccio B. (a cura di) *Antropologia e migrazioni*, CISU, Roma, 2014, p. 200.

⁶ Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1998.

malati, di singolari disturbi del comportamento e di categorie diagnostiche esotiche, oltre che di popolazioni di cui bisognava correggere la cosiddetta debolezza morale, da educare e, in sintesi, da condurre verso i modelli di civiltà e di organizzazione sociale europei⁷. In linea di massima, non viene mai messa in discussione la centralità e la fondatezza epistemologica del sapere psichiatrico occidentale. Questi presupposti assunsero quasi ovunque un carattere prevalentemente politico offrendo al tempo stesso una serie di categorie diagnostiche e di interpretazioni e di modelli che avevano un duplice obiettivo: legittimare l'ordine coloniale e tradurre i conflitti sociali o le attitudini religiose in equivalenti psicopatologici. Viene, infatti, creata una correlazione fra civilizzazione e malattia mentale⁸. "L'Africano", in particolare, è costruito come oggetto di conoscenza, tramite l'elaborazione di sistemi classificatori e pratiche intrinsecamente coerenti con l'azione del potere coloniale⁹.

Il contributo di Frantz Fanon, psichiatra nativo della Martinica e importante rappresentante del movimento terzomondista per la decolonizzazione, ha comportato un cambiamento nei paradigmi teorici della disciplina, anche attraverso la sua critica alla medicina coloniale che dal suo punto di vista assume una posizione di "verità inoppugnabile: quella di essere nei fatti alleata con il potere coloniale, anche nelle sue espressioni più brutali"¹⁰. È proprio da queste posizioni che Fanon vuole allontanare l'etnopsichiatria, fondando la disciplina sul presupposto, sostenuto con forza, che "non si può provare a curare senza preliminarmente conoscere e comprendere i profili storici, linguistici, culturali dei malati: tanto meno si può tentare di curare coloro che si pretende, prima di tutto, di assimilare"¹¹.

A seguito di queste riflessioni ci troviamo davanti a un punto di svolta nella definizione dell'etnopsichiatria: d'ora in avanti si affermerà sempre di più come una disciplina caratterizzata da una strategia critica e riflessiva, che punta a indagare i tratti politici e sociali della cura, l'ideologia dei dispositivi terapeutici e delle categorie psichiatriche occidentali e il loro grado di applicabilità in altre società. Un'etnopsichiatria che si possa applicare anche ai problemi della violenza, del conflitto sociale, delle strategie di cura da realizzare nei contesti di crisi e nella società attuale, che, per riprendere Bauman, viene sempre più spesso definita come "società dell'incertezza". L'etnopsichiatria può essere considerata tale solo quando abbandona l'interpretazione sostanzialistica del concetto di cultura, intesa come un sistema coerente, chiuso e condiviso da tutti

⁷ Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma, 2007, pp. 47-48.

⁸ *Ivi*, pp. 57-58.

⁹ Vaughan, *Curing thier ills. Colonial power and african illness*, Polity Press, Cambridge, 1991, p. 8.

¹⁰ Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., p. 92.

¹¹ *Ivi*, p. 98.

in egual modo e usata come mezzo di spiegazione deterministica di forme di dipendenza, sofferenza e modelli comportamentali.¹²

Proprio per i motivi visti finora, l'etnopsichiatria e la psichiatria transculturale divennero metodologicamente più rigorose e attente ai saperi locali solo dopo l'avvenuta indipendenza dei paesi colonizzati, avendo finalmente la possibilità di allontanarsi dalle ipocrisie e dalle contraddizioni dell'epoca coloniale.

Un ulteriore passo avanti nello sviluppo dell'etnopsichiatria si ebbe con l'apporto conferito da Georges Devereux, in particolare per quanto riguarda la costruzione delle sue strategie metodologiche e della sua specificità disciplinare. L'autore sottolineò la necessità di un approccio interdisciplinare, basato sul presupposto che i saperi chiamati a interagire (antropologia, psichiatria, psicoanalisi, ellenistica, storia delle religioni, ecc.) operino tutti nella direzione di una ridefinizione critica dei propri oggetti di studio, come ad esempio tematiche quali la malattia mentale, la norma, l'identità, l'adattamento, ecc. Inoltre, Devereux ha portato un contributo significativo alla riflessione attorno al concetto di cultura, principale oggetto di studio dell'antropologia, proponendone una nuova rilettura e una sua interazione con la distinzione fra normale e patologico, ambito di studio della psichiatria¹³.

Per Devereux la cultura non può essere intesa come un'entità esterna e superiore, non può inoltre dipendere unicamente da essa la determinazione di scelte, attitudini, profili di personalità e più in generale l'insieme dei comportamenti umani. In breve, la cultura non è l'unico fattore da tenere in considerazione per interpretare l'operato degli individui e loro eventuali comportamenti "fuori dalla norma", abbandonando dunque un determinismo culturale inteso in senso meccanicistico. Più che alle culture, bisogna piuttosto guardare agli individui, in quanto "gli individui non reagiscono che ad altri individui"¹⁴, senza comunque negare il ruolo che la cultura esercita sulla personalità, sul comportamento o sulla costruzione di teorie scientifiche¹⁵. Devereux sostiene quindi l'importanza dell'interdisciplinarietà fra psichiatria e antropologia, in quanto solo all'interno di una data cultura il dato psichiatrico trova la totalità dei suoi significati, ma sottolinea allo stesso tempo i rischi derivanti da un culturalismo troppo spinto.

Nonostante le novità apportate da quest'ultimo autore, e il suo sostenere che la psichiatria occidentale debba essere considerata come parte di un più ampio repertorio di entopsichiatriche a livello globale, nel suo pensiero permane comunque una forma di eurocentrismo: se gli studi

¹² Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., pp. 110-112.

¹³ *Ivi*, p. 117.

¹⁴ Bastide, *Introduzione a Devereux G., Saggi di etnopsichiatria generale*, p. 9.

¹⁵ Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., p. 122.

psichiatriche delle popolazioni non occidentali sono riconosciuti, essi non vengono però mai messi alla stessa altezza di quelli occidentali, instaurando così una sorta di gerarchia fondata sulla presunta supremazia della psichiatria occidentale¹⁶, aspetto ancora oggi difficile da scardinare in tanti ambienti europei.

Proseguendo il percorso intrapreso dalla disciplina, l'etnopsichiatria declina attualmente il suo capitolo per certi versi più accattivante dentro alla società industriale odierna sempre più caratterizzata dai fenomeni migratori: come dimostra una vasta letteratura, vi è spesso una correlazione fra esperienza migratoria e vissuti di sofferenza e/o rischio di malattia. È importante sottolineare sin da subito che le esperienze traumatiche non dipendono solo dal contesto di partenza e dal viaggio intrapreso, ma il più delle volte il contesto di approdo e la sua violenza strutturale¹⁷ gioca un ruolo fondamentale nel peggiorare le condizioni di salute dell'immigrato. Anche in questo caso si torna alla ricerca di un equilibrio fra due presupposti contrastanti: da un lato la pratica clinica non può prescindere dal tenere conto della cultura di provenienza come fonte preziosa di significati, dall'altro però non può pensare di risolvere all'interno di essa conflittualità e sofferenze che nascono all'interno di precisi rapporti di forza sociali e politici¹⁸. Per molti secoli l'emigrante è stato percepito come una figura strutturalmente instabile dal punto di vista psichico, divenendo così oggetto di un'ossessione nosografica. Questa idea si basava sul presupposto che nell'atto stesso di emigrare si nascondesse un malessere nei confronti della condizione e del posto occupati nella società d'origine, acuito e rivelatosi per intero nel corso dell'esperienza migratoria o nel tentativo di adattamento nel paese ospite¹⁹. Nei paesi occidentali, la convinzione che l'emigrazione si accompagni a forme specifiche di disturbo psicopatologico, promuove una progressiva medicalizzazione dell'immigrato. Viene così a crearsi uno stereotipo dell'immigrato inteso come persona fragile dal punto di vista medico, con un più elevato rischio di sviluppare malattie psichiatriche; solo più recentemente ha iniziato a farsi strada il principio di "selezione positiva" dell'immigrato, ovvero il fatto che a emigrare sarebbero soggetti particolarmente dotati, sani e con risorse economiche sufficienti per far fronte alle difficoltà del percorso migratorio. Anche quest'ultima categoria si sta però rivelando fallace, in quanto risulta oramai impossibile la categorizzazione in tipologie fisse e univoche, se si considera che l'emigrazione deriva sempre più spesso da fattori contingenti quali guerre, carestie, crisi sociali ed economiche, ecc. e che quindi chiunque può essere portato ad emigrare (scappare), e non solo i più sani.

¹⁶ *Ibidem*, cit., p. 146.

¹⁷ Farmer, *An Anthropology of structural violence*, in *Current Anthropology*, Vol. 45, Nr. 3, 2004, p. 305-325.

¹⁸ Pendezzini A., *Etnopsichiatria*, in Riccio B. (a cura di) *Antropologia e migrazioni*, cit. p. 202.

¹⁹ Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., p. 257.

Diviene dunque necessario che l'etnopsichiatria diventi capace di uscire da stereotipi fissi e categorizzazioni non a contatto con la realtà storica e sociale, e che punti sempre più verso una versione critica della disciplina, capace di far fronte alle nuove condizioni che la società odierna ci propone.

Un'etnopsichiatria critica è quella che riconosce per se stessa prima che un compito tecnico e clinico, o prima che una condizione conoscitiva ed etnografica, un ruolo etico che nasce dalla consapevolezza epistemologica capace di vedere, svelare e testimoniare l'infinita complessità che soggiace alle più diverse forme di sofferenza e malattia²⁰. Come sostenuto da Beneduce, non può più esistere la figura dell'etnopsichiatra "solitario", al contrario è necessario portare avanti un approccio storico e politico in modo da proteggere l'etnopsichiatria dai rischi di un ritorno ad un atteggiamento coloniale, il quale può sempre ricomparire sotto forme inattese.

Negli ultimi anni stanno però emergendo anche posizioni piuttosto contrastanti da quelle esposte sinora: autori come Geraci e Mazzetti sostengono infatti che, se per etnopsichiatria ci si riferisce alla cura della sofferenza psichica contestualizzata nei riferimenti culturali del paziente, la disciplina possa di fatto apparire tautologica. Dal loro punto di vista nessuna buona psichiatria può trascurare la cultura del paziente e il fatto dunque di creare una branca apposita risulterebbe essere una ripetizione di un qualcosa di già esistente²¹.

L'etnopsichiatria è dunque una disciplina ben lontana dall'aver una definizione e un'applicazione univoche e riconosciute a livello teorico, a parere di chi scrive questo può rappresentare un punto di forza, in quanto può meglio adattarsi alla realtà circostante e crescere insieme ad una società in continuo cambiamento.

1.2. Etnopsichiatria della migrazione e migrazione intesa come evento (ri)traumatizzante

Come già evidenziato precedentemente, uno dei principali campi di azione dell'etnopsichiatria è quello che ha a che fare con i movimenti migratori del mondo contemporaneo, i quali sono da considerare ormai un elemento strutturale della modernità. Beneduce definisce con chiarezza di cosa deve occuparsi l'etnopsichiatria della migrazione:

[l'etnopsichiatria] è chiamata a esplorare l'intero orizzonte dei processi storici economici e sociali fra i quali emerge la sofferenza o si sviluppano i conflitti psicologici degli immigrati, dal momento che un approccio incapace di dare ascolto a quelle storie negate e a quelle memorie umiliate sarebbe di fatto inefficace sotto il profilo clinico. Sulla base di questo presupposto, l'etnopsichiatria interroga il grado di

²⁰ Pendezzini A., *Etnopsichiatria*, in Riccio B. (a cura di) *Antropologia e migrazioni*, cit. p. 207.

²¹ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019, in corso di stampa.

legittimità delle categorie diagnostiche della psichiatria occidentale e il valore di altri sistemi di interpretazione, esplora i limiti e le possibilità delle strategie psicoterapeutiche senza ignorare il valore di altre tecniche quando deve far fronte alla domanda di cura della popolazione immigrata²².

Il dizionario della lingua italiana definisce così il trauma: “Emozione improvvisa e violenta, capace di provocare un’alterazione permanente nell’attività psichica²³”. Una tesi spesso presente in letteratura è che la migrazione rappresenti un evento complesso che può essere vissuto in maniera traumatica. Analizzeremo adesso le posizioni dei diversi autori che si avvicinano alla migrazione considerandola un evento potenzialmente traumatico e ritraumatizzante.

La ritraumatizzazione, secondo Mazzetti, avviene per mezzo di tre aspetti principali²⁴:

- Creazione di un contesto deculturalizzante, in quanto l’individuo che sta già soffrendo una crisi della propria identità culturale vive in maniera più violenta lo stress da transculturazione;
- Solitudine sociale, legata alle sistemazioni abitative spesso precarie (ad esempio i centri di accoglienza molto affollati) e alla percezione di isolamento ed estraniamento dall’ambiente circostante, elementi accompagnati dalla perdita dei contatti sociali e delle relazioni affettive più intime del paese di provenienza;
- Esposizione a stimoli scatenanti, quali ad esempio contatti con le forze dell’ordine o soggetti in divisa che possono generare uno stimolo ansiogeno violento in base alle esperienze precedentemente vissute dal soggetto, spesso di violenza e persecuzione.

Alla luce di ciò, è utile considerare il trauma da una prospettiva multidimensionale, in modo che si possano tenere in considerazione i tre principali momenti che caratterizzano la migrazione: il trauma pre-migratorio, legato al contesto del paese di origine da cui si decide di partire, quello prettamente migratorio, che ha a che fare con la fuga e con il viaggio, e quello post-migratorio, spesso connesso con le politiche migratorie del paese di approdo e le condizioni di vita e di accoglienza che in esso si trovano²⁵. In particolare, per quanto riguarda quest’ultimo aspetto, si può parlare di traumatizzazione secondaria, ovvero di riattivazione dell’esperienza traumatica attraverso

²² Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., p. 263.

²³ Devoto G., Oli G.C., *Il dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze, 1990.

²⁴ Mazzetti M. *Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., p. 45.

²⁵ Michela Nosè, *Tortura e disagio psichico tra i rifugiati e i richiedenti asilo. Presa in carico e intervento psico-sociale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019, in corso di stampa.

nuovi eventi, quali ad esempio le condizioni di vulnerabilità legate alla nuova vita in Europa, o la non sufficiente tutela di alcune parti del sistema di accoglienza²⁶.

Anche in ambito psichiatrico si è data attenzione al momento di approdo nel nuovo paese da parte degli immigrati: si parla infatti di Post-Migration Living Difficulties (PMLD, difficoltà di vita in terra di immigrazione), le quali sembrano avere un ruolo importante nel causare e nel mantenere delle reazioni post-traumatiche, da disadattamento e somatizzazione, in modo indipendente e scollegato da eventuali altri traumi subiti nella fase pre-migratoria o migratoria²⁷.

Il trauma, secondo Mazzetti, può però anche essere considerato come un'opportunità di crescita e sviluppo personale in quanto permetterebbe di ridare un significato alla propria esistenza, anche in condizioni limite. Un evento stressante può essere un'opportunità per ampliare i limiti dei propri schemi. Questo è possibile grazie allo sviluppo di quella che viene definita "capacità di sopportare i traumi conservando una buona salute psichica", ovvero la resilienza²⁸. I tre fattori che più fortemente influenzano la capacità di resilienza dell'individuo sono: le caratteristiche individuali (in particolare la solidità del Sé, la solidità e flessibilità dell'identità culturale, gli stili di attaccamento efficaci, gli stili di coping efficaci e la salute psichica pre-migratoria), l'esistenza o meno di un progetto migratorio (ovvero l'insieme delle motivazioni che hanno portato la persona a emigrare. Più le motivazioni sono radicate e sentite dall'individuo, più questi sarà capace di far fronte alle difficoltà che incontrerà) e il supporto sociale che l'immigrato trova lungo il percorso.

Queste caratteristiche è potenzialmente più probabile che manchino in soggetti quali i richiedenti asilo e i rifugiati, o in certi casi nei familiari ricongiunti di immigrati, in quanto accomunati da caratteristiche simili: sono vittime di migrazioni forzate. Per quanto riguarda le caratteristiche individuali, la loro storia di vita può avere avuto effetti altamente compromettenti sulla loro salute fisica e psicologica, e ciò è valido in particolare per le vittime di tortura. Un altro elemento di vulnerabilità è costituito dal fatto che manchi un progetto migratorio in senso stretto: per esempio, se si pensa ai rifugiati, nel loro caso il progetto è spesso e volentieri quello di salvarsi la vita. Altre dimensioni che determinano una maggiore esposizione ai rischi di (ri)traumatizzazione, sono lo stress da transculturazione una volta arrivati nel paese ospitante, ovvero quell'insieme di fenomeni che interessano il migrante nel suo passaggio da una terra a un'altra, che comporta l'esposizione a una elevata complessità di stimoli tale da non poter essere sistematizzati in ogni sua parte; la perdita di status sociale, derivante dall'aver lasciato nel paese di origine un determinato standard di vita e

²⁶ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 4.

²⁷ *Ivi*, p. 2.

²⁸ Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., pp. 30-31.

occupazionale difficilmente ripristinabile in tempi brevi nel nuovo paese; la mancanza di un supporto sociale, in quanto il rifugiato spesso arriva solo e in un paese non scelto²⁹.

Tuttavia, come già sottolineato, sono proprio le difficoltà incontrate nel paese di arrivo a giocare un ruolo fondamentale nella ritraumatizzazione del soggetto emigrante. Secondo alcuni autori le PMLD sono paragonabili all'entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica e in alcuni casi possono avere addirittura un'influenza maggiore³⁰. Le condizioni di accoglienza inadeguate agiscono come fattore moltiplicatore del trauma, proprio per questo motivo individui con traumi gravi che trovano condizioni di accoglienza adeguate sviluppano patologie meno gravi di soggetti con traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite³¹.

Alla luce di queste osservazioni, nel prossimo paragrafo vedremo le connessioni studiate in letteratura fra percorso migratorio nella sua interezza e disturbi psichiatrici.

1.3. Correlazione fra migrazione e disturbi psichiatrici

Ai fini di questo elaborato può risultare interessante capire in che misura gli immigrati (per maggiore disponibilità di dati si fa riferimento agli immigrati in Italia o in Europa) vengono colpiti da disturbi psichiatrici. Se si fa riferimento all'intera popolazione immigrata in linea di massima si può prendere in considerazione il principio del "migrante sano" alla partenza, ovvero una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. È però riconosciuto che la salute dei migranti ha buone probabilità di essere ridotta più o meno rapidamente nel momento dell'arrivo in Italia (o in Occidente, più in generale), a causa della continua esposizione a fattori di rischio, come la povertà, il disagio psicologico legato allo sradicamento culturale, le politiche migratorie che determinano l'ottenimento (o meno) dei documenti, e le difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari. Questo fenomeno viene definito "effetto migrante esausto"³². Il rapporto "Epidemiologia e prevenzione", pubblicato sulla Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, sostiene infatti che "gli immigrati tendono, in maniera

²⁹ Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., pp. 36-40.

³⁰ Gorst-Unsworth C., Goldenberg E., *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Traum- related factors compared to social factors in exile*, British Journal of Psychiatry, 172, 1998, pp. 90-94.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S., *Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, Italian Journal of Public Health, 9, 2012, pp. 67-74.

³¹ Mazzetti M., *Lo scenario: curare e prendersi cura*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., p. 20.

³² Baglio G., Casagrande S., *Evidenze epidemiologiche e profilo di salute del migrante* in Gnolfo F. (a cura di) *Percorsi assistenziali per cittadini stranieri: elementi teorici e metodologici di salute interculturale*, Pendragon, Bologna, 2012; p. 24.

direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza in Italia, ad adottare stili di vita assimilabili a quelli degli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività del Paese ospitante, caratterizzati da un maggiore livello di deprivazione materiale e psicologica rispetto alla popolazione generale, determinando situazioni che potrebbero esporli a problemi di salute. È così stato osservato che nel lungo periodo si potrebbe attuare un processo di convergenza tra la condizione di salute dei migranti e quella della popolazione locale con un capovolgimento delle condizioni iniziali degli immigrati, che da favorevoli passerebbero a sfavorevoli³³”. A ciò vanno aggiunte le riflessioni già riportate negli scorsi paragrafi, in quanto la letteratura inizia a modificare il proprio pensiero per quanto riguarda l’esistenza o meno dell’effetto “migrante sano”, in quanto questo descriverebbe una categoria ormai sempre più sfumata di persone: le cause su cui i percorsi migratori si fondano sempre più spesso non lasciano possibilità di scegliere agli individui se emigrare o no.

Se si restringe la porzione di popolazione immigrata presa in analisi e la si concentra unicamente su richiedenti asilo e rifugiati, coloro appunto che non emigrano per volontà personale ma per fattori esterni altamente problematici, la letteratura internazionale è concorde nell’affermare che questa categoria sperimenta una condizione di salute generale e mentale significativamente peggiore rispetto alla popolazione generale, in particolare per via della violenza intenzionale che questo gruppo di individui è costretto a subire, causando gravi conseguenze sia in ambito fisico e neurobiologico, che psicologico, sociale ed economico, con effetti a breve e lungo termine³⁴. Proprio per questo motivo i dati disponibili relativi a questa fascia di soggetti è più consistente rispetto a quelli relativi all’intera popolazione immigrata, soprattutto per quanto riguarda la salute mentale.

Riportando appunto l’attenzione all’oggetto principale di questo elaborato, ovvero la correlazione fra migrazione e disturbi psichiatrici, vi sono varie fonti che sottolineano la maggiore ricorrenza di Disturbo da Stress Post-Traumatico, crisi d’ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio³⁵, in particolare identificando nel

³³ Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. *Epidemiologia e prevenzione*, pubblicato su Rivista dell’Associazione italiana di epidemiologia, Edizioni Inferenze, Milano, 2017, p. 7.

³⁴ Fazel M., Mina et al., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, *The Lancet*, 365(9467), 2005, pp. 1309-1314.

Porter M., Haslam, N., *Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis*, *JAMA*, 294(5), 2005, p. 602.

Steel Z., et al. *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement*, *JAMA*, 5, 2009, pp. 537-549.

³⁵ Aragona M. Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S., *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 49, pp. 169-175.

Disturbo da Stress Post-Traumatico e nei disturbi depressivi i due quadri psichiatrici che colpiscono maggiormente i rifugiati, seguiti da disturbi d'ansia, da somatizzazione e altri sintomi di disagio "misti"³⁶. Se si analizzano i tassi di ricovero in Italia per patologie psichiatriche tra gli stranieri si troverà che sono relativamente più bassi rispetto a quelli della popolazione italiana. Questi dati sono però validi per quanto riguarda gli immigrati in generale, ma se si seleziona la fascia di giovani maschi provenienti da paesi da cui attualmente arrivano i richiedenti asilo, si può notare che, a partire dal 2011, la curva di questo sottogruppo supera di molto sia quella degli altri immigrati, sia quella degli italiani. Questo si può spiegare sulla base della maggiore vulnerabilità legata ai traumi a cui i richiedenti asilo sono sottoposti prima, durante o dopo il viaggio³⁷.

Prima di procedere analizzando i tassi di correlazione fra disagio psichico e immigrazione, vorrei fornire nei prossimi paragrafi dei brevi riferimenti teorici relativi ai disturbi più ricorrenti.

1.3.1. Disturbo post-traumatico da Stress (PTSD)

Il disturbo post-traumatico da stress, o forse, meglio, disturbo da stress traumatico, si caratterizza per un peculiare quadro psicopatologico che si sviluppa in connessione causale con un evento di grande impatto emotivo, che supera le normali capacità di adattamento. Vi sono vari elementi che influiscono sull'entità del disturbo: la tipologia dell'evento (guerre, incidenti, disastri di varia natura, episodi di violenza, ecc..) e, soprattutto, le modalità con le quali esso si verifica, la gravità, la durata e la vicinanza dell'esposizione all'evento³⁸.

Il disturbo post-traumatico da stress è uno dei pochi disturbi con sintomatologie fisse che non differiscono di molto di paziente in paziente, indipendentemente dalla natura del trauma. Le manifestazioni tipiche del disturbo sono le seguenti:

- Sintomi intrusivi, ovvero la presenza di episodi nei quali l'evento traumatico si intromette nella vita attuale dell'individuo. Questo può accadere in forma di ricordi vividi, con carattere invasivo, egodistonico e ricorrente, esperiti con intensa partecipazione affettiva. Caratteristica peculiare è che spesso l'evento si ripresenta sotto forma di immagini (e non

Fazel M., Mina et al., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, cit. pp. 1309-1314.

Kaltman S., Green B.L., Mete M., Shara N., Miranda J., *Trauma, depression and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants*, *Psychological Trauma*, 2, 2010, pp. 31-39.

³⁶ Mazzetti M., *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., p. 38.

³⁷ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 3.

³⁸ Castrogiovanni P., Pieraccini F., Bossini L., *Disturbo post-traumatico da stress* in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET, Torino, 2006, pp. 416-419.

tanto di pensieri) e che il soggetto rivive oggi la situazione traumatica come se il tempo non fosse passato. Questi fenomeni rinnovano quindi la drammaticità dell'evento impedendo l'effetto "terapeutico" del tempo, mantenendolo costantemente vivo. Meno frequentemente, l'esperienza traumatica si ripresenta in forma di flashback: si tratta di episodi dissociativi durante i quali il paziente sente e agisce come se stesse rivivendo l'evento. Nel corso del flashback si ripresenta, con modalità simil-allucinatoria, il contesto percettivo e affettivo dell'esperienza traumatica e, sul piano comportamentale, vengono ripetute le stesse azioni. La durata di questi episodi varia da pochi secondi a diverse ore, o addirittura giorni. Nel corso del flashback il soggetto non è pienamente cosciente di ciò che sta facendo;

- Sintomi di evitamento degli stimoli associati al trauma, ovvero di quei luoghi, attività, conversazioni che potrebbero risvegliare il ricordo dell'evento traumatico. Questo può generare anche serie compromissioni nella gestione della quotidianità. Nell'ambito dei sintomi di evitamento rientra anche l'incapacità di ricordare qualche aspetto del trauma (amnesia dissociativa). La lacuna mnestica può interessare solo alcuni aspetti marginali o coinvolgere interi aspetti importanti e nucleari dell'evento;
- Sintomi di numbing, ovvero di distacco emotivo dall'ambiente, intorpidimento e insensibilità emotiva. Questo causa una compromissione della capacità di rapporto con le altre persone a causa del senso di estraniamento che il soggetto vive nei confronti degli altri;
- Sintomi persistenti di ipervigilanza, che comporta la perdita della normale capacità di modulare il grado di arousal, cosicché anche di fronte a sollecitazioni di lieve entità rispondono con un coinvolgimento e un'intensità adeguata a situazioni di emergenza, in maniera dunque estremamente sproporzionata fra entità dello stimolo e intensità di risposta ad esso. Questo genera frequentemente disturbi del sonno, irritabilità ed esagerate risposte d'allarme³⁹.

1.3.2. Depressione

Secondo il DSM-IV TR la depressione è caratterizzata da sintomi come: umore depresso, mancanza di interessi, perdita o aumento significativo del peso, insonnia o ipersonnia, mancanza di energie, pensieri ricorrenti di morte, agitazione o rallentamento psicomotorio e diminuzione della capacità di pensare e prendere decisioni.

³⁹ Castrogiovanni P., Pieraccini F., Bossini L., *Disturbo post-traumatico da stress* in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, cit., pp. 416-419.

I sintomi causano un disagio clinicamente significativo, non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale e persistono per più di due mesi⁴⁰. L'umore depressivo è in genere statico. Il soggetto diviene insensibile agli eventi esterni, non è in grado di provare emozioni e di avvertire le esperienze piacevoli⁴¹.

La depressione è una patologia universale. Ma se da un lato esiste in tutte le culture, dall'altro proprio l'eterogeneità culturale determina una sintomatologia talmente variegata del disturbo che spesso tende ad essere interpretata come "culture-bound syndrome" (sindromi specifiche di alcune popolazioni). Possono variare i sintomi somatici, psichici ed emotivi.

Ad esempio, in un sistema culturale come quello cinese la depressione prende la forma della sofferenza fisica e del dolore, poiché esprimere un disagio psichico in termini emotivi e/o cognitivi andrebbe contro le norme e i vincoli sociali precostruiti.

Per quanto riguarda la cultura africana, invece, una delle differenze che colpiscono maggiormente è data dal fatto che per questa cultura le cause della depressione si collocano all'esterno del soggetto, mentre nel mondo occidentale prevale una visione intimistica, ovvero le cause sono da ricercare all'interno della persona.

Inoltre, secondo il DSM, l'umore può essere anche irritabile e non solo depresso e possono essere presenti anche idee deliranti⁴².

1.3.3. Disturbo d'ansia generalizzata (GAD)

Il GAD è uno dei più comuni disturbi d'ansia nella popolazione generale. Le caratteristiche cliniche del disturbo possono essere schematizzate in quattro aspetti nucleari: l'ansia, la tensione motoria, l'iperattività autonoma e la vigilanza cognitiva.

In presenza del disturbo, l'ansia è eccessiva e condiziona molti aspetti di vita. I pazienti con questa patologia manifestano un'apprensione cronica, appaiono preoccupati in tutte le situazioni della vita. L'ansia è rappresentata da un sentimento di pericolo vago e indeterminato; si crea così uno stato di allarme cronico e una condizione di attesa apprensiva tipici del disturbo, cui si accompagnano la tensione motoria (tremore, contrazione o irrigidimenti degli arti superiori e inferiori e in sede

⁴⁰ American Psychiatric Association (2001), DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, Masson, Milano. (Trad. it.), p. 322.

⁴¹ Tundo A., Cassano G. B., *Disturbi dell'umore*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, cit., p. 270.

⁴² Aguglia E., Pascolo-Fabrizi E., Riolo A., Ancora A., D'Aronco R. (1999), *Psichiatria transculturale*, in Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, cit., p. 272-273.

cervicale o dorsale, cefalee gravitative a localizzazione varia); i sintomi di iperattività neurovegetativa (che colpiscono respiro, affanno, palpitazioni, sudorazione, secchezza delle fauci, sensazioni di “gropo in gola”, di “testa vuota”, di “bruciori episodici”: frequenti i disturbi gastrointestinali) e le manifestazioni a carico della vigilanza e dell’attenzione (quali ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi mnesici e disturbi della vigilanza come irrequietezza, irritabilità, nervosismo, stato di allerta, sensazione di essere sul filo del rasoio, improvvisi sussulti, insonnia).

Un costante vissuto di angoscia, di allarme e di preoccupazione, induce in questi pazienti un senso di precarietà e di pericolo tale da causare un elevato grado di disabilità sociale, compromettendone il funzionamento in ambito familiare, scolastico o lavorativo⁴³.

1. 3.4. Disturbo di somatizzazione

Il disturbo di somatizzazione è caratterizzato dalla presenza di frequenti lamentele fisiche che interessano più apparati e sono tali da compromettere il funzionamento sociale e lavorativo del paziente o da richiedere il trattamento medico. I sintomi fisici abitualmente compaiono prima dei 30 anni, non sono pienamente spiegati da una condizione medica generale conosciuta o dagli effetti diretti di una sostanza e si manifestano per alcuni anni.

Elementi essenziali del disturbo sono le lamentele fisiche multiple e ricorrenti e la continua richiesta di accertamenti specialistici, esami strumentali, ricoveri ospedalieri e interventi terapeutici medici o chirurgici. Le analisi di laboratorio risultano prive di significato patologico e non giustificano la sintomatologia. In linea di massima, i sintomi corporei non sono espressione di un danno organico o di una alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, ma sono piuttosto espressione corporea di un problema di ordine psichico.

Oltre ai sintomi somatici, i soggetti con disturbo di somatizzazione lamentano spesso disturbi di natura psicologica o interpersonale definiti da alcuni autori come sintomi psicofornici. Tratti caratteriali tipici della personalità isterica come l’egocentrismo, la dipendenza, l’esibizionismo, la manipolatività e la drammatizzazione sono frequenti in questi pazienti e causano una marcata compromissione dell’adattamento sociale, familiare e lavorativo⁴⁴.

⁴³ Placidi G. F., Signori S., Murciano L., *Disturbo d’ansia generalizzata*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, cit., pp. 398-400.

⁴⁴ Carpinello B., Carta M. G., Ciaramella A., Dell’Osso L., Piccinni A., *Disturbi somatoformi*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, cit., pp. 464-466.

1.4. Dati epidemiologici sui disturbi psichiatrici nell'immigrato

Una volta analizzate le principali patologie che possono potenzialmente colpire la popolazione immigrata, andiamo ora a vedere la loro reale incidenza e le categorie che hanno più probabilità di ammalarsi.

È importante partire dalla consapevolezza che i tassi di ospedalizzazione per diagnosi psichiche tra gli immigrati sono piuttosto bassi, nonostante ci si potrebbe attendere dei dati diversi a causa dei fattori di rischio legati all'esperienza migratoria. Come già sottolineato in precedenza, sono proprio le condizioni di vita nel paese di arrivo (Post-Migration Living Difficulties, d'ora in poi PMLD) a incidere maggiormente sulla salute in generale.⁴⁵ È però anche vero che i movimenti migratori hanno subito forti variazioni negli ultimi anni, andando a modificare la "tipologia" di immigrati che approdano sul territorio italiano ed europeo. Restringendo il campo ai richiedenti asilo, prevalentemente giovani uomini provenienti da paesi con alti livelli di conflittualità, povertà, ecc., si può rilevare che il profilo di salute mentale non è più buono come quello degli immigrati arrivati nei decenni passati. Medici Senza Frontiere afferma: "Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia di psichiatri operanti in strutture pubbliche, è emersa una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta e in assenza di un progetto migratorio chiaro"⁴⁶.

Anche se le caratteristiche qualitative del fenomeno non appaiono ancora completamente definite, i primi indicatori mostrano che la richiesta di cure psichiatriche da parte di questo tipo di utenza affermatasi più di recente (i richiedenti asilo) è in aumento, come in crescita sono anche quei fattori riconosciuti come in grado di aumentare il rischio di sofferenza psichica tra gli immigrati⁴⁷.

I dati statistici basati su osservazioni scientifiche relative al fenomeno sono purtroppo ancora molto scarsi, i pochi elementi trovati si riferiscono principalmente alla categoria dei rifugiati e richiedenti asilo, in quanto, come abbiamo detto, sono la fascia di popolazione immigrata più colpita dai disturbi psichici e che suscitano dunque un maggiore interesse. Cercherò dunque di riportare alcuni dei dati trovati in relazione alle patologie psichiatriche approfondite nel precedente paragrafo, in modo da poter avere un'idea dell'incidenza che esse hanno sulla popolazione.

⁴⁵ Geraci, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*, Annali Italiani di Medicina Interna, 16 (suppl. 1), 2001, pp. 167-171.

⁴⁶ Medici Senza Frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, Roma: Medici Senza Frontiere, 2016.

⁴⁷ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 11.

Il PTSD, disturbo per eccellenza connesso a storie di vita quali quelle di chi scappa da paesi in guerra, da persecuzioni personali o collettive e da tante altre problematiche, è una fra le patologie più studiate, nonostante i risultati ottenuti dai diversi studi offrano dati molto diversi fra loro. Per esempio, se emerge un'incidenza del 26% in studi sui rifugiati balcanici, si arriva fino ad un tasso del 50% in studi sui richiedenti asilo detenuti in centri per immigrati negli USA⁴⁸. Fazel e altri autori hanno invece realizzato uno studio su un campione più generico: su circa 7000 persone rifugiate in nazioni occidentali la prevalenza di PTSD si aggira intorno al 9-11%⁴⁹. Revisioni successive a questa hanno evidenziato tassi molto più alti: intorno al 30% (Steel et al.⁵⁰, Van Wyk et al., 2012⁵¹) e addirittura l'80% secondo altri autori⁵². Questa forte variabilità si può comprendere alla luce dell'eterogeneità delle realtà che accolgono queste persone, che possono differire per esempio nei sistemi di accoglienza, nella qualità di vita, ecc., e dell'eterogeneità delle popolazioni considerate. Uno studio realizzato dalla Caritas di Roma si rivolge a un campione di persone più ampio di quello composto unicamente da richiedenti asilo e rifugiati: studia infatti la popolazione che si rivolge al loro ambulatorio di medicina generale per una prima visita con il medico di base. In questo contesto, emerge un 10% di persone affette da PTSD, un dato al di sopra di quanto atteso in quanto in linea con alcuni studi rivolti unicamente ai richiedenti asilo e rifugiati. Questo si può spiegare sulla base del fatto che gli immigrati che frequentano i servizi di Caritas sono spesso in condizioni sociali svantaggiate e quindi più a rischio di esposizione a situazioni difficili, possibilmente ritraumatizzanti e fonte di disagio psichico⁵³.

In letteratura emerge inoltre che le esperienze traumatiche sono l'elemento che più fortemente si associa al rischio di disagio psicologico e disturbi psichici: più sono numerosi gli eventi traumatici vissuti, più è probabile che si sviluppi un disturbo⁵⁴. Anche la natura del trauma, in particolare la ferocia e la volontarietà dell'inflizione dello stesso, possono avere effetti peggiorativi e rendono le

⁴⁸ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 87.

⁴⁹ Fazel, M. et al., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, cit., pp. 1309-1314.

⁵⁰ Steel, Z. et al. *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement*, cit. pp. 537-549.

⁵¹ Van Wyk, Sierra et al., *A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: the impact of therapeutic interventions*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 46, 2012, pp. 995-1003.

⁵² Mollica, R. et al. *Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture*, The American Journal of Psychiatry, 147, 1998, pp. 83-88.

⁵³ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 87.

⁵⁴ Michela Nosè, *Tortura e disagio psichico tra i rifugiati e i richiedenti asilo. Presa in carico e intervento psico-sociale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 3.

vittime più vulnerabili⁵⁵. Ciononostante, non vi è una relazione di necessità fra trauma e PTSD, in quanto non tutti coloro che subiscono dei traumi successivamente si ammalano. Perché questo avvenga devono intervenire un'altra serie di fattori, tra i quali le caratteristiche della persona che subisce il trauma, il modo in cui l'ha organizzato e vissuto, se gli ha dato un senso o meno, il contesto nel quale ciò è avvenuto e gli eventi successivi⁵⁶. Di fondamentale importanza è anche il contesto di approdo dell'individuo sopravvissuto all'esposizione al trauma: migliori saranno le condizioni di accoglienza e supporto alla persona, minore sarà l'impatto del trauma sul soggetto.

Un altro disturbo ricorrente è quello della somatizzazione: secondo uno studio piuttosto ritenuto fra i più attendibili in letteratura⁵⁷ emerge che il 25,6%, dei pazienti visitati in uno studio di medicina di base dedicati ai migranti presenta una sindrome da somatizzazione, il che comporta gravi conseguenze sulla terapia prescritta. Un altro elemento da notare è che non tutti i gruppi di migranti somatizzano allo stesso modo, con una prevalenza di sindromi nella popolazione del Sud e Centro America, dato che concorre a sfatare il mito che siano soprattutto asiatici ed africani ad esserne affetti per via della presunta difficoltà culturalmente determinata a esprimere il disagio in termini psicologici. Inoltre, viene smentita anche l'aspettativa che esista una correlazione fra bassa scolarità e somatizzazioni, in quanto non sono stati trovati dati a conferma dell'ipotesi. Un ultimo elemento che emerge dalle ricerche è che pur essendo confermato che la donna tende a somatizzare più dell'uomo, ciò non si può ricondurre a motivi di ordine biologico, è piuttosto l'essere donna in un certo gruppo geografico/etnico/culturale ad influenzare la frequenza e il tipo di somatizzazioni⁵⁸.

Per quanto riguarda invece ansia e depressione, la letteratura non offre una grande quantità di dati: una ricerca del 2005 sostiene che, nei diversi gruppi culturali, vi sia un tasso di depressione del 5% e un disturbo d'ansia generalizzato del 4%⁵⁹, una revisione più recente parla di un tasso che arriva fino al 40% riferendosi alla prevalenza di disturbi psichici nella popolazione dei rifugiati rispetto alla popolazione generale⁶⁰. Infine, lo studio effettuato sui pazienti dell'ambulatorio Caritas di Roma, già citata, evidenzia un'alta presenza di disturbi psicopatologici, in particolare quelli di tipo

⁵⁵ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 4.

⁵⁶ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 88.

⁵⁷ Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S., *Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, cit., pp. 67-74.

⁵⁸ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. pp. 86-87.

⁵⁹ Fazel, M. et al., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, *The Lancet*, cit., pp. 1309-1314.

⁶⁰ Turrini, G. et al., *Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies*, *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 2017, p. 51.

ansioso, al 39,6% e depressivo, al 46,13%⁶¹. Una riflessione che deve guidare la lettura di tutti questi dati consiste nel tenere in considerazione che la divisione dei fenomeni mentali in disturbi distinti è frutto di un artefatto umano, quando in realtà la maggior parte dei disturbi compare congiuntamente ad altri e in maniera intrecciata, o, spesso, un disturbo può causarne un secondo e la linea di separazione dunque non è mai molto netta. Ad esempio, gli studi dimostrano che gli immigrati che somatizzano hanno maggiore probabilità di avere un PTSD, quasi tutti i sintomi di PTSD sono più frequenti nei somatizzatori e all'aumentare del numero di sintomi post-traumatici aumenta significativamente il rischio di avere una sindrome da somatizzazione⁶². Aragona sostiene addirittura che il 97,5% dei pazienti che soffre di PTSD ha anche una sindrome depressiva, il 92,5% una sindrome d'ansia e l'80% una sindrome da somatizzazione⁶³.

Un ultimo elemento che, pur non rientrando strettamente fra i disturbi psichiatrici, comporta un ruolo patogeno ben definito, sono le difficoltà vitali post-migratorie (PMLD), che agiscono come fattore "aumentativo" o scatenante di altre sofferenze psichiche. I ricercatori della Caritas di Roma hanno riscontrato che il 73,65% dei pazienti del loro ambulatorio stava vivendo almeno una delle PMLD fra quelle giudicate "gravi" o "molto gravi" all'interno del questionario da loro elaborato (ad esempio mancanza del permesso di lavoro, povertà, preoccupazione per la famiglia rimasta a casa, ecc.). Le PMLD agiscono ritraumatizzando l'immigrato ed esponendolo dunque con molta più facilità allo sviluppo di serie patologie psichiatriche.

Dopo aver analizzato parte dei dati epidemiologici disponibili in letteratura, ancora carente su questo tema, possiamo trarre delle brevi conclusioni da quanto osservato. L'approccio alla migrazione come a un evento traumatico, capace di causare nell'individuo patologie anche gravi come quelle psichiatriche, consente di offrire strategie per la gestione clinica dei pazienti stranieri. I dati, pur non essendo esaustivi, evidenziano come in Italia si renda sempre più necessaria l'elaborazione di soluzioni strutturali e non unicamente basate sull'emergenza, anche se ad oggi questa rappresenta una soluzione ancora lontana. Nel prossimo capitolo indagheremo infatti i percorsi di presa in carico delle persone immigrate che riportino un disagio psichico: strutture, percorsi clinici, professionalità e risorse.

⁶¹ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 87.

⁶² Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit., p. 7.

⁶³ Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 88.

2.1. La presa in carico

I disturbi psichiatrici dell'immigrato sono un dato di fatto da prendere in considerazione seriamente, che, come visto nel capitolo precedente, possono avere un'incidenza anche piuttosto consistente. Nel 2017 sono state redatte delle Linee Guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza, che pur rivolgendosi non all'intera popolazione immigrata sono da considerarsi comunque un passo significativo nella direzione della presa in carico. Come si legge nel documento "le presenti linee guida considerano come strumento fondamentale un approccio multidisciplinare, partecipato, integrato ed olistico, che prevede un percorso di assistenza alle vittime: dall'individuazione, non sempre facile ed evidente in questo tipo di situazioni, alla riabilitazione⁶⁴". Per quanto riguarda l'individuazione precoce degli ipotetici traumi a cui rifugiati e richiedenti asilo potrebbero essere stati sottoposti, le Linee Guida individuano tre livelli di azione: la prima vede come protagonisti gli operatori non sanitari che lavorano all'interno dei centri di accoglienza e che hanno la possibilità di entrare a stretto contatto con gli immigrati. Essi dovranno cercare di cogliere la presenza o meno di indizi e segnali riconducibili ad esperienze traumatiche vissute dal richiedente. Con il secondo livello entra invece in campo il personale medico-psicologico della struttura ospitante o di riferimento, che opera attraverso alcuni colloqui ed eventualmente tramite il supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce di esperienze di tortura o forme di violenza estrema. Nel caso in cui se ne rilevasse la necessità, il passaggio successivo consiste nell'invio della persona immigrata presso i Servizi specialistici del SSN, nei quali avranno luogo una conferma diagnostica e la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva⁶⁵. La presa in carico deve seguire un approccio multidisciplinare integrato, in cui vi sia un coinvolgimento delle competenze afferenti all'area sanitaria, giuridica, sociale e di mediazione. Le Linee Guida affermano però che non esiste un modello standard di riferimento, né è prescrivibile un determinato assetto. Sostengono che vi sia la necessità di integrare funzioni e professionalità dei vari ambiti sopra elencati e di coordinarne le attività anche in relazione ai servizi del territorio. Quanto auspicato è certamente un obiettivo tanto importante quanto difficile da raggiungere, che comporta un grande sforzo di collaborazione, che spesso manca fra servizi diversi, oltre che di formazione a tematiche fino a non troppo tempo fa totalmente sconosciute o comunque di importanza secondaria. Va inoltre sottolineato che la presa in carico dei richiedenti asilo e rifugiati, ai quali le Linee Guida si rivolgono, è in linea di massima più semplice da realizzare in quanto i soggetti interessati risiedono in molti casi all'interno di strutture afferenti a progetti strutturati che

⁶⁴ Ministero della Salute, *Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza*, Roma, 2017, p. 7.

⁶⁵ *Ivi*, pp. 32-33.

mettono a disposizione determinati servizi. La questione diviene molto più difficile in tutti quei casi in cui l'immigrato è più isolato, ha scarsa conoscenza del territorio e dei suoi diritti, non ha punti di riferimento che possono guidarlo e, soprattutto, quando questi vive in condizioni di precarietà spesso legate alla presenza irregolare dal punto di vista giuridico sul suolo italiano.

Fatta questa premessa, vediamo dunque se al bisogno corrisponde anche l'esistenza di servizi dedicati alla presa in carico di queste specifiche esigenze. Vorrei sottolineare che non esiste, per quanto trovato, una mappatura completa di questo tipo di servizi, quanto riporterò qui di seguito sarà dunque il frutto di una mia ricerca e quindi da non considerarsi un'analisi esaustiva dell'argomento. È stato di grande aiuto il sito web dell'Associazione "Diversa/mente", un'associazione per la psicologia transculturale e la convivenza interetnica, che fornisce una mappatura, seppur non completa, di centri italiani di psicologia transculturale ed etnopsichiatria⁶⁶. Prima di passare in rassegna i singoli progetti, vorrei segnalare l'esistenza su tutto il territorio italiano di 47 comunità SIPROIMI (ex SPRAR) specializzate in disagio mentale e disabilità, per un totale di 684 posti. Questo tipo di strutture sono state create con l'obiettivo di offrire una rete di accoglienza in grado di garantire una presa in carico delle diverse vulnerabilità sul territorio in maniera efficace e diffusa, attraverso un omogeneo innalzamento degli standard di accoglienza⁶⁷. Pur non essendo una soluzione risolutiva a livello complessivo (i posti sono insufficienti, si rivolge esclusivamente a richiedenti asilo e rifugiati), si può considerare come un buon esempio di presa in carico specialistica e sistematica.

2.1.1. Nord Italia

Nel Nord Italia sono presenti diverse realtà a cui farò breve accenno qui di seguito.

In primo luogo il **Centro Frantz Fanon**, che ha sede a Torino, il quale offre un servizio di counselling, psicoterapia e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura, il quale è nato grazie al lavoro dell'Associazione Frantz Fanon e dei Dipartimenti di salute mentale del Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 la collaborazione con la ASL TO 1 è però cessata e il progetto è rimasto totalmente di natura privata. Il suo gruppo di lavoro è composto da medici-psichiatri, psicologi, mediatori culturali, antropologi ed educatori professionali. Come si può leggere dal loro sito, chi si rivolge al Centro sono spesso immigrati inviati da altri servizi, più raramente si tratta di auto-inviati. In questi anni di attività, sono stati presi in carico 2000 utenti

⁶⁶Dal sito: <http://www.associazionediwersamente.org/dmente/category/materiali/centri-di-psicologia-transculturale-e-di-etnopsichiatria/>

⁶⁷Giovannetti M., (a cura di), *Rapporto annuale SPRAR, Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati*, Tipografia Grasso, Roma 2016, p. 28.

stranieri immigrati (utenti singoli, nuclei familiari, coppie) da parte dell'équipe del Centro (che è composta attualmente da quindici operatori) e si sono avuti contatti con circa 1000 operatori socio-sanitari⁶⁸.

Nel capoluogo piemontese è presente un'altra realtà: il **Centro Mamre**, il quale si occupa di etnopsichiatria, psicoterapia e sostegno psicologico, mediazione culturale e prevenzione del disagio psichico e sociale rivolto a persone e famiglie italiane e migranti. La sua specificità è il lavoro in un'équipe multidisciplinare formata da psicologi e psicoterapeuti, psicologi dell'età evolutiva, antropologi, sociologi e mediatori culturali etnoclinici⁶⁹.

A Milano ci si può rivolgere a vari enti, nel privato vi è l'**Associazione di Volontariato Naga**, e la **Cooperativa Terrenuove**. La prima, nata per garantire assistenza sanitaria, legale e sociale gratuita a cittadini stranieri irregolari e non, a rom, sinti, richiedenti asilo, rifugiati e vittime della tortura, prevede fra le altre cose un servizio di consulenze psicologiche. Nel servizio sono impegnati circa 10 psicologi volontari che attuano una presa in carico congiunta con il medico in caso di patologia psichiatrica⁷⁰. Anche la seconda offre consulenza psicologica, più esplicitamente di stampo etnopsichiatrico. L'associazione si è specializzata infatti nell'accoglienza psicologica e nella consulenza a persone rifugiate e richiedenti asilo. Si compone di una équipe di consulenti esperti nell'elaborazione di esperienze traumatiche. L'intervento con rifugiati e richiedenti asilo si svolge all'interno di un Protocollo di collaborazione continuativa con il Comune di Milano, settore Servizi per adulti in difficoltà, e comprende consulenza psicologica per gli ospiti dei Centri di accoglienza gestiti dalla cooperativa Farsi prossimo, formazione e supervisione agli operatori dei Centri e dei Servizi Sociali, area immigrazione del Comune di Milano⁷¹. Anche nel pubblico però sono presenti dei servizi: il **Centro di consultazione etnopsichiatrica** presso l'Ospedale Niguarda, il quale offre interventi diretti di sostegno psichiatrico a immigrati che arrivano dopo ricoveri in neuropsichiatria, dal pronto soccorso, da consultori, dall'ufficio stranieri ecc. avvalendosi della collaborazione con psichiatri, psicologi, educatori e mediatori linguistico-culturali, essenziali per l'interpretazione "culturalmente orientata" dei casi⁷²; il **Programma innovativo di etnopsichiatria** presso l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo (MI), portato avanti da un'équipe multidisciplinare formata da un medico psichiatra, due psicologi psicoterapeuti, una mediatrice culturale di lingua araba. Si pone come obiettivo l'individuazione, nell'ambito della presa in cura da parte del servizio psichiatrico, i percorsi terapeutici individualizzati più idonei a rispondere ai bisogni dell'utenza

⁶⁸ Dal sito: https://associazionefanon.it/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=17

⁶⁹ Dal sito: <http://www.mamreonlus.org/index.php/associazione/centro-mamre>

⁷⁰ Dal sito: <https://naga.it/attivita/ambulatorio-medico/>

⁷¹ Dal sito: <http://www.terrenuoveonlus.it/wp-content/uploads/2015/07/Informazioni-sul-servizio-rifugiati.pdf>

⁷² Dal sito: <https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/etnopsichiatria>

straniera. Una particolare attenzione è dedicata alla collaborazione con istituzioni quali la Croce Rossa Italiana e Cooperative Sociali per la gestione collaborativa di percorsi terapeutici di utenti ospiti dei Centri di Accoglienza per migranti e richiedenti asilo⁷³.

A Marghera è attivo l'**Ambulatorio di Emergency** che offre un punto di ascolto psicologico, garantito da un team multidisciplinare formato da psicoterapeuta, medico, infermiere e mediatore culturale. Questi operano in sinergia per offrire una prima risposta al disagio psichico e orientano il paziente verso i servizi territoriali del SSN⁷⁴.

Nel capoluogo dell'Emilia-Romagna sono presenti svariati servizi, sia pubblici che privati. Una possibilità di presa in carico è garantita dalla già citata **Associazione Diversa-mente**: al servizio di consultazione clinica transculturale si possono rivolgere le persone immigrate – adulti, adolescenti, coppie e famiglie – che sentano di avere una sofferenza emotiva o delle problematiche psicologiche legate all'esperienza migratoria, all'inserimento nella nuova realtà, ai rapporti familiari, alla genitorialità, all'essere figli, al mondo della scuola, al ricongiungimento, eccetera. I colloqui sono tenuti dagli operatori dell'associazione Diversa/mente formati con specifiche competenze transculturali (psicologi, psicoterapeuti, antropologi, mediatori culturali)⁷⁵.

Un'altra possibilità di presa in carico è garantita dall'**Associazione Approdi**, la quale offre un servizio denominato di "intervento specifico", che parte da una valutazione, riconoscimento e diagnosi di condizioni di trauma estremo e si sviluppa in un percorso di intervento psicologico. Come si può leggere dal loro sito, l'intervento si struttura in tre fasi (dopo la fase diagnostica):

1. fase I: riduzione dei sintomi e di stabilizzazione, (insegnare al paziente a contenere le emozioni e ad accedere ad esse all'interno di uno stato di tolleranza)
2. fase II: Narrazione/elaborazione (permettere, attraverso l'immagine, l'accesso alle memorie implicite e dare narrazione a ciò che prima non poteva essere narrato ma solo rivissuto nella sua terribile espressione emotiva, cognitiva e somatica)
3. fase III: integrazione e riabilitazione della personalità, ritorno alla vita. (ridare continuità alla propria storia, senza fratture insanabili e vuoti incolmabili).

Un approccio diverso viene portato avanti dall'**Associazione Metis Africa**, la quale si è specializzata in consultazioni che seguono i modelli dell'etnopsichiatria, che si pone come

⁷³ Dal sito: <http://www.icp.mi.it/etnopsichiatria>

⁷⁴ *Carta dei Servizi Ambulatorio di Marghera, Emergency*, 2016.

⁷⁵ Dal sito: <http://www.associazionediversamente.org/dmente/spazio-di-consultazione-etnoclinica/>

riferimenti Tobie Nathan e Marie Rose Moro in Francia, e, per l'Italia, Piero Coppo, Roberto Beneduce e il Centro Deveureux di Bologna (di cui parleremo poco più avanti). Il principale compito del trattamento, tenendo conto della grande vulnerabilità dei pazienti migranti, è quello di creare legami tra i due mondi e le due culture che lo abitano e lo ospitano. La attenta considerazione dell'appartenenza culturale, affrontata nella maniera più differenziata possibile, porta a favorire metodi individuali di cura, che si dipanano dopo la prima consultazione con proposte e progetti terapeutici diversi, studiati caso per caso e monitorati via via lungo il percorso⁷⁶.

Informazioni scarse ma che accennano comunque ad un servizio di psichiatria rivolto agli immigrati sono quelle relative all'**Associazione Sokos**, che gestisce il cosiddetto "Scalo Internazionale Migranti", ovvero l'attività dello sportello psichiatrico, dove settimanalmente vengono svolte sedute di psicoterapia tenute da tre psichiatri.

Un altro servizio molto importante è quello offerto dal **Centro di Psichiatria Transculturale e della Migrazione G. Devereux** dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Bologna, il quale si occupa di ricerca e formazione riguardo temi di salute mentale dei migranti e delle minoranze e supporta le attività cliniche del Centro di Salute Mentale (CSM Bologna Ovest). Il gruppo di lavoro operante nei tre CSM Ovest (Nani, Scalo e Tiarini) è composto da un team multiprofessionale, di psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali e antropologi, avente l'obiettivo di intervenire sul disagio psichico dei migranti. Vengono realizzati interventi specifici di presa in cura diretti a casi con bisogni psicosociali speciali, soprattutto denotanti un insufficiente grado di inserimento sociale (immigrazione recente, scarsa conoscenza dell'Italiano, assenza di permesso di soggiorno, ecc.). Parte integrante delle attività dei tre ambulatori è rappresentata dalla creazione di reti di collaborazione con altri settori sanitari, sociali e culturali⁷⁷.

Un progetto a più ampio raggio è il cosiddetto **Start-ER 2** (Salute, tutela e accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale in Emilia-Romagna), il quale si è concentrato su un aspetto che spesso viene sottovalutato, ovvero l'individuazione tempestiva, l'accoglienza e l'inclusione di persone in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria. Il progetto, attraverso la creazione di équipe multidisciplinari, punta a una migliore gestione delle necessità sanitarie. L'emergere di una psicopatologia, all'interno di un centro di accoglienza, viene segnalata attraverso la compilazione di una scheda di segnalazione e di uno specifico questionario (SDQ) e discussa nell'equipe multidisciplinare competente per territorio. Se necessario, il paziente viene visto in

⁷⁶ Dal sito: <http://www.metisafrica.org/proj.php?id=12>

⁷⁷ Tarricone I., Salvatori F., Poggi F.; Morri M., Di Marco S., Manganaro D., Spigonardo V., Nolet M., Tonti L., Berardi D., *Il Centro di Psichiatria Transculturale dell'Università di Bologna*, in Bria P., Caroppo E., (a cura di) *Salute Mentale, Migrazione, Pluralismo Culturale*, Alpes Italia, Roma, 2008.

consultazione una o più volte; qualora venga diagnosticata una vera psicopatologia, il soggetto viene accompagnato al CSM competente per territorio⁷⁸. Ad affiancare questo progetto troviamo il **Servizio di consultazione culturale**, ovvero un'equipe clinica multi professionale promossa nell'ambito del progetto FAMI Start-ER 2.

Un ulteriore progetto è **I Care**, finanziato a livello europeo il cui principale obiettivo è la creazione di percorsi integrati interdipartimentali e multidisciplinari dedicati e culturalmente orientati per richiedenti e titolari protezione internazionale (RTPI), con l'ausilio anche di un'equipe etnopsichiatrica.

Infine, rimanendo nell'ambito dei servizi pubblici, dal 2014 è stata attivata all'interno dell'ASL di Bologna un'equipe **territoriale integrata** (ETI), composta da operatori aziendali e del Comune, nell'ambito del progetto SPRAR MSNA. Ciascuna équipe è composta dal Responsabile dell'Area Minori dei Servizi Sociali Territoriali dai professionisti clinici (psichiatra e psicoterapeuta) dalla Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (NPIA), dal case manager (CM) di riferimento e dal responsabile della struttura ospitante il minore. L'équipe è garante e responsabile della funzione di integrazione socio-sanitaria ed educativa nell'ambito della tutela ai minori relativamente al territorio di riferimento, e si attiva quando si presentano situazioni in cui la natura del bisogno è complessa e necessita di un intervento integrato di carattere sociale, sanitario ed educativo. Se, a seguito di segnalazione, l'ETI concorda per la presa in carico del beneficiario, vengono programmate consultazioni individuali alla presenza del terapeuta, del mediatore linguistico-culturale e del CM. Due degli obiettivi principali previsti da questo tipo di équipe sono: favorire l'accesso dei beneficiari maggiormente vulnerabili dal punto di vista psico-emotivo a una presa in carico multidisciplinare e favorire interventi di riabilitazione psicosociale in un'ottica di integrazione e di acquisizione di autonomia⁷⁹.

2.1.2. Centro Italia

Anche nel Centro Italia sono presenti delle realtà che si occupano di salute psichica degli immigrati, vediamo quelle di cui ho trovato traccia nella mia ricerca.

A Firenze opera l'**Associazione Niccolò Stenone**, la quale gestisce un ambulatorio sanitario per immigrati e per chi, in condizione di indigenza, necessita di visite e cure generali, specialistiche e odontoiatriche. Dal 2015 è iniziato un progetto d'intervista congiunta psico-sanitaria per richiedenti asilo e rifugiati, ai fini di valutarne i rischi di vulnerabilità, gestita da uno psichiatra.

⁷⁸ Dal sito: <https://prodosacademy.s3.amazonaws.com/media/START-ER - Scheda di Progetto.pdf>

⁷⁹ Tratto dal Progetto Regionale Emilia Romagna 2016, Scheda prassi del servizio "Equipe Territoriale Integrata"

Rimanendo in Toscana, precisamente a Usigliano di Lari, in provincia di Pisa, possiamo trovare il Centro Studi Sagara, che principalmente gestisce una scuola di specializzazione in psicoterapia di stampo etnopsichiatrico, ma che, come servizio di secondo livello, offre anche attività di consulenza e mediazione etnoclinica. Le istituzioni sanitarie pubbliche e del privato sociale, istituzioni scolastiche e professionisti possono rivolgersi per interventi di consulenza e mediazione quando una presa in carico di disturbi di interesse medico, psicologico, scolastico o sociale incontra difficoltà o impasse che intralciano le operatività abituali e mettono in scacco i loro procedimenti tecnici specifici. All'interno di questo servizio gli attori nel setting della Mediazione Etnoclinica sono tre: il mediatore etnoclinico responsabile della consultazione; il rappresentante del mondo dei professionisti (medico, psicologo, educatore, insegnante, legali ecc.); il mediatore linguistico culturale. Tutte queste figure sono formate al lavoro etnoclinico e a operare nel setting etnopsichiatrico⁸⁰.

Anche a Perugia esiste un **Ambulatorio Medico per Immigrati**, della ASL1 Umbria, il quale, fra le altre cose, prevede “un’attività di counselling e di informazione, affiancata anche da un supporto psicologico⁸¹”.

Le realtà più numerose si trovano però a Roma, come prevedibile anche vista la grande presenza di persone immigrate nella capitale. In primo luogo è da segnalare il “**Progetto Ferite Invisibili**” gestito dalla Caritas di Roma, che offre interventi mirati alla riabilitazione psicologica e fisica di chi ha subito violenza, tortura ed in genere traumi legati alla mancanza di accoglienza ed all’ingiustizia sociale: formazione, ricerca, screening della popolazione a rischio, attività clinica. L’equipe è formata da psicoterapeuti, psichiatri, mediatori culturali, infermieri, operatori del sociale, medici; offre un servizio di ascolto e di psicoterapia transculturale⁸².

Un altro servizio disponibile a Roma, è quello gestito dal **Poliambulatorio dell'INMP**, che offre assistenza socio-sanitaria a tutti i cittadini, italiani e stranieri. Le prestazioni sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Nello specifico, vi è possibilità di presa in carico psichiatrica e psicologica. L’accesso a questo tipo di prestazioni avviene tramite il Servizio di Accoglienza e Valutazione psicologica (SAV), a cui vi è accesso diretto. In particolare, i due servizi più inerenti a quanto stiamo trattando sono il supporto psicologico alla popolazione richiedente protezione internazionale, vittima di violenza intenzionale e la psicoterapia individuale e di gruppo⁸³.

⁸⁰ Dal sito: <https://www.centrosagara.it/consulenze/>

⁸¹ Dal sito: <http://lautoradio.altervista.org/blog/pillola-oggi-ambulatorio-medico-per-immigrati/>

⁸² Scheda Progetto Ferite Invisibili, Caritas di Roma.

⁸³ Dal sito: <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria>

Un altro progetto è quello promosso dalla **Fondazione Silvano Andolfi**, un ente no-profit che, pur nascendo nel 1989 come spazio di studio e ricerca sulla famiglia, negli ultimi anni pone un'attenzione speciale ad interventi e ricerche sul fenomeno migratorio. Fra le sue attività principali vi è infatti un servizio di sostegno psicologico gratuito ad individui, coppie e famiglie straniere in situazioni di difficoltà di adattamento connesse al fenomeno migratorio⁸⁴.

Infine, fra le realtà trovate in rete, possiamo trovare il **Centro SaMiFo**, nato nel 2006 dalla collaborazione tra Centro Astalli e ASL Roma 1 e che oggi è una struttura sanitaria a valenza regionale per la tutela della salute dei migranti forzati. All'interno del SaMiFo vi sono varie aree, fra cui quella di psicologia e psichiatria, specializzate in particolare nella cura dalle patologie post-traumatiche e da disadattamento⁸⁵.

2.1.3. Sud Italia

Nel Sud Italia sono presenti vari esempi virtuosi, nonostante anche in questo caso sia stato complesso trovare servizi che coprano l'intera area geografica. In Calabria l'**Associazione IN.SI.DE** ha aperto recentemente (primavera 2018) tre poliambulatori etnopsichiatrici, che hanno sede a Reggio Calabria, Bianco (RC) e Villa San Giovanni (RC). I principali servizi offerti sono: un colloquio etnopsicologico d'ascolto/di supporto; un colloquio etnopsicosociale di orientamento; una visita etnopsichiatrica; una valutazione psicodiagnostica; la presa in carico psicoterapica⁸⁶.

A Napoli, come a Marghera, è presente un ambulatorio gestito da **Emergency**, che anche in questo caso offre un punto di ascolto psicologico alle persone più vulnerabili.

In Sicilia, è stato realizzato un progetto innovativo, conclusosi il 30 marzo 2018, diffuso sull'intera regione: il Progetto Silver, dedicato alla creazione di soluzioni innovative per la vulnerabilità e il reinserimento sociale dei migranti, in particolare migranti vittime di traumi psicologici, favorendone il reinserimento sociale nel territorio siciliano. Il progetto era finanziato da fondi FAMI 2014-20 e prevede all'interno delle ASP regionali l'istituzione dei cosiddetti **Ambulatori Silver** (differenziati fra ambulatori per adulti e per minori), stanziando in ciascuno di essi del personale specializzato coadiuvato da professionisti dei partner privati, mediatori culturali in primis. Tutti i membri dell'ambulatorio, pubblici e privati, costituiscono l'équipe multidisciplinare. Le équipe degli ambulatori sono costituite da psicologi, psichiatri, assistenti sociali e mediatori

⁸⁴ Dal sito: <http://www.romamultietnica.it/l-intercultura-a-roma/associazioni-e-centri-interculturali/item/5661-fondazione-silvano-andolfi.html>

⁸⁵ Dal sito: <https://centroastalli.it/servizi/progetto-samifo/>

⁸⁶ Dal sito: <http://www.ntacalabria.it/reggio-calabria/poliambulatorio-etnopsichiatrico-in-calabria.html>

culturali, che si coordinano e lavorano in squadra per ottenere i migliori risultati. Le équipes multidisciplinari degli ambulatori minori sono invece costituite da psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali e mediatori culturali. L'approccio che contraddistingue entrambe le équipes è quello transculturale: rispetto all'assistenza già offerta sul territorio dalle Asp attraverso la capillare rete di ambulatori, si differenzia nel diverso approccio, che attinge alla psicologia transculturale e all'antropologia socioculturale, per formare figure specifiche per l'identificazione, l'emersione e il trattamento dei disagi psico-sanitari degli stranieri provenienti da contesti socioculturali spesso diversissimi dal nostro e diversi anche fra loro. Le città in cui è presente questo modello sono: Messina, Catania, Caltanissetta, Agrigento, Enna, Ragusa, Siracusa e Trapani⁸⁷. Ad oggi, terminati i finanziamenti da parte del fondo FAMI, si può comunque guardare al futuro in un'ottica positiva. Come si legge sul sito, infatti:

Al termine del progetto, la Sicilia avrà consolidato una rete di supporto al migrante con disagio psichico, ma anche protocolli operativi condivisi, che potranno eventualmente essere adottati come linee guida dall'assessorato e fare da modello virtuoso, una banca dati regionale del migrante e uno strumento automatizzato di chiamata dei mediatori culturali per semplificare il lavoro degli operatori⁸⁸.

A Catania, è possibile la presa in carico anche per mezzo di un servizio differente, ovvero grazie al **Nucleo operativo di psichiatria transculturale** che opera all'interno dell'ASL cittadina. Fra le varie attività svolte vi è quella clinica, che prevede attività ambulatoriale, consulenze etnopsichiatriche, interventi di psicologia clinica e sostegno psicologico, consulenze etnopsichiatriche alle istituzioni pubbliche e alle associazioni di volontariato.⁸⁹

2.1.4 Presa in carico... in che misura?

Consapevoli che quanto visto finora non è da considerarsi un elenco esaustivo delle possibilità di presa in carico sul territorio italiano, quanto emerge è comunque una chiara insufficienza di servizi che possano far fronte alle esigenze delle persone immigrate che manifestano sofferenza psichica. In primo luogo, una caratteristica che dovrebbe attivare un primo campanello di allarme è che la stragrande maggioranza delle realtà finora citate siano di carattere privato e/o volontario. Fanno eccezione quelle sorte all'interno di ASP o ASL, che sono però la minoranza o sono esperienze concluse, come nel caso siciliano. La presa in carico non risulta dunque essere sistematica né omogenea all'interno del Paese: vi sono molte regioni o zone non metropolitane che rimangono totalmente scoperte, i servizi spesso vanno avanti grazie alla presenza di volontari, che, pur essendo

⁸⁷ Dal sito: <https://www.progettosilver.it/index.php/attivita/ambulatori>

⁸⁸ Dal sito: <https://www.progettosilver.it/index.php/progetto>

⁸⁹ Dal sito: <http://agenziasviluppolocalecatania.solco.coop/?p=1766>

professionisti, possono garantire prestazioni diverse in termini di tempo, continuità, e in certi casi di qualità del servizio.

Si potrebbe controbattere che esistono però i Centri di Salute Mentale all'interno del servizio pubblico a cui potersi rivolgere. È però importante ricordarsi delle difficoltà che un immigrato può incontrare nel conoscere i servizi del territorio, nell'accedervi soprattutto nei casi di presenza irregolare sul suolo italiano e, non da ultimo, il fatto che all'interno dei servizi psichiatrici tradizionali non sempre il personale è formato e competente nell'accogliere persone provenienti da altri paesi, potrebbe dunque non riuscire a garantire una presa in carico adeguata e di qualità ai pazienti stranieri.

Alcuni autori come Geraci e Mazzetti cercano di dare una spiegazione al perché delle difficoltà di assistenza e presa in carico da parte dei servizi psichiatrici⁹⁰: in primo luogo vi è la necessità di traduttori competenti, viste le caratteristiche dell'utenza, che però non sono sempre reperibili facilmente, per via delle lingue africane poco diffuse parlate da molti pazienti. Non basta inoltre che queste figure abbiano competenze linguistiche, ma c'è bisogno di veri e propri mediatori culturali, con competenze molto più strutturate e per cui è necessaria un'adeguata formazione. Anche le aziende sanitarie non hanno facile accesso ai mediatori, in quanto non ovunque sono presenti convenzioni chiare che regolino la loro chiamata. In secondo luogo i servizi psichiatrici soffrono a volte della mancanza di competenze specifiche, sia per quanto riguarda la psicotraumatologia da violenza intenzionale (se si fa particolare riferimento a rifugiati e richiedenti asilo), sia per la capacità di intervenire in modo culturalmente sensibile. La pubblicazione delle Linee Guida di cui abbiamo parlato all'inizio del capitolo dovrebbe costituire un passo importante nella direzione di una migliore organizzazione sul territorio nazionale. Ciononostante, un ostacolo all'effettiva messa in pratica delle indicazioni contenute nelle Linee Guida è l'assenza totale di finanziamenti specifici che promuovano l'adeguamento a quanto descritto all'interno del documento. In conclusione, la strada da percorrere è ancora lunga, ma si iniziano a vedere degli spiragli che aprono a nuove possibilità.

Una volta analizzate le diverse possibilità italiane di presa in carico dei disagi psichici degli immigrati, ritengo sia importante considerare il ruolo giocato da coloro che lavorano all'interno di questi servizi. Il prossimo paragrafo tratterà dunque della salute mentale degli operatori che si occupano della cura di coloro che si rivolgono ai servizi di salute mentale, privati o pubblici che siano.

⁹⁰ Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit.

2. Avere cura di chi cura: i rischi delle professioni d'aiuto

I lavoratori che svolgono la loro professione all'interno dei servizi che si occupano di presa in carico di sofferenza psichica degli immigrati, ricoprono una posizione molto delicata e da tutelare. Essi hanno infatti a che fare quotidianamente con il racconto di storie e situazioni difficili, e, in certi casi, anche disumane e degradanti. Il dover dare risposte, a volte anche in maniera immediata e urgente, ai bisogni della gente, comporta una tensione emotiva che è necessario saper gestire e incanalare positivamente. Questo è un aspetto comune a tutte le professioni di aiuto, risaputamente più esposte a fattori di stress e rischi quali la sindrome da burnout, su cui torneremo più avanti.

Come abbiamo visto però, vi è una scarsità di servizi che si occupano di presa in carico di sofferenza psichica dei migranti, la categoria di figure professionali che vi lavorano non è uniforme e la letteratura sul tema non è esauriente. In particolare, trovare dei dati relativi alla salute degli operatori che hanno a che fare a loro volta con la salute di persone immigrate soggette a disturbi psichiatrici, è estremamente difficile, se non impossibile, a causa della grande specificità dell'argomento e della ridotta presenza di figure di questo tipo. Nei paragrafi successivi farò dunque riferimento a una letteratura più ampia, che si rivolge più in generale alle professioni di aiuto intese in senso lato (dall'educatore, al medico, addirittura al servizio pastorale), cercando di ricondurre le informazioni presenti in letteratura alle realtà passate in rassegna all'inizio di questo capitolo.

Mi pare fondamentale quanto affermato da Giancarlo Trombini nell'introduzione del libro "Come logora curare":

Oltre che al malato è doveroso rivolgere l'attenzione al professionista che entra in relazione con lui, pensare cioè anche alla qualità di vita di colui che cura, così che possa conservare il piacere di continuare a svolgere la propria attività lavorativa e ricercare nuovi metodi per fronteggiare la sofferenza, godendo dell'apprezzamento e dell'affetto di chi gli sta vicino⁹¹.

Partiamo dunque da cosa significa relazione d'aiuto: si intende quella particolare tipologia di relazione interpersonale caratterizzata da una attivazione emotiva molto forte, che ha lo scopo di promuovere nel soggetto in condizione di bisogno elementi come crescita, sviluppo, integrazione sociale. L'operatore dovrebbe mettere al centro l'utente e porsi al suo servizio, con l'obiettivo di comprendere meglio la sua situazione e trovare soluzioni adeguate ad essa⁹². Tutto ciò comporta un forte coinvolgimento emotivo, da parte di chi compie questo lavoro, in tutta la sua persona, in quanto non si tratta di una semplice "erogazione di un servizio". Ascoltare, in particolare se l'ascolto ha a che fare con l'entrare a contatto con il dolore della vita delle altre persone,

⁹¹ Trombini G., (a cura di), *Come logora curare*, Zanichelli, Bologna, 1994, p. VIII.

⁹² Mannucci A., Poggesi P., *L'educatore di professione e i rischi di burnout – Volume I*, Edizioni Del Cerro, Tirrenia, 2000, p. 105.

sentendone il peso, è un'azione da considerare attiva e che richiede grandi energie, e che rischia di far sentire gli operatori esausti sia fisicamente che emotivamente⁹³. Per il tipo di disagio e di patologia che portano nell'interazione (problemi, sofferenze, ecc.), gli utenti espongono in maniera continuativa gli operatori alla loro ansia e disperazione. Inoltre, essi si pongono spesso in un'ottica egocentrica rispetto al sistema dei servizi socio-sanitari⁹⁴.

Nonostante sia difficile compiere una distinzione netta e univoca, è comunque necessario cercare di capire quale potrebbe essere il tipo più sano di coinvolgimento che un operatore può attuare nel suo contesto lavorativo: in letteratura si possono trovare riferimenti relativi al coinvolgimento emotivo, che si differenzia da quello professionale⁹⁵. Nel primo caso vi sarebbe una sorta di “con-passione” nei confronti del cliente, in quanto l'operatore assumerebbe su di sé il carico emotivo del problema ascoltato e tenderebbe a sostituirsi al paziente. Nel secondo invece, realizzabile in genere a seguito di percorsi formativi, l'operatore risulterebbe capace di individuare una sorta di equilibrio fra il punto di vista del cliente e quello di un osservatore ideale non coinvolto nei fatti.

Come anticipato, uno dei rischi maggiori nelle professioni di aiuto, ovvero di coloro che sono protagonisti di un coinvolgimento stabile con persone in condizioni di bisogno, è il rischio di contrarre la sindrome da burnout: in una traduzione non letterale burnout può significare “scoppiato”, e fa riferimento ad una caduta di motivazione di chi opera all'interno di una qualche professione sociale, oltre che a “disaffezione, irrigidimento affettivo ed etico”⁹⁶. Si tratterebbe dunque, secondo la teoria di uno degli autori che maggiormente contribuirono alla definizione della sindrome, Cary Cherniss, di una strategia di adattamento che ha conseguenze negative sia per la persona sia per l'organizzazione, che consiste in una modalità errata di adattamento allo stress lavorativo messo in atto dagli operatori che non dispongono delle competenze adeguate per fronteggiarlo e che comporta una sorta di ritirata psicologica dal lavoro, in risposta ad un eccessivo stress o insoddisfazione⁹⁷. L'equilibrio emozionale necessario per poter far fronte alle situazioni che caratterizzano le professioni d'aiuto, sembra solo in minima parte assicurato da un adeguato training formativo, rimane piuttosto affidato alla “sensibilità” dell'operatore di cura⁹⁸.

⁹³ Fine S.F., Glasser P.H., *Il primo colloquio. Coinvolgimento e relazione nelle professioni d'aiuto*, McGraw-Hill, Milano, 1999, p. 177.

⁹⁴ Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di “burnout”. Fattori di stress lavorativo negli operatori sociosanitari*, Giuffrè Editore, Milano, 1992, p. 15.

⁹⁵ *Ivi*, p. 148.

⁹⁶ Mannucci A., Poggese P., *L'educatore di professione e i rischi di burnout – Volume I*, cit., p. 82.

⁹⁷ *Ivi*, p. 85.

⁹⁸ Trombini G., (a cura di), *Come logora curare*, cit., p. 54.

Cherniss sostiene che vi siano tre fasi di sviluppo del burnout, in particolare: la prima è quella in cui l'operatore avverte uno squilibrio tra richieste e risorse disponibili, tre obiettivi personali e mezzi dell'organizzazione disponibili. La seconda è quella in cui l'operatore sente la stanchezza, la demotivazione, diviene irritabile e in cui tende a spostare gli obiettivi personali più verso la struttura che verso gli utenti. La terza infine è caratterizzata dallo sviluppo, da parte dell'operatore, di atteggiamenti di rigidità, cinismo e distacco emotivo, tendenza a trattare gli utenti in maniera meccanica e impersonale⁹⁹. Per l'autore dunque sono tre i fattori che interagiscono fra loro determinando lo sviluppo (o meno) della sindrome: organizzazione – individuo – ambiente.

Un altro autore di spicco relativo alla teorizzazione della sindrome è Maslach, il quale adotta un approccio di tipo psicodinamico. Dal suo punto di vista l'elemento da prendere maggiormente in considerazione è il processo di conversione dello stress in atteggiamenti di distacco emozionale e di meccanicità nei comportamenti dell'operatore. In certi casi infatti, al di là del possibile stress emotivo o esaurimento fisico o psichico, vi è piuttosto un nuovo comportamento di tipo "costruttivo" che punta alla creazione di nuovi sistemi di difesa, che possano condurre alla creazione attorno a sé di "barriere immunitarie"¹⁰⁰. Anche in questo caso vi sono tre dimensioni che caratterizzano la sindrome: in primo luogo l'esaurimento emozionale, ovvero lo svuotamento delle risposte emozionali con una contemporanea sensazione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico; in secondo luogo la depersonalizzazione, caratterizzata da atteggiamenti di distacco, cinismo e ostilità diretti nei confronti della gente con cui si lavora; in terzo luogo la realizzazione personale, che consiste nel crollo dell'autostima e del desiderio di successo, dovuto alla percezione della propria inadeguatezza al lavoro¹⁰¹.

Non essendo questo il luogo in cui passare in rassegna l'intero sviluppo delle definizioni teoriche sull'argomento, possiamo dunque ad analizzare le varie componenti che possono influenzare l'insorgere del disturbo.

La sindrome da burnout si può considerare come un fenomeno multidimensionale, che dipende da vari fattori che, combinati insieme, possono condurre all'insorgere del malessere. In letteratura emerge che le principali componenti che hanno un'influenza sono quelle individuali, quelle relative ad aspetti del lavoro e dell'organizzazione e quelle socio-culturali. Nel primo caso si fa riferimento alla maggiore probabilità che i soggetti a rischio di burnout abbiano

⁹⁹ Mannucci A., Poggesi P., *L'educatore di professione e i rischi di burnout – Volume I*, cit., p. 85.

¹⁰⁰ *Ivi*, p. 86.

¹⁰¹ *Ivi*, pp. 86-87.

caratteristiche quali l'empatia, la sensibilità, siano umanitari, impegnati, realistici e "people oriented", ma al contempo introversi, ossessivi, ansiosi, altamente entusiastici e suscettibili di identificarsi fortemente con l'altro¹⁰². Essi avverirebbero inoltre in maniera maggiore il contrasto tra la passione ideale, la motivazione altruistica che li ha spinti verso un determinato lavoro e gli ostacoli esterni, i limiti che si incontrano nell'esercizio della professione¹⁰³. Per quanto riguarda invece le componenti relative ad aspetti del lavoro e dell'organizzazione, bisogna allargare il discorso per comprendere anche il concetto di stress. Infatti, nessun fattore organizzativo può essere considerato, preso singolarmente, una certa causa di burnout. Piuttosto, per poter spiegare il fatto che persone diverse reagiscano in modi diversi agli stessi contesti lavorativi, bisogna osservare il significato e il valore che l'individuo dà a questi elementi, i quali dipendono dalla valutazione e dalla percezione che l'individuo dà alla situazione in cui vive. Ciò non toglie però che certi tipi di organizzazione, modalità relazionali e climi sul posto di lavoro comportino una maggiore probabilità di creare una situazione che verrà percepita come stressante¹⁰⁴. I fattori più comuni di stress sembrano essere il sovraccarico lavorativo (inteso come eccesso di richieste rispetto alle reali risorse disponibili), la contraddittorietà fra le varie domande di prestazione, l'ambiguità di ruolo, la definizione dei compiti professionali, il riconoscimento inadeguato delle proprie competenze e prestazioni, la partecipazione limitata ai processi decisionali, la carenza di coesione e di capacità di supporto da parte del gruppo di lavoro e, infine, la scarsa mobilità professionale¹⁰⁵. Infine, per quanto riguarda i fattori socio-culturali, probabilmente i meno studiati dalla letteratura, fa riferimento a quanti scelgono di lavorare nel sociale partendo con forte motivazione e grandi ideali, ma si ritrova poi nella maggioranza dei casi a dover avere a che fare con una realtà quotidiana fatta di scarsa considerazione sociale, bassa qualità dei servizi, scarse risorse economiche pubbliche, impossibilità di rispondere in maniera adeguata alle richieste dell'utenza, con conseguenti ripercussioni sulla definizione dei ruoli, mansioni e obiettivi e, dunque, anche sul rischio di burnout del singolo individuo¹⁰⁶.

Come poter dunque far fronte alle possibili difficoltà che scaturiscono dall'esercitare una professione d'aiuto, come nel caso di chi quotidianamente incontra presso il proprio servizio immigrati che presentano difficoltà psicologiche o psichiatriche? Vi sono vari supporti possibili,

¹⁰² Farber B.A., *Stress and Burnout in the human service professions*, Pergamon Press, New York, 1983.

¹⁰³ Volpi C., Ghirelli G., Contesini A., *Il burnout nelle professioni di aiuto: modalità di intervento ed esperienze di prevenzione* in Francescato D., Leone L., Traversi M. (a cura di), *Oltre la psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

¹⁰⁴ Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di burnout. Fattori di stress lavorativo negli operatori sociosanitari*, cit.

¹⁰⁵ Mannucci A., Poggesi P., *L'educatore di professione e i rischi di burnout – Volume I*, cit., p. 94.

¹⁰⁶ *Ivi*, pp. 98-99.

da non sottovalutare per la loro gravidanza e la ricaduta che possono avere sulla salute degli operatori.

In primo luogo, un sostegno molto utile è il lavoro d'équipe. Poter fare riferimento a un gruppo di lavoro, cooperare, scambiarsi informazioni, poter contare su coesione e spirito di gruppo¹⁰⁷ (pur se non immediati da ottenere) sono tutte strategie che permettono al singolo lavoratore di non fare leva unicamente sulle proprie forze, ma di unire fra loro energia, punti di vista, modalità diverse. L'approccio dell'auto-mutuo-aiuto, sperimentato anche in ambito di studi specifici su equipe che avevano a che fare con richiedenti asilo e rifugiati¹⁰⁸, può essere una buona modalità per sostenersi a vicenda all'interno del gruppo. Si parte dal presupposto che il gruppo racchiuda in sé la potenzialità di promuovere dinamiche di aiuto reciproco fra i suoi membri. Steinberg identifica nove dinamiche principali che caratterizzano questo tipo di gruppi: la condivisione di informazioni; la dialettica interna; la possibilità di discutere i tabù; la sensazione di "essere tutti sulla stessa barca", percependo dunque l'interdipendenza presente fra i membri del gruppo; il sostegno emotivo reciproco; le richieste reciproche esplicitando i problemi; il fronteggiamento dei problemi individuali; la possibilità di "fare le prove", ovvero di sperimentare nuovi modi di fare; infine, la forza del numero, in quanto si viene a creare un'identità collettiva. Tutti questi elementi possono essere di forte sostegno e dare motivazione al gruppo.

In secondo luogo si può parlare di supervisione, altro strumento di fondamentale importanza nei contesti lavorativi a cui facciamo riferimento. Dondi descrive la supervisione clinica in questo modo:

Il percorso supervisivo ha come scopo di concorrere al governo clinico e di sostenere, in quel settore del servizio sociale e/o sanitario, l'affidabilità delle prestazioni che sono state contrattualizzate e che devono essere erogate dal gestore accreditato. Tutto ciò deve essere svolto tenendo conto delle caratteristiche costitutive del servizio stesso, della sua storia e della sua identità. Ogni operazione rilevante deve essere confrontata e risultare coerente alla mission dell'ente e funzionale al raggiungimento degli obiettivi del sistema curante. Il metodo di lavoro mira a costituire un ponte fra i bisogni dell'utenza, di quella particolare utenza, e le possibilità di cura che l'organizzazione può mettere a disposizione. La supervisione lavora per custodire, sorvegliare e verificare gli impianti metodologici e le prassi attuative concorrendo alla costruzione delle migliori condizioni di appropriatezza dei trattamenti che sono possibili in quella data situazione¹⁰⁹.

Poter condividere dubbi teorici, discutere sul proprio operato professionale con un esperto risulta certamente una preziosa opportunità.

¹⁰⁷ Trombini G., (a cura di), *Come logora curare*, cit., p. 21.

¹⁰⁸ Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, Journal of Psychopathology, 19, 2013, pp. 234-241.

¹⁰⁹ Dondi M., *La supervisione clinica: appunti di lavoro in comunità terapeutica*, Sestante, Cesena, 2010, nr. 33, p. 24.

Proseguendo con le possibili modalità di supporto e prevenzione del burnout, si può identificare l'adeguata formazione come una di esse. L'ente entro il quale si lavora può organizzare corsi di aggiornamento e formazione che permettano, grazie ai supporti teorici, la comprensione del proprio vissuto quotidiano. Perché possano dimostrarsi momenti utili e non solo dei momenti obbligatori vissuti passivamente (o erogati passivamente), è necessario che non siano proposte isolate ma che seguano invece una continuità temporale¹¹⁰.

Concludendo, le professioni di cura sono naturalmente esposte a rischi per cui è importante fare uso dei supporti disponibili, imparare a chiedere aiuto a propria volta e, grazie alla formazione e all'esperienza, divenire sempre più competenti nella gestione dei vissuti degli altri e dei propri.

¹¹⁰ Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di burnout. Fattori di stress lavorativo negli operatori sociosanitari*, cit., pp. 123-124.

3. La ricerca

In questo capitolo spiegherò in breve il tipo di ricerca qualitativa che ho realizzato per approfondire le tematiche affrontate nelle pagine precedenti, focalizzandomi principalmente sul concetto di etnopsichiatria, la correlazione fra immigrazione e disagio psichico, le possibilità di presa in carico psicologica o psichiatrica e, infine, la salute mentale degli operatori che lavorano all'interno dei servizi. Per indagare al meglio questi argomenti ho deciso di compiere una ricerca sul campo, che ha previsto la realizzazione di interviste ad esperti e ad operatori di vari servizi del territorio bolognese, in modo da poter entrare in contatto più diretto con chi opera all'interno di questi ambiti, cogliere i loro punti di vista, le loro percezioni e i loro racconti. Per fare questo mi sono avvalsa di un particolare tipo di intervista, l'intervista dialogica.

3.1. L'intervista dialogica

L'intervista dialogica si sviluppa dal pensiero di Salvatore La Mendola, il quale nel saggio "Centrato e aperto"¹¹¹, descrive una teoria ben distante da quella più "tradizionale" legata alla realizzazione di interviste. Il punto di partenza dal quale muoversi è la consapevolezza che la conoscenza proceda tramite l'incontro con esperienze e relazioni, allontanandosi dunque da quel tipo di conoscenza molto più concettuale, categorizzante, che rinchioda intervistato e intervistatore in "gabbie d'acciaio", come sostiene l'autore del saggio. Un primo cambiamento di paradigma consiste nel considerare l'intervistato un narra-attore, e non più, appunto, un intervi-stato, da cui attingere informazioni in maniera strumentale che, il più delle volte, vanno nella direzione di confermare le tesi dell'intervistatore. Lo stile dialogico promuove una relazione in cui viene accolta qualunque modalità del racconto di sé e qualunque forma interpretativa dell'agire di chi parla. Perché questo avvenga, l'intervistatore, o meglio, come definito da La Mendola, "intervista-attore", deve favorire uno stile dialogico in ogni sua mossa: le domande formulate non dovranno dunque puntare all'ottenimento di informazioni, valutazioni o tipizzazioni. Al contrario, l'obiettivo è quello di offrire la possibilità al narra-attore di raccontare cornici di relazione e cornici di esperienza, entro le quali ci saranno comunque delle informazioni. La differenza sta nel fatto che quelle tipizzazioni e valutazioni che emergeranno saranno frutto di un'elaborazione del narra-attore e non saranno indotte dall'intervista-attore.

L'intervista assume il significato simbolico di un rituale, in cui l'intento principale è l'ascolto. Compito dell'intervista-attore è quello di essere centrato e aperto, da qui il titolo del libro, ed entrare dunque in contatto con le rappresentazioni dell'Altro, senza cadere in un'urgenza

¹¹¹ La Mendola S., *Centrato e aperto*, UTET, Novara, 2009.

classificatoria, ma focalizzandosi piuttosto e accogliendo il fluire della vita delle persone che interpelliamo. Diviene dunque molto importante lasciare che l'altro racconti di sé guidando l'intervista-attore, cercando di farci raccontare aneddoti, casi specifici, perché è nel dettaglio delle esperienze che si può cogliere qualche indizio del retroscena.

Lo stile dialogico implica che vi siano dei racconti su cui il ricercatore, in un secondo momento, dovrà compiere un ulteriore lavoro di ascolto. Solo arrivati a quel punto sarà possibile interrogare le narrazioni raccolte e far emergere tipizzazioni e interpretazioni, processo del tutto differente se si paragona con quel tipo di interviste in cui concetti, tipizzazioni, valutazioni chiaramente espresse vengono fatte emergere nel corso dell'intervista. Il lavoro principale è quello di uscire dai propri schemi, comprendere che non ci si può aspettare nulla di ciò che "serve" nelle forme attese. È dunque compito del ricercatore, e non dell'intervistato, costruire rappresentazioni di rappresentazioni.

Le interviste realizzate sono dunque state concepite a partire da questa prospettiva, le domande rivolte ai narra-attori puntavano infatti ad accogliere narrazioni di esperienze e di relazioni le quali, in un secondo momento, sono state ripercorse in maniera analitica e da cui ho costruito, appunto, nuove rappresentazioni.

3.2. Gli intervistati

L'intervista, di cui abbiamo appena trovato una definizione che si discosta da quanto viene normalmente proposto in letteratura, è stato lo strumento primario di cui mi sono avvalsa per realizzare la ricerca di cui parlerò nelle prossime pagine.

L'uso di questa metodologia di studio deriva dal fatto che ritengo insufficiente trattare una tematica esclusivamente a livello teorico, come per ora ho fatto nei primi tre capitoli. Da qui l'idea di incontrare di persona due gruppi di persone: operatori (psicologi psicoterapeuti) che lavorano o prestano volontariato all'interno dei servizi bolognesi che si occupano fra le altre cose di presa in carico di disagio psichico delle persone immigrate e, in secondo luogo, esperti che lavorano da decenni in questo ambito e che mi sono stati segnalati come buoni conoscitori dell'argomento.

Per quanto riguarda il primo gruppo, i progetti che hanno aderito e che hanno dato la disponibilità a far intervistare uno dei loro operatori sono stati: il Servizio di consultazione culturale, facente riferimento ad ASP Città di Bologna; il Progetto Start-ER 2; il Progetto Approdi, l'Associazione Diversa/Mente; il Progetto Casper, l'Associazione Sokos. La domanda rivolta alle diverse realtà è stata di poter intervistare una o più figure afferenti al progetto, specificando che il mio interesse si

rivolgeva in particolare alle figure di psicologi o psichiatri. Il campione finale è costituito da sei psicologi psicoterapeuti, uno per progetto, ad eccezione della doppia testimonianza ricevuta dall'Associazione Diversa/Mente e da quella unica del Servizio di consultazione culturale e Start-ER 2 in quanto l'intervistato in questione si occupava di entrambi i progetti.

Il secondo gruppo è invece composto dal Dott. Roberto Maisto, psichiatra con una formazione etnoclinica, in pensione da poco più di un anno e che ha ricoperto incarichi di dirigenza di un'Unità Operativa Semplice (dal 2011) e Complessa (dal 2016) all'interno del Centro di Salute Mentale di Budrio (BO), oltre ad aver portato avanti la conduzione clinica dell'ambulatorio dell'ex Centro "Georges Devereux" presso il CSM Borgo-Reno (BO) negli anni 2002 – 2007 e ad aver coordinato il Centro di Consultazione Culturale operante presso il DSM - DP della Ausl di Bologna dal 2010 al 2018.

Una seconda testimonianza è stata quella del Dott. Salvatore Geraci, medico chirurgo e direttore dell'area sanitaria della Caritas di Roma, specializzato in medicina della migrazione. Da maggio 2000 a settembre 2009 è stato Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) di cui è anche stato segretario nazionale dal 1996 al 1999. Si occupa inoltre di coordinare i GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute) ed è uno degli autori del saggio "Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura", già citato in precedenza.

Sempre fra gli autori del libro appena nominato vi è anche il Dott. Francesco Colosimo, medico psichiatra attualmente dirigente medico all'interno del CSM di Roma C, il quale si è reso disponibile ad essere intervistato nell'ambito di questa ricerca, in qualità di esperto di medicina delle migrazioni e attivo all'interno dell'équipe del progetto "Ferite Invisibili" di Roma, da anni attivo in città con un ambulatorio che si occupa di progettazione di interventi che puntano alla riabilitazione psicologica, oltre che fisica, di chi è stato oggetto di violenza, tortura o traumi più generici di ingiustizia sociale.

Infine, le ultime due intervistate in veste di testimoni privilegiate sono state le Dott.sse Simona Ciambellini e Cristina Caizzi, psicologhe psicoterapeute anch'esse facenti parte dell'équipe del Progetto Ferite Invisibili di Roma.

3.3. La traccia di intervista

Con tutti gli intervistati è stata seguita la medesima traccia di intervista, che lasciava però una grande libertà di argomentazione e la possibilità di spaziare su argomenti altri, non espressamente richiesti dalla sottoscritta. Seguendo un approccio dialogico, la scaletta verteva

sull'approfondimento, dal punto di vista esperienziale, di quattro macro-tematiche, che riprendessero la parte teorica esposta nei capitoli precedenti. Nello specifico gli argomenti su cui si è indagato, come già anticipato, sono stati l'etnopsichiatria, la correlazione fra sofferenza psichica e immigrazione, la presa in carico e la salute mentale degli operatori e degli esperti intervistati, preceduti dalla richiesta di presentazione rivolta all'intervistato, in particolare per quanto riguarda la sua figura professionale (come è arrivato a svolgerla) e il suo ruolo (come è arrivato a ricoprirlo).

Per quanto riguarda la prima tematica, ovvero l'etnopsichiatria, la domanda posta è stata "Mi racconta la sua ultima giornata lavorativa?", supportata da ulteriori spunti, legati che aprissero la possibilità di entrare nell'esperienza lavorativa concreta dell'intervistato, cogliere il suo punto di vista su come viene impostato il lavoro, quali tecniche e metodi vengono utilizzati, qual è l'approccio nei confronti dei pazienti con i quali si ha a che fare, aprire spazi di lettura sulla personale cornice esperienziale e relazionale di chi si racconta.

La seconda tematica è stata approfondita attraverso la domanda "Facendo riferimento alla sua esperienza, mi racconta un caso clinico che le viene in mente?". Anche in questo caso l'interrogativo puntava a offrire la possibilità all'intervistato di raccontare liberamente, sottolineando le parti ritenute più significative, di un caso clinico di cui si è occupato personalmente, in modo da poter leggere se nella storia raccontata vi fossero elementi che riconducessero all'ipotesi di una correlazione fra malessere psichico e immigrazione, partendo dalla narrazione di un caso concreto e andando così a indagare sul percorso che porta all'insorgere di difficoltà, gli elementi che influiscono su di essa, le principali caratteristiche, e qualsiasi altro racconto l'intervistato abbia ritenuto di voler condividere. La principale difficoltà riscontrata nel porre questa domanda è stata relativa al segreto professionale che gli intervistati dovevano mantenere sui casi di cui mi hanno parlato: questo ha implicato la necessità in certi racconti di rimanere più vaghi, non riportando alcuni dettagli in certi casi anche significativi, preferendo piuttosto raccontare aspetti più generici e che non dessero la possibilità di identificare la persona di cui mi stavano parlando. Ciononostante i racconti sono comunque stati ricchi di aneddoti e di esperienze concrete, offrendomi dunque un buon materiale su cui compiere quello che Salvatore La Mendola chiama "costruzione di rappresentazioni di rappresentazioni".

Per indagare la terza tematica, ovvero i percorsi di presa in carico dei pazienti, la domanda posta è stata: "Mi racconta il percorso di presa in carico del suo ultimo paziente?", offrendo se necessario ulteriori spunti per individuare, sempre rimanendo nel campo esperienziale, eventuali criticità e punti di forza, elementi che offrono supporto alla possibilità di presa in carico, oltre che ovviamente

ascoltare quali sono i meccanismi, nelle diverse realtà, che permettono di effettuare la presa in carico, quando e come portarla avanti.

La quarta e ultima macro-tematica (salute degli operatori e degli esperti), è stata affrontata per mezzo della domanda “Mi racconta una giornata lavorativa o un episodio che l’ha colpita particolarmente?”. La domanda era pensata per poter permettere agli intervistati di raccontarsi, raccontare cosa succede nel momento in cui i pazienti con cui lavorano li mettono di fronte a storie di vita estremamente forti, sia di segno positivo che negativo; come dunque vengono gestite le emozioni, quali strategie vengono eventualmente adottate per poter farvi fronte.

Tutte e quattro le domande sono dunque accomunate dall’intento di cogliere non tanto nozioni, informazioni specifiche pronte per l’utilizzo, ma piuttosto narrazioni estremamente personali e legate alle relazioni, alle esperienze concrete dell’intervistato o, riprendendo il termine utilizzato da La Mendola, “narra-attore”. Quanto emergerà dunque nei prossimi capitoli sarà dunque il risultato di un’analisi attenta, che parte dallo specifico per andare alla ricerca di quegli elementi che si celano dietro alle singole azioni, ai singoli eventi.

L’intervista si concludeva lasciando aperto uno spazio all’intervistato per poter integrare i racconti fatti fino a quel momento con eventuali altre narrazioni, altri aspetti ritenuti importanti che ancora non erano stati citati.

3.4. Precisazioni e note per la lettura

Prima di passare all’analisi delle interviste, vorrei sottolineare che i professionisti con cui mi sono confrontata provengono da contesti lavorativi e da esperienze professionali fra loro molto diverse, in quanto ve ne sono alcuni che lavorano a titolo volontario, dedicando dunque una parte del loro tempo libero a un’attività in cui credono, altri che invece lo fanno come occupazione principale e sono inseriti all’interno di servizi in alcuni casi pubblici, in altri privati. Inoltre, le esperienze professionali variano anche in base alla formazione dei partecipanti alla ricerca, in quanto vi sono sia degli psicologi psicoterapeuti, che ulteriormente si contraddistinguono per appartenenza a scuole di psicoterapia con diversi orientamenti, sia degli psichiatri. Il mio intento quindi non è quello di offrire un’idea unitaria di questo tipo di lavoro, né di compiere alcun tipo di generalizzazione. Preferisco infatti “lasciar parlare” i narra-attori, in modo che le loro parole possano essere, per coloro che le leggeranno, motivo di riflessione e testimonianza di situazioni oggi più che mai attuali.

Si segnala che, tutte le volte che si troverà una parola o una frase fra parentesi quadre, significherà che è stato necessario l'intervento dell'autrice, per rendere più lineare il discorso o spiegarlo in caso di poca chiarezza, spesso dovuta al fatto che per questioni di spazio non è possibile riportare l'intero discorso ma solo una sua parte. I puntini di sospensione indicano le brevi pause che gli intervistati hanno fatto nel rispondere alle domande, mentre le indicazioni fra parentesi quali "ride" o "silenzio" vogliono evidenziare altri tipi di interazione legati alla comunicazione non verbale che assumono grande valore all'interno della narrazione.

Ad ogni intervistato è stata assegnata una sigla di riconoscimento, la quale contiene il numero progressivo attribuito all'intervista, la professione svolta dalla persona in questione e, nel caso degli operatori dei servizi, il nome del progetto a cui fanno riferimento. In questo modo, oltre a garantire l'anonimato ai professionisti, il lettore sarà in grado di riconoscere la singola intervista e di mantenere quindi continuità nel discorso di ognuno.

4. Etnopsichiatria ed etnopsicologia

Lavorare con persone immigrate e nella maggior parte dei casi che hanno subito forti traumi in una delle fasi migratorie, comporta l'uso di strategie specifiche e di approcci attenti, sensibili alla diversità culturale, ad una diversa percezione dei concetti di malattia, cura e percorso terapeutico

Le attenzioni necessarie passano da molteplici aspetti, alcuni molto pratici altri più legati alla costruzione della relazione e alla struttura dell'intervento. Nel corso di questo capitolo analizzeremo le parole degli intervistati per osservare quali siano le modalità messe in atto per promuovere l'utilizzo di un approccio etnoclinico.

4.1. La composizione dell'équipe

Una primo aspetto riscontrato è la composizione dell'équipe piuttosto variegata, che prevede la presenza di figure professionali di diverso tipo che spesso lavorano insieme o che si confrontano fra loro in spazi temporali successivi all'intervento terapeutico. Le principali professioni che formano parte delle équipe sono: psicologi psicoterapeuti, psichiatri, antropologi, mediatori. La presenza di diverse professionalità è una caratteristica determinante e che segna una marcata distanza dai setting di presa in carico di persone italiane con disturbi psichici: in questo caso infatti è raro poter parlare di équipe di riferimento, mentre è molto più comune l'ipotesi che vi sia una sola persona che si occupi del caso clinico (psicologo-psicoterapeuta o psichiatra in base alla gravità della situazione) in autonomia, in colloqui che si realizzano in un rapporto individuale. La possibilità invece che la presa in carico venga condivisa fra più persone con specializzazioni diverse viene vissuta come un punto di forza, come testimonia ad esempio una delle intervistate:

È una cosa che apprezzo moltissimo di essere all'interno di Casper, [...] il fatto di poter collaborare con figure diverse che hanno anche delle competenze che io non ho, di tipo psichiatrico, ma anche antropologico, perché io non ho quelle competenze, comunque ci permettono di tenere... di tenere un occhio su tutte quelle limitazioni che arrivano dal mio mondo, dalla mia specializzazione, perché sì io sto facendo una scuola sistemica e... e c'è l'orientamento sistemico è proprio alla base di questo, tenere sempre presente la complessità, e quindi io... lavoro all'interno della complessità e la cultura è una complessità che entra in gioco e non la puoi mettere da parte... e quindi un modo forse per poter arginare è quello forse di poter lavorare con altri professionisti, ognuno con la sua specificità (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

In certi casi vi sono inoltre ipotesi di integrare all'interno delle équipe ulteriori figure professionali, che possano prendersi carico dei pazienti anche sotto altri punti di vista:

Adesso stiamo sperimentando ma ancora non sta funzionando bene la possibilità di avere un medico legale dento al gruppo di Ferite Invisibili però al momento non... non so a che punto siamo ma non mi sembra che stia andando molto avanti. E così come anche nell'équipe di Ferite Invisibili vogliamo mettere un fisioterapista perché anche quello la manipolazione del... queste persone hanno avuto contatti diciamo le mani sul loro corpo sono state messe per fare violenza, la letteratura ci dice che se tu gli metti le mani sul corpo per fare una visita e quindi per proteggerli o addirittura per fare delle manipolazioni positive che può essere la fisioterapia questo può essere altrettanto curativo come l'intervento... e quindi

la fisioterapia è sempre stata un nostro sogno... tra i nuovi volontari, ogni anno facciamo due o tre corsi per i nuovi volontari, ci stava un fisioterapista di grande esperienza anche internazionale, che ha fatto cooperazione internazionale, e quindi forse forse fra qualche mese attiveremo anche... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Già la sola composizione dell'équipe diviene dunque una grande occasione di riflessione teorica e pratica su quali siano le figure che possano offrire possibilità curative, di guarigione della mente che, come abbiamo visto, non necessariamente passano esclusivamente attraverso la relazione terapeutica più classica.

Ecco nel nostro gruppo etnoclinico, mi sono dimenticata, ci sono anche... c'è un esperto, un professore universitario esperto in diritti umani, quindi c'è anche questa visione... diciamo... ma se ci fosse un magistrato... se ci fosse... noi saremmo contentissimi, un filosofo, nel gruppo etnoclinico, come possibilità anche di vedere molteplicità. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione Diversa/Mente)

L'équipe appare dunque come una realtà di fondamentale importanza, in cui cercare e trovare un confronto più ampio su ciò di cui ci si occupa a livello clinico, per permettere che vi sia un orizzonte di riferimento più ampio e articolato, tale da permettere una presa in carico più complessa ed esaustiva dei pazienti che si rivolgono a questo tipo di servizi. Il presupposto è dunque quello che per far sì che il percorso terapeutico sia più efficace e vi siano maggiori probabilità di ottenere esiti positivi, sia necessario entrare nella complessità del fenomeno, sviscerarlo e per fare ciò avere a disposizione strumenti provenienti da formazioni di diverso tipo, che permettano di leggere le situazioni da punti di vista molteplici e plurali.

Anche all'interno di un contesto lavorativo ospedaliero, la presa in carico tende a non essere uno ad uno, medico – paziente, ma a coinvolgere anche altre figure professionali, come nel caso di una donna seguita dal CSM in cui lavora l'intervistato: “io non è che la seguivo individualmente, la seguivo con l'infermiere, con l'assistente sociale, con... con insomma almeno due infermiere coinvolte, ma un po' tutto il servizio diciamo si anima per questo caso” (7, psichiatra, CSM). Come vedremo più avanti, nel pubblico non sempre la situazione è facilmente orientabile in questa direzione.

Nei vari servizi presi in esame, la composizione delle équipe è la seguente: presso Ferite Invisibili lavorano psicologi psicoterapeuti, psichiatri e si prevede una futura collaborazione con un fisioterapista e un medico legale; presso l'Associazione DiverSa/Mente l'équipe è suddivisa in un gruppo formazione e in un gruppo clinico, composti da antropologi, psicologi psicoterapeuti, mediatori e un esperto in diritti umani; presso l'Associazione Sokos si possono trovare psicologi psicoterapeuti, psichiatri e antropologi; nel Progetto Casper vi sono psicologi psicoterapeuti, mediatori, operatori legali, educatori; all'interno di Start-ER ci sono diversi psichiatri divisi per settori di intervento, un'educatrice psichiatrica, un'infermiera psichiatrica, antropologi e si prevede

verranno inseriti degli psicologi; per il Servizio di consultazione culturale lavorano uno psichiatra e uno psicologo psicoterapeuta; il Progetto Approdi prevede il coinvolgimento di educatori, medici, psichiatri, pedagogisti, antropologi, e psicologi psicoterapeuti. In tutti i casi in cui i mediatori non sono inseriti direttamente all'interno delle équipes, vi è sempre una forma di collaborazione e attivazione del servizio di mediazione con enti terzi. Ciò è da collegarsi all'evidente impossibilità di ricoprire le esigenze di mediazione con personale interno ai progetti/associazioni, in quanto la provenienza degli utenti è molto variegata e le lingue e le culture rispetto alle quali compiere una mediazione sono altrettanto numerose. Si denota comunque, a livello generale, una composizione piuttosto ricca di figure professionali afferenti a diverse discipline, elemento che permette una visione più ampia sulle situazioni con le quali si ha a che fare.

4.1.1. I mediatori culturali

Vale ora la pena approfondire quale sia il ruolo dei mediatori culturali, una figura ancora poco definita a livello normativo e teorico, che agendo in ambiti diversi (linguistico, culturale, interculturale, sociale e relazionale) può assumere ruoli differenti all'interno della presa in carico del paziente.

Una breve definizione riconosciuta dalla letteratura può essere quella di Baraldi, il quale ritiene che il mediatore rappresenti “una terza parte nell'interazione tra altri partecipanti che parlano lingue diverse ed evidenziano identità culturali diverse¹¹²”. Molti intervistati hanno specificato quanto la loro sia una figura fondamentale per poter entrare in relazione con i pazienti, in particolare facendo riferimento all'opera di “traduzione” della cultura altrui in termini e concetti comprensibili per la nostra cultura.

Anche le interviste evidenziano che vi siano letture differenti del ruolo del mediatore: uno dei testimoni afferma che “C'è sempre la mediatrice anche perché noi usiamo i mediatori perché pensiamo non sia solo una questione linguistica chiaramente, ma che ci sia tutto un altro mondo in cui ci fanno entrare, capire, trasformare...” (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi); mentre c'è chi evidenzia “Perché non l'ho detto prima ma un ambito fondamentale di tutto il sistema è la presenza dei mediatori e questo apre poi un capitolo. Ed è una cosa che noi assicuriamo chiaramente se no sarebbe impossibile poter fare un trattamento che poi si basa sostanzialmente sulle parole” (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma) attribuendo dunque un significato al mediatore più da un punto di vista di traduzione linguistica; un altro ancora sottolinea, facendo

¹¹² Baraldi C., *Il significato della mediazione con bambini e adolescenti*, in: Baraldi C., Maggioni, G. (a cura di), *La mediazione con bambini e adolescenti*, Donzelli, Roma, 2009 pp. 3-34.

riferimento a un caso specifico, quanto l'interpretazione data dall'équipe "italiana" sarebbe stata completamente erronea, senza il supporto di qualcuno che facesse da tramite fra le due culture, nel caso di una paziente di religione ortodossa, rientrando dunque fra coloro che attribuiscono al mediatore un ruolo che va ben aldilà di quello di interprete:

La mediazione linguistico culturale che è stata fondamentale per capirsi rispetto ad un mondo che era molto diverso molto diverso anche da un mondo africano di un altro genere, che ne so senegalese, tunisino. Perché lei era di religione ortodossa quindi era tutto un altro rito. Abbiamo scoperto delle cose incredibili anche rispetto alla comunione... la comunione viene fatta secondo questo rito ortodosso nei momenti di maggiore pericolo e quindi viene chiesta e fatta solo in quel momento lì quindi lei che aveva chiesto la comunione durante il viaggio in Sudan il prete ortodosso che lei ha intercettato durante il suo viaggio... eccetera eccetera perché era come se lei si sentisse di morire da un momento all'altro e quindi l'aver trovato poi dopo qua a Bologna un prete ortodosso della stessa religione ha funzionato moltissimo come contenimento delle preoccupazioni che lei aveva mentre noi avevamo interpretato la comunione come la comunione cristiana cattolica come noi la conosciamo che ha tutto un altro senso invece lì prendo la comunione perché mi unisco al Padre Eterno in un momento topico importante della mia vita. E quindi se lei parlava della comunione noi non ci avremmo capito niente se noi non avessimo avuto l'interprete che ci dava tutte queste spiegazioni. (7, psichiatra, CSM)

O ancora, le risposte date ai pazienti possono essere state elaborate grazie al confronto costante con i mediatori: "Questa cosa non ce la siamo inventata ma l'abbiamo studiata parlando molto con i mediatori culturali che vengono dalle zone, quindi sappiamo che per loro queste parole sono significative" (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Come queste due ultime testimonianze dimostrano, l'opera di traduzione del mediatore non si limita dunque ad essere di carattere linguistico, ma anche e soprattutto culturale e relazionale. Ad esempio, nel caso della donna ortodossa che racconta di aver chiesto la comunione durante il suo percorso migratorio, i medici italiani avrebbero completamente frainteso il gesto andando a creare delle incomprensioni e dei vuoti nella relazione con la paziente, per la quale quel gesto assumeva invece una grande importanza e non era dunque stato raccontato come semplice aneddoto di ciò che le era successo durante il viaggio. La possibilità dunque che vi sia qualcuno che si ponga in un ruolo di "traghettatore" da una cultura a un'altra, da una dimensione a un'altra, appare di fondamentale importanza.

Vi sono però anche delle difficoltà a trovare dei mediatori preparati, soprattutto se si fa riferimento all'ambito sanitario, in quanto manca una formazione adeguata a livelli più alti, che spesso dev'essere compensata dai servizi che fanno uso di queste figure professionali:

Per esempio una grande pecca è l'aspetto della mediazione, mediazione interculturale, mediatore linguistico, ognuno lo chiama come vuole, però resta il fatto che... in ambito sanitario soprattutto e in ambito soprattutto sanitario-psicologico della salute mentale psichiatrico, non c'è preparazione. E quindi molto spesso quando si lavora con delle persone che hanno dei disturbi gravi, il mediatore esce distrutto da questa cosa, ma non c'è un sistema di mediazione che tuteli questa cosa e quindi è una cosa... come dire... nonostante non fosse nel progetto noi abbiamo aggiunto questa parte, nel senso che personalmente io, ma non soltanto io, quando sappiamo di avere degli incontri così [impegnativi], dopo teniamo un'altra ora per poter discutere con il mediatore, facciamo una specie diciamo così di supervisione, dove il

mediatore diciamo può rimettersi in sesto, diciamo così... perché a volte non è facile ci sono dei casi... e tendenzialmente facciamo in modo che sia sempre lo stesso mediatore a seguire il caso. Che è anche un modo un po' per formarlo, perché il problema è che se io ogni volta cambio mediatore, da un lato la persona che deve parlare delle sue cose non riesce mai a entrare in un clima di intimità perché lavora con una persona che ogni volta è diverso, e dall'altro anche dal punto di vista professionale continua a lavorare con persone che non sono preparate, mentre invece così lentamente, chiaro sarebbe più bello fare una... una formazione diciamo così... però... si ripara... insomma si cerca di riparare a ciò che non è... predisposto. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Non è però il solo a trovarsi in difficoltà nel riuscire ad utilizzare al meglio questo tipo di figura: “Per esempio il mediatore si riesce ad avere, ma anche come viene usato il mediatore... spesso viene usato come interprete, più che come mediatore” (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili). La formazione come abbiamo visto capita spesso che ricada nelle mani delle associazioni e dei progetti, mentre manca una formazione più ad ampio raggio: “Anche i mediatori stessi non sono mediatori che così, sono persone che hanno avuto della competenza e laddove non ce l’hanno li formiamo noi” (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma); lo stesso intervistato, più avanti, aggiunge: “Tra l’altro si è deciso che anche quando il paziente non viene, che può succedere, comunque noi paghiamo lo stesso il mediatore che rimane là con la psicologa che fa una formazione” (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma). Da quanto riferito dagli intervistati, si deduce una generale scarsa formazione da parte dei mediatori, in quanto, come si può capire anche dalla letteratura sul tema, non esiste una figura professionale ben definita, con una formazione universitaria o professionalizzante riconosciuta a livello nazionale, ma piuttosto vi è una forte frammentazione dei percorsi formativi e di conseguenza delle competenze che il mediatore può acquisire.

4.2. Il setting terapeutico

Come si decide dunque chi può partecipare ai colloqui psicoterapici o alle visite psichiatriche? Quali altri dettagli devono essere curati? Anche in questo caso vi sono alcune differenze, ma il setting è in tutti i casi incontrati frutto di un pensiero e di approcci teorici portati avanti dalle diverse équipe. Varie testimonianze riportano la necessità di un setting flessibile, sotto diversi punti di vista. Quello temporale: “Loro vengono qui una volta alla settimana un’ora, a volte anche meno, il setting è molto flessibile, non è per forza un’ora...” (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili); quello spaziale: “Nel primo incontro preempio, è importante che non ci sia il tavolo, la scrivania, ci si mette in cerchio proprio per eliminare questo aspetto... proprio che ha un effetto, no? psicologico, sulla risposta che uno...” (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2); quello delle figure presenti: “Quindi i setting si modulano a seconda della situazione e noi li discutiamo, li pensiamo anche” (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente); o ancora, un’intervistata che collabora con un altro psicoterapeuta riferisce:

Dopo che facciamo uno due colloqui insieme decidiamo se la continuiamo a seguire insieme, tipo il ragazzo di ieri stiamo continuando a seguirlo insieme, se lo... lo seguo io da sola o lo segue lui da solo. E possono... le motivazioni... possono essere diverse, magari una situazione più problematica ha più senso vederla insieme, magari... è una donna e non ha piacere comunque... anche a livello culturale è molto difficile raccontare certe cose con un uomo quindi viene data a me oppure il contrario, un uomo è meglio se... lo segue lui. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Il setting, alla luce dei racconti degli intervistati, appare dunque come uno strumento da usare con grande consapevolezza, da calibrare sulla base delle situazioni che di volta in volta si incontrano e che costituisce un primo importante passo nella direzione di un percorso di presa in carico adeguato alle necessità del paziente.

Un'intervistata attribuisce un senso anche etico alla scelta del setting:

E quella un po' la nostra sfida vedere caso per caso come si può costruire un approccio uno per uno, anche lì mediatore sì mediatore no, antropologo sì antropologo no, conviene una donna conviene un uomo no? Variabili che... ecco diciamo che bisogna calibrarli bene no? [...] Il più alto rispetto che possiamo avere è costruirlo [il dispositivo clinico] uno per uno... è molto più difficile perché bisogna prendersi il tempo no? Chiedi all'interlocutore di questa persona. Se lo vedi il primo giorno come gli spieghi chi sei... poi calcolare se chiami un mediatore chi? Maschio? Donna? Ragazzo? Ragazza? L'antropologo sì? Come introduciamo la figura dell'antropologo, no? Per me non sono cose scontate, sono cose che bisogna studiare delicatamente. (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione Diversa/Mente)

O ancora, l'attenzione deve essere rivolta all'intero contesto a cui i pazienti si rivolgono, non solo nel momento effettivo del colloquio ma anche in tutti gli altri aspetti:

In ambulatorio, che tu non vedrai, c'è un bel cartello grande con scritto accogliere è già curare no? Quindi.. noi la definiamo una struttura a bassa soglia d'accesso ma ad alto impatto relazionale quindi su quello e a Ferite Invisibili ancora di più perché chiaramente perché sono persone che hanno subito e quindi dobbiamo evitare la ritraumatizzazione. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma).

Quanto affermato dall'ultimo intervistato, viene riportato anche nel saggio relativo ai presupposti teorici del Progetto Ferite Invisibili: "Riteniamo che l'accoglienza del paziente, fin dal primo contatto con i nostri servizi, sia un aspetto fondamentale del processo di cura, perché la storia di ogni persona non è solo la storia della sua malattia. Accogliere bene è già curare. Un'accoglienza che metta al centro la relazione creando un ambiente favorevole all'incontro ha già valore terapeutico, perché consente alla persona di recuperare la sua dignità riscoprendosi capace di rapporti interpersonali. Quindi i due elementi fondamentali che creano una buona accoglienza riguardano l'ambiente e la relazione¹¹³".

Non è però solo la struttura dell'intervento, ma anche i suoi contenuti a dover prestare attenzione al particolare tipo di utenza con cui si ha a che fare in questo genere di progetti. Psicologi psicoterapeuti, psichiatri, mediatori, antropologi, ecc., devono infatti avere la cura di impostare un

¹¹³ Da Silva E., Di Giulio R. *L'accoglienza del paziente*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. p. 52.

intervento che tenga conto di aspetti legati alla cultura, al trauma, e più in generale alla condizione clinica dei pazienti. Nel prossimo paragrafo ci soffermeremo in particolare sugli interventi culturalmente orientati di cui ho avuto testimonianza.

4.3. Interventi culturalmente orientati

Se si parla di etnopsichiatria o etnopsicologia, è importante cercare di capire in che modo l'approccio terapeutico possa differenziarsi da un normale colloquio con un paziente, nel nostro caso, italiano. Formarsi per saper rispondere a condizioni cliniche poco note alla nostra medicina, può essere di fondamentale importanza per evitare il rischio di patologizzazioni e psichiatrizzazioni inutili. Un esempio ci viene raccontato da una delle psicoterapeute del servizio Ferite Invisibili di Roma, la quale, raccontando di un ragazzo che ogni notte faceva degli incubi che per lui assumevano come significato il fatto di essere minacciato dagli spiriti maligni del suo paese di provenienza, afferma:

Quindi un intervento culturalmente orientato, per quanto folle ai nostri occhi, è... di andargli a spiegare che questi spiriti che noi non mettiamo in discussione ovviamente che ci sono, questi spiriti sono spiriti che sono molto legati alla terra... e quindi sono molto potenti finché la persona vive nello stesso territorio, nello stesso continente, nello stesso... posto, ma perdono di potenza nel momento in cui si sposta e c'è il mare in mezzo. E... quindi possono arrivare, ma arrivano con un'influenza molto attenuata quindi ad esempio nei sogni! (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

È necessario dunque uscire dal punto di vista medico-scientifico tipico dell'Occidente, per poter offrire un'interpretazione, definita apparentemente folle dalla stessa intervistata, che però possa portare sollievo ai pazienti con cui si ha a che fare. Sempre relativamente alla stessa situazione (un paziente che lamenta di essere sotto l'effetto di una fattura), vengono definiti da un'altra psicoterapeuta di Ferite Invisibili i passaggi che si cerca di seguire per poter applicare questo tipo di misure:

Allora diciamo che noi cerchiamo di entrare chiaramente nel quadro di riferimento di quella cultura, quindi non contestiamo... la... l'idea che quella persona ha di quella cosa che gli sta succedendo, ma anzi cerchiamo di capire come costruisce questa idea, no? Quindi qual è il pensiero lineare, logico e sano, che dipende dalla cultura di origine che la persona costruisce per darsi quella spiegazione e soprattutto per considerare quella cosa più o meno disturbante, più o meno pericolosa. Una volta diciamo accolto il suo quadro di riferimento, già la persona sente che tu lo stai capendo e che tu gli stai dando retta, lo stai prendendo sul serio, e già è un primo elemento di cura, diciamo così. Dopo cerchiamo di differenziare in base a quello che noi sappiamo essere il sintomo, quello che può accadere nel suo paese di origine da quello che può accadere qui, quindi entriamo nella sua cultura di riferimento, diciamo che siamo in un posto talmente lontano dalla sua terra, dove queste influenze magiche non hanno... potere, e quindi in questo modo... diciamo diamo retta alla sua concezione culturale, ma gli diamo il significato per la nostra concezione culturale, che QUI quella cosa non può funzionare. E una volta che lui, o lei si è rassicurato su questo possiamo lavorare su quel sintomo... come secondo il nostro quadro di riferimento, perché a quel punto gli diciamo che qui possiamo aiutarlo in altre forme. (9, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Appare dunque quasi come un gioco di equilibrismo, per cui bisogna trovare la chiave giusta che porti a dei risultati concreti di guarigione.

Un altro esempio è quello di una paziente marocchina, presa in carico da uno psichiatra di un CSM della provincia di Bologna, per crisi di possessione, una patologia che in Italia, normalmente, non esiste. Come comportarsi allora di fronte ad una condizione di cui si conosce poco o nulla, non si sa come trattare, non si riescono ad individuare le cause? La patologizzazione, sicuramente, non sembra essere la strada adeguata e seguita dal medico intervistato, di cui ritengo interessante riportare buona parte del racconto:

Viene fuori che questa donna soffrirebbe di una... situazione come dire di... che noi potremmo definire crisi di possessione, e... e che ha avuto un episodio critico proprio che sembrerebbe come perdere conoscenza, cade per terra, urla, strepita e via di seguito, dopodiché si riprende e sta fundamentalmente bene. E... diciamo che siamo decisamente in crisi tutti quanti, perché non sappiamo come fare, né come trattare delle crisi di possessione perché non è una roba che noi pratichiamo: non siamo dei guaritori non conosciamo quasi nulla della... della... Quindi bisogna studiare (risata), bisogna rimbocarsi le maniche e cercare di capire cosa... come fare per aiutare questa donna. Raccogliamo qualche notizia in questo primo incontro. [...] La signora viene dimessa con una diagnosi di disturbo funzionale, quindi che non significa nulla in un certo senso, e però gli viene dato un farmaco da prendere e... che io per il momento non consiglio, perché volevo tenere anche il campo assolutamente... pulito, cioè anche da eventuali... come dire... intromissioni della terapia farmacologica cioè che magari non mi confondesse, che magari gli effetti collaterali della terapia farmacologica non mi confondesse il campo di osservazione che potevamo avere i giorni successivi... Direi che il punto di svolta nella relazione terapeutica con loro, con lei in particolare, è quando... ehm... diciamo confessiamo la nostra impotenza. Cioè quando io dico... abbastanza convinti anche tutti perché poi ovviamente io non è che la seguivo individualmente [...] e... quando noi comunichiamo che noi ci vergogniamo profondamente di come stanno andando le cose dal punto di vista della relazione, degli aiuti sociali che voi state avendo, ma noi non siamo in grado di potervi dare una casa, di potervi dare un lavoro, di potervi dare economicamente delle cose, perché un servizio di salute mentale non ha queste cose, possiamo dare ascolto, cure, e... terapie... come dire psicologiche ma non altro. E lì la situazione cambia, proprio nel senso che loro, io credo che loro hanno sentito la nostra autenticità nel... nel dire questa cosa e quindi si fidano di quello che noi diciamo [...] Questo ha reso possibile che loro a questo punto seguissero i nostri consigli, che erano del tipo... anche cose banali, terapia farmacologica era una compressa di Tavor al bisogno, quindi non era nulla, ma non c'era neanche da curare nulla da un certo punto di vista, dall'altro c'era da dare attenzione adesso facciamo questo, facciamo quest'altro, che ci conviene perché magari l'obiettivo è quello di chiedere la casa al comune, chiedere una... aiutare l'uomo nel... il marito nella richiesta del... nella ricerca del lavoro, aiutare lei nel momento in cui è andata a partorire e quindi parlavi con i medici nel momento del parto insomma con il reparto di ginecologia, insomma in tutte quelle azioni collaterali che potevamo fare e che sono state come dire di supporto alla situazione. [...] In questo è stato importante... diciamo non patologizzare... un qualche cosa che non era da patologizzare, da prendere, secondo le nostre categorie diagnostiche... ma da... come dire da osservare, da mantenere, ma da non interferire con esso. Lei aveva una lunga storia rispetto a questo fatto del rapporto con queste crisi di possessione e aveva per dire nella sua vita un rapporto con un luogo santo in Marocco dove lei periodicamente doveva andare a rinnovare la sua alleanza con il santo protettore di questa, di questa situazione. Però nella migrazione erano diversi anni che lei non riusciva ad andare più in Marocco e quindi a rifare diciamo questa sorta di suoi... come dire, di suoi riti di tipo protettivo per quanto riguarda una possessione che quindi ritornava potentemente nel momento in cui lei aveva interrotto, questo l'abbiamo capito dopo ovviamente, questo suo rapporto di tipo protettivo. (7, psichiatra, CSM)

Dagli stralci di intervista finora riportati, si evidenzia un modo diverso di trattare gli oggetti culturali, seppure entrambe le testimonianze (quella delle due psicoterapeute di Ferite Invisibili, entrambe relative a un paziente sotto effetto di fattura, e quella dello psichiatra, relativa a delle crisi di possessione) facciano riferimento a setting terapeutici molto specifici, come richiesto dal tipo di

intervista condotta. Gli strumenti qui indicati non sono dunque generalizzabili a qualunque tipo di approccio condotto dai medici in questione, ma in questi specifici episodi si denota un approccio in parte differente: se nel primo caso le psicoterapeute puntano all'isolamento dei sintomi "culturali" per poterli ricondurre alle categorie diagnostiche che appartengono alla nostra cultura, nel secondo caso invece si può osservare un trattamento della patologia "culturale" senza cercare di ricondurla alle nostre categorie diagnostiche. La presa in carico appare concentrarsi in particolare sulla cura di aspetti relazionali e sociali, nella speranza che ciò sia sufficiente, mentre a livello più clinico si cerca di lasciare libero il campo da intromissioni sulla salute della donna legata all'assunzione di farmaci o di rischiare di dare interpretazioni patologizzanti a un tipo di disturbo che non si conosce, in quanto non appartenente alla nostra sfera culturale.

Un altro intervistato, compiendo una digressione sui presupposti teorici su cui l'etnopsicologia e l'etnopsichiatria dal suo punto di vista dovrebbero basarsi, si inserisce all'interno di questo discorso, offrendoci una visione che contrasta in maniera abbastanza evidente con le modalità utilizzate nel primo caso analizzato, e si avvicina invece a quelle del secondo in maniera più provocatoria:

Apprezzo che si apra [l'etnopsichiatria] ad altri modi di vedere le cose, però secondo me dovrebbe essere ancora più radicale e mettere di più in discussione il nostro modo di vedere le cose e trovarne uno valido per tutti. Magari è un'utopia... però a volte è... maschera una forma di tolleranza ma non di vera messa in discussione del nostro punto di vista cioè il nostro punto di vista secondo me per dirla banalissima è ridicolo tanto quanto quello che crede negli stregoni nel ehm... nella magia anche le nostre sono forme di magia, secondo me. Per cui se fai solo finta di accettare vabbè lui ehm... ragiona in un modo diverso ma in realtà io conosco la verità allora non mi piace, se invece è mettiamo in discussione ognuno di noi c'ha tutto un sistema di credenze tu c'hai le tue io chiamo le stesse tue con degli altri nomi allora mi piace. Se è io occidentale in realtà ho la vera scienza però faccio il figo e faccio l'etnopsi per cui tollero imparo che lingua parli tu ma alla fine dentro di me la traduco sempre nella mia ok? Non mi piace. Secondo me l'etnopsichiatria dovrebbe essere molto più radicale e mettere in discussione anche il proprio punto di vista cioè anche le mie sono credenze come le tue solo che le chiamiamo con nomi diversi. Però questo comporta... insomma... non lo so, una radicalità a cui non so se sono disposti tutti ecco. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Non è detto infatti che la sola accettazione del pensiero o visione dell'altro rappresenti un'autentica messa in discussione del proprio punto di vista, dietro al quale spesso si cela in realtà una gerarchia di poteri che persiste, nonostante i presupposti da cui si parte vadano in un'altra direzione.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è come culturalmente viene vista la figura dello psicologo o simili: come proporre dunque un percorso di presa in carico?

Come possiamo presentare questa offerta no? Nel modo adatto. Perché ci sono persone per cui dire beh parlare con lo psicologo è il peggio che si può dire no? Perché psicologo per certe culture è uguale alla psichiatria uguale manicomio quindi dire ad una persona (ride) bisogna capire bene come presentare l'offerta ed è qualcosa che tentiamo di costruire con gli operatori. (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

In questo caso viene messa in discussione l'idea stessa di percorso psicoterapico: come si possono facilitare percorsi di miglioramento e di sollievo a livello psicologico con uno strumento che per come nasce e per come è strutturato parte da un'idea di cura tipicamente occidentale? Come riuscire a intrecciare visioni di malattia e guarigione differenti fra loro? Con l'intervistata dell'Associazione DiverSa/Mente si torna a fare riferimento al discorso del setting, in quanto in alcuni casi bisogna valutare che per la cultura dei pazienti la presa in carico uno a uno non è una possibilità che vivrebbero normalmente, ma appunto si torna al rischio "manicomio" come definito nell'intervista appena letta. Un'ipotetica risposta a questi quesiti è la possibilità di lavorare in gruppo:

Perché il gruppo da questo punto di vista è rassicurante rispetto all'altro, no? rispetto al paziente soprattutto un paziente africano, come un paziente asiatico. Anche un poco mantenendo un poco questa impostazione se vogliamo di riferimento che è quella della psichiatria francese da Moro, Nathan e compagnia bella. Come punto di riferimento teorico. [...] Il cercare in qualche modo di .. quindi il primo contatto mai un rapporto uno ad uno perché spesso può essere vissuto come anche un rapporto di influenzamento dall'altro ma un rapporto un pochino grupale, quindi colloqui, per esempio sempre fatti con medico, infermiera, assistente sociale, se c'era bisogno oppure magari anche un tirocinante oppure magari anche uno psicologo... cioè capito? Quindi creare una piccola micro équipe all'interno del Centro di Salute Mentale come punto di riferimento per questa persona. (7, psichiatra, CSM)

Non è detto però che basti l'utilizzo di un setting più adeguato alle necessità del paziente. In quei casi in cui si nota che il significato attribuito alla terapia è comunque diverso da quello che i professionisti danno, non è possibile forzare la mano:

E con... e i ragazzi africani sono invece, mi sembra più focalizzati all'obiettivo. Quindi io lo faccio per avere questo. Per risolvere il problema, altrimenti non lo farei, c'è non andrei ad aprire quei cassetti, se non mi servisse, fondamentalmente... E quindi questo comunque lo devi tenere in mente, e non puoi aprire dei cassetti ad una persona che non vuole aprirli, solo perché ti interessa a te. Se quella... quel... c'è se... non è finalizzato all'obiettivo e lui invece vuole arrivare solo ed esclusivamente all'obiettivo, tu non puoi portare a scompensare qualcuno, non so se... è comprensibile. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Quanto affermato da questa intervistata è estremamente interessante e assume un grande valore: la capacità da parte del professionista di capire quanto del lavoro che sta facendo serve a lui stesso, ad aderire a uno standard di azione fisso e appartenente alla propria visione di terapia, e quanto invece è quello che il paziente richiede e cerca, è esso stesso un modo per intervenire in modo culturalmente orientato. Non sempre però è facile riuscire a liberare la mente dalle proprie credenze e modi di fare, come è accaduto nell'équipe di operatori a cui una delle intervistate fa supervisione. Questa racconta la storia di una donna, che probabilmente perderà la figlia che sta aspettando:

È in gravidanza con una bimba, ma in gravidanza di un'altra bimba che probabilmente sarebbe nata con una grossissima patologia, e le operatrici erano molto impegnate in prima istanza a dovere il più possibile, ehm... premunirsi dall'impatto che questa storia, questa nascita sicuramente problematica avrebbe poi portato per la signora, è come se fossero molto preoccupate di doverla... sedare prima, come di doverla un po' proteggere, ecco... da un impatto doloroso quasi di doverla come, insomma... aiutare ad anticipare il lutto. Mentre questa signora poi si arrabbiava moltissimo per tutte queste cose, perché lei andava avanti con un pensiero che la sua bambina sarebbe nata sana, e... e bella, perché Dio, Allah lo avrebbe aiutato, non ricordo se era... e allora lì si creava come un conflitto e allora abbiamo a lungo lavorato con le

operatrici per potere pensare come questa signora aveva bisogno di appoggiarsi a dei suoi elementi culturali, religiosi e che... e di avere un tempo di elaborazione che doveva essere il suo tempo di elaborazione, mentre noi volevamo inserire dei criteri molto di prevedibilità delle cose, di logiche scientifiche mediche, per cui i medici avevano detto che la bambina sarebbe nata e vissuta un giorno, forse due e forse un mese, e che quindi noi la dovevamo preparare a questo impatto, mentre lei, il suo mondo, interno, aveva bisogno di fare riferimento forse al mondo degli invisibili, di fare riferimento forse ad Allah, o forse... mi pare fosse musulmana, o evangelica, adesso non ricordo, comunque non importa, comunque al suo Dio. Non c'era solo la religione ma c'era anche una parte comunque culturale, di connettersi che una mamma, una mamma deve... perché proprio guardi leggevo proprio ultimamente, l'ultima cosa che ho letto, proprio l'ho letta ieri perché... l'altro ieri ho fatto una formazione in quale dice, in molti paesi dell'Africa non c'è una differenza tra i figli nati vivi e i figli nati morti, tra il nato e il non nato, perché il nato è "in ventre" si dice proprio, in pancia, è comunque un nato, è comunque un essere che esiste e che c'è e quindi quell'essere che esiste e che c'è ha una sua collocazione poi nelle posizioni dei figli, è un figlio nato... un figlio concepito. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Lo studio continuo e l'approfondimento caso per caso delle situazioni cliniche con cui si ha a che fare risultano dunque elementi di estrema importanza, da non lasciare in secondo piano. Come sostenuto da Devereux, vi è una chiara necessità di portare avanti un approccio interdisciplinare, che preveda una continua interazione fra i saperi chiamati in causa, quali l'antropologia, la psichiatria, la psicoterapia, ecc., nell'ottica di una ridefinizione critica dei propri oggetti di studio¹¹⁴, senza la quale gli interventi terapeutici saranno per forza di cose parziali e, in certi casi, addirittura dannosi.

4.4. "Etno-Terapie": qual è la differenza?

Un aspetto estremamente interessante emerso dai racconti degli intervistati è la miriade di attenzioni, tecniche e strumenti che si possono adoperare per favorire la costruzione di relazioni terapeutiche più consone alla tipologia di paziente con cui si ha a che fare. Le modalità utilizzate si differenziano fra loro o, in certi casi, si ritrovano in situazioni distinte. Quanto mi preme in questo contesto evidenziare è quali sono le ragioni per cui vengono adottate le misure citate dagli intervistati, in modo da poter trovare delle connessioni fra prassi e teoria.

Un primo aspetto da considerare sono le tecniche utilizzate all'interno della terapia, in questo caso principalmente psicoterapeutica, che possono riguardare sia il tipo di terapia in sé utilizzata, sia strumenti esterni che rafforzano la terapia verbale "classica". Un primo esempio di approccio terapeutico specifico che permette di intervenire su casi clinici molto delineati è l'EMDR, ovvero Eye Movement Desensitization and Reprocessing (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), una tecnica che si rivolge ai pazienti che hanno subito dei traumi, in particolare a chi soffre di un Disturbo da Stress Post Traumatico. Questa tecnica permette di agire sul ricordo dell'esperienza traumatica: attraverso i movimenti degli occhi è possibile trattare disturbi connessi a

¹¹⁴ Beneduce R. *Emopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, cit., pp. 110-112.

esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo¹¹⁵. L'approccio in questione è dunque altamente specialistico e si rivolge ad un'utenza piuttosto precisa, anche se, come abbiamo visto in precedenza, è molto comune che una persona immigrata abbia subito un qualche tipo di trauma, che può essere anche l'atto migratorio in sé. Esso veniva utilizzato presso il progetto di Ferite Invisibili, ma, a causa di alcune difficoltà incontrate nell'applicazione del metodo, si è deciso di abbandonare. Vediamo le motivazioni principali:

Difficoltà a vari livelli, sì pratico è un livello importante perché comunque questo target di pazienti è molto volubile, nel senso che... ecco, un giorno vengono un giorno non vengono, hanno appuntamento in questura, devono fare la commissione, quindi devono girare per varie figure professionali, devono cercare lavoro, devono fare la formazione, quindi hanno talmente tanti impegni da incastrare che spesso saltano le sedute... e questa incostanza nelle sedute settimanali non è... non può un buon terreno diciamo su cui applicare un metodo così potente come l'EMDR che va ad aprire i nuclei emotivi in maniera molto importante, quindi poi non puoi lasciare le persone per due settimane o a volte anche tre senza rivederle. Quindi questo è un problema importante. E il secondo è il problema relativo al fatto, perché ho provato, ho trovato delle difficoltà legate al fatto che l'EMDR passa attraverso al movimento oculare, quindi il paziente deve seguire il movimento delle dita, e questa operazione su un paziente che ha subito torture può essere vissuta come invasiva, e quindi il paziente si spaventa spesso, mi è capitato di vedere questo, fa fatica proprio a stare dietro a questa cosa qui, preferisce il dialogo, e quindi facciamo una terapia diciamo più... tradizionale, passando attraverso il dialogo. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Un altro tipo di terapia è la "Sand Play Therapy" (anche detta "sabbiera"), utilizzata dagli psicoterapeuti del Servizio di consultazione culturale di Bologna e del Progetto Casper. Approfittiamo delle parole stesse di un intervistato per capire meglio di cosa si tratta:

Consiste nel raccontare delle storie, delle immagini, attraverso degli oggetti che rappresentano... gli elementi che costellano il mondo... e... e si utilizzano all'interno di due... due scatole diciamo così, due contenitori che hanno la sabbia al loro interno, che vengono chiamate sabbiere.. e si può decidere di lavorare con della sabbia bagnata, oppure con della sabbia asciutta, insomma c'è un tempo, è un lavoro che si fa in silenzio, dove...la persona però non è da sola, perché il terapeuta è lì con lui, quindi comunque lo accompagna in questo lavoro, però è in assenza di parole, a meno che... insomma la persona stessa non voglia dire qualcosa o abbia bisogno di dire qualcosa, lo fa ecco... non è che è proibito parlare, è semplicemente, insomma c'è un rispetto proprio del... del lavoro... ecco questo è... (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Questo tipo di tecnica permette di sospendere l'uso della parola, per passare a un linguaggio differente, che passa attraverso alla rappresentazione di episodi, di vissuti, in maniera molto differente, che attiva parti diverse del cervello e che facilita quel paziente non abituato alla relazione terapeutica come noi la intendiamo. Permette di dare espressione ad alcune storie che a parole uscirebbero in maniera incompleta o non verrebbero per nulla comunicate:

Parla molto bene in italiano, però nonostante questo si era costruito la sua storia e ripeteva ad oltranza la storia, si faceva fatica ad andare a fondo, per questo si è deciso di utilizzare uno strumento non verbale. Ce ne sono tantissimi di strumenti non verbali... e l'obiettivo è proprio quello di raccontare, di dare parole alle parole che non escono e quindi a ciò che non si può dire a voce. [...] L'interculturale... sicuramente l'utilizzo di strumenti non verbali aiuta, perché va un po' oltre... va oltre... il parlato e a parte che attiva anche a livello neurobiologico altre... una corteccia diversa... c'è proprio attiva parti diverse del nostro cervello, e... e quindi secondo me si può proprio... l'utilizzo di strumenti non verbali può anche un po'

¹¹⁵ Dal sito: <https://emdr.it/index.php/emdr/>

bypassare la difficoltà e l'interculturale, sempre considerando che comunque non bisogna dimenticarlo il fatto che lui.. che comunque queste persone arrivano da una cultura diversa, che comunque sono abituati ad un... ad un modo di parlare, ma anche non sono abituati al.. al nostro modo di andare dallo psicologo, al... al colloquio uno a uno. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Come si evince da questo stralcio di intervista, è molto importante riuscire a capire quali sono i casi in cui una terapia basata sulle parole è molto probabile che non sortirà gli effetti desiderati, per poter così procedere con modalità distinte e differenziate sulla base del caso in questione. La sabbiera è dunque solo una delle tecniche che utilizza il non verbale che è possibile utilizzare, la valutazione va dunque fatta caso per caso, a seguito di un'analisi accurata della situazione che si sta affrontando.

Un'altra tecnica che passa attraverso la rappresentazione per immagini, è quella utilizzata nel Progetto Approdi. A differenza di quanto visto nel precedente esempio, in questo caso la tecnica di narrazione per immagini viene utilizzata dallo psicoterapeuta con tutti i pazienti, in quanto viene considerato uno strumento valido ed efficace per tutti i pazienti che hanno subito dei traumi estremi. L'immagine assume in questo contesto una funzione di posizionamento del paziente nel qui e ora, che permetta così di prendere distanza da quegli eventi traumatici che, per loro natura, sono difficilmente collocabili nel tempo e nello spazio. Vediamo cosa dice a proposito l'intervistato:

Dopodiché c'è la seconda fase che noi utilizziamo che è quella narrativa ed elaborativa dell'esperienza e della propria vita, del percorso migratorio, e per questo utilizziamo delle immagini, perché sappiamo anche che la condizione... che loro vivono è quella di rivivere nel corpo, nella mente, nelle emozioni, tutto ciò che hanno vissuto durante il loro percorso migratorio, quindi spesso violenza, ma non avendo una memoria episodica spesso di quegli eventi, non sanno questa cosa da dove viene, quindi all'improvviso la risentono, perché ci sono degli stimoli interni ed esterni che la riattivano, ma non sanno collocarla nel tempo e nello spazio, e quindi è come se questa cosa non passasse mai e continuamente si impossessasse di loro. Grazie all'immagine e alla costruzione della loro vita per immagini, loro riescono... a... mettere, connotare, collocare quelle emozioni, quelle sensazioni, del corpo, della mente... in un'immagine, questo però ci permette anche di collocarla nel tempo e nello spazio, quindi di poter dire ciò che sto sentendo ora non sta accadendo ora, è qualcosa che è accaduto nella mia vita, ma non sta accadendo ora, e questo è già un passaggio enorme. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Finora abbiamo visto delle particolari tecniche psicoterapeutiche, ma gli intervistati hanno spesso citato anche altri tipi di interventi che, pur non rientrando direttamente nella relazione medico-paziente, possono comunque assumere un importante valore terapeutico se affiancate, in caso di bisogno, al percorso intrapreso con psicologi o psichiatri. Gli elementi più citati sono stati la possibilità di essere curati non solo a livello mentale, "nell'anima", ma anche dal punto di vista fisico, in particolare grazie alla fisioterapia e alle cure dentistiche, mentre un ulteriore fattore di cura e riabilitazione si può ottenere attraverso la pratica sportiva.

Per quanto riguarda la fisioterapia c'è una doppia funzione, da un lato la cura di disturbi psicosomatici spesso collegati a disturbi post-traumatici (ma non solo), come ci dice la psicoterapeuta di Ferite Invisibili:

Abbiamo visto sempre dagli studi del gruppo di ricerca, beh noi lo notiamo diciamo a livello clinico però lo hanno anche verificato con delle ricerche che c'è una stretta correlazione fra il PTSD e questo tipo di pazienti e i disturbi somatici, questo anche per la difficoltà di mentalizzare che ti dicevo prima, quindi la sofferenza viene molto spostata sul fisico e sono persone che prima che da noi vanno dal medico, perché c'hanno mal di testa, mali diffusi nel corpo, parti del corpo bloccate, che ritengono siano problemi fisici, in realtà non è la manifestazione di un disturbo psicologico, però hanno anche questi sintomi fisici, che non è che se li inventano, anche se è una sofferenza che ha un'origine diversa da quella fisica poi però diventa anche fisica e quindi il dottor G. ha deciso che la figura di un fisioterapista a coadiuvare il nostro lavoro può essere di aiuto, gli spazi qua ce li abbiamo, e quindi stiamo andando in questa direzione. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Dall'altro vi è una ragione più profonda, ovvero il tentativo di dare una nuova valenza al tocco del corpo, con i conseguenti effetti curativi che da ciò si deriva:

La manipolazione del... queste persone hanno avuto contatti diciamo le mani sul loro corpo sono state messe per fare violenza, la letteratura ci dice che se tu gli metti le mani sul corpo per fare una visita e quindi per proteggerli o addirittura per fare delle manipolazioni positive che può essere la fisioterapia questo può essere altrettanto curativo come l'intervento... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Sempre all'interno del Progetto Ferite Invisibili, si dà grande valore all'odontoiatria, con la quale si è creato un collegamento nella presa in carico che permette di inviare i pazienti che si rivolgono per cure psicologiche anche al servizio odontoiatrico. Ancora una volta, la connessione corpo-mente è molto più presente di quanto comunemente ci si potrebbe aspettare:

L'odontoiatria è preziosissima. In alcuni casi le torture insomma sono legate anche a menoma... a creare delle menomazioni fisiche e i denti sono uno degli organi bersaglio per cui avere la possibilità di ricostruire significa in qualche modo agire sulla mente ma anche sul corpo. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Il corpo non è però solo un elemento da curare, ma può essere anche considerato un tramite per mezzo del quale l'individuo possa sentire, percepire vissuti nuovi rispetto a quelli traumatici. È grazie allo sport che diviene possibile prendere consapevolezza del proprio corpo, dell'ambiente in cui esso si situa e di conseguenza della percezione da parte dell'individuo di essere in vita, in libertà. La cura viene dunque potentemente rafforzata:

Il corpo è l'agente più potente che può dire... alla persona sono vivo. Sono al sicuro, e sto facendo qualcosa in estrema libertà, sono libero. Questo, lo sport, è un concentrato di questa cosa per esempio, ma così altre pratiche fisiche, quello che per noi è piccolissimo fare una passeggiata a Bologna, accompagnato, e anziché avere costantemente il terrore che tutto e tutti mi possano fare del male intorno a me, sentire che quello è un luogo al sicuro che mi viene presentato... e io sono accompagnato nel conoscerlo, una cosa che fa tantissimo. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Un ulteriore elemento che, secondo più di un intervistato ha forti effetti sulla salute degli individui è la possibilità di fare attività "extra-terapia", anche se vengono date due interpretazioni e due ruoli distinti a questo tipo di strumento: nel caso di una psicoterapeuta di DiverSa/Mente, certi tipi di laboratorio, pensati con uno scopo e modalità ben precise, possono andare a sostituire la terapia psicologica e sono molto più indicati per quelle persone che difficilmente verrebbero agganciate con un percorso più tradizionale in ambito psicoterapico. Il laboratorio può dunque essere utilizzato

come un dispositivo, che, pur non essendo clinico in senso stretto, può comunque avere effetti terapeutici sui partecipanti. Vediamo cosa dice l'intervistata a riguardo:

Ci sono certi ... certi casi così gravi di forte disagio chiusura quadri confusionali così.. che invece bisognerebbe pensare ad un altro tipo di dispositivo gruppale?... orientati verso un'attività?... molto più soft?... allora eeeee... io con un gruppo di persone che ci conosciamo da anni facciamo un laboratorio che si chiama Intrecci. All'inizio facevamo su ehm.... Prendersi cura, la bellezza, il trucco.. no? Poi l'abbiamo fatto con ehm.... Eee.. collane, facevamo delle collane cioè era tutto un laboratorio sul... sul fare qualcosa di creativo no? Il terzo anche così... L'anno scorso sulle ricette del mondo... e anche questo anno è ripartito con le ricette più centrate sulla cucina italiana ma con qualche ricetta del mondo. Ecco... questo sono i dispositivi che in prima battuta non sono clinici... perché non è non ha uno scopo terapeutico.. però... ce l'ha come effetto. Uhm? L'idea è ricreare proprio in cucina quel teatro no? Minimo delle intimità della famiglia della casa di qualcosa che si condivide e quindi insomma laboratorio molto così informale no? Le persone vanno e vengono eeee... ma ci offre il pretesto o la possibilità di stare insieme e chi se la sente parla. [...] Quindi facciamo delle tecniche di gruppo di dinamica di gruppo di saluti chiusura ecco.. io penso che con certe persone come nel caso di cui le ho parlato prima di questa ragazza che poi faceva così fatica a sostenere un colloquio individuale e che non parlava con nessuno era troppo offrirle questo ... forse per lei sarebbe stato meglio cominciare è un po' come cominciare dai margini uhm? E da lì una volta che ti conoscono, una volta che sanno chi sei, una volta che anche loro ci sono dei momenti di intimità importanti no? Che si mettono a parlare di una ricetta che facevano con la madre insomma... succede ma non è l'obiettivo principale... quindi è un dispositivo molto soft no? Un laboratorio molto soft ma secondo me è più rispettoso di un quadro così... così grave no? Che fa fatica a mantenere no?... e e e nell'ordine della perplessità venire al mio studio a parlarmi di che cosa? No? [...] Ma questo lavoro secondo me ci sfida a ripensare ogni volta come rimodulare i dispositivi come questo no? I dispositivi terapeutici che siano più rispettosi e che riescano a cogliere la complessità di questa cosa... di questa faccenda no? (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Secondo l'intervistata dunque è compito del terapeuta (ed eventualmente di operatori, o familiari che si occupano della persona con disturbi psichici) riuscire a individuare e proporre strumenti più adeguati alla situazione specifica del paziente, in quanto non è assolutamente detto che una terapia psicoterapica, pur se impostata in ottica etnoclinica, sia la risposta più adatta da rivolgere alla persona che manifesti varie forme di disagio psichico.

I laboratori e più in generale attività che coinvolgono i pazienti, vengono invece ritenuti da un altro psicoterapeuta come uno degli strumenti principali da affiancare alla terapia, e vengono considerati come una parte di essa. Il Progetto Approdi infatti propone ad ogni suo paziente la possibilità di attivare una serie di percorsi, proposti da volontari appartenenti all'associazione, che rafforzino la sensazione di sentirsi al sicuro nel territorio in cui ci si trova, di creare relazioni che amplifichino questo sentirsi protetti. In particolare, questa rete di attività va a potenziare una prima fase della terapia proposta dall'associazione, che prevede un primo momento di messa in sicurezza del paziente, sia nel contesto terapeutico, ma, come abbiamo visto, anche al suo esterno.

È una fase di... cosiddetta di stabilizzazione o meglio, di riduzione della sensazione di insicurezza, cioè dobbiamo amplificare la sensazione di essere al sicuro in queste persone, noi ci lavoriamo chiaramente in un setting che è quello psicologico, ma ci preoccupiamo poi che questa cosa sia amplificata, espressa, e creata anche all'esterno quindi lavoriamo sempre in stretto contatto prima, durante e dopo ogni percorso con tutti gli operatori, sia dell'accoglienza che della cura della persona che abbiamo in carico e costruiamo intorno alla persona che abbiamo in carico una rete di attività, di incontri e di servizi, che devono amplificare quel senso di sicurezza. Volontari che si occupano per loro e con loro dell'italiano, che possano prendere con loro un the, che possa... che possano fare con loro una passeggiata, che li

possano accompagnare in alcuni luoghi a fare sport. Tutte queste attività servono a dare a loro, questo senso di sicurezza, del luogo, del contesto, dell'altro. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Appodi)

La creazione di un ambiente protettivo e di appartenenza è una tecnica usata anche in un altro contesto, ovvero quello di Ferite Invisibili, seppure in maniera differente. Uno strumento specifico utilizzato per favorire questo sentirsi parte di un gruppo solido, per sentirsi valorizzati come persone è il festeggiamento di eventi importanti nella vita dei pazienti:

Essendo un luogo comunque di appartenenza, e volendo... volendo assolvere a questo ruolo per le persone perché come ti dicevo è un fattore protettivo per loro... quando succede qualcosa di bello nelle loro vite, noi festeggiamo come si fa a casa, portiamo da mangiare, da bere, fac.. tutti quelli che stanno nel servizio in quel momento partecipano alla festa di quella persona. Facciamo una festa, festa nel senso mangiamo insieme, brindiamo, che ne so il giorno del compleanno per esempio, oppure se prendono il documento, oppure se trovano lavoro, oppure se prendono il diploma, uno di questi eventi belli della vita li festeggiamo e quelle sono giornate... che... sono per loro veramente importanti, sono date abbastanza emozionanti anche per noi perché loro proprio si sentono importanti e non è un'esperienza che fanno spesso no? Sentirsi importanti... sentirsi considerati... talmente tanto da essere festeggiati insomma, quindi quelle sono giornate belle. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

L'idea che la presa in carico debba essere complessiva, e non fermarsi solo agli aspetti strettamente legati alla terapia, è un elemento piuttosto diffuso fra coloro che hanno raccontato la loro esperienza professionale. In molti casi questo significa che l'équipe che si fa carico del paziente si occupa anche di una parte burocratica di contatti con l'esterno, in particolare con avvocati, operatori delle strutture di accoglienza nel caso il paziente fosse ospitato in una di esse, assistenti sociali, ecc.; della redazione di certificati o perizie psicologiche che attestino le difficoltà del paziente in modo che questi possa presentarle in Commissione Territoriale al momento della richiesta di asilo per avere più probabilità di vedersi riconoscere lo status di rifugiato o altre forme di protezione. Tutto ciò deriva dal fatto che viene ritenuta fondamentale la capacità di lavorare in rete e di costruire reti intorno ai pazienti:

Non è solamente un ambulatorio, ma è un lavoro di rete con l'avvocato, insomma è un lavoro di accoglienza... contatti con l'avvocato, contatti con gli operatori e poi c'è il mediatore che spesso non è... è all'interno del percorso di cura, il mediatore culturale... e... (breve silenzio) il contatto con chi può dare delle indicazioni sul lavoro, quindi con l'assistente sociale, piuttosto che con i progetti Caritas, oppure... altro tipo di progetti... con la commissione, a volte contatti con la commissione territoriale, che... certificazioni che possono essere utili durante la commissione. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Il lavoro è... è stato ed è spesso appunto quello di... inserirlo in una rete, c'è più che proprio un lavoro psicoterapeutico puro, mi vien da dire... c'è per farti un esempio, noi spesso contattavamo il responsabile della struttura in cui dormiva, l'avvocato che lo aiutava per ottenere il documento, c'è facevamo proprio delle telefonate, perché magari lui faceva fatica a... a mettere in rete tutte... a sentire queste persone, un po' la difficoltà della lingua, un po' lo spaesamento, per cui il lavoro con questa persona e ripeto in generale con.. con... con molti, simili a lui, è... era proprio quello di aiutarlo concretamente, che poi ha anche una valenza terapeutica nel senso che alla fine viene qua, vede che ci sono delle persone... perché non ero da solo a occuparmi di lui, c'era anche... c'era anche l'antropologa, e... c'è il solo fatto di vedere che ci sono delle persone che periodicamente lo incontrano, gli chiedono di fare proprio il punto della situazione a livello di documenti, dove dorme... insomma, questo lo aiutava molto. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Un'ulteriore testimonianza molto interessante di un episodio che va nella direzione sopra descritta, è avvenuta anche in un contesto pubblico. A parere di chi scrive questo è ancora più significativo, in quanto nel settore pubblico appare in genere più difficile la collaborazione con altri servizi, che non siano strettamente collegati con il proprio, per svariati motivi, fra cui procedure più lente e burocratizzate, mancanza di fondi, mancanza di personale, ecc. Nel caso in questione, lo psichiatra di riferimento della paziente malata e i suoi colleghi, decidono di affrontare la situazione della signora da un punto di vista prettamente sociale e molto meno di tipo psichiatrico:

Perché veniamo a scoprire che la signora è sì in cinta all'ottavo mese, c'ha questo bambino di una anno e mezzo quindi è un bambino molto piccolo, che il marito è disoccupato, che hanno uno sfratto di lì a poco e siamo in pieno inverno. [...] Quindi una situazione sociale pesante, per la quale ci attiviamo e... andando a parlare preempio con... i... vicesindaco del comune che si occupa dei servizi sociali e dove troviamo fondamentalmente una strada molto... molto chiusa. [...] E... allora... fortunatamente ci aiuta il Servizio Sociale Minori, perché in questo caso c'è anche un coinvolgimento del Servizio Sociale Minori, con il quale abbiamo collaborato bene, quindi, non il Servizio Sociale Comunale, ma quello minori, con i quali riusciamo a fare un po' di... come dire di progetti con tutti... (7, psichiatra, CSM)

Quanto emerge dalle interviste, è dunque che nella maggior parte dei casi non sia sufficiente una presa in carico esclusivamente di tipo terapeutica in senso stretto, in quanto tutte le azioni collaterali ai colloqui terapeutici assumono un valore fondamentale, rappresentano una cornice all'interno della quale il paziente può muoversi in una forma più protetta. Proprio per via del tipo di utenza che si rivolge a questi servizi, una presa in carico fredda o anche solo neutrale sarebbe controproducente, in particolare per coloro che hanno subito forti traumi nel corso di una delle fasi migratorie. In certi casi addirittura quanto avviene al di fuori della terapia, ha più potenza di quanto si costruisce nella relazione terapeutica, come sottolinea un intervistato:

Gli altri elementi sono che qualcosa dobbiamo attivare che si riproduca fuori dai nostri studi, dalle nostre stanze di terapia, attivare qualcosa fuori che è l'incontro con l'altro, in sicurezza. Quindi... Penso che un pranzo in una casa, in una famiglia, di Bologna, possa essere molto più potente che cento sedute mie di terapia, la maggior parte di queste persone sono qui da anni, non sono mai entrati in una casa di una famiglia che vive a Bologna, né hanno mai pranzato o cenato con loro. Questa esperienza di essere accolti in una casa e di condividere un momento così bello e importante con loro, abbassa della paure che sono enormi, molto prima di un percorso di terapia. Per esempio questo. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Gli ultimi aspetti rilevati dai discorsi degli intervistati sono relativi alle modalità con cui si sta all'interno della relazione paziente-terapeuta, sia per quanto riguarda lo stile relazionale, sia, ancora una volta, per il setting che si ritiene più adeguato creare. Per esempio, la dimensione temporale è un aspetto da non sottovalutare: curare la relazione che si vuol far nascere, darle il tempo di cui ha bisogno, non puntare subito alla risoluzione del problema o a delle informazioni che, se anche uscissero, non sarebbero pregnanti quanto quelle nate da un rapporto di fiducia e da un clima di comprensione e accoglienza, che necessita appunto di tempo. Uno degli intervistati ci racconta così la ricerca di questa attenzione:

Nel primo incontro è importante evitare di fare delle domande, soprattutto dirette, fa niente se sembra un incontro inutile, non è un problema, perché è apparentemente inutile, ma è un incontro che deve proprio cercare di lavorare sulla relazione e quindi curare quello, non so chiedere di presentarsi, la presentazione, fare presentare... cioè, tendenzialmente noi... succede... ma te lo dico perché mi è capitato di lavorare in diversi posti in questi anni, la cosa è allora.. ma io sono il dottore, lei sa perché è qui... bene... lui è l'altro dottore, mi dica... mentre invece è proprio un... un modo di fare completamente diverso, si riceve in cerchio, io mi presento, ma mi presento in modo anche come dire... anche lungo... raccontando quello che ho fatto, quello che non ho fatto, proprio perché... per riportare in una dimensione di relazione, ci presentiamo tutti, ma si presenta anche lui, si presenta anche il mediatore se c'è un mediatore, e poi...si comincia a chiedere come va, piuttosto che.. cioè si crea una dimensione proprio dove la cura è sulla relazione, fa niente se poi alla fine dell'incontro ci siamo presentati, ci siamo detti ciao e basta. Non è... perché quando arriva il secondo arriva, arriva con un atteggiamento diverso, arriva raccontandosi... cioè cambia completamente. Mentre invece se il primo incontro arriva con le domande.... (silenzio). (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Se la modalità con cui ci si pone nei confronti di un paziente può essere fondamentale, anche la strutturazione dell'incontro ha una sua pregnanza. La coterapia, ovvero la gestione del colloquio da parte di due psicoterapeuti (eventualmente affiancati da figure professionali di diverso tipo) sembra essere una via percorsa in diversi contesti, come ad esempio nel caso di Ferite Invisibili e del Servizio di consultazione culturale in collaborazione con il Progetto Casper.

In conclusione, gli elementi che contraddistinguono le terapie rivolte a persone straniere con disagi psichici, variano per numerosi aspetti rispetto alle più tradizionali sedute con pazienti italiani. Si evidenzia: l'uso di tecniche specifiche che puntano al tentativo di sbloccare situazioni critiche, spesso legate ai traumi, in particolare per mezzo di terapie non verbali; la possibilità di affiancare la terapia ad altre attività (sport, laboratori...) o ad altri percorsi di cura (dentista, fisioterapista...); una presa in carico che guardi ad aspetti non esclusivamente legati alla terapia ma che vada ad intervenire su altre dimensioni della vita della persona; infine la cura della relazione nelle sue molteplici sfaccettature, in modo da inserire il paziente in un setting di cura il più possibile adeguato alle sue necessità.

4.5. Scarsa formazione e schemi culturali

Tutti gli elementi analizzati finora devono purtroppo ancora scontrarsi con una scarsa formazione a livello complessivo su questo tipo di tematiche da parte delle istituzioni, di molte realtà private e dei singoli individui. Le esperienze positive sopra riportate rischiano infatti di rimanere casi isolati di attenzione nei confronti delle peculiarità a livello terapeutico ma anche personale di questo tipo di pazienti.

Gli schemi culturali che applichiamo a livello spesso inconscio, e che necessiterebbero di una maggiore consapevolezza per poter essere sospinti in direzione di una maggiore competenza transculturale, deformano spesso la lettura della reale situazione in cui le persone immigrate si trovano di volta in volta. È esemplificativa la storia di una madre, accusata dalla scuola della figlia

di sfruttamento minorile, in quanto la figlia maggiore si occupava in maniera consistente del fratello minore. Vediamo però quale vastità di elementi si celano dietro ad una lettura troppo semplificatoria della situazione:

Ricordo l'esempio di questa mamma segnalata addirittura al Tribunale dei Minori, perché si pensava a una trascuratezza, o ancora peggio ad uno sfruttamento di una minore, perché questa minore, una ragazzina di 12 anni, si occupava molto del fratellino. E... nella loro cultura, è molto importante che il fratello, la sorella maggiore si occupi di quelli dopo, e per loro è una cosa molto bella, quando la mamma ti dà la possibilità di assolvere delle piccole pratiche, o del sentirsi responsabile del fratellino piccolo, e lei lo raccontava a scuola come un qualcosa di molto bello, che finalmente era arrivato a lei, perché era riconosciuta dalla mamma come capace di fare questa cosa, la traduzione che ne aveva fatto la scuola è: la mamma non si occupa del fratellino e in qualche modo sta schiavizzando la minore. Quando avvengono degli interventi e gli interventi per esempio erano quelli... di far partecipare sia la sorellina insieme a delle sessioni di gioco, a delle attività, eccetera, presso dei centri pubblici... gli era stato chiesto e imposto da una maestra, visto che facevano quasi tutto insieme, di separare per esempio il... borsello dei pastelli, non uno per tutti e due, ma due per... quindi la maestra gli aveva regalato quest'altro astuccio, borsello per pastelli, li aveva divisi, questi sono i tuoi, quelli sono i tuoi, tornano a casa e il giorno dopo quando ritornano tornano con un unico borsello con i pastelli e lei non capiva perché. Perché nella cultura... di molti paesi nell'Africa, ma soprattutto questa, è impensabile che in una famiglia ci sia qualcosa di non condiviso e di separato. Se c'è una mela e si è in quattro, si fanno quattro spicchi, la mela non è mai di uno. I pastelli NON DOVEVANO essere un po' di uno e un po' dell'altro. Erano di tutti e due. Questa è una trasmissione culturale fondamentale per loro, ciò che hai, è sempre da dividere con le persone a te vicine, non esiste la proprietà privata all'interno della famiglia, di nulla! E questo era segnalato come un problema per esempio, e così tante altre cose no? Anche le pedagogie e le culture hanno la trasmissione di contenuti importanti, etici, per loro e che noi forziamo attraverso i nostri schemi. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

In questo caso la forzatura, il tentativo di rileggere quanto accaduto secondo schemi culturali e di significato "nostri" è molto evidente. L'aspetto più grave è che questo abbia portato addirittura a passare per vie legali. Si riporta ancora, qui di seguito, un'altra interpretazione erronea di un comportamento di un utente di una struttura di accoglienza, anche in questo caso letto con troppa leggerezza:

Parla per metafore, per poesie... e... è creduto matto da tutti, compreso dal servizio pubblico che lo aveva preso in carico, è uno dei pochi... che non parla... lingue... parlate in Africa e visto che è accolto in un CAS in cui sono tutti africani, il fatto che lui non parlasse con nessuno e che si isolasse un po' eccetera, era un altro dei sintomi evidenziati dagli altri... questa cosa qui del sentirsi in un luogo dove non c'erano dei riferimenti o dei contatti eccetera, lo aveva tenuto costantemente nella paura, erano molti mesi che non usciva di casa, non voleva più andare a scuola, non voleva più fare alcuna attività fuori... parlava molto da solo, perché poi sono i contesti e le condizioni che fanno sì che noi ci comportiamo un po' come matti, chiunque di noi in un contesto così, avrebbe cominciato ad avere dei comportamenti che agli altri sembrano da matti, quello era il suo modo per restare invece presente, se non avesse parlato da solo, e tutto il dialogo si svolgeva dentro, avrebbe davvero rischiato di impazzire. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

In questo caso, servizi pubblici e accoglienza si fermano all'apparenza: una persona che parla da sola, e, per di più, per metafore. La conseguenza è immediata: l'uomo è impazzito! Lo psicoterapeuta che racconta di questo episodio sottolinea però il contesto entro cui l'uomo abita, il percorso che lo porta a manifestare dei comportamenti per noi occidentali "anormali". Non ci si può dunque limitare ad osservare i sintomi, ma bisogna indagarne le cause, entrare in profondità nella

storia delle persone, entrare in relazione con loro per poter capire il loro mondo, unico e irripetibile per ogni individuo.

Un'altra riflessione molto significativa è quella relativa all'eticità dell'esistenza di servizi ad hoc per persone immigrate con disagi psichici: quanto può essere giusto che un settore si iperspecializzi, sviluppando competenze transculturali adeguate, rimanendo aggiornato su dinamiche geo-politiche, studiando come gestire il fatto culturale, mentre altri settori della sanità (pubblica o privata che sia) rimangano al di fuori di questo tipo di competenze? È possibile considerare una presa in carico etnoclinica come se fosse una visita specialistica di altro genere?

Il presupposto da cui partire è la presa di coscienza della scarsa formazione dei servizi italiani in questo ambito, una delle motivazioni per quanto riguarda il pubblico potrebbe essere "la carenza di risorse che il servizio pubblico trova... è carente di risorse interne che ha, e quindi non sempre è facile rispondere" (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili); c'è una mancanza di preparazione delle figure professionali che dovrebbero lavorare in questo ambito:

Noi stiamo in qualche modo costruendo setting con risorse anche... molto... anche molto lì... limitate in un certo senso, perché non ci sono attualmente, perlomeno nella realtà che noi abbiamo, né i mediatori formati a questa dimensione, né antropologi formati alla dimensione clinica e neanche del tutto psicoterapeuti, quindi generalmente lavoriamo come psicoterapeuti che in qualche modo hanno fatto una formazione più o meno istituzionale o comunque anche autoformazioni... e ci si... aggiornamenti che fanno e ci si orientano, antropologi che... più o meno stanno facendo la stessa cosa perché comunque sono giovani, sono laureati e tutto ma stanno anche loro un po' costruendo la possibilità di stare in un setting clinico, e i mediatori lo stesso, ma è tutta una costruzione, se noi leggiamo com'è l'etnopsichiatria in Francia, nel centro non lo so di Marie Rose Moro... eh noi vediamo che ci sono setting dove c'è una formazione moooolto specializzata sul setting clinico e capace di lavorare... noi non abbiamo queste risorse, però... non abbiamo il tipo di risorse, quindi siamo nella... costruzione dove cerchiamo il più possibile di tenerne conto e di lavorarci però molto onestamente glielo dico, non è che siamo in una situazione in cui tutto è già pronto, strutturato... (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Una posizione abbastanza decisa nei confronti del quesito precedentemente posto, viene presa dal coordinatore dell'area sanitaria della Caritas, il quale afferma che la formazione debba essere continua e intersettoriale:

Cioè si devono formare da una parte gli psichiatri ma anche le persone che stanno agli uffici, di relazione con il pubblico, gli amministrativi, i medici ospedalieri, i medici al pronto soccorso, i medici di base, ecco questa intersettorialità non c'è e questo è un problema perché tu formi magari molto bene quelle 3-4 persone per ASL che però non bastano chiaramente perché poi tutto il resto non è formato... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Dal suo punto di vista non è sufficiente la formazione del solo personale medico competente dell'effettiva presa in carico di situazioni di disturbo psichico, in quanto i pazienti avranno per forza di cose a che fare con altre figure, in particolare se all'interno di un servizio pubblico, con cui sarà necessario interagire. Perché l'interazione sia priva di malintesi è dunque necessario che vi sia una

formazione più ampia, che permetta la gestione di situazione anche ad alta complessità in contesti allargati. E anzi aggiunge ancora:

Tant'è vero che nelle Linee Guida¹¹⁶ una delle cose che è stata criticata però io sono stato a difesa e cioè che è il servizio pubblico nella sua capillarità territoriale che deve prendersi carico di queste persone e non creare dei centri specializzati spot nel territorio. Capisco che questo significa cambiamento culturale, significa mettere nella formazione ordinaria questi temi, nella formazione continua questi temi, quindi è un grosso [cambiamento]... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Nella stessa direzione va lo psicologo di Start-ER 2, che afferma:

Proprio per la difficoltà di capire cosa sta succedendo, entrano [gli immigrati] nel circuito del sistema sanitario e non ne vengono più fuori. Con tremila visite, tremila cose, tremila... Perché non, non c'è un... e... e quindi tanti, tanti magari non hanno disturbi psichiatrici però gli viene aperta una cartella al CSM, sono in carico al CSM, perché non c'è... è come se non ci fosse un'altra, un'altra modalità no? Allora questo è un sistema come dire, tra... che si infila in qualche modo tra l'accoglienza e il sistema sanitario proprio per vedere se... di fare in modo che chi arriva poi al sistema sanitario, quindi alla sanità mentale territoriale... ne ha davvero bisogno. Questo è il concetto. Quindi è proprio un.. come dire l'idea etica dovrebbe essere che, dovrebbe essere fatto in una prospettiva di formazione della sanità, per fare in modo che a un certo punto il progetto non so... a tre quattro cinque anni, possano tranquillamente, chi viaggia possa tranquillamente rivolgersi al sistema sanitario ed avere le cure che merita, molto semplicemente, mentre oggi è un servizio un po' ghetto, cioè nel senso noi vediamo i migranti di seconda accoglienza. Dal punto di vista etico è tutto da dire insomma... però come dire è un passaggio necessario. Non può essere... non si può fermare qua, cioè non può diventare un servizio specialistico che rimanga nel tempo, perché non avrebbe veramente senso, e quindi è anche fatto in una prospettiva di formazione, motivo per cui l'idea è quella di essere legati al Sistema S... cioè Start-ER 2 è comunque una collaborazione tra privato sociale, la ASL, motivo per cui c'è una parte di soldi che sono tutti impiegati nella formazione proprio perché il progetto dovrebbe essere quello che a un certo punto... il sistema sanitario sia in grado di prendere in carico occuparsi di queste persone in un modo... più corretto insomma... più... so che è un'utopia, non succederà mai, però come dire, l'idea è quella. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

L'intervistato usa parole dure: un servizio ghetto, che si rivolge a un'utenza molto specifica e a nessun altro. È davvero questa l'unica direzione possibile?

Una psicoterapeuta di un altro progetto ma che lavora per lo stesso servizio, offre un'analisi invece più distante dalle due appena lette:

Prima... uno aveva il disturbo e... faceva... faceva richiesta di un colloquio al CSM e poi la situazione era super intasata e vedeva, chissà dopo quanto tempo uno psichiatra, ti dava i farmaci e ti riprendeva a colloquio tipo due-tre mesi dopo, e poi ti dava altri farmaci.[...] I migranti subiscono in questo... in questo... in questa modalità... i migranti subiscono un ulteriore pregiudizio, perché non solo sei malato, ma sei anche un migrante. [...] A Bologna con Start-ER, prima, oggi con il Centro di Consultazione Etnopsichiatrica [Servizio di consultazione culturale], vengono presi tutti i pazienti migranti, vengono visti lì in una prima consultazione e... solo alcuni ma proprio... i più... eccezionali, dove ci vuole una presa in carica proprio più forte, con dei ricoveri, con delle situazioni particolari, solo quelle poi vengono inviate al CSM, c'è... al Servizio di Diagnosi e Cura territoriale, quindi, questo significa che quei pochi casi da una condizione di svantaggio, in realtà hanno una condizione di vantaggio. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

¹¹⁶ Si riferisce alle "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"

In quest'ottica dunque l'immigrato può avvalersi di una presa in carico su più livelli che può quindi portare a una maggiore qualità del servizio.

Ritengo interessante concludere con una riflessione offertami ancora una volta dal coordinatore dell'area sanitaria della Caritas di Roma, il quale nel suo discorso sottolinea la necessità di allargare gli orizzonti:

Quindi se sui richiedenti asilo, vittime di violenze, in alcune realtà, perché non è così in tutta Italia, purtroppo, ma in alcune realtà c'è la possibilità e la capacità di presa in carico per tutti gli altri immigrati ci stanno tutte le cose positive e negative legate al Dipartimento di Salute Mentale con l'aggravante in più che sono di tipo amministrativo e tipo di fruibilità quindi mediazione, formazione, quella che noi chiamiamo più mediazione di sistema, cioè un sistema che sia in grado di comunicare con persone che hanno un'alterità culturale. Nella mediazione di sistema, quindi c'è il mediatore certamente, ma c'è anche l'organizzazione, c'è la formazione, c'è il lavoro di rete. Queste sono le componenti che danno poi l'assetto alla mediazione. Questo per evitare che uno dica è un problema di mediatori, no! È un problema di sistema, non solo di mediatori. [...] C'è un problema di fondo se vogliamo molto grave che io quello che vedo è la mancanza di governance di questo tema, cioè la salute degli immigrati sia all'interno delle aziende/ all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, all'interno della ASL, all'interno della regione, a livello statale, diciamo è poco presidiata. Per cui ci stanno tante iniziative magari a spot e non invece un'iniziativa di sistema integrata, e questo è un problema anche... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Il problema è duplice: da un lato la mancanza di quella che l'intervistato definisce "mediazione di sistema", e quindi di un sistema capace di prendersi carico di situazioni specifiche e specialistiche, dall'altro la mancanza di una gestione complessiva delle varie realtà in cui le competenze sono effettivamente state sviluppate, ma non vengono in alcun modo trasferite su altri settori, non c'è un progetto ad ampio raggio che renda possibile la creazione di una professionalità diffusa e intersettoriale su questo tipo di tematiche.

In conclusione, ritengo dunque che gli aspetti su cui riflettere e intervenire siano molto numerosi. A partire da una necessità di formazione più ampia, che si rivolga non solo agli specialisti ma più in generale al settore sanitario, per arrivare poi all'interrogativo ancora senza risposta su quale sia la direzione più corretta da intraprendere: mantenere una settorialità dell'intervento, o favorire una presa in carico sempre più diffusa possibile anche grazie alla formazione del personale sanitario? Torneremo su queste tematiche nelle conclusioni di questo elaborato.

5. Immigrazione e sofferenza psichica

“Le evidenze scientifiche degli ultimi anni hanno mostrato un aumentato rischio di disturbi mentali fra migranti forzati e richiedenti asilo. Oltre a eventi traumatici che i migranti possono aver subito prima e durante il loro percorso migratorio, alcuni di loro mostrano stress e sofferenza relativi alla condizione attuale, dovuta all’esilio in una terra sconosciuta¹¹⁷”. Questo è l’incipit di un report redatto da Medici Senza Frontiere relativo a uno studio condotto fra il 2015 e il 2016 in alcuni CAS italiani, che solleva una serie di questioni che la ricerca qui condotta permetterà di approfondire. In primo luogo, vorrei definire meglio il concetto di disturbo psichico: nel contesto di questa analisi la definizione di questo termine è stata lasciata volutamente ampia, in modo che gli intervistati potessero dare un’interpretazione in base alla loro esperienza professionale. All’interno di questa macro-categoria sono dunque state fatte rientrare sia persone con difficoltà psichiche più lievi, accomunabili con quelle di una persona italiana che, ritenendo di aver bisogno di un supporto psicologico, inizi un percorso terapeutico, sia persone con psicosi più gravi, che necessitavano invece di un servizio psichiatrico. È però necessario compiere un’ulteriore distinzione: le patologie di cui gli intervistati hanno parlato possono essere legate a diversi fattori, le più frequenti sono quelle di tipo reattivo a traumi subiti durante la migrazione (ad esempio nei casi di Disturbo da Stress Post Traumatico, depressione, somatizzazione...), a condizioni di vita inappropriate nel paese di approdo, ecc., e si differenziano da quei disturbi invece legati a una personalità di base compromessa già prima dell’atto migratorio. In quest’ultimo caso dunque la migrazione non ha alcun tipo di correlazione con i disturbi psichici di cui la persona soffre, ma rimangono comunque patologie interessanti da analizzare per tutti quegli aspetti connessi alla malattia, quali la manifestazione dei sintomi, la percezione sociale della malattia, le modalità di cura. È però importante sottolineare che spesso accade che gli elementi che causano il disturbo siano frutto di un intreccio di eventi, situazioni, condizioni, e che quindi determinare in maniera univoca e sicura la causa del disagio non sia sempre facile.

Una volta fatta questa premessa, possiamo proseguire con l’analisi di quanto raccontato dagli intervistati, in particolare per quanto riguarda tematiche quali i traumi legati alla migrazione, gli elementi culturali che influiscono sulla sofferenza psichica e le condizioni di vita in Italia.

¹¹⁷ Medici Senza Frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un’indagine sul disagio mentale e l’accesso ai servizi sanitari territoriali*, Roma, p. 1.

5.1. La migrazione e i traumi

Come già anticipato, il trauma è sicuramente una condizione che incide fortemente sulla situazione clinica delle persone, ma non sempre è facile isolare l'evento traumatico che ha determinato dei problemi specifici, sia perché non è detto che il trauma corrisponda a una singola situazione ma, più spesso, è legato a condizioni di vita difficili protratte nel tempo, sia perché è clinicamente difficile identificare il processo specifico che ha portato a manifestare determinati disturbi, in quanto a volta le cause possono essere più d'una e intrecciarsi fra loro. Non è dunque immediata la distinzione dei tipi di disturbi, si cercherà comunque di proporre alcune differenziazioni, tenendo presente i limiti connaturati all'opera descrittiva e di categorizzazione.

Una prima distinzione da fare è quella relativa al terreno su cui il trauma va a inserirsi: gli effetti non sono gli stessi se la persona ha una personalità di base funzionante o se invece presenta già delle difficoltà di diverso genere. Una delle intervistate paragona due casi che le è capitato di seguire, in cui nel primo il paziente ha un quadro clinico compromesso già da prima della sua partenza per l'Italia, mentre la seconda era sana e ha una rete protettiva a livello familiare molto consistente:

Un ragazzo che viene dal Gambia, nel suo caso le cose sono più complicate, perché ha una personalità depressiva, e... quindi per... lui... diciamo vive con... non gli è successo neanche paradossalmente niente di così grave come a quell'altro ragazzo, non gli hanno mai fatto del male, mai picchiato, torturato... e... ha avuto problemi familiari rispetto al possesso di alcune terre, che erano del padre però il padre è morto quindi lui si è trovato a gestire questa situazione conflittuale ed è scappato, ma... lui è uno che viene da più di due anni... e più o meno sta fermo, ogni cosa che gli succede, [...] è uno di quelli che fa un passo avanti e tre indietro, più o meno stiamo procedendo molto lentamente. E la terza persona che ho visto è una ragazza vittima di tratta, che stiamo seguendo non da moltissimo tempo, e questa ragazza è una ragazza invece che ha veramente ottime risorse. Perché ha una buona famiglia alle spalle, quindi quando uno ha delle buone relazioni familiari ed è cresciuto da una famiglia sana ovviamente questo poi si vede, si vive un po' di rendita psicologica per il resto della vita, quindi pur essendo stata vittima di tratta, venduta a sua insaputa, insomma classiche storie però già sta abbastanza bene e la vediamo da quattro-cinque mesi. Devo dire che sta recuperando bene. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Vediamo dunque quanto lo stato di salute di partenza possa fare la differenza e quanto anche i supporti esterni, come quelli familiari, possano essere significativi. L'intervistata conclude inoltre rafforzando ancora l'idea che la personalità di base della persona sia determinante per risolvere i problemi causati dall'essere stati sottoposti a situazioni traumatiche:

Diciamo nella terapia del trauma c'è un po' un paradosso nel senso che se la persona... se il trauma si va a collocare su una personalità di base funzionante, quindi senza disturbi di personalità, il trauma si può risolvere, anche se molto grave, si può risolvere relativamente bene e presto, mentre se la compromissione della personalità era precedente, ovviamente le cose si complicano. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

In letteratura la migrazione, come abbiamo già visto nel primo capitolo, viene considerata da alcuni autori come un evento traumatico di per sé¹¹⁸: oltre al viaggio da compiere, che sempre di più sta diventando momento in cui si subiscono fra i peggiori soprusi immaginabili, intervengono altri fattori, fra cui l'abbandono della propria casa in senso fisico ma soprattutto metaforico, in quanto ci si lasciano alle spalle abitudini, relazioni, tradizioni, luoghi conosciuti, per andare incontro a una situazione sconosciuta, spesso insicura per via di condizioni di accoglienza non semplici, precarietà costante, ecc. Tutto ciò porta gli individui a vivere nell'instabilità, la quale comporta un maggiore rischio di ammalarsi psichicamente. Vediamo chi ha parlato della migrazione da questo punto di vista:

Chiaramente qualunque tipo di migrazione è un trauma. Qualunque. Perché trauma in realtà non è qualcosa non è semplicemente... patologico! Il trauma è proprio la rottura, allora è traumatico, non lo so è il passaggio dagli anni '40 agli anni '70, quando la gente da contadina ha cominciato a diventare operaia e poi da operaia a impiegata, è traumatico chi dal sud è venuto al nord, cioè qualunque tipo di passaggio, che segna un netto stacco cioè tra un prima e un dopo è traumatico, e intorno al trauma noi costruiamo la nostra esistenza, chiunque, perché, come dire... dentro i cambiamenti che poi non so cresciamo e facciamo delle cose, chiunque abbia fatto un viaggio, che sia dall'Africa, che sia dall'Asia, che sia... dalla zona appunto dell'Afghanistan, cioè comunque è traumatizzato. Però la questione non è tanto se esista o no un trauma. Ma la questione è come uno fa fronte a questo trauma, cioè se il trauma diventa la costruzione di una nuova identità, o se il trauma invece è un arresto. Questa è la difficoltà... Allora è lì che vedi dove diventa patologico, quando questa rottura è l'arresto e non c'è più niente dopo e non c'è più niente prima. Rimarrà spesso il solco entro cui uno cade e rimane lì. Mentre invece tendenzialmente il trauma... può essere invece un grande... come dire... un grande movimento, proprio per arrivare a... una nuova identità, un nuovo modo di essere, una nuova vita, nuove cose... certo c'è sempre un passaggio di crisi dentro questa cosa, una crisi non per forza di cose come dire... di cose negative... (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

In questo caso dunque la migrazione è sì considerata come un trauma, ma allo stesso tempo questo trauma non per forza dev'essere di carattere patologico. Il trauma, come evidenziano autori fra i quali Mazzetti, può infatti portare anche reazioni positive: esso può condurre a uno sviluppo della propria personalità¹¹⁹. In letteratura è stato coniato il termine "post-traumatic growth", che sta appunto ad indicare la possibilità che dal trauma si passi ad una crescita in risposta alle avversità vissute. Lo psicoterapeuta intervistato aderisce dunque pienamente a questa visione del trauma, sottolineando che il punto non sta tanto nell'esistenza o meno del trauma ma piuttosto nella reazione ad esso. Le strade possibili da percorrere sono due: l'arresto o lo sviluppo della propria identità. Uno dei significati della psicoterapia si colloca dunque nel facilitare il percorso di costruzione di nuovi sensi di sé di quei pazienti immigrati che, dovendo far fronte ad esperienze

¹¹⁸ Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., p. 29.

¹¹⁹ Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit., p. 30.

traumatiche (che sia la migrazione di per sé o che siano altri eventi specifici accaduti prima, durante o dopo l'atto migratorio), rischiano di perdersi.

Un'altra intervistata, facendo un paragone fra la sua esperienza lavorativa con persone immigrate e persone autoctone e riflettendo sull'ipotesi che dei colleghi si occupassero anche di persone immigrate, ribadisce il concetto appena analizzato. Sottolinea infatti che anche in quei casi in cui la migrazione è meno traumatica rispetto alla maggioranza dei casi, comunque rimane il fatto di essersi lasciati alle spalle il proprio passato, un pezzo di sé stessi. Anche nella fortuna di non aver dovuto intraprendere un viaggio estremamente faticoso e doloroso quindi il solo fatto di aver cambiato ambiente diventa di per sé un'esperienza traumatica.

Comunque sti ragazzi... sono praticamente tutti traumatizzati e... se esistono ragazzi che sono arrivati hanno fatto un viaggio in modo più sano, tra virgolette, sì esistono alcuni che arrivano in aereo, soprattutto nell'ultimo periodo, però quei pochi casi privilegiati, comunque hanno abbandonato un pezzo di vita e quindi comunque c'è questo... questo abbandono, questo progetto, la speranza, l'aspettativa di ritornare da vincenti e che comunque... non è come prendere... come i miei pazienti italiani che hanno altri... altri pensieri, hanno un'altra maturità, altri problemi... e quindi probabilmente penso che non tutti sarebbero disposti a mettersi così in gioco. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

In un'altra testimonianza viene sottolineato ancora una volta l'effetto traumatico della migrazione in quanto tale:

[La migrazione] è un cambiamento talmente grosso che non può non crearti non puoi arrivare dall'altra parte dove sei arrivato senza colpo ferire, impossibile secondo me. Ma, voglio dire, tra gli elenchi, adesso non mi ricordo dai miei studi universitari, c'erano gli elenchi delle cause più stressanti nella vita no? Ovviamente al primo posto c'è il lutto, separazioni, terzo posto trasloco. Cioè trasloco prendo una casa da qui a lì, se ci mettiamo dentro dalla Nigeria all'Italia, dalla Polonia all'Italia, delle robe così... (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Lo stress, o meglio, il trauma generato dal cambiamento totale e spesso irreversibile di punti di riferimento, non può fare altro che andare a modificare la condizione da cui la persona partiva si sottolinea quindi nuovamente il fatto che il trauma si inserisce su una personalità preesistente, alla quale si collegano gli "esiti" del trauma. Vediamo un esempio concreto tratto dalle parole di un altro intervistato:

Gli è scoppiata una bomba vicino, ha perso la famiglia, ha perso... degli eventi traumatici che hanno molto cambiato la sua vita, e che sono successi, proprio perché lì c'è una guerra, poi ci sono degli atti terroristici, poi ci sono... insomma c'è un clima politico per cui... se non ci fosse stato tutto questo lui... sarebbe rimasto lì a... a fare il suo lavoro di elettricista e... ad avere una famiglia, stare bene, magari con qualche aspetto caratteriale, un po' di impulsività che avrebbe continuato ad avere, ma insomma, decisamente... in maniera funzionante... qui invece il funzionamento è molto condizionato dalla storia, e da... dai sintomi post-traumatici e dal... dal sistema di accoglienza, e non... e... insomma, non è... spesso in grado di ... poi di rispondere a dei bisogni, di risponderci... di rispondere per tempo... (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Se non fosse stato vittima di alcune situazioni altamente traumatiche, il paziente, oltre a non emigrare, sarebbe stato probabilmente in grado di tenere sotto controllo i suoi disturbi di personalità

in quanto piuttosto lievi. La traumatizzazione amplifica ed esaspera un quadro clinico già in parte compromesso.

Oltre a quanto evidenziato finora, bisogna aggiungere che il trauma colpisce l'intera persona, che sarà dunque "danneggiata" in tutti i settori della sua personalità. Questa è un'ulteriore differenza rispetto a un paziente italiano "classico" che si rivolge a uno psicoterapeuta per risolvere un'area conflittuale della propria personalità. Per chi ha subito un trauma (in questo caso italiano o straniero che sia), questo discorso non è replicabile, in quanto appunto sarà l'intera sfera emotiva, l'intero funzionamento della persona ad essere stato compromesso. Proprio di questo ci parla un'altra intervistata:

Con i migranti è difficile... è difficile lavorare su un pezzettino perché... quando ci sono... tanti traumi... quindi con una persona molto traumatizzata... qualunque ambito della sua vita, c'è in qualunque ambito della sua vita influisce il trauma e quindi... non è che puoi dire lavoro sulla genitorialità e basta... perché nella genitorialità ovviamente poi c'è il peso di quello che ha vissuto. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

I vari intervistati forniscono però anche visioni non univoche sul significato e gli effetti del trauma. Un primo esempio è quello descritto dallo psicoterapeuta di Approdi, che si rifà ad elementi della teoria comportamentista, secondo la quale i comportamenti dell'individuo sono determinati in maniera prevalente dai processi di condizionamento che assoceranno ad ogni stimolo una particolare risposta. Nel caso del trauma, l'intervistato porta un esempio didattico per permettere di capire come avviene nella mente il collegamento fra lo stimolo (nel caso che vedremo a breve il clacson dell'automobile) e la risposta ad esso associata (la paura).

Un esempio molto semplice che faccio sempre a loro e con le persone con cui mi trovo a fare formazioni, supervisioni o altri incontri, se io in questo momento sono in bici, sto pedalando, mi sento al sicuro, e anche a mio agio con la cosa che sto, che sto facendo, ma se all'improvviso io sento un clacson, un'auto mi urta e io cado, anche se non mi faccio nulla, sicuramente ho avuto un grande spavento. Se il giorno dopo io mi ritrovo, giorno dopo l'incidente, mi ritrovo seduto nella mia poltrona come ora, nel mio studio, quindi in un luogo in cui mi sento altamente al sicuro e a mio agio, e sento da fuori il suono di quel clacson, o un clacson simile, io SALTO dalla mia poltrona perché rivivo nel corpo, nella mente nelle emozioni, le stesse cose che ho vissuto mentre ero in bici e venivo urtato dalla macchina. Questo è un funzionamento che abbiamo tutti, ma mentre io velocemente posso dirmi... ah ho fatto così, perché ho sentito il clacson, che era simile al clacson dell'auto che mi ha urtato, ma sono al sicuro, sono nel mio studio, sulla mia poltrona, non mi può accadere nulla, quindi è facile questo passaggio. Man mano che passa il tempo quel clacson può restare un attivatore di questa memoria, ma se io ho l'abitudine a ricollocarla nel tempo e nello spazio, non avrà più lo stesso effetto. Quindi l'effetto dello stimolo che mi fa risentire l'incidente, si riduce. Ma se io non ho una memoria episodica dell'evento, ma quello stimolo, il clacson funziona lo stesso, all'improvviso, in qualsiasi momento della mia vita se c'è uno stimolo simile io posso risentire tutto quello che ho sentito e non sapere da dove viene. Lo sento e basta. Io sto parlando di una caduta da una bici in cui non mi faccio nulla, immaginiamo persone che hanno subito o assistito, o agito, per estrema difesa, violenze inenarrabili (silenzio) che si sono protratte per mesi o anni nella loro vita. Tutto questo è enorme. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Secondo questo intervistato, l'obiettivo è dunque riuscire ad agire sulla memoria episodica dell'evento, per poterla collocare nel tempo e nello spazio e dunque riuscire a cancellare la correlazione fra stimolo e risposta legata agli eventi traumatici vissuti.

Pur procedendo da approcci teorici diversi, vi sono altri testimoni che ritengono che il trauma abbia un impatto sulla mente considerevole, con conseguenze in diversi ambiti, in primis il delicato momento in cui il richiedente asilo si trova davanti alla Commissione Territoriale per raccontare la sua storia, su cui verrà fatta una valutazione che gli permetterà o meno di ricevere la protezione internazionale, sussidiaria o per casi speciali. Se però il trauma agisce sulla mente con effetti di rottura, questo racconto diverrà molto complesso da realizzare.

[Il trauma ha effetti di] grande rottura, cioè rompe veramente dei meccanismi... e... una delle cose poco... poco studiate, devo dire, presenta nel PTSD, descritto nel DSM V, questo non rientra no, questa memoria traumatica, [...] questo aspetto del trauma del, del, del... della conseguenza del trauma sulla memoria, sul... sul ricollocare e nella nella storia, in un ordine storico le cose che hanno, che le persone hanno vissuto, c'è una grande difficoltà, quindi la temporalizzazione dell'esperienza, e... e siccome poi la Commissione [Territoriale] funziona... una delle cose che fa è vedere la... se... se... se un racconto è presenta o meno delle contraddizioni, quando è... e in base a quello può valutare la veridicità della... della storia raccontata, quando la persona inizia a contraddirsi quello può essere un elemento di rifiuto, di diniego, e... e quindi un doppio danno, no, queste persone che sono state danneggiate psichicamente il trauma è entrato, ha prodotto grandi danni, e un danno ulteriore può essere quello del non riconoscimento di questo processo, della e della storia che hanno, che li ha portati a questo e quindi... doppiamente... esclusi. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

La scarsa formazione e attenzione nei confronti dei meccanismi che caratterizzano le condizioni del post-traumatico, può avere effetti molto dannosi per coloro che ne sono vittima: il rischio è in questo caso il mancato riconoscimento di un diritto come quello ai documenti. A riguardo propone delle riflessioni molto interessanti Elisa Mencacci in un suo scritto¹²⁰. L'autrice sottolinea le azioni di controllo implicito ed esplicito che le Istituzioni realizzano nei confronti di richiedenti asilo e rifugiati: la memoria viene infatti intesa come uno strumento che ha l'obbligo di produrre una narrazione fissa, con il supporto di ricordi oggettivati. Ciò si realizza dal momento che la memoria, in un contesto occidentale, viene concepita come base delle radici identitarie, per cui la costruzione del sé dipende da un processo di elaborazione dei propri ricordi e intenzioni. La narrazione diviene dunque un "prodotto della memoria" e uno "specchio rappresentativo del sé". Ma l'interrogativo posto dall'autrice lascia un ampio margine di riflessione: "se la narrazione viene dunque investita del ruolo di specchio identitario, cosa accade se il soggetto non è in grado di narrare o se le narrazioni da lui prodotte non rientrano nei criteri ordinari?¹²¹". Apparentemente, gli sviluppi

¹²⁰ Mencacci E., *Tra tecnologie del ricordo e produzione di verità: memoria e narrazione nelle politiche di asilo*, ENCICLOPAIDEIA XIX (41), ISSN 1825-8670, 2015, pp. 61-82.

¹²¹ Mencacci E., *Tra tecnologie del ricordo e produzione di verità: memoria e narrazione nelle politiche di asilo*, cit., pp. 77-78.

politici e legislativi attuali portano però in tutt'altra direzione rispetto a quella di una maggiore attenzione e sensibilità da dedicare a dei processi così delicati in cui gli aspetti legati ai traumi subiti da chi richiede asilo continuano a non essere per nulla tutelati.

Una riflessione simile sugli effetti che il trauma produce sulla mente e sulla conseguente difficoltà nel riuscire a sostenere un colloquio psicologico viene fatta da una psicoterapeuta dell'Associazione DiverSa/Mente. Il paradosso incontrato nel raccontare la propria memoria in Commissione Territoriale si ripropone anche nei percorsi di presa in carico che vorrebbero sostenere il paziente proprio nella risoluzione di aspetti traumatici della propria storia.

Questo ragazzo per esempio è stato inviato da una psichiatra perché aveva degli incubi e non riusciva a dormire e non riusciva e non voleva nemmeno addormentarsi perché sapeva che ogni notte no? Venivano questi incubi mentre che erano la ripetizione delle bombe che cadevano no? Evento traumatico. In cui ha perso praticamente tutta la famiglia. Allora la psichiatra vedendo che era un ragazzo che aveva delle risorse no? Andava all'università insomma... lo invita a fare dei colloqui no? Con me.... allora questo ragazzo arriva no? Ci presentiamo e io lo invito a parlarmi di questo no? Parliamone! No? Come ... l'offerta no? Che si fa in ogni terapia in cui parliamo... allora è lì che lui dice "Guardi... lei è carina lei è simpatici... non ha capito... che proprio io non posso parlarne". Questa è la mia impossibilità del trauma prenderlo di petto a volte... conviene rispettarlo molto.. e ricucire per esempio altri aspetti più banali perché avendo a che vedere con una certa vita con una possibilità di vita. Ora anche lì ogni volta bisogna calcolare quando è possibile elaborare un trauma nel senso più generale della psicoanalisi e quando invece sia meglio fare attenzione. Perché aprire una questione così... così... forte senza avere degli elementi o altre cose può essere rischioso per questo ragazzo.. allora lui mi dice.., guardi io capisco la sua offerta no? E la sua buona volontà ecco... non basta la buona volontà con queste persone... perché sono in una situazione... così di grave disagio...[...] Ora parlare di se stessi e parlare proprio del trauma può essere un paradosso... anche se il trauma è certo è vero poi mi dicono va beh è per questo che mi vengono gli incubi è per questo che mi vengono gli attacchi d'ira no? Ma prima di andare un po' a toccare questa cosa qua bisogna un po' costruire quello che è chiamiamo il transfer no? Cioè il rapporto con l'altro. E non è semplice con queste persone. (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

È dunque necessario che il percorso terapeutico si mostri rispettoso nei confronti di quei limiti invalicabili che le esperienze traumatiche determinano, sta alla professionalità dello psicoterapeuta quindi riuscire a lavorare su aspetti marginali della persona in modo tale da andare ad agire comunque anche su quegli aspetti apparentemente intoccabili. La stessa psicoterapeuta ci porta un altro esempio in questa direzione:

Penso per esempio il caso di una ragazza nigeriana vittima di tratta che ho seguito l'anno scorso.. ehm... allora lei si presenta dicendo ho attacchi d'ira e di aggressività e mi vengono in mente... ehm... in continuazione... i ricordi di abusi subiti in Libia. Allora lei comincia parlandomi di questo e dice "Basta io non ne voglio parlare più". Allora io capisco che per lei questo era troppo e le dico "Guardi... ha ragione... parliamo d'altro..." allora comincia a parlarmi di un ragazzo che aveva conosciuto lei ha un lavoro... ecco... lei viene, viene per un po'... forse dieci volte che è un ritmo abbastanza uhm? Eeee.. importante e... e poi conosce un ragazzo insomma ecco... (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Il rispetto nei confronti del trauma che la persona rivive continuamente apre la porta a nuovi scenari di dialogo, di confronto, che non è detto che non porteranno allo scioglimento di nodi più direttamente connessi ai vissuti traumatici.

Un approfondimento sul funzionamento della mente e sul perché il trauma diventa un qualcosa di indicibile ci viene proposto da un'altra psicoterapeuta, la quale spiega appunto quali sono i vari passaggi per permettere al paziente di affrontare anche gli argomenti più spinosi.

Ecco c'è proprio una ragione legata al funzionamento del cervello nel senso che le memorie traumatiche a differenza delle memorie normali, anche brutte ma normali, vengono conservate in una parte del cervello più antica, che è il sistema limbico, mentre le memorie normali vengono conservate nella corteccia frontale, che è la zona del pensare, mentre il sistema limbico è la zona del sentire, quindi spesso i traumi si concentrano in quella zona lì, quindi i traumi sono sentiti ma non verbalizzati, quindi è vero che c'è questa difficoltà, motivo per cui nascono terapie come l'EMDR, che bypassa il livello delle parole, o come una terapia ancora più recente, la Sensory Motor, che lavora proprio sul corpo, per cercare altri canali. Noi qui per i motivi che ti ho detto l'EMDR non l'abbiamo usata e quindi lavoriamo molto sulla relazione, sul ricostruire attraverso la relazione, e... una volta che ricostruisci attraverso la relazione una fiducia, un senso di essere degno, di essere un essere umano, di avere valore, di essere importante, che sono messaggi che arrivano a quel livello lì, piano piano cominciano anche a dare parole e quindi il lavoro è quello di costruire una narrativa, una narrazione di quello che ti è successo, perché costruire una narrazione con delle parole significa spostare un ricordo in una zona che se ne può pensare, se ne può parlare nel tempo. Detto proprio in sintesi... (risate). (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Le tecniche per riuscire a elaborare il trauma sono numerose, è necessario avere il tempo per creare una relazione di fiducia, per poter prendere in carico aspetti estremamente delicati senza andare a peggiorare la situazione e senza rischiare di rovinare la relazione terapeutica. Quello degli intervistati appare dunque un lavoro meticoloso e per cui è necessaria un'enorme professionalità.

Il trauma non è però l'unico elemento che va a incidere sulle condizioni di salute psichica delle persone immigrate. Come vedremo nei prossimi paragrafi, ci sono altri fattori che determinano, con modalità diverse e senza poter generalizzare, lo stato mentale dei pazienti che si rivolgono al tipo di servizi oggetto di questo elaborato.

5.2. La migrazione e la cultura

La cultura può essere letta come uno dei tanti elementi che, intrecciandosi fra loro, possono condurre a manifestazioni di disagio psichico. Il rapporto fra soggetto e ambiente ha una grande influenza sulla persona, in quanto appunto può rappresentare uno squilibrio che si è creato fra la persona e l'ambiente circostante. L'analisi di questa tematica parte dalle riflessioni proposte da Roberto Beneduce, il quale sottolinea la necessità di allontanarsi dai due estremi che rischiano di categorizzare in maniera troppo rigida e troppo generica le diverse forme di disturbi psichici che possono di volta in volta manifestarsi. Si riporta di seguito un breve estratto di un suo articolo, in cui l'antropologo e psichiatra evidenzia le conseguenze legate a un paradosso del periodo contemporaneo, in cui si manifesta una contemporanea perdita, a seguito dei processi di globalizzazione, della nozione di appartenenza e di identità etnica o culturale, accompagnata di pari passo da rivendicazioni estremistiche di tipo etnico ed identitario:

La prima conseguenza è la dissoluzione dell'idea secondo la quale ogni individuo possa essere immaginato come naturalmente aderente alla sua cultura d'appartenenza (o addirittura comprensibile a partire dai tratti ritenuti caratteristici di quest'ultima: sorta di impronta digitale del suo psichismo). Il comportamento dell'Altro, tanto meno i disturbi mentali da cui è eventualmente affetto, non possono essere spiegati nella loro totalità sulla base della cultura del suo gruppo, non diversamente da quanto l'inconscio non permetta di interpretare la totalità dei fatti umani. Tuttavia, senza mai saturare il campo delle interpretazioni, l'appartenenza culturale può rivelarsi una categoria decisiva, o strategica, nella cura. [...] La seconda conseguenza, quando ci si rivolga all'analisi della sofferenza psichica degli immigrati, riguarda invece la necessità di considerare l'incidenza della variabile "Cultura" all'interno di un contesto (economico, storico, sociale) assai più ampio e contraddittorio: è solo il costante riferimento a quest'ultimo che consente di evitare fraintendimenti grotteschi nell'approccio al disturbo psichiatrico nella popolazione immigrata, fraintendimenti derivanti sia dal guardare alla Cultura come alla sola dimensione significativa quanto dal suo altrettanto assurdo occultamento¹²².

L'autore ritiene inoltre che la cultura, perché possa essere utilizzata in maniera efficace nel trattamento dei pazienti stranieri, debba fare riferimento a una "teoria della cultura" e ad una "teoria della differenza culturale", senza le quali un riferimento alle matrici culturali del paziente diventano illegittime, in particolare per quanto riguarda la dimensione terapeutica¹²³.

Alla luce di queste riflessioni possiamo dunque proseguire con l'analisi di quanto narrato dagli intervistati. Un elemento da cui partire è la concezione della cultura come un elemento che struttura la psiche e punto di partenza quindi per attribuire un significato, culturalmente determinato, a ciò che circonda l'individuo: "la dimensione culturale incide moltissimo. Incide moltissimo come elemento strutturante della psiche" (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente). Inoltre, non sempre è facile distinguere gli aspetti prettamente psichici da quelli culturali, che come abbiamo detto si intrecciano fra loro, in maniera più o meno evidente:

Nel caso della signora cinese [la cultura incide] moltissimo. E le dirò... che probabilmente incide molto di più di quello che noi non pensiamo, perché è molto complesso capire qual è il discrimine fra la parte psichica e la parte culturale, molto complesso, difficilissimo, è la parte più difficile. E... certamente le ho parlato di due persone dei paesi del Centrafrica e di una persona cinese, quindi è talmente lo... forte la... dimensione culturale che tu gli dai più evidenza. Però sicuramente incide molto, moltissimo, incide... sulla parte delle due persone africane tutto sommato era abbastanza un po' chiara, quindi non so la posizione della famiglia, qual è la posizione che loro avevano con la famiglia, qual è il tipo di educazione che hanno avuto e che trasmettono ai figli... che tipo di rottura hanno fatto e che costi ha questa rottura... eh... con la famiglia, perché c'erano storie di... in qualche modo... famiglie che... ave... pur essendo due paesi africani diversi, avevano... volevano... il padre che aveva dato in moglie in qualche modo la figlia fin da piccola ad una persona che lui aveva scelto e queste due persone che vengono da paesi africani diversi avevano una storia di rifiuto... Questa... di questo matrimonio. E quindi di rottura con la famiglia, con vicende poi diverse l'una dall'altra. E quindi i costi di questa dimensione, cosa comportano, cosa significano, quindi la parte culturale è molto forte. Molto molto forte e difficile anche da... cogliere. E la signora cinese forse ancora più lontana e ancora più difficile perché il mondo cinese è ancora più complesso, quindi... (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

In linea con quanto sostenuto da Beneduce, un'intervistata sottolinea l'importanza, all'interno del percorso psicoterapeutico, di non ricondurre in maniera sistematica la sintomatologia ad aspetti

¹²² Beneduce R., *Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza. Contributo alla costruzione di servizi di salute mentale antropologicamente competenti*, tratto dal sito web "Psychiatry on line Italia"

¹²³ Ivi

culturali, e, al contempo, la necessità di prendere in considerazione la cultura di provenienza del paziente per poter contestualizzare la sua condizione psichica:

Direi che... la cultura sia di primordiale importanza però bisogna sempre distinguere che la persona non è il prototipo di quella cultura che in questo caso che la persona non è semplice stereotipo o il semplice folklore di quella cultura lì che... la cultura vuol dire determinazione simboliche e movimento... quindi sono persone e vite psichiche in movimento... quindi è fondamentale ma non bisogna confondere la variabile culturale con la determinazione totale di una persona. No? Perché i cinesi sono così... uhm? Ma certo che soprattutto per la psicoanalisi no? Non siamo nell'ambito della natura... siamo nell'ambito culturale simbolico e quindi lavoriamo in questa dimensione... (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Si sottolinea quindi l'importanza di evitare categorizzazioni fisse, prese come unica spiegazione di comportamenti e sintomi che le persone presentano.

La cultura non è tutto, è vero, ma può comunque giocare un ruolo in certi casi determinante ed essere ben riconoscibile come causa scatenante del disagio. Vediamo un esempio portatoci da un intervistato:

Noi in ambulatorio l'esempio che facciamo sempre è quello del Dhat, no? Di questa malattia che è una malattia tipicamente di tipo culturale, è una forma depressiva che però ha un tratteggio culturale fortissimo che viene soprattutto dalle persone che vengono dal sud continente indiano per cui vengono in ambulatorio con una forte astenia debolezza quindi progressivamente una trasandatezza, una rottura delle relazioni. Ma e loro riferiscono di sentirsi deboli e che perdono sperma sostanzialmente, e magari che non è vero nemmeno. E questo è una malattia tipica da approccio culturale in quanto è una forma di depressione che si va a veicolare su un tratto culturale preciso che è il rapporto tra maschi e femmine in una cultura dove le femmine sono molto diciamo eh... bloccate... ma bloccate è il termine sbagliato. Però, diciamo c'è un rapporto molto di divisione netta mentre qui vengono in un ambito dove invece la situazione è molto più promiscua e quindi non tutti riescono a reagire in questo si instaurano sensi di... cioè non avere dei desideri si instaurano sensi di colpa e il senso di colpa ti fa scatenare... ma questo è un esempio classico di malattia legata alla cultura o meglio di manifestazione della malattia legata alla cultura. Se vogliamo il versante opposto da noi, l'anoressia è un'altra malattia anche lì depressiva che anche lì è legata alla cultura sostanzialmente, in Asia è difficile che trovi una malattia di questo genere la trovi più nei paesi ricchi opulenti. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

La sindrome di Dhat, determina dunque una sintomatologia collegata strettamente a un conflitto culturale che l'individuo vive, in quanto deve confrontarsi con un panorama molto diverso da quello a cui era abituato (in questo caso specifico il passaggio da India a Occidente). Appare però interessante la riflessione conclusiva proposta dall'interessato: il malessere può insorgere non unicamente per il passaggio da certe concezioni culturali ad altre, come nel caso del Dhat, ma anche da spinte socio-culturali molto forti all'interno della stessa cultura in cui si è nati, come nel caso dell'anoressia. Un altro elemento sottolineato dall'intervistato è legato alla manifestazione del disturbo, alla dimensione relazionale e alla conseguente percezione sociale dello stesso, elemento che ha implicazioni decisive sulla malattia:

La cultura incide molto sul modo in cui si presenta la situazione quindi sulla... siccome... sì, viene presentata, sulle relazioni sui rapporti alle relazioni, quello sicuramente. Incide più su come si manifesta, sulla parte sickness della malattia, sulla percezione sociale, è sulla è sul... disease è quello, il sickness e l'illness quindi percezione soggettiva e percezione sociale. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Viene qui dunque proposta una distinzione fra *illness*, *sickness* e *disease*, termini che nella traduzione italiana perdono le diverse sfaccettature di significato che la lingua inglese invece conserva. Per *illness* si intende infatti la malattia vissuta dal paziente come un'esperienza originale e culturalmente fondata, in cui, oltre alla spiegazione, è importante approfondire il significato dello stare male; per *disease* si intende invece la malattia come un'entità oggettiva in base alla prospettiva biomedica dell'operatore sanitario, misurabile sulla base di dati fisico-chimici e della predominanza di una visione dualistica del rapporto tra corpo e mente; con *sickness* si fa infine riferimento al percepito della società di fronte a una malattia, "il modo in cui un gruppo sociale, rappresenta, interpreta, mette in atto strategie legate alla malattia «socializzata»¹²⁴". Fa quindi riflettere il fatto che una condizione di malattia possa avere percezioni molto diverse in base al punto di vista (dal malato, della società, del professionista medico), aspetto che normalmente tendiamo a sottovalutare, non concependo possibile che vi siano più visioni legate allo stesso problema. Nell'ambito della diversità culturale, le percezioni e interpretazioni diverse legate a uno stesso sintomo sono però piuttosto comuni. Un esempio può essere quello dell'interpretazione dei sogni:

La cultura di origine può influire sul significato che alcuni pazienti danno ai sintomi, e che può essere diverso dal significato che gli diamo noi... per la nostra cultura no? Quindi.. per dire, se la persona fa un incubo, noi diamo un significato all'incubo, abbiamo un metodo di approccio al lavoro sui sogni che poi dipende dalle varie scuole di specializzazione, ma comunque c'è un approccio che parte dal considerare il sogno in un determinato modo, a seconda della cultura di origine questo può cambiare, per cui gli africani pensano che i sogni magari in alcuni casi possono essere.. quindi... che ne so magari i sogni possono essere che ne so, indicatori di qualcosa di magico che qualcuno sta facendo su di loro, o indicatori di qualche parente o eh... che parla con loro attraverso il sogno, questo dipende dal significato che la persona in questo caso dà. (9, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Al sintomo si lega dunque un sistema di significati strettamente derivati dalla dimensione culturale, che non è l'unico aspetto esistente ma sicuramente genera credenze, visioni, interpretazioni, ecc.

Due fra gli intervistati sottolineano una maggiore affinità con persone provenienti da paesi del Medio Oriente come l'Afghanistan, mentre più distanza con gli asiatici e gli africani. Uno di loro ci porta due esempi concreti, che riporto interamente:

Allora questo ragazzo viene dall'Afghanistan... secondo me la cultura incide poco, rispetto al problema che presenta. (Silenzio) Anzi, oserei dire che... la maggior.. quasi... diciamo che la nostra cultura non è molto differente dalla loro... se devo essere sin... proprio... e forse mi viene da pensare che... quando noi studiamo la storia da bambini una delle prime cose che studiamo è il Tigri e l'Eufrate e la Mesopotamia e da qualche parte questa origine si sente ancora molto, io sento poca differenza da questa punto di vista. Mentre invece quando ci sono persone che vengono dall'Africa Subsahariana... non tanto quelle che gravitano intorno all'area mediterranea, ma soprattutto quelle vengono dall'Africa Subsahariana, oppure quelle che vengono dalla zona più asiatica, diciamo così, allora lì... ci sono delle differenze sostanziali a volte. Potremmo dire che ci sono sempre, però caso per caso insomma, ecco. Però in questo caso rispetto proprio a lui... non è una modalità che potrebbe non avere una qualsiasi persona che è nata a Bologna...

¹²⁴ Geraci S., *Medicina delle migrazioni e salute degli immigrati*, slides fornite in sede dell'XVIII edizione del Master sull'Immigrazione, 6-7 settembre 2019.

Invece con la ragazza africana c'è una differenza... allora le differenze sostanzialmente sono non so nel modo di comunicare le cose. Cioè sostanzialmente sono nella relazione. È proprio il modo in cui si sta in relazione, il modo in cui... si comunica nella relazione. Che è diverso, è diverso... Mi viene da pensare non lo so... ehm... molte persone se hanno un'educazione di tipo tradizionale non ti guardano negli occhi e tendenzialmente noi invece quando gli parliamo gli diciamo: "Oh, guardami negli occhi!" e... è che sembra semplice, ma è completamente diverso... per esempio un'altra questione è che non solo chi... viene da una cultura tradizionale quindi viene dai villaggi, ma anche chi viene dalle città, nelle comunicazioni quotidiane... il linguaggio è... un linguaggio per immagini, non è un linguaggio analitico come il nostro, quindi nel momento in cui noi facciamo una domanda, ad esempio gli domandiamo come è andato il viaggio, lui deve fare una doppia rielaborazione per cercare di raccontare il viaggio, perché in realtà... ehm... nei loro modi di comunicare... la comunicazione è lunga, circolare, è molto più vicina a quella orale, diciamo così, e quindi è proprio un modo completamente diverso, quindi devono costantemente riadattare dentro di loro il modo in cui racconterebbero le cose con la modalità con la quale hanno capito... visto che quando noi li vediamo sono in seconda accoglienza, sono qua da un anno, due anni, quindi non sono qua da tre giorni, e hanno capito sostanzialmente che noi... cioè vogliamo delle cose, che sono diverse, e quindi devono fare una... una grande elaborazione per dirci le cose, non è così semplice insomma... per esempio... non lo so... altra cosa è tutto il mondo diciamo così dell'invisibile, una donna nigeriana che fa parte della tratta, 99 su cento dentro al tratta c'è tutto anche una questione fatta di rituali di...ehm... di... di cose invisibili, che sanno benissimo che noi trattiamo uno come superstizioni, e due che non... alle quali proprio non consideriamo quasi, no? E quindi ci devono raccontare qualcosa di loro senza poterci raccontare tutto, o perlomeno senza poterci raccontare quello che loro pensano che sia davvero il problema, quindi insomma, è tutto molto complicato da questo punto di vista. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

La cultura ha dunque delle implicazioni più o meno consistenti in base al paese di provenienza, alla storia della persona e alle sue abitudini. Il professionista che prende in carico pazienti con origini diverse deve dunque essere consapevole di certi aspetti culturali con cui è probabile si dovrà confrontare (ad esempio il mondo degli invisibili a cui la tratta fa riferimento), ma allo stesso tempo non cadere in banali generalizzazioni, ma, come dice l'intervistato, valutare "caso per caso". Un aspetto da sottolineare in quanto viene affermato dallo psicoterapeuta è il fatto che la consapevolezza da parte dei pazienti, che hanno già subito/agito un processo di acculturazione rispetto al luogo di arrivo, di certe modalità o percezioni della cultura ospitante: questo li porta a modificare il loro comportamento (il loro linguaggio e modalità di rappresentazione se ci si riferisce all'esempio letto nell'intervista) per rientrare nelle categorie proposte e presumibilmente attese da una persona della cultura del paese ospitante. La capacità di mentalizzare, di esporre il proprio pensiero e mondo interiore, viene richiamata da un'altra intervistata che evidenzia una possibile associazione fra sofferenza psichica e cultura in questi termini: se il paziente ha un livello socioculturale abbastanza basso, di conseguenza non sarà particolarmente capace di mentalizzare, di compiere dei processi raffinati di elaborazione del pensiero (sempre però intesi in ottica occidentale), e dunque il lavoro terapeutico che procede ad un livello intrapsichico sarà più complesso.

Da quando il flusso migratorio è molto cambiato quindi arriva... c'è, non solo arrivano... persone... diciamo tipico profilo del rifugiato politico, leader politico tipo il ragazzo di cui ho parlato no? Ma arrivano anche persone con un livello culturale molto molto basso, arriva di tutto adesso, e queste persone che sono o molto giovani o hanno un livello socioculturale assolutamente basso, non hanno una buona capacità di mentalizzare, che vuol dire di riflettere sui propri processi interiori... e... quindi questo elemento in terapia è molto significativo, perché se non hai la capacità di metariflettere su quello che ti

succede è difficile poi no lavorare a un livello intrapsichico. Questo è un elemento che è anche culturale... (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Sorge dunque un interrogativo: quanto di quelli che noi consideriamo disturbi psichici, nell'accezione più ampia del termine, derivano semplicemente da forme diverse di esprimersi, di rappresentare se stessi e il mondo circostante, di leggere i processi che producono pensieri, sentimenti, e tutto ciò che si racchiude nel mondo interiore che ognuno di noi porta dentro di sé?

Un'ultima riflessione è legata alla tematica già precedentemente accennata: quanto le cause delle sofferenze psichiche si possono attribuire a fattori culturali? Come già premesso, è pressoché impossibile identificare degli elementi specifici e netti, considerabili come unico elemento determinante. Ad una sintomatologia altamente variabile si associano cause altrettanto variabili. Fra gli intervistati sono vari coloro che sottolineano una differenza fra i malesseri causati dalla cultura e quelli derivanti dal trauma. Prendiamo alcuni esempi:

Secondo me la cultura di provenienza non incide nel post-traumatico, cioè il post-traumatico è caratterizzato da una sintomatologia che potrebbe essere mia, potrebbe essere tua, potrebbe essere di una persona che viene dall'Africa, dall'Iran, nel senso che le violenze, gli abusi che uno subisce poi portano a una manifestazione sintomatologica che non ha a che fare con la cultura di origine, magari ha a che fare con la cultura di origine quello che accade, per cui tu vivi delle esperienze traumatiche, nel senso sei in un determinato paese dove ci sono determinate condizioni politiche, sociali... e questo porta magari ad avere... a vivere delle situazioni reali di trauma, no? Quindi la cultura di origine è più il posto in cui avvengono determinate cose, che non... che non l'elemento che influenza la sintomatologia post-traumatica. (9, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Gli aspetti culturali e soprattutto la storia di queste persone, hanno una grossa incidenza sì, per quanto riguarda il ragazzo egiziano, c'ha una storia traumatica particolare, di quelle... insomma di violenze... intenzionale, quelle che noi curiamo solitamente, viveva in un contesto familiare di povertà... e anche di... di degrado insomma, dove gli aspetti culturali entrano in maniera consistente, nell'altro caso più che gli aspetti culturali rientrano gli aspetti della storia, quello che gli è successo proprio nel suo paese... (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Quindi le condizioni incidono molto moltissimo, però era il trauma che loro avevano... qui non c'era la cultura, c'era il trauma, la cultura non era particolarmente... ecco in questo caso non mi sembrava che l'elemento, non mi è sembrato che l'elemento culturale fosse l'elemento della sofferenza psichica, ciò che era causa della sofferenza psichica era il trauma della guerra, della... dell'esilio. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Una donna... di dov'era... una donna... diciamo sudamericana... ehm... che... (silenzio), sono silenzioso perché sto cercando di organizzare le cose in modo da potertele dire... lei secondo me senza stare a dirti perché veniva, aveva due tipi di problemi, uno è che aveva avuto una famiglia... aveva un sacco di fratelli, una famiglia secondo me povera... c'è povera... ehm... un papà... ehm... aggressivo in una qualche misura aggressivo, violento con la moglie, non con i figli ma con la moglie, la moglie... a sua volta si sfogava sui figli... per cui... questa donna e il problema di questa donna nascevano da questa situazione, e... più sommata, al fatto di trovarsi in Italia, cioè, la stessa situazione nel suo paese le avrebbe dato meno problemi, per certi versi perché è una cosa, è una situazione per certi versi più diffusa, non che qua non ci sia, ma più culturalmente tollerata nel suo... nel suo paese, e invece qui no, quindi... è una somma di due cose, è in una situazione personale che fa partire il disagio, ma a questo ci aggiungi la cultura che funziona in modo diverso. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Nel primo estratto l'intervistata sottolinea che un disturbo come il PTSD, come dice il termine stesso, è da collegarsi unicamente a elementi traumatici, che potrebbero capitare a chiunque fosse

sottoposto a traumi di natura così intensa. In questi casi quindi la cultura non ha nulla a che fare con questo tipo di sintomatologia, ma, secondo quanto affermato nella testimonianza, l'unica influenza che essa può avere sul disturbo è la maggiore probabilità che si producano le condizioni in cui si venga sottoposti a un trauma. Detto in altre parole, è più probabile che un ambiente più degradato sia più "fertile" nel generare traumi di diverso genere.

Nel secondo estratto l'intervistato mette a confronto due casi in cui, nel primo vi sono entrambi gli elementi (trauma associata a cultura), nel secondo solo il trauma.

È da notare che in entrambe le interviste finora citate la cultura viene associata al concetto di degrado, come ad indicare che ciò che può incidere sono in realtà più le condizioni di vita di emarginazione e povertà più che il fatto di appartenere ad una tradizione culturale piuttosto che a un'altra.

Il terzo estratto, tagliato per questioni di spazio, fa riferimento alla storia di una famiglia proveniente dal Medio Oriente scappata dalla guerra e che anche in Italia si ritrova a dover vivere in condizioni disagiati e che non permettevano loro di essere autonomi. Il trauma subito viene dunque perpetuato in Italia, e le condizioni cliniche non possono che risentirne.

Infine, il quarto spezzone parla anche in questo caso di una storia specifica, su cui il narratore riflette cercando di identificare le cause del disturbo psichico della donna in questione. Sottolinea l'esistenza di due matrici: una personale e una culturale. Per personale si intende in questo caso non una personalità di base funzionante, come visto in precedenza, ma la storia di vita della persona nello specifico, che va a connettersi con elementi culturali della società in cui l'individuo è emigrato.

In conclusione, le variabili che possono avere un'influenza sul disagio psichico sono numerose e spesso si intersecano fra loro, diventano difficilmente riconoscibili come unico elemento scatenante. Quelli evidenziati sinora non sono però gli unici fattori che incidono sul disagio delle persone, ma, come abbondantemente testimoniato dagli intervistati e dalla letteratura sul tema, va aggiunto l'elemento delle condizioni di vita in Italia, che approfondiremo nel prossimo paragrafo.

5.3. Post Migration Living Difficulties

Le Post Migration Living Difficulties (PMLD), su cui ci siamo già soffermati nel primo capitolo, sono sicuramente un elemento che hanno una forte influenza sulla salute psichica delle persone che emigrano in un altro paese. Questo è determinato dal generale abbassamento degli standard della

qualità di vita, da un abbassamento dello status sociale, da problematiche connesse ai documenti, e più in generale da tutti quei fattori che incidono sul benessere dell'individuo. Fra le varie fonti bibliografiche disponibili, il rapporto redatto da Medici Senza Frontiere precedentemente citato, afferma che se ai traumi subiti nell'ambito della migrazione si vanno ad aggiungere atteggiamenti discriminatori subiti una volta arrivati nel paese di approdo e una mancanza generale di opportunità, le probabilità che la persona immigrata diventi più vulnerabile e potenzialmente soggetta a forme di disturbo mentale aumentano¹²⁵. Le PMLD determinano dunque un processo di ritraumatizzazione, che vanno di conseguenza a peggiorare le condizioni già precarie (per i motivi analizzati in precedenza) delle persone immigrate. Diviene dunque di primaria importanza favorire un'accoglienza degna, che permetta a chi emigra di stabilirsi in un nuovo paese che gli riconosca i diritti fondamentali dell'uomo e faciliti il suo inserimento e la sua integrazione nella nuova società in cui l'immigrato ha deciso di costruire una nuova esistenza, o, in molti casi, è stato obbligato (per i motivi più svariati, dalla guerra, alla povertà, a problemi familiari, a disastri ambientali, ecc.) a spostarsi per costruire appunto una nuova vita.

Quanto detto finora ha trovato un grande riscontro nelle parole degli intervistati, i quali hanno sottolineato in diverse forme e riferendosi a diversi aspetti dell'accoglienza in Italia quanto le condizioni di vita dei loro pazienti abbiano un'influenza significativa sul loro stato di salute. Andiamo quindi a vedere dei casi concreti, di cui i narratori hanno parlato in cui le condizioni di vita hanno peggiorato la situazione clinica delle persone interessate. Un primo esempio è quello della famiglia siriana alla quale abbiamo già accennato nel paragrafo precedente:

Vivevano in una casa isolata in campagna e quindi erano molto chiusi in questo stesso nucleo da cui non potevano uscire, muoversi se non attraverso i volontari [...] e questo non poteva che provocargli un malessere fortissimo, e che erano dipendenti da tutto, non avevano nessuna autonomia. [...] Quindi le condizioni in Italia erano sicuramente... deprivanti... aumentavano l'esperienza traumatica della guerra. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Ecco appunto che la psicoterapeuta sottolinea quanto le condizioni di accoglienza, in questo caso legate ad una sistemazione abitativa molto isolata e che rendeva la famiglia totalmente dipendente da operatori dell'accoglienza e altre figure professionali che ruotavano intorno a loro, non permettesse loro di poter sviluppare una propria autonomia, agendo così da fattore ritraumatizzante, che andava ad aggiungersi ad un quadro clinico già compromesso dall'esperienza della guerra, da cui la famiglia era scappata.

¹²⁵ Medici Senza Frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, cit., p. 5.

Anche in un'altra storia raccontata da uno psichiatra di un CSM della provincia di Bologna si nota quanto gli aspetti sociali e la qualità di vita della sua paziente avessero inciso sull'incrementare di un malessere psicologico che sfociava in crisi e in un generale peggioramento dello stato di salute della donna:

Il momento in cui lei si ritrovava nella... nei... in una situazione di vita estrema come dire di male... di sofferenza generale, la nostra interpretazione è che veniva fuori ancora di più l'influenza malefica negativa di spiriti, geen e quant'altro insomma sostanzialmente. (7, psichiatra, CSM)

Anche in questo caso si ripropone la stessa dinamica: al peggiorarsi delle condizioni di vita, si ha un corrispettivo peggioramento delle condizioni di salute. Proseguiamo con un altro esempio, in questo caso più legato a una condizione giuridica:

Proprio tre settimane fa, lui è venuto in uno stato di ansia e di agitazione fortissimo, perché la famiglia che era uscita per andare a fare uno di questi documenti che servivano [per il ricongiungimento familiare], assolutamente di nascosto, quando è tornato a casa in questo luogo segreto hanno trovato la casa sottosopra e quindi la paura è che li abbiano scoperti e quindi hanno dovuto cambiare rifugio, da un'altra parte, nel frattempo che questa domanda venga processata e chissà quanto passa, quindi lui sta in questo momento in cui lui ovviamente... di grande paura per la sua famiglia. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

La psicoterapeuta in questo caso ci racconta di un suo ex paziente che, pur non essendo più in carico al servizio presso cui lei lavora, ha chiesto nuovamente di incontrarla a causa di un avvenimento specifico: come abbiamo appena letto, la famiglia di quest'uomo vive in un nascondiglio nel paese di provenienza di quest'ultimo, in quanto è ricercata da esponenti politici con cui il marito e padre, in Italia da anni, ha avuto gravi problemi. Il fatto che la burocrazia legata al ricongiungimento familiare sia estremamente lunga, oltre alla situazione di pericolo vissuta dalla famiglia, hanno provocato all'uomo uno stato d'ansia tale da rivolgersi ancora una volta a un servizio di psicoterapia. Partendo da questo esempio possiamo passare in rassegna il consistente numero di testimonianze che sottolineano che la questione della documentazione ma in particolare dei documenti (permesso di soggiorno, riconoscimento della protezione internazionale, ecc.) è cruciale per la stragrande maggioranza dei pazienti con cui hanno a che fare.

L'attesa del documento, i tempi biblici dell'attesa della commissione e poi della risposta e poi dell'eventuale ricorso incidono enormemente sulla salute delle persone, (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

C'è tutto il tema dei documenti che è l'altro tema fonda/della certificazione, eh tu vedi veramente che le persone cambiano vita nel momento in cui ottengono lo status oppure non lo ottengono... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

I documenti e in particolare l'attesa per i documenti sono un elemento sensibilissimo, in quanto determinano la vita futura delle persone: respinti o accolti? Questo interrogativo, che convive con migliaia di "stranieri temporaneamente presenti" sul territorio italiano, genera uno stato di

sospensione entro il quale le persone sono obbligate, volenti o nolenti, a rimanere. In particolare i richiedenti asilo vengono sottoposti a lentissime procedure burocratiche, per cui devono aspettare di essere convocati in commissione per poter raccontare la loro storia (abbiamo già visto le diverse criticità collegate ad un racconto estremamente personale e il più delle volte legato a vissuti traumatici), che verrà valutata rigidamente per poi, in un lasso di tempo non noto, ricevere l'esito stabilito sulla base di criteri molto esigenti, fino ad arrivare ad una risposta, che, ha buone probabilità di essere negativa. Si prendano da esempio i dati elaborati dal CIR relativi all'esito delle richieste d'asilo in Italia aggiornati al dicembre 2018: in percentuale il 10% dei richiedenti si è visto riconoscere lo status di rifugiato, il 6% la protezione sussidiaria, il 28% quella umanitaria, l'1% altri tipi di protezione e uno sproporzionato 88% ha subito un diniego¹²⁶. Se si pensa che la protezione umanitaria, la più elargita fra le tre, è stata cancellata dal c.d. decreto sicurezza (l. 132/2018) e sostituita con un permesso per casi speciali molto più restrittivo rispetto ad essa, il panorama italiano si fa ancora più buio. Questa attesa che vede protagonisti i richiedenti asilo e ancor più l'ottenimento o meno di un qualche tipo di permesso di soggiorno, hanno ricadute determinanti sullo stato di salute degli immigrati. Il documento rappresenta infatti la possibilità di vivere regolarmente sul territorio, poter cercare un lavoro, poter avere una casa e poter beneficiare di tutti i diritti (almeno a livello teorico) di cui i cittadini italiani godono.

E... oggi l'ho visto, era molto arrabbiato, agitato, perché da qualche settimana era scaduto il suo permesso di soggiorno e l'appuntamento per rinnovo automatico del suo permesso di soggiorno visto che è un ricorrente è tra qualche settimana, questo tempo in cui gli sembrava di non poter più esistere, perché non ha più un documento, significa che non può andare più a scuola, che non può cercare più il lavoro, che non può girare per strada perché ha paura... perché nelle altre circostanze, negli altri stati in cui girava senza documento, se ti fermava la polizia, il minimo era la tortura. Quindi si riattivano tutte queste paure. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Questo racconto è molto esemplificativo dello stato di sospensione, di annullamento che le persone subiscono sulla base dei documenti in loro possesso: un permesso di soggiorno scaduto può determinare una condizione psicologica di annullamento totale dell'individuo, il non essere riconosciuti dal paese di accoglienza crea una condizione di invisibilità, con ovvie ricadute anche sulla psiche. Nel caso narrato, la scadenza del permesso di soggiorno, pur avendo un rinnovo sicuro nell'arco di qualche settimana, oltre alle difficoltà pratiche che comporta, ha un effetto ritraumatizzante nei confronti del suo possessore, che rivive infatti periodi del suo passato in cui l'assenza di un documento poteva significare l'essere sottoposti a torture.

Abbiamo inoltre testimonianza del fatto che l'ottenimento o il non ottenimento del documento ha ricadute ben visibili sullo stato di salute degli individui, in particolare di coloro che partivano già da

¹²⁶ CIR Rifugiati, *Scheda dati asilo e immigrazione. Elaborazione delle statistiche su asilo e immigrazione*, 2018

condizioni di fragilità, in quanto già all'interno di una presa in carico terapeutica volta a sostenere situazioni di difficoltà psichica. Vari intervistati sottolineano che i loro pazienti hanno ricadute nel caso in cui la richiesta dei documenti abbia esito negativo, mentre stanno visibilmente meglio nel caso in cui ottengano invece i documenti.

Ha fatto richiesta di asilo, poi è stata respinta, adesso ha fatto ricorso... quindi probabilmente nella prima... nella prima richiesta non era stata motivata bene la... presentava bene la sua storia, tanto perché... non c'era stata una raccolta del... della... degli avvenimenti storica, diciamo, politica, del... geopolitica insomma di quello che avviene in quel territorio, quindi questo aveva condizionato il giu... probabilmente aveva condizionato il giudice della commissione, e... e quindi questo aveva... lui l'aveva precipitato in uno stato di depressione, di sospensione quanto meno... forte... (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Queste sono giornate particolarmente difficili, perché poi tipicamente... anche se il paziente stava meglio in queste situazioni [diniego della richiesta d'asilo] i sintomi ricompaiono e ricompaiono peggio di prima... e quindi insomma diventa complessa... (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

[...] I titoli di soggiorno che sono provvisori, la sospensione rispetto al riconoscimento del... dell'asilo politico che tutt'ora è in forse, quindi sono tutti fattori che poi condizionano la salute, noi vediamo che quando poi le persone preempio i richiedenti asilo che hanno il riconoscimento poi dello status, nel momento in cui hanno il riconoscimento dello status di rifugiato, per esempio hanno un salto... fanno un salto di salute! La loro salute migliora sensibilmente, quindi l'aspetto depressivo per esempio laddove c'è... migliora in maniera visibile. E quindi le condizioni giuridiche, sociali, economiche, le condizioni di vita, quando uno trova lavoro, riesce a guadagnare, a mandare i soldi a casa, sta meglio... (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Quanto letto finora fa riflettere sulla responsabilità che legislatori e politici hanno sulla salute di coloro che cercano di ricostruire la propria esistenza in un nuovo paese, che sia l'Italia o che sia qualsiasi altro stato. L'impressione è però che la salute mentale di coloro che emigrano non venga minimamente presa in considerazione, né prima dell'ottenimento dei documenti, né dopo il loro riconoscimento o rifiuto. La vita degli immigrati sembra costellata di burocrazia che rischia di andare a peggiorare le condizioni cliniche, in quanto totalmente razionale e priva di quella sensibilità che sarebbe necessaria in quei casi in cui le persone hanno già subito gravi danni alla loro persona. Vediamo ora un esempio emblematico:

Quando un paziente... iraniano era, sì mi sembra, insomma aveva perso un occhio e una gamba per... in un'esplosione di una bomba al mercato nel suo paese, nella sua città di provenienza, e... quindi aveva trovato varie difficoltà nel sistema di accoglienza, poi... gli era stato suggerito di fare richiesta di invalidità civile, e... e questo è tornato da me arrabbiatissimo, perché... in commissione per l'invalidità, lui si era presentato senza certificati, insomma, e... la commissione... o con un certificato del medico, insomma la commissione gli aveva chiesto di esibire un certificato dell'oculista e un certificato dell'ortopedico che certificassero la... la sua condizione, lui si è tolto l'occhio che c'aveva, l'ha messo sul tavolo, si è tolto la protesi, ha fatto vedere, questo non è bastato alla commissione, che ha insistito per avere una certificazione, quindi lui era... non so come ha reagito, insomma era un carattere, insomma abbastanza irascibile... e, è riuscito a contenere la sua reazione in quel contesto, però insomma era... veramente furente perché diceva... "Come è possibile?" Quindi dove...e questo può capitare anche ovviamente a... un cittadino italiano... però dove la... alcuni aspetti mi colpiva di questo come alcuni aspetti burocratici e amministrativi possano veramente infliggere nuove torture, diciamo (sorridente), alle persone. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Un episodio del genere, pur essendo potuto succedere anche a un cittadino italiano, come sottolineato dall'intervistato, nel caso in questione ha sortito un effetto ancora più drammatico, in quanto quell'handicap fisico era legato ad un evento altamente traumatico (un'esplosione di una bomba), che viene in questo modo rianimato e rivissuto. A ciò si aggiunge però una percezione del trattamento ancora più ingiusta in quanto agito da chi in quel momento rappresenta lo stato sicuro che la persona ha scelto per vivere. Se si applica l'analisi della continuità della trama psichica, come proposto dallo psichiatra e antropologo Paolo Cianconi, la quale consiste in una valutazione specifica del trauma sulla base di quando questo è avvenuto (utilizzando un'ottica topografica si parla di: fase pre-migratoria, migratoria o post-migratoria), si può sostenere che l'entità del danno non sia la stessa: se il trauma avviene nell'ultima fase, quindi nel paese di arrivo come nel caso specifico qui analizzato, le conseguenze saranno molto più pesanti in quanto l'assetto mentale dell'individuo, che si considera al sicuro, sarà di tipo ricostruttivo. Ciò implica che la percezione del danno sarà enfatizzata e vissuta in maniera estremamente negativa, poiché appunto la persona (e la sua mente) si pensava già in un ambiente sicuro, dato che viene smentito dall'essere nuovamente sottoposto a un trauma inaspettato¹²⁷.

I documenti non sono però l'unico elemento influente sulle condizioni di vita in Italia della fascia di popolazione oggetto di questa ricerca, un altro aspetto significativo è l'accoglienza in strutture afferenti ai progetti di accoglienza per migranti erogati dallo stato italiano. Nonostante non tutti i pazienti degli intervistati rientrino nel target di utenza delle strutture di accoglienza, si è potuto constatare, analizzando le testimonianze raccolte, che l'argomento risulti comunque piuttosto rilevante nella percezione degli intervistati, e che venga più volte citato come elemento che ha una grande valenza (sia in positivo sia in negativo) nella vita delle persone di cui si occupano.

Fra gli intervistati c'è stato chi ha sottolineato particolarmente gli aspetti negativi che lo stare in accoglienza comporta, vediamo alcuni:

Può incidere tanto l'accoglienza perché... proprio nel... anche per come è strutturata l'accoglienza, ma... pur essendo magari accoglienze che magari riescono a fare le cose migliori possibili, ma per come è strutturata... può costituire per molte persone un aspetto regressivo, c'è... la persona che è abituata all'autonomia, che viene... sta in un centro dove di autonomia ce ne ha poca, dove gli viene preparato da mangiare e non se lo fa da solo, dove... ci sono delle persone che hanno... dorme insieme ad altri... insomma tutte cose che... aspetti comunitari ovvi, magari per noi, ma che costituiscono... protratti per molto tempo... possono costituire degli elementi anche di regressione. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Non possiamo riprodurre [all'interno del servizio di psicoterapia] quella cosa traumatica, quella cosa pazzesca, che loro hanno vissuto e che purtroppo il nostro sistema di accoglienza riproduce poi costantemente, cioè tu non sei più titolare delle scelte della tua vita, c'è qualcosa di più forte, di più potente di te che lo decide per te. E tu puoi solo seguirle. Quindi ciò che è accaduto nella loro vita e che

¹²⁷ Cianconi P., *Le chiavi dell'orizzonte circolare*, Territori Mutazione Psicopatologia, Roma, 2015, p. 287.

ha generato il motivo dello spostamento, del viaggio, del trauma, eccetera, si riproduce adesso nell'accoglienza. Loro hanno già provato a costruire nella loro vita delle cose, ma all'improvviso qualcosa di molto grande di più potente di loro è arrivato e l'ha rotto. Loro hanno riprovato a costruirlo, ma glielo hanno rotto di nuovo, e così via. Adesso arrivano qua, fanno dei percorsi più o meno strutturati, di accoglienza, iniziano a costruire delle cose e poi magari arriva la decisione di un ente che neanche sanno cosa sia, più forte, più potente, che dice bene, il tuo percorso qui è finito, adesso devi andare lì e riprendere. Senza... mai l'idea che sia davvero arrivato il momento in cui possono costruire qualcosa nella loro vita. Questo è... la condizione più brutta che noi riproduciamo con l'accoglienza, secondo me, perché è quella che non permette di ristrutturare quella parte umana necessaria, che ha idea che fare qualcosa oggi serva a costruire qualcosa per.. per domani. Perché dovrei continuare a credere di costruire, perché dovrei continuare a credere a chi mi dice "Certo, vai a scuola, fai la formazione, inizia il... il tirocinio"... Perché? Se poi arriva qualcosa dall'alto e dice "Adesso basta, cambia, vai via", quindi cambio luogo, interrompo le relazioni, interrompo la sensazione di sicurezza con i contesti, con le persone, con i luoghi, con me stesso, e devo ricominciare. è una cosa pazzesca. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Quello che gli è accaduto e... alla difficoltà di stare dentro all'accoglienza, perché naturalmente c'è anche tutto un aspetto sociale politico poi dello stare in accoglienza in Italia, che c'è questa ambiguità che da un lato è un'accoglienza dall'altro è una prigionia fondamentalmente, con tutta una serie di problemi. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Le tre testimonianze, seppur con sfumature diverse, evidenziano in realtà uno stesso nucleo problematico: la perdita di autonomia e di capacità di decidere sulla propria vita connessi all'essere inseriti all'interno del sistema di accoglienza. Se nel primo caso l'intervistato evidenzia questioni di tipo pratico, come l'impossibilità di cucinare il cibo che si vuole, l'essere obbligati a vivere con persone sconosciute e a condividere gli spazi; il secondo e il terzo affrontano l'argomento sottolineando aspetti più politici: chi entra in accoglienza non è più titolare della propria vita, le decisioni su dove vivere, che progetto perseguire, non sono più nelle loro mani, ma in quelle di un'entità più grande, che, come viene affermato dallo psicoterapeuta di Approdi, spesso i diretti intervistati non conoscono né comprendono. Il sistema diviene dunque estremamente alienante e non permette alle persone di sentirsi definitivamente "a casa", lasciandole invece costrette a rimanere in sospeso, a sottomettersi a regole e decisioni di tipo contenitivo e spesso strumentali alla gestione di un grande numero di persone in spazi inadeguati e con personale non sufficiente numericamente, oltre che, in molti casi, privo di formazione. Un'ulteriore riflessione viene portata da un intervistato che, a partire dalla situazione politica attuale, evidenzia le conseguenze negative che le modifiche apportate dal c.d. decreto sicurezza (l. 132/2018) hanno avuto anche sulla salute delle persone immigrate:

Noi anche leggendo questo cambiamento dell'accoglienza della legge Salvini, abbiamo definito una legge patogena perché non agisce sul piano dell'assistenza sanitaria perché non toglie i diritti quindi dal punto di vista sanitario... [...] proprio aver modificato una serie di parametri legati all'accoglienza, quindi ridotto gli operatori, tolto delle professionalità agli operatori, spostati i richiedenti asilo solamente nei CAS, non più negli SPRAR, mischiando negli SPRAR delle... tipologie di persone che sono profondamente diverse... tra l'altro anche con i minori... insomma, riteniamo avendo fatto una serie di azioni avendo tolto la residenza per l'iscrizione dei richiedenti asilo quindi si è vero che sulla sanità possono accedere ma non possono accedere ad altri servizi... insomma in tutto questo noi l'abbiamo definita una legge patogena... cioè produce malattia perché agisce su quei determinanti che poi possono essere positivi per la salute o negativi quindi l'accoglienza sicuramente è un determinante per la salute delle persone fisica ma soprattutto mentale. Ma già prima era critica eh? Era critica nel momento in cui tu parcheggiavi delle persone in posti senza far fare nulla, cioè senza una progettualità. Questo soprattutto

nei CAS, negli SPRAR non era così. E nei CAS tu vedevi che alcuni CAS erano virtuosi proprio perché c'era una progettualità sulle persone, altri CAS meno virtuosi perché si limitavano a fare quello che hanno in titolato, ti accorgevi veramente della differenza e il paradosso è che le persone accolte nei CAS meno virtuosi non ti arrivavano nemmeno perché non c'erano quegli operatori in grado di cogliere i sintomi magari arrivavano se c'erano situazioni di aggressione, di irritabilità e andavano a finire al pronto soccorso e dopo ripetute azioni al pronto soccorso veniva segnalato. E quindi la correlazione è chiarissima tra accoglienza e salute. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Si può quindi dedurre da queste parole che bisognerebbe tornare a dare valore alla qualità dell'accoglienza, elemento imprescindibile perché le persone possano vivere in ambienti dignitosi, all'interno dei quali ci sia disponibilità di strumenti che permettano di costruire progetti, percorsi positivi e che non siano invece dei "parcheggi", termine molto evocativo usato dall'intervistato che esemplifica molto chiaramente le condizioni di accoglienza all'interno di certe strutture.

Vi sono però stati intervistati che hanno evidenziato anche aspetti più neutrali legati all'accoglienza, o che hanno sottolineato l'influenza che questa può avere in positivo o in negativo che sia:

L'accoglienza fa tantissimo, fa tantissimo, perché insomma, le persone arrivano per... anche lì di che migrazione parliamo? Però le migrazioni che sono nell'accoglienza generalmente hanno degli iter molto complessi dietro, no oggi, le migrazioni di oggi. Quelli che arrivano nell'accoglienza arrivano con viaggi, insomma molto... disastriati fondamentalmente vengono da situazioni disastrose. L'accoglienza fa tanto, perché le persone che arrivano possono essere confuse, possono essere... persecutorie, possono essere angosciate, hanno un sacco di politraumaticità, un autore parla di micro-traumatismo quotidiano, già nelle situazioni migratorie più o meno normali, in quelle che arrivano da situazioni dell'accoglienza, che hanno... che ne so... che hanno transitato dopo due anni dalla Libia, o che vengono dai paesi della guerra, c'hanno dei traumi dentro mostruosi, o che arrivano dai percorsi della tratta... hanno dei traumi enormi, e arrivano confuse, arrivano piene di caoticità, arrivano anche piene di richieste magari, no come se adesso arrivo qua e devo avere questo e devo avere quell'altro... gli immaginari, l'accoglienza fa tantissimo, perché come io posso un po' accogliere, significare queste cose è molto importante, preempio nel caso di quella famiglia siriana, c'è... si era scatenata una grossa conflittualità anche con gli operatori, loro non si sentivano... sostenuti nella loro possibilità di... di essere più autonomi, certo quegli operatori dicevano... avevano fatto il massimo che potevano fare... avevano sistemato tutte... probabilmente anche lì non potevano fare più di tanto non riuscivano a fare però poi magari si entra in dei climi in cui gli operatori trattano gli altri, un po' li vogliono educare, in un certo modo, chi è lì non vuole essere educato ma vuole essere visto, è molto complesso, però l'accoglienza secondo me c'entra molto. C'entra molto con come stanno le persone, c'entra molto come stanno le persone in bene o in male. Può dipendere, perché una buona... sa, per carità gli operatori erano stati sensibilissimi, avevano speso tempo, soldi per poter anche affrontare i loro problemi psichici, i loro problemi di disagio familiare, di disagio familiare, e... poi insomma, penso che poi nel tempo hanno trovato... maggiore... comunque c'entra. E secondo me come, così... ci vuole una formazione degli operatori. Questa è la prima cosa, oltre che un sistema per l'accoglienza. Una cosa è come funziona l'accoglienza, però ci vuole una formazione degli operatori. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Da quanto afferma la psicoterapeuta si evincono almeno due ordini di pensiero: in primo luogo l'accoglienza ha un'influenza sulla vita delle persone e per questo deve essere capace di prendersi carico delle storie degli utenti che ospita, accogliere, appunto, non solo le persone fisiche ma anche le loro problematiche, i loro vissuti, le loro necessità. In secondo luogo gli operatori devono essere figure formate per poter riuscire in un lavoro così delicato, che ha a che fare con persone e non con oggetti, senza pretendere di voler educare nessuno ma piuttosto di offrire sostegno, competenze e strumenti per favorire l'inserimento nel contesto di approdo.

Ora ti parlo non tanto come psicologa, ma perché ho visto tante strutture, ci sono strutture che si focalizzano molto sulla relazione e quindi... tendono a... a far sentire quella persona come una persona importante, non come un migrante, un immigrato, che è qui che ti sta rubando qualcosa, ci sono altre strutture, ti giuro che le ho viste, dove sei un numero... e... non si ricordano neanche come ti chiami... e quindi ovviamente... i livelli di aggressività, i livelli di fiducia, non c'è fiducia di base, non... e... qualunque piccolo no, che potrebbe essere gestibile in un altro posto, ovviamente in quelle strutture diventa... un... una giustificazione ad un livello di violenza incontrollata. E quindi... per entrare in relazione significa che tu entri in relazione e quindi... non sei più l'operatore, ma sei una persona che entra in relazione con un'altra, a prescindere dal colore della pelle oppure dal ruolo, operatore, utente... per entrare non lo puoi fare per finta. Nelle strutture dove c'è questo tipo di rapporto... e... la persona ti riconosce come una per... non una persona che lavora, ma come una persona significativa, e quindi quella diventa la sua casa. Se non ti vede come una persona significativa, quella resterà comunque una struttura... e se è una struttura... se non è personalizzata, se non è il tuo luogo in cui ritorni la... c'è il luogo in cui andare a dormire ma non è il tuo luogo, la tua casa... ovviamente i disturbi secondo me si amplificano. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

La posizione di questa psicoterapeuta, che offre il suo punto di vista soprattutto sulla base delle sue personali esperienze come operatrice, si indirizza particolarmente sul versante relazionale, che ritiene di fondamentale importanza per permettere a chi vive nelle strutture di accoglienza di sentirsi in un luogo davvero proprio e non in un posto asettico e privo di valore. Sentirsi “a casa” permetterebbe infatti una maggiore stabilità e serenità anche dal punto di vista psicologico.

In conclusione, da quanto si evince nelle pagine precedenti, non è possibile circoscrivere gli ipotetici fattori che influiscono sulle possibili cause della relazione tra sofferenza psichica e immigrazione ad un singolo ambito, bensì a una multifattorialità complessa e composta da una moltitudine di elementi in costante interazione fra loro. Per poter analizzare appieno tale fenomeno, è perciò necessario non focalizzarsi solo su determinati aspetti, tralasciandone altri, ma considerare la questione nella sua totalità, avendo ben chiara la continua relazione tra tutti i fattori che la compongono. In questo elaborato, vista la grande quantità di elementi da considerare, è stato deciso di porre il focus soltanto su quelli che sono comparsi maggiormente all'interno delle interviste, ovvero, come abbiamo visto in questo capitolo, la correlazione che intercorre fra disturbi psichici e trauma, cultura e condizioni di vita nel paese di arrivo.

Nel prossimo capitolo analizzeremo quanto delle problematiche a cui abbiamo fatto riferimento sinora vengono presi in carico e in che forma.

6. La presa in carico

Come abbiamo avuto modo di vedere nei precedenti capitoli, il tema del disagio psichico, nelle sue forme più variegata, è una realtà molto attuale e piuttosto presente, tanto da prevedere dei percorsi di presa in carico appositi che permettano un trattamento adeguato di queste situazioni ad alta complessità associate ad un'estrema delicatezza. Il tema della formazione, come abbiamo visto nel quarto capitolo, è infatti un argomento cruciale e allo stesso tempo non è scontato che ci sia la possibilità che una persona immigrata, spesso vittima di traumi, venga seguita da persone con competenze adeguate in ambito transculturale.

Un tema altrettanto scottante è la diffusione dei servizi di questo genere, che possono essere di diverse tipologie: privati, pubblici, ad hoc o disponibili trasversalmente all'interno di altri tipi di servizi, grazie appunto a degli approcci più aperti e capaci di dare ascolto anche a situazioni complesse e articolate. La ricerca oggetto di questo elaborato si è dunque posta fra i suoi obiettivi quello di andare a sondare che tipo di presa in carico è disponibile nel territorio di Bologna, in che entità e con quale organizzazione. Nei prossimi paragrafi sarà dunque realizzato un approfondimento sulla base di quanto emerso dai racconti degli intervistati, che offriranno così degli spunti per andare a riflettere sulle caratteristiche della presa in carico e di tutti quegli elementi che la contraddistinguono. Passeremo quindi in rassegna le diverse modalità di presa in carico all'interno dei servizi che hanno aderito a questa ricerca, favorendo così un confronto fra somiglianze e differenze che caratterizzano i vari percorsi. Concluderemo inoltre con un focus sulla realtà romana, Ferite Invisibili, i cui membri hanno partecipato alla ricerca in veste di testimoni privilegiati, in quanto lavorano da ormai molti anni su questa specifica tematica.

6.1. Servizi di presa in carico

6.1.1. Progetto Approdi

Come abbiamo in parte già visto, il Progetto Approdi si avvale di una modalità molto specifica di presa in carico dei propri pazienti. Vediamola attraverso le parole dello psicoterapeuta intervistato, per poi sottolinearne alcuni aspetti:

E noi seguiamo quella che è una procedura... più o meno standardizzata, che è la presa in carico, e che segue delle fasi, e per superare questa fase di grosso allarme, di grossa difficoltà, operiamo quella che è una fase di... cosiddetta di stabilizzazione o meglio, di riduzione della sensazione di insicurezza, cioè dobbiamo amplificare la sensazione di essere al sicuro in queste persone, noi ci lavoriamo chiaramente in un setting che è quello psicologico, ma ci preoccupiamo poi che questa cosa sia amplificata, espressa, e creata anche all'esterno quindi lavoriamo sempre in stretto contatto prima, durante e dopo ogni percorso con tutti gli operatori, sia dell'accoglienza che della cura della persona che abbiamo in carico e costruiamo intorno alla persona che abbiamo in carico una rete di attività, di incontri e di servizi, che devono amplificare quel senso di sicurezza. Volontari che si occupano per loro e con loro dell'italiano,

che possano prendere con loro un the, che possa... che possano fare con loro una passeggiata, che li possano accompagnare in alcuni luoghi a fare sport. Tutte queste attività servono a dare a loro, questo senso di sicurezza, del luogo, del contesto, dell'altro, e poi l'utilizzo del... del corpo, lo sport o altre pratiche, perché il corpo è l'agente più potente che può dire... alla persona sono vivo. Sono al sicuro, e sto facendo qualcosa in estrema libertà, sono libero. [...] Dopodiché c'è la seconda fase che noi utilizziamo che è quella narrativa ed elaborativa dell'esperienza e della propria vita, del percorso migratorio, e per questo utilizziamo delle immagini, perché sappiamo anche che la condizione... che loro vivono è quella di rivivere nel corpo, nella mente, nelle emozioni, tutto ciò che hanno vissuto durante il loro percorso migratorio, quindi spesso violenza, ma non avendo una memoria episodica spesso di quegli eventi, non sanno questa cosa da dove viene, quindi all'improvviso la risentono, perché ci sono degli stimoli interni ed esterni che la riattivano, ma non sanno collocarla nel tempo e nello spazio, e quindi è come se questa cosa non passasse mai e continuamente si impossessasse di loro. Grazie all'immagine e alla costruzione della loro vita per immagini, loro riescono... a... mettere, connotare, collocare quelle emozioni, quelle sensazioni, del corpo, della mente... in un'immagine, questo però ci permette anche di collocarla nel tempo e nello spazio, quindi di poter dire ciò che sto sentendo ora non sta accadendo ora, è qualcosa che è accaduto nella mia vita, ma non sta accadendo ora, e questo è già un passaggio enorme. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

L'approccio utilizzato, già solo per quanto riguarda l'organizzazione pratica, è carico di significati e fa riferimento a un sistema teorico specifico. È da specificare che la maggior parte dei loro pazienti sono stati vittime di traumi che l'intervistato ha definito estremi. Il punto di partenza è dunque che coloro che hanno subito traumi di questo tipo necessitano di un percorso che favorisca una loro stabilizzazione, psicologica ma anche pratica, che permetta loro di entrare in una nuova fase della loro esistenza in cui possano sentirsi sicuri di ciò e di chi li circonda, condizione imprescindibile per poter passare in seguito ad una fase in cui il disagio psichico che li tormenta possa essere trattato e, possibilmente, risolto. È quindi molto indicativo che la prima fase della terapia venga realizzata in realtà principalmente al di fuori del setting prettamente terapeutico: le azioni realizzate dai volontari che collaborano con l'associazione sono di primaria importanza, in quanto permettono al paziente di svolgere attività nel territorio che facilitino una sensazione di sicurezza e presa di coscienza del fatto che, nell'ambiente in cui si trovano, non corrono alcun tipo di pericolo. La realizzazione di piccole attività, la condivisione di momenti anche legati alla quotidianità, assumono quindi un valore che ha grandi influenze sulla salute psicologica dell'individuo. Solo quando gli psicoterapeuti ritengono che la stabilizzazione sia avvenuta è dunque possibile passare a una seconda fase che, utilizzando una tecnica specifica di narrazione per immagini, già vista nel quarto capitolo, si pone come obiettivo la collocazione nello spazio e nel tempo degli eventi traumatici subiti in passato in modo da permettere al paziente di riconoscere che quell'evento, quegli eventi o quel lasso di tempo sono conclusi e, rielaborando i traumi nella maniera corretta, è possibile distanziarsi da essi e interrompere quel processo che ha portato allo scatenarsi di disturbi psichici e all'alterazione della vita di coloro che ne soffrono. L'intervistato continua sottolineando le strategie adottate:

Quindi serve un intervento specifico, a lungo termine, lento, con persone che sanno cosa stanno facendo e su cosa stanno lavorando. La cosa che noi facciamo nello specifico di Approdi, è che noi prendiamo in carico le persone costruendo tutto... questo apparato di cui abbiamo parlato prima, quindi la relazione con

gli operatori, con tutte le figure di riferimento, anche se ci sono dei volontari che li incontrano, anche se c'è una famiglia che li accoglie, anche con il medico, anche con... chiunque abbia in cura lui, anche con l'insegnante di lingua. Tutto ciò che possiamo usare come canale per rinforzare la sensazione di sicurezza noi la utilizziamo. E poi lavoriamo tutti insieme. La differenza dalle altre prese in carico, cioè quelle per esempio del servizio pubblico, o di altri servizi, è che a noi non interessa nulla cosa cambia nella vita della persona burocraticamente, c'è può cambiare progetto, può uscire dal progetto, può cambiare luogo, può cambiare ente di accoglienza, quindi tutto quello che è o può essere lo stallo burocratico noi non lo seguiamo più, una volta che lo prendiamo in carico lo seguiamo per tutto il periodo necessario, non interrompiamo mai il percorso per questioni burocratiche, e non ci interessa neanche che ci sia la possibilità di una convenzione con l'ente per un rimborso spese o altro, c'è noi una volta che lo prendiamo in carico continuiamo, per esempio abbiamo prese in carico di più di tre anni, che quindi hanno iniziato in un progetto, in un ente, in un luogo e hanno già avuto tre cambiamenti. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Sulla base di quanto letto, sono da evidenziare almeno due aspetti: il primo è il lavoro di rete, promosso e valorizzato come strumento per ottenere risultati migliori e una presa in carico più efficace. Vi è quindi la consapevolezza che per andare nella direzione di una ipotetica guarigione, il lavoro di psicoterapia non sia sufficiente. È invece fondamentale che quel lavoro, pur importantissimo, venga sostenuto e protratto in tutti gli altri ambienti che il paziente frequenta, per quanto possibile. Il secondo elemento è invece quello relativo alla durata della presa in carico, che si caratterizza per la sua lunghezza e continuità. Anche in questo caso infatti dietro alla scelta di non "abbandonare" un paziente nel caso questo cambiasse ente di accoglienza, condizione giuridica o qualsiasi altro aspetto legato alla burocrazia, ha delle ricadute terapeutiche importanti: le interruzioni del percorso potrebbero essere vissute come una nuova forma di traumatizzazione. Viene inoltre data un'indicazione temporale sulla durata della presa in carico che può arrivare sino ai tre anni. L'intervistato sottolinea infine i passaggi formali da seguire per prendere in carico il paziente:

I vari passaggi quelli formali sono che gli operatori possono segnalarci un caso, e lo fanno attraverso o una scheda precompilata che diamo loro attraverso delle informazioni, dopodiché noi in équipe vediamo questa segnalazione, fissiamo un appuntamento prima con gli operatori, solo gli operatori, sentiamo da loro la narrazione di questo caso, facciamo delle domande dove ci serve da approfondire eccetera, poi stabiliamo con loro quello che noi pensiamo di poter fare, invitiamo poi a dare un appuntamento al ragazzo, dicendo... o alla ragazza, abbiamo anche molte donne chiaramente, "C'è una persona, o ci sono delle persone, o c'è un gruppo - dipende da cosa scegliamo di fare - che può aiutarti a stare meglio", partendo da una risposta a un suo bisogno: non dormo, non mangio, ho paura, non riesco ad imparare la lingua, perché la mente è troppo occupata in altro, "Che può aiutarti a stare meglio, può insegnarti come fare per stare meglio. Sono persone che si occupano di questo, tu puoi andare lì, fare un solo incontro con loro, in cui tu spieghi magari qual è il tuo bisogno, loro ti dicono che cosa possono fare per te per aiutarti, e tu decidi se continuare o meno. In ogni momento del percorso sei libero, sei tu che decidi se ti è utile o meno, puoi decidere di fermarti e fai un incontro con loro in cui spieghi il perché e loro ti dicono cosa è utile che porti via, ma sei tu padrone del percorso della tua vita". Gli operatori diranno questo a loro "Vai al primo incontro, tu puoi decidere se continuare o meno, in qualsiasi momento del percorso sei libero di dire fermiamoci qui o no". Ti possono aiutare a capire come stare meglio. Facciamo un primo incontro con lui, di solito gli spieghiamo cosa facciamo e cosa pensiamo di poter fare insieme per aiutarlo a stare meglio, e dopodiché di solito iniziano i nostri percorsi. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Da quanto affermato, emerge un'enorme collaborazione con gli operatori delle strutture di accoglienza, che permettono di fare da intermediari fra l'ipotetico paziente e il servizio. Gli

psicoterapeuti quindi, oltre ad incontrare gli operatori per avere informazioni sulla persona segnalata, puntano a passare loro un metodo di azione: saranno i primi a facilitare il lavoro terapeutico riuscendo a fornire delle basi di partenza su cui impostare il percorso di guarigione o stabilizzazione. Un esempio è il fatto che venga molto sottolineato il fatto che debba essere passato il messaggio che è il paziente a dover decidere se iniziare il percorso e strada facendo decidere se proseguirlo, in quanto titolare della propria vita.

Si evince inoltre da quanto raccontato che il principale target di utenza sia rappresentato da immigrati che abitano in accoglienza, e che quindi giungono in associazione tramite le segnalazioni di chi lavora al loro interno e si occupa di favorire un inserimento positivo di queste persone nel paese di emigrazione.

6.1.2. Servizio di consultazione culturale – Progetto Start-ER 2

Lo psicoterapeuta intervistato lavora presso un servizio pubblico, capitanato da ASP Città di Bologna, ovvero il Servizio di consultazione culturale, che lavora però in strettissima collaborazione con il Progetto Start-ER 2, da cui è nato. La presa in carico è piuttosto articolata, e varia sulla base della situazione incontrata:

Di base il nostro servizio è diventato il servizio di valutazione, c'è tutte le segnalazioni arrivano a noi, noi vediamo i casi un minimo di tre volte, facciamo una mini-diagnosi o comunque cerchiamo di impostare il lavoro e dopodiché due volte al mese abbiamo una riunione Start-ER dove partecipano le figure di Start-ER che sono ehm... uno, due, tre, quattro psichiatri che sono stati scelti sul territorio, che hanno un tot di ore e che si occupano di... e quindi la riunione partecipano questi quattro psichiatri, uno che fa riferimento sempre alla marginalità e tre invece che lavorano nei servizi territoriali; un'educatrice psichiatrica; un'infermiera psichiatrica; gli antropologi e adesso dovrebbero arrivare anche degli psicologi che ancora non sono stati diciamo così assegnati. E l'idea dovrebbe essere che dopo la nostra valutazione in riunione si discutono questi casi e insieme si decide un progetto terapeutico che può essere quello di ehm... avere a che fare con la salute mentale territoriale, oppure, avere bisogno di un supporto educativo, piuttosto... insomma... quello che poi il progetto terapeutico prevede. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Vi è dunque una prima breve fase di valutazione del paziente, su cui aggiungeremo maggiori dettagli a breve, seguita da un momento di confronto in un'équipe allargata e che permette dunque di poter proseguire una valutazione, realizzata da figure professionali distinte e che quindi possono prendere in considerazione aspetti diversi della situazione presentata. Come si può evincere da questo estratto di intervista, non è sistematico il fatto che il progetto terapeutico assuma le forme della psicoterapia, ma ci sono anche casi in cui si ritiene più utile offrire un diverso tipo di supporto all'utente. Approfondiamo ora la fase della valutazione, a partire dal racconto di un caso clinico specifico:

Allora quello che non ho visto oggi è andata così, che tendenzialmente dovrebbe essere che allora l'operatore della seconda accoglienza vede qualcosa che... vede che c'è una difficoltà, dovrebbe parlarne

con il responsabile, e insieme compilare una scheda di segnalazione che è stata costruita insieme a... insomma che è standardizzata, ok? Questa scheda di segnalazione va inviata a una mail, che è la mail di Start-ER 2 e lì c'è qualcuno che fa una prima analisi della domanda, dopodiché se la domanda in qualche modo ha i criteri per accedere a Start-ER, viene inviata a noi, sulla nostra mail del servizio e noi diamo un appuntamento. E dovrebbe essere che l'appuntamento però finché non viene confermato non... non viene segnato in agenda, perché aspettiamo conferma. Allora questa domanda è stata fatta, ma non è mai arrivata la conferma, quindi in agenda non c'era. Allora è stato anche un caso un po' strano, un giovedì mattina, solitamente lavoriamo al giovedì mattina, si presentano tre persone alle nove del mattino. Allora una è la persona che dobbiamo vedere, l'altro è il mediatore, e chi è questo terzo? (risata) Allora sospetto che abbia sbagliato posto, nel senso che siccome lì noi abbiamo diciamo così lavoriamo più o meno nella stessa struttura, però da una parte c'è il servizio, dall'altra c'è la stanza con gli assistenti sociali, allora gli chiedo con chi ha appuntamento, lui mi fa vedere un biglietto e c'è il mio nome (risata) c'è qualcosa che non va... Allora niente, lo vedo da solo, perché gli altri devono vedere l'altra persona che... insomma, che era alla stessa ora. E quindi lo incontro io. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Raccontando di un paziente che lo psicoterapeuta ha in carico e che il giorno dell'intervista non si era presentato all'appuntamento, possiamo cogliere alcuni aspetti pratici legati al percorso di presa in carico: in primo luogo si può sottolineare il fatto che, pur essendo un servizio creato all'interno del settore pubblico, si rivolge comunque a una fascia molto specifica della popolazione, ovvero persone immigrate utenti della seconda accoglienza (SPRAR/SIPROIMI o CAS); in secondo luogo si ha una doppia "selezione" di coloro che potranno usufruire del servizio, in quanto la prima valutazione viene realizzata da Start-ER 2, la seconda dallo psicoterapeuta intervistato, a nome del Servizio di consultazione culturale. Da ciò si potrebbe dedurre che vi sia un grande numero di segnalazioni realizzate dai centri di accoglienza, ma anche il tentativo da parte dei servizi di incanalare le richieste nel miglior modo possibile, indirizzandole verso il progetto più appropriato. L'offerta non si ferma però alla breve valutazione iniziale, ma prosegue con un percorso, se considerato necessario, di presa in carico psicoterapeutica:

Tendenzialmente... dovrebbe essere appunto i tre incontri di valutazione e poi sulla base di quello decidere cosa fare, però, questo progetto [Start-ER 2], rispetto a Start-ER 1 è stato anche pensato con l'idea di fornire un supporto psicologico, comunque con una terapia continuativa, che prima non c'era, prima c'era soltanto, diciamo così la valutazione l'impostazione e basta, mentre invece, adesso sono state previste le ore proprio, per dei supporti psicologici, e più figure! Perché appunto ci sono io, c'è un'altra psicologa che viene da Casper, c'è un'altra psicologa che viene da un altro progetto che viene da I Care che si occupa espressamente di donne che hanno avuto problemi di mutilazione... c'è... e poi c'è Start-ER che dovrebbe fornire altri due psicologi... insomma è stata pensata proprio questa cosa, rispetto invece al primo Start-ER che era più diciamo così sull'urgenza e l'inserimento sul territorio, ma non era stato pensato un supporto, mentre invece qui, c'è più disponibilità ecco, c'è più possibilità. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Emerge quindi un'evoluzione da una prima edizione del progetto alla seconda, che, a partire dalle carenze emerse da Start-ER 1, ha cercato di adattare la propria proposta ai profili di utenza incontrati in precedenza, ritenendo quindi necessaria l'offerta non solo di un mini percorso valutativo e indirizzamento verso altri servizi ma anche di un vero e proprio percorso di presa in carico terapeutica.

Si segnala infine un dettaglio emerso dal racconto dell'intervistato, che assume però una grande importanza dal punto di vista clinico:

Poi dopo... abbiamo scritto una relazione perché tendenzialmente... un diario clinico proprio per ricordarci, cercando di segnare le cose, non scriviamo mai durante gli incontri, per una questione di rispetto, e... e quindi tendenzialmente scriviamo dopo ma siamo facilitati perché lavorando sempre in gruppo, in due o tre, uno ricorda una cosa, uno ricorda un'altra, quindi poi stendiamo diciamo così una memoria dell'incontro... (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Questo passaggio ha una grande valenza in quanto è indice di un lavoro di gruppo ben strutturato, che prevede tempi e spazi per ripercorrere, confrontarsi e riflettere su quanto accaduto nel colloquio appena sostenuto, sulle tematiche emerse, permette di mettere insieme punti di vista diversificati e tenere memoria di quanto accaduto per tutto il percorso psicoterapeutico. Ha inoltre una grande importanza, aspetto su cui torneremo abbondantemente nel prossimo capitolo, sulla salute di chi lavora.

6.1.3. Associazione Sokos

Sokos è un'associazione che si rivolge a tutti gli stranieri non in possesso di un regolare titolo di soggiorno in Italia, e offre prestazioni mediche gratuite di diverso tipo, non solo psicologico. Già da questa breve descrizione si evince che il target al quale fa riferimento questo servizio è in parte diverso da quanto analizzato sinora: se i primi due si rivolgevano unicamente a persone che vivono in accoglienza (quindi principalmente richiedenti asilo), ad un servizio di questo genere vi si può rivolgere qualsiasi straniero che non sia in possesso di documenti, e le cui storie di vita potranno essere estremamente variegate. Lo psicoterapeuta appartenente ad una sotto-équipe di Sokos, ovvero quella di psicologia transculturale, spiega quali sono i passaggi per accedervi:

Allora, diciamo che in generale a Sokos i pazienti arrivano in autonomia, mentre invece al... all'équipe psicologica, i pazienti arrivano inviati dai medici [di Sokos], quindi diciamo che è il paziente, chiamiamolo così, viene per un problema medico, una volta che incontra il medico, se il paziente stesso lo chiede, o se il medico si rende conto che magari c'è bisogno, che il paziente ha bisogno di un intervento di tipo psicologico poi ce lo segnala, ci fa... ci compila una scheda di invio, si chiama, poi noi richiamiamo il paziente, con una serie di dati e... tra cui anche il cellulare e noi a quel punto contattiamo il paziente e lo vediamo. Qualche volta.. all'équipe psicologica arrivano i pazienti anche da altre associazioni... da altri... no associazioni, altri enti, per esempio una comunità che sa che esiste Sokos, pensa che un suo utente abbia bisogno... di un intervento psicologico e allora, magari ci contatta direttamente, chiama la segreteria, cioè non passa dal medico. Però il 90% dei.. dei pazienti arriva dai medici. C'è passa prima dal medico e poi viene da noi. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

I medici afferenti all'associazione giocano quindi un ruolo importante quanto delicato: devono essere preparati nel saper trattare, gestire e soprattutto riconoscere, persone che potrebbero soffrire di un qualche tipo di sofferenza psichica. Proprio a questo riguardo l'intervistato aggiungerà in seguito che “la riunione di gennaio la dobbiamo dedicare a, invece, a... a una formazio... a organizzare un incontro di formazione degli psicologi per i medici, per i nostri medici, perché a

volte i nostri medici sono in difficoltà quando vedono pazienti che hanno bisogno di un supporto psicologico, su come gestire... l'invio...". Un ruolo importantissimo che merita quindi la giusta cura e le giuste attenzioni.

Per quanto riguarda la durata della terapia, l'intervistato sottolinea che:

Non c'è uno standard. Ehm... dipende molto da... dai documenti nel senso che comunque i documenti fissano una... una data a partire dalla quale si comincia a pensare alla fine che ripeto può arrivare anche un anno un anno dopo. Non lo so. Di un paziente che riesci in un qualche modo ad agganciare ehm.... Un paziente di questo tipo un paio d'anni secondo me ci può stare. Cioè facciamo comunque dei lavori lunghi, tieni anche conto che li vediamo una volta al mese quindi due anni in termini di numero di incontro non sono tantissimi... pero sì non sono mesi ecco, non sono due o tre mesi. Sono robe che vanno dall'anno... un anno, due anni... (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

L'ottenimento dei documenti, che come abbiamo visto precedentemente è spesso un elemento che migliora notevolmente le condizioni di salute delle persone, diventa in questo specifico progetto l'elemento che determina la fine del percorso terapeutico. O meglio, come ci tiene a sottolineare l'intervistato, l'inizio della fine: l'essere in possesso di un documento non vuole infatti dire che necessariamente il percorso debba essere interrotto improvvisamente, senza poter dare una conclusione a quanto iniziato, ma diventa lo stimolo per tirare le fila di quanto affrontato e iniziare a prevedere di terminare quanto avviato. Anche in questo caso la durata della terapia non è prefissata, ma dipende dalle esigenze del paziente e dal suo status giuridico appunto. Indicativamente si aggira però intorno al paio d'anni, con una cadenza di incontri non particolarmente ravvicinata per un motivo ben specifico:

Niente l'ho visto [un paziente italiano] per... diversi mesi, forse anche un anno, un anno e mezzo, e... ed è stato anomalo anche perché... l'ho visto tutte le settimane, nel senso che di solito qua i pazienti li vediamo meno raramente, perché spesso li vediamo non nel... non solo il terapeuta con il paziente, ma spesso c'è il mediatore, perché magari il paziente non parla benissimo italiano, a volte c'è l'antropologo, quindi c'è un sacco di gente e metterli d'accordo tutti e vedersi tutte le settimane è impossibile, quindi spesso ci si vede una volta al mese, invece essendo io e lui e potendo io in termini di tempo ci siamo visti tutte le settimane. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Si può così notare che l'approccio teorico, ovvero la ferma convinzione che siano necessarie diverse figure nel percorso di presa in carico, ha delle influenze sugli aspetti pratici, cioè una riduzione del numero di incontri, a differenza di quanto è successo nell'esempio riportato dall'intervistato in cui, eccezionalmente, era stato seguito un paziente italiano che aveva quindi potuto frequentare il servizio ogni settimana, dovendo accordarsi unicamente con lo psicoterapeuta.

Si evidenzia infine che i professionisti lavorano all'interno dell'associazione a titolo volontario, elemento che implica dei limiti di disponibilità temporale, come si capisce da quest'ultimo breve estratto.

6.1.4. Associazione DiverSa/Mente

Come abbiamo appena visto per Sokos, anche l'Associazione DiverSa/Mente è composta unicamente da volontari, è dunque un'associazione che lavora privatamente, stipulando piccole convenzioni con istituzioni pubbliche ed enti privati, per permettere la presa in carico dei pazienti da essi segnalati. Vediamo più nello specifico come funziona il percorso di presa in carico:

Succede che ci contattano le associazioni, le comunità... ci contattano chiedendoci che... proponendoci di potere pensare alla presa in carico di una situazione: un ragazzo, una ragazza, un uomo, una donna, una famiglia...e allora la nostra abbiamo strutturato un setting per cui io raccolgo una richiesta poi... poi dopo si vedono gli operatori, si cerca di capire bene qual è la domanda e... in alcuni momenti abbiamo già invitato gli operatori al gruppo clinico e nel gruppo clinico abbiamo analizzato già insieme questa domanda e cercato la risposta e nel tempo questo è stato un pochino più complesso perché le domande erano un po' troppe quindi c'era una prima scrematura poi io la porto al gruppo clinico nel gruppo clinico si cerca di analizzare che tipo di domanda è, e... e chi è disponibile. Chi è disponibile come tempo e anche come sensibilità, come interesse a quella situazione... e che setting si può utilizzare. La persona contatta l'operatore, gli operatori, cerca di capire bene tra domanda, da chi viene, dal ragazzo, dalle persone, perché, per come, e così si inc... si individua un setting e si comincia a lavorare. Si cercano di fare delle convenzioni, che sono, non lo so... per tot incontri, generalmente sono dei pacchetti di incontro perché di solito si funziona così, piccole convenzioni e... basta, questa è più o meno la... una struttura; l'altra struttura che c'è un approccio libero delle persone che vengono, possono rivolgersi all'associazione perché lo vedono sul sito, e possono... e lì si stabilisce un contributo... eee... diciamo... ma la modalità con cui poi si analizzano i casi è la stessa, dopo di che, quindi c'è un'analisi nel gruppo clinico prima delle domande e poi in itinere mano a mano che le situazioni che ognuno di noi può avere e non sempre è possibile farlo tutte, però insomma più o meno è questo. Poi abbiamo fatto un grosso lavoro con una... il Servizio Sociale Minore di San Lazzaro e con il Servizio Sociale Minore di San Lazzaro, dopo aver sensibilizzato molto le operatrici, le assistenti sociali, le educatrici, il servizio ci ha conosciuto cioè un lavoro lungo eee... di anni proprio, perché avevamo aperto un... cioè avevamo, il comune ci aveva dato la possibilità di aprire uno spazio gratuito di consultazione, però non... non è venuto son venute pochissime persone, quindi abbiamo lavorato molto con gli educatori, con le assistenti sociali, mano a mano per loro hanno cominciato a venire qualche qualche persona e abbiamo creato una convenzione attualmente di due anni per potere lavorare e qui abbiamo un lavoro abbastanza strutturato... cioè vediamo... nel senso che non è che lavoriamo all'interno del servizio, insomma, su domanda per qualche caso specifico, sia seguendo il caso con il setting che di volta in volta identifichiamo, sia lavorando con le operatrici, lo facciamo sempre questo... Questa è più o meno la situazione. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

L'intervistata analizza diversi aspetti del suo lavoro e del lavoro all'interno dell'associazione. In primo luogo, l'utenza che si rivolge all'associazione rappresenta l'unione di quella che invece ha a che fare con i servizi visti in precedenza, in quanto ci sono due strade di accesso: quella in autonomia, per quelle persone straniere che, venendo a conoscenza dell'associazione, decidono di fare richiesta di presa in carico; o, in alternativa l'accesso tramite segnalazione effettuata da operatori di comunità o da parte del Servizio Sociale Minori di un comune in provincia di Bologna con cui è in atto una convenzione. Anche quest'ultimo dettaglio è molto significativo, in quanto è importante il fatto che vi sia una collaborazione fra pubblico e privato in questo specifico ambito, non molto comune e che permette di condividere risorse e competenze di diverso tipo. Un ulteriore elemento che si differenzia da quanto precedentemente analizzato è l'aspetto economico, se si paragona alle altre due associazioni di volontariato di cui abbiamo parlato poco fa (Sokos e

Approdi): DiverSa/Mente prevede infatti il pagamento di un contributo che va a carico dell'ente presentante il paziente, nel caso questi sia accolto in una struttura di accoglienza, o a carico dell'utente stesso, se questi si è rivolto in autonomia all'associazione. Infine, l'intervistata sottolinea che è l'intero gruppo clinico a compiere una valutazione dei casi che vengono presentati, contesto in cui si prendono delle decisioni sul tipo di approccio da seguire, quale sarà lo psicoterapeuta che si occuperà del caso e altri dettagli tecnici. Anche in questo caso, come già visto in altre situazioni, la collaborazione con gli operatori dell'accoglienza diventa un elemento cruciale per poter offrire una risposta migliore ai futuri pazienti: per questo motivo è necessario un confronto preliminare in cui si possano individuare bisogni e strategie per la presa in carico.

Per capire più nello specifico come si realizza un percorso di presa in carico, vediamo un esempio concreto di una paziente che ha fatto domanda in autonomia all'associazione:

Allora... Vedo una paziente messicana ... però lei eeee... ha seguito un altro percorso cioè... lei è una studentessaaa e si trova in italia per un'altra questione per studiare... ha contattato... eee... il... l'associazione via internet eee siccome parlava spagnolo e io sono l'unica terapeuta che parla spagnolo viene da me la vedo da... Dieci mesi... dieci... più o meno... la vedo regolarmente da dieci mesi [...] Allora lei ha inviato un messaggio alla nostra casella di posta... è sempre la coordinatrice del gruppo clinico che si mette in contatto per capire un po' insomma e poi la coordinatrice fa presente a i... diciamo i partecipanti del gruppo clinico e si vede caso per caso in questo caso essendo io l'unica che parla spagnolo ma poi si vede anche lì quanti casi abbiamo insomma no?... Si vede... Questa ragazza ha dei colloqui direi settimanali, eh? Una volta a settimana uhm? Però ultimamente... sì sì sono una volta a settimana. (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

I passaggi seguiti in questo caso sono diversi: in primo luogo la paziente ha richiesto, attraverso il sito internet dell'associazione, di poter iniziare una terapia, è stata poi ricontattata dalla coordinatrice del gruppo clinico, la quale, dopo aver approfondito un minimo la situazione della ragazza, ha presentato il caso all'intero gruppo clinico. La decisione successiva di quale fra gli psicoterapeuti presenti all'interno dell'associazione è stata in questo caso quasi obbligata, in quanto si è deciso di seguire il criterio linguistico: la psicologa intervistata, la cui madre lingua è lo spagnolo, sarebbe stata infatti molto facilitata nel sostenere i colloqui con una paziente che parlava la stessa lingua, senza dover ricorrere a un mediatore. Si sottolinea dunque in questo caso la scelta di favorire una relazione più diretta fra terapeuta e paziente, senza dover intercorrere a una mediazione. Vi è poi un'indicazione relativa alla durata della terapia e alla frequenza, che abbiamo visto variare di servizio in servizio. In questo caso la paziente ha un appuntamento settimanale, ed è in terapia da dieci mesi nel momento in cui è stata realizzata l'intervista. Ci vengono dati ulteriori dettagli sulla durata media dei percorsi di presa in carico:

[...] Per un pacchetto di... per un numero di... di sedute e diciamo e... come si dice... proseguibile in qualche modo, e però non sono mai stati in, per la maggior parte non sono stati interventi molto lunghi nel tempo, nel senso che magari si fanno, non so di cinque colloqui, più cinque, più cinque, eeeh... dieci, più dieci, più dieci massimo, insomma più o meno dipende... dipende è un po' variabile, è un po' variabile

anche dai fondi, dalle realtà, dai bisogni dalla necessità, da tante cose insomma... (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Emerge quindi una durata complessiva non particolarmente lunga, che dipende molto dai finanziamenti a disposizione oltre che dalla valutazione complessiva che viene fatta caso per caso. Anche il numero di pazienti presi in carico in contemporanea dai vari membri dell'associazione non è eccessivamente alto, in quanto gli psicoterapeuti si occupano principalmente di altro a livello professionale, e quindi dedicano una parte del loro "tempo libero" per portare avanti le attività dell'associazione.

Poi nel tempo sono cominciate ad arrivare delle maggiori possibilità di affrontare delle... situazioni cliniche e quindi con il tempo soprattutto negli ultimi anni l'attività è stata più consistente, quando io dico consistente non è che parlo di grandi numeri, parlo di pochissimi numeri perché noi siamo tutti professionisti che lavoriamo tantissimo, che dedichiamo una parte del nostro tempo a questa attività insomma. Quindi se ognuno delle socie attive che non siamo tantissimo quelli che prendono in carico i pazienti, ha ogni tanto...ha un paziente a volta, non di certo questo insomma...quindi i numeri non sono altissimi, potranno essere non so in contemporanea, 5, 6, 7 situazioni... poi magari cambiano... (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Come sottolinea l'intervistata, i numeri sono davvero esigui, se si pensa a quanti avrebbero bisogno di servizi come questo. Quanto affermato non vuole togliere alcun merito ad un'associazione composta da volontari che compiono un lavoro extra rispetto a quanto già fanno nella vita di tutti i giorni con pazienti con altre caratteristiche e altre storie, ma vuole piuttosto evidenziare quanto sarebbe necessaria l'esistenza di altri servizi che in maniera più sistematica affrontassero problematiche di questo tipo. Un'altra intervistata sottolinea infatti la difficoltà legata ai numeri delle richieste:

Noi abbiamo noi associazione abbiamo una convenzione con San Lazzaro no? E quindi anche lì si lavora con operatori, assistenti sociali... però ci inviano tantissimi casi, tanti anche le comunità e i progetti SPRAR. Uhm? Tantissimi e questo ci mette anche un po' in difficoltà... (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Come abbiamo visto nel primo capitolo, in cui abbiamo cercato di delineare l'entità delle situazioni di disagio psichico delle persone immigrate, il bisogno di servizi come quelli analizzati è grande, ma, come queste intervistate sembrano suggerirci, la presa in carico non sempre è garantita per tutti, per questioni numeriche.

6.1.5. Progetto Casper

Il Progetto Casper nasce da fondi elargiti dal Consorzio Arcolaio, composto da varie cooperative, in questo caso in particolare si è vista la partecipazione di Società Dolce e da Piazza Grande Società Cooperativa Sociale. Per rimanere nel focus di questa ricerca, è stata intervistata solo una psicoterapeuta che lavora per questo progetto, quando in realtà le figure professionali afferenti ad

esso sono estremamente variegata (come abbiamo già visto ci sono mediatori, antropologi, operatori, ecc.), si riporta dunque una visione in parte ristretta del lavoro che tale progettualità può realizzare. Un primo elemento da sottolineare è che Casper sia una realtà del privato sociale, per la quale sono stati stanziati fondi, è stato pubblicato un bando, vi lavorano persone stipendiate: tutti questi sono elementi che si discostano dalle forme di intervento previste dalle Associazioni di volontariato precedentemente analizzate, permettendo dunque un più ampio margine di respiro e di intervento.

L'intervistata spiega che ci sono due modalità in cui può svolgere il suo lavoro, la prima riguarda la collaborazione con il Servizio di consultazione culturale:

Ci sono due modalità diverse, [la prima, all'interno del Servizio di consultazione culturale] le segnalazioni arrivano a R. [psicoterapeuta del Servizio di consultazione culturale], R... le guarda... decide se... A R. arrivano tutte le segnalazioni, sia psichiatriche sia psicologiche, quindi richiesta di un supporto psicologico sia richiesta di un supporto psichiatrico, se è un supporto psichiatrico viene vista dall'équipe di... in cui c'è S. [psichiatra del Servizio di consultazione culturale], e c'è anche R., perché fa da ponte tra le équipe psico e l'équipe "psichi" (ride), che però questa cosa l'abbiamo ideata tipo da un mese, da meno di un mese, quindi è molto molto nuova e... perché prima eravamo talmente tante persone in una équipe, che vedevamo le persone ma noi eravamo in dieci e non aveva proprio s... c'è eravamo proprio troppi. E quindi abbiamo deciso di deci... di scindere in modo che anche... da alleggerire sia S., ma anche per poter vedere contemporaneamente più persone perché altrimenti... quindi R. fa una prima scissione sulla base della richiesta che viene fatta dagli operatori, quando fanno la ri... quando compilano la richiesta di segnalazione... quindi R. invia le richieste... c'è mi dice, c'è questa persona che ha richiesto un supporto psicologico, la vediamo e... dopo che facciamo uno due colloqui insieme decidiamo se la continuiamo a seguire insieme, tipo il ragazzo di ieri stiamo continuando a seguirlo insieme, se lo... lo seguio ioda sola o lo segue lui da solo. E possono... le motivazioni... possono essere diverse, magari una situazione più problematica ha più senso vederla insieme, magari... è una donna e non ha piacere comunque... anche a livello culturale è molto difficile raccontare certe cose con un uomo quindi viene data a me oppure il contrario, un uomo è meglio se... lo segue lui. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

La collaborazione appare in evoluzione, con la previsione di modalità nuove di attuazione per usare al meglio le forze a disposizione. Si può notare come la flessibilità nella composizione di dispositivi clinici, nella gestione delle risorse presenti fra i vari progetti, sia in questo caso un grande punto di forza. Emerge infatti che la possibilità di suddividere la macro équipe in due équipe più piccole abbia permesso in primo luogo di creare un setting più adeguato alle necessità dei pazienti, in quanto prima il rischio era che il setting fosse troppo allargato e la relazione terapeuta-paziente venisse intaccata, in secondo luogo si apre così la possibilità di prendere in carico un numero maggiore di pazienti, cosa che, come abbiamo visto, è un aspetto importantissimo.

L'intervistata riprende in un secondo momento il discorso sui suoi diversi ambiti di azione, approfondendo la variabilità del suo operato e accennando anche alla sua seconda modalità di intervento come già anticipato nel precedente estratto di intervista:

Quando sono dentro Casper, in generale ora a prescindere da questo ragazzo... faccio cose, tante cose diverse, ecco faccio progetti diversi, quindi c'è la collaborazione col Centro... Centro di Consulenza etnopsichiatrica, con S. e R. e le persone che vedo lì da sola o comunque con R. arrivano dalle

segnalazioni che vengono fatte al Centro di Consultazione e quindi le seleziona R., e quindi diciamo che è R. che tiene un po' le fila... e mette i colloqui, gestisce l'incontro con gli operatori, con le strutture... e quello è un pezzo, poi faccio invece un altro pezzo ehm... tipo i casi di cui non ti posso parlare [per segreto professionale] (ride) li seguo invece direttamente con un'assistente sociale, ed è l'assistente sociale che ha richiesto la mia presenza, ed è un'assistente sociale di ASP, Servizio alla Persona. Tendenzialmente, questa cosa non è ancora molto chiara, fino a qualche tempo fa le segnalazioni dovevano arrivare... sembrava che le segnalazioni arrivassero dai servizi, nell'ultima riunione invece ci hanno detto che è un po' più libera e che quindi possono segnalare anche altri, però in realtà adesso il progetto Casper è conosciuto solo dai servizi, quindi alla fine è un po' un gatto che si morde la coda, non lo conosce nessun'altro, le segnalazioni arrivano solo da lì. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

La seconda modalità è quindi quella di essere chiamata, in quanto psicologa di un progetto che lavora su un target piuttosto specifico, da chi lavora all'interno di ASP, Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, o, potenzialmente da qualsiasi altro ente privato o servizio pubblico. Viene però evidenziata una difficoltà: il progetto pare non essere conosciuto se non all'interno di ASP (ovvero una parte specifica dei servizi sociali bolognesi), rendendo molto limitante l'effettivo intervento dei professionisti che si vedono coinvolti solo da una piccola parte delle realtà che potrebbero effettivamente avere bisogno di questo tipo di competenze e servizi. L'intervistata sottolinea che il problema non è legato (o almeno non solo) a una mancata pubblicizzazione del servizio potenzialmente erogabile:

Anche per quanto riguarda il servizio sociale del territorio, quindi non che lavora con i migranti, anche lì ci dovrebbero conoscere, sono state fatte delle riunioni per presentare il progetto Casper, quindi non per presentare la psicologa di Casper, ma presentare tutto il progetto, perché come ti dicevo Casper non è solo la psicologa, c'è ci sono mediatori culturali, ci sono operatori, educatori e... però... sono pochissimi i servizi del territorio che chiedono il supporto di Casper... (silenzio). (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

La psicologa non aggiunge altro sulle possibili motivazioni che impediscono (non si sa quanto in maniera voluta e quanto più inconsapevolmente) la collaborazione con altri tipi di servizi, causando così un mancato utilizzo di risorse molto preziose e che renderebbero più proficuo l'intervento di tante altre figure professionali e di tanti altri progetti. Un'ipotesi per quanto riguarda il Servizio Sociale Territoriale è che il personale, già sovraccaricato da troppe responsabilità, un numero troppo elevato di utenti da seguire e troppa burocrazia da gestire, sia dunque in difficoltà nel prendersi carico di uno strumento innovativo, per forza di cose poco noto, e che renderebbe necessario un investimento di tempo e competenze perché la collaborazione diventasse utile. Per quanto riguarda invece altri enti, in particolare privati, è abbastanza probabile che la ragione di mancate richieste di consultazione e cooperazione sia legata a una scarsa (o nulla) conoscenza del Progetto Casper.

Andiamo ora a vedere qual è la durata media del percorso terapeutico previsto da questo progetto:

Allora a me è stato dato il mandato di una decina di incontri ma sia io sia S.P. [collega psicoterapeuta]... dipende un po' dalle situazioni, c'è non... a me non è mai capitato di dire... basta finito, dieci incontri basta. E... Va beh anche perché adesso ho delle situazioni talmente fresche che non ci sono neanche

arrivata (ride) però neanche S.P. che li ha passati dieci incontri, perché lei ha iniziato prima di me... è flessibile, però di prassi dovrebbe essere un progetto mirato, breve. Quindi non è una presa in carico... una terapia, ma più un supporto psicologico, dovrebbe essere. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

A differenza di quanto visto per la maggior parte dei progetti precedentemente analizzati, in questo caso non è previsto un percorso di psicoterapia vero e proprio, ma piuttosto, come abbiamo appena letto, un supporto psicologico che ricopre un arco temporale piuttosto breve, di qualche mese all'incirca. È significativo però che il mandato di cui la psicoterapeuta parla, non venga seguito in maniera estremamente rigida: è infatti possibile prolungare di qualche incontro il percorso, nel caso in cui si ritenga necessario un proseguimento dell'intervento, senza essere costretti a lasciare il paziente a prescindere dall'andamento della terapia impostata.

Un ultimo elemento da sottolineare è che questo servizio potrebbe potenzialmente avere come target di presa in carico non solo persone che vivono in accoglienza, ma, per i limiti di utilizzo delle risorse progettuali di cui abbiamo appena parlato, nella pratica gli utenti del servizio coincidono quasi totalmente con quelli che si rivolgono al Servizio di consultazione culturale (quindi unicamente persone immigrate residenti in strutture di seconda accoglienza) o beneficiari seguiti da assistenti sociali di ASP settore protezioni internazionali o minori, che si occupano anche in questo caso quasi esclusivamente di persone che vivono in accoglienza. Si evidenzia quindi ancora una volta il fatto che, pur avendo a disposizione risorse preziose, queste non vengano in questo momento sfruttate quanto potrebbero, aspetto che si auspica verrà rivisto e modificato con l'affermarsi del progetto e cercando di farlo conoscere il più possibile nelle diverse realtà territoriali.

6.1.6. Ferite Invisibili

Ferite Invisibili si colloca in un contesto molto diverso da quello di cui abbiamo parlato finora, in quanto ci spostiamo da Bologna, una città, che, pur essendo capoluogo di regione, è comunque di dimensioni piuttosto ridotte, a Roma, capitale italiana e che arriva quasi ai tre milioni di abitanti. Il progetto capitolino nasce nel 2004, ed è una realtà ormai estremamente affermata nel territorio in questione, gestita dalla Caritas di Roma. Vorrei sottolineare in primo luogo le radici storiche che hanno fatto sì che venisse ideato un progetto di questo tipo:

Quindi diciamo ci ha molto interessato ad un certo punto quando Caritas di Roma insieme con l'istituto superiore della sanità insieme con l'università di Harvard organizzarono un grosso convegno, siamo alla fine degli anni del 2004, che proprio si intitolò "One billion" un miliardo e l'incipit era quando ci stanno delle guerre delle persecuzioni noi siamo attenti alle ferite fisiche, però guardate che dietro alle ferite fisiche c'è una marea, c'è una quantità enorme di persone che hanno subito altri tipi di ferite che proprio per difendere per difendersi nascondono. E quindi non compaiono. Non compaiono subito ma prima o poi emergono, possono emergere, non emergono sempre... fortunatamente no! Possono emergere e sono le ferite invisibili e si calcola che sono circa un miliardo le persone che le hanno subite direttamente o

indirettamente. Questa cosa a noi ci scosse perché vennero una cinquantina tra primi ministri ehm... rappresentanti ministeri soprattutto dei paesi in conflitto per cui toccammo con mano che era un problema enorme che però noi non vedevamo allora abbiamo deciso di creare prima un piccolo studio abbiamo fatto una revisione della letteratura internazionale per capire se anche noi potevamo dare il nostro piccolo... piccolo contributo e da lì nasce l'idea Ferite Invisibili del progetto Ferite Invisibili. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

È indicativo il fatto che il bisogno di risorse psicologiche in ambito immigrazione sia rimasto nascosto per lungo tempo anche a chi, come i professionisti afferenti all'area sanitaria della Caritas, si occupavano già da molto tempo di presa in carico sanitaria di persone che vivono ai margini della società e di coloro che sono più in difficoltà, fra cui anche molte persone straniere. Una volta rilevato questo bisogno, che non per nulla è stato paragonato a delle "ferite invisibili" che toccavano una grande quantità di persone, i passi avanti fatti per incaricarsi della risoluzione di questi problemi sono stati enormi. L'intervistato sottolinea infatti che l'azione di advocacy, accompagnata da quella più pratica, a livello ambulatoriale, ha portato a grandi risultati:

Io invece venerdì scorso appunto in questo convegno internazionale dove ci sono delegati da tutto il mondo dovevo entrare nel merito della advocacy e come esempio abbiamo preso Ferite Invisibili. Ferite invisibili, noi abbiamo iniziato con quel convegno quindi in maniera assolutamente casuale poi abbiamo iniziato il progetto e progressivamente abbiamo lavorato perché l'Italia si prendesse, cioè affrontasse questo tema dal punto di vista organizzativo forti del fatto che c'era una raccomandazione europea che chiedeva agli stati membri di dover fare questa cosa. E l'Italia per ultima però alla fine ha fatto un documento dove noi abbiamo collaborato alle linee guida per le vittime di violenza e tortura per altro io ho collaborato alla parte legata all'accessibilità ai servizi e quindi poi questo è diventato un accordo stato regioni e quindi l'azione di advocacy ha avuto un punto importante poi però adesso questa norma dev'essere implementata a livello locale e la regione Lazio non è un caso ha fatto una delibera di implementazione a livello locale. Penso che sia l'unica regione ad averlo fatto in Italia. Proprio perché l'azione di advocacy ha continuato a questo livello quindi ho spiegato a queste comunità internazionale questo tipo di lavoro e pare che sia unico nel mondo una cosa di questo genere quindi è stato pure abbastanza soddisfacente. [...] Azione di advocacy e che sia riuscito a partire dal particolare, cioè delle persone che vanno a sentire un convegno a una norma nazionale e adesso di implementazione locale. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Quanto narrato apre degli spiragli per il futuro: è possibile, e questo progetto lo dimostra, riuscire a portare avanti grandi obiettivi partendo dalla rilevazione di bisogni concreti della popolazione, andando ad agire tanto sul piano politico (si veda la redazione delle Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale) quanto sul piano concreto di implementazione di un progetto che preveda la presa in carico di persone che soffrono in diverse forme di disturbi psichici legati ai traumi subiti prima, durante o dopo l'atto migratorio. A parere di chi scrive, quanto visto in questa specifica realtà è estremamente significativo in quanto fa vedere quanto possa essere rilevante la correlazione fra prassi e teoria, elemento che in molte altre realtà viene invece lasciato in secondo piano.

Vediamo nel concreto, attraverso l'esempio di un caso specifico, come funziona la presa in carico dei pazienti:

Allora... diciamo che è un percorso di presa in carico funziona un po' per tutti così, e quindi anche per lui è stata la stessa cosa, solo che cambia in una piccola parte, nel senso che, invece di arrivare con una richiesta di un percorso di psicoterapia come di solito ci vengono inviati, ci vengono inviati dai centri, ci vengono inviati magari da altre persone che hanno fatto lo stesso percorso, ci vengono inviati dagli ambulatori, e arrivano con una richiesta già di aiuto, perché già è evidente che c'è uno stato di vulnerabilità, in quel caso si fanno due o tre incontri di valutazione, si valuta se la persona è del nostro target, cioè vittima di violenza intenzionale, straniero, e a quel punto inizia il percorso terapeutico. Con questa persona in particolare è andata un po' diversamente, nel senso che io ho in carico una persona che è seguita dallo stesso avvocato che segue anche la persona che ho preso in carico oggi, e... è stato l'avvocato a chiedermi siccome questa persona ha il ricorso in atto, a chiedermi la possibilità di una valutazione per potergli rilasciare un certificato che potesse essergli utile per il ricorso. Quindi abbiamo stabilito che io l'avrei visto sicuramente per fare questa valutazione relativa al certificato, e poi avrei spiegato il servizio e avrei spiegato a lui il servizio e avrei lasciato a lui la scelta se intraprendere un percorso, abbiamo fatto questi due incontri di valutazione, ho rilasciato il certificato, e la persona ha scelto di continuare il percorso, quindi ritornerà per fare il percorso psicoterapeutico. Oggi abbiamo finito la valutazione, gli ho rilasciato il certificato, abbiamo stabilito lo chiamiamo l'obiettivo di lavoro, abbiamo stabilito che continuerà a venire con una presenza costante in modo da superare la sintomatologia. (9, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

In primo luogo da questo estratto si evince quali sono i principali "soggetti invianti" al servizio, in particolare vengono citate le strutture di accoglienza, gli ambulatori sanitari (si riferisce probabilmente a quelli gestiti dalla Caritas), e il passaparola fra vecchi beneficiari che consigliano il percorso a conoscenti e amici. Un secondo aspetto che si può evidenziare è quello relativo al target dei pazienti che vengono presi in carico: se questo sembra allargarsi rispetto ad altre realtà in cui il percorso può essere intrapreso solo se si vive in accoglienza, in questo caso è vero che vi sono possibilità di accesso più diversificate, ma il target viene significativamente ristretto sulla base della patologia riscontrata. Infatti, solo le persone che hanno subito violenze intenzionali e sono straniere possono iniziare un percorso terapeutico all'interno di questo progetto. Infine, come si nota dal racconto di questa storia specifica, il percorso di presa in carico non prevede solo una breve fase di valutazione seguita dall'effettiva presa in carico terapeutica, ma può consistere anche in un percorso di diverso tipo che ha la finalità di farsi rilasciare una certificazione che attesti le difficoltà psichiche da presentare in sede di richiesta d'asilo. Questo implica una collaborazione con altre figure professionali, in primis gli avvocati che seguono i richiedenti asilo nell'iter di domanda.

Vediamo un altro esempio in cui la presa in carico è stata sia dal punto di vista psicoterapeutico sia da quello psichiatrico:

L'ultimo paziente... è... arrivato da un centro... un centro di accoglienza, un centro di accoglienza, cos'è un centro SPRAR, mi pare, sì... e quindi inviato... dal dalle.. dagli operatori di questo centro al nostro progetto, quindi ci hanno... inviato una breve storia del paziente, come noi chiediamo che si faccia, e... poi abbiamo preso contatto con gli operatori che ci hanno raccontato anche un po' a voce e... e lì abbiamo, ho visto... visto il paziente, valutato da... l'aspetto del... insomma, l'aspetto diagnostico e quindi poi la presa in carico è stata duplice, sia dal punto di vista in quel caso richiedeva una presa in carico sia farmacologica, sia psicoterapeutica, quindi è stato presentato alle... è stata chiesta la disponibilità di

spazio, no, in psicoterapia, nel momento in cui questa c'è stata è stata inviata... Sì quindi c'era una presa in carico anche psicoterapeutica, ha iniziato in... in orari diversi ovviamente... in giorni diversi mi sembra anche, a venire a... il nostro progetto. All'inizio veniva anche per una valutazione oltre che per controllare che la... la terapia [funzionasse], insomma, all'incirca con una frequenza che inizialmente può essere anche una volta ogni 15 giorni, ma poi in genere una volta al mese, ogni due mesi, dipende dalla situazione, e invece in psicoterapia una volta a settimana. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Gli incontri di valutazione, come si può dedurre da questo stralcio di intervista, assumono una grande importanza in quanto permettono di capire quale tipo di percorso sia opportuno proporre al futuro paziente. Nel caso appena visto, non si è ritenuta sufficiente la presa in carico psicoterapeutica, che è stata dunque affiancata a quella psichiatrica. Pur avendo un ruolo molto diverso, è molto importante che anche lo psichiatra abbia competenze transculturali: come abbiamo visto nei capitoli precedenti, la gestione della terapia farmacologica e dei sintomi psichiatrici possono essere molto delicati e devono quindi essere trattati nella maniera adeguata. L'intervistato ci dà inoltre indicazioni sulla frequenza degli incontri, diversa per la parte psichiatrica e per quella psicoterapeutica. Per quanto riguarda la durata complessiva, possiamo dedurre da alcuni discorsi fatti dagli intervistati che i percorsi siano di lunga durata, arrivando anche a un paio d'anni: "Ma... lui è uno che viene da più di due anni..." (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Abbiamo già visto qual è il target a cui si rivolge il Progetto Ferite Invisibili, vediamo ora quanto all'interno dei servizi Caritas vi sia un'attenzione particolare verso questo tipo di utenza, tanto da prevedere una formazione a coloro che prestano volontariato presso gli ambulatori sanitari di medicina generale, volta al riconoscimento precoce di pazienti che potrebbero rientrare nella tipologia di persone che necessitano di una presa in carico anche dal punto di vista psichico:

Vengono segnalati dalle strutture o dagli ambulatori che poi noi vediamo tante persone per cui i nostri volontari sono stati formati per individuare una serie di sintomi che possono essere sintomi sentinella. Allora una persona che è sbarcata quindi diciamo che ha fatto il percorso e che non dorme mai o che ha grandissime difficoltà per dormire, tiene i tappi... può essere diciamo dei sintomi che possono correlare su una violenza subita, allora in quei casi se una persona sta in una struttura... ci stanno tutta una serie di siti... viene fatto un colloquio a ferite invisibili.. il colloquio serve proprio ad indagare se la persona, diciamo, può essere seguita perché ad esempio se c'è una psicosi grave, quindi non una che rientra nell'ambito della sindrome post-traumatica, a quel punto deve essere seguita in un altro modo, non è quello l'ambito più adeguato. È fondamentale anche azzeccare la mira, insomma perché... non curare per una cosa che invece hanno altre situazioni e questo colloquio lo fanno anche gli psichiatri insomma per cui... mentre poi la stragrande maggioranza delle terapie sono le psicologhe a farle mentre questo primo colloquio possono farlo le psicologhe ma c'è sempre anche la competenza psichiatrica dietro per poter capire qual è... è poi c'è sempre una persona di riferimento dietro comunque, non sono persone così senza... proprio per tutto quel tema sociale che ti dicevo... (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Come viene evidenziato anche in letteratura, si vedano a titolo d'esempio le Linee Guida ministeriali precedentemente citate, l'individuazione precoce di situazioni di disagio psichico, in particolare per quanto riguarda le vittime di violenza intenzionale, si può considerare un vero e proprio presupposto "per la prevenzione dello sviluppo di problematiche psicopatologiche e di altre

patologie e costituisce una premessa necessaria per l'attivazione di una serie di azioni rivolte alla salute della persona¹²⁸». Compiere una diagnosi adeguata diventa imprescindibile per garantire una salute sempre migliore alle persone che si rivolgono a questo tipo di servizi.

Ferite Invisibili ha compiuto inoltre alcune scelte relative alla tipologia di pazienti che si rivolgono loro:

Noi abbiamo scelto che non andiamo a gestire situazioni di povertà estrema o di emarginazione estrema. Cioè nel senso le persone che prendiamo in carico devono avere un minimo di rete sotto perché... quindi sono persone che stanno nei centri di accoglienza comunque hanno qualcuno che si occupa di loro. Uhm... molto spesso sono degli minori stranieri non accompagnati quindi stanno in un centro d'accoglienza e questo perché per non vanificare l'attività l'intervento. E anzi in genere... l'intervento è tanto più efficace se quella persona ricostruisce alcuni tipi di legami sul tipo riprende ad andare a scuola, comincia a fare qualche lavoretto e questo come la marginalità estrema produce malattia, se uno riesce a riattivare questi percorsi producono salute. Quindi si viene a creare una serie di cose per cui c'è tutt'una parte correlata oltre all'intervento psicoterapeutico lavorare con altri stakeholder che seguono il caso per fare in modo che si riattivino questi percorsi se sono minori sono obbligati ad andare a scuola o degli orientamenti professionali mirati se sono adulti sono legati sostanzialmente al lavoro. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Si riprende qui il discorso dell'importanza che vi sia una connessione fra teoria e prassi: la scelta di non prendere in carico persone che sarebbero sole durante il percorso di cura non appare infatti come una scelta discriminante, piuttosto l'intento è quello di non vanificare il proprio operato nella consapevolezza che perché una presa in carico abbia esiti positivi è fondamentale che vi sia una rete di supporto alle spalle che faciliti e sostenga il beneficiario dell'intervento al di fuori del setting terapeutico. Senza che vi sia questa possibilità, diventa altamente improbabile che la cura sorbisca effetti positivi.

Che cosa succede però a tutti quei pazienti che vengono esclusi dalla presa in carico presso Ferite Invisibili, in particolare poiché non vittime di violenza intenzionale? Vediamolo grazie al racconto di un'intervistata:

[...] Noi poi diamo un appuntamento di valutazione che in genere poi sono due perché uno non basta, in quella... in quelle sedute di valutazione noi dobbiamo purtroppo selezionare un target molto specifico, perché noi non possiamo per le nostre risorse accogliere tante persone e quindi dobbiamo essere molto attenti a valutare che siano vittime di violenza intenzionale, quindi che abbiano storie traumatiche alle spalle e che abbiano sintomi di Disturbo da Stress Post Traumatico, questo è il nostro target, se questo è il caso le prendiamo in carico, se hanno ovviamente motivazione a venire, altrimenti dobbiamo cercare dei luoghi dove inviarli e questo è l'aspetto più critico perché non ce ne sono molti dove loro possono a fare gratuitamente una buona psicoterapia, questa è una parte di maggiore difficoltà, però non possiamo prenderli tutti, quindi ci stiamo attivando per cercare dei collegamenti anche perché abbiamo una persona che si è resa disponibile a venire volontariamente, una psicoterapeuta vicina al pensionamento, che si è resa disponibile a venire gratuitamente al nostro servizio a cui inviare questi casi qua, per tenerli

¹²⁸ Ministero della Salute, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, Roma, 2017, p. 30.

comunque qui però facendo un percorso differenziato, e questo succederà a breve credo perché abbiamo già l'accordo con lei. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

È molto apprezzabile che vi sia il tentativo da parte del servizio di impegnarsi per trovare soluzioni alternative e, pur non potendosi occupare personalmente della persona valutata non idonea ad essere seguita nell'ambito del Progetto Ferite Invisibili, si provi a inviare queste persone presso altri servizi, o, addirittura, si cerchino di coinvolgere ulteriori figure per permettere di allargare il campo d'azione del progetto e creare nuovi tipi di percorsi, sulla base delle esigenze riscontrate a livello empirico.

6.2. Somiglianze e differenze

Una volta visti uno a uno i diversi servizi oggetto dell'analisi di questo elaborato, possiamo ora provare a sintetizzare quali sono i tratti salienti dei diversi progetti precedentemente approfonditi, sottolineando differenze e somiglianze fra essi.

In primo luogo è da sottolineare la diversa natura dei progetti analizzati: l'unico facente capo a un servizio pubblico è il Servizio di consultazione culturale, essendo stato istituito all'interno di ASP Città di Bologna, mentre tutti gli altri sono servizi privati. È da fare però un'ulteriore distinzione per quanto riguarda la tipologia di privato: Sokos, Approdi, e DiverSa/Mente sono infatti associazioni composte da volontari; Casper, invece, è finanziato da un Consorzio di Cooperative Sociali, ed è quindi composto da professionisti assunti per ricoprire le diverse figure previste dal progetto; Ferite Invisibili, infine, è un servizio finanziato e appartenente alla Caritas di Roma, anche in questo caso i lavoratori sono stati selezionati e vengono pagati per realizzare il proprio lavoro all'interno del servizio.

Un altro aspetto significativo che differenzia e accomuna in parte i diversi servizi è la tipologia di utenza a cui fanno riferimento: in primo luogo si sottolinea che tutte e sei le realtà si rivolgono unicamente alla popolazione straniera, inoltre, tutti prendono in carico persone che vivono nell'accoglienza, ma bisogna compiere ulteriori distinzioni fra coloro che si occupano esclusivamente di questo target di persone e chi invece lo amplia o lo differenzia ulteriormente. Il Servizio di consultazione culturale, Start-ER 2 e Approdi seguono pazienti esclusivamente provenienti dall'accoglienza, nei primi due casi, più nello specifico, dalla seconda accoglienza, nell'ultimo caso si compie invece un'ulteriore delimitazione del target sulla base della sintomatologia di chi viene curato: si prendono in carico persone che hanno subito traumi estremi. Le altre realtà invece non si dedicano esclusivamente a utenti delle comunità di accoglienza del territorio di riferimento, vediamole una per una: se per Sokos l'entità di pazienti provenienti da

contesti di accoglienza strutturata è abbastanza esigua, in quanto il loro target è definito principalmente dallo status giuridico (l'assenza di un titolo di soggiorno regolare) e indipendentemente dalla condizione abitativa, il Progetto Casper invece al contrario si ritrova a occuparsi quasi esclusivamente di persone che vivono in accoglienza, nonostante il servizio nasca da presupposti molto diversi (pur rimanendo legato a contesti istituzionali di invio). Infatti, come abbiamo visto, seppur le segnalazioni potrebbero arrivare da qualsiasi ente che abbia a che fare con persone immigrate, la quasi totalità arrivano da ASP o sono in collaborazione con il Servizio di consultazione culturale. Un altro modello ancora è quello previsto da DiverSa/Mente, che fa riferimento a tre modalità diverse di presa in carico: la segnalazione da parte delle comunità, l'accesso privato, e la collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale del Comune di San Lazzaro (BO). Vi è dunque un'unione fra la tipologia di segnalazione più comune finora vista, ovvero l'invio proposto dagli operatori delle strutture di accoglienza, unito ad altre due modalità meno sfruttate negli altri contesti. Infine, come abbiamo visto per il Progetto Approdi, anche Ferite Invisibili definisce la propria utenza sulla base della sintomatologia delle persone che fanno richiesta di accesso al servizio: solo coloro che sono vittime di violenze intenzionali (e sono stranieri) possono infatti essere presi in carico. Anche nel loro caso, pur non essendo un elemento sistematico, è molto probabile che le persone provengano da un contesto di accoglienza, in quanto un'altra delle prerogative del servizio è che il paziente non sia solo e privo di rete di supporto, ma che possa essere supportato e sostenuto durante il percorso.

Quest'ultimo aspetto ci rimanda alle diverse modalità di presa in carico di coloro che si rivolgono ai servizi. In primo luogo si sottolinea il fatto che tutti e sei i servizi prevedano una presa in carico mista, ovvero che offrano la disponibilità sia di psicologi sia di psichiatri, che entrano in azione sulla base del paziente con cui si ha a che fare volta per volta. Una seconda distinzione che si può tracciare è relativa a quanto i servizi rimangano circoscritti al proprio intervento o quanto prevedano azioni collaterali, come nel caso più evidente di Approdi: fa infatti parte del loro approccio, tanto da aver creato una rete di volontari afferente all'associazione, che il paziente non venga seguito solamente nelle sedute di psicoterapia, ma che vengano organizzate e proposte attività esterne (pensate per avere un effetto terapeutico, pur non essendole di loro natura) da rivolgere a tutti i pazienti presi in carico. La creazione di un ambiente sicuro, elemento imprescindibile secondo il sistema teorico di riferimento di questa associazione, prevede il coinvolgimento di tutti gli altri contesti di vita del paziente. In tutti gli altri casi si cerca una collaborazione con i soggetti invianti, che si manifesta principalmente nel confronto lungo tutta la presa in carico fra équipe psicoterapeutica e operatori/assistenti sociali/eventuali altre figure di riferimento. Un secondo aspetto da valutare è la natura del percorso di presa in carico: l'unico servizio che si definisce

“supporto psicologico breve” è il Progetto Casper, che prevede infatti un numero di incontri non superiori ai dieci (anche se abbiamo visto che la regola viene applicata con flessibilità); mentre tutti gli altri servizi, con peculiarità diverse di progetto in progetto, offrono una vera e propria presa in carico terapeutica. DiverSa/Mente è il progetto che si colloca più ai margini all’interno di questa suddivisione, in quanto comunque non prevede un numero eccessivo di sedute, organizzate in pacchetti da acquistare sulla base di fondi ed esigenze del paziente. Anche Sokos, per suo statuto, è sottoposto a vincoli temporali, definiti dall’ottenimento (o meno) dei documenti, ma come l’intervistato dell’associazione ha sottolineato, anche nel caso dell’avvenuto possesso dei documenti, il termine del percorso è ben lontano dall’essere immediato e drastico. Approdi e Ferite Invisibili sono i due servizi che sembrerebbero, per quanto dichiarato nel corso delle interviste, offrire una presa in carico più protratta nel tempo (fino ad arrivare anche a superare il paio d’anni).

Un ultimo elemento da sottolineare è la disponibilità complessiva di prese in carico per servizio: si nota una netta differenza, assolutamente ragionevole, fra quei servizi composti da volontari e quelli invece gestiti da cooperative sociali o dal pubblico. Nel primo caso infatti il numero di pazienti è piuttosto esiguo (nell’ordine delle sei/sette persone alla volta, uno per psicoterapeuta, nell’esempio fattoci dalla psicologa di DiverSa/Mente), mentre i servizi pubblici che si occupano solo di quello, pur non avendo un’indicazione precisa di quanto siano effettivamente le persone seguite, è presumibile che i numeri siano leggermente più consistenti.

6.3. Che cosa aiuta nella presa in carico?

Gli elementi che possono supportare una presa in carico positiva sono molto numerosi, ma non sempre facilissimi da mettere in pratica, anche perché come abbiamo visto le realtà che si occupano di disagio psichico sono in buona parte attività di volontariato, con le conseguenze che ciò comporta, o, diversamente, sono comunque servizi innovativi, che devono confrontarsi con una scarsa dimestichezza su questo tipo di tematiche in particolare al di fuori dei loro ambienti lavorativi. L’unica regione ad aver pubblicato un documento attuativo delle Linee Guida già viste in precedenza è il Lazio, a dimostrazione di quanto ancora il riconoscimento dell’importanza di questi aspetti sia ancora piuttosto remota. Vediamo dunque quali sono gli elementi individuati dalla regione Lazio per garantire l’attuazione di quanto scritto nelle Linee Guida nazionali. I principali aspetti evidenziati riguardano l’individuazione precoce delle sintomatologie delle cosiddette “ferite invisibili”, in particolare per quanto riguarda la sofferenza post-traumatica. Perché ciò sia possibile, il documento richiede che gli operatori dell’accoglienza vengano messi nelle condizioni di formarsi adeguatamente, in particolare per poter riuscire a riconoscere quei “sintomi sentinella” che possono

suggerire la presenza di patologie post-traumatiche. Un altro strumento fondamentale è l'uso della mediazione culturale, grazie al supporto di figure che permettano di leggere in maniera più appropriata certe situazioni in cui gli elementi culturali hanno una forte valenza. Vi è inoltre una raccomandazione affinché vengano stipulati accordi formali fra i diversi enti del territorio, in particolare fra pubblico e privato, in modo che via sia sinergia nelle azioni compiute dai diversi attori e si utilizzi un approccio multidisciplinare integrato, nella consapevolezza che la regia dell'azione dev'essere mantenuta dal Servizio Sanitario Regionale, in collaborazione però con gli altri enti del territorio. Infine, la certificazione del medico legale, necessaria in determinate situazioni per la richiesta di asilo, dev'essere effettuata da personale formato, elemento imprescindibile vista la delicatezza di questo tipo di documentazione¹²⁹.

Fatta questa premessa, vediamo invece gli elementi che gli intervistati hanno riconosciuto come importanti all'interno della presa in carico e che, dal loro punto di vista, permettano di migliorarla.

Il primo ambito tematico è quello della relazione, che viene affrontato da diverse prospettive. un primo esempio è quello che ci fa lo psicoterapeuta del Servizio di consultazione culturale, il quale sostiene che il tipo di relazione instaurata con il paziente abbia uno stretto legame con il tempo che si dà alla possibilità di conoscersi e alla cura che si mette nel costruire un rapporto non basato unicamente sulle informazioni, ma, appunto, sulla relazione:

Oggi è stato il secondo incontro e... niente siamo ancora a un livello conoscitivo, quindi più diciamo una raccolta della storia, del viaggio, delle cose che... ha voglia di raccontare, quindi insomma si cerca anche di entrare nei temi in un modo insomma delicato, ecco... aspettando che ci sia anche un clima di fiducia, senza dover per forza di cose obbligare la persona a un'indagine e cosa ti è successo, che cosa... [...] E... nel primo incontro è importante evitare di fare delle domande, soprattutto dirette, fa niente se sembra un incontro inutile, non è un problema, perché è apparentemente inutile, ma è un incontro che deve proprio cercare di lavorare sulla relazione e quindi curare quello, non so chiedere di presentarsi, la presentazione, fare presentare... (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale /Start-ER 2)

Non è possibile cercare di costruire una relazione senza aver prima gettato le basi perché si instauri un clima di fiducia: come abbiamo già detto più volte, la dimensione terapeutica non è vista da tutti allo stesso modo, e anzi ha spesso grosse implicazioni sull'approccio dei singoli individui a questo tipo di spazio. Non è quindi per nulla scontato che il paziente straniero attribuisca lo stesso significato ad una terapia dallo psicologo, e che quindi sia sin da subito aperto al dialogo e a raccontare la propria storia personale. Perché ciò accada e si possa intraprendere un percorso terapeutico è quindi necessario che vengano realizzate delle azioni specifiche per arrivare a quell'obiettivo. Lo stesso psicoterapeuta aggiunge un'ulteriore riflessione a riguardo:

¹²⁹ Mantini V., Lorenzini M. L., Mancini C., Carreca G., Cossutta M., Geraci S., Leotta D., Napoli P.A., Serra M.C., Simonelli C., *Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*, DGR 590 2018, pp. 15-16.

Questo è il... però insomma c'è un lavoro costante, e... anche su se stessi... rispetto a... alla tendenza alla semplificazione, alla tendenza a rimanere sempre... aperti... e non avere fretta. Perché il problema principale è quello, c'è nel senso che noi siamo fregati... ehm... culturalmente, siamo fregati dall'efficienza, dalla tecnica, dall'efficacia, una cosa è efficace se funziona, e quindi in realtà... dove invece quello che conta è la relazione, i tempi cambiano completamente, allora in un colloquio non è importante le informazioni che porti a casa, ma è importante che la relazione venga curata. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale /Start-ER 2)

Ancora una volta è necessario uscire dai propri schemi mentali, per poter garantire un lavoro di qualità, che ponga al centro il tempo della relazione con l'altro, per la quale è necessario darsi e dare tempo. Il tema della fiducia, correlato a quello della relazione e della consapevolezza della malattia, viene toccato anche da un'altra intervistata:

Se fai sentire un divario troppo forte tra te professionista e lui... malato, ignorante, ovviamente non si costru... non si potrà mai costruire una relazione di fiducia. Sicuramente deve riconoscere che i ruoli sono diversi, perché è così, non ha... non puoi scappare da quello, che i ruoli sono diversi, però... secondo me ci si deve un po' abbassare a quel livello lì, perché come... come dice proprio S. [collega psichiatra]... lui è l'esperto della sua malattia... quindi noi possiamo entrarci dentro un pochino per cercare di conoscerla, però quello che sa come funziona è il paziente, voglio dire, non siamo noi... noi possiamo sbirciare, però poi è lui che ci deve dire come funziona, perché anche i disturbi di personalità mica sono tutti... sì abbiamo dei clusters, abbiamo... delle... classificazioni però poi ognuno c'ha la sua specificità. È fondamentale la relazione secondo me... se non si stabilisce una relazione di fiducia, non... non riuscirai mai ad andare al passo successivo, non riuscirai mai ad essere d'aiuto. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Vi sono due aspetti che vengono qui evidenziati: in primo luogo il fatto che se si instaurano relazioni di tipo estremamente gerarchico non si facilita la creazione di un rapporto di fiducia, elemento che viene considerato come il presupposto di base perché la terapia sortisca un qualche tipo di effetto; in secondo luogo, bisogna partire dal presupposto che il paziente è colui che meglio conosce la propria malattia, il proprio disagio, e rimarrà l'unico a comprendere approfonditamente il suo mondo interiore, mentre terapeuti, operatori, o qualsiasi altra figura che lo sorregga nella guarigione, sarà solo uno spettatore che potrà fornire strumenti interpretativi, di cura o sostegno ma non potrà mai prendere il posto del paziente né pensare di padroneggiare le consapevolezze di quest'ultimo.

Un'altra intervistata riprende la dimensione relazionale in particolare dal punto di vista dell'offrire uno spazio di ascolto:

Io credo che quello che aiuta molto è uno spazio di ascolto. Questo direi che è la prima cosa. Uno spazio di ascolto, c'è un pensare che la sua storia è importante. E... che il... l'essere qui non inizia qui, inizia prima... e che quindi questa è una cosa importante a cui noi dobbiamo dare un'attenzione. Questa è la prima cosa. Questa è la prima cosa che penso. E... e le persone raccontano la loro storia! Io non ho mai visto qualcuno che non ti racconti la sua storia, poi magari forse delle cose non te le dirà, però racconta la sua storia. Poi... l'ascolto, poi... l'ascolto interessato, attento, e... perché queste persone transitano generalmente in istituzioni che non hanno tempo per loro più di tanto. Le comunità non ce l'hanno, c'è... sono molto impegnate a dovere organizzare delle cose concrete e materiali che sono importantissime, però la mancanza di un ascolto di altre parti, rende a volte... o la mancanza anche di un ascolto... con una certa sensibilità. Anche con la sensibilità di dimensione culturale, è molto importante, perché non lo so, certe cose, magari... non le pensi. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Un principale elemento di cura sembrerebbe dunque essere la possibilità di essere ascoltati, anche perché non sono tante le realtà in cui si ha l'occasione di avere davanti un interlocutore realmente interessato, presente per davvero. L'appunto fatto nei confronti di quelle istituzioni che prevedono un'accoglienza molto legata agli aspetti pratici e poco a quelli relazionali, può collegarsi a quanto visto in precedenza sull'influenza del vivere in accoglienza sullo stato di salute delle persone immigrate. L'individuo ha bisogno di essere visto, di essere riconosciuto nell'interessa della sua persona, necessita di presenza, di un ascolto attivo nell'accezione datagli da Carl Rogers. Prima ancora dell'ascolto però è necessario che le persone, in particolare se si fa riferimento a un contesto così delicato come quello in cui si ha a che fare con il disagio psichico, vengano accolte in maniera sensibile e accorta:

In ambulatorio, che tu non vedrai, c'è un bel cartello grande con scritto accogliere è già curare no? Quindi... noi la definiamo una struttura a bassa soglia d'accesso ma ad alto impatto relazionale quindi su quello e a Ferite Invisibili ancora di più perché chiaramente perché sono persone che hanno subito e quindi dobbiamo evitare la ritraumatizzazione. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

La cura nell'accoglienza ha dei presupposti clinici molto chiari, ovvero evitare la ritraumatizzazione di pazienti in condizioni di salute spesso precarie, in particolare dal punto di vista psichico: un passaggio che ricorda il Giuramento di Ippocrate, nella sua versione più antica, che recita "mi asterrò dal recar danno e offesa". Se in ogni caso quindi il dovere del medico è la tutela della salute del paziente evitandogli ulteriori danni e sofferenze, così anche nel contesto analizzato, la prima attenzione da avere è quella di prestare attenzione che il paziente non riviva traumi precedentemente subiti.

Vediamo ora un ulteriore esempio di elementi che hanno reso positiva la presa in carico, nello specifico di una paziente marocchina di cui abbiamo già incontrato la storia:

Io credo che l'intervento è andato bene perché da un parte come dire siamo stati accoglienti, non giudicanti e non patologizzanti, e nello stesso tempo abbiamo lavorato su azioni di supporto generale, cioè collaterali, come dire un'alleanza con il Servizio Sociale Minori, che a questo punto come dire non è intervenuto pesantemente dicendo non lo so togliamo il bambino a questa famiglia perché non son in grado. (7, psichiatra, CSM)

Ritorniamo su questa breve vicenda di cui abbiamo già analizzato in precedenza gli aspetti tecnici, sanitari e psicologici, per sottolineare che il buon esito dell'intervento è dipeso da diversi fattori, fra cui principalmente la creazione di una buona relazione terapeutica e un supporto più di tipo sociale e generico. Questo ha permesso di andare a incidere molto sulla relazione medico-paziente e sostenere una condizione di vita in quel momento estremamente precaria, che aveva dunque influenze anche sulla mente della donna. Leggiamo ora, attraverso le parole di un testimone privilegiato, la storia di un uomo alcolista che è stato agganciato solo grazie alla creazione di un legame con lui e a determinati atti sociali:

Un ultimo che abbiamo seguito è stato appunto un signore che viveva in una roulotte che appunto definivano pazzo in effetti insomma la situazione era abbastanza... e questo aveva avuto un incidente quindi non riusciva più a lavorare quindi si era dato all'alcol, delirava... insomma non voleva essere aiutato da nessuno e siamo riusciti a creare delle squadrette di ragazzi, ragazzi in servizio civile per altro con la supervisione nostra che sono riusciti a prendere contatto e hanno lavorato sulla relazione esclusivamente, non sulla cura... sulla relazione. Tanti che in alcuni casi gli portavano da bere. Quindi ad un alcolista gli porti da bere gli dici... però a noi serviva per creare una relazione. Ehm... questo durante diversi mesi tutte queste azioni... con il supporto anche dello psichiatra quando finalmente si è convinto di farsi visitare con una terapia anche adeguata non so progressivamente è stato accolto durante una struttura di accoglienza ma l'accoglienza è stata da fare dopo che si era un pochettino sistemato perché se no ecco non riesci a fartelo. Insomma per fartela breve adesso fa il guardiano in una struttura, quindi si è completamente... noi lo stiamo sostenendo ancora ehm... con delle visite periodiche però non prende più farmaci per cui ha... è riuscito... farmaci di tipo psichiatrico... continua altri farmaci per altri motivi però è riuscito a gestire completamente da sé la situazione cioè aiutato è riuscito a superare la situazione noi lo aiutiamo anche come accoglienza però lui ha il suo lavoretto ha ripreso la sua autonomia, ha ripreso i contatti con i familiari che aveva perso a suo tempo perché lo davano per morto e questo è... sono situazioni che... ecco qui è più l'impatto cioè... ecco questo è molto interessante perché unisce ti fa capire come determinati atti sociali agiscono sulla malattia anche sulla malattia mentale certo questo era possibile gestire, in alcuni casi la situazione è un po' più complicata. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

La relazione, affiancata da azioni concrete, ha permesso all'uomo di intraprendere un percorso di recupero, che l'ha portato a ritrovare elementi della sua esistenza abbandonati da tempo, come ad esempio le relazioni familiari. È importante quindi sottolineare nuovamente che non solo quanto avviene in occasione delle sedute terapeutiche può avere rilevanza nel risollevare le condizioni psichiche dei pazienti, ma anche quanto può essere fatto al di fuori di esse, possibilmente creando collaborazione. È esattamente ciò che vediamo all'interno del Progetto Approdi:

La capacità di stare a contatto con le emozioni, anche quelle per loro più difficili, fargli vedere che si possono anche contenere, trasformare, accogliere, e poi costantemente farli sentire... al sicuro. E anche compresi in questa loro... paura del vivere. È molto di più quello che si può fare con cose molto semplici, quello che noi diciamo ai nostri volontari nella costante ricerca che ne facciamo, è... non è un sacrificio, non è un lavoro, non devi fare qualcosa per gli altri, devi fare qualcosa con gli altri e ti assicuro che prenderai molto più tu. Non ti chiedo di fare qualcosa di specifico, ti chiedo cosa piace a te fare? Cos'è una cosa bella che fai durante la settimana? Vado a passeggiare a San Luca due volte alla settimana, vado... al museo una volta la settimana... beh in queste cose belle che ti piacciono tanto, ti va di portare con te un persona? È la cosa che puoi fare di più per loro, farli entrare in qualcosa di bello tuo. Loro poi danno indietro delle cose enormi, come tutte le persone che hanno ospitato anche solo per un pranzo, per una cena dei... ragazzi che abbiamo accompagnato a fare quest'esperienza... sono ancora carichi della bellezza che loro lasciano. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Ciò che avviene "fuori", nella vita di tutti i giorni, per gli ideatori di questo tipo di terapia è così importante da decidere di coinvolgere un buon numero di volontari che permetta a tutti i pazienti in carico di realizzare anche attività esternamente, adeguate ai loro bisogni. Ancora una volta si nota quanto la creazione di legami possa essere significativa nella vita delle persone, soprattutto per chi non ha una rete sociale consolidata nel territorio in cui abita. Offrire quindi degli strumenti per promuovere un ambiente accogliente e di sostegno che permeino la quotidianità di persone in condizioni di fragilità è un elemento di grande aiuto. Il fare rete può quindi fare la differenza:

Può aiutare il lavoro di rete, di rete interna, quindi... collaborazione tra noi, lo psichiatra abbiamo anche F. questo psichiatra quindi, rete interna ma anche rete esterna, c'è noi abbiamo dei casi che filano meglio,

sono quelli in cui c'è una buona collaborazione anche con le strutture di accoglienza, con le assistenti sociali, con gli avvocati, non so tutte queste persone che ruotano attorno al paziente per creare rete di gruppo intorno... quindi non dobbiamo essere isole, ognuno fa il suo, dobbiamo collegarci e a volte questo è possibile, altre volte non lo è... per diversi motivi, quando non lo è le cose si complicano. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

La cooperazione, per nulla scontata, fra i diversi attori che vengono coinvolti nel percorso di cura di persone con difficoltà a livello psichico, è un elemento che permette di rafforzare enormemente il raggio d'azione del singolo servizio o della singola associazione: quanto più si può trovare il sostegno di altre realtà, che puntino nella stessa direzione di chi è titolare del percorso terapeutico vero e proprio, quanto più il paziente avrà a disposizione maggiori risorse, possibilità di crescita e stabilizzazione. Il fatto per esempio di poter collaborare con gli operatori delle strutture di provenienza dei pazienti, come abbiamo già visto in diverse occasioni, può fare la differenza, in quanto permette di poter rendere l'intervento continuativo, pur se sotto diverse forme, e di avere una visione più ampia e più sfaccettata della persona in carico. Un altro esempio può essere quello della collaborazione con gli avvocati che seguono le pratiche legali relative al permesso di soggiorno: come in vari hanno testimoniato, una pratica diffusa è il rilascio di certificazioni che attestino difficoltà psicologiche da presentare in commissione o in sede di rinnovo del permesso di soggiorno. Pur non essendo documenti che determinino l'esito positivo della richiesta del documento, possono comunque costituire un elemento in più a favore di chi ne fa richiesta. Abbiamo visto anche quanto l'ottenimento dei documenti incida sullo stato di salute di chi emigra.

Un ultimo elemento che emerge dalle parole degli intervistati, che aiuta nel portare avanti l'intervento terapeutico, è la necessità di formazione del personale che lavora in questo ambito, senza la quale irrimediabilmente si compiono errori anche gravi a volte:

Insomma [è necessario] cercare un poco di conoscere le culture degli altri... un po'... per non commettere degli equivoci per non commettere degli errori, errori ne facciamo lo stesso però commetterli il meno possibile insomma in sostanza e come che ne so banalmente all'inizio almeno di ascoltare e dare la mano ad una donna mussulmana e poi ho capito che era meglio non darla che è una stupidaggine però se questo blocca la relazione è meglio che io non lo faccia... quindi la formazione per me è una cosa fondamentale. Formarsi... con i corsi con le letture con approfondire dei temi... c'è sempre un intreccio di tipo sociale e culturale nelle situazioni però sapere un poco di come gli altri vivono di come gli altri non necessariamente noi siamo quelli che vivono nella maniera giusta, insomma... per toglierci dalla mente questo fatto che noi siamo nel giusto e gli altri no... per esempio... (7, psichiatra, CSM)

Il classico e terribile errore, forse il più grave che si possa commettere, è appunto il pensarsi superiori agli altri, ad esponenti di altre culture, modi di fare, di relazionarsi, di pensare, di concepire la malattia, di interpretare le sintomatologie. Tanto che come sostiene Beneduce

Guardare alla storia della psichiatria ci offre però un'opportunità ulteriore: riconoscere impreviste continuità fra lo sguardo o le categorie diagnostiche utilizzate dagli psichiatri in epoca coloniale e le attitudini adottate (ancor) oggi da molti operatori nei confronti dei pazienti immigrati, fra le politiche dell'alterità che hanno scandito negli scorsi decenni il rapporto con il 'folle' o il 'criminale' delle colonie

e quelle che ricorrono oggi nei discorsi di medici, assistenti sociali e altre figure professionali quando parlano dello straniero (paziente, rifugiato o imputato che sia)¹³⁰.

Distanziarsi da questo tipo di pensiero è il presupposto fondamentale per operare in maniera proficua seguendo un approccio etnoclinico, per il quale appunto è necessario mettere in discussione il proprio punto di vista in certi casi limitante. Le competenze necessarie sono però anche altre:

Conoscere... e... gli aspetti, quali sono gli aspetti peculiari della psicotraumatologia, conoscere qual è l'aspetto... dove nascono questi traumi, dov'è l'aspetto politico, c'è...dove... quindi conoscere la storia dei paesi di provenienza, e... quindi.. calare... il trauma nel contesto e questo può servire anche per ridare un senso a quello che le persone hanno vissuto, quindi può essere molto utile anche da un punto di vista della... terapeutico, e... può dare strumenti il conoscere queste cose, può dare... conoscere quali possono essere dei metodi di cura... dei modi per curare le persone... (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Non basta avere un approccio aperto e rispettoso nei confronti della diversità, ma è necessario avere anche competenze specifiche nell'ambito della psicotraumatologia, in quanto, come ripetuto più volte, spesso i pazienti sono stati sottoposti a traumi, da quelli più estremi al trauma che di per sé la migrazione comporta. Saper dunque destreggiare tecniche di gestione e metabolizzazione del trauma diventa un requisito imprescindibile. L'intervistato aggiunge però anche un altro aspetto che concorre nel facilitare buoni percorsi di presa in carico:

Prestare attenzione a una... a... a quello che è un dispositivo anche di accoglienza, a come si costruisce un dispositivo di accoglienza, che ne so, anche il... il fare... il fatto che per vari motivi in passato e anche e anche oggi sono... favoriti dei centri molto numerosi numericamente, no?... con numeri molto alti... dentro un centro 300 persone, 400 persone, e... oltre a... chi ha studiato questi... da un punto di vista economico anche questi centri... ha visto l'antieconomicità, e quindi anche il fatto che non... non sono economici come sembra, come sembrano, ma sarebbero più virtuosi dei centri piccoli, e... ma anche soprattutto da un punto di vista della cura, dei rapporti personali eccetera, i centri piccoli possono funzionare meglio, quindi una... un'accoglienza diffusa piuttosto che concentrata. Quindi, la... l'attenzione alla... a queste persone passa quindi attraverso lo specifico del percorso... terapeutico, ma, ma anche attraverso... le caratteristiche di un sistema di accoglienza, e anche attraverso le caratteristiche di un sistema legislativo e giuridico, che può... decidere come... come accoglierli, e anche attraverso ancora di più, attraverso un sistema che può dire li respingo e non li faccio entrare, piuttosto che... quindi sono veramente tante le variabili da... da un livello... mini... di cura... a un livello di... di accoglienza interna, da un livello di accoglienza dei centri, a un livello... di accoglienza nazionale... e un livello poi geopolitico invece più globale, insomma, sono, sono tanti i fattori che condizionano... la... la patologia, questo tipo di patologia. E anche l'esito ovviamente quindi il... il poterne uscire o meno. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

L'accoglienza torna dunque a essere un elemento che fa la differenza anche nel percorso di presa in carico psichica delle persone immigrate, per gli effetti sulla salute già evidenziati in precedenza. L'intervistato propone qui dei dispositivi d'accoglienza più a misura d'uomo, in cui sia possibile dare attenzione alle persone in quanto tali, in contrapposizione con strutture che ospitano grandi numeri di persone che rischiano di diventare solo dei numeri, di non essere tutelate a sufficienza e,

¹³⁰ Beneduce R., *L'etnopsichiatria della migrazione fra eredità coloniale e politiche della differenza*, Social Anthropology, 1999, p. 5.

soprattutto, di non garantire quelle condizioni minime in cui gli individui possano sentirsi protetti e al sicuro, mettendo quindi a repentaglio ulteriormente la loro salute psichica.

Prima di concludere, si vorrebbe lasciare al lettore un'ultima riflessione: perché il percorso di presa in carico sia positivo, quanto è necessario che la voglia, il bisogno di curarsi parta da chi soffre di malesseri a livello psichico, o quanto invece può avere senso che vi siano figure terze a spingere queste persone al trattamento di questa parte nascosta di sé? Non è ovviamente possibile generalizzare, e non si dispone di elementi a sufficienza per dare risposta a questo quesito, ma si ritiene interessante portare ancora qualche considerazione, usando ancora una volta le parole di una degli intervistati:

Di solito per esempio parlo della generalità ehm... gli operatori che vedono che lavorano con queste persone sono loro che ci contattano e poi anche lì dobbiamo veramente fare un'analisi della domanda per capire chi è in difficoltà se è l'operatore che è angosciato perché ci sono delle situazioni veramente tremende di sofferenza... Oppure se una persona sta proprio male e accetta perché non è detto che si possa costruire un modo per fare che quella persona venga e faccia un percorso psicologico... per cui... non sono lunghissimi i percorsi e... vengono... a volte con tante difficoltà... si dimenticano l'appuntamento... insomma... non è semplice non è semplice e la difficoltà è ha a che vedere con tantissime cose che vanno oltre la capacità per una persona di domandare aiuto. Quindi a volte si tratta di aiutare le istituzioni no? A portare quella persona verso una domanda... [...] Investiamo molto in quello che chiamiamo i colloqui preliminari anche con il terzo inviante con l'operatore uhm? Per vedere se e come questa persona può mantenere o se è il caso che venga no? A volte ci è successo erano più gli operatori no? Ad essere angosciati e preoccupati...(1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

In particolare per quanto riguarda i contesti di accoglienza strutturata, in cui ci sono delle figure assunte appositamente per prendersi cura dei beneficiari, per permettere loro il miglior inserimento possibile nella società, il tema di chi sia realmente interessato al percorso terapeutico è più che mai centrale. Ci sono occasioni in cui infatti è l'angoscia degli operatori a determinare l'inizio di una presa in carico, ma è importante riconoscere quei casi in cui aldilà delle delicate emozioni provate da chi quotidianamente ha a che fare con situazioni complesse e storie di vita drammatiche, intraprendere un percorso di cura può avere significati diversi per i vari attori in scena: comprendere dunque le necessità di tutti e dare una risposta ai loro bisogni, prestando attenzione a far rimanere le persone con difficoltà psichiche i veri e unici "titolari della propria esistenza", come diceva lo psicoterapeuta di Approdi, risulta quindi essere un processo complesso e costellato di difficoltà che vale però la pena intraprendere.

Nel prossimo capitolo approfondiremo il tema dello stato di salute non più dei pazienti, ma dei terapeuti. Cambiare prospettiva ci permetterà di considerare questa tematica così complessa in un'altra delle sue numerose sfaccettature, percependo nuovi dettagli ed elementi che compongono questi percorsi e le persone che ne prendono parte.

7. La salute degli operatori

Alla luce di quanto visto finora, possiamo affermare con certezza che il lavoro di presa in carico di persone immigrate con sofferenza psichica espone le figure professionali di riferimento a difficoltà correlate alla gestione della relazione, del percorso terapeutico che ha caratteristiche estremamente specifiche e, aspetto particolarmente importante, alla gestione delle emozioni che scaturiscono dall'incontro con persone e storie di vita complesse e in molti casi drammatiche. Come sostenuto in uno studio realizzato dal Bologna Transcultural Psychiatric Team, un elemento che influisce negativamente sulla salute degli operatori (nel caso specifico si fa riferimento agli operatori dell'accoglienza, ma è un discorso per certi versi espandibile ad altre professioni che entrano quotidianamente in contatto con lo stesso tipo di utenza) sono le difficoltà relazionali dei rifugiati, che si ripercuotono nella relazione d'aiuto rendendo così i lavoratori esposti a rischio di burnout o ad altri disturbi psichiatrici minori¹³¹. È quindi necessario che vengano realizzate attività di supervisione e formazioni con l'obiettivo di tutelare i professionisti che lavorano in questo ambito dall'eccessivo carico emotivo e dallo stress, fattori che rischiano di avere conseguenze negative sulla loro stessa salute. Avere gli strumenti per gestire il malessere che i pazienti manifestano, come abbiamo visto in maniera spesso distante dalle modalità del "paziente tradizionale", è fondamentale per garantire alle équipes di presa in carico psicoterapeutica o psichiatrica di mantenere un buon livello di benessere personale. Sempre lo stesso studio ha inoltre evidenziato alcuni dei principali rischi insiti nella relazione d'aiuto utente-operatore: un primo aspetto risiede nel vuoto narrativo e relazionale che colui che è stato sottoposto a traumi gravi riproduce per salvaguardare la propria integrità psichica, aspetto che rischia di mettere in difficoltà quel professionista non adeguatamente formato per cogliere le motivazioni sottostanti a quel vuoto e saperlo gestire; un secondo aspetto, molto comune poiché proprio della natura umana, ha a che fare con il contatto con i vissuti dolorosi dei pazienti, che può avere due modalità di risposta diverse. La prima ipotesi è quella di movimenti identificatori che tolgono lucidità all'intervento e stabilità dal punto di vista emotivo dell'operatore, l'ipotesi opposta è che invece la risposta sia di un'eccessiva freddezza e distacco in quanto l'obiettivo è quello di difendersi da sentimenti controntransferali impregnati d'angoscia¹³². Partendo dal presupposto che nessuna di queste due strade può portare a esiti positivi, andiamo ora a vedere quali sono le strategie utilizzate dagli intervistati per affrontare difficoltà di questo genere.

¹³¹ Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, cit., p. 235.

¹³² *Ivi*, p. 239.

Prima di analizzare le strategie adottate dai vari intervistati, vorrei fare una premessa tecnica: ai narratori è stato richiesto di raccontare un episodio che li avesse colpiti emotivamente in maniera particolare e i successivi sviluppi della situazione. Per questioni di spazio si riporteranno in questa sede principalmente le emozioni negative provate dagli intervistati a causa dei racconti e delle reazioni dei propri pazienti, focalizzandosi principalmente sulla seconda parte dei loro racconti, ovvero quella relativa alle azioni intraprese per gestire una circostanza difficile, senza necessariamente entrare nel merito di quale fosse l'episodio che ha determinato quel genere di risposta nel lavoratore. Sarà così possibile trovare una connessione più diretta con gli aspetti teorici già evidenziati in particolare nel secondo capitolo di questo elaborato.

Un primo elemento da sottolineare è che, facendo riferimento a tutte le interviste realizzate, vi sono modalità di fronteggiare le difficoltà estremamente ricorrenti e altre strategie invece molto più personali e legate ad approcci specifici, riferimenti teorici o modalità soggettive di relazionarsi con i pazienti e con quanto avviene nel corso dei colloqui. Partiamo dalle strategie più ricorrenti per passare poi a quelle più distintive di singoli soggetti o piccoli gruppi.

7.1. Supervisione ed équipe come strategie protettive

L'aspetto che tutti gli intervistati hanno citato è la possibilità di fare ricorso a supervisioni e/o riunioni d'équipe. Le differenze riscontrate hanno però a che fare con l'accezione che i narratori di volta in volta hanno dato a supervisione ed équipe, l'uso che nel contesto di provenienza se ne fa, il diverso significato attribuito a équipe e supervisione.

Vediamo dei primi esempi in cui al termine supervisione si è data un'accezione di sostegno ai componenti dell'équipe offerto per mezzo dell'intervento di un esperto esterno che, presenziando e conducendo questo tipo di incontri, permette a psichiatri e psicoterapeuti di esporre al gruppo i propri vissuti, le eventuali difficoltà riscontrate nel corso del proprio lavoro, in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento emotivo che scaturisce dall'ascolto di storie drammatiche:

Abbiamo degli incontri di supervisione dove, oltre all'aspetto... anzi lì entra nell'aspetto clinico anche dover affrontare degli aspetti... quello che abbiamo vissuto oltre a essere... poter essere trattato, per noi... degli aspetti emotivi più intensi, per essere condivisi e anche disciolti, possono essere uno strumento importante nella cura. (10, psichiatra e psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Noi abbiamo le nostre riunioni di équipe, una volta al mese, che chiamiamo supervisioni, e... proprio perché quello è il nostro spazio dove quindi... non solo ragionare sui casi quando abbiamo dei dubbi su come affrontarli eccetera, ma anche portare il nostro vissuto emotivo, dividerlo e lavorarci con il resto delle persone, quello è il nostro spazio di protezione. (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

A Ferite Invisibili chiaramente essendo una cosa delicata facciamo una volta al mese supervisione dove viene un supervisore psichiatra quindi un clinico però noi facciamo una supervisione organizzativa, clinica e motivazionale. Uhm? lavoriamo su questi tre piani, in una mattinata. La parte organizzativa

generalmente la gestisco io, mentre quella poi clinica o più specifica tecnico scientifica a seconda di quello che c'è la gestisce M. che è il nostro psichiatra supervisore. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Come si legge dalle varie testimonianze di coloro che lavorano a diverso titolo presso Ferite Invisibili, all'interno dell'organizzazione sono previsti dei momenti mensili di supervisione che tocca diversi aspetti, come ci fa notare il coordinatore dell'area sanitaria: quelli organizzativi, quelli motivazionali e quelli clinici. Questi ultimi ci interessano maggiormente, in quanto rappresentano quel luogo in cui i professionisti del progetto possono “disciogliere i nuclei emotivi più intensi”, come afferma lo psichiatra, e in cui si può trovare protezione. Non è però l'unico servizio a prevedere momenti come questo:

Noi abbiamo costantemente dei momenti di supervisione, intervizione, e anche con persone che vengono da fuori per farci dei momenti di supervisione, perché il contagio emotivo e ciò che ci portiamo addosso dopo questi incontri è tantissimo. Quindi bisogna lavorare molto bene in questo senso, perché a volte non ce ne accorgiamo ma abbiamo addosso delle cose enormi, quindi metterle subito fuori, comunicarle, capirle, trasformarle... questo vale per tutti ma soprattutto per gli operatori che sono a contatto con questa cosa quotidianamente e non lo sanno, infatti c'è un burnout pazzesco. Noi ci vediamo una volta ogni 15 giorni con delle supervisioni lunghe, tutto il gruppo per più di due ore. (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi)

Anche all'interno di Approdi è dunque possibile chiedere supporto in un momento espressamente dedicato al supporto psicologico e clinico di chi porta avanti il suo servizio quotidianamente. È significativa l'attenzione che l'intervistato ripone nei confronti di questo strumento, riconoscendo quanto sia importante avere a disposizione degli spazi in cui “mettersi a nudo”, parlare di sé e delle emozioni provate che rischiano altrimenti di sommergere l'individuo e di non permettergli più di realizzare il proprio lavoro in maniera efficace, oltre che rischiare di causare danni anche gravi alla salute del professionista. La supervisione viene però concepita in maniera anche molto diversa:

È meglio se noi come terapeuti abbiamo già fatto una analisi per capire anche i nostri punti no? La nostra soggettività e quindi... e anche perché perché è impossibile che questo succede che le persone ci parlino di cose di cose e che ci parlino dell'angoscia e questo è diciamo il nostro materiale lavoriamo con questo. Per cui e... un'analisi sicuramente aiuta o offre la possibilità di un'analista di un terapeuta di potersi posizionare un po' meglio in questa situazione nulla vieta che poi se uno perché siamo esseri umani no? Scivola può fare una supervisione può fare un controllo e nel caso veda che cioè non è in grado di sostenere quel ruolo lì lo può inviare da un altro terapeuta (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

In questo caso la supervisione è infatti un dispositivo di cui lo psicoterapeuta può disporre in caso di grande necessità, in quei momenti più critici in cui si ritiene di aver bisogno di un supporto esterno per sbloccare una situazione in cui da solo rischierebbe di andare nella direzione sbagliata. Si sottolinea però che i dispositivi clinici non direttamente legati al servizio in cui ci si inserisce sono strettamente collegati all'orientamento teorico dello psicoterapeuta, in questo caso per esempio l'intervistata si dichiara lacaniana.

Un aspetto emblematico è il fatto che sono stati vari gli intervistati a non aver parlato di momenti di supervisione vera e propria, ma solo di équipes in cui è possibile confrontarsi e sostenersi a vicenda, senza però che sia presente un esperto esterno capace di offrire uno sguardo “terzo”. Questo dato non è però da considerarsi assoluto, in quanto, avendo realizzato unicamente interviste di tipo dialogico e avendo quindi cercato di lasciare libertà nel racconto agli intervistati, offrendo solo alcuni stimoli di tipo prevalentemente esperienziale, è possibile che alcuni degli intervistati non si siano soffermati sul racconto di specifiche strategie di protezione usate nei loro servizi di riferimento e che quindi la panoramica qui esposta non sia esaustiva.

L'équipe è stata raccontata principalmente come momento legato a quegli episodi emotivamente faticosi, nella consapevolezza che potesse essere usato come strumento per trovare un confronto (e in certi casi anche conforto) con i colleghi, per trovare modalità di azione diverse in quei casi che mettono più in difficoltà chi ci ha a che fare:

Ci sono anche dei momenti formali in cui, in caso di bisogno si può condividere, dei momenti di difficoltà... Lo spazio del gruppo clinico, lo spazio del gruppo è quello. Lo spazio del gruppo clinico ha anche questo... questo scopo. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Si può quindi cogliere l'esigenza di confrontarsi, e la consapevolezza di quanto possa aiutare la possibilità di portare, all'interno di un gruppo allargato come può essere quello che in questo caso viene definito il “gruppo clinico” (che si differenzia dal gruppo formazione, nel caso dell'Associazione DiverSa/Mente), dei percorsi terapeutici che stanno mettendo in difficoltà chi ci lavora, per i motivi più svariati: un coinvolgimento emotivo troppo forte da parte del terapeuta, fatica ad entrare in relazione o ad agganciare il paziente, complessità della situazione sotto molteplici punti di vista, casi troppo gravi, eccetera eccetera. Vediamo una testimonianza in cui si intrecciano diversi aspetti:

Una volta al mese c'è la riunione di équipes, l'équipe di cui ti parlavo prima... [...] l'ultima volta che mi ricordo, che è stata la riunione di équipes, ci siamo... ci siamo... la riunione di équipes quella grande di cui ti dicevo prima, ci siamo incontrati... inizia alle tre, quindi io sono arrivato qua un po' prima, alle 2.30, 2.45, pian piano sono arrivati anche tutti gli altri, abbiamo fatto la riunione di équipes, in cui si è parlato... (silenzio) dunque... abbiamo parlato... beh un po' come tutte le riunioni di équipes abbiamo visto quali erano i pazienti che ci avevano inviato i medici, abbiamo letto le schede di invio, e ci siamo... abbiamo deciso di vedere... quali psicoterapeuti avrebbero visto quei pazienti, e... poi abbiamo discusso di cose organizzative, tipo che la prossima riunione di équipes la dobbiamo dedicare... a organizzare un'intervista per radio... qualcosa... radio... non mi ricordo, però una radio che ci ha proposto di fare un'intervista, quindi decideremo insieme cosa dire, chi ci va, chi farà... chi... eh... e quella dopo invece ancora... abbiamo parlato, del fatto che la riunione di gennaio la dobbiamo dedicare a, invece, a... come si dice... a una formazio... a organizzare un incontro di formazione degli psicologi per i medici, per i nostri medici, perché a volte i nostri medici sono in difficoltà quando vedono pazienti che hanno bisogno di un supporto psicologico, su come gestire... l'invio... ma insomma qualunque cosa, quindi, diciamo un incontro di questo tipo... poi c'è stata una psichiatra, a proposito di aneddoti, che ha chiesto cinque minuti per parlare... della sua ultima... giornata a proposito di giornata lavorativa, della sua ultima giornata lavorativa in Sokos. Quindi questa nostra collega psichiatra... aveva visto tre pazienti particolarmente difficili, che le avevano... l'avevano un po'... come posso dire... provata... e quindi si è un po' sfogata raccontandoci... questi... questi tre casi. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Possiamo notare in questo caso quanto l'équipe possa avere funzioni diverse sulla base delle esigenze dei partecipanti e degli impegni programmati dal servizio. Nell'esempio appena visto l'équipe si ritrova a discutere e a confrontarsi sul lavoro da svolgere. In primo luogo è un momento delicato in quanto si visionano per la prima volta le domande di presa in carico che i medici hanno inoltrato all'équipe psicologica, delicato perché si ha un primo approccio con la storia del futuro paziente, si dà una prima valutazione sommaria e si decide chi all'interno del gruppo si occuperà di prendere in carico quella persona specifica. Un secondo aspetto significativo è quello legato all'organizzazione di eventi, dal quale si deduce un interesse a non limitare il proprio intervento a una semplice presa in carico psicoterapeutica dei pazienti, ma vi è un tentativo di ampliare gli orizzonti. Infine, ritornando all'ambito che qui più ci interessa, come possiamo vedere dal racconto dello psicologo è possibile, per i partecipanti, parlare di come stanno, di quanto gli è accaduto mentre lavoravano, e, in caso di necessità, chiedere aiuto agli altri componenti dell'équipe. Un'altra intervistata riporta un esempio di un collega che ha utilizzato l'équipe mensile per condividere un problema riscontrato:

Facciamo un'équipe mensile, in cui possiamo portare... però siamo sia... tutti quelli di Casper, quindi sia... mediatori, operatori, tutti quanti. Si può parlare dei casi, mi è capitato che qualcuno parlasse di casi un po' più particolari, perché anche un mediatore a volte tipo... nella scorsa équipe che ho partecipato un mediatore stava facendo molta fatica a sganciarsi da un... no era un non un mediatore, si faceva sia da educatore sia da mediatore, aveva due ruoli diversi in contesti diversi e lui faceva molta fatica a sganciarsi da un caso, perché... non riusciva a dire basta, c'è abbiamo fatto quello che dovevamo fare e il progetto è finito... il mio lavoro è finito e invece continuava a essere chiamato e lui continuava a rispondere, sicuramente c'erano delle parti di sé e... però sì abbiamo dei momenti di confronto e adesso dovremmo iniziare ad avere anche dei momenti di confronto degli operatori Casper ma di Dolce, solo di Dolce, e quindi un'ulteriore équipe, però un po' internos, quindi sì, ci sono dei momenti di confronto. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

L'équipe può dunque avere plurime funzioni, un aspetto da non tralasciare è appunto quello di condivisione di casi più particolari con cui si ha avuto a che fare: dal confronto possono nascere nuove idee e proposte di strategie per gestire situazioni che da soli si fatica a prendere in carico, il confronto apre anche alla possibilità di ascoltare punti di vista esterni rispetto a ciò che il singolo sta vivendo in prima persona, elemento che può sempre risultare utile in particolare se il diretto interessato è particolarmente coinvolto, a livello emotivo ma non solo. Un ulteriore aspetto da sottolineare è che il lavoro dello psicoterapeuta, pur essendo in molti di questi servizi inseriti in setting terapeutici non tradizionali, ovvero paziente-terapeuta, è una professione che principalmente si svolge in solitudine. Abbiamo visto che spesso c'è la possibilità di strutturare delle coterapie, di formare delle mini équipe composte da diverse figure (psicoterapeuta, antropologo, mediatore...), ma ciò non toglie che ognuno ricopra un ruolo piuttosto diverso e che ciò implichi maggiore responsabilità a carico del singolo, unico esperto in quel settore specifico. Ancora di più quindi è

importante che vi siano dei momenti di riflessione sul lavoro svolto, di condivisione di perplessità o difficoltà. Tutto ciò avviene anche in un contesto ospedaliero:

[Di una paziente] ne parlavamo da una parte con i colleghi anche perché se poi io non c'ero ci poteva essere bisogno di un mio collega o anche di un'infermiera che intervenisse. Ma questo fa parte della cultura del servizio... come dire... i casi più complicati si affrontano, si discutono, si raccontano ci si confronta insieme tutti quanti nelle riunioni di équipe. Quindi un po' tutti sapevano di questa qua anche perché la situazione di questa paziente... e anche lì quello che cosa facciamo, cosa non facciamo era un po' condiviso con gli altri colleghi, con gli infermieri, con l'équipe... non ero da solo a decidere... (7, psichiatra, CSM)

Da quanto letto emerge come prassi il fatto di mettere in comune quei casi clinici che risultano essere più complessi, in modo da non lasciare in solitudine una persona per quanto riguarda le decisioni da prendere, dal punto di vista clinico a maggior ragione. Poter fare riferimento a un gruppo che procede in un'unica direzione, apre spazi importanti di ascolto e dialogo sui temi più scottanti, in modo da trovare procedure condivise. La condivisione di casi specifici non si ha solo nei casi che mettono più in difficoltà lo psicoterapeuta, ma anche in quelli più stimolanti:

L'ho detto il gruppo clinico per esempio è uno spazio che chiamiamo uno spazio terzo no? Uno spazio in cui possiamo portare queste cose... io in particolare questo non l'ho portato ho portato altri casi ma... uno lo può portare intanto perché uno... non capisce o perché uno si sente in difficoltà oppure perché uno dice c'è una questione clinica che mi interessa molto no? E quindi il gruppo clinico è uno spazio terzo che ti dà la possibilità no? Anche di poter... uhm... approfondire certe cose? Poter lavorare insieme... uhm... e quindi la presenza o la possibilità di portare questo o tanto altro è di grande aiuto... (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Il fatto di poter approfondire all'interno del gruppo casi o elementi specifici è una grande ricchezza, in quanto permette di acquisire maggiori competenze e di progredire nei percorsi intrapresi. L'aspetto del confronto è una tematica molto ricorrente, che si ritrova anche in momenti diversi rispetto a quelli dell'équipe o della supervisione. Vediamoli nel prossimo paragrafo.

7.2. Confronto con i colleghi come strategia protettiva

Da quanto raccontato dagli intervistati, emerge che vi siano diversi momenti in cui avvenga un confronto fra coloro che lavorano all'interno di un servizio, in maniera più o meno strutturata e sistematica. Come gli strumenti precedentemente analizzati, è chiaro che anche la possibilità di fermarsi dopo i colloqui con i pazienti o comunque sapere di poter fare riferimento ai colleghi per un confronto più continuativo su quanto avvenuto nel corso della terapia, può avere una funzione protettiva significativa. Vediamone alcuni esempi:

Noi siamo in due e quindi anche tra di noi... senza aspettare la riunione mensile ci parliamo molto, quindi ci autoconteniamo, nel senso reciprocamente... se c'è qualcosa che ci colpisce in particolare... (8, psicologa psicoterapeuta, Ferite Invisibili)

Il termine auto-contenimento è molto evocativo in un contesto di questo tipo, in quanto sta a indicare un tipo di relazione con la collega di lavoro, in questo caso specifico, che le permette di condividere il carico emotivo, il peso che può derivare da una professione di questo genere. È significativo che questo pensiero sia piuttosto ricorrente, e che rappresenti un punto d'appiglio per la maggior parte delle persone ascoltate. Un altro intervistato afferma infatti che trova sollievo, riferendosi a un episodio emotivamente forte di cui ha appena parlato, “nel parlarne con i colleghi, con... i colleghi e gli altri operatori del servizio, soprattutto questo” (10, psichiatra e psicoterapeuta, *Ferite Invisibili*). La condivisione e il confronto volta per volta sembrano quindi essere una delle strategie protettive più efficaci:

Ci sono dei momenti di confronto e poi io e l'altra psicologa ci sentiamo e anche tra di noi ci... perché è un po' diverso il lavoro che facciamo noi rispetto il lavoro che fanno gli altri [operatori, mediatori, antropologi...], e quindi... ci facciamo delle... degli incontri, però io sono fortunata, tipo S. [l'altra psicologa] che lavora invece più da sola, in modo... e in una situazione di più vulnerabilità probabilmente, io invece essendo nell'équipe con R. [collega dell'intervistata], c'è comunque condivido sempre le responsabilità e per me forse è un pochino più facile questo. (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Il confronto e la condivisione di responsabilità sui casi seguiti permettono dunque di affrontare più serenamente un carico di lavoro che rischierebbe se no di sopraffare colui o colei che deve occuparsene. Questa possibilità ha tanto più senso quanto più è continuativa: “dopo ogni sessione di incontri ci fermiamo a parlarne un po'” (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi). Dedicare del tempo dopo ogni incontro è sicuramente un impegno consistente, in quanto bisogna prevedere delle tempistiche che tengano in considerazione non solo il vero e proprio colloquio con il paziente ma anche un secondo momento di riflessione su quanto ascoltato e su quanto avvenuto durante lo stesso. A livello organizzativo e logistico è quindi un aspetto non indifferente, ma ha senso nella misura in cui permette di proteggere i lavoratori da stress elevato. Poter confrontarsi anche all'interno di un'équipe multidisciplinare, caratteristica rappresentativa dei servizi analizzati, diminuisce i rischi legati all'ipercoinvolgimento e all'ansia dei professionisti: l'entità delle problematiche affrontate e i problemi relativi alla decodifica dei bisogni espressi dal paziente potrebbero altrimenti sovrastare il lavoratore che se ne dovesse occupare senza alcun tipo di affiancamento¹³³. Un'ulteriore testimonianza ci sta a indicare quanto questa accortezza sia fondamentale in questo tipo di lavoro:

La supervisione è una cosa importante e poi facciamo il debriefing cioè praticamente subito dopo ogni adesso non so con che frequenza però in genere si cerca di di... di analizzare quello che è stato fatto, le strategie fatte, quando possiamo facciamo in modo ci sia la coterapia cioè non è la terapia di uno ad uno,

¹³³ Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, cit., p. 237.

quindi insieme ad altre persone. Con i mediatori si fa il debriefing è molto forte. Quindi curiamo diciamo questi aspetti anche costanti proprio per mantenere la salute di tutti in maniera adeguata. Quindi supervisione e debriefing sono questi i due punti forti. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Nel debriefing, come qui viene definito, è importante coinvolgere tutti coloro che hanno lavorato sul caso, non solo gli psicoterapeuti. Questo permette di tutelare l'intera équipe, ripercorrendo le decisioni prese, le modalità utilizzate, il percorso già intrapreso e prevedendo quello ancora da intraprendere. Vediamo ora un esempio di un caso in cui non si sono riuscite ad adottare queste misure protettive poiché non c'è stata precedentemente una preparazione sufficiente rispetto a quanto sarebbe accaduto nel corso del colloquio, in modo da poter toccare con mano le conseguenze legate al non aver organizzato un tempo ad hoc dedicato agli operatori del servizio:

Un siriano, un ragazzo della Siria, ehm... come dice giovane della Siria e abbiamo fatto questo incontro, questa consultazione e... dove lui... e... ci ha raccontato quello che gli è successo ed è successo alla sua famiglia [tono di voce molto più basso] e... è stato una situazione molto difficile, dove siamo usciti tutti molto provati, tra le quali mediatrice che non era preparata a questa cosa, e lei ha sentito tutto il racconto nella sua lingua, e quindi anche come dire... in un modo più diretto. E... insomma ci abbiamo voluto un po' per riprenderci un po' tutti, ecco. Avremmo dovuto... avere delle strategie a disposizione per questo, ma... proprio per una questione di numeri, per una questione di spazi, per una questione... ci siamo trovati ad avere questo appuntamento in serata tardi alle sei, e... e quindi abbiamo finito alle sette e mezza e non c'era più tempo di fare niente, perché l'ideale doveva essere che dopo aver un tempo, almeno una mezz'ora, un quaranta minuti, in cui poter riparlare di quello che è successo, come ci si è sentiti, cioè... una condivisione è importante questa parte, forse più importante poi del... cioè di... dopo l'incontro in sé con la persona è una delle parti più importanti del lavoro, però purtroppo quando si lavora in prima linea a volte... non è poss... non ci sono i mezzi per poter fare questo. (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Un pomeriggio qualunque, è stato fissato un incontro che nessuno si aspettava sarebbe stato così emotivamente forte e di complessa gestione. Avendo colto tutti alla sprovvista, è mancato proprio quel momento di rilettura del colloquio imprescindibile per la salute degli operatori. Come dice l'intervistato, quello spazio dedicato al confronto è da considerarsi di importanza quasi pari all'incontro stesso con i pazienti. Una difficoltà che l'intervistato sottolinea è relativa al "lavorare in prima linea" e alla "mancanza di mezzi": è molto significativo che venga sottolineata una carenza relativa agli strumenti a disposizione per svolgere adeguatamente il proprio lavoro, in particolare per quanto riguarda la disponibilità di spazi adatti per sostenere un colloquio di questo genere, oltre che alla disponibilità di mediatori e dei vari componenti dell'équipe che seguono il caso. Si riconferma l'ipotesi, già accennata da altri intervistati in altri momenti, che il tipo di servizio di cui ci si sta occupando in questo elaborato sia ancora non del tutto valorizzato e sostenuto sotto molteplici punti di vista (dalla formazione, alla disponibilità di risorse economiche e logistiche, alla diffusione dei servizi, ecc.). Vediamo ora quali possono essere le conseguenze a volte anche pesanti legate a una mancata rielaborazione di incontri emotivamente forti, come è avvenuto in questo ultimo episodio raccontato. La mediatrice che seguiva il caso infatti non è stata esente dal forte impatto di quell'incontro e anche il tentativo fatto dallo psicoterapeuta di rielaborare quanto

accaduto non è andato a buon fine: “le abbiamo dato un appuntamento, nei giorni successivi, ma lei poi non si è presentata, non ha voluto più fare la mediatrice su quel caso...” (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2).

Vediamo ancora un altro esempio relativo a un colloquio in cui la paziente denuncia il fatto di aver subito violenza all'interno di una struttura di accoglienza, informazione che suscita ovviamente sentimenti molto forti a tutti i presenti in quel momento. La reazione, forse più impulsiva che ragionata, differentemente da quanto visto finora non è stata la tendenza a un confronto su quanto ascoltato (almeno nell'immediato, per quanto ne sappiamo), ma piuttosto si è manifestata la necessità di staccare completamente la testa, prendendosi un momento di pausa:

Ah poi eravamo usciti, ci eravamo presi una pausa dopo quel colloquio, tutti quanti, e abbiamo fatto aspettare il colloquio... forse quello, siamo andati fuori e abbiamo parlato di altro, ci siamo presi dieci minuti di pausa, perché è stato molto forte per tutti, anche perché c'è per tutti noi sembrava incredibile che dentro una struttura potesse accadere una cosa così... (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

La necessità di mettere uno tempo, seppur breve, in cui coloro che hanno ascoltato il racconto della donna potessero distanziarsi psicologicamente da quanto avvenuto, si dimostra un ulteriore tipo di strategia da utilizzare per proteggersi da storie di vita che rischiano di portare a un coinvolgimento emotivo troppo forte.

7.3. Altre strategie protettive

Un altro intervistato evidenzia che da parte sua gli strumenti di protezione utilizzati sono di diverso tipo, il confronto visto nel paragrafo precedente è solo uno di questi: “io mi do degli strumenti... che è appunto la formazione continua, e il confronto con gli altri...” (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2). La formazione qui citata è un elemento emerso in altre testimonianze, e che come abbiamo visto anche la letteratura sul tema è concorde nel considerarlo un fattore protettivo importante. Ecco un altro esempio, che si riferisce sia agli psicoterapeuti, sia ai mediatori:

Tra l'altro si è deciso che anche quando il paziente non viene, che può succedere, comunque noi paghiamo lo stesso il mediatore che rimane là con la psicologa che fa una formazione. Quindi curiamo diciamo questi aspetti anche costanti proprio per mantenere la salute di tutti in maniera adeguata. E poi, questo in particolare per le psicoterapeute loro fanno formazione di loro. Quindi devono essere costantemente tutelate anche in questo senso. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Come si evince dalle fonti bibliografiche consultate, la formazione è un fondamentale strumento di protezione, in particolare rispetto ai rischi di burnout di cui abbiamo parlato nel secondo capitolo. L'ente entro il quale si lavora ha la responsabilità di organizzare corsi di aggiornamento e formazione che permettano, grazie ai supporti teorici, la comprensione del proprio vissuto

quotidiano. È importante inoltre che le proposte non siano isolate ma che seguano invece una continuità temporale¹³⁴, tale da permettere al partecipante di seguire un filo conduttore, di avere a disposizione un momento in cui possa osservare “da fuori” quanto accade nei momenti di lavoro e valutare così i propri punti di forza e quelli di debolezza, prendendone atto e partendo da essi per eventualmente modificare il proprio comportamento in maniera da tutelarsi maggiormente, oltre che divenire più competente.

Altre strategie rilevate sono quelle relative alla cura di ambiti della propria vita personale, che possono avere ripercussioni positive su come si svolge il proprio lavoro, rafforzando la capacità di rimanere più centrati e saldi, oltre che più emotivamente stabili. Coltivare le proprie amicizie, dedicarsi ad altro nel tempo libero, avere la possibilità di appoggiarsi a figure esterne sono tutti elementi che sembrano sostenere chi svolge lavori di cura come quello dello psicoterapeuta o psichiatra. Ecco un primo esempio:

Insomma ho le mie cose personali, le mie... la mia formazione personale perché al di là del servizio la vita che faccio... Questo non vuol dire che a volte anch'io non esco affaticato... perché... non sono Superman, però, come dire... ho... ho le mie capacità insomma, proprio di... non proprio capacità mie come... ma... ho... le mie risorse, so a chi appellarmi, ho la mia rete di persone con cui... a cui chiedere se ho bisogno... (5, psicologo psicoterapeuta, Servizio di consultazione culturale/Start-ER 2)

Torna nuovamente il tema del confronto, della rete di persone a cui fare riferimento in caso di necessità, in questo caso non sono più però i colleghi ma altri soggetti esterni che fanno parte della cerchia protettiva di questo intervistato. Vediamo un'altra testimonianza in cui emerge la fatica relativa a una vita molto frenetica e che rischia di avere ripercussioni sulla salute dell'intervistata:

È proprio... la mia terapia personale e, il buon quindici per cento della terapia funzionava su questa direzione, cosa posso fare per me? In questo periodo in realtà sto facendo poco per me, perché, non tanto, perché a parte Casper c'è il lavoro da educatrice, c'è il tirocinio, c'è la scuola, e... e la giornata è finita! (risate) Arrivo a casa molto stanca, quindi... in questo periodo... ah prima avevo la casa, l'idea della casa [arredamento e modifiche strutturali di una casa appena acquistata], che... i risultati ci sono però mi ha preso via molto tempo, quindi spesso invece di dormire pensavo... e questa cosa c'è... mi alleggeriva... mi alleggeriva pensare all'arredamento... e forse questo era per me, adesso che mi è un po' passata l'idea della casa... sto uscendo un po'... sto un po' ritrovando le relazioni, quindi sto dedicando, sto cercando di ritagliare del tempo per vedere degli amici semplicemente, però non facciamo niente di ché, magari ci guardiamo un film... e io mi addormento (ride)... no questo, sto cercando di... avevo... faccio tante cose... e quando arrivo alla sera sono proprio stanca, c'è mi son resa conto che per molto tempo avevo accantonato anche le amicizie, perché non.. non ce la facevo a parlare, comunque anche... va beh figuriamoci le relazioni sentimentali, però le relazioni anche amicali comunque c'è... di base ci vuole un interesse e io... per un po' di tempo ero proprio stanca, quindi mi dedicavo alla casa che non... c'è che non c'era da parlare, non c'erano sentimenti, non c'erano emozioni, non mi dovevo interessare se volevo... se un giorno non ci pensavo non si offendeva (risate) era bellissimo! La mia vita era bellissima, però... questo ovviamente... si avevo tante relazioni al lavoro, pure troppe, e poi nel privato avevo messo un po' da parte perché era una fatica... e... adesso... in realtà sono un po' più leggera di prima, e quindi sto

¹³⁴ Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di burnout. Fattori di stress lavorativo negli operatori sociosanitari*, cit., pp. 123-124.

ricominciando a instau... c'è a... coltivare le relazioni, poi non c'è tempo per fare niente, vorrei fare dello sport... no vorrei fare dello sport non è proprio vero, però sarebbe bello (risate), dovrei fare dello sport... e... oppure mi piacerebbe fare un corso di fotografia... mi piacerebbe fare delle cose, ma non c'è tempo, c'è veramente faccio troppa roba. C'è... quando ho un giorno libero al lavoro faccio un altro lavoro, in più adesso ho iniziato alla Casa delle donne... c'ho i laboratori nelle scuole... (3, psicologa psicoterapeuta, Progetto Casper)

Da quanto letto si evince un sovraccarico relativo sia ai troppi impegni professionali della psicologa in questione, che sta ultimando un percorso di formazione che va ad aggiungersi a una giornata lavorativa già molto piena, sia relativo al contenuto relazionale ed emotivo di questi impegni: tutto ciò ha comportato un suo allontanamento da quelle persone che nella vita privata avrebbero potuto sostenerla e riportarla su una dimensione diversa da quella vissuta al lavoro, poiché considerate troppo faticose sul piano relazionale appunto. Si sottolinea quindi quanto un lavoro di questo tipo, soprattutto se in situazioni di appesantimento, possa portare a prosciugare le energie da dedicare al mettersi in comunicazione, in dialogo con l'altro, energie che implicano la presenza totale dell'individuo e che comportano uno sforzo non indifferente: questo accade poiché quelle forze emotive si dedicano unicamente ai pazienti (o ai colleghi) in un contesto di lavoro, andando così ad eliminare la possibilità di dedicarle ad altro o ad altri. È significativo leggere che l'intervistata preferiva dedicare quel poco tempo libero che le rimaneva ad un'attività che non andava a toccare una sfera emotiva e relazionale, come l'arredamento di una casa. Nella seconda parte dell'estratto dell'intervista, la psicoterapeuta sostiene però di aver in parte superato quel momento di forte appesantimento che non le permetteva di portare avanti relazioni amicali poiché già troppo sovraccaricata da tutte le relazioni che intercorrevano in ambito lavorativo. Questo le ha permesso di dedicarsi anche ad altro, in primis a recuperare quei rapporti di amicizia fino a quel momento trascurati, in secondo luogo ci sarebbe l'intenzione di occupare il proprio tempo libero con attività di sfogo (come lo sport) o di interesse personale (come il corso di fotografia), che rimangono ancora in seconda linea per mancanza di tempo. Infine, un ultimo elemento da sottolineare relativo a quanto dichiarato dall'intervistata, è che ciò di cui ha parlato era anche oggetto dell'analisi a cui lei stessa si era sottoposta nel percorso necessario per diventare psicoterapeuta. Questa analisi da compiere su se stessi viene ritenuta fondamentale anche da un'altra intervistata, che la identifica come principale strumento di protezione da quanto accade poi sul posto di lavoro:

Per i lacanianiani in generale ma non parlo del lavoro solo con i migranti parlo del lavoro con i pazienti se uno decide di... lavorare in questo ambito... deve sapere... che si confronterà con questioni grosse... perché la natura umana è molto complessa... quindi è meglio non è un obbligo però dal punto di vista etico è meglio aver già fatto un'analisi uhm... avere un po' analizzato no? Le sue questioni perché non risuonino o non si mettano di traverso nella terapia... questo sicuramente non dico che offra una difesa ma offre la possibilità... di trovarsi un po'... in una posizione migliore riguardo alla sofferenza umana uhm? Ora questo a volte non è una garanzia proprio perché siamo esseri umani però per i lacanianiani appunto ribadisco per ogni teoria è diversa e... ogni analista poi è invitato nel caso quando si vede in difficoltà quando c'è qualcosa che non capisce, quando si angoschia perché può succedere di andare da un controllore, da un supervisore e portare il caso e controllarlo. Diciamo questa è una questione anche che

ha a che vedere con l'etica no? Cioè perché sappiamo che prendere in carico vite umane può essere rischioso e quindi da una parte non dico che garantisca però aiuta molto l'analisi uhm... e dall'altra nel caso ma è meglio farlo comunque supervisionare i casi. No? Perché può succedere che a volte lo zampino si metta di traverso e uno no? Ti identifichi troppo ti angosci troppo... non va bene lavorare angosciati eh? Cioè anzi... no! Il paziente può angosciarsi però l'analista se si angoscia... ah! No? Cioè attenzione perché intervenire angosciati è un rischio... ora quando uno capisce che... può succedere che le cose gli stanno sfuggendo o è un caso difficile o è un caso rischioso o insomma uno capisce che lì c'è una sintonia rischiosa no? O si fa una supervisione in più o al limite uno può inviare il paziente da un'altra persona. (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

L'analisi personale, in particolare facendo riferimento alla corrente teorica dei lacaniani, a cui la psicoterapeuta appartiene, è da considerarsi sia uno strumento di protezione, sia un presupposto etico dal quale partire. Senza un'adeguata conoscenza di se stessi e dei propri meccanismi, non è infatti possibile svolgere un lavoro appropriato che permetta di entrare in contatto con le difficoltà altrui, con la sofferenza umana come l'intervistata l'ha definita, toccarla con mano senza venirne travolti in maniera eccessiva e inopportuna. È infatti errato che il professionista si lasci angosciare da quanto i pazienti gli raccontano, poiché rischia di non riuscire più a rappresentare quella figura che dovrebbe offrire stimoli e supporto in un percorso di guarigione e di crescita personale, sbloccando alcuni nuclei tematici o emotivi che stanno alla base della sofferenza. Allo stesso modo però, anche un'eccessiva distanza (abbiamo già visto anche dal punto di vista teorico quanto i due estremi possano essere entrambi non efficaci sul piano terapeutico) può rappresentare un fattore di rischio:

Il rischio delle difese è che uno rimanga troppo al di qua perché non vuole saper niente o perché è rischioso avvicinarsi alla natura umana... la difesa può essere un modo... per non voler saper niente della sofferenza umana no? Allora io mi monto la mia impalcatura e dico questa ricetta così per me no? Non soffro... non... dal punto di vista diciamo della direzione della cura non né una bella posizione no? Perché lì il problema è diciamo ecco... non possiamo lavorare con le ricette con gli esseri umani... perché poi si dimostrano cioè che non servono... perché è uno a uno... una persona ha una storia ha una vita una realtà dei sogni particolari dei problemi particolari... (1, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Quanto affermato è indicativo perché sottolinea quanto, per essere significativi nella relazione d'aiuto, sia necessario, pur senza cadere in eccessi, riuscire a entrare in relazione con il paziente, empatizzare con quest'ultimo e anche grazie alla relazione instaurata riuscire a proporre un percorso terapeutico efficace. A volte è necessario sforzarsi perché questo accada, è interessante il contributo di un intervistato che sostiene, a differenza di tutti gli altri, di doversi sforzare proprio per non usare degli strumenti di difesa, poiché il rischio è che altrimenti il suo lavoro divenga estremamente meccanico e privo di alcun tipo di coinvolgimento, arrivando quindi all'estremo opposto rispetto all'iper-coinvolgimento, che rimane pur sempre negativo:

Io personalmente però è una cosa proprio solo mia non... non... non mi difendo, anzi delle due proprio cerco di mettere mi sforzo di non difendermi cioè nel senso mi sforzo di mettere tutta la tecnica e le competenze che posso avere di metterle da parte perché è facilissimo difendersi con una tecnica con una competenza, ah questo è un caso di, allora si fa così... io invece almeno personalmente mi sforzo tanto di

pensare cioè di mettermi nei panni poi non ci riesco cioè nel senso che non è possibile più di tanto però di pensare questa persona davvero come un essere umano uguale a me che per qualche misteriosa ragione è nato dalla parte sbagliata ha vissuto delle esperienze che l'hanno costretto a sto viaggio incredibile arrivare qua e... per cui davvero mi sforzo di non metterci in mezzo la tecnica se no questo arriva cioè se io mi metto nei suoi panni cioè se io mi ritrovassi là e mi trovo davanti un dottore che.. "a tu devi fare così così così" cioè non hai capito niente, non mi sentirei capito per cui no, mi sforzo di non pensarci. Ehm... cioè di non pensare alla tecnica e di mettermi ne... cioè di empatizzare con questa persona... è una gran fatica, è una gran fatica. Perché ti porti le cose a casa però mi vien da dire è un po' il nostro lavoro, è un po' il lavoro degli psicoterapeuti se ci metti la tecnica in mezzo cioè non è che non sia importante la tecnica ma se ti difendi con quella roba lì non va bene. (4, psicologo psicoterapeuta, Associazione Sokos)

Distanziarsi dalla "tecnica e basta", in contrapposizione con quel tipo di medicina o psicoterapia che pensa di poter categorizzare nettamente malattie e disturbi, a cui dare risposte preconfezionate sulla base delle proprie conoscenze teoriche. Questa strategia, o meglio, non-strategia, che prevede il lasciarsi colpire totalmente da quanto avviene all'interno della terapia, si distanzia molto da altre di cui abbiamo già visto degli esempi.

Proseguiamo analizzando gli ultimi elementi di cui gli intervistati ci hanno parlato, che possono sostenere il singolo nel riuscire a mantenere una buona salute nello svolgimento di un lavoro così delicato:

Se il gruppo è coeso, se il gruppo non litiga troppo, se il gruppo funziona abbastanza bene magari certe cose si riescono a come dire a smorzare... (7, psichiatra, CSM)

Anche in letteratura viene sottolineata l'importanza relativa al lavorare in gruppo, un lavoro di gruppo inteso nell'ottica del mutuo-aiuto: il presupposto alla base di questo approccio sta nel fatto che il gruppo racchiuda in sé la potenzialità di facilitare dinamiche di sostegno reciproco fra i suoi componenti¹³⁵. La possibilità infatti di fare riferimento a un organismo più grande, la consapevolezza di non essere soli a dover gestire tutto ciò che si affronta quotidianamente con i pazienti che si incontrano, permette di sgravare notevolmente il peso che il singolo individuo altrimenti porterebbe sulle proprie spalle, senza la possibilità di dividerla. Perché ciò sia possibile non è però sufficiente l'esistenza di un gruppo di lavoro, ma di un gruppo di lavoro al cui interno si sono venute a creare delle relazioni positive di reciproco sostegno e ascolto, di collaborazione e condivisione. Questi presupposti, come le parole dell'intervistato ci confermano, sono significativi affinché i professionisti possano mantenere una salute migliore nello svolgimento delle loro attività.

¹³⁵ Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, cit., p. 238.

Un'ultima testimonianza è quella di una psicoterapeuta che offre una riflessione molto acuta sulla situazione concreta all'interno della quale paziente e terapeuta si collocano e che ha delle conseguenze molto importanti sul benessere di quest'ultimo:

[Aiuta] il pensare di potere lavorare sempre con... diciamo di riconoscere il dolore e nello stesso tempo quindi andare... a cogliere prima molte volte c'è la rabbia, pensare che la rabbia ha diritto di esistere, perché a volte è anche un motore di vita, c'è il dolore e il dolore deve poter esistere, perché è la possibilità di sentire, e... che dobbiamo... che l'agito senza pensiero non t'aiuta, e quindi poter provare a creare uno spazio più per potere sentire e pensare, che per potere confusamente agire, quindi mi aiuta pensare che ho fiducia in questa necessità di creare degli spazi dove tu puoi elaborare l'esperienza della vita, e quindi penso di poter essere in grado di sostenere senza perdersi l'ascolto della violenza e l'ascolto del dolore, perché ne ho... perché ho una formazione che m'aiuta in questo, insomma, ma perché lo posso sostenere? Perché la persona è lì davanti a me e vuole vivere. E allora mi sostiene questo. Non sono nel momento della violenza, non sono nell'atto della... non sono lì nella... nella zona del degrado, della violenza e della distruzione, io sono in una situazione protetta, dove la persona è protetta perché è lì, come è lei qui davanti a me, ne ho ricevute qui nel mio studio, altre le ho viste in altri studi, o nella loro casa qui e che quella persona vuole... vuole che si aumenti lo spazio dove lei potrà vivere e quindi mi aiuta questo. Questo è quello che mi aiuta, perché è lì, e io so che dobbiamo cercare di trovare il posto perché quelle esperienze dolorose siano... un... po' elaborate e un po' tenute anche da qualche parte perché si liberi lo spazio per vivere. (2, psicologa psicoterapeuta, Associazione DiverSa/Mente)

Come si legge da questo estratto, un aspetto che “salva” il terapeuta dal vivere sentimenti eccessivamente negativi, quando viene posto di fronte a storie estremamente drammatiche o complesse, è proprio il fatto di avere di fronte a sé la persona in carne e ossa che racconta del suo passato: quanto gli è accaduto è quindi sì qualcosa di altamente problematico e doloroso (ovviamente non si può generalizzare, ma quando l'utenza più comune è composta da richiedenti asilo o rifugiati, le probabilità che alle spalle di queste persone vi siano vissuti traumatici aumentano significativamente), ma il paziente si trova davanti al terapeuta nel tentativo di trovare una via d'uscita a quel dolore, ed è quindi vivo, presente, alla ricerca di una nuova serenità; tutto ciò può quindi essere un elemento di grande aiuto per il terapeuta. A quanto detto va aggiunto, come l'intervistata ha sottolineato, che un ulteriore elemento protettivo e strettamente connesso a quanto detto finora è il fatto di non essere presenti nel momento effettivo della violenza o del trauma subito dal paziente, ma si è testimoni solo di un racconto degli stessi. La terapia diventa un luogo in cui il paziente, sostenuto dallo specialista, può lentamente prendere contatto con i propri sentimenti, diventarne consapevole e riuscire, con la giusta guida, a far affiancare pensiero e azione, in un'ottica di guarigione. Elaborare il proprio passato per poter fare un passo avanti, nella consapevolezza che una parte di esso sarà da “tenere da qualche parte perché si liberi lo spazio per vivere”. Quest'ultima riflessione proposita dalla psicoterapeuta, ci offre infine lo stimolo per pensare che un ulteriore elemento di protezione proprio di una professione di cura come questa, si collochi nella possibilità di dare un senso al proprio lavoro, trovando dei presupposti teorici da cui partire, da affiancare a una messa in pratica concreta, in cui prassi e teoria trovino un punto di incontro che permetta di dare un significato a ciò che si sta realizzando.

In conclusione, alla luce di quanto letto sinora, possiamo sottolineare l'esistenza di un grande numero di strumenti e strategie che permettono a chi realizza una professione d'aiuto di proteggersi dall'essere quotidianamente esposti a racconti di storie di vita complesse e in molti casi costellate da eventi traumatici. La possibilità di lavorare in gruppo, di confrontarsi con il gruppo, di intessere relazioni positive con il gruppo, sono elementi sicuramente significativi da affiancarsi a una formazione continua. A ciò va aggiunta la possibilità di partecipare a momenti più formali quali supervisione ed équipe, momenti all'interno dei quali diventa possibile un confronto più sistematico e progettato per sostenere il singolo nel proprio lavoro. A quanto analizzato sinora bisogna sommare, anche se non è una prerogativa esclusivamente delle professioni d'aiuto, l'importanza di promuovere la creazione di un contesto sano di vita anche al di fuori dell'ambiente lavorativo: sarà dunque importante riuscire a coltivare i propri interessi nel tempo libero, mantenere buone relazioni con i familiari e con gli amici, in quanto se la vita personale è sana e porta un generale benessere, sarà molto più probabile che anche quella professionale, per quanto emotivamente coinvolgente e complessa possa essere, verrà gestita con maggiore consapevolezza e serenità.

Conclusioni

“Hai capito cos'è che ti è successo? Ti stavi appassendo, come una pianta che portata dentro casa, dove non entrava più la luce del sole, l'aria, e non veniva più nutrita di qualcosa di buono per lei, stava appassendo. Ma dentro questa pianta era ancora molto forte, tanto forte che è bastata innaffiarla poco, portarla fuori alla luce del sole ed è rifiorita subito” (6, psicologo psicoterapeuta, Progetto Approdi). Vorrei partire dalle parole di questo intervistato, che in una metafora molto semplice e visiva ha saputo racchiudere un significato enorme, emerso in più circostanze nel corso dei racconti dei vari testimoni che hanno contribuito alla realizzazione di questa ricerca. Si parla in questo caso di resilienza, quella resilienza che permette a persone che si trovano in posizioni difficili, chi più, chi meno, legate allo status giuridico, politico, economico, sociale di immigrato, di trovare una via di uscita da quelle situazioni di sofferenza psichica che si legano ai fattori precedentemente elencati. Come ribadito più volte, non è possibile compiere generalizzazioni: non possiamo affermare che tutti gli immigrati siano ugualmente resilienti, né che sia sistematico che la maggior parte di essi non soffra di disturbi gravi legati all'atto migratorio, si può però sottolineare la forza insita negli esseri umani che, cambiando luogo di vita, spesso addirittura continente, riescono a sostenere (con tutti gli “effetti collaterali” del caso) pesi esistenziali molto significativi. Riprendendo la metafora dell'intervistato, è fondamentale che la pianta, che lentamente sta perdendo la sua linfa vitale, torni ad essere annaffiata ed esposta alla luce: questo è il ruolo che si può attribuire alla possibilità di usufruire di servizi di supporto psicologico o psichiatrico, a seconda dei casi, che applichino un approccio etnoclinico.

Vorrei dunque, alla luce di quanto detto sinora e della consapevolezza sull'entità del fenomeno oggetto di questo elaborato, proporre una riflessione relativa alle dinamiche strutturali, storiche e sociali che hanno generato e alimentato e stanno riproducendo e alimentando le attuali migrazioni internazionali sud-nord, principalmente relative a due dimensioni: la prima, a livello macro, relativa alle responsabilità di nazioni e continenti in posizione dominante, Italia in primis, per quanto riguarda le condizioni di povertà, guerra, disastri ambientali dei paesi del sud globale, regioni dalle quali provengono la maggior parte degli utenti dei servizi di cui ci siamo occupati; una seconda responsabilità, conseguente a questa prima e molto più specifica, è l'esigenza di garantire il diritto alla salute (fisica o psichica che sia) a qualsiasi individuo, come sancito dalla Costituzione italiana nell'art. 32, senza limitazioni legate allo status giuridico. Vediamole più da vicino.

Per approfondire il primo livello di responsabilità faremo riferimento all'analisi del concetto di tortura¹³⁶: in primo luogo un aspetto da evidenziare è la definizione di torturatore, che non può

¹³⁶ Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit. pp. 9-38.

limitarsi a quella di aguzzino che realizza la tortura, ma è da considerarsi piuttosto come “il soggetto collettivo (una classe sociale, un gruppo dominante) che crea le condizioni favorevoli alla tortura e che direttamente o indirettamente ne arma la mano¹³⁷”, a ciò si aggiunge il fatto che la tortura può essere usata come strumento per garantire e preservare il dominio sociale di un gruppo su un altro, di imposizione di un punto di vista specifico sul mondo di una classe sociale su un’altra, in quell’opera che Butler definisce una “missione civilizzatrice¹³⁸” che persiste in un’epoca che non può che definirsi neocoloniale, oltre ad essere una perenne minaccia nei confronti di chi vorrebbe o tenta di mettersi contro le regole dell’ordine costituito¹³⁹. Tutto ciò è da pensarsi associato a un cambiamento della percezione sociale di sicurezza nei paesi occidentali, nei quali viene veicolato dall’alto (per mezzo delle classi dominanti e degli stati) un senso di insicurezza sociale di massa, che sfocia nel bisogno percepito dalla cittadinanza di aumentare sempre più la propria sicurezza. Il meccanismo è però malato, in quanto l’insicurezza sociale è prodotta istituzionalmente con l’esatto obiettivo di creare la richiesta da parte degli abitanti di più sicurezza, andando così a creare una falsa idea che sostiene che l’insicurezza provenga dal basso. Questi meccanismi hanno favorito la pratica della tortura e di trattamenti disumani e degradanti¹⁴⁰. Secondo Perocco lo stato ha dunque avuto, nell’era neo-liberista, “un ruolo di primo piano nella creazione di disuguaglianze, di disuguaglianze di Stato; in particolare ha costituito uno dei protagonisti principali – insieme al mercato e ai mass-media – del duplice processo di produzione sociale dell’esclusione e criminalizzazione dell’esclusione socialmente prodotta¹⁴¹”. Processi che si associano ad ulteriori dinamiche, che caratterizzano le politiche migratorie degli stati europei (torna nuovamente il tema della responsabilità di nazioni e continenti in posizione dominante): ci si riferisce alla precarizzazione, alla militarizzazione e all’esternalizzazione delle politiche migratorie, tramite un’opera minuziosa di accordi fra stati, per controllare il cosiddetto “flusso migratorio”; il tentativo, andato a buon fine, di rendere clandestini gli immigrati; la delocalizzazione delle frontiere sempre più a sud nel totale disinteresse delle condizioni disumane e della mancanza di sicurezza di certi paesi, considerati “paesi terzi sicuri”, in cui molti immigrati sono costretti a fermarsi; la selezione di chi può entrare nella “Fortezza Europa” e chi no; i rimpatri forzati; i respingimenti collettivi che violano il principio di non-refoulement; la chiusura dei porti; sono solo alcuni fra gli esempi possibili¹⁴². Ancora una volta le parole di un intervistato illuminano alcuni aspetti fondamentali:

¹³⁷ *Ibidem*, p. 11.

¹³⁸ Butler J. *Sexual Politics, Torture, and Secular Time*, *Intimate Citizenships: Gender, Sexualities, Politics*, 59(1), 2009, 17-39.

¹³⁹ Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, cit. p. 11.

¹⁴⁰ *Ivi*, p. 18.

¹⁴¹ *Ivi*, pp. 18-19.

¹⁴² *Ivi*, pp. 25-27.

Abbiamo fatto un incipit [di un convegno] del tipo “Esistono delle carceri fuori dall’Italia pagate dall’Italia” e che producono tanti danni che sono le carceri libiche, (ride) e da lì no, per spiegare poi il legame che c’era tra queste persone che noi prendiamo in carico qua che hanno subito però violenza là. Però su quella violenza là in qualche modo noi c’abbiamo una responsabilità. (11, coordinatore area sanitaria Caritas Roma)

Una responsabilità che spesso e volentieri non viene percepita come nostra, in un processo di ribaltamento della situazione, per cui le vittime diventano i responsabili di qualsiasi male. L’uso della violenza per poter applicare politiche migratorie estremamente rigide viene inoltre percepita come legittima, come l’uso della violenza da parte delle istituzioni (in particolare le Forze dell’Ordine) in quanto tenute a far rispettare le leggi (più o meno scritte, più o meno legittime), in quanto si ritiene che sia normale l’uso della forza se l’obiettivo è quello di tutelare la sovranità nazionale¹⁴³.

Come collegare questi aspetti all’oggetto di questo elaborato? Se si riconoscono le già citate dinamiche strutturali, storiche e sociali che hanno generato e alimentato e stanno riproducendo e alimentando le attuali migrazioni internazionali sud-nord (più o meno direttamente e recentemente), abbinate a meccanismi di accumulazione, bisognerà anche assumersi la conseguente responsabilità di curare le condizioni cliniche precarie in cui gli emigranti si ritrovano una volta arrivati in Italia o in Europa, dopo essere dovuti scappare da situazioni di povertà estrema, di guerra, di mancanza di futuro, di persecuzioni, ecc., e dopo aver dovuto intraprendere viaggi in certi casi disumani (come per la stragrande maggioranza di coloro che provengono da Africa o Medio Oriente), in altri più facilmente affrontabili ma dovendo comunque lasciarsi alle spalle una parte consistente della propria esistenza. In questo senso passiamo così alla seconda responsabilità anticipata precedentemente, ovvero quella del diritto alla salute delle persone immigrate. Nell’ambito di questo elaborato, la garanzia di salute si intende come l’esistenza di servizi, e di possibilità di accesso ai servizi, che prevedano una presa in carico di tipo psicologica o psichiatrica per persone immigrate (non necessariamente servizi ad hoc, come vedremo più avanti) realizzata da professionisti che abbiano competenze di tipo transculturale e che siano capaci di lavorare con una fascia di popolazione che potrebbe avere caratteristiche in parte diverse da quella con cui sono abituati a lavorare normalmente. Quanto emerge dalla ricerca realizzata, consapevoli che essendo questa di tipo qualitativa non è possibile prendere per certi e generalizzabili i suoi risultati, è una carenza di realtà strutturate o con personale formato che permettano una presa in carico di tipo entoclinico (si faccia riferimento agli aspetti teorici illustrati nel primo capitolo). La prevalenza di

¹⁴³ *Ibidem*, p. 27.

servizi di volontariato rispetto a progetti più ad ampio raggio e più istituzionalizzati, la scarsa formazione presente nel settore pubblico rispetto a tematiche di questo genere, a meno che non sia di interesse personale del medico in questione, sono tutti elementi che ci portano a pensare che siamo ancora piuttosto lontani dal raggiungimento dell'obiettivo di garantire un supporto psichico a tutte quelle persone immigrate per cui sarebbe necessario. È sicuro che vi siano dei primi passi in questa direzione, come testimoniano la pubblicazione delle "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale", già più volte citate, la diffusione e creazione di diversi corsi di studio di specializzazione in etnopsichiatria e altri in mediazione culturale, l'aumento di studi in letteratura che si occupano di questi temi, sono dei primi esempi di cambiamento, da promuovere e da incrementare.

Una volta fatta questa premessa più di tipo generale, ripercorriamo ora le tematiche dei capitoli precedenti per cercare di trarre delle conclusioni sulla base di quanto ascoltato dagli intervistati e della letteratura a disposizione.

Per quanto riguarda etnopsichiatria ed etnopsicologia, i risultati dell'analisi sono molto ampi. In primo luogo vi sono da segnalare alcuni elementi tecnico-logistici che danno ai servizi analizzati una conformazione specifica e adeguata alla presa in carico di persone straniere con problemi di sofferenza psichica: come abbiamo visto, la composizione delle équipes fa la differenza nella buona riuscita di un percorso di cura, in quanto la possibilità che siano compresenti più figure professionali (da evidenziare, oltre alla fondamentale presenza di psicoterapeuti o psichiatri, la partecipazione di mediatori culturali e antropologi) in modo da permettere un'esaminazione del caso clinico da una molteplicità di punti di vista, alla luce di diverse competenze e professionalità. Accanto a ciò va segnalato il valore aggiunto della capacità da parte dei servizi di collaborare con altre figure professionali ancora, fra cui assistenti sociali, avvocati, operatori dell'accoglienza, nell'intento di creare una rete solida e ben funzionante per una presa in carico che non si limiti agli aspetti terapeutici ma che si inserisca in un'ottica più ampia di cura e sostegno. Questo aspetto assume ancora più pregnanza se il progetto terapeutico non si limita alla terapia, ma viene accompagnato ad azioni di sostegno anche all'esterno del setting terapeutico, per una presa in carico complessiva e che punti a protrarre le possibilità di cura anche ai contesti di vita quotidiani dei pazienti. Come abbiamo visto, alcuni servizi prevedono infatti l'organizzazione di attività esterne o di cura degli ambienti esterni alla terapia, pensati comunque all'interno di un percorso di riabilitazione del paziente, di appropriazione di un senso di sicurezza, inclusione, libertà che

promuova una maggiore serenità a livello psicologico. Un altro aspetto emerso è relativo al setting terapeutico, che viene dipinto come fondamentalmente flessibile, per quanto riguarda tempi, spazi, e, nuovamente, la composizione dell'équipe. Il fatto che i pazienti possano essere accolti all'interno di dimensioni costruite su misura, non asettiche e spersonalizzate come succede spesso in altri ambiti, è già un punto di partenza per la cura.

In secondo luogo, una dimensione fondamentale per favorire un approccio etnoclinico è la possibilità da parte dell'équipe che prende in carico il paziente, fondata su studio e formazione continui, di sospendere i propri schemi culturali per riuscire a rileggere le situazioni che di volta in volta si presentano secondo modalità altre, essere capaci di non ricondurre automaticamente i sintomi che si osservano a categorie diagnostiche occidentali, spesso molto distanti da quanto effettivamente si ha di fronte. Il rischio è spesso quello di patologizzare un comportamento, un sintomo, una manifestazione non nota: in quelle occasioni (e in generale sempre, quando si lavora con pazienti stranieri) è importante abbandonare la gerarchia di poteri trasmessa culturalmente, che volenti o nolenti chiunque si porta dentro di sé. Diviene dunque necessario essere capaci di mettere da parte il proprio punto di vista, in particolare la presunzione che la propria visione del mondo sia quella corretta e quella dell'altro sia sbagliata, mitologica, retrograda. Solo se si riuscirà a compiere questo grande lavoro di consapevolezza su di sé, sulle proprie credenze e posizioni, andando incontro ad approcci di concepire la salute e la malattia, ma anche più in generale la vita, in parte o completamente diversi da quelli occidentali allora si riuscirà a compiere un buon lavoro.

Perché tutto ciò sia possibile e perché si possano sviluppare competenze transculturali, e qui passiamo a un terzo elemento che non si può tralasciare, è necessaria una formazione attenta e continuativa. Quanto emerso dalla ricerca è che la formazione delle figure che lavorano in questo ambito è spesso carente o lasciata alla volontà del singolo, mancano invece proposte strutturate e strutturali, che coinvolgano una gamma ampia di lavoratori. Più di un intervistato ha sottolineato infatti che manca una formazione che associ gli aspetti sanitari a quelli sociali: si pensi ad esempio alla figura del mediatore culturale, di per sé utile in numerosissimi contesti della vita delle persone straniere. L'ambito sanitario è però un contesto altamente specifico e che richiede competenze ad hoc su quel settore, che spesso i mediatori non possiedono. È stato sottolineato da più testimoni infatti, che la formazione in vari casi viene elargita dai servizi stessi, pur non essendo in teoria un loro compito. Il problema della formazione va però inteso anche più ad ampio raggio: come abbiamo visto, i servizi presi in analisi sono prevalentemente privati/associazionistici, se del pubblico quindi non abbiamo informazioni dirette (ad eccezione della testimonianza dello psichiatra di un CSM della provincia bolognese), quanto comunque emerge dai racconti di molti intervistati è

una grande carenza di competenze adeguate per la presa in carico di pazienti stranieri all'interno di servizi non pensati esclusivamente per loro. Un aspetto non indifferente, che fa riferimento al settore pubblico in particolare ma non solo, è la mancanza di formazione continua e, soprattutto, intersettoriale: è infatti ormai pensabile che all'interno dei CSM, delle cliniche o degli ospedali in generale, siano presenti alcune figure con una formazione più variegata e disponibile all'incontro con pazienti non più "tradizionali", ma cosa accade se tutto ricade su un piccolo nucleo di persone? Le competenze transculturali dovrebbero essere padroneggiate da tutti, nessuno escluso: da chi lavora in accettazione, agli infermieri, ai medici di base, chi lavora negli uffici, ecc. Come un intervistato ha saggiamente sottolineato, questo implica però un cambiamento culturale a livello strutturale, che il nostro paese evidentemente non è ancora riuscito a compiere.

Connesso a questo tema, troviamo l'aspetto forse più importante connesso alla cura delle sofferenze psichiche delle persone straniere: come ci siamo già precedentemente domandati, è giusto che esistano servizi specifici, che prevedano la presa in carico unicamente di persone immigrate? Si può in questo spazio provare ad avanzare un'ipotesi, basata sulla piccola ricerca portata avanti grazie alla mappatura delle risorse presenti sul territorio italiano e sulle testimonianze ricevute da un piccolo nucleo di esperti su questo tema, oltre che su un'analisi di fonti bibliografiche disponibili su questa tematica. Il panorama con il quale ci confrontiamo oggi non si può ancora considerare sufficiente, per i limiti di formazione e di risorse visti sopra, perché le persone straniere possano ricevere una presa in carico dignitosa e rispettosa delle proprie peculiarità all'interno di servizi non dedicati esclusivamente a loro. È da sottolineare ad esempio il fatto che le Linee Guida più volte citate, non prevedano uno stanziamento di fondi per migliorare le condizioni attuali, ma sanciscano che queste debbano modificarsi facendo uso degli stessi finanziamenti già disponibili (già insufficienti). Il progresso verso maggiore professionalità e competenze appare dunque molto lontano dal potersi realizzare concretamente. L'ipotesi è dunque che la direzione verso cui tendere sia quella di una diffusione sempre più ampia di competenze a livello trasversale, che non vadano a coinvolgere unicamente i diretti interessati, ma il contesto sanitario più in generale (sia nel pubblico, sia nel privato). L'esistenza di servizi ad hoc rimarrà però imprescindibile fino a quando questo cambiamento culturale non sarà avviato e consolidato. Questi ultimi hanno inoltre una grande responsabilità da sostenere: trasmettere le proprie competenze, cercare di creare quante più collaborazioni, scambi con i servizi dedicati a tutti i cittadini in modo da velocizzare questo cambiamento. Quanto di meglio si può sperare che accada è che nasca, con il passare del tempo, una coordinazione proficua fra le diverse realtà esistenti, in modo che non rimangano isolate ma che siano anzi promotrici di un nuovo modo di percepire l'approccio con i pazienti, con la diversità (o somiglianza), con la malattia, con gli aspetti culturali.

Passando ora alla seconda tematica oggetto di dibattito in questo elaborato, ovvero l'eventuale relazione fra sofferenza psichica e immigrazione, si sottolinea in primo luogo una prospettiva di riferimento dalla quale partire: la concezione della migrazione come un evento traumatizzante, ipotesi sostenuta fra gli altri da Mazzetti¹⁴⁴ e già scandagliata nel corso di questo elaborato. Partendo da questo presupposto diviene dunque legittimo andare ad osservare le connessioni fra immigrazione e sofferenza psichica, in quanto appunto la migrazione si concepisce come una fase di vita (più o meno lunga) che comporta cambiamenti netti e significativi, che possono modificare l'assetto degli individui protagonisti di questo cambiamento.

Vediamo i tre principali elementi emersi nella ricerca che sembrano influire sulla salute mentale delle persone straniere presenti sul territorio italiano: trauma, cultura e condizioni di vita nel paese di approdo. Come più volte sottolineato, non si possono ritenere questi tre fattori le uniche cause responsabili del benessere o malessere psichico di queste persone, in quanto per natura di questa ricerca, di tipo qualitativo, qualsiasi risultato non è né da considerare generalizzabile, né esaustivo.

Per quanto riguarda il trauma vi sono due ulteriori dimensioni da osservare: la prima, quella più ampia, è la concezione appunto di immigrazione come fattore traumatico di per sé; la seconda è la possibilità, purtroppo sempre più diffusa, che nel corso del percorso migratorio l'individuo venga sottoposto a forti traumi, spesso di tipo intenzionale, che hanno ripercussioni sulla vita di chi emigra. Relativamente alla prima concezione di trauma, nel corso delle interviste e in letteratura emerge una duplice possibilità di risposta a questa condizione: una positiva, che adattandosi e trasformandosi a seguito del cambiamento, prevede la creazione di una nuova identità, una mutazione dei propri punti di riferimento con consapevolezza e in continuità con il passato; o, viceversa, un arresto che colpisce la persona nella sua interezza e che le impedisce di costruire qualcosa di nuovo nel paese di approdo. Per quanto riguarda invece la seconda concezione di trauma è da sottolineare che spesso questo diviene la causa di malesseri psichici più o meno accentuati, tanto da arrivare a soffrire di patologie a volte anche gravi (il più diffuso e strettamente correlato è il PTSD). Una sofferenza psichica che appare dunque essere in un grande numero di casi una reazione alle violenze e difficoltà subite prima, durante e dopo l'atto migratorio. A ciò si associa il concetto di analisi della continuità della trama psichica¹⁴⁵, già introdotta nel capitolo 5 di questo elaborato, che sostiene vi siano sostanziali influenze nel rapporto fra trauma e conformazione mentale, legate alla fase migratoria in cui la persona si trova: se il trauma avviene in un momento in cui la conformazione mentale è provvisoria (ad esempio durante il viaggio) il

¹⁴⁴ Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, cit. pp. 29-43.

¹⁴⁵ Cianconi P., *Le chiavi dell'orizzonte circolare*, cit, p. 287.

trauma avrà un impatto meno significativo sulla persona e la sua psiche, avverrà però il contrario se il trauma avviene in una fase in cui la persona si sente a casa e al sicuro.

Un ulteriore aspetto è relativo alle condizioni di salute della persona al momento della partenza: se queste erano già compromesse (facciamo qui riferimento alla salute mentale), l'essere sottoposto a trauma può avere effetti molto deleteri e di ritraumatizzazione ed esasperazione del trauma. A ciò si aggiunge il fatto che il trauma non colpisce un'unica area di personalità, ma va ad incidere sull'individuo nel suo complesso, rendendo più difficoltosa la "guarigione".

Quando si parla di traumi, in particolare facendo riferimento ai richiedenti asilo e rifugiati, bisogna però fare attenzione a non cadere in banalizzazioni o "retoriche del trauma"¹⁴⁶: il rischio che si corre è infatti quello di entrare in quei luoghi comuni per i quali il richiedente asilo o dimostra di essere una vittima traumatizzata o la sua richiesta (e la sua persona) non vengono riconosciute (da stato, società civile...). Una diagnosi quale quella del PTSD, strettamente collegata al concetto di trauma, può dunque divenire strumentale se intesa solo come dimostrazione di una forte sofferenza legata a quanto vissuto e contemporanea legittimizzazione della presenza del malato nel contesto migratorio. Come affermano Tarricone et al. in un articolo su questo tema, "è in nome di una bio-cittadinanza che gli apparati politici decidono quali corpi far vivere e lasciar morire, in relazione ad un dolore vissuto che deve essere iscritto nei corpi e conseguentemente certificato"¹⁴⁷. Il riconoscimento del trauma è dunque di fondamentale importanza, ma chi lavora nel suo trattamento deve manifestare le dovute attenzioni a riguardo.

Passiamo ora agli aspetti culturali. Anche in questo caso i professionisti è necessario che sappiano rimanere in equilibrio fra forze opposte nell'approccio alla sofferenza psichica della popolazione straniera: da un lato troviamo il guardare alla cultura come alla sola dimensione significativa che può spiegare il malessere, dall'altro vi è il suo altrettanto assurdo occultamento¹⁴⁸. È infatti di fondamentale importanza ricordare che se effettivamente la cultura è un elemento strutturante della psiche delle persone, che seguiranno un approccio mediato da credenze culturali, da tradizioni, da modi d'uso della propria zona di provenienza, allo stesso tempo però la persona non è solo il prototipo di quella cultura, ma avrà sicuramente altre peculiarità, darà interpretazioni personali a quanto appreso, avrà subito plurime influenze che la migrazione non può che incrementare. Da

¹⁴⁶ Beneduce R., Taliani S., *Politiche della memoria e retoriche del trauma*. I Fogli di Oriss 1999; 11/12, pp. 101-122.

¹⁴⁷ Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, p. 235.

¹⁴⁸ Beneduce R., *Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza. Contributo alla costruzione di servizi di salute mentale antropologicamente competenti*, cit.

quanto emerso nel corso delle interviste, bisogna tenere in considerazione nel percorso di presa in carico che il paziente, soprattutto se in Italia da qualche tempo, è già stato protagonista di un processo di acculturazione: a maggior ragione, considerarlo dunque come esponente indiscusso della sua cultura di provenienza risulterebbe un grave errore.

Ancora, relativamente agli aspetti culturali, bisogna domandarsi quanto le diversità legate alle differenti modalità di esprimere bisogni e sofferenze, il modo di manifestarle e gli aspetti relazionali ad esse collegate, possano a volte essere travisate da medici o più in generale dalla società di approdo. Anche in questo caso è necessario che venga trovato un equilibrio (possibile dopo un'attenta analisi della situazione ed evitando qualsiasi tipo di generalizzazione e superficializzazione) fra le diverse visioni di malattia e salute. Un aiuto in questa direzione può essere la separazione fra i tre concetti espressi in lingua inglese di *illness*, *disease* e *sickness*, già analizzati nel capitolo 5. Poter cogliere infatti quanto la malattia è ben lontana dall'essere un'entità oggettiva e fissa, può aiutare a scorgere sfaccettature diverse e differenti interpretazioni.

Il terzo e ultimo aspetto emerso fra gli elementi che influenzano la salute delle persone immigrate sono le condizioni di vita in Italia, ovvero le cosiddette "Post Migration Living Difficulties" (PMLD). In questo senso tornano a emergere le responsabilità del paese di accoglienza che dovrebbe garantire perlomeno i diritti fondamentali a coloro che giungono sul suolo italiano. In particolare, sistema di accoglienza e rilascio dei documenti sembrano essere i due aspetti cruciali che hanno ricadute enormi sullo stato di benessere (o purtroppo spesso di malessere) delle persone immigrate. Per quanto riguarda il sistema di accoglienza, quanto testimoniato da vari intervistati è che la privazione di autonomia e di decisionalità sulla propria esistenza sono fattori che rischiano di ritraumatizzare chi già ha trascorsi difficili. La gestione del sistema di accoglienza italiano appare dunque estremamente importante per promuovere un livello sufficiente di integrazione e di "accoglienza umana" e degna a coloro che giungono nel nostro paese: ben lontano da questi presupposti si colloca però il decreto sicurezza, successivamente convertito in legge (l. 132/2018), che inverte la rotta precedentemente presa, spostando nettamente da un'accoglienza diffusa che promuoveva integrazione nel territorio e progettualità persona per persona, ad un'accoglienza concentrata, con fondi irrisori e lontana dall'idea di inclusione e di qualsiasi tipo di sostegno nei confronti dell'utenza. Se non ci sarà un cambiamento consistente, legislativo e politico in primis, le condizioni di chi arriva in Italia non potranno che peggiorare. Lo stesso discorso vale per i documenti, in particolare, ancora una volta, per i richiedenti asilo, in quanto lo stesso decreto ha inflitto un ridimensionamento alle già precarie possibilità di regolarizzarsi una volta giunti in Italia. L'ottenimento del documento, di qualunque tipo esso sia, ha trovato concordi tutti gli intervistati nel

sottolineare quanto ciò permetta ai pazienti di compiere un “salto di salute” considerevole (o, al contrario, un mancato ottenimento dei documenti comporta ricadute importanti sulla salute delle persone). Lavorare per migliorare le condizioni di benessere psichico degli stranieri in Italia non vuole dunque dire unicamente lavorare su una migliore presa in carico da parte dei servizi, ma necessita di azioni complementari che favoriscano il buon vivere di coloro che hanno emigrato.

Passiamo ora al terzo nucleo tematico di questo elaborato, ovvero le possibilità e i percorsi di presa in carico, nello specifico di questa ricerca, sul territorio bolognese. Come abbiamo già avuto occasione di sottolineare, l'entità della presa in carico non è particolarmente ampia (seppur molti intervistati abbiano evidenziato che Bologna è comunque un contesto piuttosto privilegiato, se paragonato al panorama italiano): esistono diversi servizi che non possono però coprire l'intera domanda relativa alla popolazione immigrata, in particolare poiché la maggior parte sono di tipo associazionistico e di volontariato, potendosi dunque assumere responsabilità non troppo ampie in termini numerici.

Per quanto riguarda il settore pubblico, l'analisi è risultata essere molto più complessa e di conseguenza quasi nulla: l'unico intervistato che lavorava all'interno di un contesto ospedaliero, in un CSM della provincia bolognese, si definisce uno psichiatra che utilizza un approccio etnoclinico grazie agli studi autonomamente condotti. Si sottolineano dunque i limiti di questa ricerca, che ha preferito focalizzarsi prevalentemente su servizi ad hoc per immigrati con problematiche legate alla salute mentale, piuttosto che addentrarsi in una faticosa ricerca di quel personale medico assunto in contesti pubblici che prestasse attenzione alle tematiche oggetto di questo elaborato. Fatta questa premessa, si evidenzia comunque una scarsa dimestichezza sull'argomento in ambiti non specializzati su questo tipo di presa in carico.

Un altro aspetto emerso dalle descrizioni forniteci dagli intervistati è il target abbastanza specifico a cui la maggior parte dei servizi si rivolge: richiedenti asilo o rifugiati. Se effettivamente è più probabile che una fascia di popolazione di questo tipo abbia intrapreso viaggi più pericolosi, traumatizzanti o provenga da paesi in guerra, con condizioni estreme di povertà, ecc., è però vero che se si considera la migrazione un trauma di per sé potrebbe avere bisogno di un supporto psicologico anche un immigrato che risiedeva prima in un altro paese dell'Unione Europea, per fare un esempio. Fra i vari servizi analizzati sono in pochi quelli che permettono a un target più ampio di accedere alla presa in carico, come abbiamo visto, per motivi di numeri. Legato al discorso del target va anche aggiunto che, essendo appunto spesso determinato da persone che vivono in strutture di accoglienza ed essendo conseguentemente supervisionati da operatori sociali che si occupano della gestione delle comunità, il rischio è che in certi casi siano questi ultimi a decidere al

posto dei loro utenti di iniziare un percorso di presa in carico. Quanto appena affermato dev'essere tenuto a mente dalle équipes dei servizi, in quanto è necessario cercare di capire prima di intraprendere il percorso di chi è realmente il bisogno.

Procedendo nell'analisi di quanto emerso dalla ricerca, si possono ora evidenziare una serie di elementi che sembrano favorire il percorso di presa in carico: in primo luogo il lavoro di rete, interna (con la propria équipe) ed esterna (con altre strutture, servizi, istituzioni, con la cittadinanza), in modo da poter garantire un ampio spazio di cura che non si limiti solo alle sedute terapeutiche. Un secondo aspetto risiede nella composizione delle équipes, molto più ricche se composte da figure professionali di diverso genere, in particolare per quanto riguarda la presenza (per ora ancora innovativa), di antropologi e mediatori culturali. A ciò si collega la necessità di formazione di tutte le professionalità che entrano in campo in questo tipo di interventi, una formazione di carattere etnopsichiatrico/etnopsicologico inserite dunque in un contesto di tipo sanitario. Altri aspetti considerati fondamentali sono la cura della relazione con il paziente, che non passi da tentativi di patologizzazione imponendo il punto di vista occidentale, né che si focalizzino unicamente sulla mera raccolta di informazioni: è invece più importante riuscire a creare un clima di fiducia, dando il tempo necessario perché questo si instauri, e solo successivamente provare a prendere in mano le problematiche che hanno portato il paziente a rivolgersi al servizio.

Arrivando ora all'ultima tematica trattata nel corso di questo elaborato, vediamo quali conclusioni si possono trarre relativamente alla salute degli operatori che lavorano in contesti di presa in carico psicologica o psichiatrica di pazienti immigrati. Sappiamo, perché l'abbiamo ripetuto già varie volte, che questo specifico ambito ha conseguenze molto dirette sullo stato d'animo e il benessere di chi lavora a stretto contatto con situazioni di bisogno e con persone portatrici di dolori e difficoltà. Munirsi dunque di strumenti adeguati e di una giusta consapevolezza è il punto di partenza indispensabile per poter poi fornire una giusta cura. Dalle parole degli intervistati sono emerse diverse strategie, più o meno diffuse. Come sostenuto anche dalla letteratura sul tema (in particolare per quanto riguarda la prevenzione dal burnout), dispositivi quali la supervisione e la riunione d'équipe assumono una fondamentale importanza. Se la supervisione è (o dovrebbe essere) un momento ad hoc, pensato proprio per poter fare emergere quelle difficoltà connesse al proprio lavoro, alle relazioni che si intessono con colleghi e pazienti, grazie al sostegno di una figura terza che guida e sostiene, anche la riunione di équipes sembra essere vissuta da molti degli intervistati con funzioni simili, forse un po' meno strutturate. Le riunioni sono infatti momenti in cui si può trovare un confronto con i colleghi e si possono approfondire aspetti poco chiari o poco noti, oltre a poter chiedere un maggiore supporto nel caso in cui ci si trovasse in difficoltà. Perché ciò avvenga

realmente è però necessario che il gruppo sia coeso e caratterizzato da buone relazioni reciproche. Un altro elemento molto diffuso e percepito come altrettanto importante dalla maggioranza degli intervistati è il confronto con i colleghi a seguito dei singoli incontri con i pazienti. In maniera più o meno definita, più o meno lasciata alla volontà del singolo, è emerso che questo tipo di attenzione ha effetti significativi sulla salute degli operatori, in quanto permette di condividere le responsabilità, mettere in comune conoscenze e competenze, confrontarsi, sostenersi nei momenti più difficili. Questo tipo di misura sarebbe dunque da inserire anche in quei servizi in cui ancora non è prevista. Collegato a ciò si inserisce anche la possibilità di poter sostenere i colloqui in coterapia, ovvero alla presenza di due (o più) psicoterapeuti, oltre ovviamente alle altre figure professionali che non vanno assolutamente dimenticate. Ancora una volta, torna il tema della formazione: formarsi permette in questo senso di essere più preparati a gestire e affrontare situazioni complesse, spesso caratterizzate da condizioni di disagio e dolore. Fra le altre strategie si colloca inoltre la cura degli spazi di vita privata, fondamentali per conservare un luogo esterno sano e in cui preservare dimensioni relazionali non di tipo terapeutico (con tutte le influenze che rapporti di questo tipo hanno sulla persona).

Infine, un ultimo aspetto protettivo è la possibilità di dare un senso al lavoro che si realizza quotidianamente: quando non è detto che gli esiti siano evidenti, la possibilità di perdere il paziente è alta, ci si ritrova all'interno di un contesto con poche risorse e spesso con condizioni esterne avverse (dal punto di vista sociale, giuridico, politico...), il rischio di smarrirsi o di incorrere in una sindrome di burnout è piuttosto elevato. Riuscire a cogliere gli aspetti positivi e le potenzialità di riscatto che i percorsi di presa in carico possono offrire permette al professionista di alleggerire il carico, altrimenti troppo elevato, derivante da un contesto di cura come quello oggetto di questa analisi.

Per concludere, si vuole ribadire nuovamente l'importanza di portare avanti, creare e sostenere servizi che prevedano la presa in carico di persone straniere con sofferenze psichiche, ancora una volta a partire dalle responsabilità che le Nazioni in posizione dominante devono assumersi nei confronti di chi si trova in condizioni di svantaggio (spesso appunto strettamente legate a politiche ed economie dettate dai paesi centrali all'interno del meccanismo di accumulazione globale, a discapito dei paesi periferici nel sistema mondo). Garantire i diritti fondamentali dell'uomo, fra cui il diritto alla salute, è un punto fermo che non si può rinnegare. Solo in questo modo si potrà assicurare a coloro che giungono in Italia una vita degna e caratterizzata da migliori condizioni di vita.

Bibliografia

- Aguglia E., Pascolo-Fabrizi E., Riolo A., Ancora A., D'Aronco R. (1999), *Psichiatria transculturale*, in Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1999 (Seconda Edizione).
- American Psychiatric Association (2001), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, Masson, Milano. (Trad. it.).
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S., *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49.
- Aragona M., *Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica*, in Aragona M.) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S., *Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, *Italian Journal of Public Health*, 9, 2012.
- Baglio G., Casagrande S., *Evidenze epidemiologiche e profilo di salute del migrante* in Gnolfo F. (a cura di) *Percorsi assistenziali per cittadini stranieri: elementi teorici e metodologici di salute interculturale*, Pendragon, Bologna, 2012.
- Baraldi C., *Il significato della mediazione con bambini e adolescenti*, in: Baraldi C., Maggioni, G. (a cura di), *La mediazione con bambini e adolescenti*, Donzelli, Roma, 2009.
- Bastide, *Introduzione a Devereux G., Saggi di etnopsichiatria generale*.
- Beneduce R. *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci editore, Roma, 2008.
- Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma, 2007.
- Beneduce R., *L'etnopsichiatria della migrazione fra eredità coloniale e politiche della differenza*, *Social Anthropology*, 1999.
- Beneduce R., *Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza. Contributo alla costruzione di servizi di salute mentale antropologicamente competenti*, tratto dal sito web "Psychiatry on line Italia".
- ¹ Beneduce R., Taliani S., *Politiche della memoria e retoriche del trauma*. *I Fogli di Oriss* 1999; 11/12.
- Butler J. *Sexual Politics, Torture, and Secular Time*, *Intimate Citizenship: Gender, Sexualities, Politics*, 59(1), 2009, 17-39.
- Carpiniello B., Carta M. G., Ciaramella A., Dell'Osso L., Piccini A., *Disturbi somatoformi*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET, Torino, 2006.
- Carta dei Servizi Ambulatorio di Marghera*, Emergency, 2016.
- Castrogiovanni P., Pieraccini F., Bossini L., *Disturbo post-traumatico da stress* in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET, Torino, 2006.
- Cianconi P., *Le chiavi dell'orizzonte circolare*, Territori Mutazione Psicopatologia, Roma, 2015.
- CIR Rifugiati, *Scheda dati asilo e immigrazione. Elaborazione delle statistiche su asilo e immigrazione*, 2018
- Da Silva E., Di Giulio R. *L'accoglienza del paziente*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Devoto G., Oli G.C., *Il dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze, 1990.
- Dondi M., *La supervisione clinica: appunti di lavoro in comunità terapeutica*, Sestante, Cesena, 2010, nr. 33.

- Farber B.A., *Stress and Burnout in the human service professions*, Pergamon Press, New York, 1983.
- Farmer, *An Anthropology of structural violence*, in *Current Anthropology*, Vol. 45, Nr. 3, 2004.
- Fazel M., Mina et al., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, *The Lancet*, 365(9467), 2005.
- Fine S.F., Glasser P.H., *Il primo colloquio. Coinvolgimento e relazione nelle professioni d'aiuto*, McGraw-Hill, Milano, 1999.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1998.
- Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Geraci S., Mazzetti M., *Immigrazione e salute mentale: violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019.
- Geraci S., *Medicina delle migrazioni e salute degli immigrati*, slides fornite in sede dell'XVIII edizione del Master sull'Immigrazione, 6-7 settembre 2019.
- Geraci, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*, *Annali Italiani di Medicina Interna*, 16 (suppl. 1), 2001.
- Giovannetti M. (a cura di), *Rapporto annuale SPRAR, Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati*, Tipografia Grasso, Roma 2016.
- Gorst-Unsworth C., Goldenberg E., *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Traum- related factors compared to social factors in exile*, *British Journal of Psychiatry*, 172, 1998.
- Kaltman S., Green B.L., Mete M., Shara N., Miranda J., *Trauma, depression and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants*, *Psychological Trauma*, 2, 2010.
- La Mendola S., *Centrato e aperto*, UTET, Novara, 2009.
- Mannucci A., Poggesi P., *L'educatore di professione e i rischi di burnout – Volume I*, Edizioni Del Cerro, Tirrenia, 2000.
- Mantini V., Lorenzini M. L., Mancini C., Carreca G., Cossutta M., Geraci S., Leotta D., Napoli P.A., Serra M.C., Simonelli C., *Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*, DGR 590 2018.
- Mazzetti M. *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e vulnerabilità* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Mazzetti M. *Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza* in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Mazzetti M., *Lo scenario: curare e prendersi cura*, in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., (a cura di) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Roma, 2014.
- Medici Senza Frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, Roma: Medici Senza Frontiere, 2016.
- Mencacci E., *Tra tecnologie del ricordo e produzione di verità: memoria e narrazione nelle politiche di asilo*, *ENCYCLOPAIDEIA XIX (41)*, ISSN 1825-8670, 2015.
- Michela Nosè, *Tortura e disagio psichico tra i rifugiati e i richiedenti asilo. Presa in carico e intervento psico-sociale*, in Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019.
- Ministero della Salute, *Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza*, Roma, 2017.
- Ministero della Salute, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e*

dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, Roma, 2017.

Mollica, R. et al. *Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture*, *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1998.

OIM, *World Migration Report 2020*, Ginevra, 2019.

Pendezzini A., *Etnopsichiatria*, in Riccio B. (a cura di) *Antropologia e migrazioni*, CISU, Roma, 2014.

Perocco F. (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019.

Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. *Epidemiologia e prevenzione*, pubblicato su Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, Edizioni Inferenze, Milano, 2017.

Placidi G. F., Signori S., Murciano L., *Disturbo d'ansia generalizzata*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET, Torino, 2006.

Porter M., Haslam, N., *Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis*, *JAMA*, 294(5), 2005.

Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di burnout. Fattori di stress lavorativo negli operatori sociosanitari*, Giuffrè, Milano, 1992.

Scheda Progetto Ferite Invisibili, Caritas di Roma.

Steel Z., et al. *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement*, *JAMA*, 5, 2009.

Tarricone I., Mencacci E., Braca M., Salvatori F., Di Marco S., Nolet M., Storbini V., Berardi D., *Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna. Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile*, *Journal of Psychopathology*, 19, 2013.

Tarricone I., Salvatori F., Poggi F.; Morri M., Di Marco S., Manganaro D., Spigonardo V., Nolet M., Tonti L., Berardi D., *Il Centro di Psichiatria Transculturale dell'Università di Bologna*, in Bria P., Caroppo E., (a cura di) *Salute Mentale, Migrazione, Pluralismo Culturale*, Alpes Italia, Roma, 2008.

Trombini G., (a cura di), *Come logora curare*, Zanichelli, Bologna, 1994.

Tundo A., Cassano G. B., *Disturbi dell'umore*, in Cassano G. (a cura di), *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET, Torino, 2006.

Turrini, G. et al., *Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies*, *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 2017.

Van Wyk, Sierra et al., *A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: the impact of therapeutic interventions*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 2012.

Vaughan, *Curing thier ills. Colonial power and african illness*, Polity Press, Cambridge, 1991, p. 8.

Volpi C., Ghirelli G., Contesini A., *Il burnout nelle professioni di aiuto: modalità di intervento ed esperienze di prevenzione* in Francescato D., Leone L., Traversi M. (a cura di), *Oltre la psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

Sitografia

Dal sito: <https://centroastalli.it/servizi/progetto-samifo/>

Dal sito: <http://agenziasviluppolocalecatania.solco.coop/?p=1766>

Dal sito: <http://lautoradio.altervista.org/blog/pillola-oggi-ambulatorio-medico-per-immigrati/>

Dal sito: <http://www.associazionediwersamente.org/dmente/category/materiali/centri-di-psicologia-transculturale-e-di-etnopsichiatria/>

Dal sito: <http://www.associazionediwersamente.org/dmente/spazio-di-consultazione-etnoclinica/>

Dal sito: <http://www.icp.mi.it/etnopsichiatria>

Dal sito: <http://www.mamreonlus.org/index.php/associazione/centro-mamre>

Dal sito: <http://www.metisafrica.org/proj.php?id=12>

Dal sito: <http://www.ntacalabria.it/reggio-calabria/poliambulatorio-etnopsichiatrico-in-calabria.html>

Dal sito: <http://www.romamultietnica.it/1-intercultura-a-roma/associazioni-e-centri-interculturali/item/5661-fondazione-silvano-andolfi.html>

Dal sito: <http://www.terrenuoveonlus.it/wp-content/uploads/2015/07/Informazioni-sul-servizio-rifugiati.pdf>

Dal sito: https://associazioneфанон.it/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=17

Dal sito: <https://emdr.it/index.php/emdr/>

Dal sito: <https://naga.it/attivita/ambulatorio-medico/>

Dal sito: <https://prodosacademy.s3.amazonaws.com/media/START-ER - Scheda di Progetto.pdf>

Dal sito: <https://www.centrosagara.it/consulenze/>

Dal sito: <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria>

Dal sito: <https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/etnopsichiatria>

Dal sito: <https://www.progettosilver.it/index.php/attivita/ambulatori>

Dal sito: <https://www.progettosilver.it/index.php/progetto>