



Atti del seminario nazionale

LA SALUTE MENTALE DI RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Verso una definizione di standard comuni di accoglienza e
presa in carico specialistica

Roma, 21/22 aprile 2010
ISA – Istituto Superiore Antincendi, via del Commercio 13

INDICE

21 aprile 2010	pag. 3
22 aprile 2010	pag. 88
Spunti per un percorso di definizione di linee guida per l'accoglienza e la presa in carico all'interno dello SPRAR di richiedenti e titolari di protezione internazionale con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale	pag. 183

21 APRILE 2010

DANIELA DI CAPUA, *Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR.*

Saluti di benvenuto e presentazione degli obiettivi del seminario.

Presentazione delle attività dello SPRAR per l'anno 2009 in merito alla presa in carico e all'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale.

La presa in carico di titolari e richiedenti protezione internazionale con disagio mentale rappresenta la nuova frontiera dell'accoglienza?

Questa domanda ha preso forma all'interno del Servizio centrale e del Sistema di protezione da qualche anno, tanto che già nel decreto di riparto del *Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo* (FNPSA) per il biennio 2009-2010 il Ministero dell'Interno aveva previsto un aumento di punteggio per i progetti che avessero messo a disposizione posti dedicati a persone con disagio mentale.

Nonostante ciò il Sistema ad oggi non presenta posti specifici per quella che, a tutti gli effetti, si sta configurando come una tipologia di beneficiari sempre più specifica e diffusa. La diffusione e la specificità delle richieste di presa in carico di persone con una vulnerabilità riconducibile alla salute mentale nascono da due bisogni complementari, che non hanno trovato una risposta sufficiente all'interno della rete SPRAR: da un lato il fattore quantitativo, rappresentato dal forte aumento del numero di segnalazioni dei casi di disagio mentale da parte degli stessi progetti territoriali SPRAR - con richieste di trasferimento - e da parte dei centri di accoglienza governativi per richiedenti asilo (CARA); dall'altro un fattore più sostanziale, rappresentato dal più alto livello di problematicità del disagio psicologico e psichiatrico. In parole povere i casi sono di più e sono più gravi, tanto che un gran numero di progetti territoriali SPRAR, anche *ordinari*, si sono confrontati con beneficiari, la cui vulnerabilità era emersa durante il periodo di accoglienza.

Per tutti questi motivi si è resa necessaria una progettazione sperimentale dell'accoglienza e della presa in carico di persone con disagio mentale. Tale progettazione si è concretizzata con l'avvio di tre progetti (due progetti a Roma e uno a Torino), finanziati con i fondi otto per mille/IRPEF assegnati ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'anno 2007. I "progetti otto per mille per disagio mentale" hanno coinvolto, come enti attuatori, l'associazione Frantz Fanon

con la cooperativa sociale Esserci, il Centro Astalli con la struttura del Sa.Mi.Fo della Asl Roma A, il CIR con la cooperativa sociale Aelle il Punto.

Nell'ultimo triennio cinque progetti del Sistema di protezione – Fidenza, Porto San Giorgio, Roccagorga/Sezze, Trieste e Venezia – pur non avendo posti riservati alla categoria, hanno garantito la presa in carico di questo tipo di casi, creando una sorta di “eccellenza” all'interno della rete.

Grazie al doppio canale creato dai progetti SPRAR e dai tre progetti sperimentali *otto per mille* è stato possibile nell'anno 2009 porre le basi di un ragionamento di più ampio respiro sull'accoglienza del disagio psichico, tema che porta con sé alcune domande di fondo:

- ✓ Come conciliare un percorso di *accoglienza integrata* per richiedenti e titolari di protezione internazionale con un percorso di supporto psichico del soggetto?
- ✓ Lo SPRAR deve garantire la presa in carico di persone con disagio mentale? E se sì, di quali competenze e strumenti deve dotarsi?
- ✓ Esistono casi di disagio psichico per cui non è pensabile un percorso di accoglienza all'interno dello SPRAR, seppure in progetti specializzati e strutturati? Con quali criteri è possibile individuarli?

Prima dell'avvio dei progetti di accoglienza sul disagio mentale il Sistema di protezione si è trovato in forte affanno nel rispondere alle esigenze del territorio su questo tema; in particolare non è stato possibile rispondere alle molte segnalazioni provenienti dai CARA, il cui numero è esponenzialmente aumentato. Non è possibile, ad oggi, fare una stima dello storico dei casi che non è stato possibile risolvere.

Nell'ultimo anno, tuttavia, il Servizio centrale ha iniziato una sistematizzazione delle segnalazioni, in modo da avere un realistico bilancio delle richieste di questo tipo sul Sistema.

Per quanto riguarda i primi dati sull'accoglienza è necessario analizzare:

- ✓ la presa in carico garantita dai cinque progetti SPRAR, che nell'arco del 2009 hanno accolto 41 beneficiari con disagio mentale su diretta segnalazione del Servizio centrale;

- ✓ l'accoglienza specifica sperimentale dei tre *progetti otto per mille*, che hanno accolto un totale di 23 beneficiari, di cui 5 hanno portato a termine il percorso di accoglienza e 1 è stato allontanato.

Un dato importante da rilevare è la percentuale dei trasferimenti interni alla stessa rete SPRAR. Dei 23 accolti nei *progetti otto per mille* il 17,8% proviene da un progetto territoriale SPRAR. Questa percentuale dimostra quanto la vulnerabilità sempre più spesso emerga durante il periodo di accoglienza e, allo stesso tempo, indica come i progetti del Sistema non abbiano ancora gli strumenti adeguati per questo tipo di presa in carico.

Complessivamente nell'anno 2009 si sono accolte 64 persone con la specifica vulnerabilità, cifra assolutamente non trascurabile data la gravità delle situazioni cui si è riusciti a dare una risposta.

Accoglienza di persone con disagio mentale nella rete SPRAR, 2009

Progetti	Accolti
Fidenza	3
Porto San Giorgio	4
Roccagorga - Sezze	13
Trieste	9
Venezia	12
Totale	41

Accoglienza di persone con disagio mentale nei "progetti otto per mille", 2009

Progetto	Posti finanziati	Accolti
Roma – Astalli	4	8
Roma –Cir	4	4
Torino - Fanon	10	11
Totale	18	23

Totale delle accoglienze di persone con disagio mentale (SPRAR + Otto per mille), 2009

Tipologia progetto	Accolti
SPRAR	41
Otto per mille	23
Totale	64

Nonostante questo importante risultato è necessario sottolineare che si è riusciti a rispondere alle richieste di presa in carico di soggetti con disagio mentale solamente in modo parziale. Nell'arco del 2009 sono rimaste inevase 31 segnalazioni, di cui 6 richieste di trasferimento da progetti SPRAR ordinari.

Segnalazioni di accoglienza inevase per specifica tipologia di vulnerabilità, 2009

Tipologia segnalazioni inevase	Totale
Esterne*	25
Interne**	6
Totale	31

* Segnalazioni da parte di CARA e prefetture

** Richieste di trasferimento da parte di progetti territoriali

Rispetto alle ragioni della mancata risposta alle segnalazioni ricevute, si può parlare di una duplice motivazione per cui il Servizio centrale non è riuscito ad individuare un progetto di accoglienza:

- ✓ il fattore quantitativo, per cui le richieste sono state maggiori dei posti disponibili;
- ✓ il “fattore gravità”, per cui si tratta di persone che spesso non possono essere presi in carico neanche da progetti *ad hoc* come quelli otto per mille, perché necessario un trattamento sanitario che richiede un ricovero o l’inserimento in una struttura con organizzazione e caratteristiche specifiche.

In molti casi si tratta di persone che hanno manifestato gravi comportamenti autolesionistici o antisociali.

Per quanto riguarda il fattore quantitativo è necessario sottolineare che la scarsa disponibilità di posti non è una questione meramente numerica, ma dipende anche dall'impossibilità di attuare un *turnover* delle accoglienze in tempi relativamente brevi: la gravità delle situazioni ha reso, infatti, 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, un percorso da costruire sul soggetto stesso.

PAOLO ARTINI, Vice delegato dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati. Buongiorno a tutti e grazie a Daniela Di Capua e al Servizio centrale dello SPRAR per l'invito e per l'impegno nel facilitare le discussioni di questi giorni. Siamo molto contenti di queste discussioni, perché si tratta di un momento che aspettavamo con molta impazienza perché in questi anni, attraverso la presenza operativa dell'UNHCR, ci siamo resi conto che i bisogni dei richiedenti asilo e dei rifugiati portatori di disagio mentale, in particolare delle vittime di trauma e di tortura, sono sempre più importanti.

C'è stato un fenomeno di emersione, di cui ci siamo resi conto attraverso il progetto *Praesidium* supportato dal Ministero dell'interno nei luoghi di sbarco, attraverso la nostra presenza nelle commissioni territoriali e anche attraverso alcuni progetti pilota di *resettlement*.

Come molti di voi che hanno lavorato in questo campo a Lampedusa e in altri luoghi sanno, il contesto del viaggio in mare è una fonte di enormi traumi. Vorrei solo citare un incidente che mi ha molto colpito, quello del 20 agosto 2009, quando cinque persone sono sopravvissute su un gommone nell'ambito di un gruppo molto più numeroso, con 77 dispersi dopo un viaggio durato più di 20 giorni. Noi siamo ancora in contatto con i sopravvissuti e con chi li aiuta: si trovano in Sicilia, sono quattro uomini, due adulti e due minori, e una donna. Si è creato un legame molto forte tra queste persone, che, anziché voler dimenticare questa esperienza, ogni tanto sono ospitati in posti diversi dalla Sicilia, si riuniscono per festeggiare la loro sopravvivenza e per ricordare quello che hanno passato insieme.

Il contesto dell'audizione è molto importante, è un momento delicato per quanto riguarda questi temi. È capitato anche me, ad esempio, di dover sospendere l'audizione di un minore non accompagnato afgano per l'impossibilità per la persona di sostenere questo colloquio. Tra l'altro, il decreto n. 25 giustamente consente di rinviare od omettere l'audizione nel caso la persona sia impossibilitata a sostenere il colloquio. Si tratta di una disposizione importante, perché sarebbe ingiusto e inopportuno forzare persone che in quel momento, per le circostanze psicologiche in cui sono, non riuscirebbero a rappresentare e a spiegare la loro domanda di asilo. Tra l'altro, forse dovremmo fare una riflessione anche sull'intervista collegiale, che sempre promuoviamo e incoraggiamo, ma che ha per

certe persone un carattere intimidatorio. È opportuna, perché mette a frutto tutte le competenze dei membri delle commissioni territoriali, ma quattro persone tutte insieme più l'interprete spesso hanno un effetto di intimidazione.

Con i *resettlement* dalla Libia abbiamo toccato con mano le conseguenze delle condizioni di detenzione nei centri libici per i rifugiati, perché il trasferimento dal Paese di primo arrivo sposta in modo legale una persona nel paese di *resettlement*, ove arrivano con importanti segni di sofferenza.

In questa occasione ho constatato l'importanza del lavoro nell'aiutare le persone che erano vittime di trattamenti particolarmente duri in questo contesto, che per le donne si traduce spesso in esperienze di violenza o di sfruttamento sessuale non solo in Libia e non solo per le rifugiate, in generale nel viaggio dal Paese di origine verso il Paese di destinazione. Tra l'altro, è uscito un libro di Marie Ndiaye intitolato *Tre donne forti*, in cui si narra dell'esperienza di una donna senegalese che passa attraverso un Paese di transito e subisce questo tipo di esperienza, che viene descritta con molta capacità di introspezione e di sintesi.

Negli ultimi anni, l'UNHCR ha rilevato sicuramente una accresciuta consapevolezza del problema della salute mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati. Tra l'altro, dall'introduzione della procedura decentrata delle commissioni territoriali sono state messe in campo alcune iniziative importanti da parte della commissione nazionale per il diritto d'asilo nel campo della formazione, per quanto riguarda ad esempio le tecniche dell'intervista delle vittime di trauma o di tortura, e per migliorare il sistema di certificazione delle vittime di trauma e di tortura nel contesto della procedura di asilo, creando punti di riferimento nei servizi pubblici per le commissioni territoriali. In questi anni, si sono sviluppate soprattutto queste reti specializzate nell'individuazione delle vittime di trauma, che soffrono dal punto di vista della salute mentale, che voi rappresentate e che si occupano della loro presa in carico.

Ritengo che l'impegno del Servizio centrale dello SPRAR di sperimentare un primo nucleo di progetti che si occupano di persone con particolari vulnerabilità sia un segno importante, in grado di aiutare a mettere in comunicazione queste diverse reti e le competenze che in questi anni si sono sviluppate al loro interno.

Dal punto di vista nostro dell'UNHCR, l'obiettivo di questi due giorni di

discussione è cercare di lavorare insieme per un miglioramento del sistema di individuazione e presa in carico dei portatori di disagio mentale tra i beneficiari di protezione, migliorare il sistema a livello centrale ma anche a livello locale, territoriale e soprattutto regionale, vista la competenza delle regioni in questo campo.

Sarà importante programmare congiuntamente occasioni regolari di scambio di informazioni e di esperienze in questo campo, pianificare attività necessarie per dare respiro nel medio e lungo termine e creare specializzazioni attraverso attività di formazione.

L'esigenza prioritaria è avere non tanto reti unificate, quanto reti che comunichino tra loro per migliorare i servizi offerti.

Dal punto di vista dell'UNHCR, crediamo in questo processo di discussione e di scambio di esperienze. Tra l'altro, per noi è stata ed è molto positiva l'esperienza del Tavolo asilo, che raccoglie organizzazioni molto diverse tra loro, che però regolarmente scambiano informazioni, discutono e trovano obiettivi comuni riuscendo a lavorare insieme. Il mio collega Jurgen Humburg, che segue con passione questo tema, con una punta di ironia viste le diverse scuole a cui appartenete, diceva che sarebbe necessario un divano e non un tavolo dell'asilo per discutere in modo regolare e costante e mettere a confronto le diverse esperienze.

Credo che le discussioni che seguiranno potranno mettere in luce le diverse metodologie ed esperienze, ma anche trovare un momento di sintesi nell'obiettivo comune di dare alle persone che soffrono di queste particolari vulnerabilità la possibilità di sintonizzarsi su una delle vostre reti e di trovare una risposta adeguata ai loro bisogni. Buon lavoro!

SANDRA SARTI, *Vice direttore centrale dei servizi civili per l'immigrazione e l'asilo, Dipartimento libertà civili e immigrazione del Ministero dell'interno.* In modo informale, perché ciascuno è esperto nel suo settore ma siamo tutti amici, faccio alcune precisazioni e colgo l'occasione per darvi informazioni.

Il dottor Paolo Artini aveva fatto riferimento al decreto n.25, al problema del colloquio e alla possibilità di sospenderlo quando la persona non sia in grado di sostenerlo. Il decreto n.25 sulle procedure, che è stato recepito dal decreto legislativo

del 2008, è di nuovo sui tavoli europei per una revisione, perché dal 2010, con il trattato di Stoccolma, stiamo vivendo una sorta di revisione di tutte le direttive precedenti, finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo europeo dell'asilo unico e di procedure uniche per l'asilo.

Il tema delle procedure è dunque molto particolare, di grande importanza, tanto che l'Europa ha affidato all'UNHCR un delicato studio per rilevare le criticità nei vari ordinamenti nazionali di dodici Paesi campione, tra cui l'Italia, e per verificare come questi ordinamenti nazionali si stiano tra loro avvicinando, omologandosi al concetto di procedura unica. Nell'ambito dei criteri della revisione del decreto procedure, uno dei punti fondamentali che deve unire gli Stati è quello di tener presente la centralità della persona, l'importanza delle esperienze vissute e quindi del momento dell'audizione, in cui, di fronte a una commissione composta da più soggetti, la persona può avere difficoltà ad aprirsi, a narrare situazioni talmente dolorose che probabilmente tende a rimuoverle per sopravvivere.

In base alla rilevazione effettuata in questi stati, l'UNHCR ha redatto una serie di criticità, che abbiamo molto apprezzato e che intendiamo trasfondere in una direttiva da girare alla commissione nazionale e quindi alle commissioni territoriali, perché il problema del disagio delle singole persone sia tenuto in debito conto nella fase dell'audizione.

Tanto è importante l'aspetto del *background* psicologico, di sofferenza, di vissuto di queste persone che anche all'interno dei nostri centri è stato rimodulato – il collega Tommaso Ricciardi si occupa della gestione dei centri CARA, CDA CIE e dei centri di primo soccorso e assistenza – il capitolato generale di appalto, in cui per la prima volta nella storia del Ministero si è creata la struttura dei servizi non come un elenco, ma studiandone l'architettura sulla base delle esigenze delle persone, a seconda del tipo di centro e della durata della permanenza, perché il fattore tempo gioca moltissimo anche sulla reazione psicofisica delle persone. Tali annotazioni contestualizzano anche tutte le attività di cui parliamo.

CAMILLA ORLANDI, Responsabile Ufficio immigrazione, Area Welfare ANCI.

Rispetto al tema della salute mentale, faccio un rispettoso passo indietro, perché non posso entrare nel merito di un tema così delicato e tecnico. Mi limito quindi a

esprimere solo alcune considerazioni generali, che partono dall'evidenziare e dal valorizzare quello che per noi può essere scontato, ma che non lo è affatto. Questo seminario è un'ulteriore evidenza di quanto sia corretta la scommessa, che ormai possiamo dire di aver vinto, rispetto al sistema di *governance* che abbiamo scelto di darci rispetto alla gestione di un problema così complicato, quello di avere uno stretto collegamento tra i territori, compresi di enti locali e associazioni, e lo Stato centrale, insieme alle organizzazioni internazionali. Questo garantisce un livello qualitativo evidente proprio nell'organizzazione di un momento come questo.

Credo sia evidente quanto sia difficile per chi come gli enti locali come le associazioni sta quotidianamente a contatto diretto con i problemi, con i bisogni del territorio, concedersi il lusso di fermarsi ogni tanto a pensare a quello che si sta facendo e a capire quali sono gli eventuali cambiamenti da imprimere alle rotte che si stanno seguendo. Questa esperienza è quindi fondamentale soprattutto come possibilità di fermarsi a pensare a quello che si fa. In particolare, estendendo dal tema dei richiedenti asilo e dei rifugiati al tema migratorio, che è caratterizzato da cambiamenti che spesso corrono più velocemente di quanto occorra ai servizi per adeguarsi, appare un lusso potersi fermare per capire quanto si sta facendo.

Credo quindi che la presenza dell'ANCI in questa sede possa essere preziosa per valorizzare l'esperienza del sistema di protezione come un laboratorio, nel quale si imparano delle cose, si sistematizzano, si modellizzano, in modo tale da poterle esprimere come buone prassi per temi più generali come quello migratorio.

Mi sembra di avere imparato da quanto prodotto nello SPRAR sul tema della salute mentale che il rischio aggiuntivo presente nei viaggi e quindi la difficoltà in tema di salute mentale riguarda non solo i richiedenti asilo e i rifugiati, ma più in generale i flussi migratori. Si tratta di persone con problematiche molto complesse, a cui i servizi devono rispondere.

In questo momento, possiamo modellizzare acquistando nuove competenze, esperienze e nuovi approcci, che potranno essere un prezioso valore aggiunto quando si dovranno confrontare con problemi simili della popolazione. L'impegno dell'ANCI è quello di far tesoro di quanto emergerà, in modo da valorizzarlo e renderlo prioritario nelle agende che contrattiamo con le istituzioni nazionali e visibile nel nostro lavoro quotidiano con gli enti locali.

L'ufficio immigrazione dell'ANCI oggi si inserisce in un quadro in cui il tema del *Welfare* è maggiormente valorizzato. Siamo quindi in grado di attivare connessioni fondamentali per evitare che i servizi sull'asilo siano monadi rispetto a un sistema più complessivo di servizi ai cittadini stranieri. Possiamo affrontare il tema della salute mentale anche come un discorso più generale di integrazione dei cittadini stranieri nell'ambito dei servizi di *Welfare*. È un ampliamento di visuale doveroso, perché inserisce i servizi nel contesto giusto. Inserire questa tipologia di servizi nell'ambito più generale del *Welfare* rende necessario tener conto dell'attuale esistenza di un tema di sostenibilità anche economica dei servizi che si attivano. Naturalmente, non è questa la sede per approfondire questo tema, ma il bilancio e i costi dei servizi sono il terreno sul quale lavoreremo.

Una ricerca di Cittalia datata settembre 2009 ci racconta come i comuni hanno dovuto rispondere alle difficoltà che la crisi economica ha portato. Il 65 per cento dei comuni italiani ha dovuto ridurre le rette e le tariffe dei servizi alle famiglie con problemi occupazionali. Contemporaneamente, si è rilevata una riduzione delle entrate con un aumento della spesa sociale mediamente dell'8 per cento, che sembra dover arrivare al 20 per cento nel 2010.

Questo significa che dobbiamo raccontare sempre di più e sempre meglio quello che facciamo, e rendere chiaro qual è il valore di investimento delle scelte che facciamo. Il contesto non è facile, ed è necessario tenerne conto nell'affrontare questi temi intendendo valorizzarli nel contesto migratorio più generale.

Le persone che non trovano accoglienza nei nostri servizi non sono persone che scompaiono: rimangono sul territorio e probabilmente vedranno un acuirsi delle problematiche di cui sono portatori, che quindi domani dovranno essere affrontate in una maniera molto più complessa. Il valore dell'investimento è un tema che deve emergere con forza anche da questo seminario, in modo che noi lo possiamo interpretare a raccontare in un momento di tagli generali alla spesa pubblica, alla spesa sanitaria e sociale. Questo è l'impegno che assumiamo come ANCI, ufficio immigrazione area *Welfare* e che porterà all'inizio di una collaborazione, che potrà portarci in un cammino che comincia oggi, ma è lungo e proficuo.

DANIELA DI CAPUA, Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR. Paolo Artini faceva riferimento al valore aggiunto rappresentato dalla possibilità di attuare una sperimentazione con tutti i limiti che questo comporta. Si riferiva ai progetti che ANCI ha finanziato grazie alle risorse *8 per mille* che le sono state assegnate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri (risorse che, tra le tante attività, ci hanno consentito di avviare, anche a livello operativo, la riflessione sulla presa in carico delle persone con disagio mentale, e dunque anche questo seminario). Sono stati previsti molti tipi di interventi – seguendo un ideale percorso dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in Italia, dall’arrivo fino all’inserimento socio-economico - e la progettazione generale è stata condivisa sin dall’inizio proprio con il Ministero dell’Interno e l’UNHCR. Gli interventi sono stati attuati con la collaborazione degli enti locali e di enti di tutela nazionali come ARCI, Caritas, ASGI, CIR, CIES. Gli obiettivi principali di tutta la progettazione *8 per mille* sono il rafforzamento e il completamento del lavoro dello SPRAR, per potenziare le misure messe in atto e raggiungere destinatari ulteriori rispetto a quelli che già sono in accoglienza all’interno del Sistema di protezione.

Uno degli interventi *8 per mille* ha riguardato specificamente l’accoglienza di richiedenti e titolari di protezione con disagio mentale. Come dicevo, non esistono progetti specializzati su questa vulnerabilità all’interno dello SPRAR e i pochi progetti che accolgono persone con un disagio mentale sono progetti che per loro attitudine (in termini di storia e di composizione dell’équipe, e di caratteristiche territoriali), per buona volontà e anche per possibilità di collegamento con servizi socio-sanitari pubblici dotati di esperienza, si sono resi disponibili in questi anni ad accogliere alcune delle persone, segnalate al Servizio centrale.

Questo è stato un intervento sperimentale e importate, ma è stato altresì molto ridotto, assolutamente insufficiente e soprattutto non strutturato in termini di Sistema. Effettuare interventi di tipo emergenziale, per quanto possa parzialmente risolvere il problema nel momento in cui emerge, non è soddisfacente. Tutti noi operatori sappiamo che, partendo dall’emergenza, quindi da situazioni straordinarie, non previste e su cui non si è attrezzati *a priori* - dopo la prima fase in cui la persona deve essere presa in carico, sostenuta, supportata e accompagnata - è indispensabile che l’intervento diventi strutturale e che si possa andare in una direzione di

ordinarietà, nonché garantire sostenibilità e continuità a quelle esperienze che si sono valutate in maniera positiva e che consentono di rafforzare le misure di accoglienza e presa in carico.

Questo è molto difficile nel nostro campo e nel caso specifico del disagio mentale diventa complicatissimo, ma abbiamo avuto l'opportunità di avere dei finanziamenti da utilizzare per sperimentare questa accoglienza. Abbiamo quindi attuato tre progetti specifici di accoglienza: uno a Torino attraverso il Centro Franz Fanon e due a Roma, uno attraverso il CIR, in collaborazione con l'ospedale San Giovanni, e uno con il centro Astalli in collaborazione con il SaMiFo.

In questi tre progetti *8 per mille* abbiamo effettuato una sperimentazione non solo perché si tratta di fondi straordinari e quindi a termine (anche perché, se dovessi definirli in questo senso, anche lo SPRAR è straordinario in quanto ha una programmazione che è stata annuale per molto tempo, adesso è biennale, ma comunque ha un termine e periodicamente deve essere riproposta, riapprovata e rifinanziata), ma proprio perché non potevamo fare riferimento a una esperienza pregressa, strutturata. Ci siamo basati quindi solo sull'incrocio tra l'esigenza dei casi segnalati e l'esperienza dei soggetti cui abbiamo affidato questa attività.

Le tre esperienze di Roma e Torino si sono dunque affiancate ai quei progetti dello SPRAR che, come dicevo poc'anzi, pur non essendo finanziati per l'accoglienza di persone con disagio mentale, né attrezzati specificamente per questo, hanno sempre dato periodicamente la loro disponibilità per venire incontro alle gravissime situazioni segnalate soprattutto dai CARA.

Attualmente il problema più grave è rappresentato dalla fine di questo finanziamento *8 per mille*, che avrà termine il prossimo 30 giugno. Questo comporta un nostro grande impegno per consentire che possano essere portati avanti i percorsi di autonomia delle persone con difficoltà meno gravi o con una maggiore durata del tempo di accoglienza, e – al tempo stesso – per individuare ulteriori soluzioni di accoglienza per coloro che, a causa della fine delle risorse economiche, non potranno continuare a rimanere nel progetto di cui sono attualmente ospiti.

Vorrei, tuttavia precisare, che – malgrado l'attivazione dei progetti *8 per mille* e la disponibilità di alcuni progetti SPRAR – il Sistema di protezione non ha potuto accogliere tutti i richiedenti e titolari di protezione con disagio mentale che

sono stati segnalati al Servizio centrale dai CARA, dalle prefetture, dagli enti locali e dalle associazioni. Per quanto riguarda coloro a cui non abbiamo potuto dare risposta, vorrei segnalare che da una parte si tratta di un numero non definitivo e sicuramente in difetto, perché non siamo in grado di rilevare quali persone in altre o nelle medesime strutture da cui ci vengono segnalate avrebbero bisogno di una tutela particolare, di una presa in carico specifica, perché non emergono rispetto alla massa, al gruppo anche per inesperienza dell'operatore, in quanto non creano problemi e non manifestano in maniera evidente la loro vulnerabilità.

Il numero non è quindi definito perché a noi vengono segnalati i casi più gravi o più eclatanti, e non sempre un caso più eclatante coincide necessariamente con una maggiore gravità.

Possiamo indicare che sono state 31 persone alle quali nell'ultimo anno non abbiamo potuto dare un riscontro di accoglienza: è un numero per noi enorme e comunque stimato in difetto, per le ragioni sopra dette. E' un numero enorme, dicevo, però mi sembra doveroso sottolineare che se anche non si riuscisse ad accogliere una sola persona con disagio mentale sarebbe altrettanto grave, perché si tratta di persone che sono nelle condizioni di vulnerabilità che è comunque propria di tutti i richiedenti asilo e a questa condizione sommano altre vulnerabilità riconducibili alla salute mentale. L'impossibilità di trovare un posto all'interno dello SPRAR, il restare isolate e in posizioni di fragilità sociale non faranno altro che aggravare il loro svantaggio e le condizioni di salute. Nel lasso di tempo che intercorre da quando la criticità emerge e la persona ci viene segnalata, fino a quando troviamo faticosamente e disperatamente una soluzione anche temporanea, le persone non fanno che aggravare la loro condizione di sofferenza.

A nome di tutto il Servizio centrale posso, dunque, dirvi che per noi questo seminario è fondamentale, perché lo consideriamo un passaggio importante di confronto che sicuramente ci porterà a rafforzare l'accoglienza dello SPRAR.

MASSIMO GERMANI, *Centro per il trattamento delle patologie post-traumatiche e da stress, Azienda ospedaliera S. Giovanni Addolorata di Roma.*
Buongiorno a tutti. Ringrazio lo SPRAR, Daniela Di Capua e tutta l'*équipe* del Servizio centrale per l'organizzazione di questo incontro che, come evidenziato da

Paolo Artini, era atteso da tempo e finalmente si realizza.

Mi fa piacere vederci finalmente a un tavolo insieme e saluto cordialmente Giancarlo Santone, Natale Losi, Carlo Bracci. Aspettavo anche Roberto Beneduce – che non potrà intervenire oggi – con cui ci rincorriamo da tempo per organizzare un incontro, ma anche questa opportunità è sfuggita. Saluto anche il dottor Aldo Morrone, con cui spero di aver modo di confrontarmi.

Ritengo opportuno sottolineare come dietro ognuno dei centri che noi rappresentiamo vi siano persone che lavorano e che si impegnano giornalmente con qualificazione professionale, che crescono e potranno essere forze nuove per un campo in espansione, perché oggi lavorare in questo ambito è un privilegio. Di solito si afferma che lavorare in questo campo è difficile, pesante, porta alla traumatizzazione vicaria ed è vero, ma è anche un privilegio, perché è uno dei pochi ambiti che in Italia si muove.

In questi dieci anni, almeno da quando al San Giovanni abbiamo avviato questa esperienza del *Centro per lo studio e il trattamento delle patologie post traumatiche da stress*, in cui ci siamo occupati da sempre esclusivamente di vittime di tortura e trauma estremo, scelta fedelmente rinnovata, le cose sono molto cambiate. È un settore in cui i passi avanti si toccano, ogni anno si strutturano procedure, si effettuano grandi passi avanti. In questo sono d'accordo con Daniela Di Capua, e ringrazio molto per le parole puntuali e precise, che non sempre vengono dalle istituzioni, della dottoressa Sarti. Anche questo è un punto importante, perché abbiamo un interlocutore istituzionale che nella maggior parte dei casi è veramente entusiasta, competente e puntuale nel rapportarsi con chi opera. Chi ha a che fare con le istituzioni sa che questo è molto raro in Italia. Tutti questi fattori mi inducono a ritenere che lavorare in questo ambito sia un privilegio.

La mia relazione non sarà centrata sulle criticità e sui punti di forza di un eventuale intervento sul disagio mentale da parte del Servizio centrale. Ne parlerò nell'ultima parte dell'intervento, ma mi riservo di approfondire in tema in seguito agli stimoli che ci darete.

Non ne parlerò perché credo che l'importanza di questo momento – sottolineata da tutti a questo tavolo – in cui c'è un'apertura, ci sono interesse e fondi che si possono finalmente impegnare in un campo così delicato, richieda una

riflessione che sostenga la ricerca di soluzioni efficaci. Per essere tali, devono basarsi su un'analisi profonda e accurata del fenomeno. Come evidenziato da Paolo Artini, le vittime di torture e il disagio mentale esistevano anche prima, ma è un fenomeno in emersione: siamo noi che ci stiamo mettendo sempre più gli occhiali giusti per mettere a fuoco un fenomeno che ci passava davanti fino a quando non ci creava problemi.

La prima parte del mio intervento vorrà quindi focalizzare le dimensioni del fenomeno e cercare di capire cosa abbiamo davanti, perché il disagio mentale ha il vantaggio di essere un fenomeno unitario. Il sottotitolo del mio intervento è *Dal trauma dell'esilio al trauma catastrofico*, perché è un fenomeno unitario: chiunque è costretto all'esilio è un traumatizzato, quindi ci troviamo davanti a persone che hanno un carico di sofferenza elevatissimo. Questo deve fare da sfondo ed è in questa accezione che dobbiamo utilizzare il termine «disagio mentale» perché in questo senso garantisce uno sfondo unitario, un *continuum* privo di separazioni, giacché la realtà è complessa e continua.

Dobbiamo però avere la capacità sia di guardare da lontano per cogliere l'unicità e la continuità di un fenomeno unitario, sia di avvicinarci per cogliere le differenziazioni, per discriminare all'interno di questo fenomeno unitario alcuni gruppi di persone che sono portatori di particolarità, che spesso si traducono in particolarità patologiche, richiedendo interventi, trattamenti e qualificazioni professionali diverse.

Credo che partendo da una riflessione su questi temi si possa cominciare a dibattere sulle eventuali soluzioni, forme e procedure di un sistema che si apre anche al riconoscimento di categorie con forme psicopatologiche più gravi.

Partiamo da una questione terminologica, che sembra arida, ma personalmente ritengo che i termini abbiano svantaggi e vantaggi. Lo svantaggio è che quando si cerca di dare un nome alle cose sorgono i partiti a favore o contro. Intorno ai termini le società scientifiche hanno dibattuto per anni, a cominciare dalle società psicoanalitica, quelle psichiatriche e quelle mediche. È sempre rischioso dare un nome alle cose, perché c'è sempre qualcuno che ne propone un altro. Credo che il vantaggio sia invece quello di cercare di definire e di intendersi tra addetti ai lavori.

In questi dieci anni, il termine «vulnerabilità» è stato usato per tutto: erano

vulnerabili i richiedenti asilo, le vittime di tortura, le donne in gravidanza. Giunge quindi un momento in cui è necessario decidere una terminologia comune, che deve essere non la terminologia perfetta, ma quella sufficientemente adeguata, su cui emerge un accordo comune. Se si vuole trovare una terminologia che metta d'accordo tutti, di solito si rimane con una terminologia vaga, come accade anche nelle grandi società di scuole mediche e psicoanalitiche, in cui per decenni si continuano a usare termini diversi senza potersi capire.

Desidero partire da una proposta non mia, che esprime la tendenza diffusasi soprattutto in questi anni ultimi ad associare gruppi di richiedenti asilo a certe parole. La «vulnerabilità» presa dal vocabolario Treccani ci dice che «vulnerabile è colui che può essere ferito, leso, danneggiato; è una persona fragile con una particolare disposizione ad essere danneggiato, colpito o ad ammalarsi». Evidentemente, tutti i richiedenti asilo hanno questa vulnerabilità potenziale. Naturalmente, il trauma non è di per sé sempre patogeno, laddove solo alcuni traumi su alcune persone costituiscono un fattore oggettivo e soggettivo che si associano e danno un seguito all'evento traumatico. Non tutti i traumi sono patogeni, ma i richiedenti asilo in quanto esiliati, al di là delle storie specifiche, sono potenzialmente vulnerabili. Abbiamo quindi un primo, grande insieme in cui troviamo i potenzialmente vulnerabili.

All'interno di questo grande insieme, che possiamo immaginare come il CARA di Bari con 500/600 persone, abbastanza moderno e nuovo, possiamo presumere che almeno 150 persone abbiano vissuto esperienze di traumi estremi, quali tortura, stupro, violenze, e quindi abbiano un portato di sofferenza ancora maggiore.

Per quanto riguarda le vittime di tortura, numerosi studi internazionali concordano su una percentuale tra il 20 e il 30 per cento di tutti i rifugiati. Alcuni vulnerabili sono portatori di situazione particolari. Di solito, sono considerati vulnerabili gli anziani, i disabili, le donne in gravidanza e i minori soprattutto se non accompagnati. All'interno dell'insieme dei richiedenti asilo potenzialmente vulnerabili individuiamo un gruppo di sicuramente vulnerabili. Abbiamo detto che all'interno di questo gruppo di richiedenti asilo potenzialmente vulnerabili una percentuale tra il 20 e il 30 per cento è rappresentata da quelli ad alta vulnerabilità,

in quanto più vulnerabili degli altri.

L'alta vulnerabilità è tra il 20 e il 30 per cento. Nella maggior parte dei casi si tratta di richiedenti asilo sopravvissuti a tortura, stupro e violenze estreme. Si rileva la presenza quasi costante di disturbi psicopatologici di grado lieve e moderato, in alcuni casi c'è la possibilità di sintomi o disturbi latenti o subclinici, per cui apparentemente non soffrono, non lamentano nulla, ma sono portatori e naturalmente ancora più insidiosi e, in situazione non facili come quelli di un CARA, della sospensione rispetto al proprio futuro e alla decisione delle commissioni, delle lungaggini burocratiche, sono pronti a emergere. Una caratteristica del gruppo di altamente vulnerabili è quella di tendere al peggioramento o alla cronicizzazione dei disturbi in assenza di un adeguato trattamento.

Abbiamo da poco concluso una ricerca condotta nel nostro centro insieme al Consiglio italiano per i rifugiati per approfondire gli aspetti psicopatologici nelle vittime di tortura. Tale ricerca prevedeva anche un *follow up* a un anno, per cui abbiamo constatato un peggioramento negli utenti che non avevano avuto un trattamento adeguato prima di essere presi in carico da noi. Questo non succede per tutte le malattie o per tutti i disturbi psicopatologici. A volte, con il tempo si tende a un graduale miglioramento, se i contesti sono diversi.

In un contesto come quello dei richiedenti asilo, se non c'è una presa in carico medico-psicologica e sociale adeguata, la tendenza al peggioramento e alla cronicizzazione è la norma. Questo ci deve far riflettere sull'importanza non solo della fotografia che possiamo fare al gruppo degli altamente vulnerabili, ma anche del filmato che dobbiamo realizzare nei mesi, perché la situazione di ciascuna di queste persone tenderà ad aggravarsi, se non si attueranno misure efficaci e adeguate.

Per la natura dei disturbi che presentano, queste persone hanno un'estrema difficoltà nel processo integrativo, nel processo verso l'autonomia. Questo significa che la fase di uscita dal sistema di protezione diventa stretta, per cui entrano ma non escono. Questo mi sembra fondamentale non solo dal punto di vista umano, per le persone che rimangono o peggiorano il loro stato, ma anche dal punto di vista delle ricadute economiche sulla funzionalità del sistema: i posti letto che non si liberano, i

centri in cui il periodo di sei mesi deve essere rinnovato.

Questo ha già una sua complessità, che però non si limita a questo. All'interno del gruppo ad alta vulnerabilità, l'esperienza di chi si occupa in modo specifico di vittime di tortura dimostra che circa l'8-10 per cento diciamo (poco meno di 1 su 10) presenta ulteriori caratteristiche, che evidentemente sono in continuità con quelle dell'alta vulnerabilità, ma li rende «altamente vulnerabili ad alto rischio».

È importante definirli perché sono quelle persone a cui si riferiva Daniela Di Capua: litigano con tutti, rompono i vetri, minacciano di suicidarsi, dormono sotto il letto, non vogliono nessuno in camera o si chiudono in camera rifiutandosi di mangiare e dimagrendo vistosamente. Sono situazioni emergenti, perché non sempre si tratta di emergenza reale, laddove spesso diventano emergenze a causa di contesti non adeguati al problema.

Quando vengono portati in situazioni adeguate, dove ci sono le risposte giuste da un punto di vista sia medico-psicologico che sociale di *holding*, le situazioni in poco tempo cambiano e per fortuna il più delle volte le situazioni di emergenza diventano più ordinarie. Talvolta, l'emergenza con cui vengono segnalate dopo dieci giorni di permanenza nel centro pilota a cui faceva riferimento Daniela Di Capua qui a Roma si è abbassata di livello, permettendo un lavoro di altro tipo.

È quindi importante identificare all'interno della categoria degli altamente vulnerabili la categoria ad alto rischio. C'è una continuità, ma c'è anche una differenza. Anche loro sono sopravvissuti a stupri, torture e violenze estreme, ma spesso – su questo non esistono statistiche neppure a livello internazionale – si può ipotizzare un peggioramento delle persone, anche se è difficile averne la certezza, perché per quanto riguarda un paziente italiano possiamo confrontarci con i parenti e gli amici, mentre in questi casi non abbiamo queste notizie. A volte, quindi, ci possono essere dei trascorsi, situazioni preesistenti o subcliniche slatentizzate con l'esilio, con altri traumi, con la tortura o disordini psicologici precedenti.

Sono sempre quadri psicopatologici conclamati e di grado medio-severo, non hanno una tendenza al peggioramento o alla cronicizzazione, ma vanno sempre in rapida progressione in senso peggiorativo, se non si mettono in atto trattamenti adeguati. In questi casi, c'è una impossibilità ad accedere ed evolvere nel processo

integrativo e nel percorso verso l'autonomia. Queste persone devono essere trattate adeguatamente non solo dal punto di vista medico, psicologico, farmacologico ma anche attraverso un supporto qualificato sociale, molto vicino, che chiamiamo *holding* psicosociale di prossimità che gli sta sempre vicino senza soffocarlo, così come un supporto legale più forte e misure specifiche, quali corsi di italiano pensati *ad hoc* per persone con problematiche del genere, introduzione nel mondo del lavoro o borse lavoro *ad hoc*, con tipologie di tirocinio di tipo particolare per introdurli in vivai o fattorie, a fare lavori semplici ma con una manualità non pesante, che può aiutare il recupero.

Per ricapitolare, abbiamo i richiedenti asilo potenzialmente vulnerabili, al loro interno ci sono le categorie vulnerabili classiche (stato di gravidanza, anziani, minori non accompagnati, disabili), gli altamente vulnerabili, che ci interessano in questa sede. Una parte degli altamente vulnerabili presenta un alto rischio, per cui necessita di misure specifiche.

Stiamo parlando di alta vulnerabilità, di quadri psicopatologici, ma ci chiediamo quante delle persone che hanno subito tortura abbiano quadri psicopatologici e quante di quelle che non l'hanno subito abbiano quadri psicopatologici. Esistono vari studi, i numeri non sono sempre riproponibili, perché sono popolazioni diverse, le distanze dal trauma o dalla tortura sono diverse, si tratta di studi in cui la distanza è di 4, 5 o 6 anni o di studi fatti sei mesi dopo sul campo. È necessario quindi cogliere le linee generali.

Anche gli studi più recenti si sono occupati solo di PTSD e depressione in linea di massima, alcuni di crisi di panico o di disturbi psicosomatici, ma già oggi sono vecchi e insoddisfacenti, perché oggi sappiamo che le patologie da trauma estremo, quindi anche conseguenti a tortura, stupro e violenze estreme, possono solo in parte avere a che fare con il PTSD. Sicuramente, la depressione è un momento psicopatologico molto importante in questi pazienti, ma nei centri che si occupano specificatamente di queste cose da 6-8 anni il disturbo specifico delle patologie da trauma estremo è stato identificato come dissociazione post-traumatica. Questo è il disturbo chiave dei disturbi da trauma estremo, che li differenzia da patologie post-traumatiche quali ad esempio il PTSD, che è più famoso.

A livello internazionale, però, gli studi sono fatti ancora su quello, quindi

escono già vecchi, testimoniando quanto il cambiamento sia veloce in questo campo per le acquisizioni cliniche e di ricerca. Non mi soffermo sui dati, ma sono numeri molto alti. Alcuni studi evidenziano la differenza tra il PTSD dei non torturati e quello dei torturati, la depressione è addirittura molto più alta: dal 10 si passa al 63 cento di PTSD nei torturati e la depressione è almeno triplicata. Alcuni studi sono fatti sulla popolazione generale dei rifugiati, senza il *versus* torturati, ma i dati sono comunque alti.

Concentratevi solamente sull'ultimo studio uscito nel 2009, che è uno studio veramente importante pubblicato da una prestigiosa rivista internazionale, una metanalisi sui risultati di tutti gli studi più importanti e seri, ovvero di 161 studi, 81.800 pazienti, tutti rifugiati richiedenti asilo. Hanno elaborato statisticamente i dati, di cui riporto un concentrato, da cui si evince che il PTSD è presente nel 39 per cento, e nel 53 per cento dei torturati, oltre il doppio per quanto riguarda la depressione.

Ho portato in anteprima anche i risultati preliminari di una ricerca che si è conclusa, il progetto *VI.TO. Kairos* che ha preso il via nel 2004 insieme al Consiglio per i rifugiati. Si tratta di un progetto vasto, che si pone come obiettivo sia l'assistenza, la cura e la ricerca in favore dei rifugiati sopravvissuti a tortura, sia la formazione del personale che opera in questo campo. Destinatari sono esclusivamente rifugiati sopravvissuti a tortura.

Fino ad ora, nel progetto *VI.TO. Kairos* sono stati presi in esame oltre 800 vittime di tortura. Le donne sono il 27 per cento, gli uomini il 73. La ricerca clinica mira allo studio delle conseguenze psicopatologiche della tortura e delle esperienze traumatiche estreme.

Avremmo potuto realizzare uno studio che come tanti privilegiasse il numero e adesso avremmo uno studio unico al mondo, con 800 pazienti, facendo un'inclusione omnicomprensiva. Naturalmente, abbiamo seguito tutte le 800 persone, effettuato rilevazioni, diagnosi, ma per privilegiare il criterio qualitativo della nostra ricerca, abbiamo deciso di stringere il campo, di adottare un criterio di inclusione stretto, prendendo in esame solo quelli che hanno avuto torture e traumi estremi da non più di un anno. In questo modo si può avere una finestra privilegiata su ciò che veramente può incidere su queste persone, perché, quando il trauma è

molto lontano, si stratificano numerose situazioni successive, che rendono difficile valutare il dato.

La nostra ricerca ha quindi preso in esame solo 136 soggetti su 800, numero comunque molto alto, se confrontato a ricerche di altri Paesi, nei quali, anche se probabilmente ce ne sarà qualcuna in corso, per ora non esistono ricerche riguardanti questi numeri e con una selezione così stretta.

Abbiamo valutato la memoria autobiografica, che è uno dei principali danni dei traumi estremi: i danni a livello della memoria a proposito della possibilità di narrare con coerenza la propria storia alla commissione, di essere coerenti, di non sembrare bugiardi. Qui c'è un danno della memoria a livello neuroanatomico e neurobiologico. Oltre il 70 per cento di non normali e *borderline* ha un danno della memoria autobiografica. Il PTSD, che fino a qualche anno fa, sembrava il prototipo delle conseguenze dei traumi della tortura, non è quello più presente o specifico, per cui il 59,1 per cento ha un PTSD diagnosticabile.

La depressione è un fenomeno spesso sottostimato, perché viene messo in ombra da altri sintomi più eclatanti e facilmente comunicabili dai pazienti: la crisi di panico, l'insonnia, i *flash back*, i dolori somatici, i mal di testa. I sintomi depressivi sono difficilmente comunicabili e spesso, sia per vergogna che per scarsa consapevolezza del paziente, non vengono comunicati. Spesso, anche il medico non esperto in questo campo inizialmente non li vede, perché sono coperti da altri sintomi. Questo è molto importante perché, se non si trattano efficacemente sin dall'inizio, la depressione mette a repentaglio il risultato di tutti i nostri sforzi. Spesso, infatti, emergono a distanza con ricadute improvvise e inaspettate. Si rileva una depressione severa in oltre il 51 per cento dei casi e una depressione «da trattare» in quasi il 90 per cento dei casi.

Infine, ma non ultimo perché rappresenta oggi il disturbo più specifico nei sintomi da trauma estremo, il disordine dissociativo con una presenza del 47 per cento di esperienze dissociative di alto grado, per cui, considerando dati di esperienze dissociative anche di medio grado, la percentuale sarebbe stata ancora più alta. Dalla nostra ricerca emerge inoltre che queste persone hanno una comorbidità, ovvero l'associazione di più quadri psicopatologici tra loro. Non è un'eccezione, bensì la regola: depressione PTSD e dissociazione sono presenti nel 36 per cento,

depressione e PTSD nel 22. In questi ultimi anni, questo ha portato a una revisione della nosologia in questo campo e all'individuazione di una nuova sindrome denominata sindrome o disturbo da stress estremo o complex PTSD.

Nella bozza del DSM-V, che è il libro guida internazionale sui disturbi psichiatrici e che uscirà nel 2013, è prevista questa nuova categoria del disturbo da stress estremo, che corrisponde a una realtà clinica che si è potuta osservare – parlavo prima di occhiali giusti che gradualmente si indossano – nei centri che si occupano solo di patologie da trauma estremo. Si è notato infatti come alcune patologie associate determinino un quadro unico.

È importante cogliere come, se la tortura, i traumi estremi e la violenza sono le stigmate che stanno dietro a certi quadri con tale frequenza, non possiamo trascurare la complessità del quadro. Anche fattori pretraumatici e postraumatici intervengono infatti nel risultato finale, nel quadro che poi osserviamo non nei richiedenti asilo, ma in Hassan, in Mohammed, in Misha. In ciascun paziente troviamo un certo quadro, una certa sofferenza, certi sintomi e disturbi, che sono la sommatoria complessa di fattori preesistenti (culturali, sociali, traumi pregressi, stili di attaccamento, struttura di personalità) e anche di fattori postraumatici, che dovrebbero rientrare cercando di correggere quelli più deleteri.

Tornando indietro con lo zoom, non più focalizzando, ma guardando le cose da lontano, se il Sistema di protezione e accoglienza deve occuparsi dei richiedenti asilo altamente vulnerabili, è necessaria una profonda attenzione a tutte le fasi, a partire dalla fase di entrata con un'identificazione accurata secondo certe linee guida e una precoce individuazione delle vulnerabilità. Il trattamento ritardato provoca infatti danni e determina un'alterazione del sistema.

La fase intermedia della presa in carico sembrerebbe la più importante, ma senza una cura nella fase di entrata e nella fase di uscita anche la più accurata presa in carico può essere insufficiente. È inoltre necessaria un'accurata preparazione della fase d'uscita, perché, come abbiamo constatato anche nel nostro progetto pilota qui a Roma, spesso rappresenta un punto critico, forse il più difficile.

Laddove vi sia un'individuazione precoce affidabile, una presa in carico adeguata, l'integrazione e l'autonomia, si può raggiungere la fase dell'uscita. Laddove invece l'individuazione sia tardiva o mancata – talvolta in fase di

commissione mi telefonano per informarmi che è emerso che una certa persona ha subito traumi –, la presa in carico non è adeguata, si verifica la mancata integrazione e il blocco del percorso verso l'autonomia, che vorremmo evitare. Grazie a tutti per l'ascolto.

NATALE LOSI, *Direttore della Scuola Etno-Sistemico-Narrativa di Roma.*

Ringrazio innanzitutto i colleghi del Servizio centrale dello SPRAR che, con il supporto del Ministero dell'Interno, hanno organizzato questa interessante conferenza. Colgo l'occasione di questo invito per condividere alcune considerazioni sugli aspetti metodologici che hanno caratterizzato l'impostazione del mio lavoro in questi ultimi anni. Come molti di voi sapranno, il mio lavoro sui temi di cui discutiamo oggi, si è svolto per anni come direttore dell'Unità Psicosociale dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) ed ora come Direttore della *Scuola di Psicoterapia Etno-Sistemico-Narrativa* di Roma. In entrambe queste vesti ho avuto frequentemente modo di collaborare con Centri SPRAR e con il Servizio centrale, soprattutto attraverso attività di formazione e di ricerca azione.

Per condividere con voi le considerazioni e le riflessioni provenienti dalle esperienze appena accennate e da quelle svolte in numerosi altri paesi, soprattutto colpiti in questi ultimi anni dalle guerre, utilizzerò anche i contributi di alcuni autori che mi sembrano appropriati per esemplificare la metodologia, potremmo dire "della complessità", che ha caratterizzato il mio/nostro lavoro e la metodologia proposta nei corsi di formazione della mia Scuola.

Inizierò da una citazione da un libro di Tiziano Terzani, "In Oriente":

"Chiaramente si vorrebbe imparare la lingua per avere accesso alla mentalità della gente. Il primo incontro col mio maestro è andato così: "Conosce qualche proverbio giapponese?" Mi chiede. "No." "Allora incominci a imparare questo: se tira vento i fabbricanti di tini di legno diventano ricchi." "È perché?" "Semplice", dice lui. "Il vento sollevava polvere, la polvere acceca, i ciechi per guadagnarsi da vivere suonano strumenti a corda, le corde sono fatte di budella dei gatti, quanti più gatti vengono ammazzati tanti più topi scorrazzano per la città, i topi fanno buchi nei tini di legno, più tini di legno devono essere rifatti più i loro fabbricanti diventano ricchi. Logico, non le pare? Questa è anche la logica della lingua giapponese."

Bene, noi abbiamo cercato, attraverso i nostri interventi, di usare la "logica della lingua giapponese".

Vorrei mostrarvi ora un altro esempio. Si tratta di un breve video, di circa 3 minuti, estratto dalla Conferenza "Guerir la Guerre" organizzata dall'Unità Psicosociale dell'OIM nel Dicembre 2007 a Ginevra. Si tratta dell'intervento di Vincent Sazibera, un collega Ruandese. Vi leggerò la sintesi in italiano mentre scorre il video, che è in francese.

Il titolo del progetto, sviluppato dopo il genocidio in Rwanda, suona in lingua Zulu: "Zi Nom Landu", che significa: "Anche noi abbiamo una storia".

Parole chiave: Memory Box, We have a dream, The Hero Book: identificarsi non solo al trauma, ma anche ad altri valori positivi.

"... questi bambini avevano un sogno, nel senso che i bambini dovevano costruire una scatola che chiamiamo memory box che riguarda i ricordi belli non sono negativi ma anche positivi nel passato. Per esempio: chi era mio padre chi era mia madre ecc.. Si identificano così anche ai loro genitori non solo per la sofferenza ma anche nella parte positiva della loro vita. È importante capire il ruolo che gioca la mancanza di una memoria autobiografica nelle turbe psicologico-psichiatriche. In questa memory box, c'è, e qui è importante riprendere quello che ha già detto qualcuno, il libro dell'eroe. In questa memory box si possono mettere tutte le memorie, non solo quelle negative, ma anche quelle positive che riguardano il bambino. In questo modo il bambino si identifica al trauma ma anche ad altre cose, in breve l'intervento psicosociale promuove delle attività sostenibili, che non si limitano agli aspetti biomedici dell'intervento psichiatrico.

Gli interventi psicosociali devono considerare la specificità delle risorse e della cultura locale.

Cosa vuol dire ad esempio, a livello locale, in Rwanda, "gaciacia"? Vuol dire ritornare a vedere le ossa interrate, i corpi interrati, i vicini che vengono a farti visita e a chiederti come stai? E questa parte connessa con la cultura locale dell'intervento psicosociale ha un effetto incredibilmente efficace, che va al di là di quella che è l'importanza centrale dello schelter, del cibo, dell'acqua potabile, che però devono essere considerati anche nel loro effetto psicologico. Mentre invece il PTSD, come entità puramente psichiatrica, produce e conduce alla vulnerabilità".

Per riassumere alcuni elementi chiave delle teorie e dell'epistemologia sottesa ai nostri interventi, e in particolare a quelli caratterizzati dal lavoro con persone provenienti da altre culture e da esperienze di vita drammatiche, vorrei riportarvi ora alcuni brani significativi della seguente intervista.

“La mente dell'uomo è piccola, quella del mondo è molto più grande”. Questo è il titolo di un'intervista rilasciata da Gregory Bateson un anno circa prima di morire esattamente il 4 aprile del 1979 alla rivista “Psychologie”. Come immagino saprete Gregory Bateson è stato uno degli intellettuali che più profondamente hanno influenzato molti campi del sapere del novecento e del XXI secolo. Vi riporterò alcuni stralci che mi sembrano estremamente pertinenti con il dibattito odierno.

Intervistatore. Quali sono le tappe fondamentali nello sviluppo della sua riflessione?

Bateson. Uno spirito orientato verso i modelli è uno dei fattori fondamentali che permettono al vento dell'ispirazione di soffiare sulla mente. I lavori di mio padre mi hanno aiutato a uscire dalle false piste su cui mi ero avviato all'inizio. Ho cominciato a pensare che le idee fuori moda sull'epistemologia - in particolare quella umana - erano il riflesso di una fisica desueta e impropria. Queste teorie umane fondate in realtà sulla più animale, la più inadatta e la più lunatica delle psicologie, rendono improbabili le premesse su cui si potrebbe tentare di rispondere all'interrogativo: “cos'è l'uomo?” È l'epistemologia la colpevole. È questa ristrettezza di vedute che ci impedisce di scorgere il modello che collega le cose. Vale a dire, un metamodello; un modello dei modelli. Per la maggior parte del tempo noi non arriviamo a scorgerlo. Fatta eccezione per la musica, siamo stati abituati a considerare i modelli come cose statiche. Il metodo corretto per iniziare a riflettere sul “modello di relazione” è di concepirlo come una danza di parti in interazione.

Intervistatore. Noi ci interessiamo al modo in cui gli individui strutturano le interazioni, le credenze, le attitudini, i ruoli...

Bateson. Sì, ma gli studiosi comportamentali hanno l'abitudine di cercare delle quantità, e così non colgono i fattori realmente importanti. Ciò porta, per esempio, a una sorta di comprensione sterile del fenomeno sociale, che io chiamo “*conoscenza soporifera*”. Ho preso questo termine da Molière. Alla fine del suo “Borghese gentiluomo”, c'è una scena nel corso della quale dei medici medievali passano un

esame orale di dottorato a un candidato. Gli domandano: “Perché l'oppio fa dormire?”. E il candidato risponde trionfalmente: “Ciò deriva, illustri signori, dal fatto che contiene un principio soporifero”. Applaudono tutti, e dicono che la risposta è proprio buona. Così, lei può constatare che un gran numero di spiegazioni offerte dalla psicologia sono di questo tipo. L'aggressione è spiegata con una “istinto aggressivo”. E via di seguito. Questo tipo di spiegazione suppone che la causa di un comportamento è una parola astratta derivata dal nome di quel comportamento stesso.

Intervistatore. Qual è allora l'alternativa?

Bateson. Ebbene, l'alternativa all'oppio è considerare le relazioni tra l'oppio e il paziente, e cercarne un metodo di indagine.... Lì si trova la risposta: nella relazione. Supponiamo due persone, A e B, in relazione. Alcuni psicologi esaminano A e dicono che gioca un ruolo dipendente, mentre B assume un ruolo dominante. Visto così, un ruolo è soltanto una metà della relazione, di cui la seconda metà è assunta dall'altro. Tutte le tipologie sono ingannatrici, non sono altro che elenchi di parti. Il linguaggio descrittivo della psicologia utilizza parole quali “gioco”, “crimine”. Queste ... sono parole che indicano modi di organizzare un comportamento. Sono modelli di organizzazione e i frammenti di questi modelli non sono dei modelli. Ogni volta che una tipologia degli individui prende piede, bisogna fare lo sforzo di interrogarsi sui processi sociali e i contesti di educazione che determinano o spiegano questa stessa tipologia. Il problema tra gli psichiatri è che essi hanno perduto il contatto con i fondamenti dell'epistemologia.

Intervistatore. Vuol dire che gli psichiatri fanno delle supposizioni sugli individui non basate sulla realtà?

Bateson. Sono abituati a un modello falso, derivato dalle scienze dell'800. L'entità clinica è vista come una certa cosa (“soporifera”), che risiederebbe all'interno del paziente. Ciò che non vogliono vedere è che dare un nome a questa “cosa” non è sufficiente per conoscerla. *La mappa non è il territorio.*

Intervistatore. Che differenza fa rispetto alla terapia?

Bateson. Il terapeuta dice implicitamente al malato: “Lei deve controllare la sua aggressività”. Che è efficace più o meno quanto chiedere ad un alcolista di controllare il suo alcolismo. Ciò conduce solo a una grande sofferenza, a un aggravamento della situazione: causata però dal medico, non già dalla malattia. La

sofferenza è un prodotto inevitabile dell'azione guidata dall'ignoranza. Guardiamo la storia della psichiatria: l'insulina, la lobotomia, l'elettroshock, la ferocia del disprezzo popolare hanno contribuito a quell'aumento della sofferenza umana che va sotto il nome di schizofrenia.

Ecco perché penso che dobbiamo costruire interventi psicosociali e psichiatrie che siano etno-sistemico-narrativi. In altri termini, che siano impostati coerentemente con lo studio transculturale dei disturbi psichici e della relativa clinica. Ovvero come corpus di conoscenze e pratiche che prendano in considerazione e intervengano su quattro domini:

La distinzione tra normalità e anormalità, tra ordine e disordine psichico: “poiché ammesso che sia vero che determinate malattie psichiche sono universalmente tali è anche vero che vi è un diverso modellamento culturale dell'anormale e che i quadri di una psichiatria europeo-centrica non sono puntualmente applicabili a tutte le culture” (de Martino).

L'allargamento della gamma dei disturbi psichici, in cui vanno compresi i disturbi specificamente “etnici”.

Il riconoscimento non occasionale dell'efficacia simbolica delle pratiche terapeutiche tradizionali, problema quest'ultimo studiato in antropologia culturale sin dai tempi di Lévy-Strauss e ancor prima di Lévy-Brul, ma destinato alla sub-cultura del “folclorico” nel nostro paese.

La rivisitazione di quest'ultimo punto a partire dalle teorie relazionali-sistemiche.

A questi punti va aggiunta una prospettiva antropologica che studi la cultura in relazione a tre principali assi, o caratteristiche:

Le rappresentazioni della realtà;

I valori;

Gli schemi di comportamento.

Io ho l'impressione che molti psichiatri europeo-centrici definiscano normalità e patologia in rapporto ai soli schemi di comportamento. In altri termini non prendono in considerazione le diverse rappresentazioni della realtà che possono essere appropriate per soggetti appartenenti a culture altre, così come non prendono in considerazione i valori che i soggetti membri di queste altre culture esprimono. Così

facendo spesso confondono comportamenti "altri" con sintomi di condizioni anomale e patologiche.

Il superamento di queste lacune potrebbe costituire una strada innovativa e promettente nel nostro lavoro, e non solo con le persone appartenenti a culture "altre". Ritengo però che l'operatore psicosociale e/o il terapeuta interessati a questa prospettiva necessitino di essere accompagnati in un processo di formazione che li sostenga nell'esperienza del rischiare le proprie certezze alla ricerca di un nuovo modo, una nuova posizione, nell'esercizio del proprio ruolo. E, almeno nella nostra cultura, quale figura, se non Ulisse, può rappresentare un modello di riferimento? Cercherò di concludere discutendo alcune caratteristiche "terapeutiche" che l'insegnamento di Ulisse ci offre. Credo che il terapeuta, come Ulisse, debba imparare ad affrontare la complessità della sua esperienza facendo propri tre strumenti strategici dell'agire, dell'essere nel mondo, di Odisseo: *la menzogna, l'astuzia, il vagabondare*.

Il lettore attento potrà trovare in questi riferimenti alcune chiavi di comprensione della posizione del terapeuta o dell'etnoterapeuta che dir si voglia.

Mentire significa assumersi la responsabilità di "accettare" di riconoscere la distanza che intercorre tra "apparenza" e "realtà", uscendo dall'ingenuità di quanti credono che le cose siano ciò che appaiono. Ulisse è il primo a utilizzare la doppia coscienza per cui, chi mente sapendo di mentire, si posiziona ad un grado più alto di veridicità, perché abbandona l'ingenuità per abitare la complessità dei due livelli: la realtà e la sua maschera (Losi, Schellenbaum, 2003). Non più verità assolute, ma probabilità plausibili. In questa prospettiva dunque, la *menzogna* è la radice dell'intelligenza. Per mentire dobbiamo metterci nei panni dell'altro, interpretando le sue attese, studiando i suoi comportamenti ed evitando di rendere troppo chiari i propri.

L'astuzia di Ulisse è la "phronesis" che non è sinonimo di furbizia, ma di saggezza, in altri termini della capacità di trovare di volta in volta il punto di equilibrio tra forze contrastanti. Corollario *dell'astuzia* è la *prudenza*, in quanto, trovandoci a decidere senza verità precostituite, dobbiamo anticipare gli eventi senza certezza per produrre risultati deducibili attraverso principi immutabili. In terapia non abbiamo a che fare con ciò che accade sempre, con risultati certi, come nella

matematica, ma con ciò che accade “per lo più”, con ciò che compare di volta in volta, in modo imprevisto. La *phronesis* è una sorta di etica del viandante, unica proponibile nell’età che viviamo, dove le scoperte a ritmo accelerato che la tecnica ci propone, non ci consente di accomodarci su soluzioni immutabili. Dobbiamo prendere decisioni, come Ulisse tra Scilla e Cariddi, perché, come Ulisse, non disponiamo di mappe dove la rotta da percorrere sia già tracciata. Credo che la saggezza (in greco *phronesis*) dovrebbe essere il principio guida della prassi del terapeuta, visto che non disponiamo di una norma, né di un elenco enciclopedico di norme. Questo è il nostro limite e in questo limite dobbiamo muoverci, ma questa consapevolezza non ha nulla a che vedere con una sorta di elogio di un’anarchica erranza. Questo “nomadismo terapeutico” rappresenta il rifiuto del gioco fittizio delle illusioni (diagnosi, ancorché “cultural sensitive”) evocate come sfondo protettivo. Se siamo disposti a rinunciare alle nostre convinzioni, quando il loro radicamento non rappresenta che la ripetizione acritica di vecchie abitudini, l’etica del viandante ci offre un modello di cultura che scongiura l’illusione di poterci muovere seguendo le mappe di etiche antiche da riprodurre acriticamente.

Il *vagabondare*. Stiamo vivendo anni che, attraverso i processi migratori, confonderanno i confini dei territori su cui si orienta-va la nostra geografia. Usi e costumi si contaminano ed è possibile ipotizzare la fine delle nostre etiche basate sulle nozioni di proprietà, territorio, confine, a favore di un’etica che, dissolvendo recinti e certezze, vada configurandosi come etica del viandante che non si appella all’evidenza superficiale, ma all’esperienza. Ne dovrebbe essere consapevole anche il terapeuta, seguendo l’insegnamento di Ippocrate con cui vorrei chiudere questo contributo:

*“La vita è breve, l’arte è complessa,
l’esperienza ingannevole, il giudizio difficile”.*

ALDO MORRONE, *Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà*. Vi ho portato alcune tabelle, un po’ della nostra esperienza e alcune immagini, perché credo che nel momento in cui si parla di vulnerabilità ci sentiamo anche noi fragili e contaminati da certe realtà. Non so se mi abbiano influenzato questi due giorni di

viaggio in treno, in cui ho visto di tutto: un'umanità straordinaria, luoghi straordinari che non avrei mai immaginato di vedere e anche notti straordinarie di stelle.

La cosa che mi ha colpito molto è che la contaminazione effettivamente esiste. Mi chiedo come sia possibile impegnarci nell'assistenza, nell'accoglienza, nella presa in carico o nel prenderci cura di queste persone senza poi tentare di modificare la realtà da cui provengono o in cui vivono. È come se noi ci limitassimo – mi sia consentito – a un atteggiamento estremamente corretto sul piano professionale per quanto riguarda i disturbi di queste persone, che siano psichiatrici o non psichiatrici, perché abbiamo lavorato tanto per evitare una suddivisione netta tra il soma e la psiche e aggiungerei anche l'anima, o l'intelletto. Appare infatti difficile riuscire a determinare le famose sindromi culturalmente classificate, ovvero che alcuni siano squisitamente sulla mente, altre sul soma e altre sull'anima o sulla volontà.

Vorrei mostrarvi alcune immagini, perché per prenderci carico della salute di queste persone abbiamo bisogno di riuscire a capire esattamente in che condizioni lavoriamo. Per quanto riguarda il grande tema della salute, nel mio Istituto ci occupiamo anche di disoccupati, di lavoratori precari, di richiedenti asilo politico e di quei lavoratori che, come molti di quelli che lavorano nei gruppi che si occupano di immigrati, non hanno un contratto regolare. Hanno studiato, si sono laureati, hanno fatto anche il master, vengono a lavorare da noi senza contratto regolare e ad una certa età continuano ad avere questa precarietà esistenziale e salariale. Diventa difficile contrastare una condizione di precarietà come quella vissuta da certe persone con operatori che vivono loro stessi una condizione di grande precariato.

Dobbiamo dire queste cose, altrimenti si decontestualizza, così come Kofi Annan, uno dei tanti Nobel per la pace – non so se meritato, ma qualcuno sostiene che i premi Nobel per la pace vengano assegnati anticipatamente, prima dell'impegno – ha dichiarato che i confini oggi non solo tra gli Stati, ma piuttosto tra chi ha potere e chi non lo ha, tra chi è libero e chi è incatenato, tra chi è privilegiato e chi è umiliato.

Questi sono i *Millenium Development Goals*: oggi se ne è parlato, ma tutte le nazioni che hanno firmato questi Obiettivi del Millennio non li hanno realizzati. Questi erano gli Obiettivi del millennio del 2015, ma con questo indice di

progressione li realizzeremo nel 2247. Il dato dice poco sulla salute mentale e sui migranti, quasi che gli Stati non avessero avuto tra gli Obiettivi del Millennio anche l'obiettivo di ridurre il numero dei migranti, investendo sui Paesi da cui i migranti arrivano.

Questa è la distribuzione, secondo l'Università di Sheffield, che per mostrare le cifre e i dati, invece che come numeri in tabella, adotta il modello di far vedere la configurazione geografica di Mercatore, ed evidenzia per esempio dove è il benessere, che si trova in particolare negli Stati Uniti e in Europa occidentale, mentre in Africa non c'è benessere.

Dall'altra parte, la povertà si trova dovunque meno che negli Stati Uniti, in Canada e nell'Europa occidentale, la trovate tantissimo qui in Africa e in India in particolare. Vedete anche però che il prodotto interno lordo è molto forte negli Stati Uniti d'America e in Europa, mentre in Africa non c'è. I Paesi con il minore prodotto interno lordo solo l'Etiopia e il Burundi. Credo che i nostri studenti non sappiano neanche dove sia il Burundi, mentre sull'Etiopia forse sanno qualcosa.

Questa è la distribuzione delle morti per malaria. Ho scelto la malaria, perché in questi giorni stiamo festeggiando la giornata mondiale contro la malaria, mentre dopodomani invece festeggeremo la giornata mondiale contro la meningite. Noi festeggiamo tutte le giornate mondiali contro le malattie che ci interessano poco. Si muore di malaria non certo in America o in Europa, ma sempre in questi Paesi.

La penultima diapositiva è sul colera. Non c'è rischio di morire di colera, a parte il 1973 a Bari, che indusse a finanziare molte ricerche nelle università.

Si muore di tanti disastri, ma questo riguarda sempre gli stessi Paesi. Questo lo dico perché poi andremo a vedere da dove arrivino i richiedenti asilo politico, di cui ben pochi dagli Stati Uniti d'America. Ne ho conosciuto uno proveniente dal Brasile.

Per quanto riguarda la spesa per la salute, si spende molto negli Stati Uniti e in Europa soprattutto rispetto a quanto si spende in Africa. L'aspettativa di vita alla nascita in alcuni Paesi è intorno ai 32 anni di vita. In un Paese molto lontano dall'Africa, l'Afghanistan, dove l'aspettativa di vita oscilla tra i 32 e i 41 anni.

Ho apprezzato le considerazioni espresse sul rischio che noi medici ci inventiamo le sindromi e le malattie e ci inventiamo anche i concetti di salute. La

gravidenza, nonostante tutti i nostri tentativi, non è una malattia: è un evento fisiologico. Qualcuno l'ha trasformato in un buon evento per ottenere con i DRG un finanziamento delle regioni, perché c'è un aumento terribile delle gravidanze con parto cesareo. Il parto cesareo deve avvenire in situazioni di emergenza. Come domenica scorsa avrete potuto leggere sul *Corriere della Sera*, nel nostro Paese i parti cesarei non avvengono mai di sabato o domenica. Avvengono sempre dal lunedì al venerdì, sempre di mattina e mai di notte. Questo induce a sospettare che questa emergenza/urgenza non ci fosse.

Nel mondo si può tuttavia morire di gravidanza: in Africa muore 1 donna ogni 11, mentre in nord America 1 ogni 3700. C'è quindi il forte rischio di morire per un evento di per sé non patologico.

Un altro elemento importante per contestualizzare è l'accesso all'acqua potabile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia che l'acqua costa niente per quelli che hanno tutto e costa tutto per quelli che non hanno niente, tanto che 1 metro cubo di acqua costa a New York meno di 1 dollaro, mentre in Ghana e in Colombia costa una cifra molto più alta, intorno ai 6-7 dollari.

Desidero mostrarvi quindi come si raccolga l'acqua da bere in alcuni Paesi, perché spesso affermo che quando raccolgo queste foto, avendo il privilegio – concordo con Germani – di vivere e a lavorare in questi Paesi, mi vergogno. Questa che vedete nella slide è una fontana di acqua potabile, ma è impossibile confrontarla con le fontane di acqua potabile a Roma, dalle quali ventiquattro ore al giorno sgorga l'acqua potabile.

Questa è la professionalità nel raccogliere l'acqua piovana e metterla dentro queste taniche. Poi ci sono le piogge, i bambini bevono l'acqua e si sostiene che siano abituati a bere quest'acqua non potabile, mentre la diarrea e la morte per diarrea infantile sono molto diffuse.

Si muore di diarrea infantile soprattutto in Africa. Ogni anno, 2 milioni di bambini sotto i 5 anni muoiono di diarrea, ma non siamo riusciti ad organizzare la giornata mondiale contro la diarrea, che rappresentava una mia piccola lotta. La soluzione per contrastare 2 milioni di decessi nel mondo è troppo semplice, perché basta, come dichiarato dal *Times*, un po' di zucchero, un po' di sale e un bicchiere di acqua potabile. La diarrea che uccide più bambini rispetto alla malaria, alla

tubercolosi e all'infezione da HIV non ha la giornata mondiale contro, perché evidentemente c'è un disinteresse a investire contro delle morti e a favore della salute su qualcosa che determina un profitto troppo basso, perché un bicchiere d'acqua potabile, un po' di zucchero e di sale non determinano un grande profitto.

Tenuto conto che si muore anche in altre parti, nove territori concentrano il 70 per cento di tutte le morti dovute alla guerra, e il Burundi ha il più alto indice di mortalità per guerra dovuto a una percentuale di 1,2 per 1.000 persone che muoiono per la guerra.

Abbiamo lavorato in Rwanda. Tra l'altro, ieri ho incontrato sul Ponte Garibaldi uno dei pochi sopravvissuti bambini del Rwanda, che adesso ha 21 anni e probabilmente è noto a tutti qui a Roma. Non faccio il suo nome, perché si sta per laureare, è uno dei pochissimi sopravvissuti giunto in Italia del 1995.

Questo è il muro della vergogna di Kigali. Ricorderete come nel 1994-95 al comandante delle truppe delle Nazioni Unite, che avrebbe dovuto difendere tutti, sia stato ordinato di difendere soltanto gli europei, e lui obbedì agli ordini, scrisse un bellissimo libro su questa sua esperienza. Queste sono immagini di Kigali, di una guerra di serie B nel Corno d'Africa. Questo è un campo con 25.000 sfollati nel villaggio di Zalambesa.

L'altro elemento sono le mine. Ogni anno, il *Landmine Monitor Report* produce questo studio. Vivere con le mine provoca una drammatica fragilità. Questi sono quelli fortunati, che sono sopravvissuti e hanno le protesi. C'è una mina contro la quale stiamo cercando di fare una guerra enorme. Certo, fare la guerra alle mine è difficile. Si chiama *butterfly mine*, è garantita per circa ottocento anni e funziona, è realizzata in plastica per poter essere gettata dall'elicottero, non c'è più bisogno di metterla sotto terra, ovviamente questo significa che va ovunque un colpo di vento la porti.

Ha ragione Marmot a chiedersi che senso abbia trattare le malattie di alcune persone per poi rimandarle indietro nelle stesse condizioni in cui si sono ammalate. Questo occorre dirlo, perché altrimenti non ha senso.

Abbiamo circa 1 miliardo e 300 milioni di persone che si muovono tutto l'anno o che comunque attraversano i confini del proprio Paese in maniera reversibile o irreversibile, temporanea o permanente. I migranti sono soltanto 200

milioni, dei quali il 52 per cento va nei Paesi più poveri, perché non riesce ad andare nei Paesi più ricchi. Questo bisogna dirlo con molta franchezza.

Oltre ai vecchi tipi di migranti, abbiamo adesso un'altra realtà. Dopo il fallimento della Conferenza di Copenhagen – due nostre dottoresse sono a Cochabamba nel tentativo di contrastare desertificazione, carenza di acqua, allagamenti, erosione, deforestazione, conflitti, povertà, lotta per l'acqua potabile. Si tratta di 50 milioni di persone nel 2010, 200 milioni nel 2050, perché le persone migrano più a causa di disastri ambientali che per le guerre.

Concordo quindi con Germani e Losi nel ritenere che dovremmo stare attenti a dare definizioni, perché ogni giorno cambiano, soprattutto nella scienza medica, dove tutto ciò che abbiamo detto l'altro ieri non sarà più vero domani.

La maggioranza dei rifugiati non va nei Paesi ricchi, ma va nei Paesi limitrofi. Da notizie tratte dal sito della United Nations Centre si apprende che alla fine del 2008 il totale della popolazione sotto la sua responsabilità è aumentata. Si parla di 34 milioni, di 42 milioni di *displaced people*. Anche questa è una realtà drammatica per chi lavora in questi Paesi: avere gli *internally displaced people*, che sono drammaticamente altri rifugiati. Ben 10 milioni si trovano sotto il mandato delle Nazioni Unite e 4-7 milioni si trovano in Palestina. Il numero totale dei rifugiati e degli *internally displaced people* è pari a circa 25 milioni.

All'interno del loro Paese sono 25 e 26 milioni, ma non fanno parte di quel 1,3 miliardi perché non si sono mai allontanati dal proprio Paese, perché vivono all'interno dei suoi confini. I Paesi in via di sviluppo ospitano quindi 8,4 milioni di rifugiati, l'80 per cento della popolazione. Queste cose dobbiamo dirle, perché a volte sosteniamo di essere generosi come Occidente, come *western countries*, ma non è del tutto vero: i 49 Paesi più poveri del mondo danno ospitalità al 18 per cento dei rifugiati.

Abbiamo avuto il grande privilegio di recarci in questi Paesi e siamo appena tornati da Gibuti. Tra Gibuti, il Kenya e l'Etiopia ci sono milioni di donne e famiglie che fuggono dalla Somalia da oltre vent'anni, perché l'ultimo tentativo in Somalia era l'operazione Restore Hope del 1992, e, se alcune navi non fossero state attaccate dai pirati, probabilmente non avremmo più saputo che dalla Somalia la gente fugge continuamente verso altri Paesi non particolarmente ricchi attraverso il Kenya. C'è

un campo profughi in Kenya, dove il Governo italiano non manda uomini per problemi di sicurezza, mentre stiamo aprendo un centro a Gibuti, che è più sicura, e un altro ai confini con l'Etiopia. Si tratta di centinaia di migliaia di persone.

Questi sono i Paesi di origine e c'è una realtà drammatica, perché si è creata una situazione di incredibile conflittualità. I Paesi di origine e i Paesi di accoglienza sono purtroppo sempre gli stessi, ma il contributo maggiore viene sempre dai Paesi più poveri, che hanno un reddito di circa 1 o 2 dollari al giorno, anche se in quelle zone neanche con 5 dollari al giorno si riesce a vivere.

L'altro problema è quello dell'*asylum seekers*, richiedenti asilo che non hanno ancora ottenuto nessuno *status*. Si tratta globalmente di 826.000 persone, delle quali il maggior numero in Sud Africa. Per quanto riguarda gli *internally displaced people*, dalle immagini emerge una realtà drammatica in Iraq, oltre che in Africa e in America latina.

Sin dai padri e dalle madri fondatori, la nostra Costituzione, rispetto alla stessa Convenzione di Ginevra e all'ultimo decreto denominato Pacchetto sicurezza, che non ha cambiato questo elemento fondante, ha sempre mostrato particolare attenzione nei confronti dello straniero. L'articolo 10, comma 3, della Costituzione recita: «Lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge».

Questo articolo 10, comma 3, che è estremamente importante, consente di far entrare quasi chiunque, rispetto all'articolo 33 della Convenzione di Ginevra, dove si parla degli «Stati contraenti che non possono espellere o respingere un rifugiato verso i confini di un territorio in cui la sua vita e la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, delle sue condizioni culturali».

Secondo le Nazioni Unite si contano 42 milioni di persone, 15.900.000 sono i richiedenti asilo, 26 milioni gli sfollati interni, che risiedono sostanzialmente in Asia, in Medio Oriente e in Africa. I principali Paesi di accoglienza sono quelli ai quali non diamo nessuna importanza: Pakistan, Siria, Iran e, a grande distanza, Germania e Giordania.

Le domande presentate sono state 31.000 nel 2008, perché c'è stata quella grande realtà di Lampedusa, mentre nel 2009 sono state presentate solo 10.000

domande. Complessivamente, i rifugiati in Italia sono 47.000, quindi pochissimi. Il 50 per cento dei richiedenti asilo ha ottenuto qualche forma di protezione.

Il 75 per cento delle persone ha presentato domanda e il 50 per cento di esse ha ricevuto qualche forma di protezione umanitaria.

Nel nostro Paese abbiamo persone irregolari per il fatto che si diventa irregolari facilmente. Non uso il termine «clandestino», perché non è corretto. L'irregolarità dei flussi migratori è prodotta dall'esterno, ma anche da alcuni che da regolari diventano irregolari per una normativa legislativa di cui uno dei due autori ha affermato al nostro Istituto l'esigenza di modificarla, perché in effetti produce irregolarità.

Questo è il percorso di sanità integrata all'interno del nostro Istituto. C'è un dispositivo di intervento dialogico e dialettico, come giustamente diceva il dottor Losi, con tante persone diverse: dall'antropologo allo psicologo, all'infermiere, al medico, ma anche allo stesso usciere, che aiuta a far entrare queste persone.

C'è una complessità, c'è un vissuto e una complessità del vissuto, la condizione del Paese d'asilo, i diversi sistemi di riferimento socioculturali, il percorso migratorio, l'esperienza premigratoria, le ragioni migratorie che sono diverse. È necessaria un'analisi più ampia, che non riguarda soltanto la sofferenza mentale. Immaginatevi di non avere più una mano o una gamba, effettivamente poi avete anche altri disturbi legati alla perdita dell'arto. La multifattorialità del disagio, il disagio riferito, un'*équipe* che lavora in maniera multidisciplinare e transculturale per fare emergere questa situazione. La maggior parte arriva dal Kurdistan turco, dall'Afghanistan, dalla Nigeria, dalla Costa d'Avorio, dall'Eritrea e in minima parte dalla Romania.

La gran parte sono richiedenti asilo. Altri arrivano già «diniegati» e gli altri sono i famosi casi di Dublino, sui quali il 27 maggio si terrà un incontro proprio a Roma.

La presenza di un mediatore turco, che era un *policy maker* molto importante nel Kurdistan, garantisce che tutte queste persone vengano accolte. Molte persone emigrano per minaccia diretta alla propria persona e un pericolo generalizzato, una discriminazione per idee politiche, conflitto armato, discriminazione etnica. Il 41 per cento di queste persone militava presso gruppi politici. Il 92 per cento sono state

trattenute nei posti di polizia e il 55 per cento sottoposti a diverse forme di tortura.

Questo gruppo più ridotto dal 2008 al 2009 ha una provenienza maggiore tra Kurdistan e Afghanistan. C'è una situazione politica estremamente complessa: non si può decontestualizzare la persona che arriva, se non si comprende che cosa accadeva in Afghanistan, in Kurdistan o in Sierra Leone.

Esiste una complessità, ma in seguito avremo il tempo di affrontare questo tema. Prendiamo il caso di Dublino: si tratta di 130 persone su una casistica di circa 505. Questo è un problema molto complesso, perché ci troviamo a pagare un prezzo molto alto rispetto all'irrigidimento delle politiche migratorie dell'Unione Europea.

Li abbiamo classificati secondo una regola internazionale: disturbi psichici, traumatismi, sintomi, segni morbosi mal definiti, malattie del sistema nervoso. Il PTSD rappresenta la percentuale prevalente, ma abbiamo molti altri disturbi differenziati. Tutto questo deve essere collegato al tipo di richiedente o di rifugiato.

Altri problemi sono rappresentati da conflitti armati, difficoltà economiche, discriminazione e persecuzione, violenti dissapori. Il 90 per cento ha raggiunto l'Italia attraverso il mare, attraverso l'isola di Lampedusa o i porti di Ancona, Venezia, Brindisi, Bari, Foggia e Siracusa. Questi sono gli itinerari studiati, che appaiono abbastanza complessi: i percorsi di afgani, curdi, turchi, iracheni, iraniani. La Turchia è l'ultimo Paese attraversato, in particolare le città di Istanbul, Izmir e Mersin, mentre la Grecia è il primo Paese dove hanno chiesto asilo e in genere hanno ottenuto una espulsione. Noi abbiamo anche avuto un incontro con i colleghi greci.

Questi sono gli itinerari dall'Africa: Niger, Nigeria e Libia. L'altro giorno, abbiamo visitato i centri aperti e i centri chiusi di Malta. La Libia è stato l'ultimo Paese attraversato, il porto d'imbarco è stato vicino Tripoli. L'Italia è stato il primo Paese in cui hanno chiesto asilo, ma da maggio c'è qualche problema. Cufra, Sirte e Sebha sono lo snodo che determina l'arrivo a Tripoli.

Un altro elemento importante è costituito dal disagio psicologico che deriva dal vissuto quotidiano in una condizione drammatica, come nel caso degli afgani nella famosa buca dell'Ostiense. Lo scorso anno, in accordo con il centro di Castelnuovo di Porto, siamo riusciti a metterne altri. Altri arrivano, perché ci vogliono diversi mesi dall'Afghanistan per arrivare alla buca dell'Ostiense.

L'altro elemento è Rosarno. Noi abbiamo avuto la grande opportunità di essere presenti a Rosarno durante i giorni della follia e della violenza. Ora dobbiamo ricevere nel nostro istituto 58 persone che provenivano da Rosarno, alcune delle quali arrivate con il diniego e altre con il permesso di soggiorno regolare. Le ragioni migratorie riferite sono abbastanza complesse e le condizioni cliniche di Rosarno sono ancora più diverse.

Non intendo fare discriminazioni, ma intendo definire l'ultimo gruppo, quello di Rosarno. Noi siamo riusciti a dare a molte persone di Rosarno assistenza e abitazioni. Alcuni gruppi occupano le case, per cui la situazione è abbastanza complessa.

L'ONU lancia un accorato appello ai Paesi dell'Unione Europea affinché svolgano politiche di maggiore tutela e accoglienza, secondo il concetto del *real people real needs*, laddove i rifugiati non sono numeri, ma sono persone di una complessità straordinaria.

In riferimento al Patto sull'immigrazione e l'asilo approvato dal Consiglio europeo nel 2008, il Presidente Napolitano ha preso particolarmente a cuore questa distanza di civiltà e, in occasione della celebrazione della Giornata mondiale del rifugiato ha affermato che «abbiamo il dovere di puntare alla costruzione di un ordine internazionale improntato su giustizia e solidarietà, che coniughi pacifica convivenza tra i popoli e tutela dei diritti dei singoli». Speriamo di poterlo fare.

Desidero mostrarvi rapidamente alcune immagini di Lampedusa, il grande porto d'Europa. Nel 2008, sono arrivate 32.657 persone, tutte al di sotto dei 34 anni, dieci sono i Paesi da cui provengono per l'89-90 per cento, tra cui Tunisia, Nigeria, Eritrea, Somalia, Marocco, Egitto, Ghana, Palestina.

Questa foto è importante, a dimostrazione che l'esperienza vissuta dal nostro Paese non ha determinato alcun apprendimento, e questa è anche la dimostrazione che l'esperienza non determina apprendimento. Ovviamente, era più facile raggiungere Lampedusa rispetto alla Valletta a Malta, che è da questa parte.

Come vedete, Lampedusa è molto più vicina all'Africa rispetto alla Sicilia, ma è lo spazio Schengen, è la stessa cosa che accade dall'altra parte nelle Isole Canarie, in Africa, in Marocco. È infatti incredibile, ma abbiamo gli spazi Schengen in Marocco, presidiati da poliziotti marocchini che impediscono ai marocchini di

entrarvi.

Come mostrano le immagini, un aereo militare ricognitore avvisa che c'è un barcone, arriviamo con la motovedetta della Capitaneria di porto di Lampedusa e vediamo questo barcone fermo in uno splendido tramonto drammatico. Intanto l'aereo si allontana. Si vedono alcune braccia che si protendono. Queste immagini mostrano una delle tante nostre esperienze da privilegiati. Questo barcone contiene 201 persone ed è fermo da 6 giorni. Donne e bambini non possono portare con loro bagagli, perché le organizzazioni criminali utilizzano il posto di bagaglio per un'altra persona. Operatori e marinai arrivano accanto e compiono la grande operazione di recupero delle persone, che si trovano in queste condizioni. Arriva anche la Guardia di Finanza, con due motovedette sulle quali vengono fatte salire.

Avevamo anche poco tempo per incontrarli e tentare di spiegar loro, insieme agli altri operatori dell'isola, la possibilità di effettuare la richiesta di asilo politico. Non è vero che non ci siano veri minori non accompagnati. Spesso, si polemizza sui minori non accompagnati. Questi sono minori non accompagnati veri. Numerose donne in gravidanza arrivavano a Lampedusa all'ottavo o al nono mese di gravidanza.

Questo è un altro esempio costituito dalla nave Pinar, un altro modo di arrivare e chiedere asilo politico nel nostro Paese. Qui non c'era tempo di arrivare con una motovedetta: venivamo calati con l'elicottero. Dopo una rapida ricognizione, la situazione era tale che il Governo ha accettato che la nave attraccasse a Lampedusa e non a Malta, per dare aiuto e rifugio a queste persone e quindi riuscire a salvare la loro vita.

Abbiamo imparato a facilitare l'accesso appropriato, a migliorare l'efficacia degli interventi, ad accogliere e curare persone malate – non utenti o pazienti, ma persone – siano richiedenti asilo o vittime di tortura, o altre categorie quali i disoccupati, con rispetto reciproco e senso della vita.

GIANCARLO SANTONE, Area di psichiatria Sa.Mi.Fo. (Salute Migranti Forzati) della Azienda USL Roma A. Buongiorno a tutti. Nel ringraziare lo SPRAR per l'invito, chi mi ha preceduto e soprattutto voi, spero che l'effetto soporifero pre-prandiale non vi colga in questo momento.

Questo mio intervento fa riferimento anche a quanto pubblicato dalla letteratura scientifica internazionale, ma soprattutto prende spunto da riflessioni basate sulla mia esperienza personale e professionale, che sto portando avanti da oltre sette anni, prima presso l'Ambulatorio di psichiatria transculturale dell'ospedale San Giacomo di Roma e successivamente presso il SAMIFO.

Il SAMIFO è un servizio sanitario, dedicato ai migranti forzati, richiedenti e titolari di protezione internazionale e alle vittime di tortura, nato il 31 marzo del 2006 in seguito alla firma di un protocollo di intesa fra l'Azienda Sanitaria Locale Roma A, presso la quale lavoro, e l'Associazione Centro Astalli, il servizio dei gesuiti per i rifugiati in Italia, con il patrocinio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati. Nel protocollo d'intesa le due parti si impegnano a promuovere progetti e obiettivi comuni, riservati e dedicati ai richiedenti e titolari di protezione internazionale che vivono soprattutto in condizioni di marginalità. Mi fa piacere che Aldo Morrone abbia citato la buca della stazione Ostiense, perché le prime foto che ha proiettato mi hanno fatto subito venire in mente la condizione di numerosi richiedenti asilo e rifugiati che vivono nella nostra città, a Roma, in condizioni di totale marginalità. Conosciamo la buca e le altre realtà della nostra città quali, per esempio, gli edifici occupati di Anagnina, Collatina, Ararat.

Personalmente considero errato il rigido riferimento, nella cura e presa in carico dei richiedenti asilo e dei rifugiati, a presupposti teorici, siano essi basati su principi esclusivamente biomedici, psicologici o sociali. Il SAMIFO ha messo al centro delle proprie iniziative l'integrazione delle attività, di cui nessuna più importante dell'altra. Abbiamo individuato cinque aree specifiche e fondamentali per l'assistenza e l'accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione: sociale, medicina di base, salute mentale, ginecologia, medicina legale.

Nell'area sociale, il personale del *front office*, preposto alla accoglienza, dà informazioni agli utenti sui propri diritti e come poterne realmente fruire; c'è un servizio continuo e quotidiano di mediazione linguistica e culturale di numerose lingue, si effettua l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, la scelta e la revoca del medico di base, esiste un servizio di accompagnamento alle visite specialistiche e un servizio di coordinamento.

La medicina di base (medici di famiglia) è fruibile quattro volte a settimana

(lunedì, martedì, giovedì e venerdì; nel nostro centro lavorano due medici di base, una donna (D.ssa Madonia) e un uomo (Dr. Spina), laddove i due generi sono equamente rappresentati per favorire e facilitare racconti personali, nel rispetto della dignità e della *privacy*.

La salute mentale è garantita dalla presenza quotidiana di due psichiatri (Dr. Bacigalupi e il sottoscritto) e una psicologa D.ssa Jeger, volontari e dipendenti del Centro Astalli e della ASL Roma A.

La medicina legale è assicurata tre medici legali: il dottor Carlo Bracci presente in sala, il dottor Gabriele Norcia e la dottoressa Monica Ciardi. Non è stato facile trovare un medico legale del genere femminile, per mettere a proprio agio le donne vittime di violenze e certificarne gli esiti.

Una linea di attività interna al SAMIFO, attivata il 1° gennaio del 2009, è rivolta alla salute delle donne ad alta vulnerabilità. Si tratta di un percorso tutto al femminile con un servizio di mediazione linguistico- culturale fornito dal Centro Astalli, e un'infermiera, un'ostetrica e una ginecologa della ASL Roma A.

Infine svolgiamo attività di formazione continua rivolta agli operatori del samifo, delle ASL e dei Centri di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale, attività di ricerca. E' attivo un comitato scientifico e un nucleo di valutazione con esperti esterni al servizio, per monitorare la qualità dei nostri interventi.

Vorrei citarvi solo alcuni dati per farvi rendere conto della dimensione delle nostre attività. Nell'anno 2009, abbiamo fatto 1.750 fra nuove iscrizioni e rinnovi di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, circa 5.000 visite di medicina generale, più di 1.500 fra visite psichiatriche e psicologiche, 175 visite ginecologiche, delle quali 75 prime visite e 208 relazioni medico-legali hanno attestato la presenza di esiti di tortura.

Questo è un lavoro di rete interna, tutto ubicato nel poliambulatorio di Via Luzzatti n. 8. Lavoriamo in rete anche con il Servizio centrale, con i centri di accoglienza o il CARA presenti nel territorio romano e non solo, con il Centro Astalli, con cui costituiamo quasi un'unica struttura, in particolare con il servizio legale, con l'ufficio immigrazione del comune di Roma. Alcuni dei nostri operatori lavorano in diverse strutture (per esempio all'ufficio immigrazione o al cara) quindi

sono mediatori o interpreti all'interno del nostro servizio ma anche fra servizi attivi nel territorio. Questo favorisce la presa di fiducia nel sistema di presa in carico, facilita racconti più personali e l'emersione dalla condizione di vittima di tortura.

Come abbiamo visto dalle diapositive, attualmente gran parte della popolazione risulta esposta a numerose e sistematiche esperienze traumatiche. La malattia mentale che ne deriva, non come medicalizzazione di un problema socio-politico, bensì come reale vissuto delle vittime, continua ad essere, con andamento sempre crescente, una delle problematiche più importanti nell'ambito della salute pubblica.

Per poter curare efficacemente le vittime anche a distanza di anni dagli eventi traumatici – sappiamo per esperienza comune che le vittime arrivano non sempre dopo pochi mesi dall'evento traumatico, ma anche dopo anni di percorsi migratori spesso traumatici – è necessario mettere in atto un sistema di accoglienza che sia resiliente sin dall'arrivo. Non possiamo permetterci di sottovalutare i dettagli.

In genere, le prime persone che accolgono i richiedenti asilo quando arrivano per mare o per terra sono i militari, le forze di polizia, le stesse persone dalle quali direttamente o indirettamente le vittime fuggono. Anche se ben accolte ciò può scatenare reazioni ansiose e compromettere il percorso di riconoscimento dello *status*, perché nel verbale di prima accoglienza la persona può fornire elementi apparentemente incongrui, storie false, nomi falsi, come frequentemente avviene.

Non mi soffermerò sugli eventi traumatici premigratori, che rappresentano la causa della fuga, su quelli migratori vissuti durante la fuga o postmigratori, nel paese di accoglienza. Questi ultimi però rappresentano elementi che possono rendere estremamente fragili i vulnerabili con rischi imprevedibili sulla salute mentale. La metafora dei dannati di Dante traghettati da Caronte verso una vita infernale attraverso il mare *mostrum* è purtroppo una realtà oggettiva.

Considero doveroso che si metta in atto un sistema di accoglienza e di presa in carico adeguato per tutti i richiedenti protezione internazionale, siano essi appartenenti alla categoria degli ordinari, dei vulnerabili o altamente vulnerabili. Per questi ultimi i numeri citati da Daniela non sono così drammatici. Lei poneva giustamente l'accento sul problema dell'emersione di questa condizione; vi sono infatti alcune persone che non presentano comportamenti bizzarri o che non fanno

richieste particolari d'aiuto, persone che “non creano problemi”, che “non danno fastidio”, non sono considerate altamente vulnerabili pur avendo nella propria storia un grave vissuto traumatico.

Chi lavora nei CARA piuttosto che in strutture di accoglienza, sa che alcuni ospiti che vivono in centri aperti 24 ore, molte volte fanno colazione e poi si richiudono in camera. Nessuno si accorge di loro, evitano le relazioni umane, non fanno richieste personali specifiche, sono isolati nel proprio dolore. Molti hanno subito torture, abusi sessuali, provano vergogna e sensi di colpa. Hanno bisogno estremo di aiuto, di percorsi di accoglienza sicuri e di supporto specialistico continuo.

Vorrei che la definizione «vulnerabile» traesse origine non solo da importanti e validi riferimenti scientifici, ma soprattutto dalle vostre difficoltà nel gestire particolari stati d'animo, manifestazioni comportamentali o specifiche richieste degli ospiti nei centri dove lavorate. È necessario capire che qualsiasi azione mirata a calmare il dolore e lo stress che queste persone vivono, a ricostruire fiducia nell'essere umano, persa a causa delle violenze intenzionali subite e praticate da altri “esseri” umani, rappresentano indubbiamente atti “terapeutici”. Bisogna sottolineare che il trauma intenzionale genera conseguenze più devastanti rispetto al trauma da catastrofe (incidenti, disastri naturali) o da novità negativa, quale l'aver appreso la notizia della morte o di una grave malattia di un caro. Il trauma inferto volontariamente dagli “esseri umani” ha infatti la finalità di “distruggere il credo e le convinzioni della vittima e di privarla di quella struttura di identità che la definisce come persona”. Questa è la definizione data da Marcelo Vinar, psicanalista dell'Uruguay rifugiato in Francia nei primi anni '80, vittima e testimone di orribili eventi in Sudamerica e in particolare in Uruguay.

Qualsiasi atto che abbia la finalità di ricostruire la fiducia nell'essere umano, di ridare dignità e speranza alla vittima ha valore terapeutico. Sono interventi terapeutici quelli strettamente medici, quali visite, accertamenti, diagnosi o trattamento così come quelli che riguardano la salute mentale, le visite psichiatriche o i colloqui psicologici, la psicoterapia individuale o di gruppo. Tutti questi interventi se non integrati da quelle fondamentali azioni in ambito sociale e relazionale ridurrebbero o persino perderebbero la loro efficacia.

Nella nostra città, Roma, migliaia di richiedenti o titolari di una diversa forma di protezione vivono per strada o in grossi edifici occupati. In questi casi proporre particolari approcci clinici risulta difficile se non impossibile.

Come è emerso anche oggi, i richiedenti asilo e i rifugiati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di malattia mentale, ma anche il più carente nel ricevere i trattamenti adeguati (non solo terapie mediche specifiche). Al tale sviluppo incidono anche i fattori post-migratori, insieme a quelli pre-migratori e migratori.

È stato più volte messo in evidenza la complessità dei bisogni dei richiedenti o titolari di protezione. La frammentazione e la suddivisione delle risposte nei vari territori del nostro paese, spesso complica la presa in carico e la soluzione dei loro bisogni. Se noi cercassimo di creare servizi che lavorino in rete e possano soddisfare i bisogni complessi dei richiedenti asilo e dei rifugiati, realizzeremmo una grande azione di prevenzione, riducendo lo sviluppo di sintomi o malattie psichiche, la loro cronicizzazione, che rendono le vittime altamente vulnerabili.

I bisogni di salute mentale sono diversi. A questi concorrono differenti fattori. Secondo una pubblicazione del 2002 sul *British Journal of Medicine*, il trauma determina conseguenze fisiche, psichiche e sociali. La tortura frequentemente determina esiti fisici, che non tratterò in questo intervento. Esistono poi malattie correlate con lo stress, per cui è dimostrato che i richiedenti asilo vittime di violenze intenzionali hanno una aumentata suscettibilità alle infezioni, ai tumori maligni, alle malattie cardiovascolari, ai disturbi gastrointestinali.

I problemi mentali conseguenti alla tortura sono diversi e secondo la nosologia classica possono rientrare nelle categorie diagnostiche del PTSD, della depressione del tono dell'umore, delle psicosi, dei disturbi d'ansia, etc. Nella mia esperienza personale non ho avuto modo di vedere diverse persone con sintomi appartenenti solo a una delle categorie suddette. Una visita superficiale o comunque fatta da professionisti non adeguatamente preparate porterebbe facilmente a misdiagnosi e a trattamenti inadeguati. E' necessario fare molta attenzione perché spesso le vittime manifestano ricordi associati alle violenze subite, intrusioni e non allucinazioni, più spesso uditive o olfattive, ma anche gustative o visive.

Un altro aspetto che mi preme sottolineare è la modificazione della

personalità indotta dalla tortura. Sappiamo che il trauma intenzionale fa perdere dignità, fiducia, certezza, provoca sensi di colpa e vergogna. Tutto ciò incide enormemente sulla possibilità di ritornare a come si era prima con il rischio o la certezza di andare incontro a cambiamenti della personalità. Di frequente, infatti, dichiarano di non sentirsi più la stessa persona, si domandano se torneranno come prima, hanno l'impressione di impazzire. Sono frasi frequenti nei nostri assistiti indipendenti dal genere di appartenenza, dalla classe sociale o dalla scolarità. Il trauma incide sul cambio di personalità, sia esso transitorio, duraturo o permanente, influenzando fortemente anche il modo di relazionarsi con l'ambiente esterno e con se stesso.

La condizione familiare è una condizione permanente, che accompagna il percorso migratorio di queste persone, influisce negativamente sull'aspetto umorale e favorisce reazioni depressive o depressioni maggiori. A questi dobbiamo aggiungere i problemi di salute di tipo aspecifico. Gli afgani, per esempio, che vivono nella buca soffrono anche delle stesse malattie di cui soffrono le persone povere, le malattie da degrado e della povertà, ovvero malattie cutanee, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale e malattie sessualmente trasmissibili. Poi vi sono i problemi specifici, cioè gli esiti di tortura, siano essi psichici o fisici, sociali, economici. Tutti questi fattori contribuiscono a rendere più vulnerabili gli altamente vulnerabili.

Evidentemente, i respingimenti rappresentano un fattore drammatico, così come i rimpatri forzati, ma non c'è tempo per soffermarmi su questo punto. Nella presa in carico globale è necessario considerare anche il cambiamento di abitudini e stili di vita, talvolta repentini, che possono determinare uno *shock* culturale, che può incidere negativamente sulla salute mentale e non solo. L'identità culturale, ossia qualcosa in cui riconoscersi e essere riconosciuti, come dice Jervis, rischia, se ancora integra, di disintegrarsi. Personalmente non credo che l'identità di un gruppo debba essere ricercata solo nel passato delle persone ma correlata anche con il presente e il futuro.

Dobbiamo considerare che i richiedenti e titolari di protezione fuggono da un contesto di appartenenza drammatico sul piano individuale e l'incontro con noi avviene in un contesto "moderno", occidentale, nei nostri centri di accoglienza, nei

nostri sistemi di cura, in questo mondo al quale loro dovranno abituarsi; ciò sicuramente determina dei cambiamenti identitari. Nella presa in carico dobbiamo tener presente anche questo aspetto assieme alle precedenti abitudini e stili di vita vissute nei paesi provenienza.

A Roma vivono in contesti comunitari dove l'intimità e la *privacy* sono inimmaginabili: luoghi sempre affollati come i centri di accoglienza, le mense pubbliche, le case occupate, l'ufficio immigrazione per la ricerca di un alloggio, la questura. L'unico momento di intimità e di *privacy* che hanno è nel *setting* terapeutico e relazionale, con i curanti, il mediatore, ma è anche quello che si può instaurare con l'operatore del centro d'accoglienza.

L'accesso ai servizi sanitari può essere negato o ritardato, ipotesi estremamente gravi. Questo vale anche per quanto riguarda le procedure d'asilo: rappresentano solo alcuni di quei fattori di rischio postmigratori che incidono sulla integrità e la continuità psichica della persona. È necessario fare in modo che ciò non avvenga, per ridurre la sofferenza delle persone (compresa quella degli operatori) e i costi ad essa correlati.

Sicuramente non c'è salute senza salute mentale. Mi riferisco soprattutto al malessere e alla disintegrazione della salute mentale causate dal degrado, dalla marginalizzazione, dalla mancanza di un posto dove dormire, insomma da tutti i fattori di interesse o ambito sociale che spesso arrivano tardi nel percorso di riconoscimento del titolo di protezione.

Nella organizzazione dei servizi dedicati ai richiedenti asilo e ai rifugiati è necessario prevedere quelle azioni mirate alla tutela del benessere degli operatori. L'evento traumatico-drammatico non si può affrontare da soli, non lo può fare la vittima, né tantomeno il terapeuta o l'operatore. Chi pensa di poter risolvere la complessità dei bisogni delle vittime, di prenderle, sollevarle e portarle verso la salvezza sbaglia perché il nostro obiettivo principale è di ridurre lo stress e il dolore e ridare dignità, autonomia, autostima alla persona, non quello di creare dipendenza. Il nostro servizio, pur essendo dedicato ai richiedenti asilo e rifugiati, non vuole occuparsi della salute per tutta la loro vita. È infatti nostra intenzione accompagnare i richiedenti asilo per un periodo limitato della loro presenza nel territorio italiano, in genere fino all'esito della Commissione, e successivamente indirizzarli ai servizi

sanitari territorialmente competenti. È necessario formare gli operatori, servono professionisti e operatori competenti, oltrechè motivati, per farsi carico di queste persone.

Sono andato a cercare i riferimenti psichiatrici sulla vulnerabilità e ho visto per esempio che la vulnerabilità può essere di tipo individuale, biologico o sociale. Tale ipotesi si fonda su tre elementi, il primo fra i quali fa riferimento alla soggettività della soglia della vulnerabilità. Secondo la teoria di Rubin del 1978 sullo sviluppo della schizofrenia, ogni persona ha una sua soglia di vulnerabilità. La presenza di eventi stressanti può modificare questa soglia, abbassarla con la conseguente manifestazione dell'evento patologico. Poi vi sono le variabili capaci di modulare l'impatto degli eventi di vita su questa vulnerabilità. Una accoglienza non resiliente può rientrare in quest'ultimo elemento e quindi incidere come fattore scatenante la malattia mentale, abbassando la soglia di vulnerabilità dei richiedenti asilo..

Per quanto riguarda i nostri pazienti, utenti o persone, laddove per me è indifferente la definizione, mentre è molto più importante il rispetto che si nutre nei loro confronti e la capacità di empatia, non credo che esista una vulnerabilità individuale nelle vittime di tortura, pur avendo esperienza di persone che, pur avendo subito traumi drammatici, reagiscono prima e più completamente di altre che hanno subito traumi meno importanti.

Credo che i fattori sociali e sanitari che il Paese di accoglienza deve mettere in atto siano fondamentali per prevenire eventuali malattie ed eventi psicopatologici e per tutelare chi è più vulnerabile. Grazie.

DANIELA DI CAPUA, *Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR.* Prima di procedere con gli interventi, vorrei nuovamente precisare l'impostazione di questo incontro. Siamo partiti dalla quasi impossibilità di dare risposta ai molti casi di richiedenti asilo o rifugiati che vengono segnalati al Servizio centrale prevalentemente dai CARA come persone con disagio psichico o psichiatrico.

Abbiamo parlato di alcuni progetti sperimentali che stiamo attuando in questo momento, ma che ormai sono in chiusura a causa della fine dei finanziamenti, al di fuori dal punto di vista formale, ma all'interno del sistema di protezione.

Abbiamo invitato a questo incontro i progetti che - come operatori dello SPRAR, come ASL o altri servizi con cui questi stessi progetti territoriali collaborano – operativamente si occupano della presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati con disagio psichico e psichiatrico. L'obiettivo è quello non di redigere criteri omogenei per la presa in carico delle persone, perché questo non sarà possibile in termini così brevi anche perché ci sono approcci molto diversi, ma di condividere la propria esperienza. Vorrei che nel proseguimento del seminario riuscissimo a capire effettivamente che cosa accade a livello territoriale e a che cosa ci possiamo ispirare sia come operatori, sia come soggetti potenzialmente finanziatori o promotori di una rete più strutturata.

Dobbiamo considerare queste giornate soltanto come un inizio, un'apertura di questo confronto. Domani pomeriggio, ci raggiungeranno gli altri operatori dei progetti SPRAR, che non si occupano in maniera specifica di questo tema, ma ai quali potremo trasferire quanto è emerso da questa discussione. In seguito, dovremo darci altri appuntamenti: potremo farlo di nuovo insieme o costituire gruppi regionali per poter condividere meglio l'idea della rete e quindi dell'ottimizzazione delle risorse che i territori possono offrire. Valuteremo le possibili modalità.

Lascio il ruolo di moderatore a Maria Silvia Olivieri, collaboratrice del Servizio centrale. Tra le varie cose di sua competenza, ha seguito molto da vicino tutti gli interventi effettuati con questi finanziamenti straordinari dell'8 *per mille*, in particolare i progetti che abbiamo finanziato sperimentalmente per l'accoglienza delle persone con disagio psichico e psichiatrico insieme a Sarah Farotti. Il lavoro è stato seguito da loro. Lascero quindi che sia lei a coordinare i lavori di questo pomeriggio.

ROBERTO BERTOLINO, *Centro Frantz Fanon*. Cercherò di stare nei dieci minuti, però mi corre l'obbligo di scusarmi da parte di Roberto Beneduce, responsabile e direttore scientifico della nostra associazione, perché questa mattina avrebbe dovuto essere presente, ma per motivi dovuti a eventi imprevisti non ha potuto.

Mi ricollego subito ad alcune considerazioni espresse questa mattina, perché alcune delle cose evocate hanno una concreta ricaduta su quanto facciamo. Come

evidenziato anche da Daniela Di Capua, non si tratta solo di “criteri”, ma anche di approcci teorici. La teoria non deve quindi essere sottovalutata da questo punto di vista, perché non è qualche cosa di astratto e inutile, ma ha ricadute concrete.

Riprendo qui solamente due aspetti, che considero importanti: uno è quello della diagnosi, di ciò che essa occulta e di ciò che “mostra”, l’altro è il cosiddetto concetto di «post-traumatismo». Al di là della discussione sulla genealogia della diagnosi, che sarebbe stata interessante rispetto a quanto illustrato questa mattina, perché nella diagnosi stessa di *post-traumatic stress disorder* era contenuta l’idea che il trauma fosse “estremo”, ma poi di fatto questa categoria è stata banalizzata, mi interessava evidenziare l’idea ampiamente discussa in letteratura, che la concezione di PTSD ci porta troppo spesso a volgere lo sguardo indietro, al passato della persona. Questo è un aspetto ovviamente rilevante, soprattutto nel caso di vittime di tortura, di persone che hanno subito trattamenti inumani, degradanti, che sono state spogliate della loro soggettività, ma spesso le persone che da anni incontriamo al Centro Frantz Fanon ci hanno insegnato che percepiscono una continuità della violenza nel nostro paese e nelle nostre pratiche e ci invitano quindi a riflettere proprio su tali pratiche di accoglienza e sugli effetti traumatici che si producono nel contesto dell’esilio.

Questo aspetto veniva evocato questa mattina nel parlare della buca di Ostiense, ma riguarda non solo situazioni così marginali, ma anche il nostro sistema di accoglienza in generale, in cui, per il modo in cui è strutturato rispetto ai numeri e alle risorse, non di rado si realizzano dinamiche di questa natura.

Questo è a mio avviso rilevante rispetto a una delle domande poste questa mattina. Il dottor Losi esprimeva perplessità sui progetti specifici. Quando ci è stato chiesto di partecipare alla costruzione di un progetto appunto “specialistico”, come associazione, ci siamo interrogati sui rischi connessi ad una tale progettualità. Tali riflessioni per altro non sono nuove a chi si occupa di etnopsichiatria, basti pensare alla *querelle* che da qualche tempo in Francia ha coinvolto su fronti opposti alcuni antropologi ed esperti di salute mentale.

In un intervento intitolato *biopolitiche dell’alterità*, l’antropologo Didier Fassin ha, infatti, avuto modo di sostenere che aprire centri di salute mentale rivolti ai migranti rischia di indurre una “razializzazione dell’altro”, sottolineando come

invece queste persone dovrebbero accedere ai nostri servizi di salute mentale “ordinari”. Per chi come noi lavora da oltre dieci anni al Centro Frantz Fanon questa non è questione da poco, perché non è così scontato che ci debbano essere dei centri appositi, così come non è così scontato che ci debbano essere delle strutture d'accoglienza specifiche per rifugiati politici con quel tipo di vulnerabilità di cui ci stiamo occupando oggi.

Si tratta di questioni aperte, rispetto alle quali non è forse possibile dare risposte definitive, ma alcune riflessioni possono essere proposte, come ha fatto Isabelle Stengers introducendo un volume di Tobie Nathan. La Stengers riflette attorno a quella che definisce come “la logica del chiunque” che deve presiedere ai nostri interventi: la logica dei diritti umani è la logica del chiunque. *Chiunque* deve avere accesso a quelle risorse di cura, di salute, di istruzione, di formazione, sociali eccetera di cui ha bisogno. L'autrice francese si chiede però se la logica del chiunque funzioni nella clinica o nel lavoro sociale ed educativo dove è fondamentale, anzi imprescindibile, un intervento strettamente articolato sulla soggettività della persona. Personalmente, non andrei dalla mia psicanalista, se lei mi considerasse un chiunque. Credo che ognuno di noi non andrebbe dal medico, se venisse considerato un soggetto qualsiasi, un chiunque appunto, un individuo intercambiabile e a-specifico. Se partiamo da queste riflessioni possiamo quindi pensare che, nei nostri interventi, la scommessa stia nell'integrare queste due logiche: quella del “chiunque” e quella dello “specifico”.

Ripeto, si tratta di una risposta forse parziale che va calata nei differenti contesti e che indica una strada che può essere percorsa in modo molto diverso ed articolato in diversi contesti. Dobbiamo quindi calarci nel nostro contesto attuale, nel quale penso di poter sostenere che l'idea di creare delle progettualità specifiche di accoglienza per titolari di protezione internazionale psichicamente vulnerabili possa avere un senso e quindi vada perseguita. Quest'anno abbiamo raccolto undici persone, non è una casistica significativa rispetto alle migliaia di persone che arrivano in Italia, ma ci consente di proporre qualche riflessione. Se dobbiamo basarci su questa pur breve esperienza noi riteniamo che venga confermata l'utilità di questi progetti specifici, poste però alcune condizioni: capire bene cosa si fa, quali tipi di persone si accolgono, quale sia la collocazione nella rete sociale e nel sistema

di accoglienza nazionale.

In questo anno di lavoro riteniamo di aver avuto risultati molto soddisfacenti, ma siamo consapevoli che questi risultati sono stati resi possibili anche dal fatto di essere inseriti in una rete quale quella della città di Torino, che, rispetto al tema “richiedenti asilo” ma non solo, è una rete ricca e strutturata, che offre opportunità, ha una sua storia e una sua tradizione. Come dicevo, pensiamo che i risultati siano stati in generale positivi, ma con percorsi decisamente più complessi quando non è stato fatto un buon processo di selezione all’ingresso, che è spesso difficile soprattutto quando i beneficiari provengono dai CARA, dove oggettivamente credo sia più difficile per qualsiasi operatore, anche per un medico o uno psichiatra, valutare l’entità e il significato di una manifestazione sintomatica. Talvolta la sofferenza psicologica o psichiatrica si produce per l’inadeguatezza del contesto ai bisogni della persona, non obbligatoriamente per qualcosa che attiene alla persona in quanto tale e questo complica significativamente la valutazione necessaria per procedere all’invio.

Un nervo scoperto quindi è rappresentato dai processi di “selezione” e di preparazione all’invio: abbiamo constatato, infatti, che in genere gli utenti sono giunti presso la nostra struttura senza alcuna consapevolezza delle motivazioni dell’invio e delle caratteristiche del nostro progetto. A questo proposito non possiamo dimenticare che, per quanto cerchiamo di essere molto cauti e le persone vengano inserite in una struttura connotata come familiare, in cui cerchiamo di abbassare le logiche istituzionali, questi utenti si trovano comunque a convivere con altre persone estremamente sofferenti e possono risultarne disorientate, inoltre ciò produce un effetto anche in termini di rappresentazione di sé.

Non abbiamo tempo ora di addentrarci su questo aspetto, ma è importante sottolineare che abbiamo avuto modo di osservare che quando non si è riusciti a costruire un percorso di attenzione rispetto a tutto ciò, l’ingresso della persona, oltre a destabilizzare di più il gruppo degli altri ospiti, ha comportato un acuirsi della sua sofferenza nella fase iniziale.

L’altra questione importante su cui vorrei soffermarmi riguarda la collocazione di questi progetti all’interno del servizio di accoglienza e di protezione in generale. Ci chiediamo se questi progetti vadano pensati come progetti di

accoglienza *tout court* o come fasi di un percorso all'interno del sistema d'accoglienza. Attualmente abbiamo un certo numero di persone che consideriamo dimissibili, per cui andremo a negoziare come dimetterle, ma a cui mancano alcuni criteri, che non hanno molto a che vedere con la clinica strettamente intesa, quali ad esempio un lavoro. Questo problema riguarda non solo le persone fisicamente vulnerabili, ma tutti i rifugiati, sebbene naturalmente risulti particolarmente centrale per persone che hanno appena ristabilito un equilibrio che è inevitabilmente precario.

Nel caso di una persona che sta uscendo da un percorso di grande sofferenza, in alcuni casi palesemente sintomatica, non si può sottovalutare il percorso di fuoriuscita. Si può fare un ottimo lavoro, si può aiutare la persona a raggiungere un nuovo equilibrio, ma se poi però tutto crolla al momento della dimissione, è un problema ovviamente. Anche per tale motivo dovremmo interrogarci sulla collocazione degli interventi specialistici nel panorama nazionale, esplorando forse anche la possibilità di centri in cui si fa un intervento più intensivo, dopo il quale le persone proseguono all'interno del sistema d'accoglienza in modo da garantire loro un tempo adeguato per completare il reinserimento.

Ho esordito dicendo che vi avrei fatto parte delle domande che ci siamo posti e un'altra che mi pare rilevante, sicuramente dovuta in parte alla maggior presenza di uomini rifugiati nel nostro Paese, riguarda la disparità di genere negli invii che abbiamo ricevuto. Abbiamo aperto un gruppo appartamento per otto uomini e un gruppo appartamento per quattro donne. Le segnalazioni delle donne non sono state moltissime, ma non so se questo sia più legato alla maggiore resilienza delle donne o a una difficoltà più specifica che ci deve interrogare, probabilmente connessa al modo in cui viene espressa la sofferenza da queste donne, qualche volta meno disturbante per gli operatori stessi perché meno connotata in senso aggressivo.

L'ultima questione che evoco riguarda la dimensione della continuità di queste esperienze, perché condivido le parole del dottor Morrone, che si chiedeva come una persona con un grosso vissuto di precarietà come operatore possa lavorare con qualcuno a cui la precarietà, fatte le debite distinzioni, assedia la vita. Anche per questo motivo, personalmente credo che in prospettiva sarebbe opportuno realizzare progetti che integrino l'accoglienza SPRAR con gli enti territoriali, la ASL e via

dicendo.

Nella situazione attuale, come dicevo in precedenza, per quanto conosciamo non solo a partire dal lavoro all'interno di questo centro che abbiamo creato, ma anche da quello con i rifugiati che si trovano in altri centri, credo possa avere un senso pensare a specifici progetti di accoglienza. In una prospettiva futura sarebbe però importante creare un sistema d'accoglienza integrato, posta però una premessa teorica e metodologica che riguarda il trattamento non solo medico-psichiatrico, psicologico, ma anche sociale, perché c'è il rischio concreto dell'inclusione dell'altro in un sistema di pensiero e anche di ragionamento clinico che non gli appartiene.

Prima si evocava Nathan, parlando del sintomo come un testo senza contesto, ma il contesto lo costruiamo noi con i pazienti e quindi è necessario evitare di costruire un contesto che sia troppo iscritto nei nostri modelli anche di salute mentale. In attesa di queste premesse, credo che il sistema di accoglienza debba coinvolgersi in qualche modo, nella prospettiva di promuovere nei vari servizi una maggiore capacità di "trattare" la diversità culturale, ma anche e soprattutto la dimensione politica della sofferenza.

Nella situazione attuale ci sono ancora forti carenze da questo punto di vista, quindi c'è la necessità di progetti come quelli oggi in discussione, che possono anche essere strutturati in modo eterogeneo, senza trovare un'unica linea. Ci siamo incontrati a Roma con i colleghi degli altri enti ed abbiamo constatato in proposito che il nostro è molto diverso dagli altri e che quindi si sono prodotti interventi variegati, ciò che non mi sembra negativo.

Noi abbiamo scelto di accogliere più persone, di avere un'alta intensità di presenza operativa e clinica – pur non pensando alle strutture come luoghi "sanitari" – e di non avere una presenza notturna strutturata. Questa per esempio è stata una scommessa, perché sappiamo quanto la notte sia spesso un momento delicato per le persone di cui ci occupiamo. Tale scommessa è stata in parte dovuta al dover gestire la struttura rispetto ai fondi disponibili, ma è stata anche una scelta mirante a mantenere una possibilità di auto-organizzazione per le persone all'interno della struttura.

Dopo un anno di lavoro ci rendiamo oggi conto con maggiore precisione

della complessità dell'intervento che abbiamo realizzato: i nostri utenti spesso ci hanno dichiarato che nei momenti di crisi si sentivano quasi meglio in centri con cinquecento persone, perché mettere insieme una serie di persone con tratti di sofferenza molto elevata può produrre un'amplificazione della sofferenza stessa; è questo un elemento su cui abbiamo riflettuto a lungo. Ci siamo chiesti nei nostri momenti di confronto se per alcuni di loro fosse più adeguato un centro di accoglienza specifico o una comunità psichiatrica, ma siamo giunti alla conclusione che anche questo tipo di sofferenza, che si può amplificare nel rispecchiamento reciproco di persone che soffrono e stanno nello stesso posto, debba essere trattata diversamente da come viene trattata in una qualsiasi struttura sanitaria per quanto bene lavori, perché non possiamo pensare alla sofferenza ed ai conflitti di queste persone come a semplici sintomi, dimenticandoci di come essi nascano e si articolino nell'ambito di contesti specifici di violenza e sopraffazione. Se occultassimo questo aspetto nelle nostre riflessioni e nelle nostre pratiche rischieremo in qualche modo una sorta di desoggettivazione politica dei nostri utenti, cosa che potrebbe risultare ulteriormente traumatica.

I numeri che abbiamo a disposizione probabilmente contano poco, perché sono così bassi da non essere rilevanti statisticamente, ma la maggior parte delle persone che abbiamo accolto non erano state direttamente implicate in scelte di tipo politico o torturate, quindi sarebbe interessante riflettere sul prodursi di sofferenze in persone che si trovano gettate nella storia, nella dinamica politica e che non hanno fatto una scelta politica in quanto tale, tuttavia non dobbiamo cedere al rischio di scindere questi aspetti quando pensiamo ai nostri modelli di interpretazione e di intervento con richiedenti asilo e rifugiati. È importante trattare in modo specifico questi aspetti, diversamente da ciò che può essere realizzato in una qualsiasi struttura sanitaria, anche per quel rischio che evocavo prima e che concerne il replicare dinamiche di violenza istituzionale. Si tratta di un rischio che assedia sempre le nostre pratiche e da cui nessuno può sentirsi escluso, persino noi che già nella scelta del nome della nostra associazione, abbiamo pensato a uno studioso che ha posto la riflessione su tali aspetti al centro della sua opera.

Non possiamo quindi sottacere questa dinamica, questo rischio, che probabilmente è in parte connaturato all'organizzazione di servizi di accoglienza nel

nostro sistema politico e nel nostro sistema nazionale.

Da queste riflessioni nasce la convinzione che le persone con cui abbiamo lavorato non sarebbero state probabilmente accolte in modo efficace in strutture di accoglienza ordinarie. Credo che sarebbero state accoglibili in strutture sanitarie, ma non so se questa sarebbe stata la scelta migliore per loro, non so a quale prezzo ciò sarebbe avvenuto.

Come vedete e come avevo premesso le domande sono molte, forse più delle risposte, ma pensiamo che l'esperienza svolta in questo anno ci abbia indicato una strada. Certo è che, per quanto possa essere buono un sistema di accoglienza, per quanto possano essere competenti le persone che ci lavorano, messo in mezzo al nulla produce poco. Siamo quindi perfettamente consapevoli che un'esperienza come quella che abbiamo maturato era realizzabile a Torino e non in altri posti. La realizzazione di interventi efficaci con richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale non può essere pensata come qualche cosa di avulso dal sistema dei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati, presenti su un territorio.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. L'incontro odierno è stato organizzato per capire se e come il Sistema di protezione possa prendersi carico di persone con disagio mentale. Lo SPRAR è nato per l'accoglienza di migranti forzati. Si tratta di un'accoglienza di carattere temporaneo che è proiettata verso una (ri)conquista dell'autonomia delle persone, come singole o come nuclei familiari. Nel corso degli anni gli standard, le linee guida e gli strumenti di accoglienza si sono raffinati. Sono indubbiamente cresciute molto le competenze degli operatori territoriali e si è migliorata la "capacità di ascolto", la capacità di leggere l'emersione di bisogni, esigenze, caratteristiche delle singole persone. Si sono sicuramente rafforzate le modalità per identificare i richiedenti e titolari di protezione internazionale con vulnerabilità, e si è iniziato a interrogarci sulle modalità di accoglienza e presa in carico di queste stesse vulnerabilità.

Qual è il limite di accoglienza dello SPRAR? Per quali situazioni il Sistema deve riconoscere la propria incompetenza e rinviare ad altri enti, servizi e strutture la presa in carico? Lo SPRAR è in grado di garantire un'accoglienza di qualità e una effettiva presa in carico delle persone con disagio mentale, oppure deve fare un

passo indietro riconoscendo la responsabilità di altri? E se lo SPRAR “deve” accogliere anche chi ha una vulnerabilità riconducibile alla salute mentale di quali competenze, strumenti e professionalità deve dotarsi? E come devono essere ridefinite le proprie linee guida, in vista soprattutto del fatto che nel caso specifico è oggettivamente impensabile concludere un percorso di accoglienza nei termini previsti di sei mesi per chi ha già una protezione. I tempi di accoglienza devono necessariamente essere ripensati, le persone possono avere necessità di rimanere molto più tempo all’interno delle strutture SPRAR. Di questo se ne deve essere consapevoli. Pertanto, con una “dotazione” di soli tremila posti di accoglienza, il Sistema di protezione può “permettersi” di prevedere che in alcuni di questi posti non sia possibile nell’anno un *turn over* di beneficiari?

Queste sono domande che dobbiamo porci, perché dalle risposte che vorremo o potremo, nel riconoscere la responsabilità del Sistema di protezione in merito a questa specifica presa in carico, si dovrà procedere alla costruzione di un percorso di definizione di nuovi standard di accoglienza.

DANILO PARODI, *Responsabile progetto SPRAR del comune di Genova.* Sono il responsabile dei progetti SPRAR per il comune di Genova, dove abbiamo 82 posti, 70 sul progetto dedicato alle categorie ordinarie, uomini soli e nuclei familiari, e 12 posti sul progetto categorie vulnerabili, minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo. All’interno di questi 82 posti passano sicuramente più 100-150 persone all’anno. Il comune di Genova eroga una serie di servizi precedenti all’ingresso in uno di quegli 82 posti e che vanno anche dopo l’uscita, che coinvolgono annualmente circa 250-300 persone.

Quando sento parlare di violenza istituzionale, avendo il ruolo anche di responsabile dei progetti, spesso chiamato come comune per ribadire talune regole o sanzionare taluni comportamenti, mi rendo conto che la realtà è molto più grezza di quella di cui abbiamo sentito discutere, e le domande che ci poniamo quotidianamente sono molto più semplicistiche. Naturalmente, parlo per me, ed abbassare il livello del seminario non è un compito facile da assolvere.

È necessario rendere merito al Servizio centrale per aver organizzato questo seminario, testimoniando la sua sensibilità verso la vulnerabilità dei soggetti con

disagio mentale, senza comunque trascurare le altre vulnerabilità di cui ci occupiamo.

C'è sempre più bisogno di tener conto di questo tipo di vulnerabilità, perché, rispetto alla tabella dei casi inevasi mostrata dalla dottoressa Di Capua, il senso di responsabilità fa sì che dai progetti locali, almeno dai miei per Genova, le segnalazioni di situazioni complesse siano sempre ridotte rispetto alla realtà. Vengono sempre filtrate. Noi segnaliamo pochissime persone, mentre quotidianamente, senza strumenti per realizzare un approfondimento, incontriamo persone che manifestano una di quelle forme di disagio mentale, che non esploderanno subito, ma magari produrranno danni per loro e per il contesto sociale.

Ho presente situazioni concrete in cui cerchiamo di fare le cose con gli strumenti a disposizione. Siamo esperti nel “fare il pranzo con i fichi secchi” e a volte facendo anche a meno di quelli. Il bisogno che si avverte sui territori è dunque più forte di quello segnalato.

L'anno scorso, abbiamo segnalato una persona che è stata accolta nel progetto del Centro Frantz Fanon, ma lo facciamo quando ci troviamo di fronte a situazioni nelle quali l'intervento dei servizi locali non riesce a produrre grossi risultati.

Per quanto riguarda i progetti specialistici o diffusi, credo che sia importante quanto è stato fatto con i fondi derivati dall'8 *per mille* per avviare in alcune realtà questi progetti specialistici. Penso che la ricetta vincente dello SPRAR sia sempre stata quella dell'accoglienza diffusa. Numerosi soggetti intervengono nella relazione con le persone, che sono tante, molte di più dei pochi che segnaliamo.

Nella prospettiva di svolgere un lavoro al meglio delle nostre possibilità, magari migliorando nel tempo le nostre capacità di intervento, considero importante attrezzare tutti i territori. Questi progetti si sono sviluppati a Roma, città che può contare su eccellenze e presenze, ma in cui ci sono 5.000 rifugiati, un numero che probabilmente va al di là delle potenzialità di un territorio metropolitano.

È quindi necessario dare forza ai progetti locali, alle piccole realtà come quella di Genova, che però non ha ancora esaurito le sue potenzialità. Bisognerebbe dare la possibilità di intervenire e di imparare. I servizi locali sono disponibili, ma hanno bisogno di crescere insieme a noi e insieme ai rifugiati, per affrontare un

fenomeno che comunque non si fermerà domani mattina. Bisogna aiutare il territorio a crescere.

Personalmente, non ho buone prassi da indicare. Il nostro compito è anche quello di lavorare nei confronti delle istituzioni. Siamo ancora una realtà quasi felice e il piano triennale degli interventi per l'integrazione degli stranieri della regione Liguria 2010/2012 indica tra gli ambiti di intervento prioritari quello dei rifugiati.

IVAN CARLOT, progetto SPRAR del comune di Venezia. Le questioni che intendo affrontare in questo intervento si riferiscono alla parte più recente della mia e nostra esperienza di accoglienza, ma non posso ricordare con voi che tutto ha preso avvio nel 2001, quando ha iniziato a strutturarsi la rete PNA-SPRAR. E' una parte che conosco direttamente, perché ci lavoro da quegli anni.

Mentre vi parlo mi viene subito in mente un giovane uomo trentacinquenne, baschiro, di nazionalità russa, un cosiddetto "caso Dublino", secondo me identificato come tale impropriamente, perché arrivava con un diniego dall'Austria. Quando è arrivato, si è presentato in maniera molto lucida e molto instabile. Dai suoi racconti è emersa infatti l'instabilità di cui soffriva da parecchio tempo. Raccontava di essere vittima di sottili persecuzioni anche molto violente. In questo caso, la diagnosi si accavallava con la sua domanda di asilo, tanto che poi ha ricevuto un altro diniego.

Questo, come tutti i casi affrontati in questi otto-nove anni, è collegato a me emotivamente.

Vorrei, dunque, fare una rapida carrellata di quattro storie per introdurre alcuni argomenti, perché preferisco sempre partire da alcune memorie personali. La parte centrale del mio intervento sarà dedicata invece alle nostre pratiche, ai nostri contatti e ai punti che volevo elencarvi.

Vi dicevo, dunque, che sono quattro i casi di cui mi preme parlare con voi anche per affrontare più temi come il permesso di soggiorno e dell'iter di asilo, perché fanno potentemente parte del contesto e del riconoscimento più in generale, quindi è un aspetto decisivo. Il primo caso riguarda un signore, che era inserito in un centro di circa cinquanta persone, che ha causato situazioni molto difficili a se stesso e agli altri. Oltre a lui e a tutte le sue peripezie, ricordo la grande pazienza, la grande sopportazione e la grande capacità di accoglienza che gli altri beneficiari hanno

dimostrato nei suoi confronti. Questo è il primo elemento del racconto che volevo mettere in evidenza.

Ci si è subito chiesti cosa fare, visto che questa persona causava difficoltà a se stesso, agli operatori e agli altri beneficiari, riflettendo sull'opportunità di inviarlo in un altro centro. Alla fine, è rimasto nel centro da giugno 2002 a dicembre 2003. Abbiamo aperto una riflessione e ha partecipato a un percorso con un centro diurno vicino al centro di accoglienza, che forse gli ha garantito qualche beneficio, anche se poi la sua condizione è peggiorata a seguito del diniego. Noi comunque abbiamo continuato a insistere con lui sull'uscita e l'abbiamo seguito per un periodo successivamente.

Il secondo caso riguarda un giovanissimo cittadino afghano di duplice etnia, aspetto molto importante, perché riportava nei tratti un'origine in parte tagica che cercava di nascondere, perché nel centro erano quasi tutti *Hazaran*. Questa persona è arrivata dopo due esperienze di comunità per minori, dove aveva avuto episodi importanti, per i quali era stato ricoverato in psichiatria e assumeva farmaci. Quando è arrivato, non voleva assolutamente spostarsi dalla comunità in cui risiedeva, e quindi si è aperta una fase contrattuale. Questa persona ha ricevuto una protezione umanitaria ed è rimasta in accoglienza dal marzo 2004 al febbraio 2005. Con lui abbiamo realizzato un cammino positivo, perché alla fine ha deciso di rimanere nel centro e noi abbiamo ereditato lo psichiatra di riferimento, con cui è nata una collaborazione tuttora attiva.

Il terzo caso è quello di una giovane donna eritrea giunta in Italia nel 2003. A Roma aveva fatto la domanda di asilo e aveva ricevuto uno *status* di rifugiata, ed è arrivata da Ravenna come vulnerabile, perché nel maggio 2007, esistevano già progettazioni specifiche, quindi era stata inserita nei posti destinati alle cosiddette categorie vulnerabili, con una diagnosi. Si è però dimostrata piuttosto manipolatoria e in seguito è diventata anche piuttosto aggressiva e violenta. L'accoglienza è durata esattamente un anno e ha posto parecchie difficoltà sia agli operatori che al personale interno al centro. Con lei non siamo riusciti ad aprire un terreno di cura attiva.

Il quarto caso è quello di una cittadina etiopica, originaria del Tigray, di trent'anni, con figli. Si tratta di un'altra tipologia, perché è arrivata da noi

nell'agosto 2005 ed è stata inserita all'interno del "progetto per ordinari" giacché sembrava una persona che dovesse seguire un percorso di integrazione. In seguito, le cose si sono molto complicate apparentemente per problemi fisici. Questa è un'altra tipologia frequente nell'esperienza di tutti noi operatori, anche perché questi problemi alludono a problematiche psicologiche e psichiatriche.

I progetti SPRAR di Venezia si avvalgono di personale specializzato, di persone preparate che fanno da supporto o da consulenti di percorsi strutturati, per seguire le persone con problemi, anche se manca questa definizione. Abbiamo molteplici contatti sia con i reparti psichiatrici dei due ospedali di Mestre e di Venezia, sia con i tre CSM della città, sia a livello di quartiere sia per supporti psicologici, sia per assistenza sociale incrociata con assistenze più specialistiche.

La mia prima riflessione riguarda il punto di equilibrio, che è stato richiamato più volte, tra l'esigenza di non considerare tutti vulnerabili – questo è già un compito piuttosto difficile, perché i beneficiari sono comunque molto esposti – e quella di prendere in attenta considerazione le vulnerabilità. Questo ha conseguenze sulla tutela e sull'integrazione. La tutela è qualcosa a cui siamo tenuti e l'integrazione diventa molto problematica nei casi di persone con vissuti disagiati.

Si rilevano conseguenze anche sull'altro capitolo delle conseguenze sull'accoglienza sia individuale che d'insieme, sia sui tempi, sia sui contenuti. Anche noi a Venezia tendiamo a rispondere alle difficoltà sui capitoli tutela e integrazione aumentando il capitolo accoglienza. Considero questo un atteggiamento poco produttivo, ritenendo importante non concentrarsi soltanto sul prolungamento della parte accoglienza. Si tratta infatti di una risposta squilibrante invece che equilibrante.

A Venezia diamo molto rilievo al contratto di accoglienza, che per noi rappresenta un rito. Stiamo ragionando su eventuali contratti di «fine accoglienza», ovvero su cosa avviene dopo, quando ci siamo comunque, ma in modo diverso.

Questa vulnerabilità produce una vulnerabilità dello SPRAR perché la presenza di queste persone produce tensioni sui tempi e sui modi da adottare e provoca interrogativi ai quali non è facile rispondere in connessione con una serie di altre istituzioni. Anche qui isolo la vulnerabilità specifica dello SPRAR da altre vulnerabilità.

In questi anni, abbiamo sperimentato l'importanza di dare risposte specifiche senza dare per scontato che si riesca a instaurare un rapporto benefico con le persone. Per me è sempre aperta la possibilità di interrompere e di accettare altri tentativi di risposta. Avere all'interno dei centri persone che hanno sollecitato fortemente i progetti è stato tuttavia un grande beneficio per me.

Sottolineo quindi nuovamente l'importanza del termine «beneficiari» e l'esigenza di tenere insieme persone con disagio e persone senza disagio. La malattia è infatti contagiosa, quindi il disagio a volte si propaga, ma anche la salute è contagiosa e anche l'agio mette a proprio agio. Questa è stata un'esperienza vissuta, perché abbiamo constatato come talora, senza particolari interventi, questo agio si diffonda.

La rilevanza dei contesti deve essere posta anche concretamente. Riflettiamo quindi lungamente sull'appartamento in cui mettere la persona, considerando l'ambiente in maniera molto specifica, e sui contesti culturali. Alcuni di questi casi sono stati seguiti principalmente da compagni di avventura, da beneficiari della stessa provenienza etnico-culturale. Le cose si sono risolte in parte grazie alla solidarietà di gruppo (famiglia, gruppo, microsistema).

Desidero sottolineare inoltre l'aspetto del viaggio. Qui è stato citato ampiamente come elemento stressogeno, che produce grande debolezza e grande esposizione, ma tuttavia nei percorsi di supporto e di consulenza alle persone è emerso come il viaggio sia anche un potentissimo elemento di risorse, perché la fuga può essere un fondamento. Il viaggio, che può durare alcune ore o molti anni e nei modi più diversi, è comunque il simbolo di un tentativo vissuto (fuggire, vivere, sopravvivere, migliorare). Non sottovaluterei quindi aspetti potenti, che a volte hanno risolto grandi problemi.

L'ultimo aspetto, che forse riassume il senso del titolo che ho scelto, è quello di mantenere vie multiple, di coltivare diverse possibilità di approccio verso le persone con disagi e di raffinarle anche attraverso questo tipo di confronti e con il desiderio di scoprire nuovi ambiti.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. I colleghi che ci stanno raggiungendo arrivano da Parma e sono rappresentanti del CIAC onlus, l'ente

che gestisce le attività di accoglienza per conto del comune di Fidenza che ha un progetto provinciale, perché coinvolge altri comuni del territorio, e rappresentanti dell'ASL di Parma, con cui si è avviato un grosso lavoro di diretta presa in carico delle persone, ma anche di crescita delle competenze e delle potenzialità del territorio di Parma.

Quest'anno l'associazione CIAC onlus di Parma, la ASL di Parma e altre tredici realtà del sistema di protezione hanno dato vita a un progetto finanziato con le risorse del Fondo europeo per i rifugiati denominato *Lontani dalla violenza*, che è un progetto di intervento per il supporto, l'accoglienza e la riabilitazione delle vittime di tortura e di persone che hanno subito violenza estrema.

Ringraziamo Michele Rossi dell'associazione CIAC, e Adele Tonini, ginecologa, che coordina il progetto. In qualità di ginecologa, Adele Tonini è stata un importante punto di riferimento per quanto concerne la presa in carico di donne vittime di violenza sessuale o di forme ricollegabili alla violenza sessuale come tortura. Salutiamo inoltre l'infettivologo Faissal Choroma della ASL di Parma e Marco Trevia, psichiatra della ASL.

ADELE TONINI, *Coordinatrice del progetto FER Lontani dalla violenza.*

Buongiorno. Sono abruzzese, ma ho studiato a Parma, dove ho vissuto e ho avuto una figlia che si chiama Lola. Sono stata ginecologa per moltissimi anni e ho fondato insieme ad altri, a molte donne, i consultori a Parma.

Mi hanno poi affidato l'ambulatorio per le donne immigrate, dove ho cominciato questa avventura. Vi faccio questa presentazione inusuale, parlando anche di me e della mia vita, perché l'esperienza che mi è capitata non è usuale. Fino a poco tempo fa, infatti, non è stato normale per un medico ginecologo occuparsi di immigrazione, figuriamoci di vittime di tortura!

Da quando me ne occupo ho un obiettivo: far sì che il maggior numero di colleghi, di ginecologi, di medici, di servizi sanitari comincino a non considerarlo così inusuale. Come evidenziato dal professor Morrone, non tutti si occupano di questi temi e lo considerano ancora strano.

A Parma, gli immigrati regolari rappresentano il 12 per cento della popolazione, e abbiamo un grosso numero di rifugiati e di vittime di tortura. Quando

ci siamo chiesti come organizzare questo spazio immigrati - che ho diretto fino a un anno e mezzo fa, in cui adesso lavora Faissal Choroma - abbiamo ritenuto, contrariamente a tutti coloro che pensavano che uno spazio dedicato fosse una ghettizzazione, che fosse invece una tappa fondamentale, visibile e accessibile, in cui ci sono delle competenze e la possibilità di creare una rete molto funzionale ed efficace con tutti gli altri servizi dell'azienda USL. Un'azienda USL deve essere capace di programmare, di sapere chi ha davanti e chi deve curare soprattutto quando questo gruppo nuovo rappresenta il 12 per cento della popolazione.

È dunque necessario acquisire competenze particolari e capacità di orientamento. Questo modello organizzativo ci ha permesso di fare formazione e di metterci in relazione con le altre istituzioni, quali comune, provincia, prefettura, questura. Questa rete è stata poi trasposta nel lavoro con le vittime di torture e nel coordinamento per i rifugiati realizzato con un protocollo siglato dall'azienda USL e dal CIAC. Si poneva infatti sempre il problema dello psichiatra, del medico legale, di come inserire questo tipo di attività in un servizio con orari e persone da visitare.

Abbiamo cercato di individuare le professionalità più immediatamente utili: lo psichiatra, il medico legale, il fisiatra/fisioterapista, l'ostetrica, che con me ginecologa realizzano un quadro completo per quanto riguarda l'azienda USL, mentre CIAC, le associazioni e le comunità per quanto riguarda il sociale. Credo che il modello funzioni.

Considero importante non perdersi a interrogarsi sull'opportunità di un servizio dedicato. Se in Emilia-Romagna, a Parma, c'è questa rete territoriale che per adesso funziona, dobbiamo sfruttarla perché le competenze devono essere utilizzate. Se la gente non sa come si cura una persona nigeriana, deve imparare, perché deve avere questa competenza nei servizi pubblici.

Vorrei rispondere alla domanda sulle motivazioni di un numero così esiguo di donne. La tortura è ormai una pratica comune a tutti i Paesi del mondo – nessuno immaginava di leggere quanto successo a Guantanamo o nelle nostre carceri – e un numero molto consistente delle vittime di tortura sono donne. La tortura inflitta alle donne è una tortura di tipo sessuale più che di genere, quindi, oltre alla difficoltà di raccontare la tortura, c'è anche il tabù di raccontarla.

Due giorni fa, abbiamo realizzato un convegno sulle mutilazioni genitali e

sulle donne che fuggono dalla violenza. Tutti voi siete a conoscenza delle 20/50.000 donne stuprate in Bosnia e dei numeri esorbitanti citati per il Rwanda, per cui si parla di 250.000 stupri etnici, ovvero di gruppi di uomini che stupravano le donne dell'altro gruppo per umiliare gli uomini che non erano stati capaci di difenderle.

Si è constatato come durante le guerre aumentino le violenze anche in famiglia. A queste si aggiungono le violenze camuffate da riti, come le mutilazioni, le migliaia di donne bruciate in India dai suoceri o dal marito in caso di mancato pagamento della dote, mentre in Pakistan vengono sfregiate. Sembrano tradizioni culturali, ma in realtà sono violenze nei confronti delle donne.

Avevamo inserito in questo gruppo anche la tratta e la prostituzione perché, essendo una forma di schiavitù, è una tortura. Salvatore Inglese, che è stato uno dei nostri formatori, ha però giustamente rilevato che la prostituzione delle donne africane e nigeriane in particolare non nasce adesso, perché c'è sempre stata all'interno dell'Africa e nelle tribù e nelle culture africane ha tutto un altro significato, perché è diversamente emarginante. Può essere infatti una scelta di gruppo, più familiare, mossa dal bisogno di denaro o dall'esigenza di acquisire potere nei confronti di un'altra tribù. In qualche modo, quindi, non è una responsabilità strettamente individuale e può essere addirittura qualcosa di sacrale.

Vorrei sapere se vi siate chiesti perché i centri di diagnosi e cura siano pieni di donne prostitute, che provengono soprattutto dalla tratta nigeriana e africana, mentre, a cominciare dagli anni '50, non ci sono prostitute italiane. Talvolta ci lasciamo facilmente prendere da luoghi comuni o pregiudizi, mentre è necessario considerare le piccole cose marginali che mancano. Nel chiederci come mai non ci siano prostitute italiane nei centri di diagnosi e cura, dobbiamo essere molto laici nel dibattito perché, se continuiamo a ripeterci le stesse cose, non compiamo alcun progresso.

Lascio la parola a Faissal Choroma, che si occupa di medicina generale nello spazio immigrati. Lo spazio immigrati è non solo il luogo in cui gli operatori portano le vittime di torture o i rifugiati per essere visitati, ma anche lo spazio in cui emergono i casi di vittime di torture. Grazie a una formazione in questo senso e all'anamnesi, vengono individuate, aiutate e inviate al CIAC o in altre associazioni. Esiste questa reciprocità.

FAISSAL CHOROMA, *Infettivologo ASL Parma*. Approfitto per ringraziare ufficialmente i responsabili del Servizio centrale per questa importante occasione di confronto tra operatori, di cui ci sarà sempre bisogno, e per la possibilità di far emergere fattori migliorativi della nostra azione, sperando sempre di giungere a una sorta di via italiana nell'affrontare questo tema come già fanno la Francia, che ha emanato direttive per i medici, gli Stati Uniti, l'Australia.

Desidero soffermarmi solo su alcuni punti, per spiegare come mai un infettivologo come me, che nello spazio salute immigrati si occupa anche di medicina interna o medicina di base, si sia trovato immerso in un discorso del genere. La dottoressa Adele Tonini, che fino ad un anno e mezzo fa era responsabile, ha aiutato me e la dottoressa Berghenti ad affrontare questo tema, che ci ha indotto a considerare come una struttura organizzata e dotata di mezzi statali non possa assolutamente affrontare da sola tutte le sfide che la tematica della tortura e delle vittime di violenza porta ad affrontare. Ormai è accertato che la sofferenza che deriva dalla tortura fisica e psicologica può anche abbracciare la comunità, oltre alla famiglia, in cui è inserito il paziente.

Questo disagio contagioso all'interno di quella comunità può accrescere la frattura sociale, laddove non favorirà il già difficile percorso dell'integrazione. Alcune evidenze scientifiche dimostrano che anche quindici o venti anni dopo il trauma il soggetto vittima di tortura può manifestare una fase di disagio psichiatrico, che lo porta all'isolamento sociale, alla devianza.

Come struttura pubblica, ci siamo sentiti in dovere di portare avanti un discorso di questo tipo allargando la base delle persone in grado di intercettare e fare emergere i soggetti vittime di torture.

Nonostante i devastanti effetti fisici e psichiatrici, laddove la divisione è del resto inesistente perché il danno fisico può trasformarsi in disagio psicologico e il disagio psicologico può presentarsi come sintomatologia fisica, questi soggetti vittime di trauma sono ignorati dal medico di medicina generale. Mentre di solito questa domanda è indiretta, complessa, multiforme, incostante, non afferrabile, quando esprimono il loro disagio con il corpo, se questa domanda di cura è insistente, il medico di medicina generale li considera seccanti, sebbene il medico di

medicina generale abbia solitamente già incontrato un soggetto vittima di violenza.

I medici che abbiamo interpellato, pur sapendo di aver avuto tra i loro pazienti vittime di tortura, non ricordano assolutamente tra i loro 1500 pazienti un soggetto che abbia subito violenze. Questo ci ha indotto a interrogarci su come poter interessare sempre più una fascia di professionisti, che costituiscono la base del sistema sanitario nazionale italiano e possono almeno effettuare la diagnosi, inviando il soggetto alla struttura competente, dotata di strumenti adeguati.

È quindi importante cercare di strutturarci sul territorio prima di affrontare questo discorso. Questo è molto difficile, perché s'incontrano resistenze e perché le nozioni universitarie di psichiatria acquisite dai medici di medicina generale o internisti non sono sufficienti. Spesso, dunque, questi medici non vanno oltre il trattamento dell'insonnia o di un leggero attacco di ansia, piuttosto che cercare di soffermarsi e capire di più la situazione.

Si cercherà dunque di fornire elementi definiti «indicatori», che abbiano un riscontro fisico. Questi si basano sul buonsenso, ma utilizzano anche i sintomi riconducibili al danno o i segni fisici che possono avere un collegamento, per cui i medici legali ci possono aiutare, per affrontare un discorso su un terreno neutro e compatibile con l'approccio di ogni professionista.

Condivido l'esigenza evidenziata da Giancarlo Santone di evitare che proprio le persone a maggiore rischio di patologia non accedano facilmente alle strutture sanitarie. Si tenta quindi di colmare il *gap*.

Da quando mi sono avvicinato alla tematica, ho evidenziato 5 casi di soggetti che per violenza sessuale subita hanno contratto infezione da HIV. Per loro il discorso è molto più complicato, come anche per quanto riguarda le gravidanze indesiderate, in quanto frutto di violenze sessuali. Mi risulta che allo SPRAR ci siano posti dedicati a minorati fisici o soggetti affetti da HIV. I tempi di permanenza in questa struttura di soggetti con tali problematiche devono essere rimodellati, per affrontare quella fase iniziale in cui la consapevolezza dell'infezione contratta provoca uno squilibrio profondo e una mancanza della visione futura. Talvolta occorrono mesi, per cui si deve dimostrare la volontà politica di affrontare il discorso sganciato nella sua complessità dal discorso generale.

Non sono riuscito a parlare di tutto, ma spero di avervi illustrato

adeguatamente da internista la necessità che ci ha spinto a creare questo coordinamento e ad affrontare il discorso in un'ottica comunitaria e sociosanitaria.

MARCO TREVIA, *Psichiatra ASL Parma*. Vi saluto e ringrazio l'organizzazione anche a nome dell'USL di Parma. Sono psichiatra del dipartimento e da 2-3 anni lavoro sul territorio a Parma. Prima, ho lavorato nel mantovano e nel reggiano, tutte province ad alta densità di immigrazione.

Desidero riassumere il mio intervento in due parti, una che metta in luce il possibile ruolo dello psichiatra di territorio nell'affrontare la psichiatria di comunità in anni in cui il territorio sta continuamente cambiando, l'altra che riguarda la mia esperienza di sei mesi di lavoro in coordinamento.

Ho preparato qualche diapositiva sul cambiamento del territorio della nostra comunità, a partire anche dalle considerazioni espresse dal professor Morrone questa mattina, che metteva in luce lo scarso interesse della collettività e delle istituzioni per uno dei problemi per cui oggi siamo qua. Questa appare però una scelta autolesionistica da parte della nostra società, visto che comunque essa sta cambiando sempre di più. I nuovi italiani che adesso consideriamo in sofferenza saranno sempre di più, perché insieme alle prime cominciano a esserci le seconde generazioni anche nei centri di diagnosi e cura o nei centri di salute mentale.

È quindi necessario tenere conto di come questa società stia cambiando e di come anche la prima o la seconda fase della psichiatria e dell'accoglienza da parte dei servizi sanitari debba passare dal particolare al generale, con un necessario cambiamento dell'offerta sanitaria, perché cambiano i bisogni. Tutti noi che siamo preposti a garantire accoglienza siamo dunque chiamati a un cambiamento e a una nuova organizzazione.

Sotto la guida della dottoressa Adele Tonini, stiamo allestendo un progetto pilota, che vorremmo condividere con gli altri operatori. Mi interessa sottolineare uno dei concetti centrali della psicopatologia classica del migrante o comunque dello psichiatra che si occupa del disagio psichico nel migrante: quello della doppia assenza, che rappresenta il nucleo del disagio, laddove una persona non è più parte della comunità di origine e non è ancora parte di quella in cui subentra. Nel caso del torturato c'è anche una terza assenza: c'è la cancellazione o la diluizione

dell'identità, che è l'obiettivo principale del torturatore.

In 7/8 anni di lavoro sul territorio mi sono occupato di psichiatria dei migranti, ma essere inserito in questo gruppo è stata una novità. Affrontare la problematica della tortura mi sta dando qualcosa di più, anche perché occorrono competenze molto più estese e integrate.

Il ruolo di uno psichiatra del territorio che lavora in un servizio di salute mentale, inserito in un coordinamento specifico come quello che rappresentiamo, è certamente anche clinico. Oltre a effettuare le visite e impostare le terapie, cerco però di seguire le persone che mi vengono affidate. La cosa più importante nel mio ruolo è promuovere un'integrazione multidisciplinare tra i vari soggetti del coordinamento, e di collegamento con le diverse aree che rappresento, perché dall'USL sono stato delegato a partecipare, e quindi coinvolgere i servizi sociali, i miei colleghi e i miei responsabili, informare, costruire o consolidare una rete di collegamento con il privato sociale e con i servizi sociali, supervisionando insieme a loro l'andamento dei diversi progetti seguiti e quindi delle prese in carico individualizzate.

Questo mira a non psichiatrizzare tutti gli esiti di tortura o le persone con disagio a noi affidate, perché, come sottolineavano i colleghi questa mattina, l'essere torturato non significa avere un disagio psicopatologico: significa avere una reazione psicopatologica anche molto pesante, che a volte rientra in disturbi psicotici franchi, ma bisogna stare molto attenti, perché anche la mia presenza come psichiatra può stigmatizzare un certo tipo di presa in carico.

In base alla mia esperienza, rispetto a un lavoro etnopsichiatrico o di psichiatria transculturale sul territorio, il mediatore linguistico-culturale si rivela meno importante, anche perché spesso alle persone che vengono da noi aumenta la diffidenza nei confronti di soggetti della loro stessa etnia o comunque del loro stesso Paese, perché temono che questi possano riferire qualcosa alla fazione concorrente, che può continuare a rappresentare un pericolo per la loro famiglia rimasta nel luogo natio.

Questa mia partecipazione insieme ai colleghi, che ringrazio per avermi coinvolto in questa esperienza, mi sta dando molto anche dal punto di vista della mia quotidiana attività di psichiatra sul territorio, perché la comunità è questa e prima o

poi dovremo prenderne atto. Si può continuare a sostenere giustamente che tali argomenti interessino poco la nostra società e la nostra opinione pubblica, ma fra venti o trent'anni i nuovi italiani saranno anche loro e la loro crescita dipende anche da noi. Bisogna esserne consapevoli. Vi ringrazio.

MICHELE ROSSI, Associazione CIAC onlus di Parma, ente gestore del progetto SPRAR del comune di Fidenza e capo-fila del progetto FER Lontani dalla violenza. Ho la grande responsabilità di tirare le conclusioni in pochissimo tempo, quindi mi dovrete scusare per la fretta.

Per quanto riguarda la trasformazione dei territori, come CIAC abbiamo voluto promuovere un'azione di emersione e sensibilizzazione in sede territoriale di fenomeni quali la tortura e altre problematiche legate alla presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati, ma anche esercitare, attraverso il nostro operato e i vari progetti, una sorta di sollecitazione alla trasformazione dei servizi dei territori, sia sanitari che sociali. È infatti necessario stimolare una risposta di territorio a una complessa presa in carico multidimensionale rispetto alle problematiche di tipo giuridico, sociale e sanitario.

Desidero sottolineare l'esistenza di un pre-SPRAR, che è il momento di maggiore necessità e di minore possibilità di accesso ai servizi sanitari e sociali. A Parma, tale periodo dura a lungo, dall'espressione della volontà di richiedere la protezione internazionale alla formalizzazione. C'è anche un post-SPRAR, perché i progetti finiscono e i soggetti vulnerabili hanno carenze da un punto di vista di reti di supporto, di autonomia individuale e di altre risorse.

La dimensione temporale ci ha orientato in questo tentativo di costruire strumenti operativi atti a realizzare progetti individualizzati di medio periodo, che partano prima della possibilità di beneficiare di un progetto SPRAR e possano anche, qualora ve ne sia la necessità, concludersi dopo. Avevamo individuato questi come punti estremamente delicati anche rispetto a possibili fenomeni di ritraumatizzazione.

È dunque opportuno ripensare i modelli. Il progetto dello SPRAR, che tutti i comuni in provincia di Parma seguono, a eccezione del capoluogo, che ha il suo progetto, è integrato a una rete di servizi territoriali più ampia. Uno dei nostri criteri-

guida è rappresentato dalla grossa disparità numerica tra chi può accedere allo SPRAR e chi purtroppo non ha questa opportunità. Come operatori di un progetto SPRAR, abbiamo considerato nostro dovere adoperarci per ridurre questa disparità. L'altro criterio era comprendere la tortura, provare ad analizzarla attraverso chi l'ha subita e cercare, attraverso questa comprensione, di individuare strumenti per realizzare azioni terapeutiche di segno opposto.

Su questi criteri abbiamo sviluppato un'azione formativa e interessato i territori, in particolare l'USL. Ne è nato un coordinamento con un protocollo di intesa, che riunisce figure sanitarie, figure sociali, personale pubblico e privato, e che ha cambiato l'approccio stesso al lavoro. Se infatti prima questo avveniva sull'onda dell'emergenza, andando a individuare bisogni specifici sui quali costruire percorsi, la nascita di un coordinamento e la possibilità di fare una progettazione condivisa e coordinata di interventi sociali e sanitari ha invece consentito di inserire un fattore di programmazione, che deve essere verificato, monitorato e seguito in corso d'opera. Questo ha anche permesso di coordinare rispetto ai tempi e di affidare un valore – passatemi il termine, che uso per semplicità terapeutica – a misure molto semplici, in un arco di opzioni che vanno dall'assistenza sociale all'assistenza economica, ai corsi di alfabetizzazione, ai laboratori ludici espressivi e ad altri piccoli strumenti che siamo riusciti ad allestire per costruire un ventaglio di opportunità da decidere insieme ai medici referenti delle diverse aree e sulla base di esigenze specifiche fortemente individualizzate, che attengono a dimensioni quali socializzazione o disagio mentale.

Abbiamo provato a formalizzare questa metodologia, in modo da rendere verificabile, osservabile, valutabile, giudicabile il nostro operato, aspetto importante per promuoverlo in sede di territorio dove, soprattutto rispetto alla dimensione temporale del dopo progetto dedicato, in cui si concentrano esperienze e competenze specifiche, vengono chiamati in causa anche i servizi sociali.

In questo senso, è stato svolto un lavoro capillare, comune per comune, distretto per distretto, inserendo nei piani di zona referenti sociali, facendo la formazione degli assistenti sociali e costruendo questa rete di supporto da preallertare sin dagli albori del progetto.

Considero questo un importante elemento di tutela per persone che vivono

problematiche psicologiche o psichiatriche, perché previene una serie di difficoltà quali ad esempio una mancata presa in carico da parte dei servizi sociali per problemi dovuta a ragioni collegate alla residenza, come verificatosi per una donna incinta in forti difficoltà. Giungere a protocolli attraverso i piani di zona, piuttosto che con il coordinamento, definire prassi, far lavorare fianco a fianco operatori di diversi servizi è riuscito a creare efficaci sinergie per fronteggiare problematiche estremamente complesse.

Il rapporto con il territorio è non solo con le istituzioni, ma anche con il tessuto. Noi, ad esempio, abbiamo un florido tessuto di cooperazione sociale. Abbiamo testato con il progetto *Lontani dalla violenza* la formula della borsa lavoro terapeutica. Cooperative sociali, che hanno maturato un'esperienza storica e radicata di presa in carico di situazioni psichiatriche, si sono formate insieme a noi sul tema della tortura e hanno realizzato percorsi individualizzati di borse lavoro, che in questi mesi in un numero abbastanza elevato hanno portato all'assunzione. Il problema della costruzione dell'autonomia anche abitativa viene risolto allo stesso modo, tappa per tappa su un progetto di medio periodo.

L'assunzione di una responsabilità in merito alla trasformazione dei servizi nella loro accezione più globale e dei territori ha portato a elaborare prassi e modelli organizzativi, che crediamo possano contribuire all'elaborazione che si sta realizzando.

FABRICE OLIVIER DUBOSC, *Scuola di psicoterapia etno-sistemico-narrativa di Roma*. Sono psicoterapeuta e lavoro in ambito clinico, in materia di formazione e supervisione. È molto difficile fare un intervento non soporifero a questo punto della giornata.

Anche rispetto al tema di questo seminario rilevo una straordinaria ricchezza e diversità degli interventi. Mi sembra quindi che siamo in una fase di attivazione delle risorse attivate dalle avversità come operatori, che danno luogo a una pluralità di risposte. Nella rete SPRAR si evidenziano infatti risposte di accoglienza di primo livello, come a Venezia dove si attiva un'articolazione interna estremamente ricca. Ci sono problemi di articolazione tra prese in carico di primo livello e prese in carico di secondo livello di tipo istituzionale, sinergie tra ASL e altre strutture.

Credo che questo pluralismo rappresenti una ricchezza, perché quello che funziona se costruito all'interno di un contesto non necessariamente può essere esportato in un contesto che l'ha costruito in modo diverso. Di fronte alla diversità di impostazione teorica che abbiamo ascoltato questa mattina, è opportuno valorizzare innanzitutto il sentimento comune di partecipazione alla sofferenza psichica di chi arriva, che, a prescindere da differenze teoriche, accomuna chi svolge questo tipo di lavoro, in una prospettiva terapeutica in cui dovremmo sempre ricordare che i più vulnerabili sono coloro che non ce l'hanno fatta. C'è chi non è arrivato o non è neanche partito.

Credo che fare una riflessione sulle dinamiche e anche sulla violenza istituzionale significhi essere non meno scientifici, ma anzi ancor più scientifici. Rispetto alla sofferenza psichica, è molto più facile verificare la correlazione di una singola variabile con l'evento traumatico, verificando ad esempio che la amigdala è stata in parte danneggiata. Non è però oggettivabile quanto la funzione non danneggiata della amigdala possa ancora operare nel sistema complessivo, che non è fatto di singole variabili, e ha una sua logica interna in quanto sofferenza psichica. Non potrei mai oggettivare la sofferenza psichica di una persona. Questo è lo specifico del lavoro con il disagio psichico: bisogna procedere in una complessità, che richiede strumenti molteplici e multidisciplinari.

La scientificità dovrebbe includere ad esempio una riflessione su come sono costruiti i disegni di ricerca. Questa mattina, ho visto dati per cui tra traumatizzati, non torturati e torturati la *ratio* era sempre più o meno di 1 a 5, ma in un caso era il 13 per cento che ha sviluppato il PTSD, in un altro il 60 per cento. La modalità di costruzione deve quindi essere osservata scientificamente, laddove esistono molte ricerche sulla costruzione della scienza in laboratorio.

La scientificità dovrebbe includere anche una riflessione su come vengono interpretate i dati e utilizzati i concetti. Lo stesso concetto di salute mentale, che è stato più volte citato questa mattina, viene pensato come un concetto in equilibrio statico o dinamico? Un equilibrio è per definizione dinamico, ossia la salute mentale sarebbe la capacità di metabolizzare qualcosa che arriva dall'esterno e crea angoscia o squilibrio. C'è però una serie di domande che si pongono di fronte a un'irruzione traumatica estremamente catastrofica e violenta, se sono ancora dentro questa

immagine ideale di una possibile metabolizzazione di un equilibrio. Se la risposta è affermativa, chi fa questo processo ha qualcosa da insegnare a me, non io a lui. Condivido le considerazioni di Losi sulle risorse residue.

Tra l'altro, pensando a questa immagine della salute mentale, guardavo queste due immagini. Qui siamo nella sede dei pompieri, in cui viene rappresentata l'immagine eroica dell'equilibrio, per cui perfino nudi non sono vulnerabili, perché devono riparare alle catastrofi e ai traumi più terribili. Questo è un tipo di immagine leggermente perturbante di salute mentale.

Metodologicamente, direi che per arrivare a una definizione di vulnerabilità sostenibile si deve valutare cosa porto nel contesto come psicoterapeuta. Di fronte a determinati comportamenti, impulsi aggressivi, non controllabili, ripetuti, ipotizzo subito un certo tipo di diagnosi. Vorrei citare un breve esempio di come questo approccio, se non accettato criticamente, possa falsare il campo di intervento. Si tratta di un piccolo gruppo di rifugiati eritrei al di fuori della rete SPRAR, che la prefettura di Arezzo aveva collocato in un paesino dell'Appennino toscano.

Poiché erano arrivati nel cuore dell'inverno, la ASL aveva chiesto loro di fare una vaccinazione antinfluenzale, perché li reputava vulnerabili. Alcuni di questi si sono quindi scompensati in modi inquietanti, che potevano generare anche una presa in carico di tipo psichiatrico. In seguito, si è compreso che nel loro contesto rurale chi cura toglie sempre qualcosa dal corpo. L'idea che in un corpo sano si immetta qualcosa per curarlo non era comprensibile, per cui è stata necessaria una decodificazione di questo malinteso.

Credo che, anche a livello della presa in carico di primo livello una maggiore attenzione alla formazione, al dialogo e all'attivazione delle risorse e delle esperienze già esistenti, che consenta una miglior presa in carico e di utilizzare creativamente questi malintesi per rafforzare le narrazioni vitali e le risorse residue, potrebbe essere una grande occasione di valorizzazione delle nostre stesse risorse, che in questo momento sono anche un po' affaticate.

GIANFRANCO SCHIAVONE, ICS Trieste, ente gestore del progetto SPRAR del comune di Trieste. Cercherò di essere molto sintetico. Dirò poco della progettazione di Trieste, mentre vorrei spostare la riflessione sulla definizione di alcune strategie di

percorso.

Come coordinatore del già citato progetto FER *Lontani della violenza* - che al momento è la rete di presa in carico delle vittime di tortura più estesa, perché coinvolge una rete di quattordici città – ho cominciato a definire alcuni percorsi. Siamo sicuramente dentro un contesto ampiamente sperimentale, in cui la pluralità degli approcci deve essere salvaguardata, insieme a quella delle esperienze. Questa pluralità però non può muoversi nel caos, considerando possibile ogni esperienza e senza la definizione di un percorso nazionale, che poi potrà anche essere rivisto nel tempo, ma che segua alcuni parametri.

Individuo tre nodi: il sistema SPRAR, il sistema dei CARA e il sistema dei servizi sociosanitari. Dopo aver effettuato, anche recentemente, monitoraggi, visite, corsi, ritengo che oggi il sistema CARA non sia idoneo ad affrontare questi problemi e che sia necessario rafforzare i percorsi per la rapida emersione delle persone con disagi rilevanti, ai fini di una loro diversa collocazione. Questo deve essere al più presto formalizzato. Anche se non è esplicito, questo non contrasta con il decreto legislativo n. 140 del 2005, e c'è lo spazio per una direttiva ministeriale in questo senso.

L'accoglienza dello SPRAR sarà l'oggetto principale anche della discussione di domani per quanto concerne la modifica dei tempi, dei modi e dei criteri con i quali realizzare i percorsi all'interno del sistema. Una volta chiarito che il sistema CARA rappresenta non una risorsa, ma un aspetto problematico, la cui complessità non possiamo sviluppare in questa sede, il punto nodale è come collegare in una sperimentazione virtuosa e di lungo periodo il sistema dello SPRAR con il sistema sociosanitario nazionale.

Non dobbiamo inventare strutture parallele, perché i progetti devono essere funzionali alla crescita del sistema, che oggi ha due grandi problematiche, la prima delle quali è relativa al confronto e all'approfondimento dei temi, al profondo cambiamento della tipologia di utenza, che ha portato sul terreno problematiche che per i cittadini italiani non esistevano in quelle dimensioni e con quelle dinamiche culturali.

Abbiamo un problema di formazione e un problema connesso di programmazione, laddove non esiste ancora una programmazione sociosanitaria che

tenga conto dell'esistenza nel nostro sistema di utenze, il cui numero giustificherebbe un inserimento in una programmazione sociosanitaria. Abbiamo un grande assente a questo dibattito, le regioni, la cui competenza in materia sanitaria è materia primaria.

Questo quadro mi induce a ritenere che il percorso dovrebbe essere abbastanza chiaro, partendo dal sostenere progetti dentro un quadro di programmazione nazionale che lasci massima libertà di azione anche ai diversi approcci, ma i cui principi minimi richiedano di definire un numero significativo di realtà nelle quali vi sia la presa in carico di numeri definiti, tendenzialmente piccoli, per evitare deliri di onnipotenza, e il più possibile diffusi nelle realtà che aderiscono allo SPRAR, la capacità di inserire le situazioni con problematiche di salute mentale dentro percorsi ordinari. Siamo infatti consapevoli di come la normalità sia il primo veicolo per l'inserimento e la riabilitazione psicofisica delle persone coinvolte, ma all'interno di contesti in cui si hanno capacità, competenze e risorse, il cui numero deve essere definito.

Queste risorse e queste competenze non possono essere slegate da un accordo, una programmazione, un protocollo tra il progetto e il servizio sociosanitario locale. Ce ne sono alcuni a Trieste e Parma, il SaMiFo, e recentemente altri stanno maturando. L'obiettivo di *Lontani dalla violenza* era diffonderlo altrove, ma esistono modelli diversi: non possiamo immaginare un progetto in cui non ci sia un modello. All'azienda deve essere chiesto un coinvolgimento effettivo, perché, se non c'è la disponibilità a mettere almeno una piccola quota in termini di risorse o di servizio, i meccanismi possono diventare burocratici e dannosi.

Ci deve essere una piccola disponibilità, ma è necessario anche – punto nodale – offrire risorse per rafforzare il personale in servizio attraverso la formazione, perché in un periodo di tagli anche ingiustificati è impossibile limitarsi a chiedere: deve essere dato di più. Inserire tutto questo in una programmazione nazionale, pensare ad esempio a un gruppo di lavoro, a un comitato di monitoraggio delle dieci o quindici esperienze esistenti non è facile, ma non è neanche impossibile.

A questo dovrebbe partecipare almeno un referente per ognuna di queste

sperimentazioni più un comitato scientifico nazionale, in modo da monitorare all'inizio con larghezza gli sviluppi delle sperimentazioni locali, con il chiaro obiettivo che le condizioni su quel territorio si modificano, si sedimenti una realtà nuova e qualche regione decida di inserire nella programmazione dei piani sociosanitari regionali le sperimentazioni più riuscite, i modelli maggiormente efficaci, in modo da ritirare il progetto dopo qualche anno, perché il sistema dei servizi inizia a modificarsi strutturalmente.

Oggi, con le sperimentazioni esistenti siamo in grado di farlo, se c'è la buona volontà di non inseguire spinte centrifughe che inducano ciascuno a realizzare la propria unica realtà di riferimento, altrimenti si metterà qualche risorsa per finanziare finché c'è un fondo. Quando il fondo si esaurirà, finirà quella sperimentazione, ma qualcuno ne avrà usufruito, qualcuno farà un convegno in cui citerà numeri sempre molto elevati e difficilmente contestabili da terzi, ma la realtà strutturale della programmazione sociosanitaria non sarà cambiata. Questo è lo spunto di discussione che intendevo dare per il resto del dibattito.

MARIE THERESE MUKAMITSINDO, *Presidente della cooperativa Karibu, ente gestore dei progetti SPRAR dei comuni di Sezze e Roccamare*. Gestisco due centri d'accoglienza a Roccamare e Sezze. Non vi dirò cose importanti come quelle di questa mattina perché mi ritengo un'operatrice sociale, che finora si muove nella giungla. La mia debolezza è il costante tentativo di immedesimarmi nella persona che mi sta di fronte. Il mio punto di forza è credere che ognuno di noi con la sua debolezza mentale abbia uno o più strumenti. Se avremo la volontà di individuare questi strumenti, che poi andremo a confrontare con gli strumenti del territorio, riusciremo a costruire un percorso per questa persona.

Quando mi hanno detto che avrei dovuto esprimere una mia riflessione, ho pensato a come queste persone arrivano da me, a come ne riconosco la vulnerabilità. Ci sono le segnalazioni del Servizio centrale, dei centri dai quali provengono e delle persone che vivono insieme a loro. A Roccamare, abbiamo un immobile dove si svolge una vita in comunità, mentre a Sezze abbiamo appartamenti autogestiti.

La prima cosa che posso chiedere è la sicurezza della segnalazione delle persone. Talvolta, infatti, la persona problematica e vulnerabile non viene

individuata, ma è considerata tranquilla e molto gentile, e solo successivamente ci si rende conto che costituisce un problema. Può avvenire anche il contrario: una persona considerata molto problematica può rivelarsi tranquilla.

La nostra rete dello SPRAR deve cominciare a funzionare sulle segnalazioni degli operatori che gestiscono i centri. Le seconde segnalazioni provengono dalle ragazze che riferiscono i problemi delle compagne di stanza, raccontandoci che la notte non dormono, ma piangono. La mattina sono quelle che partecipano maggiormente al programma, seguendo il corso d'italiano, il laboratorio. Altre segnalazioni riguardano bambini che magari hanno uno strano rapporto con la mamma o di mamme che sembrano voler fare tante cose, ma manifestano una grande paura. Tutte queste persone nel corso del tempo dimagriscono. Ho scoperto che una persona stava molto male perché aveva un bambino di due anni e mezzo e ogni volta che si presentava per il colloquio il bambino dormiva per terra come se avesse assunto una grande dose di un medicinale.

Sono contraria a sostenere l'esistenza di un modello: affermando l'esistenza di un modello, dimentichiamo di mettere la persona al centro. Se una persona è in grado di arrivare in Italia perché magari i suoi genitori hanno scommesso sulla sua salvezza perché lo consideravano più forte, parto dal presupposto che, se viene seguito, possa riuscire a fare qualcosa.

Per quanto riguarda il territorio, ultimamente i comuni non hanno fondi, quindi non possiamo avanzare loro richieste che non sono più in grado di soddisfare: non riescono più a intervenire per gli italiani, figuriamoci per gli stranieri!

Considero necessario creare centri dedicati a queste persone. Per l'integrazione è opportuno predisporre un centro di accoglienza nella città, in modo che queste persone comincino a entrare in contatto con la popolazione locale. Purtroppo, però, si scopre che alcuni sono state vittime di tortura solo alla fine del loro percorso, al momento dell'uscita dal centro. Si tratta di persone che magari si sono inventate un nome, hanno raccontato una storia non loro, perché volevano nascondere la propria, che al momento dell'uscita non si sentono ancora in grado di aprirsi al mondo.

Spesso, a quel punto qualcuno sospetta che non vogliono andare a lavorare, ma non è così: in realtà hanno paura di rivedere la loro identità. Molte cose

impediscono di essere se stessi. Qualcuno sostiene l'esigenza di agire per la maggioranza, ma dipende dal percorso dell'infanzia. Una nigeriana, che è stata sempre venduta dalla mamma e che è finita sulla strada, ha un rifiuto nei confronti della propria vita che talvolta lo porta a compiere azioni violente come il suicidio.

Tutti questi casi devono essere seguiti. Se però questa persona urla in un appartamento in città, i carabinieri vorranno proteggere la popolazione locale e il Comune solleciterà gli operatori a non collocare in quella sede una persona veramente aggressiva. Anche quando è necessario un ricovero obbligatorio per cui serve la firma del sindaco si presenta un problema reale, che viviamo tutti i giorni.

Siamo finanziati dal Ministero dell'Interno. A Sezze, abbiamo fatto una splendida esperienza, che ha dato la possibilità di parlare alle persone, ma per mancanza di fondi si è interrotta. Abbiamo fatto un laboratorio di *social dream* che, sognando insieme agli altri, suscitava il desiderio di parlare. Abbiamo fatto un Laboratorio dell'arcobaleno per vedere a quale colore si sia arrivati nel percorso della vita. A differenza del *social dream*, che era un laboratorio scientifico, abbiamo inventato il Laboratorio dell'arcobaleno per indurre le persone a parlare e scoprire quello che sentono. Se però il Ministero non finanzia queste iniziative, non possiamo andare avanti perché il comune non è in grado di dare un cofinanziamento corposo e bisogna bussare alle porte della provincia, della regione.

È fondamentale la formazione di assistenti sociali e psicologi senza una religione o scuola determinate: la scuola insegna non come esercitare la professione, ma l'interesse della persona. All'interno di queste convenzioni con le aziende sanitarie locali, quindi, è necessario formarli per essere più accoglienti e più aperti. In un intervento è stato evidenziato come alcuni rifiutino i mediatori culturali, perché nascondono qualcosa e temono che il mediatore culturale possa scoprirlo. Altri considerano invece indispensabile questa figura, perché li aiuta a realizzare un percorso.

Dovremmo riflettere sui casi concreti. Le parole sono importanti, ma dobbiamo intervenire nella pratica di tutti i giorni.

CARLA CREMONESE, Responsabile del Centro salute mentale della clinica psichiatrica di Padova. Ho portato la nostra esperienza di Padova, ma cercherò di

essere molto sintetica e veloce. Sono una psichiatra e sono responsabile del Centro di salute mentale della Clinica psichiatrica di Padova. Collaboro con il comune sul progetto SPRAR per l'accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo. E' una collaborazione a titolo personale, nel senso che non c'è alcun accordo, né un servizio dedicato con l'USL. Il direttore della clinica psichiatrica ci lascia molto liberi e favorisce queste iniziative, ma non esiste nulla di istituzionale.

La collaborazione è iniziata progressivamente qualche anno fa per alcune situazioni difficili per le quali era stato richiesto un mio intervento, che si è gradualmente organizzato con una supervisione mensile al gruppo degli operatori che si occupava dei rifugiati, quindi con la coordinatrice del progetto e con gli educatori che giornalmente si occupavano dei beneficiari.

A Padova, attualmente la popolazione straniera ammonta a circa il 13,5 per cento, quindi è abbastanza alta rispetto ad altre zone d'Italia. Attualmente, le domande per richiedenti protezione internazionale ferme in questura sono 632, mentre i posti-letto sono 15. Solo una piccola parte di questa popolazione può quindi usufruire di questi servizi. Altri vengono inseriti in altre strutture come il Sant'Antonio anche private, e altri restano in lista d'attesa.

Nel servizio SPRAR dal 2006 sono passate 67 persone, la maggior parte uomini, perché i posti-letto sono 11 per gli uomini e 4 per le donne, mentre allo sportello ci sono circa 800 richieste all'anno. In passato, rischiavamo il cortocircuito perché gli operatori si allarmavano per un ospite della comunità e l'attenzione si concentrava prevalentemente su una persona, che diventava il problema della comunità, per cui, finito un problema, ne cominciava subito un altro. Da questo sono cominciati gli incontri, per valutare con gli operatori quali fossero le loro difficoltà.

Nel corso di questi due anni di collaborazione, è emersa la difficoltà di accettare l'esistenza della sofferenza mentale. Loro sono educatori, quindi non hanno una formazione psichiatrica specifica, ma si trovavano davanti a persone che la mattina non riuscivano ad alzarsi, non facevano quello che avrebbero dovuto fare, non rispondevano alle loro richieste. Loro si impegnavano per procurare appuntamenti per andare a cercare il lavoro, per fare le domande, ma questi si perdevano, arrivavano in ritardo, sbagliavano l'appuntamento, per cui sembrava quasi che boicottassero il progetto.

Attraverso il confronto, si è sviluppata una maggiore capacità di ascolto dell'operatore nei confronti dell'ospite e l'ospite è riuscito a manifestare le proprie difficoltà. A questo punto il mio intervento si è limitato alle persone che mostravano maggiori difficoltà o avevano disturbi particolari. Un uomo ripeteva ad esempio di non riuscire a fare niente di giorno perché di notte non riusciva a dormire, in quanto continuava a pensare ai suoi familiari in Africa, perché era stato costretto a scappare e non ne aveva alcuna notizia. Era quindi necessario aiutare questa persona a riprendere sonno per poter riprendere un tipo di vita normale.

L'ascolto degli operatori ha permesso di trovare strade di comunicazione, di discutere con l'ospite sulle motivazioni del ritardo, per creare una relazione di accompagnamento. All'inizio veniva siglato un contratto con le persone che entravano, in cui si stabiliva che nel progetto avrebbero seguito il corso di italiano, avrebbero trovato un lavoro e dopo sei mesi sarebbero usciti, ma è inverosimile che in sei mesi si riuscisse a fare tutto, infatti non succedeva mai. Invalidando la conclusione a sei mesi, veniva costantemente messa in discussione l'uscita, perché ogni beneficiario sosteneva che gli era stata detta una cosa non vera, per cui si rifiutava di uscire. Si creava quindi un cortocircuito in cui era previsto l'ingresso, ma si perdeva di vista l'uscita.

Si è dunque cercato di riformulare il progetto, evitando di renderlo meccanico, assicurando alla persona un tempo di permanenza in cui ci saremmo impegnati in questa direzione, senza promesse inverosimili, ma fornendo i mezzi perché questo potesse succedere. Questo è stato accettato positivamente dagli ospiti, che hanno considerato gli operatori meno onnipotenti, laddove prima ritiravano le loro capacità con una conseguente perdita di autonomia personale.

Si trattava del tentativo di elaborare un percorso con loro, in modo che l'inserimento nel progetto rappresentasse un punto di arrivo e contemporaneamente di partenza: un punto di arrivo nel senso di essere finalmente giunti in un posto che si prenderà cura di loro, ma che non è la fine, è semplicemente un punto dal quale ricominciare. Si fa quindi intravedere dall'inizio che quel punto diventa il momento di riprogettazione del proprio futuro, così difficile in persone di questo tipo, la maggior parte delle quali presenta un disturbo post-traumatico sotto soglia, ovvero una serie di sintomi che limitano le funzioni e le capacità della persona.

I frequenti fenomeni dissociativi rendono la persona sostanzialmente meno autonoma – questa mattina si parlava di *memory box* –, perché qualcosa impedendo di ricordare impedisce di programmare. Questo ha comportato vari problemi per persone che nelle Commissioni hanno riferito cose assolutamente stravaganti, ricevendo quindi un diniego. Abbiamo quindi dovuto predisporre una relazione che spiegava come fossero state indotte a raccontare assurdità perché non erano più in grado di raccontare quanto era realmente accaduto.

È necessario riposizionarsi sulla persona, ripensando il momento dell'ingresso come un inizio del futuro, aspetto promosso dagli operatori stessi, come se la mia presenza fosse il momento di ascolto in cui gli operatori potevano affrontare le loro ansie, la sofferenza, la fatica di avere a che fare con storie così difficili e angoscianti, di restare nell'attesa di una risposta da parte della Commissione, di una risposta di lavoro, di qualsiasi risposta. Restare sospesi pone infatti una grossa difficoltà. Si può quindi riuscire a superare questi momenti pensando a una nuova progettazione e a quello che queste persone riescono a riprogettare e a ripensare anche nei confronti dei familiari rimasti in patria, per sentirli, incontrarli e addirittura farli a venire qua.

GEMMA CARTECHINI, *Associazione GUS, ente gestore del progetto SPRAR del comune di Jesi e Porto San Giorgio*. Come psicologa, mi occupo di sostegno dei richiedenti asilo e rifugiati politici in due progetti, quello di Jesi e da due mesi quello di Porto San Giorgio, uno dei progetti SPRAR citati oggi, che accoglie persone con disagio mentale.

Noi operatori di progetto ci siamo trovati a confrontarci con forti forme di disagio mentale, tra cui l'episodio psicotico di un ragazzino di quattordici anni, che ci ha immobilizzati come *équipe* di lavoro sotto tante forme. Ho infatti verificato sulla nostra pelle quanto sia forte il dolore di queste persone e quindi quanto il progetto sia incapace di rispondere, se non convergendo tutte le forze solo sul paziente, tanto da far sentire trascurati gli altri beneficiari.

Di qui è nato il nostro impellente bisogno di rivolgerci al direttore del Dipartimento di salute mentale di Jesi, perché, non avendo a disposizione uno di quegli istituti ai quali chiedere come fare, ci siamo rivolti al territorio, perché credo

che il mandato dello SPRAR sia anche questo. Abbiamo trovato quindi il dottor Massimo Mari, che è il direttore del Dipartimento di salute mentale, oggi purtroppo assente per impegni istituzionali, con cui abbiamo iniziato un confronto sulla salute mentale.

Da queste riflessioni è nato un corso di formazione che il Dipartimento di salute mentale farà a noi operatori dei due progetti sulla presa in carico dei portatori di malattie mentali, perché abbiamo inteso eliminare le categorie, *in primis* quella di rifugiato, e cercare la persona, il concetto di salute e di malattia, gli ambiti in cui operano gli SPRAR. Questo per noi è stato illuminante, perché non è semplice parlare con le istituzioni. Personalmente, sono trentenne e precaria, per cui ho le mie paure, ma non è comunque semplice parlare con servizi talvolta sclerotizzati come le psicosi.

Il corso è *work in progress*, per cui oggi porto con me alcuni spunti per integrarlo, perché questi momenti si rivelano estremamente utili e il dottor Mari, che fa parte delle istituzioni, è molto flessibile. Credo quindi che riuscirò a inserirvi alcuni punti quali considerare la persona e non la categoria, valutare le persone che esprimono sintomi senza contesto, effettuare analisi chiare all'arrivo per accogliere e poi dimettere, laddove non dimettere può significare non aver saputo accogliere bene, aver creato dipendenza piuttosto che autonomia.

Tengo a sottolineare come il movimento sia stato dal progetto all'istituzione, perché abbiamo avvertito l'esigenza di riorganizzarci come accade anche ai rifugiati, e siamo andati a discutere con il Dipartimento di salute mentale. In seguito, è arrivato l'invito del Servizio centrale a partecipare a questo seminario, che apprezzo profondamente perché è necessario formare gli operatori: non è semplice lavorare con chi ha forti disagi nello SPRAR, che è strutturato come progetto e si confronta con tante istituzioni.

Abbiamo partecipato al bando della Cassa di risparmio di Jesi per 5.000 euro e abbiamo vinto. Stiamo organizzando un corso di formazione per i servizi, per il centro per l'impiego e per tutti quelli che si interfacciano con noi per parlare di rifugiati e per non farli trovare impreparati di fronte a grandi cose. Se riusciremo a muoverci dal basso e a siglare protocolli condivisi, come stiamo cercando di fare con questo corso, noi operatori lavoreremo meglio e i beneficiari godranno di

un'accoglienza migliore. Grazie.

MARIA NOLET, *Psichiatra della Asl di Bologna*. Sono uno psichiatra clinico di un servizio di Bologna. Il mio è uno dei tre servizi collegati con l'università, per cui in esso ci sono alcune risorse gratuite, che mancano nei servizi territoriali comuni. Possiamo ad esempio fare tutoraggio e avere tirocinanti psicologi. Avendo anche una ricercatrice universitaria che si occupa di problematiche della migrazione, abbiamo potuto effettuare collegamenti ufficiali con altre facoltà quali quella di antropologia, cui ero interessata. Abbiamo stabilito un collegamento con il professor Quaranta, per cui ho potuto provare a creare un piccolo modello all'interno del servizio, per affrontare il lavoro con la migrazione.

Nei servizi esterni della clinica psichiatrica di Bologna, le esperienze cominciano negli anni '90, ma quell'esperienza, che termina con l'uscita del professor Merini, comincia a trasformarsi e ad allargarsi a tutti e tre i servizi convergenti. È stato quindi contingente il collegamento con lo SPRAR di Bologna, che è avvenuto in particolare nel servizio ora dedicato alle problematiche di salute mentale dei migranti per una vicinanza spaziale, perché il centro di accoglienza degli immigrati era vicino, anche se poi è stato allontanato.

Visti i numeri di affluenza ancora fortunatamente bassi, abbiamo cercato di diventare extraterritoriali, realizzando negli ultimi quattro anni un'esperienza di costante collaborazione con lo SPRAR di Bologna. Attraverso questa esperienza, siamo venuti a contatto con le problematiche dei rifugiati e dei richiedenti asilo, rilevando l'esigenza di creare un modello di operatività anche per gli operatori. Personalmente, mi sono specializzata in psichiatria e successivamente in psicoterapia sistemica, per cui seguo un modello che tenta di creare un forte contatto relazionale con il contesto e di operare molto sulla consapevolezza degli intrecci del contesto.

Questo ha comportato l'emergere di disagi psichici che possono essere contestualizzati nelle persone con problematiche derivate da tortura, traumi gravi, ma ha anche potuto trasformare domande che potevano mostrare criticità psicopatologiche apparentemente classiche, psicotiche, depressive maggiori in problematiche psicopatologiche derivanti in gran parte da una matrice reattiva e

relazionale.

Considero molto importante creare un *setting* di accoglienza, in grado di consentire una forte discussione e una forte capacità di creare una consapevolezza sulle possibili prospettive dei vari richiedenti. Spesso, infatti, il disagio provato soggettivamente dalle persone inserite nei progetti era relativo soprattutto allo stato di attesa e di precarietà, all'impossibilità di decidere, al timore di dover tornare indietro o comunque di scendere nella scala sociale anche rispetto ad aspettative proprie di un livello di vita, di pensiero e di relazioni costruito prima di una migrazione senza progetto in quanto fuga.

Spesso, quindi, si assiste all'emergere di aspetti traumatici rimasti sepolti nella fuga, caratterizzata da una forte capacità di determinarsi e dal collocamento della memoria traumatica in un contesto politicizzato e di appartenenza a un gruppo magari perseguitato, che possiede la sua identità nella posizione che sostiene le sue ragioni. Nella situazione di accoglienza, in cui la persona perde l'identità del gruppo di appartenenza, a poco a poco questa possibilità di giustificare ed elaborare i lutti e i vari traumi subiti si perde in questa solitudine e subentra una sorta di nostalgia del tempo precedente. Ho notato ad esempio che queste insonnie notturne sono quasi cercate anche se non intenzionalmente, perché influiscono sulla giornata successiva e quindi sull'altra forte motivazione transculturale di essere innanzitutto giustificati a esistere in quanto lavoratori con un'autonomia economica. Questi sonni agitati, risvegli, incubi, rituali intorno all'insonnia rendono inefficienti al mattino, causando problemi di memoria funzionale a entrare subito in un'altra lingua e nella produttività, che poi è sempre dal livello più basso. Molte persone, che avevano studiato, si ritrovano a fare gli operai. Ritengono di non potersi lamentare, ma non riescono ad adattarsi.

La memoria traumatica, che invade e ritorna, tende a manifestarsi nel momento in cui vi è una sospensione nella possibilità di progettarsi e una pressione profonda ad avere un'efficienza, un adattamento su cui emerge una sorta di perplessità, non c'è ancora una vera convinzione, perché c'è molta solitudine. Alcune persone hanno regressioni molto forti e non migliorano con il ricovero psichiatrico o attraverso l'inserimento in un gruppo appartamento psichiatrico, perché spesso c'è altro. Alcune persone hanno avuto patologie già riconosciute in

passato o sono state segnate dalla definizione di «patologico» dalla loro stessa infanzia.

Nel tempo, abbiamo ritenuto che, al di là della formazione personale, sia però molto importante anche un'identità di formazione di gruppo. Nel caso di una conferenza o di una supervisione, tutto il personale dedicato che si interessa alle tematiche della migrazione deve parteciparvi insieme, perché ci devono essere momenti di stimolo culturale.

Ho cercato di creare un'*équipe* funzionale non separata dal normale servizio: i pazienti inviati dallo SPRAR o da assistenti sociali, i pazienti anche stranieri che vengono per conto loro non hanno localizzazioni differenziate, ma si confrontano con quelli di noi che cercano di approfondire questi temi, di studiarli e di porsi interrogativi su come operare. Si tratta del tentativo di creare una *équipe* in cui ci siano il medico, gli infermieri, gli psicologi tirocinanti, un antropologo, che abbia una certa unità. Negli ultimi due anni, l'antropologo ha avviato una collaborazione con lo SPRAR in uno dei due gruppi appartamento di Bologna. Abbiamo vissuto esperienze diverse prima ipotizzando che l'antropologo potesse svolgere un ruolo di filtro tra gli invii attraverso colloqui non con gli utenti in sede, ma con gruppi di operatori.

Nel caso di persone che si trovino in una fase difficile e siano in cura presso il Centro di salute mentale, nel mio servizio ci sono momenti di supervisione in cui discutiamo le criticità insieme agli operatori. In questo modo, la dominanza di psicopatologie apparentemente molto gravi è diminuita sul piano degli invii e si è creata una serie di interventi di collaborazione, che hanno come primo elemento un intervento non psichiatrico-medico, ma al massimo psichiatrico-psicologico e di supervisione.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. Anche a nome di tutte le colleghe e i colleghi del Servizio centrale qui presenti, desidero ringraziarvi per la resistenza a questa maratona e per l'intensità della partecipazione. Abbiamo potuto constatare infatti un'incredibile intensità, una densità, una ricchezza di interventi e di contributi, che hanno reso quella odierna una di quelle preziose giornate in cui si torna a casa piuttosto ricchi..

22 APRILE 2010

DANIELA DI CAPUA, *Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR.*
Presentazione del documento di sintesi della discussione della prima giornata di lavori.

METODOLOGIE E APPROCCIO

Nel *Sistema di protezione* non si dovrebbero prevedere “centri” per l’accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati con disagio mentale, ma **progetti con percorsi dedicati**, in grado di accompagnare e supportare le persone con tale vulnerabilità nelle ordinarie misure di presa in carico.

La strutturazione di misure di accoglienza di persone con disagio mentale all’interno del Sistema di protezione, deve poter **contare su un rafforzamento degli interventi nella prima fase dell’accoglienza** (con particolare riferimento ai servizi offerti dai CARA), al fine di favorire una prima presa in carico della persona e una puntualità nelle segnalazioni indirizzate allo stesso SPRAR.

L’**approccio olistico e multidisciplinare**, funzionale alla realizzazione di misure di “accoglienza integrata”, è già un patrimonio condiviso all’interno del *Sistema di protezione*. Si ritiene che tale approccio debba essere ulteriormente promosso nell’erogazione di servizi in favore di persone portatrici di un disagio mentale.

E’ necessaria la **codificazione** di: modalità di ingresso nell’accoglienza; programmazione delle uscite; durata delle misure di accoglienza assistita; fattori di rischio e fattori di protezione delle misure di presa in carico.

Le linee guida dell’accoglienza di persone con disagio mentale devono poter contare su **condizioni di elasticità**: dei tempi di permanenza, delle attività da realizzare, della continuità delle misure di supporto, anche successivamente all’uscita dall’accoglienza assistita.

RETE E ATTORI

E’ impensabile prevedere un progetto di presa in carico di persone con disagio mentale senza la presenza di una “**triangolazione**” forte e dialogante tra ente locale, servizi socio-

sanitari pubblici, enti gestori dello SPRAR (ed enti del privato sociale, partner per la costruzione dei percorsi di autonomia). In questo senso dovrebbe essere letto il concetto di rete territoriale, principio fondante dello stesso *Sistema di protezione*.

La **collaborazione con le aziende sanitarie locali** deve potersi fondare su un protocollo di lavoro che possa facilitare più misure di intervento: la diretta presa in carico della persona; il rafforzamento delle competenze territoriali; il supporto di supervisione all'equipe degli operatori; la possibilità di operare un cambiamento sul territorio, anche in termini di promozione culturale.

Le misure di accoglienza in favore delle persone con disagio mentale possono essere realizzate solo con una piena **assunzione di responsabilità dell'ente locale**, il quale deve avere coscienza del fatto che, successivamente all'accoglienza assistita, le persone continueranno a essere presenti sul territorio e a rivolgersi ai locali servizi socio-sanitari, alla stregua degli altri cittadini residenti.

RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE

Centrale deve essere il **rafforzamento delle competenze degli attori territoriali**, interlocutori dei percorsi di "accoglienza integrata". Si deve, pertanto, prevedere un aggiornamento *in progress* degli operatori e delle operatrici dell'accoglienza e, nel contempo, una formazione mirata per il personale dei servizi locali, a partire da quelli sociali e sanitari.

La previsione di progetti, che all'interno dello SPRAR prevedano percorsi di accoglienza per persone con disagio mentale, non esclude la necessità di un **rafforzamento generale delle competenze degli operatori del Sistema di protezione** per facilitare una presa in carico di persone portatrici di vulnerabilità.

PINA DEIANA, CIR, Progetto Casa Kairos. In un progetto di accoglienza di persone rifugiate con un'alta vulnerabilità, un punto centrale è riuscire a coniugare la necessaria accoglienza, ovvero la *holding* psicosociale che dobbiamo fornire a queste persone, con un lavoro mirato a favorire la loro autonomia.

Se non c'è sufficiente tempo, questa attività complementare rischia di rivelarsi un lavoro che non produce degli effetti positivi. Mi spiego meglio: se non si ha davanti una prospettiva temporale sufficientemente lunga per sostenere,

accompagnare, accogliere e far sentire al sicuro le persone prima che venga loro richiesta una forte autonomia e una forte presa di responsabilità rispetto al loro progetto e al loro futuro, si rischia di non riuscire poi ad accompagnarli in quel percorso di autonomia.

Parallelamente, se il tempo non viene valutato correttamente e non si organizzano tutte le attività del progetto in funzione di una progressiva autonomizzazione, il rischio è quello di una cristallizzazione.

A mio avviso, il lavoro con persone non solo altamente vulnerabili – abbiamo detto che tutti i rifugiati sono delle persone vulnerabili – deve avere il compito di svolgere una funzione integrativa e non sostitutiva. Mi spiego meglio, perché la cosa può dare adito a fraintendimenti: con funzione integrativa intendo quell'attività che mira a integrare con le nostre, le capacità, le risorse e le competenze delle persone con le quali stiamo lavorando. In altre parole, si tratta di mettere al servizio di queste persone le nostre competenze senza sostituirci a loro, perché altrimenti il rischio di una funzione sostitutiva è quello di scivolare nell'assistenzialismo e nella cristallizzazione dei percorsi che, come abbiamo visto ieri, poi portano a dei colli di bottiglia in cui, dopo un periodo di assistenza e di accoglienza, le persone non riescono a camminare con le loro gambe.

Per fare questo è necessario un lavoro di prossimità molto forte. Nel nostro progetto, che non descrivo nei dettagli, noi abbiamo scelto una presenza degli operatori 24 ore su 24. Sono quindi necessarie presenza e attenzione per conoscere individualmente le persone e capire quali sono le loro competenze, le loro capacità e le loro risorse, che sono diverse dall'uno all'altro e che cambiano, anche per la stessa persona, da una fase all'altra. Per riuscire a tarare questa funzione integrativa è necessario poterli seguire abbastanza da vicino e in maniera individualizzata.

È fondamentale non pensare che ci troviamo davanti delle persone uguali: spesso si tratta di persone molto diverse tra loro, e tengono molto a che noi le riconosciamo nella loro individualità e possiamo rispondere ai bisogni di ciascuno così come loro li presentano, senza pensare che i bisogni siano comuni e le situazioni e i disagi siano simili.

Il fattore tempo è importante non solo per accompagnare nella giusta misura gli ospiti di qualunque progetto, ma anche per la costituzione dell'*équipe*. Diverse

persone ieri hanno parlato della necessità di una formazione e di una supervisione degli operatori; oltre a queste, è necessaria la costituzione dell'*équipe* di lavoro, e anche questo ha bisogno di tempi.

Nel nostro caso, ad esempio, è stata costituita un'*équipe* che proviene da realtà diverse: una parte proviene dal CIR, quindi con una forte competenza rispetto ai rifugiati e ai richiedenti asilo; l'altra proviene dalla cooperativa Aelle il Punto, con operatori che hanno invece una forte competenza nell'assistenza a persone con problemi psichici. L'eterogeneità dell'*équipe* è una risorsa grandissima, che però necessita di tempo per essere integrata e per poter fare un lavoro nel quale ciascuno si avvale della competenza specifica dell'altro.

L'*équipe* stessa deve interrogarsi sulle rappresentazioni mentali che noi operatori abbiamo rispetto ai rifugiati che accogliamo e viceversa, non illudendoci o non pensando che la conoscenza avvenga al momento dell'ingresso della persona in un progetto. Ci sono una miriade di rappresentazioni che ciascuno ha dell'altro. Come diceva ieri Natale Losi, la mappa non è il territorio, e nel nostro caso la rappresentazione che noi abbiamo di territori così lontani dal nostro è spesso molto fantasiosa e non corrisponde affatto alla realtà. È necessario, quindi, un tempo anche per esplorare le rappresentazioni che ciascuno ha dell'altro.

A tal proposito, vi voglio raccontare un piccolo episodio. Un giorno un utente pretendeva delle cose che non gli erano dovute. L'operatore di turno, che era un africano, è andato da lui, lo ha guardato in faccia e gli ha chiesto: «Cosa stai facendo? Stai facendo l'africano?». Lui ha sorriso, è rientrato in sé e il problema si è risolto. A quel punto, io ho chiesto cosa significhi «fare l'africano», e lui mi ha risposto: «Gli occidentali ci hanno succhiati fino al midollo, per cui se adesso vogliono darci un goccio di sangue a noi non può bastare: ne vogliamo un litro, ne vogliamo un bidone». Si tratta di un atteggiamento rispetto a una sorta di risarcimento che secondo gli africani noi dobbiamo loro.

Non è detto che questo concetto sia presente in tutti, però è un atteggiamento che ho riscontrato personalmente in molte persone: l'idea che noi si debba risarcire. È quindi necessario costruire un contesto diverso, in cui le rappresentazioni reciproche vengano confrontate e messe in discussione. Non bisogna accontentarsi di un contesto dato ma costruire un contesto con competenza e consapevolezza.

Vorrei dire qualcosa più in concreto riguardo alla funzione integrativa e non sostitutiva. Questo riguarda qualunque tipo di lavoro, non parlo del *setting* terapeutico ma della funzione di ciascun operatore. Io lavoro in qualità di psicologa e organizzo delle riunioni di gruppo. Faccio le valutazioni all'ingresso degli ospiti e organizzo con loro delle riunioni di gruppo nella casa, con diversi interpreti e a cadenza settimanale. Non è un gruppo terapeutico, ma un gruppo in cui si discute di come organizzare la convivenza all'interno della casa.

Il nostro progetto lascia dei margini di autonomia e di libertà molto ampi riguardo a tutto: ad esempio cosa cucinare, dove fare la spesa, che tipo di cibo comprare. È necessaria, quindi, una negoziazione tra gli ospiti e tra le preferenze degli uni e degli altri. Questi incontri, inoltre, sono molto importanti proprio per raccontarsi: spesso loro mi riportano situazioni che vivono qui, e di come queste siano molto diverse da quelle che vivono nel loro Paese.

Nel momento in cui ci accorgiamo che ad una persona sarebbe utile fornire un certo tipo di servizio, ci fermiamo e riflettiamo su quanto la nostra azione debba svolgere una parte attiva o meno. Vi riporto un esempio: casualmente, un giorno, dopo una riunione, ho visto un disegno molto elaborato e preciso realizzato da uno degli ospiti. Mi sono avvicinata e gli ho detto che disegnava molto bene; lui mi ha risposto che usa il disegno per scaricare il cervello quando è troppo carico. Di questo ho parlato nelle riunioni di *équipe* che organizziamo settimanalmente, oltre ad altre riunioni cliniche mensili con il dottor Germani, il dottor Lorenzo Mosca e l'*équipe* del San Giovanni. Nel corso delle riunioni settimanali di *équipe* ci aggiorniamo sempre su quello che avviene, e in una di queste occasioni abbiamo discusso su cosa fare, perché istintivamente il pensiero era di comprargli colori, matite e fogli. Abbiamo pensato, però, che questo non sarebbe stato utile perché se questa persona aveva il desiderio di disegnare doveva sapere che aveva a disposizione un *budget* da usare per comprare i colori, e l'ospite non l'ha fatto, per mesi.

Ogni tanto tornavo sull'idea di occuparci noi dell'acquisto o di dare ad un operatore il compito di accompagnarlo nell'acquisto del materiale che gli occorreva. Non abbiamo fatto niente, finché un giorno lui l'ha fatto da solo e da quel momento sta lavorando, quasi in maniera frenetica, a dei disegni che poi ritaglia e incolla a dei cartoni.

A proposito delle rappresentazioni reciproche, mi ha molto colpito un disegno nel quale erano rappresentate delle persone in fila (uomini, donne e bambini) incatenate per il collo: c'era una catena che lega la persona in fondo alla fila a un bambino che le sta davanti, ad un'altra persona ancora più avanti, ad un bambino sulle spalle della madre. Tutte le persone avevano una catena al collo che le legava, e sotto c'era scritto «africana schiavitù». In un altro disegno c'erano due braccia con i pugni chiusi, una catena che legava i polsi e una scure che cercava di spezzare questa catena.

È significativo che i primi disegni, le prime rappresentazioni grafiche fatte da lui riguardino la schiavitù africana, e purtroppo non abbiamo avuto modo di chiedergli a quale schiavitù si riferisse. Credo che fosse quella passata ma anche quella presente. Era la stessa persona che aveva l'atteggiamento africano.

Tornando al tempo dell'accoglienza – che è un tempo che deve essere sufficientemente lungo ma non troppo, e per questo deve essere attentamente valutato – questo è necessario affinché le persone possano piano piano fidarsi di noi, possano darci fiducia e chiedere aiuto per sé.

Il nostro era un progetto piccolo con quattro persone in un appartamento. Una delle quattro persone portava sempre occhiali scuri anche in penombra dentro casa, indossava sempre un giubbotto ed era sempre molto chiuso. Uno dei segnali di come l'accoglienza e la rassicurazione stessero funzionando è stato proprio il cominciare a spogliarsi, a togliersi il giubbotto dentro casa. Prima guardava la televisione in penombra con gli occhiali scuri, poi ha cominciato pian piano a togliere gli occhiali e adesso praticamente li porta solo se servono perché c'è effettivamente il sole.

Sempre per conto del CIR, io ho lavorato anche al primo progetto di *resettlement* nella provincia di Rieti, e le situazioni erano le stesse: le persone sono come congelate, chiuse in se stesse, e il lavoro di scongelamento deve essere svolto in maniera molto attenta e progressiva, perché altrimenti le persone possono farsi male e regredire.

Bisogna fornire veramente quella *holding* necessaria che non attivi una dipendenza ma che rafforzi tutte le loro risorse, valorizzandole e individuandole anche laddove le persone non le vedono. Ci sono molte risorse che loro non si

riconoscono, ed è importante che noi riusciamo ad individuarle, a valorizzarle e a potenziarle, sempre in una funzione integrativa, come ho già detto.

CHIARA PERI, Associazione Centro Astalli. Buongiorno a tutti. Sono qui per rappresentare il Centro Astalli, cioè la parte non ASL del SaMiFo (Salute per migranti forzati). Mi sembra che sul documento presentato il grosso del lavoro sia già stato fatto, quindi non penso di aggiungere niente di straordinario a quanto già detto da altri; questo non mi sorprende affatto, visto che mi sembra ovvio che chi fa l'esperienza di questo tipo di accoglienza – ovvero gli interlocutori di questa occasione – facilmente arriva a conclusioni comuni, e questo ci rassicura.

Una premessa, però, mi sento di farla. Si è parlato di criticità e credo che sia giusto sottolinearle: una persona che opera a Roma non può fare a meno di sottolineare la criticità per eccellenza, cioè l'insufficienza dell'accoglienza. Sono stati menzionati casi particolarmente mediatici come, ad esempio, la buca di Ostiense, ma io credo che chiunque operi sul territorio di Roma sappia che sono molto più numerosi i casi di richiedenti asilo e di rifugiati – anche purtroppo ad alta vulnerabilità – che sono lasciati per mesi, se non per anni, assolutamente abbandonati a loro stessi.

Abbiamo notato con piacere che lo SPRAR tenta di fare una quantificazione delle domande inevase, e tutti sappiamo che ben più alto è il numero di quelli che neanche chiedono l'accoglienza perché tanto sanno che non l'avranno.

Credo sia importante sottolineare questo particolare, perché abbiamo sempre detto che l'individuazione e l'emersione di queste vulnerabilità specifiche e di questi potenziali rischi deve essere fatta nel modo migliore e più tempestivo possibile.

Le due vulnerabilità più grosse sono una che vedo qui menzionata, ovvero cosa si trova all'interno dei CARA, per quanto tempo e in che modo, mentre l'altra è certamente quell'enorme zona d'ombra che non è solo il lasciare letteralmente le persone per la strada, a loro stesse, ma anche creare una sfiducia che poi è molto difficile andare a scardinare nei fatti.

Al SaMiFo paradossalmente ci capita di accompagnare persone con conclamate vulnerabilità a cui però non possiamo dare un letto. Penso che sia necessario sottolineare fortemente questo paradosso. È giusto lavorare per

un'accoglienza di qualità sempre più alta, e ce ne rallegriamo; però credo che qualunque ragionamento in questo senso debba partire dalla constatazione che il sistema è comunque gravemente insufficiente dal punto di vista numerico.

Entrando nello specifico, noi ovviamente condividiamo molto la precisazione sul fatto che non si dovrebbero prevedere centri separati ma piuttosto progetti. È l'esperienza che abbiamo tentato di fare con questa sperimentazione, che in realtà è una sorta di codificazione e di rafforzamento di una pratica che, come gli altri progetti SPRAR per non vulnerabili, avevamo collaudato. Si tratta di attivare all'interno dei nostri centri di accoglienza – che sono di dimensione medio-piccola e quindi forse si prestano anche a questo – dei percorsi di tutela rafforzata.

Credo che questa possa essere una via, nel senso che tiene insieme la possibilità di continuare una convivenza che, come è stato giustamente sottolineato dal collega di Venezia e anche da altri, è potenzialmente positiva; allo stesso tempo, però, bisogna anche avere la possibilità di potenziare in maniera mirata il tutoraggio e le misure di accompagnamento più strettamente mediche su quella persona specifica, in aggiunta alle misure che si fanno per tutti. Questa più o meno è la via che noi abbiamo tentato.

Vorrei sottolineare una cosa che, se non erro, è stata detta ieri: l'importanza di dedicare anche degli spazi. Il SaMiFo tenta di fare una cosa molto analoga a quella che si fa a Parma: la ASL, in questo caso con la nostra collaborazione, dedica in modo specifico degli spazi all'accompagnamento dei migranti forzati.

Da questo punto di vista, credo che in questo momento differenziare gli spazi sia importante proprio per dare questa forte sollecitazione al rafforzamento delle competenze territoriali.

Sono molto d'accordo sul fatto che la via debba essere quella, ovvero che i servizi sociosanitari del territorio debbano diventare competenti. Non si può evidentemente partire dall'assunto che lo siano, perché chiaramente non solo è abbastanza vistoso che, allo stato attuale, nella stragrande maggioranza non sia così, ma ci sono anche tali e tante differenze territoriali – che chiunque di noi può sperimentare anche solo chiacchierando – che è ovvio che questo sia l'inizio di un processo che, allo stesso tempo, credo sia anche una grande opportunità per il nostro sistema sociosanitario.

Si dice sempre, con un po' di retorica, che la presenza dei rifugiati non solo costa ma arricchisce anche, e credo che questo sia un esempio molto concreto: penso che la presenza di persone con dei bisogni così specifici debba essere una grande opportunità per le risorse del territorio, per fare un salto di qualità che chiaramente poi può avere un impatto positivo anche per tutti i cittadini, non soltanto per quelli.

Una potenziale criticità da questo punto di vista è che, mediamente – io non sono molto competente – la forma del trattamento della salute mentale in generale in Italia fa molto affidamento sulla partecipazione della famiglia, direi quasi prevalentemente. Abbiamo qui il caso di persone che questo nucleo familiare invece non lo hanno, allora è ovvio che non sia pensabile che su lungo periodo sia il progetto di accoglienza a fare per sempre le veci della famiglia. Insomma non è né auspicabile, né praticabile, tuttavia non si può ignorare questo nodo, e bisognerà trovare delle forme. Questo è un punto importante.

Spendo una parola sui CARA. È stata giustamente sottolineata la questione del rafforzamento degli interventi. Che tipo di rafforzamento? A mio avviso, non è solo una questione di puntualità delle segnalazioni ma, come abbiamo ripetuto anche ieri, dipende da che tipo di segnalazioni sono. Non ci si può evidentemente accontentare che si segnali il soggetto che prende a testate la porta, tanto per fare un esempio; insomma, è bene che non si segnali solo quello che è vistosamente visibile a occhio nudo nel momento in cui magari lo è anche diventato, perché credo che una riflessione importante su questi traumi post-migratori debba essere condivisa anche da tutti noi, nel senso che è il sistema stesso – e questo non accade solo in Italia – ad acuire e ad essere fattore scatenante.

Avrete sentito spesso i rifugiati parlare con relativa poca difficoltà dei traumi dei Paesi di origine e di non voler parlare, invece, dei traumi intermedi. Ricordo sempre una delle mie esperienze con un rifugiato curdo, il quale diceva che mi avrebbe raccontato quello che volevo dell'Iraq ma che non avrebbe mai parlato della Germania. Essendo inesperta, la cosa mi lasciò basita; ma l'esperienza dei trasferimenti di “casi Dublino” in Europa a volte può essere paradossalmente più traumatizzante di cose che noi giudicheremmo più gravi; questo accade perché sono esperienze che minano l'idea stessa che la persona ha dell'accoglienza, dell'Europa come luogo di civiltà, dell'essere riconosciuto o meno, dell'essere creduto o meno.

Questi sono evidentemente elementi scatenanti molti forti.

Come ho già avuto modo di dire nella giornata ieri, noi non siamo grandi teorici quindi non credo che abbiamo molto da aggiungere. Cerchiamo di fare le nozze “con i fichi secchi” o anche senza. Anche questa è un’esperienza comune a tutti noi. Si cerca di far leva sulle risorse che ci sono, ma è importante – questo sì – che questi tentativi non siano fini a loro stessi, ma cerchino di fare sistema. Questa è una cosa che abbiamo sempre condiviso con tutti i presenti, e credo che l’occasione di questo seminario rappresenti un momento importante di riflessione al riguardo.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. Il tema affrontato da Chiara Peri all’inizio del suo intervento relativamente all’accoglienza e all’insufficienza numerica nell’accoglienza è un problema con cui purtroppo ci confrontiamo tutti nel sistema di protezione, dall’ufficio del Servizio centrale a tutti i progetti territoriali. È la difficoltà di rendere la coperta un pochino più lunga di quella che è realmente.

Ieri, ad un certo punto, c’è stato un passaggio in cui si diceva che spesso le vulnerabilità emergono dopo un lungo periodo di accoglienza. In realtà, nel Sistema di protezione registriamo anche il contrario, vale a dire il modo in cui una risposta di accoglienza e di presa in carico abbia già in sé un “valore terapeutico” – passatemi il termine – di alleviamento di una sofferenza che altrove, ad esempio per strada o in altri contesti meno protetti o nelle situazioni di “impossibilità all’accoglienza”, può acutizzarsi, come è stato detto molto puntualmente nella giornata di ieri.

ASSUNTA SIGNORELLI, Dipartimento di salute mentale ASL Trieste. Sono una psichiatra, basagliana e femminista. Amo dire queste due cose, perché poi in effetti c’è un discorso di cui non si può non tener conto, e che mi sembra resti troppo sullo sfondo. Credo che, quando si parla di salute mentale dei rifugiati, non si possa non avere come riferimento Foucault, Fanon e Basaglia. Non è male ricordare che Fanon, ad esempio, lavorò in un processo di deistituzionalizzazione a La Borde, poi andò in Algeria e continuò questo tentativo di deistituzionalizzazione dei manicomi algerini, ma ad un certo punto Fanon disse: «Forse non è più possibile». C’è una bellissima lettera di Franco Basaglia proprio sull’abbandono dell’esperienza e del

lavoro psichiatrico da parte di Fanon, in cui dice che probabilmente se fossimo lì lasceremmo anche noi, mentre noi oggi siamo qui e rappresentiamo un potere rispetto alle cui contraddizioni dobbiamo misurarci.

Con questo parole intendo dire che, come psichiatri, e psichiatri di un servizio pubblico, portiamo delle grosse responsabilità etiche.

Ricordo che, quando sono arrivata nel manicomio di Trieste nel 1971, la più alta percentuale di ricoverati era costituita da profughi e profughe istriane, un'altra percentuale era della minoranza slovena ed altri ancora erano persone ebreo. Non so quanti sanno – credo sia giusto ricordarlo – che Trieste era la città con la più alta comunità ebraica in termini numerici, ed è l'unica città in Europa che ha un forno crematorio nel centro della città. È molto diverso dai forni crematori presenti in Germania: la risiera è in pieno centro abitato. Il manicomio, però – casi della storia – aveva un direttore ebreo, il professor Donini, che durante il fascismo salvò molte persone, anche ebreo, facendole passare per matto. Ultimamente, gli istriani e gli sloveni non sono più matti dei triestini. Questo, secondo me, vuol dire che la questione della sofferenza e della malattia mentale fa comunque e sempre i conti con i riferimenti culturali che abbiamo.

Io ho un percorso psichiatrico, lineare per certi versi, da che sono dipendente pubblico nel 1970, ma molto articolato perché mi sono misurata con diverse situazioni. Una cosa ho imparato di certo: le persone che si sottopongono ad un percorso migratorio e che compiono un viaggio sono persone molto forti. Sono sicuramente le persone più stabili della loro comunità e che hanno un equilibrio più forte. È difficile compiere un percorso di migrazione se si è già, come adesso ci piace dire – scusate, ma io parlo di matti – un po' "vulnerabili". L'addolcimento delle parole non mi piace. Io ero molto amica di Fabrizia Ramondino, la quale amava ripetere che da quando chiamiamo operatori ecologici gli spazzini nessuno si occupa più di loro, non li paghiamo nemmeno più e sono diventati precari. Ecco perché io credo sia importante dare alle cose il loro nome.

La malattia mentale è una sofferenza, che sappiamo molto farsi su questione culturali. Oggi c'è di nuovo una grossa tendenza all'equazione "violenza = malattia mentale". Stranamente, la violenza dei più forti, ovvero l'arroganza e la guerra, non è malattia mentale, mentre la violenza dei deboli è malattia mentale.

Questo, a mio avviso, rende ragione di alcuni elementi che sono passati ieri. Mi riferisco alla bassa percentuale di donne come persone malate. Sicuramente noi donne siamo più forti perché, come dice Christa Wolf, essere state persone che hanno sempre subito ci ha affinato l'intelligenza. In effetti, è anche vero che il potere logora l'intelligenza, forse non logora altre cose ma stare troppo al potere significa stupidità. È anche vero, però, che la sofferenza delle donne difficilmente si esprime in maniera violenta. È più facile, invece, che comportamenti violenti e disturbanti abbiano una dichiarazione di malattia mentale.

Io credo che su questo gli psichiatri siano portatori di una grossa responsabilità etica, e qui la scelta è tra due posizioni: o si sta da una parte o si sta dall'altra, o si è complici di un potere che opprime, o si è capaci di lavorare sulle contraddizioni di questo potere.

Mi sono sempre chiesta, a proposito di donne, come mai abbiamo reparti femminili e maschili in medicina interna, in gastroenterologia, in urologia e via elencando, ma quando si arriva alla salute mentale non ci sono distinzioni. Forse perché solo gli uomini hanno la testa e noi siamo intelligenti solo quando riusciamo ad essere come loro? Perché si è sempre negato valore a una psichiatria di genere? Io credo che questo valore provi una grossa contraddizione con il sistema organizzato di potere.

Intanto a me piacerebbe che la sofferenza mentale delle donne fosse questione di donne, e che gli uomini facessero un passo indietro rispetto a un modello di donna che Galimberti chiama «l'identità coatta». Allora, per piacere: la sofferenza delle donne è una sofferenza che non si esprime.

Qui noi abbiamo una grossa responsabilità in riferimento ai CARA e ai CIE. Noi sappiamo che i CARA sono luoghi di violenza, dove le donne vengono violentate e stuprate. Mi dispiace, lo dichiaro, però troppi sono gli elementi di cui siamo a conoscenza e noi, come dipendenti pubblici, su questo non possiamo fare sconti: noi dobbiamo dire che è lì che nasce la malattia.

Io partecipo ad un servizio pubblico: attualmente sono responsabile di un servizio di diagnosi e cura e per anni ho diretto un centro di salute mentale. Ieri qualcuno ha detto «chiunque». Delle persone che si rivolgono ai miei servizi nessuno è «chiunque»: sono persone rispetto alle quali facciamo dei progetti

personalizzati. Ci piace parlare di *budget* di salute, di percorsi terapeutici individualizzati, ci piace pensare che i servizi debbano essere servizi a bassa soglia.

Io non riesco a capire un centro di salute mentale dove si prende appuntamento. Se uno soffre perché è un po' matto, o lo si accoglie subito o l'appuntamento non lo prenderà mai. Quando vado in giro per i servizi in Italia, mi fanno vedere la sala d'attesa e la sala dove si fanno i colloqui. Non ci prendiamo in giro, siamo psichiatri da molto tempo: se uno è capace di stare in sala d'attesa due ore o tre quarti d'ora, forse gli farebbe meglio fare una passeggiata e andare al cinema che non parlare con lo psichiatra o lo psicologo di turno. La bassa soglia, quindi, è la grossa questione dei servizi, e la flessibilità di un servizio di rispondere al bisogno dell'altro è un elemento importante.

Io sono anche responsabile e seguo un progetto *ex* articolo 18, nato nel 2000 a Trieste con il comitato dei diritti civili delle prostitute e l'ICS (Consorzio italiano di solidarietà).

I servizi sono quelli che si devono far carico della sofferenza di un territorio. Se nel territorio c'è l'ICS, c'è il Comitato dei diritti civili, ci sono progetti *ex* articolo 18 e tutto quello che volete, è compito e responsabilità etica di un servizio. Noi siamo pagati per questo, non ci pagano certo perché con le case farmaceutiche ci mettiamo d'accordo sulle forme di depressione e gli antidepressivi che prescriviamo.

Apro una parentesi: il DSM IV comincia a negare l'esistenza del disturbo post-traumatico da stress – sono una fenomenologia non amo le diagnosi – perché ormai non serve più, le case farmaceutiche hanno guadagnato abbastanza con gli antidepressivi.

È di quello che dobbiamo occuparci, e quindi quando noi non ci assumiamo quella responsabilità dobbiamo essere denunciati. E smettiamola di parlare di numeri, di dire che siamo tanti o pochi. Sicuramente non siamo tanti e dovremmo essere di più, ma sicuramente esistono le priorità di un servizio. Se un servizio lavora come *équipe* è evidente che un servizio a bassa soglia non significa che come entri parli con lo psichiatra o la psichiatra di turno, ma è evidente che chiunque entra deve trovare una risposta e infermieri e personale professionalizzato *ad hoc*, per cui non capisco a cosa servano i centri separati sulla salute mentale. È una carenza istituzionale che va senz'altro denunciata. Tra l'altro, la concentrazione della

sofferenza non ha mai fatto bene a nessuno.

Qualcuno ha parlato delle famiglie. Si dice che sulle famiglie si scarica il problema, ma la famiglia è l'elemento di un progetto terapeutico. Se io vivessi da sola sulla cima di una montagna, potrei avere un'ulcera o una polmonite ma difficilmente potrei avere una malattia mentale. La malattia mentale è sofferenza di relazione, quindi è l'elemento più debole che ne soffre e la famiglia è agente di un percorso terapeutico, non è scarico di questioni. Anche su questo dovremmo forse cominciare finalmente a riflettere.

Vi do un ultimo elemento. Sta per passare – è in atto una grossa discussione – l'eliminazione degli ambulatori per i migranti, che pure esistono in alcune realtà. Noi non possiamo essere eliminati, dovrebbero eliminare il servizio pubblico. Stiamo anche attenti, quindi, di questi tempi.

Io credo che oggi, di questi tempi, abbiamo la grossa questione dei CARA. Da una parte abbiamo la grossa questione delle donne, rispetto alle quali non possiamo far finta di nulla e dobbiamo chiedere. Purtroppo il CARA cui fa capo Trieste è nella provincia di Gorizia, ma io credo che il servizio pubblico abbia il dovere e il diritto di verificare cosa accade là dentro.

Noi, ad esempio, svolgiamo un'attività in analogia alla medicina penitenziaria. Non credo che sia una richiesta fuori legge. Noi nel 1978 facemmo la prima convenzione con il carcere di Trieste per andare a curare le persone in carcere. Penso che sia un diritto/dovere del servizio pubblico verificare cosa accade nel territorio di sua competenza, e credo che su questo dovremmo riflettere e chiederlo con forza.

Un'ultima questione riferita alle donne e alla prostituzione: per favore, smettiamola, la prostituzione non è il traffico di donne. C'è la prostituzione che è un diritto delle donne e attiene alla messa in vendita del proprio corpo. Tante donne vendono la propria testa, andremo a capire se è meglio vendere la testa o vendere il corpo, ma questo fa parte di un'altra questione.

Vorrei aprire una parentesi: il giorno prima di partire, nel mio centro di diagnosi e cura c'erano una nigeriana, una donna del Bangladesh, una donna serba in attesa di rimpatrio assistito e un uomo. In Nigeria c'è una questione di violenza terribile: voi non ne avete idea, ma le questioni cosiddette rituali (il voodoo) sono

forme di oppressione delle donne, quindi a pieno titolo le donne entrano in questi percorsi. Noi siamo capaci di leggere il nesso che lega.

Bisogna smetterla di fare tanti piccoli gruppi, perché così non saremo mai forti. O riusciamo a costruire una situazione nella quale diciamo che se il 10/15 per cento della popolazione di questo Paese è una popolazione migrante e che ci sono vari progetti, il Servizio sanitario nazionale, se è universalistico, di questo si deve prendere carico. La questione allora è semplicemente questa.

Io non mi dilungo oltre, ci sarebbe molto da dire su come lavoriamo noi a Trieste, ma credo che le persone che sono accolte da ICS siano cittadini che hanno diritto alle nostre prestazioni, tra le quali abbiamo borse di formazione al lavoro, accompagnamento nei laboratori, terapie psichiatriche, familiari o relazionali.

Forse dico una stupidità: se si dice che la sofferenza mentale è multifocale, non si capisce perché la risposta debba essere unidirezionale. Dovrebbe essere una risposta multifocale, che tenga conto di molte cose; è l'unica che ci permette percorsi di guarigione (chiamiamola così). Io non credo nelle guarigioni, ma di nessun tipo: penso che anche dalla polmonite non si guarisca, ma si va nella direzione che comunque si è diversi, e che sia un percorso di crescita.

Credo che il servizio sia questo: un rapporto con un privato sociale, che non deve mai essere sostitutivo o vicariante perché qui entreremmo nel discorso della beneficenza, che è meglio lasciare stare. Io sono reduce da un'esperienza in Calabria, in quel cronicario che ha riempito le cronache dell'anno scorso: 500 milioni di euro di debito rubati e 350 persone tenute in condizioni disastrose in nome della beneficenza e della carità. Smettiamola di fare la carità.

Credo che oggi la questione sia semplicemente assumere il dato che queste sono persone portatrici di diritti e di doveri rispetto ai quali il Servizio sanitario nazionale deve delle risposte. Evidentemente la questione è “dare qualcosa in più”. Penso alla famosa questione delle pari opportunità: o parti con un “meno”, o fai un progetto con qualcosa in più rispetto agli altri, oppure il discorso di equità e di etica diventa una presa in giro.

JURGEN HUMBURG, *Funzionario Alto Commissariato Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR)*. Non è facile adesso fare un discorso che abbia a che fare con i

numeri, con un approccio un po' diverso. Non so se posso usare come scusa il fatto che io sono tedesco. Sono state dette delle cose che meriterebbero come minimo mezz'ora di pausa di riflessione. Qualcosa mi fa pensare che non si possa procedere in questo modo, quindi per forza di cose devo andare avanti e cercare di ricomporre il mio pensiero.

L'unico appiglio al discorso che trovo è quello di costruire: effettivamente, oggi siamo qui per costruire un percorso. È stato detto all'inizio del convegno che questo tema era nell'aria, e credo che la discussione di questi due giorni ne sia la conferma.

Il bello di questa situazione è che questo è un settore in fermento e in movimento – come diceva ieri Massimo Germani –, e credo che questo sia positivo e ci dia la possibilità di determinare e costruire il percorso che abbiamo davanti.

Tutti noi sapevamo che effettivamente ci troviamo di fronte a un problema estremamente complesso. Stiamo parlando di rifugiati, di potenziali vittime di tortura, della loro presa in carico e del problema dell'emersione: noi della UNHCR ci siamo accorti che il problema, di cui forse avremmo dovuto accorgerci prima, è ben più grande di quanto immaginassimo.

Ieri è stata molto discussa la definizione del termine «vulnerabilità». Anni fa, nei confronti della persona aggressiva, del cosiddetto “caso difficile”, non si sapeva esattamente cosa fare, mentre adesso abbiamo maggiore coscienza di cosa può esserci dietro queste forme di aggressività, anche nei confronti degli stessi operatori che, fino a qualche anno fa, non sapevano neanche come comportarsi in queste situazioni. Adesso sappiamo offrire un percorso di presa in carico e credo che questa sia la strada che dovremmo continuare a percorrere.

Ho iniziato il mio intervento annunciandovi la mia idea di fornirvi dei numeri, per avere un'idea in termini quantitativi.

Nel 2009 abbiamo avuto una riduzione drastica degli arrivi e, di conseguenza, dei richiedenti asilo. Sono state presentate 17 mila domande di asilo. Prendiamo per buono questo dato, anche se resta approssimativo. Tra queste domande, il 40% sono pervenute da parte di rifugiati o di persone bisognose di protezione quindi, basandoci sulle statistiche fornite ieri, molto probabilmente abbiamo 1.300/2.000 vittime di tortura. Forse non tutti – come sappiamo – hanno

bisogno di cure, ma applicando ancora una volta una percentuale approssimativa arriviamo a 400-800 nuovi casi solo nel 2009.

Il sistema attuale non è in grado di affrontare questa cifra, e credo che sia utile fare questo calcolo. Se volete, possiamo provare a farlo meglio, perché è necessario partire proprio da qui, soprattutto quando parliamo con le istituzioni per segnalare la presenza di un problema serio.

I rifugiati non hanno bisogno solo della protezione nel senso stretto della parola (permesso di soggiorno, permesso di lavoro, titolo di viaggio), ma a fare di più non siamo preparati, è il sistema che non è preparato a tutto questo. Sono necessarie, come è stato detto, una programmazione e una formazione.

Il sistema bene o male era in grado di reggere anche i 31 mila richiedenti asilo dell'anno precedente, ma qui non basta "aggiungere un posto a tavola", creare un altro centro d'accoglienza, aumentare la capacità dello SPRAR, perché vi è una forte componente di qualità e di qualificazione che bisogna ancora creare, anche attraverso un percorso pluriennale. Non è una cosa che si può fare dall'oggi al domani.

Il presupposto è un maggiore coinvolgimento e una presa di coscienza da parte delle istituzioni, soprattutto dal Ministero dell'Interno – in quanto responsabile del settore accoglienza dei richiedenti asilo – e dal Ministero della Salute, a livello regionale per le competenze in materia.

Dopo questi due giorni sono ancora più convinto che sarebbe bene creare un forum tra di noi che vada oltre lo SPRAR, per creare un interlocutore nei confronti delle istituzioni, con le associazioni, le istituzioni che già lavorano in questo settore, gli esperti, che ad oggi sono relativamente pochi – anche se oggi siamo numerosi –, per creare una programmazione realistica, concreta e pragmatica e per fornire, tra qualche anno, una risposta adeguata alle reali esigenze.

Nel frattempo, dobbiamo per forza andare avanti con l'improvvisazione, con gli scambi informali e le formazioni *ad hoc*, se è possibile a livello locale, con o senza fondi (anche questo è un punto interrogativo che rimane).

Adesso non voglio proporre il famoso "divano asilo", ma penso che valga la pena di riflettere in questa direzione proprio per avere una voce maggiore e forse più unitaria – senza voler standardizzare il tutto – e credo che in questo contesto sia

utile.

Permettetemi un altro paio di osservazioni. Ieri gli amici del CIAC (Centro immigrazione, asilo e cooperazione) hanno menzionato anche gli aspetti più banali del discorso, come ad esempio la residenza, che è il requisito che dà accesso a certi servizi. Chi ha chiesto o ha espresso l'intenzione di chiedere asilo in questura si trova in un limbo assurdo poiché deve aspettare due, tre o più mesi per avere il permesso di soggiorno; nel frattempo, se ha fortuna avrà accesso all'accoglienza e gli sarà dato il cedolino che, come sappiamo, ha un valore molto relativo.

Nel prossimo anno noi vogliamo impegnarci in modo molto concreto per affrontare queste problematiche, che in teoria si possono risolvere anche con uno sforzo minimo da parte della pubblica amministrazione, ma bisogna spingere in questa direzione.

L'altro aspetto che è stato menzionato dal Centro Astalli è la presa in cura: offrire una terapia a una persona che dorme sotto i ponti molto probabilmente non è il *setting* ideale. Credo che anche in questi casi dobbiamo chiedere alle istituzioni una maggiore responsabilità da parte loro, per mettere in grado i medici psichiatri e gli psicologi che hanno in cura queste persone di avere una base per svolgere una terapia degna di questo nome.

Vengo all'ultimo aspetto. Come sapete, noi facciamo parte delle Commissioni territoriali: i nostri colleghi decidono sull'accettazione delle domande di asilo, e chiaramente in questo contesto emerge anche la problematica della certificazione, un tema da tener presente. È giusto che le Commissioni si scelgano gli interlocutori per chiedere le certificazioni, ma credo debba essere altresì chiaro che anche altre entità che hanno in carico o in terapia le persone possono intervenire come credono in base alle conoscenze del singolo caso e fare certificazioni che dovrebbero essere poi rispettate dalle Commissioni.

Mi viene in mente un altro aspetto che anche noi dell'UNHCR, generalizzando, spesso sottovalutiamo, ovvero la pressione sugli stessi operatori.

Il collega Giancarlo Santone ieri giustamente ha rilevato la problematicità di una condizione in cui un operatore precario deve affrontare la precarietà degli ospiti, dei pazienti o di chi ha di fronte. Questo è, a mio avviso, un aspetto sul quale dobbiamo fare più attenzione, come anche alle necessarie supervisioni.

C'è anche un problema culturale: in Italia, a quanto pare, se si parla di supervisione per gli operatori e del rischio del *burn out* sembra che si parli di una cosa vaga, che non viene presa sul serio. Forse, una volta tanto, la cultura americana può essere utile, perché lì non solo nelle istituzioni ma anche nelle compagnie private hanno questi sistemi. Non lo fanno perché sono più buoni, o hanno un concetto etico più elevato, o perché lavorano per il bene dei loro operatori, ma perché sanno che la supervisione è una misura per rendere più efficace il rendimento degli operatori. Credo che questo dovrebbe farci riflettere su quanto sia importante affrontare anche questo aspetto. Grazie.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. Permettetemi di fare una nota, perché il collega mi ha sollecitato con quest'ultima battuta.

Penso di poter dire una cosa in maniera abbastanza pacifica e serena: è vero che in passato lo strumento della supervisione non era utilizzato né conosciuto, ma credo che negli ultimi tre o quattro anni si sia molto rafforzato all'interno del Sistema di protezione. Questo aspetto è passato molto, così come è passata la necessità di lavorare in *équipe* e di avere una responsabilità condivisa all'interno dell'*équipe* di lavoro per ogni singolo progetto territoriale e, sebbene non per la totalità dei progetti, si inizia ad avvalersi in maniera costante e sistematica anche di strumenti a supporto della *équipe* stessa. Mi sembrava doveroso sottolinearlo, perché sono oggi presenti i rappresentanti di diversi progetti territoriali che sono già in linea, e ce ne saranno altri nel pomeriggio.

MARIA CRISTINA TUMIATI, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà (INMP). Cercherò di mettere il *focus* su quello che noi facciamo agli INMP rispetto ai richiedenti protezione internazionale.

Noi godiamo di una situazione abbastanza fortunata, in questo periodo storico, rispetto al passato del San Gallicano. Siamo sempre precari: ad ottobre scade la sperimentazione del nostro istituto, quindi siamo ancora sospesi, ma ciò nonostante godiamo di innumerevoli risorse.

L'Istituto ha diversi specialisti medici, ha 32 mediatori culturali di diversa

provenienza, sociologi, antropologi, statistici, epidemiologi e quant'altro, quindi le risorse sono tante. Io collaboro come precaria con il dottor Morrone da quasi 11 anni, e quando sono arrivata al San Gallicano ho introdotto la cultura dell'etnopsichiatria. Lavoravamo anche con le persone richiedenti protezione internazionale, vittime di torture e quant'altro.

Nel 2001 abbiamo iniziato a lavorare alla costruzione di un dispositivo specifico per l'accoglienza di queste persone. In realtà, noi ci prendiamo cura dei rifugiati richiedenti asilo con due dispositivi diversi.

Quando abbiamo dato inizio a questo dispositivo siamo partiti con l'idea di far nascere una riflessione epistemologica rispetto ai dispositivi di presa in carico di queste persone, e siamo partiti proprio con il principio della pari autorevolezza delle professionalità coinvolte.

Abbiamo pertanto inserito all'interno del dispositivo queste forti ed imponenti personalità che sono i mediatori culturali rifugiati. All'interno del gruppo di lavoro abbiamo tre mediatori culturali rifugiati, più una che collabora; sono veramente delle personalità forti, hanno un passato impegnativo: ci sono un curdo, una iraniana, un'argentina, con storie veramente importanti sia di impegno politico che di carcerazione, di torture e quant'altro.

Il confronto con queste figure all'interno del dispositivo rende complesso il lavoro in un modo incredibile, ma ci arricchisce e ci dà delle cose importanti perché loro hanno attraversato l'esperienza di chi ha subito la migrazione forzata ed ha portato avanti il percorso per l'ottenimento dello *status* di rifugiato; tuttavia, non portano soltanto l'esperienza empirica di questa dimensione, ma hanno anche una sensibilità particolare rispetto alle persone con cui lavoriamo e alle quali offriamo le nostre prestazioni. Oltre a questo, sono anche portatori delle incognite relazionali, ovvero delle conseguenze di questi vissuti drammatici e violenti, e averli all'interno del dispositivo significa confrontarsi quotidianamente con tutte queste diverse dimensioni, e per noi è importantissimo. Siamo veramente stanchi, perché è molto difficile, ma allo stesso tempo pensiamo che sia necessario attraversare questo incontro e condividere con questa categoria di persone il progetto di lavoro.

Parlavo di due dispositivi, perché abbiamo deciso di differenziare l'intervento. Uno è l'intervento che riguarda la presa in carico delle persone

richiedenti protezione internazionale, per la costruzione del dossier. La questione della certificazione è importante; i mediatori culturali rifugiati che si occupano dell'accoglienza, tra cui una psicologa che lavora anche nel dispositivo psicoterapeutico e psicodiagnostico, premono molto sulla questione della certificazione. Ma perché? Perché bisogna chiedersi come si fa a lavorare con una persona che ancora non è legale, non ha lo *status* di rifugiato. Il certificato, quindi, si trasforma in un oggetto importante che noi diamo a queste persone affinché affrontino il passaggio di *status* da richiedente a rifugiato. Ci sembra quindi importante lavorare al problema della certificazione e della raccolta della memoria traumatica.

Per quel che riguarda la questione psicodiagnostica, abbiamo deciso, nonostante il nostro orientamento etnopsichiatrico e transculturale, di sposare le categorie diagnostiche del DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), perché hanno forza legale, e quindi c'è una differenziazione.

Nel momento in cui ci facciamo carico della persona dal punto di vista terapeutico, adottiamo ben altre metodologie e orientamenti; però, per quel che riguarda il percorso di costruzione del dossier e di certificazione, adottiamo le categorie diagnostiche di questo manuale potentissimo.

Come dice l'etnopsichiatria, i dispositivi di cura si devono conoscere e questo è un dispositivo potente ovunque; è per questo motivo che abbiamo deciso di conoscerlo.

Adottiamo anche lo strumento proprio e legittimato del DSM, che è la SCID (*Structured clinical interview for DSM*), che abbiamo sperimentato sotto forma di questionario in una ricerca con la figura del mediatore culturale, e abbiamo visto che funzionava. Cerchiamo di capire ciò che ci può offrire questo manuale molto potente e quindi lavoriamo con le sue categorie diagnostiche.

Lavoriamo in una *équipe* transdisciplinare, al cui interno c'è il mediatore culturale deputato all'accoglienza – che è un rifugiato – e tutti gli altri mediatori. Hanno una formazione specifica in ambito sanitario – con loro ci confrontiamo e compiamo percorsi di autoformazione all'interno dell'istituto - e stanno all'interno dei vari *setting*.

Poi c'è l'antropologo, perché l'etnopsichiatria italiana, che è stata veicolata

soprattutto dalla psichiatria più che dalla psicologia, ha caricato il mediatore culturale di troppe competenze, che alla fine non ha e non può avere. Un mediatore culturale non può essere un antropologo. Non è detto che conosca veramente tutti i sistemi di cura tradizionali del proprio contesto di appartenenza. Neanche noi italiani conosciamo tutti i dispositivi di cura tradizionali o i modi in cui si configurano le sofferenze all'interno del nostro mondo culturale.

Sulla transdisciplinarietà lavoriamo tutti insieme; non è multidisciplinarietà, perché quest'ultima è fatta da professionalità differenti che mantengono una propria competenza specifica senza contaminarsi, mentre noi, invece, ci contaminiamo, ci confrontiamo, lavoriamo insieme, abbiamo vissuto per anni in un'unica stanza, mediatori, antropologi e psicologi.

La figura del medico fa un po' più fatica ad entrare in questa dimensione, anche se abbiamo medici fantastici: abbiamo medici che hanno lavorato in organizzazioni non governative e che per anni hanno vissuto in altri Paesi. Abbiamo medici con una sensibilità speciale. Tuttavia, quella del medico è una professionalità che ha un potere altro, una diversa autorevolezza nei confronti delle altre discipline, nei confronti delle quali la singola persona può comunque essere ricca e sensibile.

Abbiamo lavorato insieme a medici, antropologi e mediatori culturali per la costruzione dei protocolli e delle cartelle cliniche del colloquio psicologico e la raccolta di dati medici. Allo stesso modo abbiamo fatto con tutte le procedure: le abbiamo costruite insieme, e continuiamo a ridiscutere e a ridefinire continuamente il tutto in un processo di incontro, di confronto e di scontro continuo.

Rispetto alla questione della violenza istituzionale, del potere delle diverse discipline e della questione delle differenti culture, riserviamo un'attenzione particolare alla gestione delle dinamiche di potere, sia nei confronti delle persone che si rivolgono al nostro servizio, sia rispetto alle dinamiche all'interno dei dispositivi stessi.

Vorrei dire tante altre cose, ma non ho il dono della sintesi. Da quasi undici anni sto chiusa in una stanza a fare colloqui clinici, quindi faccio veramente fatica a condividere con voi le tante situazioni che abbiamo affrontato e sulle quali continuiamo a riflettere e a confrontarci.

CARLO BRACCI, *Associazione umanitaria Medici contro la tortura*. Ieri avevo preparato due pagine di intervento, della durata di sette minuti; poi è stata così viva la discussione e tali le sollecitazioni che ieri sera ho preparato delle diapositive.

Innanzitutto sono molto contento, per due motivi: primo perché quando, all'inizio degli anni '90, l'associazione ha cominciato a comparire pubblicamente con l'intervento dei veri fondatori – io allora non c'ero – che erano medici provenienti da *Amnesty International*, quasi nessuno parlava di tortura, mentre oggi la tematica è diffusamente conosciuta, e su questo si riflette. L'associazione, quindi, ha motivo di essere molto soddisfatta di aver partecipato a questo processo.

Il secondo motivo è che io nei mesi scorsi ho fatto un'esperienza che mi aveva un po' turbato. Lo SPRAR mi ha chiesto di fare delle lezioni sul tema della certificazione degli esiti di tortura.

Dopo questo incarico, *Save the children*, con cui collaboro sul tema assai spinoso della determinazione della minore età – abbiamo avuto una trentina di sentenze favorevoli in giudizio – mi ha chiesto di parlarne in una serie di seminari sull'identificazione delle fasce fragili. Così, senza sapere bene dove sarei andato, mi sono trovato praticamente negli stessi posti dove mi aveva già portato lo SPRAR a parlare di questo tema molto specifico, e dove altri parlavano delle stesse cose di cui si era parlato allo SPRAR. Gli operatori erano in gran parte gli stessi. Io ovviamente non riconosco più nessuno, ho una memoria non traumatica ma dovuta al naturale decadere legato all'età, che è molto comodo così uno può dimenticare le cose brutte.

Non avevo capito bene cosa era successo, mi sembrava strano che ci fossero due iniziative parallele sugli stessi argomenti, rivolte agli stessi operatori e che non comunicassero tra di loro. La consideravo una grossa carenza. Ieri ho visto che, in realtà, il problema esiste, ma che le due filiere cominciano a comunicare e questo mi sembra un fatto positivo, non tanto come cultore della materia, ma come contribuente sì.

L'associazione è nata negli anni '90 – l'intervento non è mio, ma dell'associazione, lo abbiamo concordato –, rivolgendosi soprattutto a chi proveniva dal Cile e dall'Argentina. Questo spiega molte cose, perché evidentemente in quegli anni si trattava di persone molto diverse da quelle che vediamo adesso.

Proprio da quell'esperienza nasce il contributo fondamentale di Ettore

Zerbino, psichiatra e psicanalista, che si riassume nello slogan «da vittima a testimone». Noi abbiamo casi di persone assistite dall'associazione che sono diventate militanti dei diritti e testimoniano a livello nazionale; ma anche chi non ha raggiunto questo livello nella sua comunità o nel rapporto con gli operatori, testimonia di queste violazioni dei diritti, e questa è una parte che ci sembra integrante del processo di riabilitazione. Dei particolari delle metodologie di approccio alle persone che hanno subito violenza intenzionale spero che si parli in altre occasioni.

Sono cominciate ad arrivare i rifugiati in massa, quelli che tutti noi conosciamo, e l'associazione si è costituita come *onlus* regolarmente registrata, e da allora io vi collaboro.

Seguendo i principi di *Amnesty International*, lavoriamo con finanziamenti non governativi, quindi abbiamo accesso al Fondo ONU per le vittime di tortura, al Fondo *8 per mille* della Chiesa valdese e alle donazioni di privati.

Come funzioniamo? Questo è importante, perché funzioniamo in maniera probabilmente diversa da come funzionano molte istituzioni. Noi non abbiamo sedi per cui paghiamo affitti, ma abbiamo instaurato uno scambio di prestazioni con alcune associazioni. Una di queste, fondamentale, è la Casa dei diritti sociali, che ha uno sportello a bassissima soglia nei pressi della stazione Termini, dove noi facciamo servizio ambulatoriale quattro giorni alla settimana.

C'è poi chi ha l'energia per realizzare la ricerca attiva delle persone sofferenti – in gran parte vittime di torture, o comunque di violenze durante il viaggio verso l'Italia – non solo presso la nota buca dell'Ostiense, ma a suo tempo anche il capannone della Tiburtina, o gli edifici occupati – primo tra tutti quello di via Collatina, dove ci sono 400 persone provenienti soprattutto dal Corno d'Africa – e le stazioni ferroviarie.

Abbiamo poi un centro – chi l'ha ideato è laureato in filosofia, e ne saprà parlare molto meglio di me – dove chiunque può andare due volte alla settimana a fare attività di vario tipo: teatro, socializzazione, visite della città e via dicendo. Questa associazione sta prendendo giustamente una sua autonomia, perché una delle nostre funzioni non è di crescere noi ma di far crescere gli operatori e, in questo caso, di far crescere un'altra associazione di gente più giovane, che potrà continuare

quando noi, per diversi motivi, faremo qualche altra cosa.

In questa decina di anni noi abbiamo raccolto circa 1.700 dossier, e proprio le modalità di accesso fanno sì che almeno la metà di queste persone siano fuori dal circuito d'assistenza, come diceva prima il Centro Astalli quando parlava di una gran massa di persone che non arrivano ai circuiti SPRAR o ad altri. Nel complesso, il 40 per cento di queste persone sono venute occasionalmente e non sono più tornate e il 30 per cento sono state prese in carico per motivi medici non semplici: pensate alla banalità di un diabetico che mangia una volta al giorno, sia pure nella meravigliosa mensa del Centro Astalli: è difficile tenere la glicemia a posto se si mangia una volta al giorno. Per il restante 30 per cento delle persone c'è stata una presa in carico globale.

Ora noi adottiamo una procedura di valutazione interna, che ci serve per capire se dobbiamo modificare le modalità di intervento o spendere in maniera diversa i soldi di cui disponiamo. Ogni tanto, quindi, una volta ogni uno o due anni, cerchiamo le persone per telefono o le incontriamo direttamente, quando capita, e ci annotiamo cosa è successo loro per cercare di capire se è andata bene, se è andata male e quali sono i problemi.

Con un'espressione un po' pomposa, posso dire che abbiamo cercato di individuare i fattori di rischio e di protezione che ostacolano o favoriscono il processo di riabilitazione.

Vado veloce elencando quelli ovvi: l'età e il sesso (i minori e le donne sono particolarmente fragili). Visto che è tornata la dottoressa Signorelli, vorrei dire che c'è un altro motivo per cui noi vediamo poche donne, me lo ha spiegato una dottoressa della Repubblica democratica del Congo, una suora che ha studiato a Roma e poi a Ginevra, e che ogni tanto incontriamo. Quando le ho chiesto come mai ci sono poche donne lei, con molta serenità, mi ha risposto che il motivo è che le fanno a pezzi laggiù. Per le donne, quindi, esiste una difficoltà anche nel fuggire, non sono nell'emigrare.

Il terzo motivo merita qualche parola in più: esiste una differenza nel destino tra chi è stato perseguitato per motivi politici e chi per motivi etnici, religiosi o di genere. Chi è stato perseguitato per motivi politici in un certo senso è più forte: sa perché è stato torturato, quindi ha dentro di sé degli strumenti per capire i rapporti di

potere e per mettere in atto delle contromisure come, ad esempio, la militanza, che è un forte fattore protettivo.

Per altre persone, invece, la situazione è più difficile. Qualcuno mi ha detto che non poteva uscire di casa perché essendo di etnia Hutu lo avrebbero fatto a pezzi solo guardandolo in faccia. Questa situazione, quindi, è pesantissima e si prolunga.

Anche grazie alla mia fondamentale esperienza sindacale, abbiamo imparato non solo a chiedere che tipo di lavoro svolgevano, ma anche a capire che cosa significava svolgere quel lavoro nel loro Paese. Ad esempio, fare il saldatore in un Paese sottosviluppato richiede competenze molto diverse e probabilmente non spendibili sul mercato del lavoro italiano, per cui è inutile cercare posti per saldatore; gli infermieri, invece, magari con qualche esame integrativo trovano facilmente lavoro in Italia, quindi li si può avviare più facilmente. Gli intellettuali sono quelli che stanno peggio: io non ho trovato un giornalista che faccia il giornalista, e oltretutto i giornalisti sono una categoria oggetto di persecuzione.

Bisogna tenere conto della possibilità di imparare l'italiano e dei rapporti con la famiglia di origine. È ovvio che non si può fare psicoterapia a una persona che non sa come stanno i figli perché non ha cinque euro per comprare una tessera telefonica. Abbiamo parlato della qualità dell'accoglienza che è un discorso ovvio.

Ci siamo resi conto che chi arriva in tempi brevi al nostro servizio ha migliori prospettive, non certo perché noi gli siamo utili – ce lo diciamo tra di noi, ma non in pubblico – ma soprattutto perché chi arriva presto ha più risorse ed è capace di orientarsi in una società estranea.

Per quanto riguarda l'iter giuridico e la qualità dell'assistenza giuridica, noi non prestiamo direttamente assistenza giuridica ma abbiamo un rapporto con operatori e con strutture – tra cui il Centro Astalli – che lo fanno, e in cambio noi diamo loro certificazioni medico-legali. Non si fanno pagare.

Introduco un fatto importante: ci sono dei migranti forzati che hanno una comunità di riferimento. La comunità all'interno della quale ho trovato maggiore solidarietà è quella del Darfur. Noi abbiamo un caso – che il dottor Santone ha seguito nella diagnosi e cura nella fase acuta – che è stato preso in carico dalla comunità e il paziente è uscito da una crisi psicotica, come la chiamo io. Guardo il dottor Santone per avere conferma se la terminologia è esatta o è politicamente

scorretta, io ho studiato ai tempi del dottor Kraepelin, quindi mi perdonerete; però ho anche vissuto l'esperienza di Basaglia, come militante di un partito a cui era iscritto Agostino Pirella.

Lo stesso discorso vale per chi viene dal Kurdistan. Qui vicino, a Testaccio, c'è una comunità che si chiama Ararat. L'altra sera, durante uno spettacolo fatto da loro presso il Centro di musica popolare di Testaccio, ho incontrato uno dei nostri amici curdi, un pazzo (uso anch'io questo termine, perché "fragile" mi sembra non preciso) che faceva il posteggiatore e che abita presso Ararat. È sicuramente uno di quei casi per i quali, quattro o cinque anni fa, ci siamo recati all'ACNUR, perché era uno che bussava a tutte le porte. Da che vive ad Ararat continua a venire da noi, ma soprattutto per accompagnare persone in difficoltà. Quella delle comunità, quindi, è una risorsa di cui in alcuni casi si può tener conto.

In altri casi, invece, la comunità ha un forte fattore di rischio. Noi abbiamo fatto un lungo intervento negli edifici occupati della Collatina, e ci siamo resi conto di quanto sia difficile entrare in rapporto con le donne e di come spesso le donne subiscano violenza: si perpetuano i rapporti di potere uomo-donna che ci sono nei Paesi di origine, e spesso queste donne venivano da noi solo per iniziare il percorso dell'interruzione di gravidanza. Bisogna fare molta attenzione, quindi, anche a mitizzare il ruolo delle comunità di appartenenza.

Vengo ora alle malattie fisiche o psichiche invalidanti precedenti la persecuzione. Chi è stato un malato psichiatrico nel suo Paese e poi è stato perseguitato, incarcerato, torturato, ha affrontato il viaggio ed è arrivato in Italia, è una persona che probabilmente avrà bisogno di cure per tutta la vita.

Lo stesso discorso vale per le malattie fisiche. Ho parlato del diabete, ma ci sono anche insufficienze renali, HIV, epatiti croniche; ce ne sono quante ne volete, di malattie croniche destinate a non guarire.

Ci sono, poi, le notizie che arrivano dal Paese di origine, notizie di tipo politico o relative a malattie o morte dei familiari e che rappresentano momenti di crisi che, anche a distanza di anni, inevitabilmente si ripetono. Un certo numero di rifugiati, inseriti soprattutto nel nord, torna da noi perché hanno perduto il lavoro e cerca qualcuno con cui parlare di questa situazione.

Il nostro modello di intervento è volutamente disorganico, perché noi siamo

un'associazione di volontariato professionale in cui ognuno di noi interviene attraverso la sua professione; siamo in totale 15 e non abbiamo volontari che ci sostengono o che fanno il servizio mensa, tanto c'è quella del Centro Astalli. Quello che in realtà facciamo, anche se in maniera incompleta, prima di intraprendere qualunque iniziativa è avere una mappa completa di tutte le risorse che ci sono: quelle istituzionali, quelle formali e quelle informali, facendone però una valutazione anche *in itinere*, che non sia scontata una volta per tutte.

Ad esempio, so che chi viene dal Darfur continua ad avere una solidarietà enorme, mentre la comunità di Ararat ha molte luci e qua e là anche qualche ombra che si è manifestata man mano che la comunità si è strutturata e che la situazione politica in Iraq è cambiata (quella in Turchia resta molto grave).

Bisogna anche sapere concretamente che cosa si può fare.

Io ammiro molto Pietro Benedetti, psicologo del SaMiFo, da quando l'ho visto prendere la macchina alle sette di sera e andare a 30 chilometri da Roma per accompagnare una donna sola – che la notte precedente aveva dormito per strada – in una casa religiosa dove aveva trovato assistenza. Questo probabilmente il servizio pubblico non è in grado di farlo, ma noi dobbiamo sapere quali disponibilità reali e concrete di intervento ci sono nel territorio nei casi di emergenza.

Un'altra cosa: Baobab è un'associazione che gestisce un centro di accoglienza e ha dei posti letto finanziati dal comune non sono coperti da alcuna convenzione, che sono a disposizione dei casi di emergenza. Ci sono, quindi, due punti a cui noi possiamo telefonare per risolvere dei problemi che riteniamo veramente gravi.

L'intervento deve essere globale: psicologico, medico, sociale e, io aggiungerei, politico, estremamente flessibile perché non c'è un caso uguale all'altro, e prolungato nel tempo. Ci sono casi che noi seguiremo per tutta la vita. Io ho visto all'ospedale di Trieste un malato che era entrato sotto il nome di Francesco Giuseppe; si chiamava Franz, ma aveva man mano cambiato nome perché nel corso di 60 anni era cambiata la lingua ufficiale. Quello è un malato dimesso ma che continuerà a stare nell'orbita dei servizi psichiatrici.

Noi ne abbiamo di questi casi, che seguiremo a lungo, ed è importante per loro sapere di avere un punto di riferimento, non uno generico ma possibilmente la

stessa persona o struttura a cui si sono rivolti la prima volta, e che deve essere disponibile anche a distanza di anni. So che è difficile, che la precarietà del personale non lo facilita, che le angosce del personale precario sono spesso simili a quelle dei richiedenti asilo e che viviamo una crisi gravissima della nostra società, all'insegna della precarietà che ci rende difficile ogni intervento. Si fa quello che si può.

FIGURELLA RATHAUS, *Consiglio italiano per i rifugiati*. Buongiorno a tutti. In realtà, quando ho aderito con entusiasmo all'invito di Maria Silvia Olivieri e dello SPRAR a questo incontro, immaginavo una cosa molto più concentrata sui contenuti di queste tre nuove esperienze di cui siamo partecipi. Immaginavo, quindi, un incontro che si confrontasse soprattutto sul contenuto di queste esperienze.

Alcune domande, infatti, sono emerse qua e là in questi giorni, e alcune sono davvero rimaste aperte in modo interessante, perché nessuno ha ricette e questa sperimentazione probabilmente doveva e voleva da una parte rispondere a un'emergenza, ma dall'altra rispondere anche interrogandosi su che cosa è utile mettere in campo rispetto a questa esperienza.

La domanda principale, che riguarda proprio la necessità o meno di adottare misure così strettamente dedicate all'accoglienza del disagio mentale, rimane in qualche modo fortunatamente aperta. Riallacciandomi anche all'intervento di Jurgen Humburg, dico "fortunatamente" perché i temi su cui dobbiamo confrontarci sono molti, quindi è più che mai urgente immaginare un forum più ampio che unisca i vari livelli su cui dobbiamo e vogliamo interrogarci.

Nella realtà, proprio perché queste occasioni sono così rare e così preziose, è successo che abbiamo utilizzato molto questa esperienza anche per evidenziare quali sono le risorse che ad oggi esistono sul territorio.

In genere rifugio molto da questo tipo di situazioni: mi sembra sempre imbarazzante sedersi a un tavolo e utilizzare la propria esperienza per raccontare e fare uno *spot* su noi stessi. Ho accettato di partecipare a patto che non si tratti di questo – e sinceramente questo non vuole essere e non è – e a patto che questa occasione sia davvero un modo per unire le risorse e, finalmente, evitare quello che ci è capitato, particolarmente in questo anno. Direi che è importante descrivere tutte

le esperienze che fin qui sono nate, anche perché ci sono alcuni malintesi che le circondano, per cui in qualche modo sono viste antagoniste come “la Coca Cola e la Pepsi Cola”. È molto importante, invece, cogliere le potenzialità di tutte queste risorse e l'importanza che siano tutte collegate al territorio e ne diventino patrimonio.

Pensando all'intervento della dottoressa Signorelli, ciò che lei ci ha descritto è un punto di arrivo: sarebbe cioè meraviglioso che tutti i servizi pubblici avessero consapevolezza della loro funzione universalistica e della necessità che si prendano carico di tutte queste specificità, fra cui la sofferenza legata all'esilio, all'esperienza della tortura e via elencando.

Di fatto, questo non necessariamente succede. Spesso, in questi due giorni, abbiamo parlato dell'importanza di cogliere il contesto, che spesso non è conosciuto. La realtà di Trieste è esemplare in questo, ma noi ci siamo confrontati con realtà del sud, realtà molto più marginali rispetto a questi dibattiti e dove questa consapevolezza purtroppo non è altrettanto matura in questo momento.

Volendo ora fare un discorso per cercare di mettere insieme le risorse, dovrei anche dar conto delle nostre origini. Abbiamo iniziato a occuparci di tortura grazie al gruppo Medici contro la tortura. Mi dispiace che il dottor Taviani sia appena andato via. Abbiamo iniziato la nostra attività nel 1995, in un momento in cui di tortura non si parlava e la cura per i richiedenti asilo non era minimamente prevista nelle strutture pubbliche.

In quel periodo, prima del testo unico della legge n. 40/98 che ha previsto l'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo, le persone di cui ci occupavamo non avevano neanche diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale. Abbiamo quindi iniziato un'esperienza un po' “carbonara”: ci incontravamo la sera e inventavamo modi per prenderci carico di queste persone.

Oggi, per fortuna, questo non avviene più, e il nostro impegno etico e professionale è soprattutto quello di mettere in collegamento le esperienze del privato sociale o dello SPRAR con i servizi pubblici, e di farlo nel modo migliore possibile, al fine di garantire un livello omogeneo di conoscenze, di competenze, di consapevolezza delle problematiche che si affrontano.

Ci sono stati ulteriori sdoppiamenti anche all'interno delle formazioni che

abbiamo fatto nei CARA. Abbiamo fatto dei tentativi di parlarci, ma erano tentativi tardivi. Questo, però, vuole essere innanzitutto un lancio di ulteriori *forum*. Questo è stato importante: in questo momento ci siamo contattati, ci siamo descritti, ma evidentemente per confrontarci davvero sui contenuti e sugli approcci non è sufficiente un unico incontro.

A patto che questo non voglia essere uno *spot* pubblicitario, desidero descrivere il Progetto NIRAST (Network italiano per richiedenti asilo sopravvissuti a tortura), a cui lavoriamo dal 2007.

Questo progetto, come avete potuto notare, vede la collaborazione della Commissione nazionale per il diritto d'asilo, del Centro per le patologie post-traumatiche da stress, del Consiglio italiano per i rifugiati e dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati. Nasce nel 2007 con un primo corso di formazione che all'epoca ha visto insieme i sette centri pubblici dei sette territori corrispondenti alle allora sette Commissioni territoriali.

Anche di questo si è molto parlato: evidentemente nessuno vuole necessariamente rendere patologiche le esperienze di tortura, tutt'altro. Nella nostra esperienza abbiamo conosciuto persone che da queste esperienze sono uscite in modo decisamente molto forte, senza aver avuto bisogno del tipo di terapia che qualche volta ci si immagina.

A tal proposito, desidero riallacciarmi all'intervento della dottoressa Maria Cristina Tumiati, con la quale mi trovo d'accordo: a volte si utilizzano categorie psichiatriche per la loro valenza veicolare, ma questo in nessun caso significa venir meno alla consapevolezza che la presa in carico è globale. Infatti, all'inizio ho annunciato di voler parlare della valenza terapeutica dell'intervento sociale e legale – a cui aggiungerei senz'altro quello culturale e politico – perché una presa in carico sensata è inevitabilmente questa.

Tuttavia, dire questo non ci esime dall'utilizzare, laddove sia appropriato farlo, anche misure di tipo più specifico, che si dirigono in modo più strutturato alla sofferenza psicologica, emotiva e via dicendo.

Le esperienze traumatiche estreme per lo più sono inevitabilmente collegate ai traumi di natura interpersonale, soprattutto a quelli ripetuti e sequenziali, e provocano profonde ripercussioni nella psiche individuale.

La specificità e la complessità dei quadri sindromici conseguenti a esperienze di tortura o violenza estrema unite alla rilevanza dei fattori di tipo etno-culturali richiedono la possibilità di avvalersi di strutture specializzate e qualificate in quanto specifiche.

È lì che è nata, nel 2007, la volontà di collegarci e costituire un primo nucleo di servizi pubblici medico-psicologici. In quell'occasione abbiamo organizzato il primo corso nazionale di formazione per l'identificazione – anzi: adesso ci piace di più parlare di individuazione, identificazione sa un po' di poliziesco – la certificazione e la cura dei richiedenti asilo sopravvissuti a tortura e a traumi estremi. Quello è stato un corso di primo livello, a cui ne è seguito uno più recente che ha coinvolto, questa volta, dieci centri pubblici.

Mi è sembrata importante la sottolineatura che ha fatto Humburg prima di me. Evidentemente, questo non vuol dire minimamente che questi siano i dieci centri che hanno una sorta di scettro rispetto alla certificazione, tutt'altro: sono delle risorse specifiche in quanto coinvolte in una serie di opportunità di incontro, di condivisione di strumenti, di corsi dedicati e via elencando, quindi sono strutture che, come primo cerchio, si sono unite e hanno messo a disposizione le loro competenze per la presa in cura e la certificazione specifica dei rifugiati richiedenti asilo sopravvissuti a esperienze di tortura.

L'obiettivo generale del progetto è garantire la tempestiva e corretta individuazione, certificazione e cura dei richiedenti asilo sopravvissuti a torture e traumi estremi, all'interno dei centri medico-psicologici del Servizio sanitario nazionale che, come abbiamo visto, ad oggi sono dieci e fanno parte di questo sistema territoriale.

Gli obiettivi specifici sono: la realizzazione di una diffusa rete di centri sul territorio nazionale formata da centri medico-psicologici di riferimento territoriale; lo sviluppo di modalità operative, certificative e diagnostico-terapeutiche condivise e omogenee su tutto il territorio; il rafforzamento dei collegamenti con il CARA, i centri SPRAR per vulnerabili, le realtà territoriali del privato sociale e delle ASL; il consolidamento, l'approfondimento e l'aggiornamento continuo delle competenze specialistiche dei medici e degli psicologi dei centri di riferimento territoriale; la creazione di un *database* per il monitoraggio nazionale della situazione dei

richiedenti asilo e rifugiati vittime di torture e di traumi estremi.

Abbiamo avuto anche l'opportunità di creare un sito internet, pensato non solo per condividere con i diversi centri alcuni strumenti di lavoro ma anche e soprattutto per condividere con tutti gli operatori una serie di aggiornamenti continui sul tema della salute mentale, in particolare delle conseguenze della tortura. Questo vuole essere semplicemente un lancio, dopodiché chiaramente noi abbiamo svolto e stiamo ancora realizzando un'attività nei CARA.

È verissimo quel che si dice: per qualche ragione si sono ripetute delle esperienze. Noi abbiamo risposto a un bando preciso e stiamo svolgendo dei seminari che hanno proprio l'obiettivo di individuare, nella maniera più precoce possibile, le vulnerabilità tra i richiedenti asilo e i rifugiati. Ci siamo trovati a confrontarci con altre esperienze che avevano un mandato molto simile. Noi siamo esecutori di queste vicende, ma indubbiamente e auspicabilmente tutte queste esperienze dovrebbero riuscire a parlarsi e a confrontarsi non all'ultimo minuto, quando ormai si è partiti, ma molto prima, in modo da arrivare a una modalità e ad un approccio che sia pensato da subito in modo condiviso. Grazie.

VINCENZO MAGGIULI, *Dirigente medico del Dipartimento salute mentale dell'Azienda sanitaria locale di Brindisi.* Ringrazio il Servizio centrale dello SPRAR per questa ricchissima occasione: avevamo capito che era importante, e ci tenevamo ad essere presenti.

È qui con me la dottoressa Lilla Turco, che è la psicologa di *Connecting people*, l'ente gestore del CARA di Restinco.

Desidero innanzitutto sottolineare quanto è stato importante per me e per noi ascoltare punti di vista come quello di Natale Losi sull'importanza dell'approccio sistemico; di Massimo Germani sull'attenzione nosografica che comunque bisogna avere – poi dirò qualcosa in più – o sull'importanza della consapevolezza della critica istituzionale; del contributo che ha portato la dottoressa Signorelli da Trieste; ancora, del punto di vista che Aldo Morrone chiama per sé “militanza devozionale”, ma è propria di tutti quelli che, a titolo di volontariato, come Carlo Bracci, intervengono in questo campo sterminato della sofferenza, che richiede azioni per lenirla.

Io all'inizio ho fatto lo psichiatra consulente al CARA un po' come era successo in ospedale e in carcere in precedenza, ovvero chiamato d'urgenza perché l'attitudine dentro il CARA, non per colpa loro ovviamente, era di rilevare – qui è stato detto e sottolineato più volte – i sintomi e le sindromi, e l'esperto di sintomi psichiatrici è lo psichiatra. Di conseguenza, mi sono trovato per tutta una fase iniziale ad essere sommerso da questo compito impossibile di fare lo psichiatra, perché diventavano tutte sindromi psichiatriche da trattare con psicofarmaci. Ci siamo subito resi conto tutti che non poteva andare avanti così.

Per quanto mi riguarda, mi sono ricordato di essere uno psichiatra con formazione sistemica e mi sono ricordato di quello che mi diceva Landolfi negli anni '80. Lui diceva: «Se volete fare psicoterapia familiare, dovete dimenticare la psichiatria». Io allora non capivo cosa significasse, perché ero ancora in viaggio di nozze con la psichiatria, non l'avevo completamente appresa quindi non potevo dimenticarla, però conoscevo i contributi di Natale Losi, di Maurizio Andolfi, di Dino Ancora, di Umberta Telfner e tanti altri. Mi sono ricordato di queste cose, me le sono andate a spulciare ed è venuto fuori qualcosa di molto interessante che adesso è diventato banale, ma che per me è stata una conquista importante, come qui è stato sottolineato più volte.

Prima dei sintomi ci sono delle storie, e se non vengono raccolte queste storie i sintomi non sono decodificabili e prendono inevitabilmente la pericolosa china della psichiatria, che presume di essere scientifica ma in realtà stringe come un imbuto le possibilità di dare luogo a strade alternative e a progetti di vita, che poi sono la facilitazione che noi possiamo dare.

Tra l'altro, noi lavoriamo – non ce lo dobbiamo dimenticare, e la collega Signorelli lo ha ricordato – nel CARA di Restinco, metà del quale è occupato dal CIE. Lo stesso ente che deve gestire il CARA deve gestire anche il CIE. Oggi non c'è spazio per parlare dei CIE, però penso che sia comunque un argomento che valga la pena di affrontare fra di noi. Dicevo che non dobbiamo dimenticarci che i CARA, e a maggior ragione i CIE, in fondo hanno le caratteristiche e le stimate di quelle che Goffman definiva istituzioni totali (noi, come istituzione totale, abbiamo in mente il manicomio).

In realtà, anche queste strutture hanno le stimate: sono dei luoghi di

restrizione, di costrizione, di detenzione amministrativa che di per sé sono patoplastici; quindi non dimentichiamoci che molte delle patologie che noi impattiamo in queste strutture sono patologie che, probabilmente, è possibile che al di fuori di questa situazione di restrizione, di limbo, di attesa spasmodica della notizia positiva, della protezione, non si verificherebbero.

Proprio il giorno prima di partire abbiamo assistito ad una sorta di guarigione miracolosa da una sindrome che non riuscivamo a definire psichiatricamente, ma che era sicuramente una grossa sofferenza. Questa guarigione miracolosa è avvenuta un minuto dopo la ricezione della notizia positiva dell'accoglimento di una protezione. In quel momento davanti a questa persona si sono aperti questi cinque anni di futuro, e immediatamente quello che sembrava l'assenza di un qualsiasi progetto di vita, coperto dai sintomi depressivi, dall'insonnia, dall'ansia, dalla preoccupazione, dall'agitazione, si è tutto diradato, e questa persona nel giro di un minuto ci ha resi edotti del suo progetto di vita, del desiderio di sposarsi e via dicendo.

È importante fare una precisazione. Senza farla troppo per le lunghe, se mi consentite qualche minuto ancora vorrei elencare molto sinteticamente una serie di casi.

L'impatto che abbiamo avuto immediatamente è stato quello con gli immigrati africani provenienti dall'area subsahariana, che sono stati una novità per noi, almeno per me. Brindisi è una terra di frontiera: noi vediamo passare immigrati da trent'anni (prima i curdi, poi gli albanesi, poi gli slavi che fuggivano dalle guerre delle Jugoslavia che si divideva mentre l'Europa si unificava, dalle zone di guerra del Golfo). Poi sono arrivati in massa dall'Africa subsahariana, dall'Africa orientale, adesso stanno arrivando dall'Est, dal Pakistan, dall'Afghanistan, dall'India, dall'Iraq, dalla Palestina.

Il forte impatto iniziale lo si è avuto con gli africani provenienti dall'area subsahariana. Vi leggo queste storie sintetizzate: fu dimenticando la psichiatria che capimmo che la depressione inibita di Saidi – roba da 300 milligrammi al giorno di bupropione – appena diciottenne, piccolo di statura, di carattere modesto, riservato, dai bei lineamenti, si era strutturata perché lui parlava solo il dialetto del popolo Peul. I Peul sono un popolo di 15 milioni di nomadi dispersi in tutta l'Africa occidentale e occupano la regione del Sahel. Sono presenti in particolare in Senegal

e in Nigeria, e parlano il pulaar, una delle tante lingue della Nigeria. La Nigeria era come la Jugoslavia prima dell'unificazione europea: diverse etnie e moltissime lingue, e il pulaar è una di queste. Cosa era successo? Noi non ci eravamo accorti che lui aveva perso di vista l'unico amico che aveva e che era stato trasferito in un altro centro. Lui parlava solo il pulaar, e non c'erano persone in grado di tradurre le sue parole. L'unico rapporto con il mondo era questo amico che parlava anche l'arabo e lui, grazie a questo amico, poteva entrare in contatto con il mondo nuovo. Non ci abbiamo messo molto a capire che era questo il motivo per cui lui aveva questa forte depressione inibita, però inizialmente ne sono stati visti i sintomi.

Fu sempre dimenticandoci la psichiatria che riuscimmo a tollerare che Emmanuel allucinasse per molti mesi la sorella morta nella traversata del deserto del Sahara senza doversi sottoporre a pesanti trattamenti farmacologici. Lui allucinava tutte le notti la sorella, le parlava, la sorella rispondeva, lui la vedeva in carne ed ossa accanto a lui. Tutto questo succedeva di notte, quando non era distratto dai rumori e dalla veglia. Lui pianse per tutto il tempo – per quanti mesi non lo ricordo – però non ci fu bisogno dell'intervento psichiatrico. Anche in questo caso, una delle prime cose che notammo era che piangeva, che era disperato e allucinato: parlava da solo nel vuoto. Gli stessi suoi compagni di stanza erano quasi terrorizzati.

Ma ci sono anche altri casi. Quello che più mi ha impressionato è stato la storia di Amadi, un nigeriano Yoruba. Tra l'altro, noi abbiamo dovuto sviluppare immediatamente la curiosità per la geografia, la storia, l'etnografia: per fortuna esiste internet, che ci ha aiutati a trovare alcune informazioni cosicché il giorno dopo eravamo pronti a dare delle risposte. La storia di Amadi è incredibile: lui entrò in quello che ci sembrò da subito un classico delirio paranoico, anzi, una depressione con sintomi psicotici di tipo paranoide: non dormiva, era impaurito e disperato, e temeva di morire da un momento all'altro. Fu possibile ricostruire la sua storia, e si aprì immediatamente ai nostri occhi un problema culturale, non psichiatrico. Lui era il terzo figlio maschio di una famiglia di una comunità animista. Tra l'altro, noi non sapevamo che in queste comunità è praticato ancora il sacrificio umano: io ho cercato tracce di queste informazioni, ma non ho trovato nulla se non alcuni ritagli di giornali inglesi che si occupano di questo tema. Lui ci disse che nella sua comunità ogni tanto si pratica il sacrificio umano in favore della comunità, e il capo aveva

stabilito che la vita del primogenito della sua famiglia dovesse essere sacrificata. Noi gli abbiamo chiesto anche i dettagli, e lui ci ha raccontato che la sera fu steso sul letto, gli misero una cosa intorno al collo – che il mediatore linguistico non è riuscito a rendere concettualmente – e il giorno dopo era morto. La reazione in questi casi non è quella normale del lutto per cui si piange, ci si dispera, si urla, si grida eccetera, perché essendo riti condivisi socialmente la famiglia non deve esibire dolore. Sua madre, invece, fece l'errore di esprimere il proprio dolore in maniera eclatante e questo comportò che il capo della comunità decise che il rito non era andato a buon fine e che bisognava sacrificare anche il secondo figlio. A quel punto, la madre prese i due figli e disse loro di scappare. Così fuggirono, ma il fratello morì durante la traversata del deserto, mentre lui riuscì ad arrivare a Lampedusa, poi a Brindisi e così via.

Dovevamo somministrargli gli antidepressivi? Gli antipsicotici?

Abbiamo recuperato anche noi un po' di pensiero magico: non è stato difficile, perché in Puglia negli anni '80 a Ceglie – il paese della dottoressa Lilla Turco – venivano ancora le famiglie con il ventenne in psicosi sostenendo che era in quella condizione da quando aveva bevuto il caffè a casa di una ragazza che sicuramente gli aveva fatto una fattura d'amore, mettendo il sangue mestruale nel caffè. Questa era la loro cultura. Noi abbiamo perso pazienti di questo tipo perché ci contrapponevamo a questa cultura, sbagliando; loro si sono rivolti ai maghi e poi sono ritornati da noi. La cultura magica, quindi, ci è abbastanza vicina.

Non ci è stato difficile immergerci in questo modo di pensare e dire a questa persona che non doveva preoccuparsi, perché con la nostra energia e con i nostri poteri noi avevamo eretto intorno all'Italia una barriera invalicabile dal capo della sua comunità. Queste parole hanno funzionato.

Abbiamo recuperato un pensiero magico – questo è stato anche interessante – che ci ha permesso quell'approccio etnopsichiatrico e transculturale che è necessario, e di cui si è parlato.

Per quanto riguarda la questione del dimenticare la psichiatria, vorrei puntualizzare – è già stato fatto – che per dimenticarla bisogna prima averla appresa: non si può dimenticare qualcosa che non si è acquisito. Non è che la psichiatria sia da buttare via o non serva, attenzione! Se devo fare un invio a uno SPRAR e devo

descrivere, anche in termini di DSM, una patologia, devo stare attento.

Ci ricordava Massimo Germani, molto a proposito, che gli stati dissociativi caratterizzano le sindromi post-traumatiche gravi. Per la prima volta io come psichiatra sto vedendo gli stati dissociativi nelle sindromi post-traumatiche gravi, che però se non sono ben conosciute, possono essere confuse con tutt'altra patologia.

Vorrei fare un esempio. Ultimamente siamo incappati, nel CARA, in un paziente che ogni tanto, durante stadi dissociativi che sembravano anche alimentati dall'ingestione di alcool, andava sotto la doccia e si tagliava, facendo schizzare il sangue. Immaginate la reazione emotiva di tutti. Per questa persona è nato il mito della sindrome suicidaria, quando invece si trattava di una condotta automatica in uno stato di coscienza alterato di cui addirittura serbava solo in parte il ricordo. Se devo fare allo SPRAR l'invio di una persona del genere, non dico che ha una sindrome suicidaria altrimenti metto spalle al muro lo SPRAR. Se lo devo descrivere, lo devo fare appropriatamente. Ci tenevo a fare questa sottolineatura. Grazie.

PIPPO COSTELLA, *Presidente di Defence for children Italia*. Vorrei riportare parte dell'esperienza di formazione che abbiamo realizzato nei due mesi passati. Si tratta di uno dei due progetti FER sulla formazione di operatori. In particolare, questo progetto di formazione si poneva la prerogativa di pensare al rapporto tra CARA e territorio, per cui erano coinvolti nei laboratori di formazione non solo gli operatori del CARA ma anche del territorio, con l'intento di capire che cosa poteva voler dire fare emergere e prendere in carico la vulnerabilità.

In origine abbiamo pensato a questo progetto chiamandolo *Contextus*, perché l'idea del tessuto e dell'intreccio tra le varie cose ci sembrava fosse la nozione più vicina alla complessità che doveva caratterizzare la ridefinizione della vulnerabilità.

Abbiamo impostato questo processo di formazione come un laboratorio, con operatori dei CARA del territorio e con pubblici molto eterogenei, a seconda delle situazioni; abbiamo pensato, però, che fosse certamente necessario proporre alcune idee, alcune sponde di pensiero, ma anche provare a definire meglio questa vulnerabilità con chi di fronte ad essa si trova tutti i giorni.

In questo senso sono contento di poterne parlare oggi, perché una delle promesse implicite di questi laboratori nei confronti degli operatori era proprio quella di provare a dare loro voce, dato che spesso lavorano in condizioni di estrema solitudine e in una situazione molto complessa in cui non ci sono assolutamente supporti.

Gli operatori che abbiamo incontrato, in linea di massima sono molto sofferenti e sono soli a confrontarsi con il loro difficile ruolo all'interno di strutture che sono quasi sempre decontestualizzate da tutto il resto.

Vorrei quindi fare alcuni accenni a ciò che di importante, secondo noi, è emerso da questi laboratori, e che forse può contribuire ad un ragionamento più complessivo.

La prima cosa che vorrei dire in termini di impostazione è che se, come ci è stato ricordato ieri, la vulnerabilità indica una potenzialità verso qualcosa, sarà importante il tipo di contesto che proponiamo in questo processo.

Ci sono dei contesti che possono far risultare questa vulnerabilità in modo negativo – ad esempio, far risultare in una patologia – oppure ci sono dei contesti che invece possono accompagnare in modo più naturale questa potenzialità verso una soluzione positiva.

Ieri ci veniva ricordato di pensare al bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto: l'approccio ricorrente che noi abbiamo incontrato sulla vulnerabilità è sempre quello del bicchiere mezzo vuoto.

La proposta che abbiamo fatto agli operatori in primis è stata quella di pensare alla vulnerabilità sempre in connessione con la nozione di risorse. Poi possiamo chiamarla resilienza, e mi sembra che ieri questo sia stato ricordato. Il contesto, quindi, è ciò che genera poi l'esito di questa vulnerabilità.

Anche la seconda questione è stata ricordata ieri: la centralità della persona. Come facciamo a definire questa nozione in modo non superficiale, non retorico?

Che cosa vuol dire? Vuol dire conoscere le storie delle persone, capire da dove viene e dove va una persona, per capire dove si trova in quel momento. La centralità della persona, quindi, è anche possibilità di partecipazione al proprio destino, che è una categoria molto vicina a quella del riconoscimento del diritto.

Noi abbiamo proposto un punto di connessione come ipotesi tra queste

categorie del benessere o del malessere è quello del diritto o non diritto, così come quello del luogo e del non-luogo.

Tutti i posti dove siamo andati – e non sempre abbiamo realizzato il laboratorio nei CARA – sono dei non-luoghi, dei posti assolutamente decontestualizzati, nel tempo e nello spazio, non solo dalla realtà dei richiedenti asilo ma anche dalla nostra realtà. Dico una cosa scontata.

La terza questione è stata ricordata anche ieri, e mi aggancio al ricco dibattito che ne è seguito: il dottor Maggioli ricordava un approccio di carattere sistemico. Non si possono escludere delle variabili che sono così determinanti. La cultura che dovrebbe determinare la nozione di salute mentale in Italia è una cultura di sistema, non è legata solo alla patologia; è una cultura che deve considerare una molteplicità di variabili e di livelli che ci coinvolge tutti: gli operatori, gli ospiti dei CARA, noi che siamo qui in questo momento, il Servizio centrale. Noi tutti definiamo questa salute mentale, mentre invece abbiamo notato che c'è una tendenza a isolare questa nozione di salute, spesso mettendola nel cantuccio della malattia senza considerare che è una cosa che ci coinvolge.

Abbiamo realizzato i laboratori di formazione in contesti assolutamente disfunzionali. *In primis*, la cosa che abbiamo rilevato è che per molti operatori del CARA, ma non solo, non è chiara la differenziazione tra il significato di accoglienza e di controllo. Questi sono posti di controllo, non di accoglienza, e questa confusione trasversale sicuramente nei CARA trova un suo apice, ma determina anche degli ostacoli, delle possibilità o delle non-possibilità.

Questo controllo – è stato ricordato Goffman – è assolutamente un elemento attuale che va considerato nella possibilità di creare una relazione reale con quella persona e la sua storia, e nel riconoscere la sua centralità in un rapporto terapeutico – vogliamo chiamarlo così – o semplicemente in un rapporto, in una relazione di senso.

In questi posti le persone non si incontrano, non ci sono spazi in cui possono parlare semplicemente. Negli spazi esterni dei CARA non ci sono panchine, nella maggior parte dei casi; non ci sono spazi coperti per incontrarsi quando piove. Allora mi sembra difficile parlare di un discorso più specialistico senza considerare questo *contextus*, questo insieme di fattori. Per non parlare – ed è stato ricordato

anche questo aspetto – di tutte le odissee – vedi Dublino – che diventano fonte di vulnerabilità, o contesti in cui la vulnerabilità si acuisce, facendo sì che un'esperienza che poteva essere sofferenza ordinaria in qualche modo diventi qualcosa di più grave e di patologico perché è malato e ambiguo il contesto che dovrebbe accogliere.

Gli operatori vivono questa situazione magari mettendo in gioco le proprie capacità empatiche, a volte anche con un atteggiamento un po' filantropico e molto distante da una logica fondata sui diritti. Cercano di mettere in gioco le proprie risorse, sono *front line*, in prima linea rispetto a questa complessità. I mediatori culturali, gli operatori all'interno dei centri sono messi dal sistema a confronto con una complessità enorme.

In più, in questi posti le pratiche sono determinate da logiche assolutamente semplici, come quelle di un capitolato, ad esempio. Gli enti gestori lavorano nei centri con un capitolato, che non indica la necessità di un progetto con una tridimensionalità ma la realizzazione di servizi, che non presumono la partecipazione. Il riconoscimento è una questione discrezionale molto distante dal diritto, e in questi centri questo succede.

Non solo: ai laboratori hanno partecipato operatori degli SPRAR del territorio, laddove ci sono alcuni progetti, situazioni assolutamente povere da questo punto di vista e molto sproporzionate rispetto alla potenziale necessità di alcune cose. Queste persone, dentro e fuori al CARA, non si erano mai incontrate, non avevano mai parlato. Davano significati diversi alle parole che utilizzavano. Il laboratorio non ha risolto questa situazione, ma si è posto il problema di provare ad usare qualche parola a cui dare lo stesso significato.

Questa assenza di confronto è la stessa assenza di relazione tra gli ospiti di questi CARA, ed è la stessa assenza di percorsi che gli ospiti di questi CARA hanno rispetto al territorio in cui sono ospitati, laddove certamente ci sono delle responsabilità politiche grossissime nell'incuneare senza alcuna proporzionalità una realtà tipo un CARA con 1.300-1.400 posti in un luogo che ha 40.000 abitanti. È una sproporzione enorme. Come facciamo a parlare di salute mentale senza considerare questi dati quasi geomorfologici (non so come chiamarli)? Come facciamo a parlare di salute mentale in posti come il CARA di Caltanissetta o di Restinco? Là dove una

situazione che dovrebbe essere di normale accoglienza, come lo è il CARA, è separata da un muro di metallo da una situazione in cui invece le persone vengono detenute, cioè un CIE, dove i detenuti battono sul ferro della cucina per protestare rispetto alla propria condizione.

L'idea del *Contextus* è che non è possibile considerare la centralità di una persona senza considerare questi dati di contesto. L'isolamento dal territorio è dovuto certamente anche all'impermeabilità tra politiche istituzionali centrali, che incuneano realtà come un CARA, e le amministrazioni del territorio, che a volte sono assolutamente disinteressate rispetto a quello che succede.

La vulnerabilità si crea *in progress*, non solo quella degli ospiti dei CARA ma anche dei loro operatori e di quelli dello SPRAR. Credo che uno dei dati emergenti sia proprio la necessità di una regia locale, di una possibilità di confronto e di coordinamento che spesso mancano, non solo tra CARA e territorio ma anche tra territori. Non c'è una mappa chiara delle funzioni.

Durante il laboratorio abbiamo provato a esplorare la percezione che gli operatori hanno delle funzioni del CARA e delle proprie funzioni al suo interno, e abbiamo trovato risposte molto diverse. Gli operatori creano spesso delle risposte per far fronte, anche con una tenacia e una volontà ammirabile, ad una problematica così. Il capitolato non descrive delle funzioni, ma dei servizi. Allora parliamo del ruolo dello psicologo all'interno del CARA, che non è descritto da nessuna parte. Può essere quello di sostenere i colleghi in quello che fanno? Può essere quello di fare dei colloqui individuali? Di girare in mezzo ai *container* per vedere se succede qualcosa tra gli ospiti spesso in ciabatte, che non sanno che cosa fare durante il giorno? O che non possono neanche giocare a pallavolo perché quel giorno piove e non ci sono spazi coperti? Oppure, devono prendere il proprio pranzo e andarselo a mangiare nel *container*? Come facciamo a parlare di salute mentale senza considerare questo contesto?

La proposta che abbiamo fatto era un po' diversa; i processi formativi sono importanti, perché c'è proprio il desiderio da parte degli operatori di capire di più, di mappare il proprio ruolo, di dire "io qua che ci sto a fare", prima di acquisire comportamenti rigidi che lo inseriscono in quella triangolazione di cui si parlava ieri. Sono tuttavia processi formativi spesso non adeguati, che non lasciano spazio

agli operatori di esprimere il proprio punto di vista.

Ci sono a volte dei bombardamenti di informazioni che sono importanti, ma che non hanno un pensiero di carattere didattico. Gli operatori hanno denunciato spesso la necessità di questa formazione, che è importante, che aspettano e tutto quanto, ma che non è inserita all'interno di un disegno o di un quadro più preciso. Anche dalle cose che emergono da questa nostra sessione potrebbero derivare dei piani organici per evitare quelle sovrapposizioni che ci hanno visto protagonisti in alcuni casi.

Ci sono due corsi di formazione sulle vulnerabilità a distanza di tre giorni uno dall'altro, e occorre cercare di spiegare non le differenze, ma quello che volete fare sperando che ci fosse una sorta di complementarità tra le due cose.

Vengo all'assenza di contatti. Alcuni operatori dei CARA non hanno mai avuto contatti con i propri omologhi negli altri CARA. Non sanno che cosa succede in Italia. Non solo non c'è una mappa territoriale chiara di funzioni e di luoghi, ma non si ha neanche la consapevolezza che magari il CARA di Gradisca e quello di Crotona hanno problematiche analoghe.

La precarietà è stata menzionata.

Il blocco degli sbarchi ha mandato in tilt quello che per molte zone del territorio italiano è un indotto lavorativo vero e proprio. La mancanza di proporzionalità tra la distribuzione dei CARA in alcuni territori è proporzionale all'assenza di opportunità lavorative. Il CARA di Caltanissetta è la più grossa azienda che c'è in quel territorio. Occupa circa 130 persone: più dell'Amaro Averna. Le persone in questo momento sono in una situazione sofferente, aspettano nuove presenze per poter lavorare. Questa non è una condizione di salute per gli operatori. Come fanno degli operatori in queste condizioni a proporre percorsi di salute mentale?

La precarietà quindi è unita alla difformità sul territorio, e ognuno interpreta il suo ruolo rispetto agli ospiti come vuole; è come se noi, in questa grande categoria della salute mentale, non considerassimo – veniva richiamata prima la necessità di non spezzettare la realtà perché, se magari è più gestibile, a volte non corrisponde all'utilità di nessuno – che all'interno della salute mentale c'è la salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, poi ci sono i CARA: sono delle specie di *matrioske* dove

noi andiamo a costruire delle logiche artificiali e poco vicine alle persone, alle loro storie, ai loro bisogni.

C'è certamente necessità di interventi, a volte anche specialistici; ma chiaramente questi interventi devono essere rilevanti culturalmente, e questa competenza non esiste nei CARA, non esiste nei servizi. Gli operatori che lavorano con richiedenti asilo e rifugiati nei CARA non conoscono nulla o quasi nulla, a meno che la sera non facciano ricerche su internet per conoscere delle cose sui Paesi di origine, ad esempio. Non dico che debbano tutti diventare degli antropologi, ma alcune cose servono per capire, anche nella loro semplicità.

Ci sono degli strumenti, certamente, ne sono stati anche costruiti, ma come facciamo ad ottimizzare, ad esempio, l'assistenza legale ai richiedenti asilo laddove la prerogativa dello *status* è certamente prioritaria in un CARA?

Se non connettiamo e integriamo, questa prerogativa di appoggio legale ha tutta un'altra serie di prerogative. Quindi non si tratta di priorità, ma di efficacia. Le pratiche all'interno dei CARA sono delle pratiche disintegrate, a meno che l'ente gestore non abbia particolare idea; ma vi prego di credere che noi abbiamo incontrato diverse persone del territorio dello SPRAR, e possiamo dire che questa disintegrazione attiene anche a quello che c'è intorno, cioè non è solo un'assenza di contatto tra CARA e l'esterno, ma anche all'esterno c'è poco. È come se fosse una zattera, l'impressione è stata quella.

In qualche modo, quindi, se parliamo di *setting* patoplastici – io non sono un professionista del settore – noi viviamo in un *setting* patogeno, per cui credo che alla fine questi spazi di pensabilità, di relazione, di riconoscimento siano quelli che vadano guadagnati per dare un significato ad una nozione di salute mentale che non sia solamente quella che considera le due variabili ma l'intreccio, il contesto che è necessario considerare per poter considerare quella specifica persona.

Mi dispiace di essere stato un po' generale, ma ci tenevo a sintetizzare alcune delle cose che sono uscite con gli operatori, e sono solo alcune; vorrei fare un appello di appoggio sistematico e sistemico a questi operatori, che siano nei CARA o che siano fuori. Questo appoggio credo che alla fine non possa che rivelarsi nella direzione dei diritti e della salute dei richiedenti asilo e rifugiati. È stato uno speciale *focus* che io ho voluto proporre al termine del mio intervento.

CHIARA PERI, Associazione Centro Astalli. Solo una ultima considerazione. Sono molto d'accordo sull'intervento di Pippo Costella. Vorrei però riprendere uno spunto dato ieri da Schiavone: quando noi abbiamo scelto fra le due ipotesi di azione, una che ci chiamava ad un impegno sull'identificazione e sulla individuazione precoce della vulnerabilità, e l'altra sulla presa in carico, abbiamo messo in campo una scelta di tipo politico. Mi ricollego allo spunto di ieri di Schiavone: purtroppo la pratica ci deve far riflettere, e la pratica è un'altra, ma l'idea è proprio quella che il CARA debba essere un luogo non di accoglienza, e di conseguenza il nostro pensiero era di concentrarci in modo molto serrato, puntuale e mirato su una individuazione precoce, sperando poi che il passaggio da luoghi di non accoglienza o non-luoghi come i CARA a luoghi deputati per un'accoglienza e una presa in carico più ampia, che tenga conto del contesto eccetera, avvenisse nel modo più efficace e precoce possibile. Questo rimane un punto fondamentale e un auspicio.

PIPPO COSTELLA, Presidente di Defence for children Italia. Vorrei precisare che sicuramente dovremmo approfondire la questione della separazione tra identificazione e presa in carico. Se noi pensiamo alla vulnerabilità come ad una possibilità, dobbiamo anche pensare a elementi di carattere preventivo; quindi la possibilità di identificare questa prevenzione è già un fatto importante.

Poi mi chiedo come sia possibile identificare in contesti così disfunzionali, ammesso che ci siano dei modi. Se uno psicologo non sa qual è il suo ruolo all'interno di un CARA, che possibilità ha di essere efficace nella sua identificazione, ammesso che i criteri siano quelli corretti?

Il discorso del contesto, a mio avviso, deve essere inteso come trasversale rispetto all'identificazione e alla presa in carico. Possiamo approfondire questo in altri luoghi.

ISABELLE SANCHEZ, ICS Trieste, ente gestore del progetto SPRAR del comune di Trieste. Sarò molto veloce e parlerò di SPRAR e CARA. Il Friuli Venezia Giulia ha fatto un accordo con alcuni SPRAR della regione per poter

entrare nel CARA, ma non ci siamo riusciti perché non abbiamo avuto l'autorizzazione.

Stiamo comunque cercando di assicurare una tutela legale alle persone; non ci fanno entrare, ma noi le aspettiamo fuori dal CARA. Stiamo cercando anche di offrire una tutela sul piano della vulnerabilità. Voglio ricordare che quando c'era la legge regionale sull'immigrazione esisteva un Tavolo sulla salute, al quale gli operatori del CARA, dello SPRAR, delle aziende, dei comuni e dei diversi servizi si incontravano.

Io credo che sia importante che tutti noi dello SPRAR – parlo per la mia regione – abbiamo accesso ai CARA, e su questo noi domandiamo di aiutarci anche al Servizio centrale. Quest'anno ci sarà di nuovo un bando, e noi vogliamo che il Servizio centrale sostenga il nostro progetto e che tutte le aziende abbiano la possibilità di entrare in questo CARA.

Noi continuiamo a pensare che non si tratta solo di un problema degli operatori, ma è un problema politico che riguarda tutto il nostro territorio. Vogliamo che gli operatori non si sentano soli: è vero sono molto giovani, però è anche vero che non riusciamo a comunicare e questo non perché credo che lo SPRAR non sia disponibile a farlo, questo non è vero: c'è apertura da parte dello SPRAR. Noi continuiamo ad accogliere persone dando la priorità a quelle che arrivano dal CARA di Gradisca. Ad ogni modo, c'è qualcosa che non funziona. Abbiamo domandato al CARA di comunicarci le persone dimesse, ma non ci arrivano risposte. Sul territorio di Trieste abbiamo due famiglie di sei e quattro persone con minori, che sono in strada e dormono nelle locande. Continuiamo ad avere delle persone che arrivano e vengono dimesse due giorni dopo, persone in situazioni di vulnerabilità.

Se non riusciremo ad arrivare ad accordi politici e a chiedere ai CARA di essere disponibili o obbligati a collaborare con lo SPRAR, sarà difficile andare avanti, perché questa è un'istituzione totale e noi ne siamo testimoni. Noi stiamo cercando di entrare, ma ci troviamo sempre in un'impossibilità politica di accesso.

DANIELA DI CAPUA, Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR. Ci hanno raggiunto, come era previsto, parecchi progetti dello SPRAR che non facevano parte del gruppo di lavoro di ieri e di questa mattina ,perché era stato stabilito di fare

prima un incontro abbastanza ristretto affinché potessimo condividere in maniera più specifica le esperienze di presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati con disagio psichico o psichiatrico.

Ringrazio molto chi è qui da ieri e sta partecipando a questa “48 ore” di lavoro. Ringrazio moltissimo chi ci ha raggiunto nel pomeriggio e che resterà, immagino, anche per l’incontro di domani, in previsione dell’assemblea dello SPRAR per temi più specifici che riguardano la prossima programmazione, il prossimo bando e relativo finanziamento per gli anni 2011-2012.

Mi scuso con chi, essendo qui da ieri, mi sentirà ripetere le stesse cose almeno per la seconda o terza volta: ovviamente dobbiamo condividere con tutti quello che è accaduto in questi due giorni e aprire la discussione prendendo spunto dai suggerimenti e dalle riflessioni che abbiamo cercato di strutturare nel documento che abbiamo distribuito.

Riassumo i temi salienti dei lavori di queste due giornate. Il biennio 2009-2010, per quanto riguarda le attività del Servizio centrale e, quindi, la nostra percezione della situazione nazionale attraverso i vostri progetti, è stato oggetto di un cambiamento su tanti fronti per quanto riguarda il nostro settore, in particolare dal punto di vista banalmente operativo.

Innanzitutto c’è stato il cambiamento legato alle domande d’asilo che, dal 2008, anno in cui sono state quasi 32 mila, sono scese a circa 17 mila nell’anno successivo.

A fronte di questa enorme diminuzione della possibilità, di fatto, di presentare la richiesta di asilo, in realtà noi, per quanto riguarda il nostro lavoro e quindi il coordinamento delle segnalazioni e degli inserimenti dei richiedenti asilo e dei rifugiati nei progetti dello SPRAR, non abbiamo subito modifiche perché le segnalazioni hanno continuato a impegnarci al cento per cento e i 3 mila posti disponibili all’interno della rete SPRAR continuano ad essere prevalentemente occupati.

Pertanto, nonostante questa politica di respingimento e di impedimento nell’arrivare in Italia e nel presentare le domande di asilo, il nostro lavoro è rimasto assolutamente invariato da questo punto di vista, con le conseguenti criticità.

Un fattore che si è andato sempre più evidenziando, in questi due anni in

particolare, è la segnalazione al Servizio centrale e, in generale, la segnalazione di persone bisognose di servizi dedicati, che i progetti dello SPRAR di base non sono attrezzati a fornire. Parliamo, ovviamente, delle persone con disagio psichico e psichiatrico.

Abbiamo cercato anche di capire quali potessero essere i cambiamenti e le cause che hanno portato a questa maggiore emersione o maggior numero di segnalazioni di casi, e possiamo dire che sono molteplici: da una parte, probabilmente, è aumentata la capacità di identificare persone con questo tipo di caratteristiche o di problematicità; certamente sono aumentate le cause che rafforzano le problematiche preesistenti nella persona e che questi percorsi sempre più lunghi e sempre più violenti, dolorosi e complessi che portano le persone qui, in realtà fanno acuire.

Ciononostante, siamo certi che le persone che ci vengono segnalate rappresentino soltanto una piccola parte di tutti coloro che effettivamente avrebbero bisogno di un percorso dedicato: non parliamo di centri di accoglienza, ma di percorsi dedicati. In base alla nostra esperienza, le segnalazioni di persone con disagio mentale ci arrivano prevalentemente da parte dei CARA, in pochissimi casi da parte di progetti SPRAR e in alcuni casi da parte di altre prefetture.

Succede che nella massa di persone presenti nel CARA, quindi nei servizi di base che vengono erogati al loro interno, le persone che ci vengono segnalate come critiche e quindi da inserire in qualche progetto dedicato, sono ovviamente persone problematiche; non sono, quindi, necessariamente tutte le persone che hanno bisogno di un certo tipo di sostegno e di supporto, ma sono persone problematiche nel senso letterale del termine, ovvero persone che non sono gestibili, che creano problemi nella convivenza, che hanno tendenza ad essere autolesionistiche o molto aggressive e quindi non possono stare fisicamente in quel luogo perché gli operatori non sono assolutamente in grado di supportarle.

Come sapete meglio di me, nell'ultimo bando per lo SPRAR – quello del 2008 – per il 2009-2010 sono stati finanziati alcuni posti e progetti dedicati alle cosiddette categorie ordinarie ed altri posti e progetti dedicati alle cosiddette categorie vulnerabili. Come abbiamo tante volte avuto modo di condividere, siamo tutti d'accordo sul fatto che questa divisione in categorie non è funzionale, cioè è

funzionale esclusivamente alla obbligatorietà, anche da parte dei progetti, di mettere in atto dei servizi che siano adeguati alla categoria minori non accompagnati, o ai nuclei familiari monoparentali o alle vittime di tortura. Tuttavia, l'inesperienza, oltre alle concause che si stanno accumulando con queste ultime strategie, ha fatto sì che diventasse sempre più forte un tipo di disagio e di sofferenza che è trasversale alle singole persone e non è per categorie.

I progetti SPRAR non sono di per sé attrezzati da progettazione per attuare questi servizi, per cui è successo che a queste segnalazioni, attraverso i vostri progetti siamo riusciti a dare risposta solo in pochi casi, attraverso alcuni progetti che pur non essendo specificamente previsti a tal fine, si sono comunque adoperati per accogliere alcune delle persone che ci venivano segnalate. Ciononostante, moltissime segnalazioni rimanevano inevase.

Di conseguenza, abbiamo stanziato dei fondi *8 per mille* che sono stati assegnati ad ANCI per attivare tre progetti che abbiamo definito sperimentali, sia perché non ci si poteva rifare ad una esperienza precedente, sia perché avrebbero avuto un termine proprio a causa del tipo di progettualità consentita dai fondi *8 per mille*, che sono straordinari e teoricamente da utilizzare in casi emergenziali.

Tenete conto che, al di là del numero delle persone accolte, bisogna anche considerare il fatto che, ovviamente, per questa tipologia di situazione non c'è il termine dei sei mesi. Non apro la parentesi sui sei mesi, ma a maggior ragione in questi casi non si può tenerne conto, quindi le persone che sono accolte restano per lunghissimi periodi all'interno dei progetti.

In questa *slide* potete vedere i tre progetti che sono stati finanziati con fondi *8 per mille* e che scadono il 30 giugno, peraltro. Con questi progetti abbiamo condiviso l'obiettivo di sperimentare un'accoglienza, quindi un progetto che facesse non soltanto presa in carico delle persone come servizi di sportello, di accompagnamento e via dicendo, ma che unisse anche l'accoglienza di queste persone in maniera il più possibile vicina a quello che già accade attraverso i progetti dello SPRAR, cercando di capire se era ipotizzabile allineare al modello di impostazione di un progetto SPRAR una sua attualizzazione in base alle esigenze che emergevano, verificandone i pro e i contro o la possibilità di trasferire questo modello e questa sperimentazione nella rete.

Queste cifre sono relative alle persone che abbiamo accolto nell'ultimo anno e mezzo e queste sono le segnalazioni che non abbiamo potuto invece accogliere. Sono apparentemente non moltissime ma, come dicevo prima, rappresentano sicuramente soltanto la punta dell'*iceberg*; inoltre, sono comunque tante se si considera che se non vengono accolte in nessun tipo di struttura o appoggiate da alcun tipo di servizio, queste persone sono destinate a un percorso che non può che peggiorare e procurare loro sempre maggiori difficoltà e sofferenze.

Abbiamo chiesto alle associazioni e ai vari soggetti che hanno attuato questi progetti sia all'interno dello SPRAR che con i finanziamenti *8 per mille* – quindi invitando anche la propria ASL di riferimento, gli operatori dell'*équipe* e chi, comunque, fosse stato coinvolto sia nell'attuazione che nell'ideazione degli interventi – di riportare la propria esperienza. Ieri mattina abbiamo avuto quattro relazioni di apertura: Giancarlo Santone del Progetto SaMiFo; Massimo Germani dell'Ospedale San Giovanni di Roma; Natale Losi della Scuola di psicoterapia etno-sistemico-narrativa e Aldo Morrone dell'INMP.

Ovviamente abbiamo ascoltato delle relazioni molto ampie e con un'impostazione quasi filosofica dell'approccio e della metodologia di base e della linea di pensiero con cui affrontare questo tipo di criticità.

Ieri pomeriggio e questa mattina, invece, abbiamo ascoltato le esperienze degli operatori sul campo, che ci hanno raccontato con quali modalità, con quali difficoltà e con quali riflessioni e, quindi, anche quali obiettivi per il futuro, stanno cercando – o non stanno riuscendo, talvolta – di attuare degli interventi almeno in parte risolutivi per queste persone.

Alla fine della mattinata abbiamo preparato un documento che è stato distribuito, e che non riporta le scuole di pensiero di tipo psichiatrico, o medico, o terapeutico con cui si possono affrontare i problemi: noi non siamo degli psichiatri, non abbiamo titolo a farlo, non siamo in grado di farlo nella maniera più assoluta, e questa non era neanche la sede in cui farlo, ed è per questo che non abbiamo messo a punto una lista delle cose che, da un punto di vista psichiatrico, medico o terapeutico – chiamiamolo come ci pare – dovremmo, vorremmo o riterremmo giusto fare, anche perché ci sono distanze tra i vari punti di vista e le diverse scuole di pensiero, tra gli approcci su cui noi non intendiamo assolutamente entrare nel merito.

Come operatori del Servizio centrale e dei progetti SPRAR abbiamo cercato di far emergere delle riflessioni e degli spunti che, a livello trasversale – come zoccolo duro – se rafforzati, o attivati nel caso in cui non esistano affatto, o migliorati, possano avere una ricaduta a cascata anche su questi interventi.

Ovviamente adesso dirò in gran parte delle banalità o delle ovvietà, perché si tratta di interventi, punti o suggerimenti che dovrebbero far parte del nostro *know-how* e della nostra impostazione di base indipendentemente dal fatto che i beneficiari finali di questi interventi siano le persone con disagio mentale o richiedenti rifugiati in genere.

A maggior ragione, abbiamo visto che si tratta sicuramente di spunti per noi strategici e attraverso i quali, in parte noi come Servizio centrale e in parte voi come operatori ma soprattutto come enti locali, quindi come amministrazioni e come associazioni ed enti di tutela, insieme possiamo cambiare e andare avanti.

È evidente che ci sono alcuni livelli di intervento su cui è necessario un successivo passo – che forse non abbiamo tanto il potere di influenzare ma che, lavorando su un'impostazione di base comune, così com'è accaduto in passato per cose più ovvie, che adesso ci sembrano elementari ma che pochi anni fa magari non esistevano – e che possono sicuramente avere un loro sviluppo e anche una loro forza propulsiva e promotrice nei confronti di istituzioni più alte, o delle linee politiche.

Vorrei leggere questi punti, e vi prego di collaborare. Mi rivolgo ai progetti SPRAR che ci hanno raggiunti oggi: prendiamo spunto dall'elenco di riflessioni che ora leggiamo insieme per riportare a tutta l'assemblea un'esperienza concreta maturata in merito proprio su quel punto specifico.

Ad esempio, prima parlavo con Salvatore Bottari del comune di Torino. Uno dei punti che leggeremo e che vedremo evidenziato, come sempre, è quello della rete, e approfondendo sempre di più il senso di questa rete capiamo quanto questa sia strategica. Sappiamo che il comune di Torino ha una forte esperienza nella costruzione di rete territoriale; ma è di questi giorni un nuovo sviluppo di questa costruzione di sistema – che costituisce proprio il punto di svolta nel passare dalla straordinarietà al processo e al sistema – di cui non sapevamo niente. Peccato, sarebbe stato bello saperlo.

Loro, in realtà, avrebbero addirittura potuto portare a questo incontro dei documenti da condividere con tutta la rete. Sarà fatto la prossima volta. Troveremo il modo di farvi avere anche questi documenti di approfondimento su questa esperienza. Nel caso specifico, parlando di rete penso che Salvatore Bottari ci potrà raccontare la loro esperienza nella costruzione della rete, nella messa a sistema, nel rendere il processo di questa rete veramente radicato sul territorio.

Parlando di metodologie di approccio sono emersi i seguenti punti: abbiamo detto che nel sistema di protezione non si dovrebbero prevedere dei centri per l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati con disagio mentale, ma progetti con percorsi dedicati. Questo punto è nato dal fatto che – di questo parleremo più approfonditamente domani – il prossimo bando dello SPRAR, su nostra sollecitazione, prevederà che gli enti locali possano presentare dei progetti dedicati, laddove dedicati non significa dei centri di accoglienza riservati a queste persone, ma dei progetti che attueranno dei servizi specifici dedicati a persone con disagio mentale, che possono comunque rientrare all'interno di una progettazione più ampia e più articolata, ma che devono garantire una serie di servizi e di interventi, cosa che non esisteva ovviamente nel bando precedente.

Qualcuno diceva: “Attenzione! Facciamo i centri per chiuderci i pazzi?”. No: distinguiamo tra il centro e il progetto, e il progetto ha a che fare con un'idea, con degli obiettivi, con una strutturazione di interventi, e non con un luogo fisico. Si tratta di progetti in grado di accompagnare e supportare le persone con queste vulnerabilità nelle ordinarie misure di presa in carico.

La strutturazione di misure di accoglienza di persone con disagio mentale all'interno dello SPRAR deve poter contare su un rafforzamento degli interventi nella prima fase dell'accoglienza, con particolare riferimento ai servizi offerti dai CARA. Questo, ovviamente, è l'eterno problema del modo in cui vengono fatte le segnalazioni. Non tutti sanno come funziona operativamente il servizio dell'inserimento delle persone che ci vengono segnalate, l'inserimento nei progetti, le entrate e le uscite e via dicendo. A noi sono segnalate delle persone che vengono descritte in un certo modo e con una relazione sociale fatta in un certo modo; di conseguenza, in base a quella relazione cerchiamo di individuare il posto più adatto all'interno di un progetto dello SPRAR. Spesso succede che la persona non

corrisponda alla descrizione contenuta nella relazione sociale, ma diversa, con altri bisogni e altre caratteristiche e che quindi non può restare nel progetto “A” dove è stata inviata, ma ha bisogno di andare nel progetto “C”.

Di conseguenza, la persona che ha già compiuto tutto il percorso che ben conosciamo, poi è arrivata a Lampedusa o dove altro, poi è andata nel CARA e vi è rimasta per un certo periodo, senza neanche trovarsi tanto bene, poi ci è stata segnalata ed è stata trasferita nel progetto “A”; quando pensa probabilmente di essere arrivata al termine di un percorso e di essere riuscita a imboccare una via, viene nuovamente trasferita, perché quello non era il progetto adatto a lei. Potete immaginare che anche una persona che è stata relativamente bene su tutto il percorso pregresso, mette un carico di ulteriori cambiamenti, traumi, piccoli o grandi, e tutte le relative conseguenze.

Devo anche dire, mettendomi dalla parte dell’operatore, che anche per gli operatori diventa molto frustrante lavorare in questo modo, perché ci si sente inadeguati alla presa in carico della persona a cui si è detto di sì e diventa inadeguato il fatto di doverla rispedire altrove. La terza fase dell’accoglienza, il terzo progetto che finalmente lo riceve, riceve una persona su cui si sono ovviamente accumulate una serie di aspettative disattese e che quindi porterà un suo vissuto di diffidenza, di irrigidimento nei confronti dell’ultimo soggetto della catena. Credo che vi sia capitato di essere parte di questo percorso.

Sebbene direttamente non abbiamo forza nel modificare effettivamente la qualità dei servizi all’interno dei CARA o la modalità di presa in carico, possiamo sicuramente intervenire presso il Ministero affinché si prenda atto di questo, non solo dal punto di vista tecnico ma anche di impostazione dell’approccio, perché tante volte i servizi sanitari previsti all’interno dei CARA non vengono svolti dalle ASL ma da soggetti terzi, privati, che stanno fisicamente nel CARA e sul cui *curriculum* non voglio dare giudizi, ma che indeboliscono l’approccio che stiamo cercando di avere, ovvero quello del coinvolgimento del servizio pubblico, quindi della messa a regime sistematica di questi tipi di interventi.

L’approccio olistico e multidisciplinare funzionale alla realizzazione di misure di accoglienza integrata è già un patrimonio condiviso all’interno del sistema di protezione – veniva sollecitato – e si ritiene che tale approccio debba essere

ulteriormente promosso nell'erogazione di servizi in favore di persone portatrici di un disagio mentale.

Insistiamo molto, anche nella formazione, su questo tipo di approccio e sulla costruzione di *équipes* multidisciplinari su cui molti progetti, in realtà, si sono attivati. Qualcuno osservava stamattina che più che alla multidisciplinarietà piacerebbe pensare alla transdisciplinarietà: il concetto portante è pensare non a figure professionali separate che chiacchierano e si scambiano delle informazioni, bensì alla contaminazione delle esperienze. Credo che su questo siamo abbastanza in linea, chi più o chi meno; credo che questa intenzione sia abbastanza condivisa.

Persino noi operatori all'interno del Servizio centrale, pur avendo delle specificità e competenze professionali molto circoscritte, stiamo cercando di lavorare, anche dal punto di vista organizzativo e delle procedure di lavoro, contaminandoci, proprio nell'ottica di quello che veniva sollevato.

È necessaria la codificazione della modalità di ingresso nell'accoglienza – che solo in parte funziona, dipende sempre dall'origine del soggetto –, della programmazione delle uscite, della durata delle misure di accoglienza assistita, dei fattori di rischio e di protezione delle misure di presa in carico. Su questo ci sarebbe molto da dire perché sono emerse molte indicazioni a tal proposito; quando prepareremo una stesura dettagliata di tutti gli interventi e del materiale che è stato prodotto in questi due giorni, ve la faremo avere di modo che abbiate un dettaglio molto più definito di questi due punti.

Le linee guida dell'accoglienza di persone con disagio mentale devono poter contare su condizioni di elasticità e flessibilità: flessibilità dei tempi di permanenza, delle attività da realizzare, della continuità delle misure di supporto anche successivamente all'uscita dall'accoglienza assistita. Questo, ad esempio, è un tema su cui mi piacerebbe che qualcuno di voi intervenisse, nel senso che mi piacerebbe che condividessimo l'esperienza di qualcuno che è riuscito comunque, nonostante la rigidità del progetto approvato e del *budget* riconosciuto e consentito dal Ministero dell'interno, a sviluppare degli interventi di accompagnamento e di monitoraggio delle persone anche all'uscita dall'accoglienza, alla fine del progetto individuale.

Sulla rete e gli attori da coinvolgere, è impensabile prevedere un progetto di presa in carico di persone con disagio mentale senza la presenza di una

triangolazione forte e dialogante fra ente locale – quindi l'amministrazione –, i servizi sociosanitari pubblici di cui parlavamo prima, e gli enti gestori dello SPRAR (associazioni, enti del privato sociale, enti di tutela e via dicendo, che comunque sono partner nella costruzione di questi percorsi). In questo senso dovrebbe essere letto il concetto di rete territoriale, principio fondante dello stesso SPRAR.

La collaborazione con le aziende sanitarie locali deve potersi fondare su un protocollo di lavoro che possa facilitare più misure di intervento. Per protocollo di lavoro non intendiamo, ovviamente, i formali protocolli d'intesa con la ASL che è obbligatorio inviare quando si partecipa al bando, bensì un protocollo di effettivi interventi costruiti, attivati e messi a sistema su quel territorio.

È necessario un supporto di supervisione all'*équipe* degli operatori e la possibilità di operare un cambiamento sul territorio anche in termini di promozione culturale.

Le misure di accoglienza in favore delle persone con disagio mentale possono essere realizzate solo con una piena assunzione di responsabilità dell'ente locale, il quale deve avere coscienza del fatto che, successivamente all'accoglienza assistita, le persone continueranno a essere presenti sul territorio e a rivolgersi ai locali servizi sociosanitari, alla stregua degli altri cittadini residenti.

Infine, deve essere centrale il rafforzamento delle competenze degli attori territoriali, interlocutori dei percorsi di accoglienza integrata. Si deve pertanto prevedere un aggiornamento *in progress* degli operatori e delle operatrici dell'accoglienza e, nel contempo, una formazione mirata per il personale dei servizi locali, a partire da quelli sociali e sanitari.

Qui ci vorrebbe, come dicevamo stamattina, più forza istituzionale anche da parte nostra – visto che siamo comunque il Servizio centrale che fa parte della triangolazione Ministero, ANCI, SPRAR – nell'essere più forti e più efficaci nel ricercare la partecipazione attiva anche degli operatori delle ASL; oppure, la partecipazione attiva degli altri soggetti istituzionali che potrebbero di fatto essere promotori di tavoli e di reti su quei territori. Anche in quel caso siamo riusciti sicuramente a fare delle cose importanti, ma non lo avremmo mai potuto fare senza il lavoro sul campo degli enti locali di quei territori. Come Servizio centrale, non avremmo mai potuto – e fino ad ora non abbiamo potuto – essere i promotori: siamo

i promotori di un primo incontro, ma non riusciamo ad essere i fondatori di una effettiva messa a regime di un Tavolo e di una rete.

La previsione di progetti che, all'interno dello SPRAR, prevedano percorsi di accoglienza per persone con disagio mentale, non esclude la necessità di un rafforzamento generale delle competenze degli operatori dello SPRAR, per facilitare una presa in carico di persone portatrici di vulnerabilità.

Un altro problema, che è risolvibile ma è una cosa su cui bisogna stare attenti, è la sovrapposizione di interventi e quindi anche il mettere a disposizione degli operatori interventi che apparentemente si duplicano o si contraddicono. È il rischio che stiamo correndo in questo momento per il fatto che, dallo scorso, attraverso il Fondo europeo per i rifugiati, sono stati finanziati dei progetti (nei quali alcuni di voi sono coinvolti), ma non tutti sono stati messi in condizione di confrontarsi con progetti analoghi, finanziati contemporaneamente.

In questo momento ci sono delle situazioni di confusione da parte dei territori che si vedono arrivare il nostro invito, come Servizio centrale, a partecipare a dei corsi di formazione per la presa in carico di vittime di tortura, mentre in quegli stessi territori alcuni enti locali o associazioni hanno ottenuto altri finanziamenti per intervenire nello stesso ambito e anche con le stesse modalità. Si realizzano, così, attività parallele che inevitabilmente generano confusione negli operatori.

Non solo: così facendo, rischiano di apportare un sovraccarico di interventi formativi, informazioni e aggiornamenti in determinati territori lasciandone deserti altri, perché questi interventi non li stiamo costruendo su un piano di strategia nazionale. Questo ovviamente è un peccato, perché in questo momento abbiamo delle risorse che potremmo veramente rendere condivisibili da tutti..

SALVATORE BOTTARI, *Funzionario del comune di Torino.* Lavoro all'Ufficio stranieri; prima ero un operatore, adesso sono un piccolo funzionario del comune. Noi da sempre lavoriamo con il Servizio centrale, abbiamo iniziato a farlo quando era il PNA (Programma nazionale asilo) a partecipare, perché già come comune avevamo interesse a dare delle risposte ai richiedenti asilo che erano presenti sul territorio.

Da sempre, come ente locale, abbiamo tentato di dare delle risposte più o

meno adeguate o sempre più professionali e soddisfacenti, soprattutto per i beneficiari, rispetto alle necessità di cui erano portatrici e portatori.

Sono stato chiamato per parlare del lavoro di rete fatto dal nostro comune. Il comune e l'Ufficio stranieri di Torino – che comunque ha 25 anni di storia – hanno sempre avuto interesse nei confronti dei profughi, dei rom, dei rifugiati, dei richiedenti asilo, e fortunatamente all'interno del territorio operavano già da sempre delle associazioni e degli enti cooperativi anch'essi estremamente interessati o che, quantomeno, aggiungevano strumenti, risorse e attività al tentativo di dare risposte differenziate ai bisogni che emergevano.

Dal 2001 siamo cresciuti in maniera esponenziale, in risposta alla quantità di persone che si rivolgono al nostro ufficio. L'anno scorso abbiamo fatto un calcolo: abbiamo ricevuto circa quasi un migliaio di persone nuove, che per Torino è un numero molto elevato; non faccio mai i confronti con Roma perché la situazione è diversa, ma il nostro ufficio è passato dai 25 casi del 2001 ai circa 1.000 del 2009 a fronte degli ultimi fenomeni di sbarchi e di spostamenti dal sud verso il nord, di persone che ritornano come nei caso Dublino, CIE e via di questo passo.

Sostanzialmente, abbiamo operato da sempre un lavoro di concertazione e coordinamento con tutte le realtà. Ci siamo chiesti cosa ogni associazione o ente potesse mettere in gioco a disposizione degli altri per la soluzione di questi problemi, per evitare dei duplicati e di non utilizzare al meglio le poche risorse che avevamo a disposizione.

Il famoso *Tavolo rifugio* – che da noi non è mai diventato un divano, perché non c'era proprio il tempo di sdraiarsi – lo abbiamo attivato già dal 2001. Insieme a tutte le associazioni, ci incontriamo regolarmente da circa dieci anni tutti i mesi, per cercare di coordinare al meglio e valorizzare le varie risorse e le varie attività che si tentano di sperimentare sul territorio.

La parte più importante e rilevante è quella del comune di Torino, semplicemente perché abbiamo più soldi, perché facciamo parte della rete dello SPRAR e perché è un ente istituzionale. Considerata la grande quantità di persone, però, per noi è importante anche la più piccola risorsa che abbiamo a disposizione.

Non si tratta semplicemente dell'ideologia del buon samaritano: l'operatore di *front office* sa bene che, magari, anche un piccolo suggerimento al posto di un

rifiuto, spesso e volentieri, può aiutare la persona che si ha di fronte.

Come operatore tento di fare sempre di più, ma sono consapevole di essere sempre in difficoltà e di avere sempre strumenti e mezzi insufficienti in relazione alla grande necessità che ci troviamo ad affrontare tutte le volte che apriamo il nostro sportello o veniamo chiamati per un'emergenza d'ingresso.

Il nostro sforzo è sempre stato, comunque, quello di ascoltare tutti quelli che bussano alla nostra porta; di questi, il 90 per cento riceve un rifiuto, anche se in modo molto gentile (ma rimane sempre un rifiuto). Una volta mi sentivo una persona molto amata dai richiedenti asilo, mentre adesso penso di essere passato dalla parte delle nemico. Purtroppo la situazione è questa.

In relazione alla questione della rete, noi abbiamo tentato di coinvolgere tutti: associazioni, gruppi di volontariato, cooperative che collaborano all'interno dei nostri progetti, enti, la prefettura, la questura, mentre le ASL, che hanno sempre nicchiato, saranno il prossimo impegno impellente.

I momenti di crisi ci portano a rivedere lo stato attuale. Fondamentalmente, in quest'ultimo periodo di momenti di crisi ce ne sono stati parecchi rispetto al nostro territorio e alla quantità di persone che vi sono giunte; anche noi abbiamo sperimentato le occupazioni, il tentativo di trovare una soluzione ai blocchi occupati, al sovraffollamento, ai problemi sanitari che si sono poi evidenziati. Anche noi siamo una piccola Roma.

In questo tentativo di concertazione siamo finalmente riusciti ad arrivare là dove avevamo sempre tentato, ovvero fino alla regione: adesso c'è un ulteriore Tavolo, certamente più impegnato e più elevato rispetto a quello che proponiamo come Ufficio stranieri, dove sono coinvolte anche la regione, la provincia – la prefettura già lo era e continua ad esserlo – e, in aggiunta, tantissime altre associazioni – a volte lo scontro può anche essere utile – che si sono aggregate proprio in relazione al fatto che noi, come ente locale, eravamo abbastanza latitanti, e per questo hanno deciso di fare una loro cordata.

Per quanto mi riguarda, sono una persona, un operatore. Si parlava della centralità, della globalità e della possibilità di sperimentare modelli nuovi e, sinceramente, anche se lavoro per il comune di Torino, non sono assolutamente invidioso del fatto che ci siano altre realtà e associazioni che pensano che noi siamo

cattivi. L'importante è che si faccia qualcosa per le persone che in quel momento non ricevono una risposta adeguata.

Ad ogni modo, questo fermento ha portato l'emersione di decine di realtà che, in questo momento, stanno collaborando al tentativo di trovare una soluzione per tutti coloro che noi non riuscivamo a gestire direttamente.

Per quanto ci riguarda – sto parlando della realtà che conosco meglio – il nostro tentativo è comunque quello di creare una *holding*, una filiera, nel tentativo di trarre delle risposte da ciò che c'è prima dello SPRAR (e non intendo il CARA, perché per me dovrebbero chiudere tutti quanti). Noi riceviamo normalmente richiedenti asilo che spesso non vengono neanche più trasferiti nei CARA, quindi nel nostro territorio rimane un maggior numero di richiedenti asilo, che inseriamo nel nostro progetto o che inviamo in altri progetti, più quelli che arrivano, più quelli che escono dallo SPRAR. Il nostro tentativo, dunque, è quello di restare all'interno di quello che noi riteniamo un progetto che abbia un senso, per quanto piccolo e a livello temporale, che non si può ridurre semplicemente a sei mesi.

Noi riteniamo che, per ognuno, volendo essere un minimo materialista e realista, si debba pensare a uno o due anni, dipende dalle situazioni. Oltre quel tempo non riusciamo ad andare, perché anche noi siamo servizi sociali e non servizi che seguono le persone dalla nascita alla tomba. In altre parole, non siamo quel *welfare* che qualcuno si può permettere, ma comunque un *welfare* temporaneo; siamo precari, nel nostro modo di erogare *welfare*.

Abbiamo utilizzato la rete e il rapporto con il territorio per costruire nel miglior modo possibile questo periodo di accoglienza – che sia all'interno o all'esterno dello SPRAR – utilizzando molte indicazioni che dallo SPRAR ci provenivano (il modello del contratto, il modello della formazione, del “fare”, di mettersi in gioco velocemente, per quello che è possibile) per raggiungere degli obiettivi all'interno di un periodo che, purtroppo, non può essere illimitato.

A ciò hanno contribuito molte delle cooperative e delle associazioni che hanno portato un enorme contributo, sia a livello organizzativo che di risorse di cui magari il comune non dispone. Sapete benissimo che è facile dire che il comune, o chi per esso, deve gestire, fare e dire quant'altro, però poi a farlo siamo in pochi: prima eravamo io ed una collega; adesso, la situazione attuale ha spinto il nostro

ente locale a capire che il fenomeno è estremamente importante, e siamo in otto ad occuparci bene o male di questioni inerenti il problema. Se ci sono capacità organizzativa e progettazione, oltre che denaro e volontà politica – questa è fondamentale – certamente qualcosa si riesce a modificare.

L'ultima bella notizia a tal proposito è che noi siamo rimasti in *stand-by* per un lungo periodo perché, come per tutti gli enti locali, non si può dire che abbiamo risorse limitate perché praticamente non abbiamo risorse, quindi ci arrabattiamo progettando e inventandoci delle cose nel tentativo di non frantumare tutto quello che avevamo costruito, perché basta che non arrivi una fonte di finanziamento che quello che si aveva fino all'altro ieri lo si può "buttare a mare".

La bella notizia è che, finalmente, il Ministro dell'interno Maroni ha sottoscritto un accordo con il comune che ci permette di avere una linea di finanziamento estremamente importante, che non ci consentirà comunque di gestire tutte le persone che avranno bisogno ma che ci darà certamente la possibilità non solo di continuare quello che già abbiamo, ma anche di pensare e di sperimentare nuove possibili accoglienze e progettualità.

È in esame anche l'idea di spingerci anche un po' più in là nel livello di programmazione e progettazione, utilizzando delle modalità di progettazione partecipata con il privato sociale, il famoso terzo settore: fondamentalmente, anziché chiedere semplicemente al privato sociale di gestire una determinata cosa o di erogare un servizio, si tenterà di creare una sorta di consorzio con un capofila, dove vari enti e associazioni – ognuna per la propria parte – possono contribuire alla costruzione del progetto complessivo.

Fondamentalmente noi daremo delle linee guida su cose che per noi sono fondamentali e che non devono mancare; poi, all'interno dei tavoli di concertazione, con chi avrà i requisiti e vincerà questo bando costruiremo insieme il progetto vero e proprio, sia con la possibilità di influenzare quello che l'ente locale dice – dal momento che a volte si possono dire anche delle sciocchezze – sia per evitare che le risorse e la peculiarità dell'altro magari non vengano neanche preso in considerazione.

Con questo tentativo noi volevamo evitare di ricadere semplicemente in una questione "io ti chiedo, tu mi dai", provando a costruire insieme un modello che ci

possa andare bene, dato che siamo paritetici: a quel punto, non siamo noi che decidiamo come muoversi, ma siamo entrambi attori dello stesso progetto.

Nella mia particolare esperienza io ho un solo sogno, cioè quello di vedere davanti a me un richiedente asilo, dirgli “buongiorno” e, nel giro di un quarto d’ora, dargli una bella tessera magnetica e indicargli dove andare per iniziare un percorso che abbia un senso – anche un senso di umanità – e che lo metta al riparo da tutti gli inceppamenti burocratici e amministrativi che purtroppo ledono anche la dignità di una persona.

Un rifugiato con la tessera può muoversi su tutto il territorio, usufruire dell’ASL, dei servizi e quant’altro perché c’è un referente centrale che sta garantendo per lui, mentre adesso ad un rifugiato viene dato un pezzo di carta che gli sta garantendo una sola cosa, cioè di poter stare nel nostro territorio. Poi non si sa che cosa mangerà o dove dormirà.

Daniela Di Capua mi chiedeva se conosco casi in cui ci è successo qualcosa prima, poi c’è stato lo SPRAR, poi siamo andati avanti: conosco un signore che ha richiesto asilo. Noi lo abbiamo accolto dapprima nelle nostre accoglienza di bassa soglia, poi lo abbiamo inserito all’interno del progetto SPRAR, dove è rimasto più di sei mesi (io non mando via nessuno che in quel momento non abbia senso far uscire). Purtroppo, però, poi ci sono dei limiti.

In quel momento il ragazzo era comunque seguito dal Centro Frantz Fanon che, incredibilmente, proprio in quel periodo, ha aperto la comunità, quindi la sperimentazione dell’8 *per mille*.

È stato quindi preso in carico dal Fanon ed è stato seguito per un altro anno, e adesso dovrebbe uscire. Hanno attivato un tirocinio formativo: noi avevamo anche una collaborazione con il Fanon per la quale, se fossero serviti certi servizi o certe attività, se ne sarebbe fatto carico il comune di Torino.

Noi abbiamo un progetto che chiamiamo “*rifugio diffuso*”, che non è “adotta il rifugiato” ma una cosa simile: già dall’anno scorso abbiamo ritenuto che fossero sperimentabili delle possibilità di verificare se, nel territorio, delle famiglie o delle persone sole erano interessate ad accogliere presso la loro casa una persona con protezione.

Questa sperimentazione è durata un anno e, secondo me, è andata abbastanza

bene. Vi erano 20 posti a disposizione, e sono state contattate 20 famiglie dalle associazioni che hanno poi gestito questo progetto; abbiamo inserito 23 ragazzi su 20 posti, perché due persone sono andate via volontariamente e una persona invece si è allontanata.

Sostanzialmente, per quella che è la mia opinione il progetto alla fine si è rivelato positivo, perché da ha ampliato e sensibilizzato rispetto a questo tema le famiglie italiane, che si sono dimostrate disponibili a dare una stanza – che non è una cosa da poco – ad una persona che non avevano mai visto né, in certi casi, conosciuto.

Il progetto prevedeva un contributo dato alle associazioni che seguivano quota parte di questi 20 ragazzi, che a loro volta ne distribuivano una quota direttamente alla famiglia, per le spese di mantenimento.

Quest'anno ripeteremo l'esperimento, e mi è stato nuovamente segnalato dal Centro Frantz Fanon il ragazzo di cui parlavo prima, che secondo loro necessita di una diversa opportunità di uscita, non legata all'inserimento all'interno di una struttura ma alla sperimentazione di un altro tipo di contesto.

Ho suggerito di rimandarlo in Belgio, ma mi hanno detto di non farlo e di provare ad inserirlo in una famiglia. Cercheremo quindi di trovare una famiglia adeguata. Questa persona, ad oggi, avrà accoglienza per più di tre anni e mezzo. Che cosa succederà dopo io non lo so. Spero che stia benissimo e si trovi una sua sistemazione e una sua collocazione personale soddisfacente.

Attraverso gli stimoli e il lavoro dell'ente locale e dello SPRAR e attraverso le varie sperimentazioni che ho ascoltato e di cui conosco l'attività sul territorio, possiamo continuare a lavorare e fare dei tentativi, perché ritengo che, rispetto alla visione del bicchiere mezzo vuoto, se si fa qualcosa, e c'è il coraggio di fare – ma c'è anche la verità dei fatti –, penso che si possano fare tante cose perlomeno soddisfacenti anche se non esaustive, non certo perché non tocchi a noi, ma perché non abbiamo questo potere. Tuttavia, si può andare avanti un minimo con un po' più di fiducia.

DANIELA DI CAPUA, *Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR.* In altre realtà di aree metropolitane dove il finanziamento attraverso lo SPRAR non risolve

che una piccola parte della situazione di quel territorio, dove esistono moltissime difficoltà e dove un intervento straordinario assegnato attraverso il Ministero dell'Interno non è stato utilizzato come forma di investimento sulla messa a punto di un sistema o sul rafforzamento di una rete nella quale i tanti soggetti coinvolti portino il proprio contributo e la propria competenza e mettano in moto un processo, ma è stato comunque utilizzato come fondo straordinario di tamponamento di una situazione emergenziale e di un'attivazione straordinaria di posti letto, e dove al termine del finanziamento automaticamente tutto ciò che era stato fatto ha perso completamente di valore.

A parità di condizioni materiali o politiche, che ovviamente sono senz'altro fondamentali, esistono anche diverse possibilità di sviluppare gli interventi su quel territorio.

DONATO NOTONICA, Associazione culturale Acuarinto, ente gestore del progetto SPRAR di Agrigento. Raccolgo con grande piacere e onore l'invito di Daniela a prendere spunto dalle osservazioni formulate nella giornata di ieri e di stamattina rispetto all'evoluzione di un programma che, ormai, dopo dieci anni, sta iniziando a entrare nel vivo delle trattative.

Si inizia a parlare di specifiche vulnerabilità, di forme di tutela e di strumenti che fino a dieci anni fa evidentemente non pensavamo neanche di utilizzare, essendo agli albori del programma. Oggi questo si fa, e si tenta giustamente di strutturare un programma ed un percorso che siano efficaci.

Prima di dare il contributo della nostra esperienza, vorrei approfittare per dire che il lavoro di rete territoriale – ahimè – non è efficace in tutte le regioni e in tutti i posti allo stesso modo. Chi mi ha preceduto viene da una realtà dove, oggettivamente, alcuni percorsi strategici di intervento hanno un'efficacia superiore rispetto al nostro, non ho difficoltà ad ammetterlo. È chiaro che il coinvolgimento della rete deve essere finalizzato ad un'assunzione di responsabilità nella presa in carico, in generale, dei progetti SPRAR, ma anche di altri progetti come, ad esempio, i progetti di protezione (*ex* articolo 18), ovvero i programmi di assistenza per le vittime di tratta. La rete deve essere corresponsabile.

Noi, invece, corriamo il rischio purtroppo di essere sempre un po' più

responsabili degli altri. Questo è l'appunto che faccio rispetto alla possibilità di costruire e di corresponsabilizzare anche tutti gli altri attori territoriali. Noi viviamo in una zona di frontiera, e capita sovente di intervenire a qualsiasi ora del giorno e della notte. È evidente che chi segnala alla prefettura o alla questura la presa in carico di persone, ha chiaramente l'obiettivo di trasferire la responsabilità di cui si sente investito su un altro soggetto – che può essere un progetto o un ente gestore di progetti come i nostri – per togliersi il pensiero (lo dico in termini molto crudi). In quel momento non sappiamo chi è, se è un soggetto portatore di specifiche vulnerabilità o meno.

In relazione al programma che si sta avviando, sono assolutamente d'accordo sul considerare un percorso collaterale e non dei progetti specifici. È vero che le segnalazioni vengono fatte a monte, ma nulla esclude che una forma di disagio possa manifestarsi direttamente nel periodo di accoglienza all'interno del progetto. Questo a noi è successo.

La vulnerabilità e il disagio mentale possono essere di varia natura, avere tantissimi motivi, tantissime cause. Penso, ad esempio, al fatto che una persona che diventa alcolista sia assimilabile ad una persona che ha bisogno di un trattamento, che deve essere fatto col nostro supporto, col supporto di una rete organizzata, con dei protocolli che devono essere veramente rispettati anche e soprattutto da parte delle istituzioni. Tutti noi portiamo decine e decine di protocolli in sede di progettazione; poi, però, quando cerchiamo di farne valere gli effetti sul senso pratico, ci troviamo a dover ricordare che quel protocollo era stato firmato perché avevamo fatto il progetto. Riempirlo di contenuti significa anche corresponsabilizzare, non solo in modo astratto ma anche nella pratica effettiva, coloro i quali il protocollo lo sottoscrivono. Voglio dire che l'efficacia dell'intervento non deve essere lasciata esclusivamente alla sensibilità del dirigente del centro di salute mentale piuttosto che del servizio sociale dell'ente promotore, o del servizio sociale dell'azienda, o del presidio ospedaliero.

Questo è l'invito che rivolgo: deve esserci un metodo che concateni queste realtà, affinché poi la responsabilità della riuscita del percorso terapeutico venga condivisa e non sia solo responsabilità dell'ente promotore o gestore. Diversamente, sarà assolutamente difficile.

Consideriamo inoltre – questo lo dico sempre, nella nostra esperienza – che i nostri operatori, con tutta la buona volontà che possono avere, quando capiscono che sono in arrivo dei casi particolarmente vulnerabili entrano in allarme, perché evidentemente capiscono che ci deve essere un’assunzione di responsabilità sicuramente maggiore rispetto a quella che occorre con una persona che non manifesta particolari problemi; non si sentono certi di avere strumenti adeguati per far fronte nell’immediato alla problematica presentata dal soggetto. Ultimo ma non per ultimo, si va a minare un equilibrio che, soprattutto nei centri collettivi, a livello di convivenza, è un elemento da salvaguardare assolutamente, con tutti gli strumenti possibili e immaginabili.

Abbiamo avuto l’occasione – lo dico con molto piacere – di partecipare ad una sorta di revisione. Stanno emendando finalmente la legge sull’immigrazione in Sicilia; se ne sta parlando, martedì avremo un ulteriore incontro. È una legge che tutte le associazioni stanno tentando di riempire di contenuti. Prima di tutto, ci siamo resi tutti conto che non si faceva alcun riferimento, ad esempio, allo SPRAR, seppur sia figlio di una legge nazionale; dunque lo abbiamo inserito; non si accenna ai percorsi di protezione sociale a tutela delle vittime di sfruttamento sessuale, ovvero delle vittime di tratta, ed è stato inserito.

Questo potrebbe essere un quadro ma, anche in questo caso, sarebbe auspicabile che, nell’ambito della gestione di questo tipo di vulnerabilità, dei vulnerabili tra i vulnerabili, si potesse dare un contributo ancora più incisivo rispetto alla previsione di un raccordo fisso ed obbligato con le realtà territoriali a competenza sanitaria che si occupano di salute mentale. Tra l’altro, la Sicilia è forse la regione che ha più addetti ed eroga il maggior numero di prestazioni, ma questo è un altro discorso. Questo supporto deve essere dato dal progetto soprattutto con la consapevolezza che un soggetto trattato e che segue un percorso terapeutico, poi deve essere anche accompagnato, onde evitare una ricaduta o un passo indietro. È necessario, quindi, un adeguato supporto di orientamento, anche attraverso specifici percorsi (si faceva riferimento ai tirocini di formazione). Quella persona sarà recuperata completamente allorquando, oltre ad avere superato il *gap* a livello medico, avrà una dignità propria attraverso un lavoro, sia esso nello stesso luogo o altrove. Se non si fa l’orientamento, però, si rischia di produrre un percorso troncato.

A questo proposito, è chiaramente evidente che non si può limitare il percorso a sei mesi o a un anno di tempo. Su un progetto *ex* articolo 18 abbiamo avuto il caso di una donna che cominciò ad avere dei problemi quando iniziò a non voler più assolutamente uscire da casa. Eravamo nelle condizioni di non poterle più rinnovare il permesso di soggiorno, perché lei viveva in una stanza di 10 metri quadrati tutti i giorni dell'anno. Noi abbiamo insistito e ottenuto proroghe su proroghe, finché lei non ha acconsentito a farsi curare. La cura, nel giro di un anno o poco più l'ha portata al completo reintegro. Per noi era persa, era una persona che non aveva più alcuna possibilità di essere recuperata, né socialmente né mentalmente. Eppure, la possibilità di seguirla attraverso il Centro di salute mentale dell'Azienda sanitaria locale, il supporto degli operatori e dei mediatori – ad oggi ci sono anche in moltissimi presidi ospedalieri, noi ne abbiamo attivato uno recentemente, in cinque presidi della nostra provincia – dei servizi di mediazione culturale, possono essere un ulteriore viatico, un filtro, un'ulteriore possibilità di individuare quel tipo di vulnerabilità suscettibile di ricevere un percorso finalizzato.

A mio avviso, qualsiasi attività che preveda un intervento integrato oltre che multidisciplinare, ma anche multi attore, con la presenza delle istituzioni e dei privati dovrebbe – uso il condizionale, perché è una mia ipotesi – essere comunque condiviso con il locale Consiglio territoriale per l'immigrazione. Quello della nostra provincia ha ormai iniziato a funzionare su diversi argomenti, si riunisce per “sottosezioni”, quindi se ne potrebbe anche istituire una per questo tema.

Questo intervento integrato dovrebbe essere una sorta di garanzia sulla crescita e, soprattutto, sul mantenimento degli impegni, che si prendono molto facilmente quando – lo dico io per primo, facendo autocritica – c'è da presentare dei progetti, ma che poi sono molto difficoltosi e laboriosi in termini di applicazione pratica. In quel caso, è spesso l'ente gestore, l'ente promotore che rimane con la famosa patata bollente in mano.

Ora vorrei raccontare una nostra esperienza, da cui abbiamo preso spunto nella chiacchierata che abbiamo fatto durante la pausa pranzo.

Attraverso uno dei nostri progetti ci siamo resi conto, grazie ad un puntuale monitoraggio della nostra assistente sociale, che una utente somala incinta aveva problemi ad accettare il parto naturale. Si scoprì che questa persona, e come lei

molte altre, aveva subito una pratica di mutilazione genitale. Pian piano ci siamo resi conto, prendendo spunto da questa storia, che moltissime di loro erano nella stessa condizione. Ad oggi, tre donne del nostro progetto sono state operate, ed è stata tolta loro questa assurda forma di tortura. Noi pensavamo che una persona apparentemente normale non potesse avere un problema del genere.

Avendo la possibilità di parlare con loro e di avere strumenti conoscitivi che non siano invasivi ma di acquisizione della fiducia negli operatori – che però non può essere solo il lavoro di una persona, ma di un *équipe* che prenda in carico una situazione del genere – io credo che scopriremo parecchie altre vulnerabilità. Di questo sono convinto: ho raccontato un episodio di cui ci siamo accorti incidentalmente, ma chissà quante altre situazioni non riusciamo a capire.

Dopo che questa persona ha riacquisito anche una certa autonomia e ha iniziato a vedere il tutto sotto una nuova luce, anche le altre hanno voluto seguire lo stesso percorso e sono state recuperate ad una vita normale, cosa che prima non era possibile.

Ben venga, quindi, questo tipo di percorso dedicato ai portatori di disagio mentale, ma bisogna che vi sia un metodo di intervento e, soprattutto, che vi siano strumenti finanziari per l'assunzione di corresponsabilità e per la preparazione degli operatori. Servono, quindi, adeguate e debite forme di formazione che garantiscano l'efficacia del supporto e che possano dare frutti seri.

Abbiamo fatto riferimento al fatto che, in parecchie parti d'Italia, c'è duplicazione o confusione sui percorsi formativi, determinata da una frammentazione di programmi, di microprogrammi, di microprogetti. Ritengo che lo SPRAR, da questo punto di vista, abbia le carte in regola per potersi "imporre" – lo dico in senso positivo – su tutti i progetti e, quindi, sulla formazione a livello nazionale proprio per la capillarità dei progetti.

Penso che si possa fare un buon lavoro su questo. Anche in quel caso si tratta di un problema di dotazione finanziaria e di disponibilità degli operatori, ma credo che anche questo sia indispensabile. Per me è tutto. Vi ringrazio e vi auguro buona continuazione.

IMMACOLATA D'AMICO, ex Canapificio, ente gestore SPRAR della provincia di Caserta. Faccio parte dell'ente gestore dello SPRAR di Caserta, l'associazione comitato per il centro sociale. Per quanto riguarda il progetto SPRAR per categorie vulnerabili, noi siamo nuovissimi: siamo partiti a novembre, anche se già da parecchio tempo avevamo l'esigenza di affrontare il problema del trauma migratorio.

Con lo SPRAR ordinario, dal 2007 ci siamo accorti che sul territorio del Litorale Domizio c'era una grossa presenza di richiedenti protezione internazionale con forti traumi migratori, che ovviamente non rientrano nei classici soggetti richiedenti protezione internazionale, cioè vittime di tortura, perché non hanno subito tortura fisica ma solo un trauma post-migratorio o addirittura un trauma nell'accettare la situazione trovata qui in Italia. Non solo sono persone che hanno affrontato il viaggio e hanno affrontato la Libia e il mare, ma ora devono affrontare purtroppo l'Italia, che non è accogliente.

Noi siamo nuovi in materia, ma ci siamo potuti rendere conto della forte richiesta. Per ora noi accogliamo cinque persone con traumi migratori, ma ci sono capitati, proprio nei mesi di novembre e dicembre, una persona con protezione e un altro richiedente con forti disagi mentali. Uno dei due è scappato e purtroppo lo abbiamo perso.

Al di là della nostra bontà di seguirli attraverso lo psicologo o attraverso l'*équipe*, con incontri in strutture specializzate, purtroppo a Caserta il Centro NIRAST ancora non è avviato. Abbiamo fatto incontri su incontri, abbiamo cercato di realizzare la rete, di strutturarla, di mettere nero su bianco, ma alla fine ancora non c'è un ambulatorio.

Solo ieri ho avuto la notizia che, finalmente, c'è uno psichiatra disponibile; fino ad ora era presente solo una dottoressa volontaria, che non ha alcuna esperienza in materia perché è rianimatrice, ma si è resa disponibile per portare avanti il progetto del Centro NIRAST. C'è poi una psicologa, unica in tutta l'azienda ospedaliera. È davvero difficile riuscire a fronteggiare la situazione.

Il centro di salute mentale non è in grado di prendersi in carico una persona con disagi mentali. Addirittura, la prima persona fu mandata via come un caso di mania suicida: ero davvero disperata.

La situazione non è molto buona a Caserta. La settimana prossima faremo un altro incontro col NIRAST, perché noi abbiamo uno sportello di segretariato sociale che fronteggia numeri molto elevati.

Il progetto prevedeva anche l'implementazione di uno sportello che abbiamo già da anni. L'anno scorso abbiamo avuto un'utenza di 4 mila persone: abbiamo una grossa utenza. Da novembre ad oggi, grazie all'implemento, siamo riusciti a seguire 240 persone in tutte le fasi: ascolto, preparazione, modello C3, verbalizzazione della domanda, riascolto della persona, preparazione della persona, preparazione dell'avvocato, accompagnamento in Commissione, appuntamento in questura, rinnovo.

Siamo riusciti a seguire anche le persone di Rosarno, e siamo stati il punto di riferimento sia per le persone che seguivano Reggio e Roma. Ovviamente noi ne seguiamo in totale 40, Roma 80 e per Reggio in questo momento non ricordo il numero.

Devo essere sincera: le persone che stiamo seguendo noi dei traumi di Rosarno le stiamo portando a Napoli o a Roma. A Caserta non è possibile seguirle. Dopo il secondo colloquio una persona è andata via, non sono riusciti a prenderla in carico, non sapevano cosa fare e chiedevano a me notizie sulla sua vulnerabilità. Io non sono né psicologa né psichiatra, ma non penso che sia questo il modo di affrontare la situazione. Hanno bisogno di una mano, il centro NIRAST ha bisogno di un aiuto: io ho proposto più volte dei corsi di formazione, ma addirittura siamo ancora al punto in cui il direttore dell'azienda ospedaliera non ci vuole incontrare. Siamo a zero.

Noi continueremo, sia per quanto riguarda l'accoglienza di numeri piccoli di richiedenti la protezione internazionale, sia con lo sportello. Tutti gli utenti che vengono da noi con dei traumi, oltre a seguirli sul lato legale e burocratico dell'iter (Commissione, permesso di soggiorno, accompagnamento alla casa), nel momento in cui hanno bisogno di un centro specifico li indirizziamo altrove. Caserta non è pronta. Ce la metteremo tutta, ma non è pronta.

Mi è stato detto che non c'era nessuno psicologo in grado di parlare con la persona che si è allontanata. Ho detto che avrei procurato un mediatore culturale, ma mi è stato detto che non era possibile fare un colloquio con un mediatore culturale

presente. Non ho voluto denunciare questa persona perché avevo fretta e il ragazzo stava male, e sono andata via.

MASSIMO GERMANI, Centro per il trattamento delle patologie post-traumatiche e da stress, Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma.

Faccio una precisazione. È stato tirato in ballo il NIRAST, il *network* italiano per i richiedenti asilo sopravvissuti a tortura. È un *network* di dieci centri pubblici del sistema sanitario, nato nel 2007; prima erano sette centri nelle sedi di Commissione territoriale, adesso ce ne sono altri tre perché sono diventate dieci le Commissioni. Alcuni di questi, tra cui Caserta, si sono aggiunti proprio negli ultimi mesi.

Caserta è una situazione molto particolare, perché credo che ci sia un commissario straordinario alla ASL, ed è una situazione difficilissima tanto è vero che non volevamo aprire il centro e stavamo aspettando. È stato spinto dalla Commissione territoriale, e conosco purtroppo bene la situazione: ha messo il dito nella piaga, una piaga aperta, non naturalmente per le persone che sono qui: c'è la psichiatra Daniela Amato, che è molto brava, una persona che si occupa di traumi da tanto tempo, anche fuori dall'Italia, quindi è assolutamente idonea. Ci sono però delle limitazioni e un'assenza di strutture e anche di interlocutori a livello dirigenziale. È una piaga aperta. È vero che i referenti continuano a essere Roma o a volte Bari, dove il centro NIRAST si poggia su strutture invece molto più fondate.

Fate bene a segnalare queste cose, vi invito a farlo e a segnalarlo a noi che siamo il coordinamento centrale di Roma perché sono tutte segnalazioni che ci potranno portare, sicuramente entro qualche anno, a riuscire ad avere un livello omogeneo su tutto il territorio nazionale, che oggi è a montagne russe: nel centro NIRAST c'è il Centro Frantz Fanon con la ASL di Torino, che evidentemente ha una struttura, una storia e un'esperienza di un certo tipo; c'è Carlo Pagani e il centro del Niguarda; c'è la realtà di Bari, dove lavora la dottoressa Abbondanza e la sua *équipe*; ci sono realtà molto diverse perché l'Italia è fatta così. Lo sapevo, ma quando abbiamo iniziato il percorso del NIRAST ci siano accorti che poi le differenze si toccano con mano.

La nostra sfida è quella, attraverso una formazione continua e corsi nazionali che facciamo ogni anno e che faremo anche quest'anno, di far sì che si raggiunga un

livello sufficientemente buono e specialistico su queste tematiche, che possa poi fare da riferimento anche a livello regionale.

Questa è una cosa che si crea nel tempo. Ci vuole tempo, pazienza e anche la collaborazione di tutti, proprio perché da questi confronti possono nascere spinte ulteriori verso azioni più forti, cambiamenti e via dicendo. Grazie, e se ci sono altre cose fatecelo sapere.

DANIELA DI CAPUA, *Direttrice del Servizio centrale dello SPRAR*. Il territorio di Caserta è veramente un territorio difficilissimo. Per chi non lo conosce, è un territorio abbandonato. Tenete conto che lì c'è stata una situazione per cui il progetto SPRAR aveva come ente titolare la provincia, che poi è stata commissariata quindi il progetto è sparito: mentre il progetto era attivo, l'amministrazione – che non è soltanto amministrativa nel senso nella gestione dei conti o del controllo, ma ovviamente dovrebbe avere un ruolo istituzionale sul funzionamento e sulla ricaduta di quell'intervento – è sparita, quindi l'associazione ente gestore si è praticamente ritrovata da sola, come sempre prevalentemente, devo dire, e poi è subentrato in parte il comune.

Praticamente, vi siete agganciati al comune di Caserta per poter chiedere l'assegnazione di questi ulteriori finanziamenti che altrimenti non potevano essere assegnati. L'ANCI in quanto tale non poteva assegnare i fondi "8 per mille" se non passando attraverso l'ente locale, quindi è stato tirato dentro il comune ed è stato possibile attuare questo piccolo intervento, con la creazione di cinque posti e il rafforzamento dello sportello. Nonostante ciò, sono state sentite tante persone.

Questa funzione dello sportello, ad esempio, secondo me in un territorio come quello è strategica. Correggimi se sbaglio: se non ricordo male, voi avevate una forza inferiore di apertura dello sportello, perché ovviamente non c'erano i mezzi per farlo; in questo periodo si è riusciti a tenerlo aperto di più, ma il 30 giugno finiscono di nuovo i fondi quindi non so come andrà a finire.

La sostenibilità è finanziaria ma è molto anche politica, perché se mancano l'istituzione e l'amministrazione che, in maniera alternativa alla mancanza di fondi, potrebbero sostenere un servizio del genere, è ovvio che, al di là del problema dell'associazione che si ritrova senza mandato e senza potere di intervenire, le

persone che sono oggetto di questo servizio ritorneranno nella condizione in cui erano prima.

Sul territorio di Caserta – e sto parlando quindi anche di Castelvoturno, come sapete bene che è gemello del Rosarno della situazione – ci sono migliaia di persone che vivono in una situazione sommersa: molti sono stranieri senza più documenti senza più nessun tipo di situazione regolare, ormai entrati nelle maglie del lavoro nero, della criminalità organizzata e via dicendo, ma ci sono tantissime persone che, parlando con loro singolarmente, si scopre che avevano presentato domanda d’asilo ma che, non avendo alcun punto di riferimento, non sono stati rintracciabili per l’intervista o per l’esito dell’intervista, e non sapevano di poter presentare ricorso. Esiste quindi anche una fascia di persone che, comunque, avrebbe potuto essere molto facilmente tutelata.

Lasciando da parte anche quel sommerso gravissimo che comunque andrebbe tutelato ma che costituisce veramente un buco nero in alcuni territori del nostro Paese, nella fattispecie i richiedenti e i titolari di protezione internazionale che avevano avviato un percorso più facilmente individuabile dal punto di vista della legalità si sono persi, perché sono rimasti senza un riferimento, senza un appiglio, senza un servizio a loro dedicato a cui potersi rivolgere.

Il dramma, secondo me, è che adesso questi fondi finiscono e il progetto, l’intervento rischia di scomparire, quindi di aver veramente soltanto beneficiato in minima parte, ma non in maniera strutturale, a quel territorio. Questo è molto grave perché è veramente soltanto una questione di volontà politica.

LIVIA CANTORE, Referente gruppo asilo dell’ARCI e coordinatrice di ARCI per il progetti SPRAR dei comuni di Bari e di Bitonto. Partendo dai punti così come sono stati indicati oggi e che nascono dal lavoro della giornata di ieri, penso che ci siano tanti spunti, anche pratici, che potrebbero portarci alla creazione di relazioni tra progetti ed esperti ma anche dei materiali, perché il fine di queste due giornate potrebbe essere quello di creare dei materiali.

Quando ci incontriamo, spesso ci ripetiamo che i problemi più grossi sono i tempi di accoglienza, le modalità di uscita dai progetti, il supporto dopo l’uscita e quindi la preparazione del territorio, la formazione del personale, non solo quello

interna ai progetti ma anche quello dei servizi pubblici, che in molti luoghi non sono ancora pronti, con formazione specifica per il supporto e l'orientamento ai richiedenti asilo e rifugiati, per poi arrivare ai portatori di quella che in questi giorni è stata chiamata alta vulnerabilità, ovvero il disagio mentale.

Una cosa che auspico venga fatta nei prossimi incontri è focalizzare l'attenzione sui temi. Il tema del disagio mentale è talmente ampio e vasto che non ci porta a concretizzare delle azioni pratiche nel nostro lavoro. Penso ad una persona che ha vissuto il trauma della fuga, ma anche il trauma del viaggio; stiamo parlando delle violenze sessuali sulle donne e delle diverse violenze che subiscono gli uomini proprio nella fase migratoria. In questi giorni sono emersi degli spunti, che noi viviamo anche nel quotidiano sia come operatori, che come rifugiati: mi riferisco alle barriere del nostro lavoro quotidiano, che sono le violenze istituzionali che subiscono i rifugiati.

Ho scritto tante cose rispetto a quello che si è detto in questi due giorni, però ci tengo moltissimo a ribadire che dovremmo creare degli strumenti, delle schede pratiche, dei documenti cartacei da utilizzare. L'abbiamo fatto nello SPRAR in questi anni con il modello di accoglienza, con i regolamenti, con una serie di documenti che sono stati condivisi tra i diversi progetti e che potremmo applicare come documentazione anche nella presa in carico delle categorie più vulnerabili, come quelle dei portatori di disagio mentale.

Negli anni, nei progetti di cui sono coordinatrice mi è capitato di avere dei casi, e la difficoltà più grossa è stata quella di non avere gli strumenti per supportare queste persone nella loro vulnerabilità, nella loro situazione. Molti rifugiati hanno espresso il disagio appena arrivati nel progetto, altri durante il periodo di accoglienza. Secondo me è capitato ad ognuno di noi di avere a che fare con rifugiati che, in un modo o nell'altro, ci hanno espresso più di altri il disagio. Essenzialmente è questo: c'è chi le torture e le violenze subite riesce a sopportarle, a farsene carico e ad andare avanti, e chi invece non riesce a gestire la sofferenza.

Una cosa che ho sentito ieri e che mi è piaciuta moltissimo è il rispecchiamento della sofferenza, riferita da uno psicologo del Centro Frantz Fanon. Quando nei progetti mi è capitato di avere in accoglienza persone con sofferenze psicologiche, la prima cosa che mi è venuta in mente è stata di chiedere il

trasferimento nei progetti specifici di accoglienza per persone con disagio psichico. Per fare questo passo, naturalmente, questa cosa l'ho condivisa con la persona, spiegandole la possibilità di essere trasferita in un posto dove ci sarebbe stato un maggiore supporto e dove avrebbe avuto ciò che il progetto e soprattutto il territorio non le avrebbero potuto offrire per mancanza di formazione e – diciamo la verità – di professionalità da parte degli operatori dei servizi pubblici (perché manca l'offerta della formazione). In quasi tutti i casi la risposta è stata un rifiuto, perché dopo essere arrivati fino a quel punto e aver compiuto un percorso, non vogliono affrontare un altro trasferimento, anche se si tratta di avere servizi migliori. Loro ormai hanno costruito il proprio percorso di vita e vorrebbero con tutte le difficoltà continuare a farlo insieme. Questa è la mia esperienza, non voglio assolutamente generalizzare.

C'è la necessità di creare in tutti i territori un'offerta di servizi tale da consentire la creazione di un territorio fertile. Porto un esempio: nei progetti che gestisco al momento ho tre donne con situazioni molto gravi di disagio psichiatrico, e la difficoltà è proprio quella di creare con queste persone, nei tempi dell'accoglienza, dei percorsi di costruzione della loro vita, di ricerca del lavoro e della casa, per far sì che escano dal progetto entro i tempi richiesti dalla legge. Le difficoltà sono date dal disagio e dalla sofferenza della persona, ma anche dalla mancanza di offerta di servizi dal territorio. Per rispondere a questo, stiamo avviando un monitoraggio in Puglia, laddove avviare significa che stiamo mettendo in campo una serie di risorse, di persone e di energie, con le istituzioni, preposte e non. Vorremmo realizzare un monitoraggio, uno *screening* sul disagio mentale tra i richiedenti asilo e rifugiati a Bari e a Foggia, e forse dopo queste due giornate riusciremo a farlo anche a Brindisi. L'idea è quella di somministrare un questionario che abbia una valenza di monitoraggio del bisogno dei servizi sociosanitari, al fine di offrire una documentazione e, quindi, dei risultati. L'obiettivo è che, attraverso i risultati di questo monitoraggio, con la regione si possano strutturare, migliorare e professionalizzare i servizi.

Del resto, all'interno del Tavolo di concertazione ci sono l'ASL di Bari e di Foggia, la regione Puglia, il Policlinico di Bari con il Dipartimento di psichiatria e delle malattie infettive, il Dipartimento di psichiatria di Foggia, l'ARCI e alcuni

CSM attivi come, ad esempio, Bari, dove il CSM/8, del Progetto NIRAST, ad oggi fa la certificazione e riesce anche a fare alcune prese in carico, nei tempi e nei modi di un CSM, quindi con tutto il carico delle persone che già segue.

I numeri: a Foggia, con Borgo Mezzanone, e a Bari, con l'apertura due anni fa di Bari Palese, ad un certo punto sono diventati molto alti di colpo, perché Bari ha sempre avuto il campo emergenziale di Bari Palese aperto tutte le estati. Tuttavia, alla fine, le persone che uscivano da lì con permesso di soggiorno si allontanavano immediatamente, andando verso il nord o verso altri Paesi europei.

Dopodiché, un po' per la crisi economica, un po' per il bisogno personale di non allontanarsi dal luogo dove si era arrivati, Bari adesso presenta una situazione emergenziale. Abbiamo due strutture occupate da rifugiati appena usciti dal CARA, da diniegati, da casi Dublino, di persone che si sono allontanate da Bari e che nel giro di sei mesi sono tornate. Abbiamo quindi questi due posti occupati, in più il comune ha aperto una tendopoli che contiene circa 100 persone, dove ci sono sia italiani che rifugiati, circa 70-75 sono rifugiati.

L'obiettivo di questo monitoraggio è, attraverso un questionario che verrà somministrato in diverse fasi, prima con un *focus* e poi *ad personam* alla presenza di mediatori, un lavoro abbastanza articolato. Insieme al questionario vorremmo unire un *test* più specifico per la rilevazione del disagio e della sintomatologia di una sofferenza.

Questa è più o meno a grandi linee l'esperienza che stiamo avviando, e che secondo noi ci potrà portare ad identificare il bisogno. Succede spesso di far cadere sul territorio dei servizi, delle attività, la formazione, o di avviare delle azioni senza aver fatto prima un passaggio di rilevazione. Forse alla fine quello che verrà rilevato potrà essere scontato, ma sarà utile avere dei dati e delle informazioni utili che permettano alla regione e alle ASL di avere delle informazioni da utilizzare nei servizi come punto di partenza di un avvio. Purtroppo di questo dobbiamo parlare: di avviare nel servizio pubblico dei servizi specifici per i rifugiati.

Si è fatto spesso riferimento ai CARA; in Puglia abbiamo Borgo Mezzanone, Bari Palese e Restinco, a Brindisi. La presenza del CARA con i numeri cambia i territori, l'ho detto prima. La cosa che ci interessa come ARCI è sottolineare che i CARA non ci dovrebbero essere, e che lo SPRAR è l'alternativa ai CARA, perché

potrebbe permettere quello che non si riesce a fare nel CARA con i grandi numeri, e che riuscirebbe invece con dei percorsi più personalizzati e condivisi con le persone; dove ci sono i grandi numeri non si riesce a lavorare, anche con tutta la buona volontà.

Noi entriamo come SPRAR di Bari nel CARA, cercando di fare orientamento ai servizi e orientamento legale, ma con i grandi numeri non si riesce. Bari Palese ha 970 posti, ma negli ultimi mesi ci sono circa 300 persone. Se lo SPRAR in Italia aumentasse tenendo presente i numeri, riusciremmo, visti i respingimenti, a gestire attraverso lo SPRAR e non attraverso i CARA.

La nostra idea è quella, laddove appunto i CARA esistono, di fare tutti i servizi all'esterno del CARA: dai corsi di italiano, all'orientamento, alla raccolta della memoria, tutto viene fatto all'esterno.

Rispetto al disagio mentale vorremmo attivare uno sportello esterno al CARA dove i richiedenti asilo e i rifugiati si possano rivolgere durante il periodo di accoglienza nel CARA e dopo l'uscita, durante la permanenza sul territorio, per avere orientamento e supporto sociosanitario e, nello specifico, laddove necessario, anche una presa in carico per quanto riguarda il livello psicologico o psichiatrico, magari anche partendo dall'esperienza e la disponibilità del CSM sportello NIRAST, che ha delle competenze sulla certificazione e mettendo in rete e sviluppando i servizi attivi. Stiamo strutturando questo progetto con la ASL.

Ultima cosa è il Numero verde. Domani mattina troverete le *brochure* e il materiale per chi non lo conoscesse. L'ARCI nazionale gestisce il Numero verde per i richiedenti asilo e i rifugiati, un servizio che abbiamo avviato alcuni anni fa con il Progetto EQUAL IntegRARsi, che è ancora attivo grazie ai finanziamenti dell'ANCI e grazie anche all'ARCI, che per alcuni mesi è riuscita a finanziarlo, quindi ad autofinanziarsi.

È un servizio che è andato man mano sempre più prendendo piede e consistenza. Non ci aspettavamo neppure noi che le richieste arrivassero a tanto, riceviamo anche fino a 200 telefonate al mese. Alcune telefonate sono dei *recall*, quindi chiama tre o quattro volte lo stesso utente, altre sono nuove. Al numero verde si stanno rivolgendo richiedenti asilo e rifugiati dai territori, dai CARA o dai CIE. Facciamo anche la chiamata a tre, con interprete – abbiamo una copertura fino a

quattordici lingue – e l’orientamento legale ai servizi del territorio, con una mappatura dei diversi servizi a disposizione nei territori e la possibilità di indicare, a seconda del bisogno, il servizio più vicino alla città da cui il richiedente asilo o il rifugiato chiama.

Negli anni anche la tipologia di chiamata è cambiata, e oltre ai rifugiati chiamano al numero verde le questure, le prefetture, gli operatori dei progetti SPRAR e i servizi pubblici. L’informativa che viene data è quindi relativa anche ad altre cose, quindi non solo il legale e il servizio del territorio, ma anche le informative sul disagio mentale o altre materie. Domani quindi troverete la *brochure* con tutte le informazioni inerenti questo servizio. Grazie.

MARIA SILVIA OLIVIERI, Servizio centrale dello SPRAR. Mi riaggancio alla richiesta di Livia Cantore sulla produzione di materiale cartaceo a cui fare riferimento.

Questo seminario, che abbiamo voluto fare in una prima giornata e mezzo raccogliendo le esperienze più specifiche rispetto alla presa in carico di persone con disagio mentale, e che oggi stiamo allargando a tutta la rete, si inserisce in un percorso di riflessione che all’interno dello SRPAR – non parlo solo di Servizio centrale ma di progetti territoriali, di enti locali, di enti gestori – è stato avviato già da tempo rispetto a due domande. Abbiate pazienza, più si va avanti nella discussione è più certe questioni mi si amplificano in testa.

Il Sistema di protezione deve garantire accoglienza a persone con disagio mentale? Si tratta di persone che hanno un disagio psicologico e psichiatrico, la cui salute mentale – parlo a tutti gli esperti, gli psichiatri e psicologi che mi guardano e ho il terrore di sbagliare il lessico – è stata fortemente minata e che sono in una grave situazione di salute mentale, che sono altamente vulnerabili. Il Sistema di protezione deve prendersi carico di queste persone? Deve e può farlo?

La riflessione è partita da tempo, perché alcuni tra di voi, tra i progetti territoriali, dicevano: attenzione, SPRAR, il Sistema di protezione nasce come un sistema di accoglienza temporaneo per richiedenti asilo e rifugiati. È un sistema di strutture socio-educative e non sanitarie: vogliamo trasformarci in strutture sanitarie?

L'altra domanda è: nel momento in cui si riconosce che il Sistema di protezione debba prendersi carico di richiedenti asilo e rifugiati – parlo nel vecchio gergo, il nuovo gergo è “richiedenti e titolari di protezione internazionale” – con problemi di salute mentale, ammesso e condiviso che ci sia questa nostra responsabilità, a quali condizioni? In altre parole, quali sono le condizioni per cui i progetti territoriali SPRAR, dietro segnalazione del Servizio centrale - con una relazione sociale e una documentazione - possono accettare di procedere con l'accoglienza di persone con disagio mentale?

Quello di oggi e di ieri è un altro passo in questa riflessione, perché a un certo punto dobbiamo renderci conto se e come dobbiamo definire e tracciare delle linee guida di presa in carico. Livia Cantore parlava di materiali: noi abbiamo delle linee guida che sono allegate al decreto per l'accesso al Fondo nazionale per le politiche di servizio all'asilo che, come ben sapete, fa riferimento a questo manuale.

Abbiamo un manuale operativo dello SPRAR che, in dieci anni, la grande maggioranza delle persone che sono in questa sala ha contribuito a scrivere, perché ognuno ha avuto modo di aggiungere il proprio tassello, il contributo della propria esperienza.

In questo in questo manuale mancano delle pagine, che non abbiamo ancora scritto e che dobbiamo scrivere. Ancora una volta, insieme. Ci vorrà del tempo. Rispetto al documento di sintesi che vi è stato presentato da Daniela Di Capua, siete stati invitati a esprimere un vostro parere; è stato usato il termine «rispecchiarsi».

Io, adesso, in maniera provocatoria ve lo dico: vi ci rispecchiate oppure no in questa traccia? Può essere il punto di partenza per delle linee guida oppure no?

Queste non sono le linee guida. Non sia mai! Questi sono dei punti generali e generici che, mentre li stavamo riguardando questa mattina, notavamo che sono punti per l'accoglienza dei richiedenti asilo e rifugiati in generale. Come approccio è piuttosto generico.

Una volta definite le linee guida ci saranno degli altri materiali. Il processo è lungo e deve essere fatto interno al Sistema. Lo SPRAR, i progetti territoriali ci stanno o no rispetto alla definizione di queste linee guida e a questo manuale?

Credo che sia fondamentale, oggi e domani, esporsi rispetto a queste posizioni, perché altrimenti il rischio è che stiamo andando avanti senza essere

convinti della direzione e delle modalità che abbiamo intrapreso, sapendo che il cammino è lungo.

ASSUNTA SIGNORELLI, *Dipartimento di salute mentale ASL Trieste*. Ai richiedenti che hanno una appendicite acuta o che hanno la polmonite si dà o non si dà asilo? Siamo in uno Stato in cui essere sofferenti di malattia mentale non può significare perdita di diritti di nessun tipo. Stiamo un attimo attenti. Perché non farci questa domanda: se poi ha l'appendicite? Se gli viene la polmonite? Se sviluppa una tubercolosi? Chi ci garantisce che queste cose non le avranno?

GIUSEPPE TRAINA, *U.O. Servizio migrazioni del comune di Bergamo*. Ho un'esperienza derivata dal mondo cooperativo e dalla gestione di questo e di altri progetti con enti gestori o cogestori, e ormai da quasi due anni sono un dipendente del comune di Bergamo stabilizzato.

Fino ad ora – e vediamo per quanto dato che abbiamo avuto un cambio di giunta con le ultime elezioni amministrative del giugno scorso – il ruolo del comune è stato quello di rispettare quanto richiesto anche dal decreto, ovvero di essere il soggetto promotore sul territorio e il responsabile dell'intervento e della collaborazione e del coordinamento con gli enti del territorio che si mettono a disposizione: associazioni, terzo settore, cooperative o quant'altro.

Ci sono tre enti cogestori con cui cerchiamo di condividere l'attività con un coordinamento del progetto che è in capo al sottoscritto, quindi al comune, la suddivisione dei compiti di accoglienza a due strutture, maschile e femminile, e un servizio socio educativo gestito tramite una cooperativa che ha questo tipo di esperienza.

Non è una cosa semplice, perché significa mettere assieme quattro soggetti che lavorano e che si ritrovano in *équipe* con le proprie caratteristiche e le proprie modalità di lavoro, ma soprattutto con i problemi interni a un territorio tra soggetti diversi che fanno cose abbastanza simili e che vanno alla ricerca, magari in modo autonomo, di altri pezzi di lavoro, altri finanziamenti, altri progetti.

Vi porto un esempio. Uno di questi enti gestori, durante la primavera del 2009, insieme ai sindacati del territorio – CGIL CISL e UIL uniti – inizia una sorta

di coordinamento con il CIR Lombardia, arrivando a condividere un protocollo che, anche se a distanza di un anno dalla firma non ha ancora concretizzato nulla sul territorio, porterà all'apertura di uno sportello CIR per richiedenti protezione internazionale.

Tutto questo nasce, si sviluppa e si concretizzerà senza la presenza del comune di Bergamo, e questo non lo dico da geloso che non è stato interpellato, ma perché è la fatica che descrivevo, cioè che l'autonomia da parte delle associazioni e delle cooperative del territorio, che sono anche enti gestori, a volte porta alla non condivisione di alcune parti di lavoro importanti su un territorio – la provincia di Bergamo, 240 comuni – in cui l'unico ente locale, l'unico progetto attivo dello SPRAR ma anche l'unico progetto che si occupa di richiedenti protezione internazionale è quello che c'è a Bergamo.

Pian piano la cosa si recupera, questa iniziativa sarà presentata al comune, che finirà con l'aderire, non lo so; ma un conto era farlo un anno fa con un'altra giunta, altra cosa è farlo oggi, che le cose sono un po' cambiate.

L'interesse anche per il prossimo decreto e, quindi, per il prossimo bando, è quello di continuare in questa modalità di lavoro, perché crediamo che la responsabilità dell'ente locale sulla presa in carico dei bisogni del territorio passi anche attraverso un ruolo attivo dentro questo tipo di progetti.

Uso questa sollecitazione e queste parole per collegarmi al tema di oggi. Chi mi conosce già dagli anni del Progetto Integra - IntegRARsi, e forse ha un po' a noia sentir parlare Beppe Traina, perché viene a dire solo come funzionano bene la questura e la prefettura a Bergamo. Ebbene, rispetto al tema della presa in carico delle persone vulnerabili, nel caso specifico disagio mentale, non ho nessuna novità, anzi, ho delle brutte novità, nel senso che non c'è nulla di bello da dire su Bergamo. Probabilmente chiamerò anch'io il Numero verde per sapere se c'è qualche servizio a Bergamo che prende in carico i richiedenti asilo con questo tipo di vulnerabilità, dato che le tre o quattro situazioni che abbiamo avuto sono rimaste in carico al servizio sociale del comune, dopo la permanenza nello SPRAR, e con poco sostegno da parte dei servizi delle ASL, che da noi si chiamano centri psicosociali (CPS) e non centro di salute mentale (CSM), anche se il concetto è quello.

Le tre situazioni che abbiamo presentato, a fatica sono state visitate dagli

psichiatri e purtroppo sempre dallo stesso, perché oltre a esserci una suddivisione territoriale per cui il nostro centro finisce sempre in quel CPS, c'è anche una suddivisione delle visite in ordine alfabetico, in base all'iniziale del cognome. I nostri erano tutti nella stessa fascia e con lo stesso psichiatra, che ogni volta ripeteva che la persona non aveva niente, si trovava male qui e faceva la scena di quello che soffre. La prima volta ho pensato che potesse essere vero. La seconda volta ho sentito la stessa motivazione, due giorni fa la terza volta; se tutte e tre le persone esprimono il proprio disagio sul fatto che non si trovano molto bene a Bergamo in questo modo, chi minacciando di defenestrarsi, chi non dorme la notte e vaga in giro per il cortile della casa camminando intorno al campo di calcio, forse non è proprio che non gli piaccia Bergamo. Qualcosa in più c'è, tant'è che puntualmente il medico di base non è d'accordo con lo psichiatra, allora cominciano a bisticciare. Però, al di là di quello nulla succede.

Rispetto ai punti che presentava prima Daniela, dico che una collaborazione con le aziende sanitarie locali ho difficoltà a capire in che modo attivarla. Finché si tratta di colloquiare col dipartimento di prevenzione per uno *screening* iniziale, per gli esami necessari al loro arrivo, per i contatti e via elencando, va benissimo, anzi, ci vengono incontro a braccia aperte e sono felicissimi di aiutarci, senza nemmeno stilare protocolli, perché per loro questa collaborazione è automatica.

Ricordo, qualche anno fa, Gianfranco Schiavone e il coordinamento sul progetto del FER, quello che aveva come sede il CIAC di Parma. Da lì partì una chiacchierata con le ASL per poter presentare quella cosa e che durò, in termini di contatti telefonici, un paio di mesi, ma senza nessun contatto concreto, fisico, sicché noi si decise di non aderire perché non avevamo un contatto con ASL del territorio che di dava un supporto.

La difficoltà è questa: che lingua devo parlare quando vado all'ASL a spiegare questa cosa, perché se ho davanti uno che non ha ancora capito la differenza tra immigrati e rifugiati e ripete che la persona continua ad esprimersi in questo modo perché non si trova bene a Bergamo, io arrivo ad usare la provocazione che ho già fatto qualche mese fa a Ragusa, in uno di quei seminari sulle vittime della torture, allorquando dissi: non so se voglio sapere se la persona che ho davanti è una vittima di tortura, perché quando poi l'ho scoperto, cosa faccio se non ho alcun

servizio?

Quando lo scopro e comincio anche a pensare a cosa gli devo offrire, non ho niente, non ho nemmeno qualcuno che ascolti me e con cui possa parlare (capite la provocazione). Prima la dottoressa chiedeva se ad una persona con l'appendicite si nega l'accoglienza, ma la differenza è che per l'appendicite non devo neppure telefonare al medico, viene l'ambulanza, lo ricovera e lo fa uscire a tempo debito. Nel momento in cui il disagio è psichiatrico, prima devo riuscire a trovare chi mi ascolta, presentarglielo e vedere se l'interlocutore ha interesse ad aiutarmi a risolvere il caso.

Ascoltando le persone che sono intervenute prima di me – da Caserta ma anche da altre città – che hanno detto di avere grosse difficoltà a colloquiare e lavorare con i servizi ma con forza e intensità hanno parlato del voler comunque tentare, provare, ricercare, su questo tema in particolare io ammetto di non avere il minimo indirizzo da seguire, perché mi ritrovo davanti un'azienda sanitaria locale e un responsabile che mi dà queste risposte. Non ho altri interlocutori sul territorio bergamasco. Siamo più che attenti e sensibili al problema, e ammetto anche la nostra strategia: non abbiamo mai segnalato allo SPRAR nessuna di queste persone; forse lo faremo per questa, perché sono sinceramente in difficoltà, ma le altre le abbiamo gestite attraverso altri tipi di servizi, sono tutt'oggi in carico e sono persone che abbiamo accolto due anni fa, quindi la cosa non è risolta. La strategia è stata quella di dedicarci molto di più a persone che non hanno il problema della vulnerabilità, tanto che lo dimostrano i numeri, gli *standard* raggiunti, nel senso che con 15 posti abbiamo un *turn over* di 30/40 persone l'anno. I 6-7 mesi di tempo previsti dalla legge riusciamo a rispettarli, se la persona non ha un problema di vulnerabilità. Quando il problema c'è – e si tratta di due o tre casi l'anno – cerchiamo di farli uscire comunque perché tanto come servizio SPRAR non facciamo nulla. È meglio che vadano in carico al servizio sociale di base e se ne occupi quello, con i suoi strumenti.

Aggiungo che sono d'accordo sulla necessità non di prevedere dei centri *ad hoc* ma di costruire dei percorsi dedicati entro i progetti. Credo che sia necessaria anche questo tipo di attenzione, cioè costruiamo dei percorsi dedicati nei progetti, finanziamoli pure quando si candidano, ma verifichiamo che realmente su quel

territorio ci sia la possibilità.

Faccio un esempio: al prossimo bando mi candido io dopo le parole che vi ho detto, e vi dico che a Bergamo apro un progetto per vulnerabili con problemi di disagio mentale. Dato che sono simpatico allo SPRAR e al Ministero mi si finanzia anche questo progetto, ma vi ho appena detto che non so nulla su Bergamo. Voglio dire: i percorsi prevediamoli, finanziamoli, premiamoli, ma credo che sia necessaria una verifica su ciò che quel territorio ha.

ANDREA BARACCHINO, *Associazione nuovi vicini onlus, ente gestore dei progetti dei comuni di Pordenone e Sacile*.. Buonasera a tutti, parlo del progetto di Pordenone e di Sacile, nord est Friuli Venezia Giulia, per intenderci.

Il tema della salute mentale capita *ad hoc* per la discussione e la verifica che stiamo facendo, in particolar modo, col comune di Pordenone. Si sono accesi, negli ultimi sette mesi, un paio di luci rosse sul tema della salute mentale e del disagio mentale. Mi scuso perché non essendo un tecnico rischio di dire delle cose non corrette da un punto di vista medico e psicologico. Queste luci riguardano due casi che ci sono capitati e che abbiamo gestito più o meno bene, facendo del nostro meglio.

Uno dei temi di verifica era proprio questo: capire in che modo, nella nuova progettazione SPRAR, che è pluriennale, riusciamo a inserire al suo interno dei meccanismi di valutazione delle condizioni di disagio mentale delle persone che vengono da noi.

La nostra sensazione, parlando non da tecnico ma da chi ha avuto dei supporti psicologici all'interno del progetto, è quella che in generale si tratti di persone che hanno subito eventi traumatici, e questo lo sappiamo tutti. Forse, fino ad un certo livello il disagio siamo in grado di trattarlo e affrontarlo, tant'è che abbiamo avuto dei casi nei quali c'è stata anche la presenza di una psicologa esperta in transculturalità; ci sono dei casi che invece ci esplodono tra le mani perché non siamo in grado di capirli subito, per cui le situazioni di disagio emergono successivamente.

Nella riflessione che stiamo facendo con il comune, la risposta che ci stiamo dando è che di fatto tutto questo deve risolversi in sostanza in una maggiore

professionalizzazione delle *équipes*. Mi piace il termine transdisciplinarietà, nel senso che quando si mettono intorno a un tavolo lo psicologo, l'esperto in problematiche legali, l'esperto in integrazione, la difficoltà è che se non hanno approfondito a fondo le tematiche del progetto spesso parlano linguaggi diversi.

Parlare di *équipe* e di professionalità significa anche parlare di risorse da destinare a queste persone, che possono essere interne o esterne, finanziate dal progetto e via dicendo.

L'altra cosa che mi viene in mente e che avete già detto è il tema dei tempi: i casi che abbiamo seguito attraverso queste psicologhe hanno bisogno di tempi mediamente più lunghi, lo sapete meglio di me. I tempi di un accompagnamento psicologico non sono i tempi dell'accoglienza.

Per rispondere alla domanda che mi veniva fatta prima, ovvero se ci interessa che lo SPRAR se ne faccia carico, io credo che lo SPRAR debba rifletterci, e scegliere se fare solo le cose cui è preposto, quindi escludendo altri discorsi, oppure se iniziare a pensare se è in grado di includere anche le persone alle quali adesso facciamo un po' fatica a dare risposte, almeno come progetto di Pordenone e Sacile.

IVAN CARLOT, Comune di Venezia. Vorrei aggiungere qualcosa rispetto a quello che avevo detto ieri, sia perché ci sono persone nuove, sia perché sono stato molto stimolato dagli interventi. Alcuni punti partono proprio da alcune riflessioni che sono state fatte in comune.

Prima di tutto, alcune riflessioni sono state rincuoranti per me e per i nostri progetti. Sono attività che ci hanno molto aiutato. Dato che questo è stato indicato come un elemento problematico negli interventi di ieri e oggi, riporto un'esperienza che può aiutare.

Vorrei parlare dell'idea di prendere in considerazione la possibilità di un fallimento, che aiuta; l'intervento che cerchiamo di fare al meglio e nella maniera più coordinata, delicata e profonda possibile, può andare incontro a qualcosa che non produce effetti positivi o può non andare bene e non necessariamente, tra l'altro, questo porta degli svantaggi alla persona.

Lo dico come esperienza personale. Non so se siamo un caso patologico da questo punto di vista, ma a volte abbiamo lavorato intensamente cercando di fare il

meglio, e questo meglio non è venuto; però è venuto dopo, e senza il nostro intervento.

Questo punto l'abbiamo inserito come programma un po' per liberarci ogni tanto da alcune responsabilità, e non sempre prendercele, e un po' perché è un esercizio di constatazione. Volevo parlarne con voi, altrimenti diventa un carico che secondo me è un po' ossessivo.

Il secondo elemento, sempre stimolato dagli interventi, riguarda le relazioni accompagnatorie, che sono diventate oggetto di varie accuse o di elementi ironici.

Finora, a Venezia abbiamo accolto tutti i documenti (non me ne vogliamo insomma i colleghi, so che è una cosa un po' pericolosa da dire). Come ieri si diceva a proposito della vera differenza fra territorio e mappa, noi finora abbiamo potuto concederci di prendere queste relazioni come delle mappe, quindi come degli elementi utili ad orientarci rispetto all'accoglienza della persona ma non come elementi costituenti l'essenza di quella persona. Immagino che dobbiamo stare attenti nell'evoluzione della presa in carico di persone con dei disagi, perché se c'è una modifica del quadro tale per cui io, come istituzione locale, devo prendere invece quelle indicazioni come qualcosa di più di una mappa, certo cambiano i rapporti: se costruiscono un centro con caratteristiche diverse, la relazione fatta dalla psicologa o dallo psicologo diventa qualcosa di più vincolante di una mappa, diventa un'indicazione di direzione a cui mi devo attenere, e come istituzione devo essere molto attento. Finora, però, è stato vantaggioso usare questi strumenti come strumenti evocativi, anche dove ci sono delle diagnosi.

Aggiungo un tassello di cui ieri non ho fatto in tempo a parlare, riguardo uno degli aspetti di incroci e di incontri possibili tra istituzioni e attori diversi nel territorio. I progetti promossi dal comune di Venezia fanno degli interventi di formazione in materia di protezione internazionale. Di progetto in progetto le linee cambiano, e negli ultimi due anni abbiamo avuto quattro linee: una sui Paesi di origine e transito, una sulla materia legale, una sulle dinamiche relazionali tra operatori e beneficiari e una in materia prettamente psichiatrica.

Nelle diverse occasioni, in particolare per quest'ultima per esempio, abbiamo sempre invitato – e sono sempre venuti – gli attori che con noi collaborano nella cura e nella presa in cura delle persone.

Abbiamo aperto i nostri contesti formativi alle persone che con noi collaborano, e questo ha permesso degli intrecci. Non si tratta quindi solo di formare gli operatori dei progetti, ma anche di coinvolgerli più estesamente. Noi, con cautela, non in maniera generalizzata, ma studiandola, abbiamo allargato la partecipazione ad alcuni beneficiari.

C'è un concetto che non è emerso in maniera potente, ma se andiamo verso una direzione di maggiore responsabilità da parte nostra come progetti nella presa in carico di queste particolari vulnerabilità, credo che comunque dobbiamo riflettere e tenere fermi alcuni principi che ci hanno ispirato in questi anni.

Uno dei principi è sancito proprio nel Manuale operativo dello SPRAR e che credo ci abbia molto aiutato: è quello di reciprocità tra operatori e beneficiari. Non bisogna pensare che tutto il bene venga dagli operatori e vada ai beneficiari, ma che c'è questo concetto di reciprocità. A me questo sta molto a cuore, e credo che debba essere riproposto e ribadito nel contesto specifico del disagio psicologico.

Vorrei fare un'ultima breve indicazione di quello che facciamo a Venezia rispetto al tema del "dopo l'accoglienza". Ieri ho detto che mi interessa molto distinguere questo corpo di accoglienza integrata che è unitario, cioè accoglienza, integrazione e tutela; mi interessa distinguere gli strumenti. Il dopo accoglienza per me a volte significa anche integrazione e tutela.

C'è uno strumento del quale parlare in questa sede è ancor più pericoloso, un po' perché il comune di Venezia – non nella mia persona, ma a livello dirigenziale e amministrativo – lo sta mettendo in discussione, e forse è una cosa un po' tirata anche per il Servizio centrale. La struttura dei progetti a Venezia è a cinque enti: c'è l'ente capofila, il comune di Venezia, due enti che fanno una prima accoglienza, un ente che interviene eventualmente con una seconda accoglienza, quando i 6-9 mesi non sono opportunamente conclusivi, e c'è un ente che si occupa solo di orientamento, reperimento e accompagnamento abitativo.

Non so se ci sono altre esperienze di questo tipo, però vi porto la mia, che è stata particolarmente interessante anche per accompagnare persone particolarmente vulnerabili (usiamo ancora questa definizione). Grazie a questo ente gestore abbiamo potuto attivare percorsi che sono progettualmente post-accoglienza nei centri, perché si occupano dell'orientamento e della facilitazione nel percorso

successivo, quindi dal momento in cui un beneficiario finisce l'accoglienza.

Sappiamo che in quel momento finirebbero tutti o quasi gli strumenti finanziari – quindi quasi tutti gli strumenti *tout court* – a nostra disposizione; invece, grazie all'aiuto sulla casa è possibile finanziare questo ente gestore e accompagnare le persone, di solito per 4-6 mesi (ma siamo arrivati fino all'anno).

In quel momento, tra l'altro, avendo le persone oramai una residenza autonoma o comunque una collocazione sul territorio, abbiamo visto che diventa molto più facile in quei casi attivare gli strumenti del territorio. Io, ad esempio, come comune, se vado in un altro ufficio del comune a chiedere perché non si occupano di una certa persona, ad esempio a colleghi che lavorano sulla parte sanitaria, loro rispondono che dal momento che ce l'abbiamo noi in carico presso il centro, loro non possono intervenire doppiamente come comune. Se, invece, questa persona abita a casa sua, anche se l'affitto glielo paga lo SPRAR abita comunque a casa sua.

Questo è uno strumento, è una delle idee che abbiamo messo in piedi, che è un po' in bilico ma che finora ha funzionato.

FEDERICA PORFIDI, Presidente Associazione Arci Ora d'aria di Terni. Io lavoro al progetto di Terni. Gli altri anni avevamo un progetto per vulnerabili, che però poi si è trasformato; anche quest'anno, sebbene il progetto non sia specificatamente per vulnerabili, ci troviamo spesso nella condizione di dover intervenire nei confronti di situazioni differenti che afferiscono o al disagio mentale o comunque a difficoltà di questo tipo.

La prima difficoltà in questi casi è proprio quella della diagnosi. Prima di tutto dobbiamo individuare qual è il tipo di problema, perché ci troviamo di fronte a persone che in molti casi, essendo appena arrivate, conoscono poco la lingua. Spesso ci siamo trovati nella situazione di capire se si trattasse di difficoltà legate ad un ritardo cognitivo – di fronte al quale ci siamo a volte trovati – o semplicemente di non comprensione della lingua o spaesamento. Questo è già un primo elemento di riflessione rispetto al quale dobbiamo fare uno *screening*, per il quale gli unici strumenti che abbiamo a disposizione sono la nostra esperienza o i diversi tentativi di messa alla prova per comprendere, con l'aiuto di mediatori o interpreti. Già questa

è la prima difficoltà.

All'interno di questo tema della diagnosi, entra ovviamente subito in campo il rapporto con l'ASL. In questo caso la diagnosi per noi è proprio il primo elemento per capire come intervenire, anche in collegamento con le ASL. Qui devo purtroppo ricollegarmi a tanti altri interventi sulla difficoltà di rapporto con le ASL che si rifiutano subito di fare semplicemente una diagnosi se la persona non parla sufficientemente la lingua italiana, perché – forse anche giustamente – sostengono che senza la possibilità di fare test diagnostici laddove l'intervento del mediatore o dell'interprete non è sufficiente, la diagnosi non si può fare. Questo comporta alcuni problemi nella fase di definizione dell'intervento.

Rispetto all'intervento, quello che diceva prima il collega spesso è vero: anche laddove si fa una diagnosi precisa, gli interventi che si possono proporre spesso li mutuiamo da quelli che i servizi propongono agli utenti italiani, e spesso ci accorgiamo che questi interventi non sono calzanti per le nostre tipologie di assistiti. Noi utilizziamo le cassette degli attrezzi quando ci sono, ma magari non sono gli attrezzi giusti quindi utilizziamo i nostri schemi. Rispetto a questo, va sicuramente ridefinita una tipologia di intervento che però credo non riguardi solo il nostro *target* dei rifugiati, ma tutti gli stranieri che in Italia che si confrontano con il tema del disagio mentale.

I nostri sono anche progetti di eccellenza, quindi credo che debbano anche svolgere un ruolo di stimolo nei confronti dei servizi, partendo magari da pochi casi per poi rimettersi in discussione e offrire un servizio migliore a tutti, anche agli utenti stranieri. Sicuramente la difficoltà c'è.

Devo dire, comunque, che lo SPRAR offre anche altri strumenti al di là di quello propriamente sanitario. Trovandoci di fronte a questa difficoltà e non potendo saltare l'ostacolo, cerchiamo di aggirarlo, in molti casi ottenendo anche dei successi.

Porto degli esempi concreti. C'è il caso di una donna di una certa età che non riuscivamo a inserire neanche nel corso di lingua italiana perché ci diceva che aveva problemi di depressione – che ovviamente non era stata diagnostica ma che però potevamo intuire – e che non voleva partecipare. Stava sempre chiusa in casa. Abbiamo provato a utilizzare lo strumento della Borsa lavoro, individuando un contesto accogliente e protetto dove ci fosse una persona della stessa nazionalità.

Questo ha consentito pian piano a questa donna di rimettersi in gioco, di iniziare a imparare la lingua in una forma diversa da quella data dalla scuola, che magari viene vista come un luogo per i bambini, e che le ha fatto tirare fuori delle risorse, tant'è che poi è stata anche assunta. Questo naturalmente è un caso fortunato. In ogni caso questa donna ha risolto il suo problema, e questo modo di lavorare ci ha aiutato.

C'è un altro caso – mi ricollego a quello che diceva prima il collega – di un ritardo cognitivo che non riuscivamo a comprendere.

Lì siamo invece riusciti a mettere in campo tutti gli strumenti: la diagnosi, lo psicologo, la ASL, il centro per l'autonomia (perché questa persona ha anche un disagio fisico, lieve, che però gli crea difficoltà di rapporto). Una volta uscita dal progetto, questa persona ha trovato un'altra forma di integrazione. Noi facevamo di tutto per indirizzarlo verso un lavoro, mentre invece lui ha trovato una compagna con la quale divide un appartamento, ed è lei che lavora. Noi forse lo indirizzavamo verso l'obiettivo sbagliato. Dico questo per sdrammatizzare rispetto a quello che si diceva, ovvero che quando escono dal progetto stanno meglio di quando li aiutiamo noi.

Rispetto a questo, bisogna capire se il nostro ruolo – e mi volevo qui riallacciare alla domanda che faceva prima – è di occuparci di persone che hanno problematicità di tipo psichiatrico oppure no. A mio avviso, il nostro ruolo è di aiutare queste persone ad esercitare e ad acquisire diritti di cittadinanza, quindi anche di aiutarli ad acquisire tutte le certificazioni che lo possono attestare. Se una persona ha una malattia mentale che però non è riconosciuta, è difficile che rispetto a questo riesca anche sul territorio ad utilizzare tutti quei servizi che invece nello Stato italiano sono destinati a questo tipo di persone. Anche eventualmente in una comunità psichiatrica, se una persona non ha il riconoscimento della malattia mentale non vi può accedere.

Il nostro ruolo da questo punto di vista è fondamentale, perché consente anche una presa in carico da parte del territorio con maggiori strumenti. Quindi laddove noi riusciamo a far ottenere anche un'invalità accertata da certificati sanitari, riusciamo a far sì che la persona possa accedere, ad esempio, alla legge n. 68/99, quindi essere iscritta al centro per l'impiego nelle categorie protette, o accedere alle case popolari.

Noi l'anno scorso abbiamo avuto in assegnazione tre case popolari per tre persone, due erano mamme sole con bambini, l'altra era una persona con un'invalidità fisica. Un'altra persona, invece, aveva una leggera invalidità fisica, ma non ha avuto il riconoscimento del disagio psicologico e non ha raggiunto il punteggio, quindi da questo punto di vista è importante sensibilizzare anche le ASL e i medici che fanno queste valutazioni rispetto ai *deficit* che comportano questi traumi e queste sindromi post-traumatiche da stress, che impattano anche rispetto a un inserimento lavorativo o sociale.

Io propongo di cercare, magari insieme allo SPRAR nazionale, di costruire un minimo pacchetto formativo da fare in giro per l'Italia, magari anche semplicemente con i singoli progetti territoriali, insieme alle ASL, per iniziare una sensibilizzazione e una formazione in modo tale che pian piano questi problemi possano iniziare a risolversi. Diversamente, da questo punto di vista è difficile che la persona riesca ad essere presa in carico dal territorio se non ha una certificazione. Queste certificazioni, comunque, per quanto noi possiamo fare le rilasciano sempre loro. Quindi il lavoro che dobbiamo fare, da questo punto di vista, è culturale e formativo, di dotazione di strumenti, che possiamo fare in modo incrociato, noi come antenna sul territorio e voi con questi aggiornamenti.

FAUSTO GRECO, *Area rifugiati comune di Torino*. Mi occupo dei richiedenti asilo minori. Martedì mattina stavo facendo il Tavolo di supervisione, condotto dal Centro Fanon per le strutture che da noi accolgono i minori, e quando ho detto che sarei venuto qui mi hanno letteralmente sommerso di cose che avrei dovuto dire, problemi che avrei dovuto riportare. Ancora oggi in treno mi arrivavano sms per ricordarmi di affrontare determinati problemi.

Io ho detto che forse non era proprio la sede dove parlare di tutto, e alla fine mi sono trovato a fare un lavoro di scrematura, e ho messo assieme le cose. Mi è sembrato che di almeno due o tre elementi, anche se potrebbero non sembrare centrati col tema di oggi – in realtà non è così e son tutti collegati – si possa parlare.

Si tratta sostanzialmente di un paio di problemi che ci stanno facendo particolarmente soffrire a Torino per quanto riguarda i minori, al punto che ci sono delle strutture che in questo momento sono in crisi.

Parto da una questione di carattere generale, che probabilmente non è centrata sul disagio mentale ma è relativa proprio ai tempi ristretti di accoglienza.

Il fatto che noi accogliamo dei minori che arrivano a diciassette anni, diciassette e mezzo, diciassette anni e nove mesi, significa che assolutamente non c'è il tempo materiale per portare a termine un progetto che li veda autonomi quando noi dovremmo lasciarli andare per la loro strada, ovvero a diciotto anni e sei mesi.

Questa questione a carattere generale, diventa poi tragica nel momento in cui queste persone sono dei vulnerabili tra i vulnerabili, cioè nel momento in cui si evidenzia anche qualche problema di tipo psicologico.

Un secondo filone molto importante è che noi abbiamo dovuto riscontrare una generale carenza, forte, terribile nelle simulazioni, nelle relazioni, nelle descrizioni dei ragazzi che ci viene chiesto di accogliere, a cominciare da dati abbastanza oggettivi come quelli anagrafici, laddove riscontriamo una leggerezza che ci ha fatto proprio venire molto spesso i capelli dritti.

Può capitare che un ragazzo ci venga presentato come nato nel 1994, e arriva da noi con un permesso di soggiorno per protezione umanitaria già in mano: questo significa che è passato dalla questura, dalla Commissione, dai servizi sociali e tutti hanno accettato che questo ragazzo sia nato nel 1994. Poi basta guardarlo un attimo in faccia per capire che come minimo, se va bene, ha 20 anni. La mediatrice culturale, sua connazionale, dice che secondo lei ne ha 26 o 28. Vedendolo si capisce che sicuramente non ha 14 anni. Questo significa un sacco di cose: intanto che, per un certo numero di anni, ha tolto il posto a un minore vero, tanto per cominciare; secondo, che si tratta di pezzi importanti di vita che vengono con leggerezza tralasciati.

Un conto è quando si “grattano” i sei mesi perché qualcuno ci ha fatto credere che sia più conveniente spostare una data, ma quando si tolgono o si aggiungono 8 anni di vita credo che si rischi di arrivare ad una situazione in cui, se magari ti viene voglia di sposarti, devi chiedere all'educatore il permesso per uscire di casa. Lo dico facendo una battuta, ma mi sembra che si creino situazioni di una certa complessità.

I ragazzi spesso non si rendono conto di questo, infatti succede che, al di là di quello che può essere il nostro sospetto, tirano fuori con disinvoltura la loro vera

identità nel momento in cui si ritrovano inseriti in una comunità dove devono tenere dei regimi di vita idonei alla loro età. A quel punto, dicono: voglio stare in giro tutta la notte, tanto ho 24 anni.

Tra l'altro, quello che invece ci ha preoccupati in modo particolare è che quando poi questo dato è stato fatto notare, nel corso di comunicazioni telefoniche, ai servizi invianti o al tutore della località dove il ragazzo era ospitato prima di chiedere lo spostamento della tutela, ci hanno detto con un risolino che lo sanno che tanto sono maggiorenni.

Sembra una leggerezza non soltanto del ragazzo, che può essere uno sprovveduto mal consigliato, ma avallata anche da chi invece forse dovrebbe prendere un po' più sul serio le cose.

Per fortuna, abbiamo dei primari di ospedali che si rifiutano di fare l'esame al fine di stabilire l'età di un ragazzo, perché non si sbaglia di sei mesi ma anche di due anni. Di conseguenza, ci troviamo obbligati a farlo nel momento in cui il ragazzo che ha creato una situazione confusionale ha bisogno di un punto fermo, e allora ti attacchi a quello come unico punto fermo.

Altrimenti, francamente, credo che non sia attendibile, ma non perché lo penso io. Ci sono ospedali che dicono ai fini della determinazione dell'età ci rifiutiamo di fare quell'esame. È l'unico strumento che c'è.

Quando un ragazzo arriva con un'identità che è stata avallata da una serie di enti – questura, Commissione, tribunale, eccetera – arrivo io, l'educatore a mettere in discussione tutto?

In quel caso l'ente pubblico sono io. Io sono il comune di Torino.

Abbiamo la consapevolezza che se li mandiamo tutti a fare l'esame del polso, e come abbiamo già visto con quel tipo di esame diventano maggiorenni anche i sedicenni.

La difformità c'è, non solo per questo, ma anche per tantissime altre cose. Abbiamo constatato addirittura, a livello di procedure da parte della questura e dei tribunali, di procedure legali, che la difformità è il dato costante.

Io chiedo: perché sono io il primo a notare la situazione, quando in realtà il ragazzo arriva già con una protezione umanitaria quindi con un percorso durante il quale è passato di fronte a tutta una serie di enti?

Comunque, con la stessa leggerezza a noi sono stati segnalati dei casi dove il disagio psichico era molto evidente. Io non sono uno psichiatra o uno psicologo, quindi non mi voglio azzardare a fare diagnosi, però sto parlando di persone dove il disagio era fortemente visibile da chiunque. Poi, dare l'esatto nome a quel disagio è mestiere di altri.

Posso dire che su quattro persone che noi abbiamo, e che stanno dando forti segni di disagio al punto da mettere molto in crisi le strutture, uno l'abbiamo accolto sapendo chi accoglievamo, cioè in quel caso avevamo avuto tutta la necessaria documentazione ed eravamo stati avvertiti che si trattava di un caso particolare.

Gli altri casi ce li siamo ritrovati, con il risultato che spesso abbiamo anche individuato una struttura di inserimento che forse non era la più idonea alla luce delle loro necessità.

Questi sono, a sommi titoli, i principali problemi che in questo momento ci stanno preoccupando, fermo restando che poi si torna a quello che si diceva prima: se mi avessero presentato ogni caso evidenziando in modo corretto tutte le sue debolezze psichiche, non è detto che poi a quel punto io avrei avuto gli strumenti per dire di essere l'ente più idoneo a far fronte a questo.

LUIGI ANDREINI, Associazione Progetto Accoglienza, ente gestore del progetto SPRAR del comune di Borgo San Lorenzo. Vorrei formulare due considerazioni, una sulla vulnerabilità e una un po' più generale sullo SPRAR. Ci sono delle vulnerabilità certificate fin dall'inizio, quelle a cui si riferiva Maria Silvia Olivieri, sulle quali viene chiesto dal Servizio centrale ad alcuni enti di prendere in carico casi particolari.

Ci sono poi vulnerabilità che si trovano cammin facendo, che si manifestano dopo. Sono capitate a tanti, credo. Ne abbiamo individuate alcune, ad esempio, con la collaborazione che abbiamo con il CeRISC di Prato, ma ad altri sarà capitato con altre collaborazioni.

Complessivamente si va incontro a progetti con percorsi dedicati fin dall'inizio e a progetti che necessiteranno comunque di percorsi dedicati *in itinere*. A mio avviso, allora, occorrerebbe elasticità oltre che sui tempi, sulle attività e sulle continuità, come mi sembra proposto nella bozza di lavoro trasmessaci questa sera,

anche sulla possibilità di riconoscere e comunicare la vulnerabilità accertata, specialmente laddove sono già in atto collaborazioni con le aziende sanitarie o con enti comunque specialistici. Al riconoscimento, sia esso iniziale o *in itinere*, è inevitabilmente collegato un riconoscimento di risorse integrative, soprattutto per le fasi successive dell'accoglienza e dell'inserimento. Non è solo una questione di tempo, però, quindi di allungare i tempi, ma è una questione anche di supporti vari, anche economici.

La seconda considerazione è un po' più politica, ma è collegata alle vulnerabilità. Lo SPRAR ha come cardine essenziale la diffusione su tutto il territorio nazionale, il cui incremento è anche un obiettivo che lo SPRAR e l'ANCI inseguono. È un obiettivo intelligente e condiviso da tutti, che potrebbe anche decentrare e diffondere sul territorio un'integrazione che serve anche al territorio stesso.

Si tratta, quindi, di avere progetti condivisi e strutturati, che occorre moltiplicare e ottimizzare a rete territoriale: questo va fatto e perseguito, sensibilizzando maggiormente gli enti locali, le ASL, le società della salute, le province e via elencando. Bisogna però anche richiedere che questi percorsi dedicati, e più in generale anche i percorsi normali – se tali si possono definire, perché credo che nessuno si senta normale qui dentro, nemmeno noi operatori, o volontari, o chicchessia – siano maggiormente finanziati.

Porto un esempio che ritorna al cardine della diffusione sul territorio nazionale. Lo SPRAR è fatto da piccole, medie e grandi realtà. Le grandi realtà sono la minima parte dello SPRAR: dei 123 enti locali che la cartina segna, più di 100 sono piccole e medie realtà. Le grandi città sono state citate ora. Paradossalmente, anche se le grandi città hanno più numeri, più abitanti, più risorse e maggiori bilanci, hanno anche minori problemi, grazie al potere contrattuale al numero dei votanti che hanno. Come diceva un sindaco di un comune di montagna “se votassero gli alberi, avrei un grande potere contrattuale; votando le persone non conto un accidente”. Per questo motivo sono state costituite l'UNCEM (Unione nazionale comuni, comunità, enti montani) e l'Unione dei piccoli comuni, perché anche in ANCI, con tutto il rispetto, hanno un peso maggiore i sindaci delle grandi città.

Quindi, che cosa succede? Che le grandi città hanno anche la possibilità di

fare accordi bilaterali col Governo, cosa che i piccoli comuni non hanno. Ce lo vedete un comune di 7 mila abitanti che va a fare l'accordo bilaterale e firma di fronte alle televisioni col Ministro dell'interno?

Ci sono tante situazioni che numericamente sono maggiori rispetto ai comuni piccoli, ma anche i comuni piccoli hanno. L'immigrato normale fuori dallo SPRAR, che comunque vive nella miseria perché ha perso il posto di lavoro, va a battere cassa, occupa l'appartamento, non sa cosa fare e nel piccolo comune difficilmente viene sistemato. Nelle grandi città ci sono delle forme di sanatorie, degli accordi: li hanno fatti Torino, Roma, Milano; Firenze ha fatto un accordo con un centro che non si sa come definire – perché tra tutti i CARA e tutto il resto non si sa più come definirlo – però vengono erogati loro 55 euro a persona al giorno, contro quello che prendiamo noi.

Cosa succede? Questo è il rischio che voglio segnalare questa sera: c'è il rischio che ci sia uno scollamento nello SPRAR, e che lo SPRAR si riduca ad uno SPRAR sempre più forte nelle grandi città e che si perda quel cardine fondamentale che è la diffusione sul territorio.

Bisogna prestare maggiore attenzione alle piccole realtà e ai piccoli sforzi, che d'altronde forse sono anche quelli della cosiddetta "altra Italia", diceva un dirigente della pubblica istruzione che vedeva l'inserimento dei ragazzi stranieri nelle scuole più efficace nei piccoli centri che nelle grandi città. Bisogna quindi porre un'attenzione maggiore a questo, perché i piccoli comuni non hanno le possibilità di quelli grandi.

**Spunti per un percorso di definizione di
linee guida per l'accoglienza e la presa in carico all'interno dello SPRAR
di richiedenti e titolari di protezione internazionale
con una vulnerabilità riconducibile alla sfera della salute mentale**

Prima bozza di lavoro

METODOLOGIE E APPROCCIO

- ✓ Nel *Sistema di protezione* non si dovrebbero prevedere “centri” per l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati con disagio mentale, ma **progetti con percorsi dedicati**, in grado di accompagnare e supportare le persone con tale vulnerabilità nelle ordinarie misure di presa in carico.

- ✓ La strutturazione di misure di accoglienza di persone con disagio mentale all'interno del Sistema di protezione, deve poter **contare su un rafforzamento degli interventi nella prima fase dell'accoglienza** (con particolare riferimento ai servizi offerti dai CARA), al fine di favorire una prima presa in carico della persona e una puntualità nelle segnalazioni indirizzate allo stesso SPRAR.

- ✓ L'**approccio olistico e multidisciplinare**, funzionale alla realizzazione di misure di “accoglienza integrata”, è già un patrimonio condiviso all'interno del *Sistema di protezione*. Si ritiene che tale approccio debba essere ulteriormente promosso nell'erogazione di servizi in favore di persone portatrici di un disagio mentale.

- ✓ E' necessaria la **codificazione** di: modalità di ingresso nell'accoglienza; programmazione delle uscite; durata delle misure di accoglienza assistita; fattori di rischio e fattori di protezione delle misure di presa in carico.

- ✓ Le linee guida dell'accoglienza di persone con disagio mentale devono poter contare su **condizioni di elasticità**: dei tempi di permanenza, delle attività da realizzare, della continuità delle misure di supporto, anche successivamente all'uscita dall'accoglienza assistita.

RETE E ATTORI

- ✓ E' impensabile prevedere un progetto di presa in carico di persone con disagio mentale senza la presenza di una “**triangolazione**” forte e dialogante tra ente locale, servizi socio-sanitari pubblici, enti gestori dello SPRAR (ed enti del privato sociale, partner per la costruzione dei percorsi di autonomia). In questo senso dovrebbe essere letto il concetto di rete territoriale, principio fondante dello stesso *Sistema di protezione*.
- ✓ La **collaborazione con le aziende sanitarie locali** deve potersi fondare su un protocollo di lavoro che possa facilitare più misure di intervento: la diretta presa in carico della persona; il rafforzamento delle competenze territoriali; il supporto di supervisione all'équipe degli operatori; la possibilità di operare un cambiamento sul territorio, anche in termini di promozione culturale.
- ✓ Le misure di accoglienza in favore delle persone con disagio mentale possono essere realizzate solo con una piena **assunzione di responsabilità dell'ente locale**, il quale deve avere coscienza del fatto che, successivamente all'accoglienza assistita, le persone continueranno a essere presenti sul territorio e a rivolgersi ai locali servizi socio-sanitari, alla stregua degli altri cittadini residenti.

RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE

- ✓ Centrale deve essere il **rafforzamento delle competenze degli attori territoriali**, interlocutori dei percorsi di “accoglienza integrata”. Si deve, pertanto, prevedere un aggiornamento *in progress* degli operatori e delle operatrici dell'accoglienza e, nel contempo, una formazione mirata per il personale dei servizi locali, a partire da quelli sociali e sanitari.
- ✓ La previsione di progetti, che all'interno dello SPRAR prevedano percorsi di accoglienza per persone con disagio mentale, non esclude la necessità di un **rafforzamento generale delle competenze degli operatori del Sistema di protezione** per facilitare una presa in carico di persone portatrici di vulnerabilità.

Roma, 21/22 aprile 2010