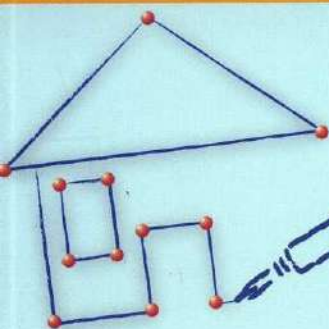




La salute mentale dei rifugiati un nuovo disegno per l'accoglienza



i quaderni del Servizio Centrale



SERVIZIO CENTRALE
del Sistema di protezione
per richiedenti asilo e rifugiati

Istituto ai sensi dell'art. 32 della legge 199/02 e affidato dal
Ministro dell'Interno all'ANCI mediante convenzione



Dipartimento per le libertà civili
e l'immigrazione

LA SALUTE MENTALE DEI RIFUGIATI: UN NUOVO DISEGNO PER L'ACCOGLIENZA

Della stessa collana:

Buone prassi dei progetti territoriali SPRAR

Il teatro dei rifugiati. Un palcoscenico per l'accoglienza

I numeri dell'accoglienza. Compendio statistico dello SPRAR anno 2009

La procedura di asilo tra norma e prassi

L'integrazione passa di qua. Riflessioni nello SPRAR sui percorsi di integrazione

A cura di: Sarah Farotti, Maria Silvia Olivieri

Hanno partecipato alla scrittura dei testi: Ivan Carlot, Pina Deiana, Berardino Guarino, Michele Rossi, Gianfranco Schiavone, Assunta Signorelli.

Si ringraziano le autrici e gli autori dei capitoli, il personale del Servizio centrale e dei progetti territoriali dello SPRAR per gli spunti, i commenti e le analisi.

Un ringraziamento particolare a Carlo Chiuochiurlo per la grafica dei nostri Quaderni.

INDICE

INTRODUZIONE _____	3
CAPITOLO PRIMO: Il servizio pubblico al servizio dell'accoglienza di Assunta Signorelli _____	9
CAPITOLO SECONDO: Esperienze, sorprese e principi operativi nell'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio psichico di Ivan Carlot _____	26
CAPITOLO TERZO: Presupposti, strumenti e modalità di accoglienza: progetti territoriali e professionalità a confronto _____	38
3.1 Spazi di confronto, dialogo e condivisione	
<i>L'esperienza intorno al progetto SPRAR del comune di Fidenza</i> _____	40
3.2 Presa in carico nello SPRAR e nei centri governativi	
<i>L'esperienza intorno al progetto SPRAR del comune di Trieste</i> _____	48
3.3 La persona al centro di una presa in carico globale	
<i>L'esperienza intorno al progetto di accoglienza Otto per Mille realizzato dal Centro Astalli</i> _____	53
3.4 Investire bene e subito per la presa in carico	
<i>L'esperienza intorno al progetto di accoglienza Otto per Mille realizzato dal Consiglio Italiano per i Rifugiati</i> _____	61
CONCLUSIONI _____	69
CRONOLOGIA E BIBLIOGRAFIA DELLO SPRAR _____	76

Introduzione

ACCOGLIENZA E VULNERABILITÀ PSICHICA: ESPERIENZE, SFIDE E PROSPETTIVE FUTURE

Nell'ultimo triennio il tema del disagio mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale ha rappresentato indubbiamente un punto caldo nel dibattito all'interno del Servizio centrale e, più in generale, del Sistema di protezione. Analizzando questo periodo si ha la percezione di una vulnerabilità specifica che, pur originandosi e nutrendosi di entrambi, va oltre la stessa tortura e il trauma migratorio, ed è tuttora lontana dall'aver assunto una forma definitiva.

Dal 2008, dunque, ci si è trovati di fronte ad una nuova realtà: all'interno dei CARA, così come dei progetti SPRAR; si sono moltiplicate le segnalazioni di persone che manifestavano in maniera più o meno eclatante un'estrema fragilità psicologica e che richiedevano una presa in carico differente. La rete del Sistema di protezione ha quindi dovuto affrontare l'emergere di due bisogni complementari: uno di tipo quantitativo, rappresentato dal forte aumento del numero di segnalazioni dei casi di disagio mentale; l'altro più sostanziale, rappresentato dal più alto livello di problematicità del disagio stesso.

Dal punto di vista quantitativo non è stato possibile rispondere adeguatamente alle esigenze del territorio su questo tema, in particolare di fronte alle molte segnalazioni provenienti dai CARA, il cui numero è esponenzialmente aumentato nel 2008 anche per l'importante crescita dell'arrivo di richiedenti protezione internazionale.

D'altra parte, dal punto di vista qualitativo il Sistema di protezione ha visto l'individuazione all'interno della rete di un gruppo di esperienze in grado di realizzare un'accoglienza mirata: sono pertanto stati i progetti territoriali di Fidenza, Porto San Giorgio, Roccagorga/Sezze, Trieste e Venezia che, pur

non avendo posti riservati alla tipologia di vulnerabilità, hanno garantito la presa in carico di questo tipo di casi.

Per tutti questi motivi si è resa necessaria una progettazione sperimentale dell'accoglienza di persone con disagio mentale. Tale progettazione si è concretizzata con l'avvio di tre progetti finanziati con i fondi Otto per Mille/IRPEF assegnati ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'anno 2007. Questi progetti hanno coinvolto il CIR e il Centro Astalli a Roma, l'associazione Frantz Fanon a Torino.

Ogni progetto ha sviluppato il tema dell'accoglienza del disagio psichico secondo caratteristiche peculiari degli enti attuatori e risposte in armonia con le realtà del proprio territorio, a partire dai servizi socio-sanitari.

Tra esperienze dello SPRAR e progetti sperimentali si è data vita a una pluralità di voci, che ha reso possibile, a partire dall'anno 2009, porre le basi di un ragionamento di più ampio respiro sul tema.

Indicativa da questo punto di vista è stata l'organizzazione, ad aprile 2010, del seminario nazionale *"La salute mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale. Verso una definizione di standard comuni di accoglienza e di presa in carico specialistica"*.

Durante due intensi giorni di lavori si è cercato di avviare un percorso di confronto tra i differenti approcci nella presa in carico, le esperienze concrete di accoglienza e l'esplicitazione di bisogni e criticità all'interno della rete nazionale.

Durante il seminario nazionale il Servizio centrale ha condiviso un primo bilancio delle richieste di accoglienza da parte di persone con disagio mentale, avendo nel frattempo iniziato una sistematizzazione delle segnalazioni in merito.

Per quanto riguarda i primi dati sull'accoglienza è necessario analizzare da un lato la presa in carico garantita dai cinque progetti SPRAR, che nell'arco del 2009 si sono resi disponibili ad accogliere 41 beneficiari con disagio mentale su segnalazione del Servizio centrale (vedi tabella 1); dall'altro l'accoglienza specifica sperimentale dei tre progetti otto per mille, che hanno accolto un totale di 23 persone (vedi tabella 2), di cui 5 hanno portato a termine il percorso di accoglienza e 1 è stata allontanata.

Un dato importante da rilevare è la percentuale dei trasferimenti interni alla rete. Dei 23 accolti nei progetti Otto per Mille il 17,8% proviene da un progetto SPRAR ordinario; questa percentuale è indicativa di quanto la vulnerabilità sempre più spesso emerga durante il periodo di accoglienza, e di come la maggioranza dei progetti del Sistema non abbia gli strumenti adeguati per questo tipo di presa in carico.

Complessivamente nell'anno 2009 si arriva ad un totale di 64 accolti, cifra assolutamente non trascurabile data la gravità delle situazioni cui si è riusciti a dare una risposta.

Tabella n.1 – Progetti territoriali SPRAR, persone con disagio mentale accolte nel 2009

Progetti SPRAR	Accolti nel 2009
Fidenza	3
Porto San Giorgio	4
Roccagorga – Sezze	13
Trieste	9
Venezia	12
Totale	41

Tabella n. 2 – Progetti Otto per Mille, persone con disagio mentale accolte nel 2009

Progetti dedicati a persone con disagio mentale	Posti finanziati	Accolti nel 2009
Roma – Astalli	4	8
Roma – Cir	4	4
Torino – Fanon	10	11
Totale	18	23

Tabella n. 3 – Complessivo persone con disagio mentale accolte nella rete allargata dello SPRAR, anno 2009

Tipologia progetti	Accolti 2009
Progetti SPRAR	41
Progetti otto per mille	23
Totale accolti	64

Nonostante questo importante risultato nell'arco del 2009 sono rimaste inevase 31 segnalazioni (vedi tabella 4), di cui 6 richieste di trasferimento da progetti SPRAR ordinari.

Tabella n. 4 – Segnalazioni inevase di persone con disagio mentale, anno 2009

Segnalazioni Inevase	Totale
Esterne (Cara e Prefetture)	25
Interne alla rete (richieste di trasferimento)	6
Totale	31

Si può parlare di una duplice motivazione per cui il Servizio centrale non è riuscito ad individuare un progetto di accoglienza. In primo luogo ritorna la componente quantitativa, per cui le richieste sono state maggiori dei posti disponibili (tra SPRAR e progetti straordinari), dall'altro un "fattore gravità", trattandosi di persone che spesso non possono essere prese in carico neanche da progetti *ad hoc* come lo sono stati quelli Otto per Mille, perché di fatto lo SPRAR può mettere a disposizione strutture di accoglienza socio-educative e non socio-sanitarie. Le persone che con difficoltà i progetti si sono resi disponibili ad accogliere sono tendenzialmente richiedenti o titolari di protezione internazionale che hanno tentato il suicidio o manifestano gravi comportamenti antisociali. Per la stragrande maggioranza di questi casi, pertanto, ci si è trovati di fronte all'impossibilità di accoglienza sia nei progetti Otto per Mille, poiché entrambe le casistiche rientravano nei criteri di esclusione posti da ciascun progetto, sia nello SPRAR, poiché – soprattutto a causa di una presenza non sempre costante di uno psicologo e per l'assenza di un'assistenza 24 ore su 24 – non si prevedevano strumenti per favorire una reale presa in carico delle persone con esigenze così specifiche. Nel momento in cui queste due componenti si sono coniugate, la persona ha di fatto perso la possibilità di essere accolta, il che ha implicato per la maggior parte dei casi un acuirsi delle condizioni di vulnerabilità.

Inoltre è necessario sottolineare che la scarsa disponibilità di posti non è stata una questione meramente numerica, ma è dipesa anche dall'impossibilità di attuare un *turnover* delle accoglienze in tempi relativamente brevi; la gravità delle situazioni, infatti, ha reso impossibile strutturare l'accoglienza nell'arco dei sei mesi canonici. Da questo punto di vista la tempistica della presa in carico è emersa subito come elemento di criticità e riflessione: l'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con manifesto disagio mentale non può essere che di lungo periodo, da valutare caso per caso, con un percorso da costruire "su misura" per e con il diretto interessato.

Con la previsione nello SPRAR per il triennio 2011-2013 di 50 posti di persone con vulnerabilità riconducibili al disagio mentale¹, l'immediato futuro della rete implica l'avanzamento della frontiera dell'accoglienza intorno a una nuova categoria di vulnerabilità.

In questa pubblicazione abbiamo voluto dare voce ad una rappresentanza dei progetti che hanno posto le basi di tale percorso, così come a due tasselli fondamentali del complesso puzzle dell'accoglienza, i servizi socio-sanitari e gli enti locali.

È decisamente troppo presto per tirare le somme, per cui questi interventi vogliono essere di stimolo per un confronto presente e futuro. Possiamo dire con certezza che sarà necessario riflettere e sviluppare delle risposte degne della complessità del tema soprattutto su due questioni: da un lato la necessità di conciliare un percorso di accoglienza integrata con un percorso di supporto psichico della persona, dall'altro l'individuazione di criteri con cui identificare gli eventuali casi di disagio per cui non è pensabile un percorso di accoglienza nello SPRAR, neppure in progetti specializzati e strutturati e per i quali diventa impellente coinvolgere nuovi interlocutori per ricercare risposte di presa in carico.

¹ Il decreto del Ministero dell'interno 22 luglio 2008, così come modificato dal successivo decreto ministeriale 5 agosto 2010.

capitolo primo

Il servizio pubblico al servizio dell'accoglienza²

Premessa imprescindibile di un intervento corretto ed efficace è il rifiuto di una prassi schematica, preconstituita su modelli rassicuranti perché scientifici e ispirati di norma a forme di pensiero unico e totalizzante.

(Fabrizia Ramondino)

Premessa

Come introduzione a questo scritto ho scelto la frase che Fabrizia Ramondino, cara amica e scrittrice napoletana che ha sempre legato affabulazione e impegno sociale, pone all'interno della sua prefazione ad un manuale per gli interventi nel mondo della prostituzione migrante pubblicato nel 2001.

Scelta dettata dalla necessità di chiarire, in premessa, alcune questioni intorno all'agire dei servizi pubblici sanitari e sociali nei confronti di persone che vivono, per ragioni le più diverse, in condizione di disagio.

Soltanto l'analisi del ruolo che i servizi svolgono nel contesto sociale permette di comprendere in che modo essi debbano rapportarsi con gli altri soggetti coinvolti e partecipare all'elaborazione di progetti e programmi volti alla costruzione di risposte dotate di senso per le persone richiedenti e titolari di protezione con sofferenza psichica.

Mi piace ancora ricordare come il titolo di quella prefazione di Fabrizia fosse "Cosa si nasconde dietro una mano amica" per segnalare la necessità, quando si affrontano questioni legate all'esperienza più intima e profonda dell'esistenza umana, di mettere da parte sentimentalismi o "buonismi"

2 di Assunta Signorelli, psichiatra e responsabile del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura del Dipartimento di salute mentale di Trieste

dal momento che di diritti e non di "favoritismi e/o concessioni" si deve ragionare.

Ragionare di diritti, e anche, perché no, dei doveri che da questi discendono permette da subito di sgomberare il campo da equivoci e fraintendimenti nella direzione che garantire il diritto alla salute per i cittadini "senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali..." è dovere delle istituzioni così come "...È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini impediscono il pieno sviluppo della persona umana..." (Art 3 della nostra Costituzione).

Da quanto sopra discende che la ragion d'essere dei servizi sanitari pubblici, secondo quanto stabilito dall'art. 32 della carta costituzionale, è quella di tutelare e insieme di garantire:

"...la salute come fondamentale diritto dell'individuo e nell'interesse della collettività...",

e

"...cure gratuite agli indigenti".

Questa mission, per non tradursi in astratta petizione di principio, deve concretizzarsi in una pratica articolata e complessa capace di rendere il diritto alla salute ed alla non discriminazione accessibile ed agibile per chiunque soprattutto per chi, per propria storia, esperienza, problematicità, è più debole e, quindi, non in grado di autonomamente conquistarlo.

Pratica che stenta ad affermarsi nei servizi sanitari, in quelli per la salute mentale in particolare, sia per la confusione che regna nell'analisi delle competenze fra pubblico e privato in sanità sia, cosa forse ancora più significativa, per la condizione d'abbandono e marginalità nella quale, spesso, vengono a trovarsi operatori ed operatrici dei servizi pubblici che con questi problemi si incontrano (o scontrano).

Per tale motivo, prima di affrontare le questioni che la sofferenza psichica di chi ha affrontato esperienze estreme come quelle che il percorso di migrazione determina, ritengo necessario proporre quelli che, dal mio punto di vista, sono gli indicatori di qualità di un servizio riferiti sia alla fisicità strutturale delle mura e delle stanze sia all'operatività di chi quotidianamente vi opera. Importante sottolineare come questi indicatori siano il risultato teorico di una riflessione continua su una pratica quotidiana che sempre ha cercato di definirsi non solo su astratte teorie ma sul confronto, a volte scontro, fra queste e la realtà sociale nella quale si è trovata e si trova ad intervenire.

E' evidente, perciò, che il riferimento all'esperienza di trasformazione istituzionale, iniziata negli anni '70 e quanto essa ha significato nel costruirsi di un sapere sempre in divenire, costituisce la cornice nella quale si collocano le riflessioni che seguono.

Riflessioni che non intendono fornire un modello d'intervento chiuso e predefinito ma soltanto dei punti di repere per poter ragionare su una pratica che deve, sempre, proporsi come "servizio" per la collettività nella direzione di operare come mediazione forte fra una normalità sociale che stenta a riconoscersi e le numerose differenze che dalla sofferenza psichica nascono.

I servizi di salute mentale

I servizi di salute mentale territoriale cui mi riferisco nascono come alternativa all'internamento psichiatrico dopo la legge di riforma sanitaria del 1978 che stabilisce la fine degli ospedali psichiatrici.

Al di là delle discussioni continue, più o meno interessate, che hanno segnato e segnano il destino di questa legge (a quarant'anni di distanza la sua applicazione nel nostro paese è ancora incompleta) è da tutti riconosciuto come l'internamento e la contenzione non siano risposte terapeutiche per una

sofferenza, quella psichica, forse difficile da comprendere, ma certamente fortemente condizionante la vita sia delle persone che la sperimentano sia di chi ne condivide il vivere quotidiano.

Sofferenza che ha bisogno di forme specifiche d'intervento che si declinino dentro l'esperienza quotidiana di chi soffre, in luoghi non distanti dal contesto di vita ma ad essi contigui e con essi continuamente in relazione e scambio.

Questa esigenza di continuità e scambio è possibile solo se esistono servizi in grado di accogliere tutta la domanda relativa alla sofferenza che un territorio dato esprime e di fornire risposte che, mentre affrontano la sofferenza individuale, sono in grado di metterla in rapporto con le esigenze della collettività. Unica garanzia, questa della mediazione tra normalità e follia, per evitare forme d'internamento più o meno soft ma comunque escludenti e non terapeutiche.

Servizi funzionanti sulle ventiquattrore, le cui caratteristiche possono facilmente essere definite attraverso "parole chiave" che, nel mentre lo qualificano, se analizzate e scomposte nei loro molteplici significati rendono esplicita la ratio dell'aggettivo "forte" utilizzato per loro.

Parole chiave che di seguito riporterò in un elenco, avendo verificato come sia più semplice esplicitare una pratica terapeutica spiegando il significato che le parole assumono nel loro farsi prassi; significato che, lungi dall'essere unico, è fortemente condizionato dal contesto, nella direzione che le motivazioni e i sentimenti incidono sul senso che ciascuno o ciascuna dà alle parole che dice o ascolta.

In sostanza penso che sia importante e necessario discutere e confrontarsi riconoscendosi diversi, dandosi reciproco valore e credibilità, proprio per poter costruire insieme risposte molteplici ed articolate dentro le quali ciascuno e ciascuna, indipendentemente dal suo ruolo e dalla sua collocazione, sia contemporaneamente soggetto ed oggetto del fare, portatore o portatrice

di frammenti di verità che, soltanto nel reciproco contaminarsi e mescolarsi, definiscono il quadro di riferimento dentro il quale muoversi per costruire pratiche di intervento rispettose dell'altro, altra da sé.

Oggi, dal momento che la categoria dell'omologazione e della svalorizzazione di ogni forma di dissenso domina la sfera sociale e culturale, è fondamentale, per chi si confronta con condizioni esistenziali estreme, mantenere una attenzione critica e una lucidità di pensiero nei confronti del proprio agire al fine di essere sempre in grado di rispondere con onestà intellettuale alla domanda che più ci assilla "a chi giova?"

Parlare di garanzie di diritti, di riconoscimento di doveri altro non significa se non uscire dalla forbice abbandono/controllo ed imboccare insieme la strada della relazione con l'altro, l'altra da sé, essendo disponibili a mettere in gioco le proprie e le altrui certezze; senza mai confondere i ruoli o le responsabilità pur sapendo che molte volte l'esito dell'azione non può essere definito a priori e, soprattutto, che il percorso per raggiungerlo è accidentato, fatto di andate e ritorni, di positivo e negativo in un'alternanza difficile da sostenere, ma inevitabile perché garantisce all'altra, altro da sé di esserci e di contare nella definizione dell'obiettivo.

Caratteristiche di un servizio che indicano la sua qualità

- **Accoglienza:** parola oggi molto usata per indicare il primo contatto, anche telefonico, fra il servizio e chi lo usa. Si parla anche di "accoglienza della domanda", nel senso che si presume che la persona che si rivolge a un servizio ha qualcosa da chiedere e, quindi, primo compito è valutare l'adeguatezza della domanda rispetto al servizio. Nascono da questo modo di intendere l'accoglienza le questioni delle competenze e molte volte accade che la domanda venga rifiutata per "non competenza". Questo è tanto più vero quando la domanda è generica ed indifferenziata, perché chi la pone non è in grado, per lingua, cultura o altro, di esplicitare bene il suo bisogno. Si configura quindi una situazione nella quale proprio chi ha

più difficoltà si ritrova da solo e senza aiuto. Per un servizio, invece, che pone come centrale il bisogno della persona l'accoglienza è il momento in cui si rompe quel vissuto di solitudine ed abbandono che prova chi vive una condizione di disagio, solo così si creano i presupposti per una relazione dotata di senso. In quest'ottica l'accoglienza è già una risposta: accogliere qualcuno o qualcuna vuol dire farlo entrare in una rete di risorse alle quali attingere per trovare risposte al proprio bisogno. Ed anche se il servizio non è quello "competente", funziona per costruire un aggancio, una mediazione con chi quelle competenze, istituzionalmente, possiede.

- **Soglia:** con questo termine si indica il grado di accessibilità di un servizio, nella direzione della possibilità per chi lo frequenta di usarlo in modo semplice e di sentirsi a proprio agio. Per questo si definisce a bassa soglia un servizio con flessibilità di accesso, agibilità e fruibilità.
- **Attesa:** definisce il tempo che trascorre nell'attendere (letteralmente: tendere verso) ma nell'accezione più comune è il tempo che trascorre inutilmente, che deve essere sempre annullato, tanto che spesso si parla di "tempo morto". Tutto nell'attuale organizzazione sociale tende (o almeno dovrebbe tendere) a ridurlo. Del tutto diverso appare il discorso dalla parte delle donne. Per loro il "tempo dell'attesa" è importante, è il tempo della preparazione e della trasformazione del corpo, dell'apprendimento di ciò che sta per accadere. Tempo che non può essere compresso ed annullato, ma che va intensamente vissuto perché ricco di sensazioni ed emozioni sempre nuove anche se antiche. Troppo a lungo ignorata nel suo significato positivo, l'attesa riconquista così valore e senso: da esperienza intima e personale si trasforma in attenzione all'altro da sé, in rispetto dei tempi naturali, in capacità di ascolto e di valorizzazione del silenzio. Non più tempo morto ma tempo da salvaguardare e valorizzare per evitare la durezza del primo impatto, per imparare a rispettarci ed a reciprocamente ri/conoscerci prima di iniziare qualcosa, qualunque essa sia, insieme.

Il servizio per poter soddisfare questi indicatori deve essere capace di agire...

- **Coinvolgimento:** parola spesso usata, nelle diverse teorie “psi”, in senso negativo, come qualcosa da evitare per mantenere quella distanza necessaria per fornire risposte efficaci. Ma se riflettiamo sul significato della parola distanza ci accorgiamo come questa spesso possa creare una barriera nella relazione con l’altro o l’altra, quasi una difesa nei confronti sia del disagio che la persona porta sia della propria impotenza, oggettiva o soggettiva che sia. Pare più opportuno, invece, considerare il coinvolgimento in senso positivo come una attrazione a partecipare attivamente al problema posto impegnandosi non solo razionalmente ma anche emotivamente (di testa e di pancia). Forse la questione sta nel riuscire a trovare la giusta mediazione fra distanza e invasione e per fare questo è importante tenere presente che il coinvolgimento non può e non deve accompagnarsi alla negazione della propria soggettività umana e professionale.
- **Complicità:** si intende la disponibilità del curante e della curante a comprendere l’altro, altra da sé, a confrontare e verificare il proprio sapere e la propria scienza con l’esperienza esistenziale, la cultura, il vissuto della persona in carico. Per poter essere complici è necessario costruire una relazione forte di reciprocità e fiducia che sia in grado di mettere la persona oggetto dell’intervento in condizione di sopportare lo scarto tra realtà e desiderio, la frustrazione inevitabile che il confronto con il quotidiano produce su persone che vivono condizioni estreme. Nulla a che vedere, quindi, con la connivenza e/o con il pregiudizio, con la difesa acritica del, della “propria paziente” da parte dell’operatore/operatrice secondo una logica oggettivante, come se quella non fosse persona portatrice oltre che di diritti anche di doveri. Solo in questo modo è possibile costruire rapporti efficaci e responsabili dal momento che non si fondano su

un'astratta obiettività scientifica ma sulla relazione tra soggettività diverse, con ruoli distinti e separati, il cui obiettivo è rappresentato dalla costruzione di un equilibrio esistenziale, la cui unica verifica è data dal confronto con la realtà.

- **Reciprocità:** presuppone una situazione di scambio, di qualcosa "che va e viene" (è l'etimologia latina della parola), nella relazione fra due persone. Di norma il rapporto terapeutico (usiamo qui il termine in senso ampio e non solo medico) non è reciproco perché diseguale, nel senso che manca, negli operatori e nelle operatrici, la consapevolezza che essi, oltre che dare, prendono. Porsi invece in modo reciproco rende efficace la relazione non solo per l'utente, ma anche per il, la terapeuta, che allarga la sua esperienza e cultura, trovando senso e significato nel proprio fare.
- **Mediazione:** azione svolta da chi si interpone fra due parti, mettendole fra loro in relazione, per far conseguire un accordo. Con questo significato si usano i termini di: **mediazione culturale** (azione a ponte svolta da una persona che conosce sia gli usi ed i codici della cultura dominante nel paese ospitante sia l'etica sociale, le condizioni e lo scenario nel quale un gruppo minoritario vive) e **mediazione di genere** (come la culturale riferita, però, al maschile ed al femminile). Importante anche segnalare che la parola cultura viene, in questo caso, usata seguendo la definizione dell'antropologia culturale, come un *"complesso storicamente trasmesso di significati espressi tramite simboli, un sistema di concezioni ereditate mediante cui gli esseri umani comunicano, perpetuano e sviluppano la loro conoscenza della vita e i loro atteggiamenti nei suoi confronti"*. Per analogia a volte il servizio è chiamato a fare una specie di **"mediazione terapeutica"** per le persone che a lui si rivolgono nella direzione di funzionare come ponte nei confronti di un contesto (la famiglia, il luogo di lavoro, la rete sociale più ampia) che spesso tende ad escludere soltanto perché non comprende i bisogni e le richieste che sottendono una condizione di sofferenza.

...e perché no, anche capace di assumere al proprio interno

- **Confusione:** dal latino cum "insieme" fundere "versare", mescolanza disordinata di cose o persone.
- **Faziosità:** professare idee di parte, il contrario di obiettività. Per le donne essere faziose vuol semplicemente dire assumere il proprio punto di vista come chiave di lettura della realtà e riuscire, così, ad esplicitare il non detto e far emergere quell'insoddisfazione sempre occultata e negata in nome di un complessivo, che poi alla fine non accontenta nessuno. Parlare dal punto di vista delle donne vuol dire, dunque, assumere la "faziosità" come valore, non assoluto ma necessario per essere in gioco. A me piace pensare che da ciò discenda la convinzione che le donne siano sempre "False" (*perché costrette a nascondersi ed a seguire strade tortuose ed ingannevoli per affermarsi*) e "tendenziose" (*perché costrette a ricorrere a modi di pensiero trasversali rispetto all'obiettività della ragione maschile dominante*). Assumendo il punto di vista delle donne si capisce perché parole come accudimento, relazione, soggettività, entrando nel relativo del vivere quotidiano, svelino significati insospettabili e assumano, alternativamente, connotati non solo differenti, ma a volte contrapposti. E allora fazioso è il servizio complice di chi è più debole, uomo o donna che sia, quando fa proprio il punto di vista dell'altro e lo mette in campo per esplicitare il conflitto che nasce dalle contraddizioni della normalità.
- **Paradosso:** anche se con questo termine si designa tutto ciò che contraddice l'opinione corrente, è importante a volte ragionare per paradossi. Soprattutto quando ci si trova di fronte a esperienze di vita estreme e difficili da comprendere, si scopre come proposizioni formulate in apparente contraddizione con l'esperienza comune o con i principi elementari della logica, si dimostrino all'esame critico valide ed efficaci.
- **Errore:** rappresenta, sempre e comunque, il limite dell'azione umana, qualcosa da tenere presente quando non esistano risposte certe e

universalmente accettate. Soprattutto sul terreno delle relazioni è facile sbagliare; per tale motivo bisogna essere disponibili alle critiche assumendo l'errore come la possibilità di verificare il proprio lavoro senza paure della condanna o del giudizio superiore. Nella pratica quotidiana la **strategia dell'errore** è la molteplicità di percorsi da fare con l'altro, altra, quasi un errare alla ricerca di un cammino comune per costruire un mondo nel quale riconnettere le diramazioni, le cose che si sono perse o dimenticate e ricomporre le proprie identità come un mosaico in cui ogni pezzo ha senso e significato. Ed infatti etimologicamente questa è l'origine della parola (errore deriva dal latino errare, che significa vagare qua e là). In questo modo anche il confronto fra pratiche diverse diviene più facile e costruttivo, perché non di vittorie si è alla ricerca ma della possibilità' di costruire luoghi che tutti/tutte possano contenere ed accogliere.

Così, forse, si può pensare al lavoro come

- **Pratica:** parola usata nel linguaggio dei servizi sociali e sanitari per indicare l'insieme delle azioni e degli interventi che operatori ed operatrici pongono in essere per rispondere alle domande che le persone rivolgono loro. Nel linguaggio corrente si parla molto di buone e di cattive pratiche in riferimento al grado di soddisfazione dell'utenza. Soddisfazione che si cerca di misurare proponendo dei sistemi di valutazione fondati su parametri quanto più possibili oggettivi (i questionari di qualità), quali i tempi medi di attesa, l'adeguatezza dei luoghi che ospitano i servizi, le modalità dell'accoglienza, la civiltà e la professionalità del personale, il grado di efficienza e di efficacia della risposta che il servizio fornisce. Per sintetizzare si può dire che una buona pratica è quella che, in qualunque situazione, riesce a coniugare qualità della risposta tecnica e qualità della relazione umana.

- **Prendersi cura:** costruire legami e relazioni dentro le quali la soggettività possa esprimersi, comporre un mosaico nel quale ciascuno/a possa esserci/riconoscersi come soggetto attivo e passivo nel medesimo tempo. Prendersi cura di qualcuno o qualcuna vuol dire costruire insieme relazioni multiple, sempre travisate se interpretate secondo categorie come dipendenza/dominio, che costruiscono una gerarchia di valori oggettivi e formalmente astratti. Relazioni multiple che danno origine a reti, istituzionali e no, dalle quali nascono gerarchie di valori soggettivi e non assoluti che permettono di rompere l'antinomia vincere/perdere (la guarigione come sconfitta della malattia) e delineare quella scelta di vivere cui si riferisce la Cassandra di Christa Wolff ("tra vivere e morire preferisco esistere").
- **Transculturalità:** necessità di tener conto, quando si affronta l'esperienza esistenziale di una persona, della cultura nella quale viene educata, dei modelli dominanti che apprende, perché questi sono tutti elementi che incidono sui suoi stili comportamentali, sulle sue azioni, sulle sue modalità di relazione con il mondo.

Perché obiettivo, forse utopico, da perseguire è la possibilità per tutti e tutte di

- **Autodeterminazione:** atto con cui la persona si determina liberamente ed autonomamente, espressione della libertà positiva dell'uomo e della donna e, quindi, della responsabilità ed imputabilità di ogni suo volere ed azione.
- **Autonomia:** letteralmente il governarsi da sé, la libertà di pensare e di agire senza dipendere da altri e senza influenze esterne. Intorno a questa parola oggi ruota gran parte del dibattito, nella direzione che il bisogno (o il desiderio?) di sentirsi, essere autonomi attraversa molti, uomini e donne, gruppi sociali e organizzazioni le più diverse. E la domanda che tutti si pongono è: cosa significa, qui ed ora, essere autonomi e come

lo si diventa? Fra le tante risposte quella di C. Castoriadis, un filosofo del nostro tempo, ci sembra la più chiara: egli sostiene che nella storia delle società, il passo decisivo verso l'autonomia è stato fatto quando gli antichi greci hanno cominciato a far precedere le loro leggi dal preambolo *"sembra giusto al consiglio e al popolo"* e non *"è giusto"*, assumendosene la responsabilità riguardo ai meriti ed alle carenze. Come si vede ciò che viene chiamato in causa come condizione necessaria perché l'autonomia possa esistere è la categoria del relativo, dell'impossibilità, cioè, di pensare in modo autonomo in una condizione da altri determinata.

I progetti d'accoglienza

Forse quella che doveva essere la premessa ha già chiarito quale sia, almeno per me, il ruolo dei servizi di salute mentale nell'elaborazione di progetti d'accoglienza per persone richiedenti e titolari di protezione internazionale portatrici di sofferenza psichica. Ruolo che non cambia in riferimento alle caratteristiche dell'utenza perché compito del servizio è la presa in carico della sofferenza di chiunque abita nel territorio di sua competenza. Diverso e unico è il progetto terapeutico, determinato dalle specificità della domanda che la sofferenza individuale pone e, comunque, implementato con risorse generali quali interventi economici per la formazione al lavoro e all'istruzione, presenza di mediatori e mediatrici linguistiche, gratuità dei farmaci, posti letto per un ricovero qualora ritenuto necessario e luoghi di socializzazione e abilitazione mirata all'affinamento di specifiche competenze individuali.

Molteplici gli strumenti da mettere in campo, ma unica la filosofia dell'intervento dal momento che la mission del servizio è sempre quella di garantire l'equilibrio psichico della singola persona.

A Trieste sin dalla metà degli anni '70 la pratica dei servizi territoriali,

nati in forma dipartimentale dalla distruzione del manicomio, si è articolata sulle questioni della normalità dell'esistenza: lavoro, casa, identità, cultura e così via. La sofferenza psichica individuale trova risposte nel territorio, nelle case dove la gente vive, nelle strade, nei luoghi di lavoro, senza più essere separata e reclusa.

Nella cultura cittadina i centri di salute mentale rappresentano il punto di partenza dell'assistenza psichiatrica. Luoghi fisici, capaci di strutturarsi ed organizzarsi in più direzioni e con più funzioni per rispondere alla complessità della sofferenza individuale e accompagnarla nei suoi percorsi: tutti i centri di salute mentale sono sulle ventiquattrore, dotati di posti letto, a bassa soglia per l'accoglienza della domanda, aperti alla cittadinanza e sempre in rete con le altre istituzioni sociali e sanitarie della città.

Vivendo nel territorio il servizio deve sempre misurarsi con le modificazioni di questo e così, verso la metà degli anni '90 (è l'epoca delle guerre nei Balcani), la pratica dei servizi ha incrociato la questione dei migranti, del loro stabilirsi in un territorio sconosciuto in termini di lingua, costumi ed abitudini.

Fin dall'inizio fu chiaro che non dovevamo separare ma nemmeno omologare, guai costruire servizi specifici per "migranti con sofferenza mentale" ma ugualmente grave sarebbe stato il costringerli nei nostri modelli di "normalità ed equilibrio". In entrambi i casi avremmo tradito il nostro mandato: nel primo sanzionando una doppia discriminazione (nonostante i progressi, nella cultura dell'immaginario collettivo ancora lo stigma accompagna la sofferenza psichica), nel secondo aggiungendo alla violenza insita nell'esperienza migratoria la violenza che un processo d'omologazione agisce sul sentire profondo e peculiare di un'identità singolare.

D'altronde sapevamo, in questo la lezione di Basaglia ci guidava, che se un servizio sa accogliere "chi non ha nulla" (perché, come lui amava dire, "chi non ha non è") può accogliere anche "chi ha": il contrario non è

mai vero e quindi nella nostra capacità di accogliere le persone migranti, si misuravano insieme la tenuta della nostra organizzazione e delle nostre diverse professionalità.

Di fronte ad una situazione nuova e con implicazioni sia istituzionali (la questura e il tribunale erano i nostri principali interlocutori) sia sociali (le diverse organizzazioni del volontariato funzionavano per noi come partner e mediazione), ampio fu il dibattito e la discussione sul che fare.

Alla fine optammo per quella che si è dimostrata la soluzione più equa: nell'accoglienza dei migranti, restando fermo il principio della territorialità, in ogni servizio alcuni, fra gli operatori e le operatrici dei diversi ruoli professionali, avrebbero affinato le loro competenze per accogliere questo tipo d'utenza in modo da costruire dentro ogni c.s.m. percorsi dedicati e specifici ma non separati.

All'interno di quest'organizzazione sono intervenuti due programmi governativi nazionali, uno legato all'art. 18 della legge sull'immigrazione (migranti vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale) e quello, appunto, relativo alle persone titolari e richiedenti protezione internazionale (SPRAR). Affrontando i progetti questioni complesse e delicate sul versante giudiziario, si è scelto di partecipare agli stessi come azienda sanitaria e individuare un'équipe ad hoc per la loro attuazione. Per la parte relativa alla salute mentale referente naturale per il progetto art. 18 è stato, finché ha funzionato, il centro donna salute mentale poi, dal 2000 un piccolo gruppo di operatrici che negli anni si erano più interessate alla questione tratta.

Non diversa l'esperienza con l'ICS: l'équipe per la salute mentale si è costituita a partire da motivazioni individuali e relazioni personali consolidate negli anni, ed è stato individuato il servizio cui queste persone afferivano come servizio di riferimento. Si tratta del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, servizio che, a Trieste, proprio a partire dall'organizzazione dipartimentale

della salute mentale, è un servizio aperto e con tasso d'occupazione di posti letto molto basso.

Questa scelta è stata frutto della riflessione che, a volte, nella definizione del territorio bisogna tener conto di una geografia determinata non solo dai confini territoriali ma da esigenze e bisogni che nascono da eventi sovranazionali come la guerra, la tratta e la tortura che trascendono la dimensione locale.

L'equipe che si è costituita lavora in collegamento con l'ICS svolgendo le seguenti funzioni:

- di supporto per il personale che lavora negli appartamenti di accoglienza attraverso una riunione generale mensile di tipo formativo e una riunione ogni 2,3 settimane nei diversi appartamenti con operatori, operatrici ed ospiti;
- di consulenza e certificazioni per i procedimenti giudiziari ed amministrativi;
- di presa in carico per le situazioni di sofferenza psichica.

Nel marzo del 2010 è stata stipulata una convenzione fra l'Azienda Sanitaria e l'ICS che definisce compiti e competenze d'entrambi i soggetti e che mi pare opportuno allegare perché ben chiarisce sia come si lavora sia le norme e le leggi di riferimento.

Rimandando a questa convenzione per la definizione dei singoli interventi ed azioni che l'Azienda Sanitaria svolge, mi pare opportuno concludere con alcune riflessioni intorno alla domanda sul se e come l'approccio con queste persone si differenzi da quello con le altre persone prese in carico in salute mentale.

Istintivamente, a partire dalla mia esperienza pratica, direi che non c'è nessuna differenza: certo il non condividere la lingua materna rende il lavoro più difficile, allunga il tempo necessario per stabilire un rapporto di reciprocità

e scambio ma tutto qui.

Eppure come équipe curante allargata spesso nel dipanarsi del progetto quando questo, superata la fase strettamente "psichiatrica", si confronta con l'esterno si percepisce un inquietudine di fondo, una sensazione d'impotenza ed impossibilità.

Frantz Fanon nella sua lettera di dimissioni dall'ospedale psichiatrico di Blida-Joinville in Algeria scrive "... *la psichiatria è la tecnica medica che ha per scopo di porre l'uomo in grado di non sentirsi più estraneo al suo ambiente...*" e allora se questo è vero, ed io credo che lo sia, la questione, di necessità, si pone sui due fronti quello della persona che soffre e quello dell'ambiente che l'accoglie.

Ma come non sentirsi estranei in un ambiente che ti rifiuta, dove ogni cosa anche la più semplice e la più banale come cercar casa, iscrivere il tuo bambino al nido o all'asilo, trovare un lavoro anche precario, professare la tua fede, è difficile se non addirittura impossibile?

Nella risposta a questa domanda sta la differenza dell'approccio, ed è su questa domanda che dobbiamo impegnarci per "trasformare e rendere vivibile" un ambiente che, solo se impara ad accogliere e tener insieme le differenze, può definirsi "sano e umano".

Riferimenti Bibliografici

- F. Basaglia - *Opere*, Torino, Einaudi (Vol. I,II), 1982
- F. Basaglia - *Conferenze brasiliane*, Roma, Ed. Raffaello Cortina, 1999
- Z. Bauman - *Modernità ed olocausto*, Bologna, Società Ed il Mulino, 2010
- J. Baudrillard - *Lo scambio impossibile*, Trieste, Ed. Asterios, 2000
- F. Fanon - *Lettera al ministro residente*, Opere scelte a cura di G. Pirelli, Einaudi, 1971.
- M. Foucault - *Storia della follia* (1961), tr.it. Milano, 1999
- U. Galimberti - *Dizionario di Psicologia*, Torino, UTET Edizioni, 1992
- U. Galimberti - *Idee: il catalogo é questo*, Milano, Feltrinelli, 1992
- J. Habermas - *L'inclusione dell'altro*, Milano, Feltrinelli, 1998
- V. Held - *Etica Femminista*, Milano, Feltrinelli Campi del sapere, 1997
- Bell Hooks - *Elogio del margine*, Milano, Feltrinelli Campi del sapere, 1998
- E. Morin - *Il Paradigma Perduto*, Milano, Feltrinelli, 1994
- F. Rotelli - *Per la normalità*, Trieste, Asterios, 1999
- A. K. Sen - *La ricchezza della ragione*, Bologna, il Mulino (Intersezioni), 2000
- A. Signorelli (a cura di) - *Fatevi Regine*, Roma, Sensibili alle foglie, 1996
- A. Signorelli - M. Treppete (a cura di) - *Servizi in vetrina*, Trieste, Asterios, 2001
- J. Tomlinson - *Sentirsi a casa nel mondo*, Milano, Feltrinelli Campi del sapere, 2001

capitolo secondo

Esperienze, sorprese e principi operativi nell'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio psichico³

Il comune di Venezia, capofila di progetti SPRAR, vanta un prolungato impegno sulle tematiche d'asilo e ha accolto negli anni numerosi beneficiari con disagio psichico. Dalle conoscenze maturate in questo lavoro è forse possibile trarre oggi ulteriori indicazioni e suggerimenti per avviare, trasformare o realizzare servizi utili alle singole persone e alle comunità in cui si collocano. Con l'intento di portare un contributo in tale prospettiva provo a delineare i punti che mi paiono maggiormente significativi e promettenti. Posso farlo con una migliore disposizione alla concretezza partendo da brevi cenni alla dimensione personale dell'accostamento al tema e dal ricordo delle prime, importanti difficoltà.

Quando nel 2001 ho avviato un progetto di documentazione e racconto sui beneficiari presenti nei centri di accoglienza del comune di Venezia avevo alle spalle, e in corso, diverse esperienze di lavoro nell'ambito della salute mentale, con persone in cura e/o in accoglienza presso strutture del territorio veneziano. Incontrando e approfondendo la conoscenza di stranieri con istanze d'asilo non mi aspettavo nessuna connessione particolare con l'ambito del disagio mentale. Prevaleva in quel passaggio l'attenzione a portare buoni risultati nel programma stabilito, a trovare un contatto soddisfacente in un ambiente per me inesplorato ed avviare possibilità inedite insieme alle persone che condividevano lo stesso percorso. Per un tempo, e dopo aver iniziato una più ampia collaborazione nel progetto locale, quella connessione è rimasta assente o vagamente sullo sfondo.

³ di Ivan Carlot, referente dei progetti SPRAR del comune di Venezia

Durante l'anno successivo, nel 2002, è arrivato a Venezia un richiedente asilo che ha modificato, con la sua presenza e con le sue modalità, alcuni aspetti importanti nel lavoro del progetto locale. Sottolineo subito questo andamento, convinto che le caratteristiche e le qualità in cui si strutturano le azioni derivino e si formino nel confronto con le persone, beneficiari e operatori, e con i contesti interessati. Anche per tale motivo trovo conveniente iniziare da questo punto.

K - abbrevio così il nome del richiedente - si presentava in tono dimesso e molto consapevole, infelice e ricco di spunti conoscitivi. A pochi giorni dal suo ingresso in uno dei centri aveva trovato il modo di esprimere molta della sua sofferenza, intrecciata a motivi spiegati attraverso la personale storia di persecuzione e con accenni espliciti all'essere malato. Tale duplicità metteva disagio anche per l'inestricabile e forte oscillazione tra quello che a me, allora embrionalmente, appariva il versante della tutela legale, nel suo caso intorno alla persecuzione, e il versante della tutela sociale (psico sociale), per il suo sentirsi infinitamente perseguitato; polarità forse inestricabile nell'immediato, e fonte continua di messa in discussione della veridicità di una parte e dell'altra.

Una particolarità di K, inoltre, era rappresentata dal legame con una cultura di provenienza vigorosa, rimarcata attraverso i presupposti della scientificità. L'interruzione della continuità di vita nella sua regione, avvenuta secondo il suo racconto per fuggire a drammatiche minacce, non aveva scalfito il suo consenso a favore dei principi ispiratori appresi in quel contesto. Aggiungeva dunque, alla molteplice instabilità della sua condizione, la rivendicazione ad essere adeguatamente assistito e a ricevere informazioni certe e oggettive sulla sua salute.

Questo ulteriore elemento era potenzialmente spiazzante anche in quanto allora, all'interno del progetto, prevaleva la concentrazione su altri bisogni dei beneficiari, sufficientemente noti alla maggioranza degli addetti alle tematiche

d'asilo da poterne omettere qui l'elencazione. Si sommava a ciò una scarsissima considerazione di quanto facevano, sapevano ed erano disposti a fare altri servizi, segnatamente quelli di salute mentale. Vigeva infatti, in buona parte motivatamente, la convinzione che pochissimi operatori e rari uffici avessero organizzato minimamente le competenze e i profili professionali per rispondere all'incontro con stranieri. Seguendo questa inclinazione la fiducia, riguardo al merito, diminuiva nei confronti delle aziende sanitarie e in rapporto all'offerta di interventi a favore di richiedenti asilo e rifugiati.

Ciononostante, e per corrispondere ad opportunità ed esigenze che sembravano imporsi con stringente rapidità, è stato presto coinvolto il centro di salute mentale della zona, trovando un buon consenso tra i soggetti interessati – il beneficiario, medico, operatori e mediatore – verso una condotta utile ancorché tutta da assodare. K con la sua insistenza, manifestata tanto attraverso la pretesa ragionevole di assistenza quanto mediante ripetute sollecitazioni problematiche, ha aiutato notevolmente a radicare nel progetto locale di Venezia una diversa impostazione interna ed una variazione più aperta nella lettura di quei servizi. Per me è stato l'inizio della connessione tra esperienze in parte conosciute e nuovi interessi. In qualche modo il progetto locale, pur in presenza di resistenze e dubbi significativi di molti operatori, ha avviato e riavviato un'osservazione maggiormente attenta dei bisogni particolari dei richiedenti e un proposito di collaborazione con ambiti esterni rimasti, fino ad allora, per lo più estranei.

Il comune di Venezia ha iscritto le proprie azioni, in generale rispetto alle migrazioni in Italia e in particolare sullo specifico della materia d'asilo, nel solco dell'applicazione dei diritti umani riconosciuti e riferendosi esplicitamente all'idea di promozione, sancita fin dal nome del servizio. La promozione dei diritti è comunque compito arduo e spesso sfuggente, che corre incessantemente il pericolo di risolversi in ottima esibizione di principi, privi di procedure e d'attuazione. La promozione dei diritti si fonda, in effetti, sull'esercizio

concreto e propriamente determinato aprendosi, al contempo, alle evoluzioni che nascono dall'intreccio tra la maturazione delle domande individuali e le articolazioni istituzionali nel contesto. Il passaggio alla tutela psico sociale dei beneficiari ha dunque indirizzato, già all'inizio, la riflessione intorno al tema della promozione, intesa anche come funzione di incoraggiamento e proposta nel sistema locale.

Prima di avvicinare maggiormente le caratteristiche salienti dell'intervento dell'ente locale, e dopo aver accennato ad un primo contributo portato in un caso di beneficiario con disagio, credo sia interessante riportare qui il senso di alcune resistenze e difficoltà vissute dagli operatori, annotare in breve alcune conseguenze e i possibili mutamenti. Il disagio psichico di una persona è infatti generalmente riconosciuto quando si comunica; dal momento in cui passa ad altri – beneficiari, operatori, ambiente – piuttosto che soltanto nelle parole o narrazioni della sofferenza; forse per questo, spesso, vengono portati a supporto della definizione del problema gli agiti. Per gli operatori, specialmente quelli impegnati nell'accoglienza in ambito di protezione internazionale, il venire a contatto con tale disagio comporta non solo la personale esposizione, con le peculiari e variabili attivazioni che il confronto può suscitare, ma solitamente anche l'emergere delle preoccupazioni legate al senso di responsabilità verso altri beneficiari accolti e la percezione della specialità del disagio psichico stesso. In una parola, l'incompatibilità della presenza di una persona con disagio rispetto ai centri di accoglienza.

Nell'esperienza del decennio nei progetti locali di Venezia ho rilevato principalmente questi tre fattori condizionanti l'azione e le reazioni degli operatori. Ho notato pure, tramite un considerevole sforzo emotivo e in forza della condivisione d'insieme, un aspetto apparentemente semplice: la reciprocità del disagio. Tutti abbiamo, in un tempo più o meno breve, imparato a ravvisare le difficoltà indotte su ciascuno di noi dal disagio di un beneficiario, maggiormente complesso è invertire il corso della riflessione ed ammettere elementi propri di incentivo o amplificazione al disagio della persona

accolta. Tuttavia, proprio l'acquisizione di una consapevolezza al riguardo ha permesso di compiere il passo successivo: la comprensione di una relativa reciprocità dell'agio. Mi riferisco qui alla conduzione quotidiana dei progetti, dunque ai momenti di normalità, senza escludere rimarchevoli implicazioni nei casi complessi, acuti, di disagio. Soprattutto in relazione a questi ultimi è risultato decisivo saldare l'attenzione alla formazione, all'aggiornamento e alla supervisione degli operatori, con la coscienza delle benefiche risonanze complessive.

Il secondo fattore, collegato alla responsabilità degli operatori nei confronti di altri beneficiari presenti e investiti dalle specifiche difficoltà di uno solo, ha messo duramente alla prova il lavoro d'équipe in varie occasioni. In effetti il senso dei migliori equilibri, quelli sostenibili e fecondi all'interno di un centro, è tema tutt'altro che scontato o secondario, quanto la considerazione da rivolgere nella prospettiva di una buona accoglienza a ciascun beneficiario e alle combinazioni che si formano e si modificano. Le resistenze su questo punto, alcune disposizioni ad allontanare la singola persona in difficoltà per salvaguardare il benessere di molti, si sono spesso mescolate alle nostre debolezze, anche momentanee, e soprattutto alla riluttanza al cambiamento. I beneficiari con disagio psichico hanno appunto portato disordinati, confusi, critici cambiamenti; dunque fatiche e contrastanti ripensamenti per gli operatori.

Tra le molteplici ragioni a sostegno dell'opportunità di offrire aiuto alle persone con disagio, nei limiti suggeriti dalla sensatezza e accortezza di tali interventi, va annoverata una tendenza al soccorso da parte degli altri beneficiari. Si è potuto constatare sovente nei centri di accoglienza a Venezia l'affermazione di multiformi attivazioni solidali, tanto all'interno del complesso multiculturale degli spazi alloggiativi, quanto all'esterno attraverso i contatti tra connazionali o altre vicinanze. Tali attivazioni sono risultate in molti casi importanti, decisive. Negli anni poi la tendenza sollecita, senza essere

presupposta o data per certa, è divenuta un principio orientativo; pertanto nei centri cittadini la partecipazione di beneficiari interessati alla salute psichica di un altro beneficiario che la perde, o non la riacquista, è da noi accreditata nella stessa direzione dell'eventuale intervento psicologico, psicoterapeutico, psichiatrico, benché del tutto diversa nelle caratteristiche.

Il terzo fattore. Contrasta con la piuttosto ampia esperienza veneziana l'ipotesi di risoluzione dei disagi psichici dei richiedenti e titolari di protezione internazionale per via di sola presa in carico specialistica. Alcuni beneficiari, trovatisi in condizioni fortemente difficoltose, hanno recuperato e/o raggiunto una posizione desiderabile, accettabile o piacevole. Altri, meno numerosi, si sono misurati e si misurano con il perdurare dell'instabilità, lungo un percorso incerto, aperto e tuttavia dubbio. Poche persone (poche unità) permangono in situazioni di malattia. Scelgo qui di mantenere una descrizione generica, sia per la delicatezza e riservatezza dell'argomento che per le scarse certezze che lo accompagnano (e che mi accompagnano).

Tra le incertezze includo, di conseguenza, anche quelle relative ai percorsi di cure. Favorevoli circostanze si sono presentate, come già accennato, quando la collaborazione multiforme ha sviluppato per la singola persona, in genere con rapidità, l'uscita dalla grave sofferenza, dal disturbo e persino dalla necessità di più intensi trattamenti medici. Eppure, non è dato confermare che quella collaborazione – tra reti amicali, parentali, operatori del progetto locale, operatori sanitari – assicuri quantomeno un miglioramento. Almeno un caso mette in discussione un tale accertamento.

Le buone pratiche sviluppate all'interno della rete SPRAR di progetti locali raccomandano l'assunzione e l'affinamento di modalità operative cariche di sensatezza, anche o soprattutto se riferite alla particolare considerazione della salute psichica dei beneficiari accolti. Credo di avere qui già ripercorso sinteticamente alcuni tratti corrispondenti al tenore complessivo di quelle raccomandazioni. Volendo inserire poche parole aggiuntive, forse utili per

essere declinate sulla sperimentazione diretta, richiamo in breve i concetti che principalmente guidano o possono guidare il lavoro degli operatori e tenendo conto del ruolo dell'ente locale.

La reciprocità, la capacità di ascolto ampio delle molteplici istanze dell'altro, includendo l'apertura alle ricchezze delle sfumature interculturali e alle soluzioni individualmente prospettate, può talvolta apparire strumentale, fuori luogo, eccessivamente ardua nell'incontro con il disagio mentale del beneficiario. Effettivamente, in talune circostanze la facilitazione alla persona passa attraverso la proposta di limiti, quale implicazione di minore opacità e confusione specie nel rapporto con le istituzioni. Tale opera, a sua volta, non va confusa con un atteggiamento d'imposizione o di sostituzione nella possibilità di compiere scelte convenienti della persona stessa. Lo spazio aperto dalla reciprocità può evocare un'importante porzione di resilienza, evitando che il beneficiario in difficoltà rinunci progressivamente alle proprie responsabilità e deleghi alle istituzioni la guida appunto della sua vicenda.

La professionalità delle azioni è tema rilevante e compito di garanzia nella funzione pubblica degli operatori. All'importanza delle reti di solidarietà citate nell'aiuto a beneficiari con disagio psichico si associa, dunque, un lavoro capace di creare equilibrio nel sistema di riferimento. Il comune di Venezia, che propone la continuità nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori, estende in modo mirato quelle occasioni ad operatori di altri Servizi, ai volontari, alle persone attive nelle associazioni di migranti e rifugiati. Tra gli ambiti scelti per tale coinvolgimento si trovano anche quelli centrati sulle competenze e dinamiche relazionali e sulla salute mentale.

Su questo punto tuttavia credo vada realizzato un salto di qualità. Da un lato è possibile utilizzare al meglio le limitate (o scarse) risorse a disposizione permettendo lo scambio nei momenti formativi. Servizi ben programmati possono organizzare e prefissare gli appuntamenti di formazione, comunicando

agli enti e agli operatori interessati i calendari di aggiornamento, in una prospettiva di trasmissione reciproca delle conoscenze e di confronto delle prassi. Preparare adeguatamente l'offerta di saperi in materia renderebbe più facile sostenere l'aggiornamento degli operatori, con un equilibrio sostenibile nell'impegno, nelle risorse, nella proficua collaborazione, e positivi effetti sul sistema complessivo.

Da un altro lato è necessario un processo di integrazione riferito alle professionalità stesse. Per supportare al meglio i beneficiari con disagio psichico è importante far comunicare i compartimenti, aprirli alle inedite esperienze, arricchirli di figure professionali innovative ancorché ben sperimentate. Penso al ruolo fondamentale di mediatori preparati, messi nelle condizioni di condividere appieno la centralità di quei lavori. I gruppi di operatori dei progetti locali hanno, con ragioni crescenti, bisogno di competenze multidisciplinari, non solo in quanto ogni operatore acquisisce diversi saperi, bensì in quanto il gruppo è in dialogo e cooperazione con esperti interessati agli intrecci di competenze. Verosimilmente l'équipe di un progetto locale non ha la possibilità di offrire servizi a beneficiari vulnerabili con una presenza stabile di decine di figure professionali distinte, e forse questa non è nemmeno un'ipotesi propizia, può tuttavia costituirsi con l'opportuna ampiezza interna e l'articolazione di contatti nel territorio di riferimento. L'attività nei Piani di zona, i programmi di formazione condivisa, i progetti specifici con diversi soggetti e con le associazioni di stranieri in Italia sono una parte rilevante della facilitazione dei percorsi di cure.

Questi piani di coordinamento possono essere funzionali alle aspettative dei servizi, e forse concretamente utili alle persone, se si fondano su una relazione unitaria ai beneficiari. Si tratta di una considerazione che necessita di cautele, di punti di equilibrio tra concezioni e pratiche che sono diverse e possono rimanere tali senza impedimenti reciproci, eventualmente generando ulteriori diversificazioni e cambiamenti. Elemento caratterizzante, a mio parere,

è l'identificazione delle responsabilità: prioritariamente quella della stessa persona (maggioresse), secondariamente quella dell'ente titolare del progetto e poi di soggetti terzi (altre organizzazioni, reti, persone di riferimento). L'ente titolare, se il beneficiario è inserito in un progetto SPRAR, è l'ente locale; in altri casi, come in quelli di ricovero ospedaliero prolungato, la titolarità si può spostare. Questo rapido accenno a controverse nozioni non ha evidentemente alcun intento definitivo, e tralascia ad esempio le importanti competenze della prefettura, ma insiste sul punto di equilibrio. Troppo spesso, infatti, la competenza di un caso viene confusa tra diversi soggetti, sovrapposta, sottratta, opacizzata.

Le dinamiche di somma e sottrazione delle responsabilità, quando si riferiscono ad un beneficiario capace di utilizzarle convenientemente per realizzare le proprie aspettative, possono in molti casi risultare innocue, quasi fossero regole implicite della società di (variamente prolungata) accoglienza. In altri casi arrecano comunque danni alle persone, alle organizzazioni, all'ambiente e, persino, a tutti contemporaneamente. Nell'accoglienza di beneficiari vulnerabili quei giochi, spesso confusi e inconsapevoli, favoriscono o riproducono anche gravemente il disagio. La persona in difficoltà evoca in ogni modo un bisogno di considerazione unitaria, quale individualità che può beneficiare del prezioso apporto proveniente da parti diverse, se queste sono compatibili, assimilabili, integrabili nella sua esperienza. Moltiplicare gli strumenti, gli attori e gli interventi è possibile, in gran parte è auspicabile nei riguardi di una pluralità di istanze e di vicende, ma a patto di non perdere il riferimento olistico alla persona.

Sfuggo dal propormi di risolvere complesse questioni, ricordando tuttavia che questi temi si pongono e gli operatori che intervengono nell'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio psichico è bene che abbiano consapevolezza dei livelli di responsabilità, senza sottrarla ai beneficiari stessi, senza sottrarsene o sottrarla agli enti competenti. E' bene

che operino in strutture capaci di promuovere stili e saperi all'altezza delle difficoltà poste dal disagio psichico dei beneficiari e, complessivamente, di far evolvere i contesti di aiuto.

Allora il riconoscimento delle professionalità riesce a toccare un passaggio ulteriore, posto qui e realmente incontrato all'inizio, non accidentalmente. Si tratta di fare i conti con le vicendevoli diffidenze, sovente preventive e a volte ben fondate, senza pensare a magici superamenti e con l'interesse a farsi sorprendere nei mutamenti innescati dai nuovi mediatori, in questo caso i beneficiari vulnerabili. Ri-conoscere non tanto le professioni – quelle già molto riconosciute e quelle che presumibilmente ambiscono ad esserlo -, bensì l'opera anche piccola di coloro che sono disposti ad imparare dallo spostamento delle conoscenze.

Ancora tre cenni, poco conclusivi, per concludere. Ci sono notoriamente molti saperi, e saper fare, che affrontano in vario modo il disagio psichico. In anni recenti si è avviata pure in Italia la riflessione sulle implicazioni culturali, interculturali, transculturali nel disagio, e si possono registrare fattori comuni, nelle distinte applicazioni, con potenzialità e limiti che si accordano, si distanziano o entrano in attrito, a seconda della persona avvicinata. A partire dalla mia esperienza, compiuta insieme ad altri operatori del progetto locale, cerco di aggiungere in ogni caso l'attenzione allo stato del beneficiario per come mi appare, alle variazioni che lo animano nel momento e alle possibilità di mutamenti. Manco in genere di capacità predittive, o mi sfuggono o mi dimentico di esercitare quelle comuni, ma mi capita agevolmente di sentire e immaginare altro dell'altro. Ho notato che, di conseguenza, per le persone con disagi psichici, talvolta intensi, questa apertura può diventare un personale e concreto punto di forza.

Il secondo cenno trasmette una nota dolente, benché solo in parte. I progetti SPRAR, si sa, realizzano servizi di accoglienza, tutela, integrazione. Questo circolo dell'accoglienza integrata è in buona parte virtuoso. E' bene infatti

che i tre assi siano ben armonizzati tra loro, oppure che sia esplicitato il caso di riduzione delle attività integrative. Con gli anni tuttavia un limite emerge e dovrà essere superato. E' necessario prevedere degli spazi potenziali di tutela e integrazione, ben oltre la durata eventualmente più idonea d'accoglienza. Questo pensiero, che ho già variamente espresso, credo valga in generale per l'assistenza in materia di protezione internazionale. Lo riprendo per il maggior significato che ha in concordanza ai temi qui trattati. Il periodo d'accoglienza SPRAR dura sei mesi, talvolta fino a diciotto mesi ed oltre; tempi che nel prolungarsi generalmente suscitano involuzioni e complicazioni. Eppure sono periodi eccessivamente ridotti, in certe occasioni, per l'emergere di un disagio psichico, per avviare un percorso e far procedere l'aiuto. Il pericolo, in molti casi, si concretizza nel prolungare insensatamente l'accoglienza per avere a disposizione ragionevoli strumenti di tutela, oppure quello di interrompere tutto e, ancora, la difficoltà a praticare ingegnose vie intermedie non inquadrata nelle preziose linee guida. E rinviare tutto all'assistenza sanitaria locale, oggi, sembrerebbe maggiormente una mossa falsa piuttosto che una probabile articolazione.

Infine, sui progetti locali di Venezia che, relativamente al versante del disagio psichico, hanno posto l'accento su alcune attività ritenute essenziali. La prima è quella di prevedere all'interno del progetto, dei centri di accoglienza e degli uffici del comune, la presenza di persone preparate all'ascolto dei disagi, al riconoscimento di eventuali condizioni (esplicitate o velate) particolarmente acute, all'offrire spazi adatti all'approfondimento personale, all'invio consensuale del beneficiario presso altre strutture appropriate. La seconda consiste nella raccolta di linee essenziali rispetto ai disagi, alle varie motivazioni - cause connesse alle persecuzioni, al viaggio, alla distanza, alle procedure, al centro di accoglienza, etc. - e al confronto e raccordo con il parallelo lavoro sulla tutela legale, sulle memorie d'asilo dei richiedenti. Un'altra attività, intimamente associata al senso dell'intera proposta, si organizza intorno alla formazione e supervisione degli operatori, quelli più direttamente investiti dalla vicinanza ai

beneficiari, quelli moderatamente interessati e così via, con la convinzione di un certo riverbero del benessere. Una quarta zona, come detto, si riferisce alla promozione, alla ricerca di enti ed iniziative interessanti, alla sollecitazione degli attori istituzionalmente chiamati ad offrire assistenza e, in questi casi, accompagnati nella opportuna consulenza.

capitolo terzo

Presupposti, strumenti e modalità di accoglienza: progetti territoriali e professionalità a confronto

A quattro esperienze di accoglienza e presa in carico di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale è stato chiesto di auto-raccontarsi. Due delle realtà qui descritte sono progetti territoriali del Sistema di protezione, rispettivamente del comune di Fidenza – che in queste pagine ha la voce narrante dell'ente attuatore, il CIAC onlus di Parma - e del comune di Trieste, attraverso ICS Trieste che da sempre condivide con l'amministrazione cittadina l'esperienza di accoglienza sul territorio triestino.

Gli altri due contributi recuperano e valorizzano l'esperienza di alcuni dei protagonisti che nel corso del 2009/2010 hanno partecipato alla sperimentazione di progetti di accoglienza dedicati a persone con sofferenza psicologica e psichica, interventi resi possibili grazie alle risorse Otto per Mille assegnate ad ANCI per l'anno 2007 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Chi ha redatto i testi raccolti nella pagine ha costruito la propria riflessione su tre punti:

- *i presupposti necessari per attivare un progetto di accoglienza mirato alla presa in carico di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale;*
- *gli strumenti su cui fare affidamento nella gestione di progetti di accoglienza di questo tipo;*
- *l'approccio da tenere per la costruzione di progetti individuali di accoglienza e autonomia.*

Si compongono, così, quattro capitoli che in maniera speculare creano un confronto virtuale, che si confida possa essere da spunto di riflessione per rafforzare le misure di presa in carico specifica all'interno del Sistema di protezione e di quegli attori, senza la partecipazione dei quali sarebbe vano qualsiasi tentativo di offrire un'accoglienza di qualità: i servizi pubblici socio-sanitari.

3.1 Spazi di confronto, dialogo e condivisione⁴

L'esperienza intorno al progetto SPRAR del comune di Fidenza

I presupposti necessari per attivare un progetto di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale

L'esperienza di questi anni ha mostrato agli operatori di Ciac ed agli operatori sanitari Ausl, coinvolti nella presa in carico di richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di disagio psicologico o con problematiche psichiatriche, come tale condizione di vulnerabilità risulti essere una situazione particolarmente complessa, articolata, difficilmente accessibile e "trattabile" perché configurata come condizione di vulnerabilità "stratificata": alle problematiche specifiche si combinano precarietà/marginalità sociale, spesso incertezza giuridica e difficoltà di accesso ai servizi. Una combinazione che limita e/o inibisce fortemente la attivazione spontanea di risorse individuali da parte del richiedente/titolare.

Letta tale condizione in termini di "bisogno emergente", è possibile affermare che i diversi "strati" interagiscono rendendo indispensabile una presa in carico capace di intervenire sulle diverse dimensioni implicate (sanitaria, sociale, giuridica, relazionale) in modo tempestivo, coordinato e con un monitoraggio continuativo. Una condizione di vulnerabilità non bisognosa, quindi, solo di competenze specifiche, ma – prima ancora – di un contesto che ha saputo predisporre spazi e prassi di lavoro congiunto, coordinato ed integrato, capace sia di stabilità nel tempo che di flessibilità nel modulare i percorsi individuali. Riteniamo questa la prima premessa fondamentale. Il carattere "rapsodico"

4 di Michele Rossi, CIAC onlus di Parma, ente attuatore del progetto SPRAR del comune di Fidenza

dell'emersione delle problematiche psichiche e la loro complessità in termini di cura impongono, non solo una rete capace di attivarsi in condizioni di emergenza, ma anche una rete capace di continuità operativa.

È necessario però, prima di addentrarci oltre nel tema, premettere che - a nostro giudizio - la vulnerabilità va tematizzata come situazione in fieri, esito di differenti fattori e non come (o non soltanto) condizione individuale di partenza. In altri termini potremmo dire che crediamo che la vulnerabilità sia (anche) un prodotto dell'interazione tra l'individuo e il contesto sociale in cui viene a ritrovarsi ed in cui si esplica il suo percorso individuale. Un contesto che non è quindi da considerarsi come cornice, comunque indipendente e "separabile" dal testo, ma come ciò che è "tessuto-con" la problematica individuale. E' nostra convinzione che tale dato di complessità debba essere affrontato in termini progettuali ed organizzativi, focalizzando proprio sul contesto, al fine di progettare servizi, interventi e strumenti capaci di una qualche efficacia in termini di supporto, assistenza e cura nel corso del tempo, intervenendo con specifiche misure sui diversi "strati" o livelli che compongono la condizione di vulnerabilità per evitare accuratamente i rischi di retroazioni negative.

Molti sono, infatti, i fattori di contesto (assenza, insufficienza di risposte, ostacoli giuridici, comportamentali, culturali, modelli di presa in carico non adeguati), che in percorsi individuali così delicati possono intervenire a stabilizzare e/o acutizzare la situazione di disagio e cronicizzare la condizione di vulnerabilità: un primo, fondamentale è proprio la difficoltà di conciliare, integrare e coordinare le misure specifiche del "qui ed ora", gli interventi emergenziali, urgenti e immediati - necessariamente standardizzati - con la definizione di una prospettiva temporale più ampia, la dimensione di un progetto finalizzato ad una autonomia individuale. Non è scontato affermare questo: spesso l'obiettivo della riabilitazione, della "fine" della situazione della vulnerabilità si eclissa nell'impossibilità (nell'incertezza delle risorse, nella

precarietà delle figure professionali coinvolte) di progettare percorsi di medio/ lungo periodo.

La scarsità di risposte (sanitarie e sociali) disponibili, il loro carattere emergenziale e provvisorio costituiscono una "strettoia" che obbliga a pensare i percorsi tappa per tappa, vincolandoli alle effettive possibilità disponibili al momento, con il rischio che ad ogni evento critico (entro ciascuno dei diversi "strati" sopracitati: dalla crisi psicotica, alla difficoltà abitativa, alla mancanza/ perdita di lavoro, etc.) il percorso ricominci dal principio, si sviluppi come un circolo vizioso che ricorsivamente approfondisce e amplia la vulnerabilità.

Se da un lato la programmazione delle tappe del progetto individuale è soggetta a variabili che possono in qualsiasi momento costringere a rivedere, modificare e integrare un percorso di cura e supporto, dall'altro queste stesse variabili impongono una certa continuità declinata come continuità terapeutica, supporto sociale, assistenza e orientamento: sono presenti punti e "snodi" critici che vanno previsti (anche in termini di possibilità di fallimento) e rispetto ai quali vanno preventivamente approntate soluzioni (anche alternative), pena il rischio di vanificare i percorsi o il verificarsi di circoli viziosi (in tal senso va considerato anche il rischio di "vulnerazione" oltre a quelli intrinseci la vulnerabilità).

Tale continuità implica quindi continuità di risorse (sia in termini di competenze che di risorse materiali) e continuità e sviluppo della rete stessa. Dato elementare ma tutt'altro che scontato: le difficoltà delle diverse "macchine organizzative" dei diversi servizi implicati (progetti di accoglienza, servizi sanitari, servizi sociali, enti locali), le dinamiche di relazione tra enti.

In conclusione crediamo che la riflessione sulle premesse debba quindi concentrarsi sulla definizione di modelli organizzativi: l'individuazione e la definizione delle "connessioni" tra i diversi servizi, enti e figure professionali. Tale focus non va inteso come finalizzato a costituire strutture dedicate, ma

come apertura di spazi di lavoro congiunto e di riflessione condivisa tra i diversi operatori e tra operatori e beneficiari – spazi e prassi che sappiano declinare operativamente l’obiettivo di una rete territoriale, con più possibilità di accesso (diversi servizi, punti di accesso, riferimenti), capillare e con funzioni distribuite. Solo in tal modo crediamo possibile quella flessibilità che è necessaria per una effettiva individualizzazione dei percorsi di cura, accoglienza e integrazione e per non perdere (o sacrificare) nel percorso la sensibilità a quella dimensione personale (immagine di sé, risorse individuali) e culturale specifica di ogni singola persona; ovvero quel patrimonio senza il quale è impensabile una vera ed effettiva riabilitazione.

Gli strumenti su cui fare affidamento nella gestione di un progetto di accoglienza dedicato alle persone con disagio mentale

Muovere passi pratici nella direzione sopra descritta porta ad interrogarsi sugli strumenti necessari, sia nel senso di strumenti per il lavoro di rete, sia – soprattutto – strumenti operativi.

Rispetto il lavoro territoriale di rete, abbiamo considerato i seguenti strumenti:

- 1) ***progettazione/proposta/realizzazione*** di percorsi formativi congiunti tra operatori dei diversi servizi implicati: ambiti formativi hanno la funzione di creare le premesse per un lessico comune e costruire spazi di confronto e interazione. I percorsi formativi dovrebbero comprendere anche aspetti giuridici e sociali, per promuovere una percezione diffusa delle problematiche specifiche dei rifugiati e veicolare sul territorio esperienze di riferimento;
- 2) ***mappatura dei servizi territoriali***: la funzione è quella di individuare e censire i possibili punti di accesso/nodi della rete dei servizi socio-sanitari (includendo uffici e servizi generali e non dedicati alla specifica

problematica) e consente di visualizzare i percorsi socio-sanitari in essere e da progettare;

- 3) **formalizzazione delle prassi esistenti:** l'analisi dettagliata dei percorsi socio-sanitari avvenuti in precedenza può consegnare elementi importanti per comprendere punti critici, mancanze sistemiche ed anche sovrapposizioni e cortocircuiti operativi. Riteniamo importante formalizzarli (anche quando si sono rivelati non efficaci) attraverso la creazione di documenti di lavoro utili ad una riflessione condivisa e ad una più precisa individuazione delle disfunzioni organizzative o dei passaggi mancanti e a definire criteri di priorità nella ridefinizione delle prassi stesse: problemi ricorrenti o occorsi in più di un caso vanno enucleati e definiti per, quando possibile, immaginare/progettare le relative soluzioni.
- 4) **Équipe psico-sociale multidisciplinare:** al fine di sviluppare percorsi individuali socio-sanitari integrati, è evidente la necessità dell'apporto di professionalità sociali e sanitarie capaci di intervenire in modo dedicato e con cognizioni specifiche sulle diverse dimensioni implicate, soprattutto in funzione della definizione di una presa in carico globale di medio-lungo periodo. In quest'ambito si avverte l'esigenza di individuare figure (psichiatra, fisiatra, fisioterapista, etc.) di riferimento sull'intero territorio provinciale e di coordinare i diversi interventi sia sincronicamente che diacronicamente. Tale coordinamento non può avvenire senza che vi sia un gruppo di lavoro che ha condiviso premesse e obiettivi del progetto individualizzato.
- 5) **Supervisione dei casi e del gruppo di lavoro:** necessaria per affrontare la complessità della relazione d'aiuto, è uno strumento fondamentale per supportare i processi relazionali e elaborare dati e problematiche emergenti dai percorsi individuali.

Rispetto invece gli strumenti utili nella realizzazione dei percorsi:

1) *accompagnamento individualizzato e mediazione interculturale:* appare emergente la necessità di potenziare le risorse relative all'accompagnamento individualizzato (svolto da diversi operatori, con diverse funzioni) presso i servizi sociali e sanitari al fine di svolgere una adeguata mediazione tra servizi e richiedente/titolare protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità. La presenza di un operatore sociale in accompagnamento sia nel setting sanitario che sociale si è infatti spesso rivelata di fondamentale importanza per una efficace relazione medico-paziente in quanto capace di supportare il crearsi di una adeguata compliance attraverso un intervento bidirezionale di mediazione capace di ridurre sensibilmente le numerose barriere linguistiche e culturali. Tale intervento, competente e specificamente formato, è potenzialmente in grado di ridurre eventuali rischi di ritraumatizzazione ed è da considerarsi strumento funzionale alla promozione di una progressiva autonomia nell'accesso ai servizi sanitari e sociali da parte di beneficiari. In termini operativi la presenza di operatori di riferimento non significa introdurre figure dedicate e relazioni bensì curare le articolazioni del percorso affinché siano più facilmente iscritte e percepite come fasi e parti di un progetto organico e condiviso.

2) *Pluralità dei punti di accesso/figure di riferimento:* la persona dovrebbe avere la possibilità di rivolgersi ad una pluralità di figure a seconda delle fasi, dei gradi di autonomia, delle differenti articolazioni del percorso.

3) *Differenziazione dei setting di colloquio e incontro:* garantisce flessibilità e costituisce inoltre un margine di garanzia affinché problematiche (relazionali, comportamentali) rispetto un ambito di vita (presa in carico sociale ad esempio) non interferiscano sull'intero percorso (percorso terapeutico, di inserimento lavorativo, etc.);

4) *progettazione strumenti di intervento specifici:* la condivisione di obiettivi e metodi può costituire una premessa affinché le carenze sistemiche

non risultino ostacoli insuperabili ma possano essere lette in termini di "responsabilità condivisa": la rilevazione e l'analisi di tali carenze devono trasformarsi nella ricerca/progettazione di strumenti operativi, anche inediti. Citiamo a questo proposito un intervento sperimentale volto a definire per soggetti in condizioni di disagio psichico forme di inserimento "protetto" al mondo del lavoro: la sinergia con le cooperative sociali del territorio ha permesso di individuare "tutor individuali", appositamente formati, che hanno messo a disposizione la loro professionalità ed esperienza di operatori sociali della cooperazione in coordinamento con il personale medico dei servizi sanitarie sociale del progetto di accoglienza per allestire percorsi individualizzati di avvicinamento al mondo del lavoro. In tal modo si è riscontrata l'indiscussa efficacia dell'inserimento al lavoro nel promuovere, stimolare e valorizzare un recupero di competenze, conoscenze ed abilità nel soggetto in condizioni di "vulnerabilità", sino ad assumere valenza terapeutica da un punto di vista psico-sociale. Diversamente, senza queste caratteristiche "protette", l'esperienza dell'inserimento lavorativo si era rivelata spesso una fonte di stress e di sofferenza, con esiti di frequenti abbandoni ed interruzioni e portatrice di conflitti con il percorso di recupero, tanto da rompere il fragile equilibrio psico-fisico del beneficiario sino ad aumentare il vissuto di impotenza e frustrazione. L'esito positivo dei percorsi sperimentati ha quindi partecipato ad una progressiva uscita dai circuiti di assistenza.

Cosa comporta costruire un progetto individuale di accoglienza e di autonomia per un rifugiato con disagio mentale

In primissima istanza significa confrontarsi con un dato ineludibile: il richiedente asilo o il rifugiato in condizioni di vulnerabilità psicologica/psichica non ha una rete familiare e sociale di supporto, né è spesso nelle condizioni di partecipare immediatamente in modo determinante alla costruzione di una autonomia individuale. Questa duplice assenza è determinante al fine

della progettazione individualizzata. Ed è a partire da questa considerazione che possono essere lette le premesse, gli obiettivi e le misure sopra indicate. Da un lato la necessaria previsione degli strumenti di supporto e assistenza sociale su una prospettiva temporale più ampia, da un altro forme dedicate per garantire all'utente, nonostante – in alcuni casi - la presenza di ostacoli e limitazioni non trascurabili, la partecipazione alla definizione, verifica e costruzione del proprio percorso terapeutico e di costruzione dell'autonomia individuale, definendo metodologie che sappiano predisporre e attivare gli spazi di confronto, dialogo e condivisione delle scelte e delle prospettive da percorrere.

3.2 Presa in carico nello SPRAR e nei centri governativi⁵

L'esperienza intorno al progetto SPRAR del comune di Trieste

I presupposti necessari per attivare un progetto di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale

Oltre venti anni fa Franco Basaglia ci ricordava che:

“La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere”.

L'eliminazione dei manicomi, attuata con l'emanazione della legge n.180/1978, ha rappresentato uno dei più avanzati traguardi sociali raggiunti nel nostro Paese. L'enorme innovazione che si è prodotta, pur nelle grandi contraddizioni date dall'accidentato percorso di concreta attuazione della legge, da alcuni anni si confronta con una grande novità che ritengo sia stata sottovalutata in sede di programmazione delle linee guida nazionali sulla salute mentale. Il punto è che parte della “popolazione” di portatori di disagio mentale non è più oggi costituita solo da persone i cui riferimenti culturali, linguistici e sociali sono italiani ed europei e il cui ambiente familiare è anch'esso italiano, bensì da persone, quali i richiedenti asilo e i titolari di protezione, che sono arrivati nel nostro Paese da pochissimo tempo a seguito di situazioni traumatiche molto forti nel paese di origine (traumi pre-migratori), ma anche di (meno esplorati, ma di enorme importanza) traumi migratori e post-

5 di Gianfranco Schiavone, presidente di ICS Trieste, ente attuatore del progetto SPRAR del comune di Trieste

migratori. Dal mio osservatorio che ritengo alquanto privilegiato risiedendo a Trieste, città nella quale la riforma basagliana ha avuto la sua realizzazione ampia, mi sembra di vedere che vi sia una forte difficoltà nel gestire le persone straniere con problematiche di salute mentale, perché il lavoro terapeutico basato sulla ricomposizione di "senso" tra l'individuo e la sua collettività, il suo ambiente sociale e familiare si scontra con molte inedite variabili quali la carenza o l'assenza di una dimensione familiare, il "riconoscimento/disconoscimento" della propria (a volte solo presunta) comunità di origine, e non ultimo (anzi a volte fattore prioritario) l'incertezza della condizione giuridica. Le difficoltà a programmare il proprio futuro possono divenire, nel caso dei richiedenti asilo così pesanti ed avvolgenti da ostacolare in modo determinante ogni percorso terapeutico.

Gli strumenti su cui fare affidamento nella gestione di un progetto di accoglienza dedicato alle persone con disagio mentale

Se per strumenti di intervento intendiamo le modalità di presa in carico e cura tramite équipe interdisciplinari non c'è ragione per vedere differenze particolari nell'approccio verso i richiedenti asilo e i titolari di protezione internazionali con problemi di salute mentale. La domanda che ci dobbiamo porre è se l'attuale previsione normativa e regolamentare che disciplina la condizione del richiedente asilo e i servizi di tutela ed accoglienza ad esso dedicati permettano o meno di realizzare degli interventi efficaci o se proprio in questo campo si annidino i principali ostacoli. Esaminiamo due situazioni ben distinte: a) la presenza di richiedenti asilo con problematiche di salute mentale nei CARA; b) la presa in carico di richiedenti asilo ovvero di titolari della protezione internazionale o umanitaria con problematiche di salute mentale nello SPRAR.

L'attuale strutturazione dei servizi di accoglienza dei richiedenti asilo, ed in particolare il sistema dei CARA (istituiti ai sensi del decreto legislativo n.

25/2008, art. 20) che assorbe attualmente la gran parte delle accoglienze, risulta fortemente inadatto a permettere l'emersione e la presa in carico tempestiva dei richiedenti asilo che presentano problematiche di salute mentale. Per molti fattori legati alla natura stessa di tali strutture è assai difficile potere realizzare presso dette strutture dei percorsi terapeutici rivolti alle situazioni più vulnerabili che risultino minimamente efficaci. La prima e fondamentale ragione di tale difficoltà è legata al fatto che i richiedenti asilo accolti oggi nei CARA non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e usufruiscono delle sole prestazioni sanitarie di emergenza, ai sensi dell'art. 10 del DPR n.303/2004⁶. Relativamente alle situazioni vulnerabili il decreto legislativo n.140/2005 stabilisce l'istituzione di speciali servizi interni ai centri finalizzati a garantire l'erogazione di misure assistenziali particolari ed un adeguato supporto psicologico; detti servizi, ove è possibile, sono stabiliti dal direttore del centro, in collaborazione con l'azienda sanitaria competente per territorio. La pochezza di tale previsione regolamentare che prevede una sorta di "sanità separata", eccentrica rispetto all'organizzazione del sistema sanitario nazionale mi sembra assai evidente. I percorsi di presa in carico all'interno dei CARA diventano quindi quasi impossibili trattandosi di percorsi socio-sanitari

⁶ DPR n.303/2004, art. 10. (Assistenza medica) 1. Il richiedente asilo, presente nel centro, ha diritto alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattia o infortunio, erogate dal Servizio sanitario ai sensi dell'articolo 35, comma 3, del testo unico in base a convenzioni stipulate, ove possibile, dal Ministero dell'interno. 2. Servizi di prima assistenza medico generica, per almeno quattro ore giornaliere, sono attivati nei centri in cui siano presenti oltre 100 richiedenti asilo.

Il DPR n.303/2004 rimane ancora parzialmente in vigore solo nelle parti in cui le norme in esso contenute sono compatibili con le nuove disposizioni in materia di procedura dell'esame delle domande di asilo previste dal decreto legislativo n.25/2008, in attesa dell'emanazione del nuovo regolamento di attuazione del citato decreto. Purtroppo ad oltre due anni dall'emanazione del decreto legislativo n.25/2008 il nuovo regolamento di attuazione, chiamato a disciplinare innumerevoli aspetti di una materia che ha subito una profonda riforma normativa, non è ancora stato emanato.

complessi che richiedono da un lato l'esistenza di un setting riservato, dall'altro la strutturazione di un'équipe multidisciplinare che per evidenti ragioni può stabilmente costituirsi solo all'interno di una struttura sanitaria pubblica ed operare con tempi adeguati per impostare un programma sanitario (ovvero con tempi ben superiori a quello, brevissimo, di 20 o 35 giorni che la legge dispone per l'accoglienza dei richiedenti asilo nei CARA).

I richiedenti asilo portatori di disagio a livello di salute mentale, così come le vittime di tortura o di violenza estrema in via generale, non dovrebbero essere accolti nei CARA o addirittura nei CIE se la situazione di vulnerabilità fosse evidenziabile già al momento della presentazione della domanda di asilo, ovvero il trasferimento delle persone in strutture capaci di un'accoglienza idonea dovrebbe essere effettuato sempre e nel minor tempo possibile. Ciò non avviene poiché il combinato disposto dell'art. 20 del decreto legislativo n.25/2008 e dell'art. 8 del decreto legislativo n.140/2005 non prevede espressamente tali possibilità.

Lo SPRAR, per le sue caratteristiche di programma calato sul territorio e in diretto collegamento funzionale con i suoi servizi socio-sanitari, costituisce potenzialmente una possibile risposta al bisogno di realizzazione di un percorso terapeutico per i richiedenti asilo e i rifugiati con problematiche di salute mentale. Tale potenzialità è però subordinata al realizzarsi di almeno quattro condizioni basilari:

1. l'ente locale cui fa capo il programma SPRAR, gli enti di tutela coinvolti e l'azienda sanitaria locale debbono determinare un protocollo/accordo quadro tra essi che consenta di: a) istituire una équipe interdisciplinare di intervento, di valutazione e programmazione; b) realizzare costanti corsi di formazione e aggiornamento rivolti sia agli operatori sanitari che ai servizi sociali ed educativi.
2. Il richiedente asilo preso in carico deve potere accedere alla registrazione

anagrafica quanto prima e comunque non oltre i termini di legge già disposti dalla legge sulla registrazione anagrafica degli stranieri accolti in un centro di accoglienza. Va infatti sottolineato come molte previsioni socio-assistenziali necessarie al percorso terapeutico siano riservate ai soli residenti. La mancata o tardiva registrazione anagrafica può quindi fortemente ostacolare l'accesso del richiedente a prestazioni e servizi importanti.

3. Il citato protocollo/accordo non può limitarsi alla fase di prima presa in carico nello SPRAR ma deve prevedere azioni finalizzate a rendere possibile una uscita dal progetto SPRAR verso altre forme di supporto all'autonomia (anche in senso abitativo). Diversamente la permanenza nello SPRAR tende (anche per ragioni legate all'utilizzo delle risorse) a divenire infinita, generando pericolose forme di istituzionalizzazione.
4. I protocolli/accordi quadro devono entrare a fare parte della programmazione socio-sanitaria delle regioni interessate, in ragione delle larghe competenze attribuite alle regioni in materia (art. 117 della Costituzione). Più esattamente la programmazione regionale deve divenire il luogo di incontro tra interventi da realizzarsi a carico del sistema di protezione (e quindi di competenza statale) ed interventi a carico dell'organizzazione della sanità pubblica locale (di competenza delle regioni).

3.3 La persona al centro di una presa in carico globale⁷

L'esperienza intorno al progetto di accoglienza Otto per Mille realizzato dal Centro Astalli di Roma

I presupposti necessari per attivare un progetto di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale

La dimensione che più concretamente manca, e di conseguenza serve come presupposto per un progetto di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale, è la dimensione familiare.

Rispetto ad altre tipologie di cittadini stranieri e immigrati il richiedente o il titolare di protezione internazionale in genere possiede quei presupposti normativi che non creano eccessiva difficoltà dal punto di vista dell'ottenimento del permesso di soggiorno, ma non ha alle spalle una rete familiare, un luogo di riferimento dove tornare. Questo aspetto è fondamentale nelle situazioni in cui si rende necessario un intervento di carattere più sanitario come possono esserlo un ricovero o una terapia da assumere stabilmente.

Per questo motivo presupposti fondamentali per qualunque progetto che voglia effettivamente prendere in carico questa tipologia di beneficiari sono la comprensione e l'elaborazione, secondo quello che il territorio offre, di una rete di protezione che in qualche modo si sostituisca alla cura di un familiare.

Si tratta di un aspetto necessario, perché l'attuale normativa italiana in materia di salute mentale presuppone che il pubblico intervenga nei

⁷ Testo tratto da una chiacchierata con Berardino Guarino, direttore dei progetti del Centro Astalli

momenti di criticità e, nel momento in cui la criticità rientra, venga sostituito dall'accompagnamento familiare. Non sono, infatti, previste, se non in maniera residuale, delle strutture di contenimento o di cura con la presenza di personale specializzato.

Per questa ragione qualunque intervento che implichi solamente l'attivazione di un luogo dove la persona sia accolta per un periodo limitato di tempo, senza porsi il problema di cosa accada subito dopo, corre il rischio che la patologia non emerga o, se emerge in tutta la sua forza, ci si arrenda di fronte ad essa, arrivando di fatto all'esclusione dei soggetti in condizione di fragilità più estrema.

È necessario, quindi, strutturare un luogo di accoglienza dove la persona possa essere accolta e seguita a tutto tondo: è un centro che deve avere capacità di ascolto, di rapportarsi in maniera diretta e concreta con le strutture sanitarie, e che in qualche modo abbia in sé o comunque collegata a sé una struttura di altro livello, dove la persona possa rimanere anche per un periodo molto lungo.

L'altro presupposto è quindi la progettazione di un'accoglienza che si sviluppi in maniera più articolata. Un'accoglienza con un primo livello dedicato alla decodificazione del bisogno della persona e alla conseguente emersione della patologia. È molto difficile che questo primo livello abbia luogo già in una struttura protetta, per cui più probabilmente avverrà in un centro ordinario o in un CARA. Per attivare questo livello è necessario potenziare la capacità di questi centri di leggere il disagio. Il secondo livello deve avvenire in una struttura dedicata che abbia un rapporto diretto con i servizi locali, soprattutto quelli sanitari, e presuppone una presa in carico reale della persona e della sua patologia. Il livello successivo è quello che ad oggi manca di più: si tratta di pensare una struttura dove la persona, una volta uscita dal centro di accoglienza, possa continuare il suo percorso verso l'autonomia.

Si ritorna in questo modo alla prima questione, vale a dire la creazione di una dimensione che sostituisca quella familiare. Il servizio sanitario prevede, presupponendo la presenza della famiglia, delle strutture dove si possa andare qualche ora al giorno, in cui seguire la terapia, incontrare lo psicologo di riferimento e fare attività individuali e di gruppo. Si tratta, quindi, di un intervento diverso, più complicato e a lungo termine di quello che può avvenire in un centro di accoglienza.

A questo punto si arriva al terzo presupposto: il progetto, e di conseguenza il territorio su cui insiste, deve essere consapevole della necessità di una presa in carico differenziata, ma sicuramente di lungo periodo, che non è pensabile nei sei o dodici mesi di una situazione ordinaria. Questo presupposto si collega direttamente ai primi due: per un'accoglienza a più livelli in una dimensione priva della rete familiare dobbiamo immaginare un periodo lungo, che può essere in alcuni casi di anni.

Per poter fare questo è assolutamente necessario uno stretto collegamento con i servizi socio-sanitari del territorio, in particolare con la Asl. Trattando soggetti con una vulnerabilità psichica acuta non è pensabile immaginare che il progetto istituisca da solo un percorso di presa in carico.

Il servizio sanitario deve essere informato e accettare che sul suo territorio si sviluppi un centro di accoglienza per richiedenti asilo o rifugiati, quindi privi della rete familiare, con una vulnerabilità elevata a livello psichico. Questo implica che il suo apporto al progetto non può essere limitato a interventi nel caso dell'acuirsi della sofferenza, come nella maggior parte dei casi avviene, ma deve garantire la continuità della presa in carico e della cura della persona.

C'è da dire che il rifugiato ha, rispetto a un altro cittadino italiano con fragilità psichiche, una maggiore necessità di trovare punti di riferimento, un luogo preciso cui rivolgersi durante il percorso di supporto e cura. Questo

luogo non può essere il progetto, perché il rischio è che la persona non diventi mai realmente autonoma, ma deve essere il servizio sanitario, l'ente maggiormente deputato a sostenere lo sviluppo del percorso individuale.

A questo proposito ci si trova davanti a situazioni diverse secondo il territorio. Nella situazione romana, per esempio, probabilmente la persona oltre al progetto (e alla sua diretta rete di riferimento) non può avere altri luoghi di riferimento. In un altro territorio, invece, potrebbe esserci la possibilità di proseguire il percorso in una comunità messa a disposizione dal DSM locale. È su queste diverse situazioni territoriali che va modellata la tempistica dell'accoglienza. L'ulteriore presupposto, che sottende tutti i precedenti, riguarda le risorse economiche. Nella situazione attuale non sono mai state previste risorse economiche specifiche riconducibili al disagio: si è affrontata la situazione con le risorse dei progetti di accoglienza tout court per i rifugiati. In un centro dedicato alla presa in carico di rifugiati vulnerabili a livello psichico esistono esigenze concrete che vanno banalmente dal medicinale alla visita specialistica e all'eventuale ricovero in strutture protette. La soluzione non è chiedere risorse aggiuntive, ma rendere i servizi sanitari del territorio consapevoli del fatto che, con un progetto di accoglienza di questo tipo, nasceranno anche determinati bisogni economici.

Sarà, pertanto, necessario stimare l'impatto economico sul territorio e sulla ASL di riferimento, e il conseguente rafforzamento di servizi e strutture, altrimenti ci si troverà sempre nella necessità di attivare progetti speciali il cui costo può diventare poco sostenibile. Non si può parlare, quindi, di programmazione economica esclusivamente del progetto, ma anche del territorio. In questo modo si eviterà il divario tra strutture temporanee con servizi a 360 gradi e un contesto totalmente privo di servizi.

Infine il presupposto basilare, senza cui è impossibile parlare di accoglienza e salute mentale, riguarda la consapevolezza dei limiti e dei confini del progetto.

La domanda fondamentale è fin dove può arrivare un progetto di accoglienza e dove si deve fermare. Per esempio possono crearsi situazioni in cui viene a mancare la compatibilità tra struttura e soggetto. In questo caso non sono gli operatori a doversi prendere la responsabilità di situazioni troppo a rischio, ma è il personale medico che deve stabilire di che tipo di assistenza la persona ha bisogno. Deve essere sempre attivo un processo di monitoraggio e valutazione dello psichiatra del servizio pubblico che concordi con il centro modalità e interventi esterni o interni ad esso.

A questo proposito in una situazione ottimale un progetto dovrebbe attivare anche le regioni, i rispettivi assessorati alla sanità, così come il ministero dell'Interno dovrebbe essere in costante contatto con il ministero della Salute, per poter creare un percorso che funzioni anche per poche persone, ma che riesca a prevedere l'uscita dal progetto. In caso contrario ci si troverà di fronte a progetti che ad un certo punto si bloccano inevitabilmente e non si potrà più rispondere ai bisogni da cui si è partiti.

Gli strumenti su cui fare affidamento nella gestione di un progetto di accoglienza dedicato alle persone con disagio mentale

Per quanto riguarda gli strumenti normativi bisogna far leva sulle norme esistenti che riguardano la sanità e il sociale. Per questo motivo sarebbe necessario il collegamento tra progetto, regioni e assessorati alla salute. Ad esempio è fondamentale il ruolo della medicina legale, non solo per quello che riguarda l'eventuale certificazione delle torture che possono aver portato al disagio psichico, ma anche per le richieste di invalidità e sussidi. Siamo in presenza di diritti riconosciuti che spesso queste persone non sanno di avere.

La composizione e il rafforzamento della rete sono, come ho sottolineato sopra, presupposto e strumento di gestione del progetto. Arriviamo, così, alla composizione dell'équipe e alle sue modalità di lavoro.

Dall'esperienza di accoglienza del Centro Astalli, posso dire che vanno attivati servizi specifici da personale ad hoc: hanno pari importanza il momento dell'ascolto, che può essere fatto dall'operatore dell'accoglienza, ma la presenza di uno psichiatra e sicuramente dello psicologo. Se tra i beneficiari sono presenti delle donne è indispensabile la figura della ginecologa.

Si può dire che per un caso-tipo si attivano anche sette figure professionali diverse: siamo di fronte ad un'équipe multidisciplinare, che dovrà necessariamente dispiegarsi tra pubblico e privato.

È, quindi, fondamentale che queste figure interagiscano; non si può né deve dare per scontato che ciò avvenga ed è responsabilità dell'ente attuatore del progetto favorire la comunicazione e l'interazione dell'équipe.

Bisogna sempre tener presente che, anche se le azioni che si mettono in atto e i servizi che si erogano possono essere molteplici, la persona rimane unica e un'eventuale parcellizzazione e sovrapposizione degli interventi può avere effetti di dispersione e confusione.

Dall'esperienza maturata fino a questo momento posso avere un'idea abbastanza precisa della composizione e dei curricula degli operatori del progetto:

- **Figure professionali di coordinamento del centro** - Il loro ruolo è quello di dare obiettivi e ritmo alle azioni e rimodulare gli interventi secondo l'evoluzione delle situazioni. Si tratta di figure professionali con la capacità e la responsabilità di valutare di volta in volta tempi e modi dell'accoglienza, che è focalizzata sulla persona e sul suo recupero. Per questo motivo non devono essere operatori che interagiscano direttamente e quotidianamente con il beneficiario, ma avere ruolo di più ampio respiro, tarato sull'andamento del centro.

- **Figure professionali di accompagnamento e ascolto** - Il loro è un ruolo di mediazione sociale, con cui si intendono tutti gli interventi di accompagnamento in cui l'operatore si può trovare a rappresentare la persona laddove la stessa abbia delle difficoltà. Dal mio punto di vista la figura del mediatore sociale ha una sfumatura diversa rispetto all'operatore dell'accoglienza di un progetto ordinario; è la figura che svolge il ruolo che dovrebbe essere della rete familiare. È necessario un alto livello di competenza che non deriva necessariamente dalla professionalizzazione, ma soprattutto dall'esperienza.

L'équipe così composta deve essere in grado di lavorare senza contrasti e far percepire un senso di normalità e di non eccezionalità agli utenti, lavorando secondo criteri e indicatori flessibili, ma che rimangano coerenti con l'obiettivo finale del progetto che è quello di mettere la persona al centro.

Le parole chiave da questo punto di vista sono consapevolezza e protezione: gli operatori devono essere consapevoli delle azioni che vanno a compiere e protetti nel farlo. La più grande protezione in questo senso, oltre chiaramente dalla supervisione psicologica, è data dalla rete: l'operatore di fronte a situazioni di crisi acuta deve sapere a quali servizi rivolgersi e deve sapere che questi servizi risponderanno. Non devono esistere interventi improvvisati, ma è fondamentale la programmazione e la normalizzazione di contesti a volte estremi.

Grazie agli strumenti appena descritti gli operatori saranno in grado di mettere la persona al centro del progetto, garantendone così una presa in carico globale. Bisogna sottolineare che, perché tutto ciò riesca, è impensabile lavorare sui "grandi numeri", la conseguenza sarebbe, presto o tardi, la paralisi del progetto. Infatti, solo una struttura socio-sanitaria pubblica sarebbe in grado di gestire un numero di ospiti elevato.

Cosa comporta costruire un progetto individuale di accoglienza e di autonomia per un rifugiato con disagio mentale

Costruire un progetto di accoglienza e autonomia per un rifugiato con disagio mentale implica sicuramente una grande capacità di ascolto, che è un fattore comune a qualsiasi progetto di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati, ma in questo caso è fondamentale e amplificata. Un rifugiato in una situazione ordinaria, soprattutto con l'ottenimento del permesso di soggiorno, vede rinascere la speranza, la dignità e la motivazione che lo spingono all'autonomia. In questo frangente il progetto deve essere estremamente concreto e valorizzare al massimo le sue competenze incrociandole con le aspettative e le possibilità del territorio. Si tratta di un lavoro molto spinto sull'autonomia e sull'integrazione.

Un progetto per richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale è in questo aspetto totalmente differente: scompare la dimensione temporale di fronte all'attenzione alle difficoltà della persona. Il progetto deve essere in grado di trasmettere tranquillità, e di lavorare sulla diagnosi, la terapia e la cura e per tutti gli altri aspetti deve aspettare la persona, rispettandone i tempi di recupero. L'obiettivo più che l'autonomia, è il benessere e questo implica un progetto ancora più tarato sull'individuo e sulle sue specificità. Una volta raggiunto l'obiettivo del benessere, la persona sarà in grado di ripartire e raggiungere l'autonomia come gli altri.

3.4 Investire bene e subito per la presa in carico⁸

L'esperienza intorno al progetto di accoglienza Otto per Mille realizzato dal Consiglio Italiano per i Rifugiati

I presupposti necessari per attivare un progetto di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale

Che cosa si intende per "vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale"? Innanzitutto distinguerei tra persone con una conclamata patologia psichiatrica e persone che, a causa delle esperienze drammatiche vissute nel paese d'origine, durante il viaggio e/o nell'impatto con il contesto di accoglienza nel nostro paese, mostrano insufficienti capacità di autonomia e di relazione con gli altri e spesso anche una sintomatologia di carattere psichico che potrebbe essere scambiata, nelle fasi più acute, per una patologia psichiatrica. Questa distinzione è di fondamentale importanza poiché un progetto di accoglienza non possiede gli strumenti idonei, sia in termini di personale che di strutture, per assicurare l'assistenza sanitaria necessaria a persone con una patologia psichiatrica. Per queste si dovrà far riferimento ai servizi e alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale, nonostante esso presenti gravi insufficienze nella gestione del disagio mentale. Tali insufficienze purtroppo si accentuano quando tale Sistema deve prendere in carico persone che non hanno una rete familiare su cui poter contare, non parlano l'italiano, provengono da contesti sociali e politici sconosciuti al personale sanitario, posseggono un sistema di codifica culturale in parte diverso dal sistema curante. Tutto ciò rende particolarmente problematica la relazione terapeutica,

8 di Pina Deiana, psicologa del Consiglio Italiano per i Rifugiati, ente attuatore del progetto straordinario Casa Kairos, realizzato con le risorse Otto per Mille assegnate ad ANCI per l'anno 2007 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

è vero, ma le carenze strutturali del sistema di cura italiano non possono essere assunte da un progetto di accoglienza per rifugiati/e con vulnerabilità psichica.

L'utenza che invece può essere accolta da un progetto di accoglienza di questo tipo è costituita da coloro le cui fragilità psichiche si sono manifestate in seguito ad eventi drammatici e sovrastanti la capacità della persona di farvi fronte. Ciò spesso succede quando la violenza subita è così devastante che le usuali difese psichiche non sono sufficienti ad arginarla oppure quando per un lungo periodo la persona è esposta al pericolo e vive un susseguirsi infinito di minacce alla propria vita, in questo caso non è l'intensità della violenza a provocare il crollo psichico ma il continuo stato d'assedio in cui si è costretti a vivere. Spesso, ma non sempre, tale crollo si verifica nel momento in cui la persona si sente in salvo o nei mesi successivi. I sintomi osservabili dagli operatori e dalle operatrici, generalmente nei CARA, possono essere vari: isolamento, scarsità o assenza di contatti con gli altri, incubi notturni spesso accompagnati da urla di spavento, insonnia persistente, forti emicranie o dolori addominali, difficoltà a seguire il ritmo della giornata e gli impegni richiesti, comportamenti di paura nei confronti degli altri, scoppi di rabbia improvvisi e apparentemente ingiustificati, comportamenti bizzarri, crisi d'ansia e/o attacchi di panico, incoerenza logica durante i colloqui, confusione o incongruità nel racconto, presenza di allucinazioni o deliri, minacce o tentativi di suicidio. Come possiamo constatare molti di questi sintomi rientrano nella sintomatologia delle sindromi psicotiche ed è quindi necessaria una valutazione diagnostica da parte di uno psichiatra che abbia esperienza con richiedenti asilo sopravvissuti a torture o violenze estreme e che faccia una diagnosi differenziale per capire se si tratta di una patologia pre-esistente o scatenata dagli eventi vissuti con la fuga dal paese d'origine.

Fatta questa necessaria premessa possiamo provare a definire le caratteristiche che il progetto (rivolto a richiedenti e titolari di protezione internazionale con

vulnerabilità psichica, che d'ora in poi chiamerò semplicemente progetto) e il contesto territoriale che lo ospita, devono possedere.

Il territorio in cui il progetto viene realizzato deve garantire diversi riferimenti con i quali costruire una rete di collaborazione per fornire agli ospiti vari servizi importanti per il loro benessere:

- ✓ servizio psichiatrico;
- ✓ Centri per l'impiego e di orientamento al lavoro;
- ✓ corsi di lingua specializzati nell'insegnamento dell'italiano come seconda lingua adattati alla specificità dei rifugiati con vulnerabilità psichica;
- ✓ laboratori di teatro, di pittura, di artigianato ecc., che possano essere utilizzati in funzione terapeutica;
- ✓ imprese disponibili ad accogliere gli ospiti per tirocini con valenza prevalentemente riabilitativa;
- ✓ chiese di più confessioni religiose che consentano a ciascun ospite, se credente, di praticare la propria religione

Per garantire tutto ciò è necessario che il progetto sia realizzato in città di medio/grandi dimensioni o che queste siano agevolmente raggiungibili con i mezzi di trasporto pubblici.

La struttura di accoglienza è preferibile sia un appartamento, piuttosto che un grande edificio concepito per ospitare centinaia di persone. Il rapporto numerico tra operatori e utenti deve essere sufficiente a garantire un'attenzione individualizzata, uno a tre è a mio avviso il rapporto ottimale in un appartamento che ospiti sei rifugiati. L'organizzazione deve essere flessibile in funzione delle specificità individuali dell'utenza e della fase del processo di accoglienza in cui si trova.

Gli strumenti su cui fare affidamento nella gestione di un progetto di accoglienza dedicato alle persone con disagio mentale

Gli operatori e le operatrici del progetto devono essere capaci di modulare la quantità e la qualità del supporto da fornire e per questo è indispensabile che possano contare su un'équipe multidisciplinare che si riunisca settimanalmente.

L'équipe che gestisce il progetto deve essere composta da:

- a) operatori e operatrici;
- b) un mediatore o mediatrice culturale con formazione specifica (e non semplicemente una persona che proviene da un paese africano come spesso succede)
- c) almeno uno psicologo/psicologa;
- d) un/a responsabile del progetto;
- e) un/a coordinatore/coordinatrice.

Tutti i membri dell'équipe devono essere qualificati in relazione alla presa in carico di rifugiati/e e possedere competenze diversificate tra cui:

- ✓ conoscenza ed esperienza sulle conseguenze psichiche di persone sopravvissute a situazioni traumatiche;
- ✓ competenza a operare in contesti multiculturali attraverso un approccio transculturale;
- ✓ conoscenza dei contesti politici, sociali e culturali da cui provengono gli ospiti del progetto, su di essi è necessario documentarsi se non se ne ha una conoscenza precedente;
- ✓ conoscenza della lingua inglese e/o francese, possibilmente di entrambe.

Gli operatori e operatrici che abbiano già esperienze di lavoro in progetti di accoglienza per rifugiati con vulnerabilità psichica sono rari, poiché tali progetti sono di nuova concezione, ma è possibile avvalersi di operatori e operatrici con una formazione come educatori e possibilmente con un'esperienza pregressa nel lavoro o con i rifugiati, o in comunità e case famiglia che ospitano persone con problemi psichici. Per colmare le lacune di una competenza specifica carente in questo settore è necessario prevedere dei seminari di formazione periodici che abbiano carattere di continuità e che forniscano in itinere conoscenze specialistiche insieme alla possibilità di un confronto e uno scambio tra colleghi che metta in relazione l'esperienza che si sta realizzando con le nuove conoscenze.

Le altre figure dell'équipe (psicologo/a, responsabile del progetto, mediatore culturale) devono invece possedere una competenza e un'esperienza pregressa nell'assistenza ai rifugiati e nel trattare con la specifica fragilità psichica che accompagna molti di essi.

È altresì importante che l'équipe sia stabile e che il turnover dei suoi membri sia ridotto al minimo, a tal fine è necessario che i progetti di accoglienza per rifugiati con vulnerabilità psichica abbiano un respiro pluriennale. È infine indispensabile che l'équipe nel suo insieme possa usufruire di una supervisione psicologica con una periodicità almeno mensile e che ciascun membro dell'équipe possa usufruire di una supervisione psicologica individuale quando ne sentisse il bisogno, dunque su richiesta. In un progetto di questo tipo la supervisione non è un optional ma un requisito fondamentale del lavoro al fine di monitorare il lavoro dell'équipe e trattare le risonanze affettive che lavorare con questo tipo di utenza comporta.

Cosa comporta costruire un progetto individuale di accoglienza e di autonomia per un rifugiato con disagio mentale

Nella prima fase di inserimento di un utente l'obiettivo primario che il progetto deve darsi è appunto quello di "accogliere" in senso pieno la persona, ossia:

- 1) farle sentire che può fidarsi e che può contare sul sostegno degli operatori e operatrici, e dell'intera équipe;
- 2) fare una valutazione complessiva della persona individuandone punti di forza, capacità, competenze e risorse insieme alle fragilità, ai timori, ai sintomi e alle difficoltà;
- 3) sostenerla nel processo di adattamento e fornirle la mediazione necessaria per facilitarle la graduale conoscenza del contesto in cui è inserita (casa, quartiere, città, Paese);
- 4) fornirle le cure di cui ha bisogno (mediche, psichiatriche, psicologiche);
- 5) inserirla in attività finalizzate prevalentemente a scopi riabilitativi e che tengano la persona impegnata tanto quanto essa è in grado di fare. Il corso di italiano dovrebbe essere pensato ad hoc, tenendo conto delle difficoltà di attenzione e concentrazione che generalmente i rifugiati con vulnerabilità psichica manifestano. Si dovrebbero progettare, insieme agli insegnanti del centro territoriale permanente (CTP) della zona in cui è insediato il progetto, dei corsi specifici ai quali potrebbero partecipare anche altri allievi del CTP con esigenze simili.

Questa fase è molto delicata e da essa dipenderà l'evoluzione successiva, l'errata valutazione dei bisogni psicologici dell'utente in termini di accudimento/autonomia provoca rallentamenti o regressioni nel suo processo verso un miglior benessere psico-fisico, sia quando il supporto privilegia

troppo la polarità dell'accudimento che quando spinge troppo precocemente verso quella dell'autonomia. Questa valutazione deve essere fatta in maniera interdisciplinare attingendo alla conoscenza proveniente dalla specificità professionale di ciascun membro dell'équipe e di quella dei professionisti esterni, particolarmente del servizio psichiatrico. A tal fine deve essere costruita una stretta collaborazione tra l'équipe del progetto e il servizio che prende in carico gli utenti dal punto di vista psichiatrico, in modo che lo/la psichiatra possa avvalersi della conoscenza di cui dispone l'équipe e della sua competenza specifica e viceversa l'équipe possa avvalersi della competenza dello/a psichiatra. Questa collaborazione deve prevedere, oltre a scambi frequenti, delle riunioni che potremmo chiamare di "équipe territoriale" che periodicamente vede riuniti tutti coloro che si occupano a diverso titolo degli utenti inseriti nel progetto.

Nella seconda fase, i cui tempi variano da persona a persona, ma che difficilmente arriva prima di 7/8 mesi dall'ingresso nel progetto, si investe maggiormente nello sviluppo del percorso integrativo individuale.

In questa fase è necessario che il/la responsabile del progetto o altri membri dell'équipe abbiano una rete di contatti con i centri per l'impiego/orientamento al lavoro e con imprese del territorio per attivare, con la loro collaborazione, dei tirocini formativi che in una prima fase abbiano una valenza prevalentemente formativa e riabilitativa ma che col tempo possano assumere la forma di veri e propri tirocini propedeutici all'inserimento lavorativo. È importante che in questa fase il rifugiato sia affiancato da un tutor, da individuare tra gli operatori/operatrici del progetto, la cui funzione sarà quella di sostenere il rifugiato nelle nuove attività, seguire l'andamento del tirocinio e mediare tra rifugiato e azienda laddove fosse necessario. È altresì necessario che il rifugiato usufruisca di un sostegno psicologico finalizzato a rafforzare le risorse interne necessarie per far fronte alle esigenze di adattamento che il contesto esterno richiede. Lo scambio nelle riunioni di équipe tra tutte le figure

professionali sarà fondamentale per modulare e assicurare efficacia a tutte le azioni messe in campo. La durata di questa fase, come di tutto il percorso, varia da una situazione all'altra, tuttavia è possibile ipotizzare realisticamente una durata annuale per mettere il rifugiato nelle condizioni di cavarsela da solo ed evitare che delle difficoltà troppo grandi possano arrestare o far regredire il percorso di autonomia intrapreso.

La terza e ultima fase invece è dedicata al sostegno nel trovare casa e lavoro, e alla separazione dal progetto. Naturalmente su questi obiettivi si sarà già lavorato nell'arco di tutto l'anno precedente ma ora si devono trovare quelle soluzioni sufficientemente stabili che permettano alla persona di badare a sé autonomamente e di investire nel proprio futuro.

Come è evidente da quanto detto finora, un progetto individuale di accoglienza dedicato a persone con vulnerabilità psichica comporta un investimento in termini di risorse umane, economiche e di tempo superiore ad altre prese in carico. Nel lavorare a un progetto di accoglienza e di accompagnamento verso l'autonomia, soprattutto quando non sia possibile contare sull'integrità delle funzioni psichiche dell'utente, è indispensabile che l'équipe possieda competenze specialistiche diversificate, capaci di leggere e trattare il disagio psichico e di fornire il giusto supporto per il suo contenimento prima e superamento poi. Costruire un progetto individuale e di autonomia dedicato a questa categoria di persone comporta la capacità di contenere lo smarrimento, e le paure, che si sono impossessati di loro e saper utilizzare ogni azione progettuale in chiave terapeutica. Così facendo è concepibile la costruzione di un ponte che collega l'oggi alla storia, individuale e collettiva, che li ha costretti alla fuga e il recupero di un progetto di vita possibile.

Investire bene, precocemente e per il tempo necessario nella presa in carico dei rifugiati con problemi psichici, significa investire meno in seguito nell'assistenzialismo senza sbocchi.

Conclusioni

La flessibilità dello SPRAR

Come raccontato nell'introduzione, dal 2007 il Servizio centrale ha continuato a registrare un costante aumento di segnalazioni – provenienti da centri governativi, prefetture, enti locali, associazioni – di richiedenti e titolari di protezione internazionale con sofferenza psichica o psicologica. La quantità di casi segnalati e la loro specificità hanno dapprincipio indotto a ricercare opportunità di accoglienza qualificata al di fuori dello SPRAR, supponendo potessero trovarsi in altri contesti soluzioni più adeguate rispetto ai progetti territoriali del Sistema, di sicuro in grado di accogliere vulnerabilità, ma originariamente non con servizi così mirati.

In concreto, però, risposte alternative allo SPRAR non sono state trovate, perché lo status giuridico di una persona (di per sé una costruzione normativa e artificiale) ha assunto – agli occhi del legislatore, della pubblica amministrazione e, sovente, degli stessi servizi e attori del territorio – un peso maggiore rispetto alla condizione e ai bisogni personali. Pertanto avviene, quasi in modo naturale, che al momento di procedere per una presa in carico, non interessa se il richiedente asilo o il rifugiato sia altamente disabile, malato terminale, tossicodipendente, vittima di tratta o di violenza domestica oppure con disagio mentale: qualora abbia chiesto o ottenuto protezione internazionale, si dispone che l'accoglienza debba essere obbligatoriamente ricercata all'interno dello SPRAR.

E se nella sua rete non si riesce a trovare posto? Attualmente rimane difficile trovare una risposta.

Inutile nascondere, dunque, quanto il peso di una responsabilità del genere abbia gravato e continui a gravare su un Sistema (qui da immaginarselo con le fattezze, in carne e ossa, di operatrici e operatori di enti locali, enti attuatori e Servizio centrale), nato per rispondere al bisogno di accoglienza di migranti

forzati, per un periodo strettamente limitato e funzionale a sostenere percorsi di autonomia in tempi rapidi, anche per favorire il turn over dei beneficiari e liberare, quindi, posti disponibili (che sono sempre meno dell'effettiva richiesta di accoglienza).

L'ineluttabile necessità di trovare accoglienze per vulnerabilità sempre più importanti, e su tutte proprio il disagio mentale, ha comportato una forzatura nel Sistema nella sua interezza e in particolare in quei progetti territoriali che – in virtù di sensibilità, competenze o realtà locali virtuose – sono stati identificati come “naturali” destinazioni di persone con una sofferenza psichiatrica o psicologica. In altre parole, lo SPRAR si è dovuto attrezzare per recuperare al suo interno soluzioni originariamente non previste, anche improvvisando in prima battuta metodologie, strumenti e percorsi.

Con Adamo l'avvio di un percorso

Il punto di svolta è avvenuto con Adamo⁹. Adamo è un giovane uomo, proveniente da un Paese africano e segnalato da un CARA¹⁰ come persona vulnerabile, in quanto caratterialmente fragile e incompatibile con la vita all'interno di un grande centro governativo. La relazione che accompagna la segnalazione racconta di comportamenti bizzarri del giovane, il quale si aggira per il centro con un maiale di pezza, attirando su di sé lo scherno di molti degli altri ospiti del CARA.

Il Servizio centrale individua velocemente un posto in un progetto SPRAR che accoglie uomini e non è troppo distante dal centro governativo. Qui Adamo viene accolto con slancio, ma innocui gesti degli operatori – leggere pacche sulle spalle che vorrebbero solo rassicurare – mettono di fronte a tutta la sofferenza di Adamo, che dirompe violenta e improvvisa. Il giovane uomo,

⁹ Chi legge può facilmente intuire che il nome adottato è di fantasia.

¹⁰ Centri (governativi) di accoglienza per richiedenti asilo.

“fragile e bizzarro”, custodisce in sé una storia costellata di abusi e violenze - perpetrati anche in Italia, anche all’interno del centro governativo – che si sono sedimentati su una biografia già drammaticamente messa alla prova da persecuzioni, dalla fuga e dal viaggio migratorio.

È, dunque, di fronte alla vicenda di Adamo e alle successive difficoltà riscontrate nel proporre una seconda ipotesi di accoglienza (che sarà poi trovata, ma dopo una lunga ricerca e una laboriosa opera di mediazione con un ulteriore progetto dello SPRAR), che il Servizio centrale ha sollevato il tema, trascinando con sé il Sistema di protezione in un percorso di riflessione che è tutt’altro che concluso.

Le questioni, che si sono sollevate e per le quali si sta tuttora lavorando per dare risposte strutturate e spoglie di improvvisazione, sono state tra le più complesse mai affrontate in dieci anni di sistema italiano di accoglienza.

- Lo SPRAR è in grado di accogliere persone con disagio mentale?
- A quali condizioni? Con quali presupposti?
- Quali politiche, strategie e strumenti mettere in atto?
- Esiste un limite oltre il quale lo SPRAR sia necessariamente obbligato a dichiarare la propria incompetenza?

Quello che caratterizza il lavoro dello SPRAR è un approccio molto pragmatico, che sviluppa la teoria partendo dal basso, dall’esperienza di chi opera sul campo, coinvolgendo i diretti protagonisti nel contribuire all’analisi dei fallimenti, così come dei casi di successo.

Una volta ironicamente un’operatrice ha definito lo SPRAR come un “sistema contadino, dalle scarpe grosse e il cervello fino”. L’espressione fa sorridere, ma rende l’idea, pensando soprattutto al lavoro di definizione di linee guida per prese in carico sempre più specifiche, che si sono gradualmente elaborate nel corso degli anni.

Questo stesso approccio viene ora adottato anche per l’identificazione

di standard (che si vorrebbero alti) di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione con disagio mentale.

Le tappe che stanno segnando questo percorso di riflessione, pertanto, raccolgono l'esperienza delle operatrici e degli operatori locali e dei servizi territoriali, e presuppongono un confronto con quelle realtà che possono mettere a disposizione competenze, capacità, background progettuali. Si è partiti, dunque, dall'individuazione all'interno della rete SPRAR delle competenze già presenti, da un lato per dare risposte immediate alle segnalazioni di casi e quindi procedere agli inserimenti in accoglienza, dall'altro per impostare l'ossatura di un dibattito interno sull'evoluzione di linee guida e standard di presa in carico. Si è già visto nelle pagine precedenti quanto fondamentale sia stata l'opportunità di programmare e attuare tre progetti di accoglienza sperimentali, resi possibili grazie alle risorse Otto per Mille assegnate ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e coinvolti nei momenti di confronto e scambio tra i diversi attori ed esperienze attivate a livello locale e nazionale. Ulteriore passo importante è stata la produzione di pubblicazioni sul tema¹¹, compreso un primo ed embrionale aggiornamento del Manuale operativo dello SPRAR, parallelamente alla modifica da parte del Ministero dell'Interno del decreto per l'accesso al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo che ha previsto 50 posti per l'accoglienza di persone con disagio mentale nel bando per il triennio dello SPRAR 2011/2013.

A partire dal 2011, pertanto, il Sistema potrà contare su questi cinquanta posti dedicati che consentiranno, per un arco temporale consono, di sviluppare un'esperienza specifica, non più straordinaria e sperimentale, ma strutturata e strutturale, all'interno di una rete di accoglienza che prevede il coinvolgimento di soggetti istituzionali e non governativi, a livello locale e nazionale, in un interscambio continuo.

¹¹ In calce alle conclusioni una cronologia e bibliografia dello SPRAR sul tema del disagio mentale

I principi generali

Il percorso, dunque, è stato avviato e ha iniziato a produrre i primi risultati. Infatti, se per definire un bilancio del prossimo assetto dello SPRAR – con i progetti destinati alla presa in carico del disagio mentale – si dovrà arrivare al 2013, non sarà necessario attendere tre anni per focalizzare le linee guida di intervento che sono state abbozzate e già da ora orientano il lavoro dell'accoglienza. Si tratta di principi generali che, seppure calati nella realtà di richiedenti asilo e rifugiati con disagio mentale, recuperano alcuni concetti chiave già patrimonio del Sistema di protezione.

Lo SPRAR, infatti, propone da sempre ***un'accoglienza integrata, secondo un approccio olistico e multidisciplinare***. Questo stesso approccio, che completa l'accoglienza materiale con servizi alla persona, deve essere ulteriormente rafforzato nel caso di persone con disagio mentale, affinché la presa in carico possa essere effettivamente globale e non focalizzata sui soli trattamenti sanitari.

Essenziale è quanto viene definito ***triangolazione***, vale a dire una collaborazione forte e dialogante tra enti locali, servizi socio-sanitari pubblici, enti gestori dei progetti territoriali dello SPRAR e tutti gli altri attori istituzionali e del privato sociale, interlocutori privilegiati per la costruzione dei percorsi di autonomia dei beneficiari/utenti.

Questo comporta che l'ente locale si assuma una piena ***responsabilità dell'accoglienza*** e della singola persona, la quale – una volta uscita dal percorso specialistico proposto – verosimilmente continuerà a essere presente sul territorio e a rivolgersi ai locali servizi socio-sanitari, alla stregua del resto della cittadinanza residente.

D'altra parte ***il ruolo delle aziende sanitarie locali*** deve essere giocato a più livelli: la diretta presa in carico, come cuore del lavoro, deve potersi intersecare con altri piani di intervento, come il rafforzamento delle competenze

territoriali, il supporto di supervisione all'équipe del progetto di accoglienza, l'incidenza sul territorio anche in termini di promozione culturale.

In questo contesto *il potenziamento delle capacità degli attori locali*, dei servizi socio-sanitari e degli stessi progetti di accoglienza, rimane un obiettivo costante a cui tendere nella realizzazione di un disegno più ampio, secondo il quale chiunque, a prescindere dallo status giuridico e dalla nazionalità, possa accedere ai servizi del territorio e il Sistema di protezione sappia acquisire ovunque le capacità per orientare al meglio le persone temporaneamente accolte, a prescindere dalla loro vulnerabilità.

Per non concludere e continuare

Il processo di riflessione viene portato avanti sotto un firmamento di domande, in cui – reinterpretabdo le stesse che hanno dato il via al tutto e che ancora rivendicano una risposta esaustiva – si affinano ulteriori questioni, sempre più mirate, man mano che la strada viene percorsa.

Alla vigilia dell'inserimento nella rete SPRAR di cinquanta posti di accoglienza dedicata, si sintetizzano in tre punti gli interrogativi a cui prestare attenzione per misurare gli interventi di accoglienza.

Cosa vuol dire disagio mentale e quali sono le sue dimensioni di presenza e di presa in carico in seno allo SPRAR?

E' possibile declinare ulteriormente i concetti di "accoglienza integrata" e di presa in carico globale dei migranti con disagio mentale?

Come favorire l'uscita delle persone da un servizio così specialistico, come saranno i progetti territoriali dello SPRAR?

L'agenda del Sistema, di conseguenza, si arricchisce di appuntamenti: la definizione – in termini e in confini – del disagio mentale, la codificazione

di modalità di ingresso nell'accoglienza e la programmazione delle uscite, la progettazione dei tempi di presa in carico, la raccolta dei fattori di rischio e di protezione. E, inoltre, l'inevitabile strutturazione di misure di prima presa in carico delle persone in contesti differenti dai progetti territoriali dello SPRAR (centri governativi e non solo), con il duplice obiettivo di procedere a segnalazioni sempre più puntuali per facilitare l'inserimento delle persone nel Sistema e, soprattutto, di fornire tutela e assistenza a quanti all'accoglienza non potranno accedere mai.

Cronologia e bibliografia dello SPRAR

2007/2008

Incremento delle segnalazioni al Servizio centrale di richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale.

2008/2009

Identificazione all'interno dello SPRAR di progetti territoriali in grado di accogliere persone con disagio mentale.

Contestuale intensificazione dei rapporti con i centri governativi per perfezionare le modalità di segnalazione e avvio di un lavoro di rete con differenti attori locali impegnati nella tutela della salute mentale dei migranti forzati.

2009

Avvio della progettazione straordinaria Otto per Mille per la sperimentazione di tre interventi mirati di accoglienza.

Realizzazione di un ciclo di incontri per facilitare i percorsi di supporto di persone vittime di tortura, violenza estrema e trauma migratorio. Si tengono quattro seminari (a Lecce, Caserta, Udine e Ragusa) rivolti a operatori e operatrici dell'accoglienza e al personale dei servizi socio-sanitari. Ampio spazio viene dedicato al tema della presa in carico del disagio mentale.

2010

Realizzazione del seminario nazionale *“La salute mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale. Verso una definizione di standard comuni di accoglienza e di presa in carico specialistica”* (Roma. 21/22 aprile).

Pubblicazione degli atti del seminario sul sito del Servizio centrale.

Pubblicazione del volume *“Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento”*. Fondazione Cittalia – Anci ricerche.

Pubblicazione del decreto Ministero dell’Interno 5 agosto 2010 per la presentazione delle domande di contributo per il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell’asilo (Gazzetta ufficiale, n. 229 del 30/09/2010); il decreto prevede 50 posti destinati all’accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale.

Pubblicazione sul sito del Servizio centrale di *“L’accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale”*, aggiornamento del Manuale operativo SPRAR per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale.