

Progetto cofinanziato da



UNIONE  
EUROPEA



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## **Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020**

**Obiettivo Specifico 1.Asilo - Obiettivo nazionale 1.  
Accoglienza/ Asilo - lett. c) Potenziamento del sistema di 1°  
e 2° accoglienza**

**LINEE GUIDA SULLA TUTELA DELLA SALUTE DEI  
RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE  
IN CONDIZIONE DI VULNERABILITA' PSICO-SANITARIA**

**Progetto Se.Sa.Mo.  
Servizi di Salute Mentale per Migranti  
Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale**

**Prog-882**

## **Premessa**

Le Linee Guida sulla tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria presenti nei Centri di Accoglienza Straordinari (C.A.S.) sono state redatte dal Dipartimento della Salute Mentale della ASL Roma 6 e dall'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali come prodotto finale del progetto "Se.Sa.Mo. – Servizi di Salute Mentale per Migranti Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale, finanziato dal Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili – Direzione Centrale per le Politiche dell'Immigrazione e dell'Asilo – Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 (Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 – "Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza", PROG-882).

Le Linee Guida sono il risultato della modellizzazione dell'intervento specialistico di supporto e di sostegno agli operatori e agli psicologi dei CAS presenti nel territorio della ASL Roma 6 offerto dalle equipe multidisciplinari messe a disposizione dal progetto per favorire l'individuazione precoce dei segni di disagio mentale dei soggetti più vulnerabili, l'attivazione di una rete integrata di servizi sociali e specialistici per la presa in carico del disagio mentale e la promozione del benessere psicosociale.

Il progetto Se.Sa.Mo. è stato realizzato dalla ASL Roma 6 e dall'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali.

## Introduzione

Come risulta dalle testimonianze degli operatori impegnati nell'accoglienza, attualmente ci troviamo in presenza di una popolazione di migranti che si distingue da quella dei tradizionali "migranti economici" non solo per i peculiari fattori di spinta (si parla infatti di "migranti forzati") ma anche per i livelli di istruzione (tendenzialmente più bassi) per l'emarginazione sociale spesso sperimentata nel paese d'origine, per i traumi accumulati durante il percorso migratorio, per l'assenza di un progetto migratorio definito e per le stesse condizioni in cui i migranti versano durante la permanenza – spesso prolungata – nelle strutture per l'accoglienza. La precarietà ed i rischi che caratterizzano questa popolazione hanno profonde – ancorché ovvie – ripercussioni anche sul piano della loro salute psichica.

Si è in presenza di un afflusso di popolazione migrante che sperimenta un percorso migratorio che li rende portatori di una marcata condizione di fragilità prevalentemente psichiatrica piuttosto complessa.

La letteratura, così come l'esperienza ormai quotidiana, ci dicono che esiste una vulnerabilità soprattutto dal punto di vista della salute mentale che appare rilevante in queste popolazioni di migranti ed è perciò necessario che il sistema di accoglienza faccia fronte anche a questo aspetto, considerando però la fragilità del Sistema Sanitario Nazionale.

I numeri confermano che esiste una percentuale che oscilla tra il 5 e il 25% di soggetti, inseriti nel circuito dell'accoglienza, che manifestano l'esigenza di una specifica presa in carico di tipo psichiatrico e psicologico.

È dunque evidente che, all'interno del nuovo scenario, caratterizzato dal dramma dell'immigrazione emergenziale, i migranti che afferiscono alle strutture per l'accoglienza ed in esse stazionano presentano un rischio assai elevato (in assoluto e rispetto al passato) per la salute mentale:

- ✓ vi sono fattori di rischio per la salute mentale ascrivibili alla presenza di forme di disagio pre-esistenti, cioè già insorte nel contesto d'origine (la persona è già malata);
- ✓ vi sono fattori di rischio per la salute mentale e/o forme di disagio riconducibili agli aspetti estremamente traumatici del percorso migratorio (la persona si è ammalata nel corso ed a ragione del percorso migratorio);
- ✓ vi sono fattori di rischio per la salute mentale e/o forme di disagio associabili alle condizioni di vita all'interno delle strutture per l'accoglienza (la persona, peraltro già traumatizzata, è esposta al rischio di ri-traumatizzazione);

ed è questa la principale ragione per cui la questione della tutela della salute mentale è divenuta questione cogente, in primo luogo per il sistema di

accoglienza. Poiché sono per l'appunto le strutture per l'accoglienza ad essere chiamate a garantire la tutela della salute mentale dei migranti che ad esse afferiscono, sia provvedendo a ciò direttamente, con le proprie risorse umane e col proprio operato, sia agendo da attivatore o "facilitatore" dell'intervento dei presidi del sistema di salute pubblica, specificamente deputati a fornire le risposte adeguate al bisogno di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale di tutte le persone presenti nel territorio nazionale (seppur con alcune distinzioni, relative alle modalità di erogazione delle prestazioni, connesse allo *status* giuridico, come nel caso delle differenze tra cittadini italiani, cittadini italiani residenti all'estero, cittadini stranieri in regola con la normativa sull'ingresso ed il soggiorno, cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia in difformità con la normativa sull'ingresso ed il soggiorno, minori e donne straniere in stato di gravidanza e quant'altro).

Anche facendo riferimento alla *"Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente"*<sup>1</sup>, documento redatto dalla *Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate*, si ha la percezione di un problema di ordine sanitario, relativo alla popolazione migrante, molto sfaccettato.

In realtà coloro che operano nei territori si rendono conto che mentre relativamente alle patologie più propriamente "fisiche" esiste una certa adeguatezza, una standardizzazione delle procedure di presa in carico della popolazione migrante, ciò non è riscontrato per dare risposte adeguate a quel variegato problema di ordine psicologico e psichiatrico che sempre più è manifestato tra questi soggetti. Ecco perché in realtà si può dire che l'emergenza vera e che necessita di un maggior intervento e sistematizzazione, è proprio quella relativa alla presa in carico di tipo psicologico e psichiatrico.

E' facilmente intuibile quanto la domanda di presa in carico psichiatrica e psicologica di cui sono portatori i nuovi migranti affatichi i servizi del territorio deputati a dare risposta in tal senso, già di per sé sottoposti a costante sforzo operativo, indipendentemente da quelle che possono essere difficoltà specifiche di tale tipologia di popolazione cioè difficoltà linguistiche o etnopsichiatriche. Esiste proprio una difficoltà di costruzione di quei meccanismi di lavoro di rete che consentono di avviare una presa in carico puntuale e soprattutto di tipo territoriale. Sembrerebbe non essere consolidata la consapevolezza da parte delle strutture di accoglienza, dei CAS prevalentemente, della necessità di costruire

---

1

[http://www.camera.it/\\_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/022bis/015/INTERO.pdf](http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/022bis/015/INTERO.pdf), comunicata alla Presidenza della Camere dei Deputati l'8 Novembre 2017.

delle più solide relazioni con le strutture territoriali afferenti al servizio psichiatrico.

La risposta finora attuata di preoccuparsi prevalente della punta emergente della problematica, ovvero dei soggetti che con maggiore sofferenza costituiscono una manifestata difficoltà per i centri di accoglienza, e che per tale ragione vengono orientati verso delle strutture specializzate ad accogliere soggetti vulnerabili, ha una serie di controindicazioni, che sono: 1) concentrarsi prevalentemente sull'emergenza rischia spesso togliere attenzione alla maggioranza dei casi da prendere in carico, producendo costantemente così, ovviamente, sempre nuova emergenza; 2) queste strutture per vulnerabili non presentano un statuto chiaro; non essendo una risposta di istituzionalizzazione del soggetto in SPDC nella fase di acuzie, rischia di costituire semplicemente una "struttura contenitiva" che sembra quasi replicare quelle risposte prodotte nel periodo precedente alla Legge Basaglia, incentivando dunque l'espulsione di questi soggetti dalla rete delle relazioni sociali quotidiane, fondamentali come sappiamo per il proprio benessere psicosociale, verso centri che sono di tipo contenitivo, tralasciando la messa in pratica della vera psichiatria sociale, quindi in questo contraddicendo anche la natura stessa del servizio psichiatrico così come noi oggi invece lo immaginiamo.

Questa assenza di raccordo tra i centri di accoglienza straordinaria e le strutture sanitarie di natura psichiatrica impedisce anche al Sistema Sanitario Nazionale di esercitare un'azione di controllo ma anche di lavorare nell'ottica di una crescita degli stessi centri di accoglienza, in particolare rispetto alla capacità di questi centri di promuovere il benessere psicosociale per i propri ospiti. Poiché la struttura sanitaria, soprattutto quella di tipo psichiatrico, potrebbe invece candidarsi a mettere in atto modelli d'intervento standardizzati in tal senso, sostenendo prassi operative presso i centri, che siano sempre più efficaci e idonee a dare risposte adeguate e puntuali ai bisogni degli ospiti residenti in tali strutture.

Mai, infatti, come nel caso di questa tipologia di soggetti, la tempestività dell'intervento risulta essere fondamentale, ovvero riesce a fare la differenza rispetto ad un elevato rischio di cronicizzazione del soggetto e una possibilità invece di riuscire ad evitare tale rischio; l'eventuale pericolo di cronicizzazione per tali soggetti vuol dire non soltanto il fallimento del progetto migratorio, ma anche in molti casi, un'ulteriore mancanza di prospettiva rispetto al raggiungimento di una possibile condizione di autonomia (spesso, tale tipologia di popolazione migrante, si trova priva di qualsiasi rete di sostegno sociali nei territori in cui arrivano). Spesso sono candidati a rappresentare un sovraccarico per il sistema, essendo soggetti cronicizzati o destinati molto probabilmente ad entrare in una condizione di cronicizzazione, che evidentemente vanifica tutti gli interventi realizzati, rimanendo di fatto in quel tipo di situazione che non permette di riuscire mai a superare una condizione di puro assistenzialismo.

Quello che si vuole sottolineare è che è evidente che tale mancanza di modalità di lavoro congiunto tra i luoghi in cui i migranti risiedono e gli attori territoriali del sistema sanitario, più in particolare dell'ambito psichiatrico e psicologico, ha una serie di effetti collaterali piuttosto gravi e importanti di non adeguata presa in carico del benessere psicosociale. Ci rendiamo conto che invece quella che dovrebbe essere la naturale risposta, ovvero un'efficace sinergia tra i centri di accoglienza e le strutture sanitarie territoriali (consultori, CSM ecc.), fatica ancora a sistematizzarsi, e data anche la conferma dei numeri che risultano essere significativi, costituisce un elemento di forte problematicità.

## **PARTE I**

### **L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA IN ITALIA**

#### **1.1 Il sistema dell'accoglienza in Italia: evoluzione, normative e assetti**

Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati ha conosciuto in Italia significative trasformazioni, in particolare a partire dal 2011, anno in cui fu proclamata dal Governo la cosiddetta "Emergenza Nord Africa" (Ena). Prima di illustrare la sua attuale configurazione, è opportuno ricordare che in quell'anno, per far fronte agli arrivi di circa 62.000 persone dall'Africa settentrionale ed orientale, fu predisposto un sistema di accoglienza straordinario coordinato dalla Protezione Civile, che affiancò il circuito dei Centri di Accoglienza governativi per Richiedenti Asilo (Cara) e quello ordinario rappresentato dalla rete del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (Sprar). Un'ulteriore trasformazione è stata inaugurata all'inizio del 2014, quando il nuovo aumento degli arrivi di richiedenti asilo, in un contesto di saturazione dei Cara e dello Sprar, ha indotto il Ministero dell'Interno ad incaricare le Prefetture dell'attivazione di Centri di Accoglienza Straordinari (Cas). Dall'8 gennaio 2014 a tutt'oggi, con un susseguirsi di numerose circolari ministeriali, il Viminale ha continuato a richiedere alle Prefetture l'ampliamento del sistema di accoglienza straordinario.

Ciò è avvenuto nonostante l'obiettivo di superare la logica emergenziale nelle politiche di accoglienza sia stato assunto in modo strutturale nel "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari", adottato in sede di Conferenza Unificata dal Governo, dalle Regioni e dagli enti locali il 10 luglio 2014. Di fronte ai significativi arrivi di migranti registrati nel 2014, l'intesa si propose infatti, almeno a livello programmatico, di sviluppare una collaborazione inter istituzionale tra Governo, Regioni, Province e Comuni e di strutturare il sistema di accoglienza in tre livelli (primo soccorso e accoglienza, prima accoglienza e seconda accoglienza). Si considerava infatti che "la gestione dell'accoglienza diffusa, tramite le prefetture e senza il coinvolgimento dei territori, rischia di creare disagi e tensioni". Oltre all'aumento delle risorse destinate al mantenimento del sistema, l'accordo prevedeva, in corrispondenza dei nuovi flussi, una distribuzione dei migranti su tutto il territorio nazionale seguendo criteri di ripartizione regionale commisurati alla quota di accesso al Fondo nazionale per le politiche sociali. Parallelamente, a partire dal luglio 2013, era intanto iniziato il processo di ampliamento della rete Sprar, gestito sia tramite la richiesta di "posti aggiuntivi" di accoglienza rivolta agli enti locali già aderenti alla rete, sia attraverso la pubblicazione di bandi pubblici finalizzati a consentire la presentazione di nuovi progetti.

Una modifica molto più rilevante del sistema di funzionamento dello Sprar, potenzialmente suscettibile di porre finalmente le basi per il consolidamento di un sistema di accoglienza ordinario e omogeneo sul territorio nazionale è, nei fatti, recentissima.

A seguito dell'approvazione, il 13 maggio 2015, dell'Agenda europea sull'immigrazione da parte della Commissione Europea, della conseguente adozio-

ne da parte del Governo italiano di una *Road map* e dell'approvazione del Dlgs. 142/2015, entrato in vigore il 30 settembre 2015, il sistema di accoglienza è stato delineato come di seguito descritto in dettaglio.

### ***I Cpsa e gli Hot-spot***

Il primo livello è quello del primo soccorso e assistenza prestato nelle zone maggiormente interessate dagli sbarchi. Qui dovrebbero essere offerti i servizi di primissima accoglienza, realizzato un primo *screening* sanitario e svolte le attività di identificazione dei migranti. Questa funzione rimane, in base all'art.8, in capo ai Cpsa (Centri di Primo Soccorso e Assistenza) istituiti dalla legge 563/1995, meglio nota come legge Puglia. In realtà con l'adozione della *Road map*, a tali centri si sono sovrapposti gli Hot-spot, strutture volute dalla Commissione Europea. Oggi sono operativi quelli di Lampedusa (ex Cpsa), Taranto, Pozzallo e Trapani (ex Cie). Si tratta di strutture la cui funzione precipua è quella di identificare i migranti e di selezionare le persone che intendono richiedere protezione internazionale rispetto ai cosiddetti migranti economici.

### ***I centri di prima accoglienza (o hub)***

L'art. 9 del Dlgs. 142/2015 disciplina i "Centri di prima accoglienza", che svolgono la funzione di accogliere i cittadini stranieri già sottoposti alle procedure di fotosegnalamento, per il tempo necessario all'espletamento delle procedure di identificazione, la definizione del loro *status* giuridico, la verbalizzazione della domanda di asilo e l'avvio della procedura di esame della domanda. Si tratta di strutture regionali o interregionali che nel Piano approvato il 10 luglio 2014 in Conferenza Unificata erano denominate *hub*: le persone possono uscire dai centri nell'orario diurno. Per il loro approntamento è previsto l'utilizzo anche di ex caserme; la loro gestione può essere affidata a "enti locali, anche associati, alle unioni o consorzi di Comuni, a enti pubblici o privati che operano nel settore dell'assistenza ai richiedenti asilo o agli immigrati o nel settore dell'assistenza sociale". I 16 Cara governativi esistenti dovrebbero essere destinati a svolgere questa funzione. Si ricorda che i Cara sono stati istituiti nel 2002 con la denominazione di Centri di Identificazione e Asilo e che l'attuale denominazione si deve al Dlgs. n. 25/2008. Si tratta di strutture preposte all'accoglienza di persone che hanno già manifestato la volontà di chiedere asilo, per il tempo necessario a effettuare le procedure di identificazione e formalizzare la domanda di protezione internazionale.

### ***I centri Sprar***

L'art. 14 Dlgs. 142/2015 identifica il sistema di seconda accoglienza territoriale con lo Sprar, stabilendo che possano accedervi i richiedenti asilo che ne facciano richiesta, purché abbiano già formalizzato la domanda di protezione e non dispongano di un reddito sufficiente (identificato con l'importo dell'assegno sociale).

Lo Sprar, è costituito da una rete di enti locali che, in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore, promuovono progetti di accoglienza integrata finalizzata all'inserimento sociale ed economico dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale. Nel 2015 lo Sprar si è articolato in 430 progetti



territoriali promossi da 339 Comuni, 29 Province e 8 Unioni di Comuni in 10 Regioni.

### ***Le strutture temporanee (o Cas)***

Nel caso in cui si verificano "arrivi ravvicinati e consistenti di richiedenti" e non sia possibile accoglierli nei centri di prima accoglienza o nella rete Sprar, l'art.11 del Dlgs. 142/2015 prevede l'approntamento di misure straordinarie di accoglienza in "strutture temporanee" su disposizione delle Prefetture, "sentito l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura" e con regolare procedura di gara pubblica. Ma nei casi di estrema urgenza, è consentito il ricorso a procedure di affidamento diretto.

### ***Il trattenimento nei Centri di Identificazione ed Espulsione***

Oltre a delineare il sistema di accoglienza, il dlgs. 142/2015, Art. 6, inasprisce le ipotesi di trattenimento dei richiedenti asilo nei Centri di Identificazione ed Espulsione portando il periodo di permanenza massima a 12 mesi. Il trattenimento può essere disposto dal Questore quando il richiedente protezione internazionale ha commesso reati gravi; costituisce un pericolo per l'ordine pubblico o per la sicurezza dello Stato o è considerato pericoloso socialmente; ha presentato la domanda dopo essere stato colpito da provvedimento di espulsione trovandosi già in stato di detenzione oppure è considerato a "rischio di fuga".

### ***L'assetto attuale***

Con l'approvazione definitiva da parte dell'aula della Camera dei Deputati, del disegno di legge già approvato dal Senato, è stato convertito in legge, con modificazioni, il decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13, che contiene "disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale".

L'atto introduce una serie di misure, tra cui: semplificazione ed accelerazione dei tempi delle procedure relative alla richiesta di protezione internazionale, anche attraverso l'abolizione del secondo grado di giudizio in caso di rigetto dell'istanza, ferma la possibilità di ricorso in Cassazione, e il potenziamento delle strutture giudiziarie con l'istituzione, presso i tribunali, di 26 sezioni specializzate in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea; assunzione, da parte del Ministero dell'Interno, di 250 unità di personale altamente qualificato da destinare alle commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale; i richiedenti asilo ospitati nei centri di accoglienza o nel circuito della rete Sprar sono iscritti all'anagrafe della popolazione residente e possono svolgere volontariamente, a titolo gratuito, attività di utilità sociale a favore della collettività locale nel quadro delle normative vigenti; identificazione nei "punti di crisi" all'interno delle strutture di prima accoglienza dei cittadini stranieri soccorsi durante operazioni di salvataggio in mare o rintracciati come irregolari in caso di attraversamento della frontiera, con contestuale informazione su protezione internazionale, ricollocazione in altri Stati Ue e possibilità di rimpatrio volontario

assistito, è altresì previsto il trattenimento in caso di "rifiuto reiterato" di sottoporsi all'identificazione; i centri di identificazione ed espulsione diventano centri di permanenza per i rimpatri, in tutto il territorio nazionale, monitorati quotidianamente, con accesso libero per gli stessi soggetti ammessi a visitare le carceri; contrasto all'immigrazione illegale anche attraverso un Sistema Informativo Automatizzato (Sia) monitorato dal dipartimento della Pubblica sicurezza del Ministero, interconnesso con altri sistemi informativi tra i quali il Sistema informativo Schengen; rito abbreviato nei giudizi sui provvedimenti di espulsione di cittadini stranieri per motivi di ordine pubblico e sicurezza dello Stato e per motivi di prevenzione del terrorismo; rimpatri con *iter* più veloci, puntando sulla cooperazione con i paesi di provenienza attraverso accordi bilaterali.

Tali disposizioni non si applicano ai minori stranieri non accompagnati, per i quali è stata approvata di recente in via definitiva dalla Camera la normativa che introduce in linea generale il principio di specificità delle strutture di accoglienza riservate ai minorenni.

## **PARTE II**

### **La tutela della salute mentale in Italia**

#### **II.1 La psichiatria di comunità**

Il modello della psichiatria di comunità nasce e si sviluppa negli anni Quaranta del Novecento negli stati anglosassoni, nel tentativo di creare nuove strutture per il trattamento dei pazienti ed una nuova filosofia di approccio alla malattia mentale, in cui la persona, titolare di diritti, viene riconosciuta nei suoi bisogni e messa al centro del processo di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale:

- ✓ la persona è al centro dell'intervento, non la sua malattia;
- ✓ la presa in carico riguarda la persona nel proprio contesto di vita, con i suoi fattori di rischio ma anche con le opportunità e potenzialità che esso garantisce;
- ✓ si introduce un modello di intervento multidisciplinare (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione) e basato sul lavoro "di rete" tra servizi di salute pubblica, servizi sociali ed attori territoriali, secondo il quale la tutela della salute mentale prevede l'integrazione funzionale tra gli interventi di pertinenza strettamente medica e gli interventi di riabilitazione e reinserimento nella collettività, di pertinenza dei vari attori del sociale.

#### **La psichiatria territoriale in Italia**

In Italia, la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, nota come Legge 180 e legata al nome di Franco Basaglia, sul finire degli anni Settanta del Novecento, in concomitanza con l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, ha dato avvio a un processo nazionale di superamento degli ospedali psichiatrici (manicomi). Queste strutture sono state definitivamente dismesse alla fine degli anni Novanta, in parallelo con la progressiva creazione di servizi centrati sulla comunità.

Questa legge, che è stata la prima del suo genere a livello internazionale, ha cambiato radicalmente le modalità di cura ed assistenza psichiatrica in Italia. In particolare, la "gestione" della patologia psichiatrica in ambiente ospedaliero (o comunque in strutture residenziali ad alta intensità terapeutico-riabilitativa) è considerata modalità di intervento da riservare a pochi e selezionati casi, poiché ha trovato sempre più ampio consenso l'idea che l'approccio più idoneo sia quello che tende a non isolare il paziente in strutture di contenimento e a non interrompere i suoi legami sociali.

I fondamenti della "Legge Basaglia", in sintesi:

l'asse delle cure si sposta dall'ospedale alla comunità, realizzando una "civiltà delle funzioni di cura" della psichiatria in senso territoriale e comunitario (cambiare il luogo della cura per cambiare i metodi della cura);  
l'attenzione si sposta dalla malattia in sé alla totalità della persona: ai bisogni e diritti del paziente e, nondimeno, alle sue capacità e risorse;

gli interventi non sono più rivolti solo all'individuo ma anche al suo contesto, alla sua rete di appartenenza ed ai gruppi sociali di riferimento; alla base del trattamento sanitario c'è il diritto della persona alla salute e non più il giudizio di pericolosità sociale.

L'integrazione della "Legge Basaglia" nella norma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 1978) ha inoltre affermato il principio di sostanziale equiparazione tra la patologia mentale e qualsiasi altra patologia, in modo che la competenza in merito all'assistenza psichiatrica ha cessato di essere in capo alle amministrazioni provinciali ed è confluita nel Sistema di salute pubblica (Sistema Sanitario Nazionale).

L'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici (giunto a compimento solo con le leggi finanziarie degli anni Novanta) ha condotto all'istituzione, negli ospedali generali, di reparti denominati SPDC-Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, destinati a soggetti con patologia psichiatrica tale da richiedere il ricovero, che può essere volontario o coatto (in regime di TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio) ed ha comunque durata limitata. A seconda degli obiettivi specifici su base regionale, sono altresì stati istituiti presidi differenziati per condizioni cliniche e caratteristiche strutturali (comunità, centri diurni) al fine di perseguire il benessere psichico personale e relazionale delle collettività.

## **II.2 Assetto organizzativo Dipartimentale dei Servizi di salute mentale**

In Italia, da circa quarant'anni, la "gestione" della patologia psichiatrica in ambiente ospedaliero (o comunque in strutture residenziali ad alta intensità terapeutico-riabilitativa) è considerata modalità di intervento da riservare a pochi e selezionati casi, poiché ha trovato sempre più ampio consenso l'idea che l'approccio più idoneo sia quello territoriale, psicosociale o comunitario, che tende a non isolare il paziente in strutture di contenimento e a non interrompere i suoi legami sociali. Quest'approccio si avvale del perfezionamento e dell'ampliamento degli strumenti farmacologici oggi disponibili, della diffusione della psicoterapia nei servizi pubblici, delle forme di supporto territoriale, delle potenzialità delle strutture intermedie (centri diurni e strutture semiresidenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa).

Quest'approccio ha mostrato un buon grado di efficacia dal punto di vista terapeutico e si è altresì rivelato tra i più razionali in termini di ottimizzazione delle risorse e della spesa sanitaria, nella misura in cui consente di: contenere o ridurre i sintomi sia negativi sia positivi (sia quelli ascrivibili a disturbi dell'umore, sia quelli ascrivibili a psicosi produttive), integrare la terapia farmacologica, favorire l'adesione al piano terapeutico, prevenire le ricadute ed assicurare sostegno al paziente nel mantenere l'autonomia e l'inserimento sociale. In sintesi, l'approccio dei servizi per la salute mentale prevede che adeguate azioni di sostegno sociale siano integrate e rese sinergiche con la riabilitazione psicosociale (di cui costituiscono un aspetto) e con i trattamenti medici (farmacologici e/o psicoterapeutici).



L'assistenza psichiatrica ruota attorno al DSM. Le strutture ospedaliere di ricovero (SPDC) sono deputate al trattamento delle acuzie, con tempi brevi di degenza. Le altre strutture di trattamento residenziale, che prevedono degenze più lunghe, sono considerate tendenzialmente residuali, proprio perché meno efficaci ai fini della cura e riabilitazione della patologia psichiatrica (incrementano il rischio di cronicizzazione). I livelli ed i percorsi di cura più adeguati vengono assicurati attraverso una psichiatria territoriale, fatta di prestazioni ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali. Percorsi specifici sono destinati al trattamento delle forme di dipendenza e/o cosiddetta doppia diagnosi.

### Dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)

servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)

servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative

servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

### Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affidamento etero-familiare ed assistenza domiciliare
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

### **Centro Diurno**

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale.

È aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

### **Strutture Residenziali**

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

### Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. E' ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari).

E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione.

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

### Day Hospital psichiatrico

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. E' aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di:

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.
- L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Le Regioni e le Province Autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.



**In sintesi:**

- l'approccio dei servizi per la salute mentale prevede che adeguate azioni di sostegno sociale siano integrate e rese sinergiche con la riabilitazione psicosociale (di cui costituiscono un aspetto) e con i trattamenti medici (farmacologici e/o psicoterapeutici)
- il DSM, cioè il modello organizzativo dei servizi per la salute mentale di tipo comunitario, costituisce il centro di gestione dei percorsi – tendenzialmente personalizzati – di cura e riabilitazione, in cui si presta attenzione non solo al trattamento strettamente medico psichiatrico, bensì a facilitare anche l'accesso alle risorse della comunità, da parte degli utenti e dei familiari.
- L'insieme delle attività territoriali è dunque garantito dai DSM, che dispongono – o dovrebbero disporre – anche di una rete di relazioni con attori, pubblici e del privato sociale, tese a garantire gli spazi diurni, gli interventi domiciliari, gli interventi di risocializzazione, le strutture a bassa intensità terapeutica, le strutture specialistiche per il trattamento delle dipendenze e quant'altro.
- Nel caso in cui il DSM non dovesse disporre di una rete di attori adeguata a sostenere i "nuovi" pazienti, cioè i migranti afferenti al sistema di accoglienza, è chiamato ad attrezzarsi per ampliare, integrare o "ritarare" le proprie reti, nella prospettiva di garantire anche a questi pazienti un intervento di psichiatria territoriale

### **PARTE III**

## **TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI: PRINCIPALI ASPETTI DI CRITICITÀ**

### **III.1 La tutela della salute mentale dei migranti: principali criticità relative al lavoro nelle strutture per l'accoglienza.**

Vi sono criticità relative all'organizzazione del lavoro interno alle strutture per l'accoglienza, peraltro sottoposte alle pressioni di un clima di costante emergenza, che nello specifico riguardano:

- ✓ modalità di raccolta e condivisione delle informazioni da acquisire dal migrante e da trasmettere al migrante;
- ✓ alternanza tra momenti di concitazione iniziale (in fase di primo ingresso ed avvio delle procedure per l'avvio della procedura di riconoscimento dello *status*) e momenti di stasi nell'organizzazione dei percorsi individuali di ricostruzione del progetto migratorio ed autonomizzazione (bilancio delle competenze, apprendimento della lingua italiana, orientamento) che creano invece nel migrante la sensazione del "tempo vuoto";
- ✓ definizione delle misure di sostegno psicologico (da parte dell'*équipe* multidisciplinare) ai percorsi individuali di ricostruzione del progetto migratorio e proiezione verso l'autonomia;
- ✓ riconoscimento precoce delle manifestazioni, anche precliniche, di disagio psicologico;
- ✓ definizione di procedure condivise in ordine all'individuazione dei servizi specialistici territoriali con cui interagire al fine della tutela della salute mentale dei migranti ospiti della struttura; in ordine allo scambio di informazioni con tali servizi ed in ordine alle modalità di presa in carico.

In sintesi: vi sono criticità riconducibili alla "stabilizzazione" del lavoro delle strutture per l'accoglienza. Perché gli organismi che gestiscono le strutture attraverso i bandi delle Prefetture, anche nel caso di coloro che hanno più volte rinnovato la convenzione, si trovano ad occuparsi degli aspetti specifici di questo lavoro da un tempo relativamente breve, non hanno una lunga storia alle spalle (e ciò non torna a vantaggio della cosiddetta "cumulazione" delle esperienze) e sono costrette a lavorare con una prospettiva non sempre stabile né a lungo termine, essendo essa legata alla durata delle convenzioni. Perché lo stesso sistema per l'accoglienza dei migranti umanitari è di recente istituzione ed il suo potenziamento è stato reso necessario dalle continue e crescenti emergenze a cui si è assistito negli ultimi anni. Perché tutto ciò non agevola la stabilizzazione delle relazioni con il territorio ed in particolare non agevola la costruzione di un dialogo stabile e continuativo, cioè collaudato, con gli attori istituzionali, tra cui, in primo luogo i DSM.

### **III.2 – La tutela della salute mentale dei migranti: principali criticità relative al lavoro di rete tra strutture per l'accoglienza e il DSM. Il *default* di dialogo ed integrazione funzionale tra strutture per l'accoglienza e servizi di salute pubblica.**

Vi sono criticità riconducibili alla condizione di "isolamento" delle strutture per l'accoglienza:

- ✓ isolamento logistico, perché molte strutture sono "decentrate" o periferiche rispetto alle realtà urbane, da cui conseguono difficoltà materiali di spostamento dei migranti ed interazione con i servizi e con il contesto sociale;
- ✓ isolamento funzionale, laddove è carente il lavoro di costruzione dei presupposti per avviare un "lavoro di rete", in grado di aprire la struttura al territorio e renderla protagonista di un dialogo costante ed integrato con gli attori territoriali, tra cui: i servizi di salute pubblica, i Centri per l'istruzione degli adulti, i Centri per l'impiego, gli organismi del volontariato, del privato sociale, dell'associazionismo e quant'altro.

### **III.3 – La tutela della salute mentale dei migranti: principali criticità relative alla presa in carico da parte dei servizi del DSM.**

Vi sono criticità che riguardano:

- ✓ le informazioni disponibili al DSM in merito alla presenza delle strutture per l'accoglienza nei territori di loro competenza, alle caratteristiche dei migranti che ad esse afferiscono ed al loro bisogno di tutela della salute mentale;
- ✓ le informazioni disponibili alle strutture per l'accoglienza in ordine all'organizzazione del DSM territorialmente competente, in ordine a servizi e prestazioni che esso fornisce ed in ordine alle modalità di presa in carico;
- ✓ l'accessibilità sostanziale dei migranti ai servizi che il DSM garantisce, con riguardo alle barriere linguistiche e culturali;
- ✓ la disponibilità di risorse materiali ed umane dei DSM. Perché in molti casi, i servizi di salute pubblica, anche per questioni connesse all'esiguità delle risorse ed alla fase di contrazione della spesa sanitaria, si percepiscono sottodimensionati rispetto al bisogno di salute che emerge dai territori e, in ogni caso, sono in difficoltà nel gestire un evidente eccesso di domanda;
- ✓ il funzionamento del modello di psichiatria territoriale nei confronti del bisogno di salute mentale dei migranti che afferiscono alle strutture per l'accoglienza: non sempre il DSM può contare sul "lavoro di rete" con gli attori territoriali, indispensabili per garantire quell'integrazione funzionale tra gli interventi di pertinenza medica e gli interventi di pertinenza degli attori del sociale, da cui scaturisce – in accordo per l'appunto col modello di psichiatria territoriale o di comunità – la riabilitazione ed il reinserimento nella collettività dei migranti, che peraltro non sempre dispongono di reti parentali, né di un sufficiente capitale sociale.

#### **III.4 – La tutela della salute mentale dei migranti: il tema della pertinenza culturale dei servizi.**

Ai fini della tutela della salute mentale dei migranti, oltre alla questione dell'accessibilità ai servizi del sistema sanitario nazionale (informazione, accompagnamento, segretariato sociale ed abbattimento della barriera linguistica) si pone la questione della capacità dei servizi di salute pubblica di rispondere adeguatamente anche alle esigenze, TALVOLTA INEDITE, di questi "nuovi" utenti, che spesso portatori di un bisogno di assistenza e cura della loro salute mentale non omologo a quelli dell'utenza abituale (non immigrata).

Si parla di "pertinenza culturale" dei servizi (in questo caso i servizi del DSM) per indicare la capacità dei servizi di interagire positivamente anche con soggetti portatori di culture mediche non omologhe, in termini di concezioni del corpo, della salute, della malattia, della cura e delle figure terapeutiche, fornendo loro prestazioni adeguate.

In tal senso, gli operatori dei servizi di salute mentale, a tutti i livelli, sono stimolati a contestualizzare il loro sapere e le relative pratiche terapeutiche, cioè a considerare la tutela della salute mentale anche in rapporto alle diverse tradizioni a cui i vari soggetti appartengono ed anche in rapporto alle trasformazioni che sono in corso nella vita di tali soggetti. Ciò comporta anche una revisione critica ed una conseguente ridefinizione del proprio sapere e delle proprie strategie di intervento. In ogni caso, ai fini della tutela della salute mentale dei migranti, i DSM sono investiti anche della responsabilità di far proprie nuove competenze, *in primis* nel campo della psichiatria delle migrazioni o dell'etnopsichiatria.

In sintesi: nei confronti dei migranti afferenti alle strutture per l'accoglienza, da parte dei servizi del DSM, vi è talvolta la sensazione/percezione di esser chiamati a gestire forme ed espressioni di disagio mentale di competenza della psichiatria delle migrazioni o dell'etnopsichiatria, nei cui confronti non si sentono pienamente in grado di realizzare interventi adeguati. Questa difficoltà non riguarda solo la comprensione, la diagnosi ed il trattamento di espressioni di disagio mentale in parte "inedite", bensì riguarda le stesse modalità di intervento comunitario che informano il funzionamento della psichiatria territoriale. Infatti, i servizi pubblici non sempre dispongono della rete di relazioni con gli attori territoriali, tra cui quelli dell'associazionismo e del privato sociale, indispensabili per garantire la socializzazione, l'integrazione nella collettività ed il sostegno alla riabilitazione sociale per questa particolare categoria di utenti.

#### **III.5 – La tutela della salute mentale dei migranti: un cenno all'adeguamento in corso da parte dei servizi di salute mentale ed ai centri che, all'interno delle ASL o in convenzione, si occupano di psichiatria delle migrazioni o di aspetti specifici.**

Il tema della pertinenza dei servizi di salute pubblica costituisce una sfida epistemologica che investe tutti i settori della medicina ed il sapere medico in sé. Nello specifico dell'area della salute mentale, sebbene molto vi sia ancora da fare, in presenza delle attuali migrazioni internazionali, non solo gli operatori delle

strutture per l'accoglienza, bensì anche i DSM, hanno incominciato a guardare al disagio di molti pazienti stranieri o di origine straniera, ponendosi il problema dell'adeguatezza degli strumenti di diagnosi e cura, laddove tali strumenti sono chiamati a confrontarsi con manifestazioni di sofferenza che originano da altri repertori o da altre modalità di organizzazione dell'esperienza. La sensibilità a questi temi si è sviluppata in Italia già dalla fine degli anni Ottanta del Novecento e si dispone oggi anche di un patrimonio di esperienze, nell'area dell'etnopsichiatria e della psichiatria transculturale. Sebbene si tratti in molti casi di un sapere "di nicchia", il lavoro condotto nei servizi pubblici e nelle strutture del privato sociale ha alimentato un dibattito sullo statuto epistemologico dell'etnopsichiatria e sulle questioni che l'approccio etnopsichiatrico solleva. Dibattito che certamente non ha investito tutti i servizi ma che è comunque stato utile per rendere disponibili conoscenze ed esperienze a chiunque intenda farne tesoro.

## **PARTE IV**

### **LINEE DI INDIRIZZO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI CHE AFFERISCONO ALLE STRUTTURE PER L'ACCOGLIENZA O CHE VI TRANSITANO.**

#### **1. GARANTIRE UN'ACCOGLIENZA PSICOLOGICAMENTE SOSTENIBILE**

E' opportuno che gli operatori delle strutture di accoglienza organizzino le attività che il migrante svolge nel corso della sua permanenza nel sistema di accoglienza in modo da:

- a) prevedere puntuali momenti di verifica della sostenibilità psicologica dei percorsi attivati, in cui sia possibile – ove necessario – rimodulare le misure di sostegno psicologico per il proseguimento di tali percorsi;
- b) garantire continuità degli interventi, senza tempi morti che generano nel migrante la sensazione del "tempo vuoto";
- c) garantire la precoce familiarizzazione con la lingua italiana e, alla fine dei percorsi, l'acquisizione di una sufficiente competenza linguistica in italiano, d'intesa con i servizi territoriali a ciò preposti;

E' altresì opportuno che gli operatori delle strutture di accoglienza garantiscano corrette ed esaurienti informazioni al migrante, in ordine al funzionamento del DSM ed in ordine alle modalità di accesso sostanziale ai servizi che esso fornisce.

#### **2. PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOSOCIALE DEI MIGRANTI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE PER L'ACCOGLIENZA**

In accordo con l'obiettivo principale dell'intero sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, che prevede: *"la (ri)conquista dell'autonomia individuale dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e umanitaria accolti, intesa come una loro effettiva emancipazione dal bisogno di ricevere assistenza"* (Manuale operativo Sprar – 2015), è opportuno adoperarsi per promuovere il benessere psicosociale, e ciò significa:

- ✓ garantire ai migranti protezione in un ambiente sicuro;
- ✓ creare le premesse per la realizzazione di un percorso che prenda le mosse dalla formulazione/riformulazione di un progetto migratorio e conduca verso la progressiva autonomizzazione;
- ✓ fornire le opportunità e l'adeguato sostegno (in termini di orientamento, assistenza legale e psicologica) che consentano la realizzazione di tale percorso,

L'insieme degli interventi finalizzati ad accogliere il migrante in un ambiente sicuro, orientarlo nella riformulazione di un progetto migratorio sostenibile e fornirgli le opportunità per proiettarsi verso l'autonomia, nella misura in cui raggiungono tali obiettivi, contribuiscono anche al ripristino, alla promozione ed alla tutela e prevenzione del benessere psicosociale.

### **3. CONDIVIDERE PRASSI COMUNI E INTEGRATE TRA I DIVERSI OPERATORI**

E' opportuno che tutti gli operatori (assistente sociale, psicologo, consulente legale, educatore, mediatore linguistico-culturale) condividano prassi comuni ed integrate riguardo a 1) modalità di intervento (chi fa cosa) e 2) circolazione delle informazioni (chi trasferisce le informazioni a chi), dal momento del primo ingresso fino allo svolgimento dei percorsi individualizzati di ricostruzione del percorso migratorio e proiezione verso l'autonomia.

### **4. CONTESTUALIZZARE IL PROPRIO SAPERE DA PARTE DEGLI OPERATORI**

Gli operatori delle strutture di accoglienza e dei servizi di salute mentale, a tutti i livelli, sono stimolati a contestualizzare il loro sapere e le relative pratiche terapeutiche, cioè a considerare la tutela della salute mentale anche in rapporto alle diverse tradizioni a cui i vari soggetti appartengono ed anche in rapporto alle trasformazioni che sono in corso nella vita di tali soggetti. Ciò comporta anche una revisione critica ed una conseguente ridefinizione del proprio sapere e delle proprie strategie di intervento. I servizi devono diventare "culturalmente pertinenti", ovvero devono interagire positivamente anche con soggetti portatori di culture mediche non omologhe, in termini di concezioni del corpo, della salute, della malattia, della cura e delle figure terapeutiche, fornendo loro prestazioni adeguate.

### **5. INDIVIDUARE PRECOCEMENTE LE FRAGILITÀ PSICOLOGICHE**

- ✓ I percorsi attivabili all'interno delle strutture per l'accoglienza devono prendere le mosse da uno *screening* che si realizza in fase di ingresso e che consente una valutazione iniziale delle condizioni psicologiche del migrante.
- ✓ A tale screening deve contribuire l'*équipe* multidisciplinare (composta da varie figure professionali, tra cui almeno: psicologo, assistente sociale, mediatore culturale) che fa parte dell'organico della struttura;
- ✓ Lo *screening* iniziale deve poter consentire agli operatori della struttura di:
  - predisporre percorsi personalizzati (cioè costruiti tenendo conto delle risorse psicologiche di ciascun migrante) di riformulazione del progetto migratorio e progressiva autonomizzazione;
  - stabilire il grado e la tipologia di sostegno anche psicologico necessario a garantire il buon andamento ed il successo di tali percorsi;

- prevedere su quali risorse e su quali attori territoriali attivabili (all'esterno della struttura) si possa contare ai fini di eventuali interventi personalizzati di tutela, cura e riabilitazione della salute mentale, che si rendano necessari per alcuni migranti, in aggiunta, accanto o ad integrazione dei percorsi di riformulazione del progetto migratorio e proiezione verso l'autonomia.

**In sintesi, ciò vuol dire che:**

- ✓ alcuni migranti seguiranno il percorso di riformulazione del proprio progetto migratorio e proiezione verso l'autonomia avvalendosi del solo sostegno psicologico specifico a tale percorso;
- ✓ alcuni migranti seguiranno il proprio percorso di riformulazione del proprio progetto migratorio e proiezione verso l'autonomia avvalendosi di un sostegno psicologico specifico (in modo da poter sostenere tale percorso) fornito dal personale interno alla struttura (*équipe* multidisciplinare) e/o da operatori del servizio specialistico territorialmente competente (Dipartimento di Salute Mentale) ovvero da operatori specializzati nell'approccio terapeutico a vittime di tortura o di violenza e tratta;
- ✓ alcuni migranti saranno indirizzati per una presa in carico da parte del servizio specialistico territorialmente competente (Dipartimento di Salute Mentale) ovvero da parte di operatori specializzati nell'approccio terapeutico a vittime di tortura o di violenza e tratta, nella prospettiva di un ripristino della salute mentale che consenta loro di iniziare o riprendere il proprio percorso di riformulazione del progetto migratorio e proiezione verso l'autonomia all'interno della struttura di accoglienza o altrove.

**6. INDIVIDUARE PRECOCEMENTE LE VITTIME DI TORTURE, STUPRI O ALTRE FORME GRAVI DI VIOLENZA PSICOLOGICA, FISICA O SESSUALE**

E' opportuno mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all'individuazione precoce di questa specifica tipologia di rifugiati considerati ad alta vulnerabilità. L'individuazione rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinicodiagnostica, che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

Pertanto, risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l'individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un'alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme. Tali procedure rappresentano una vera e propria *conditio sine qua* non per garantire, al maggior numero possibile di richiedenti sopravvissuti a tortura e altre violenze estreme, la restituzione delle condizioni psico-fisiche indispensabili per affrontare, al pari degli altri richiedenti, il difficile percorso verso l'integrazione e l'autonomia.

Le attività finalizzate a favorire l'individuazione precoce dovrebbero iniziare, compatibilmente con i diversi contesti di arrivo, il prima possibile, con un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura



ospitante, anche con il coinvolgimento degli operatori non sanitari. Ogni persona individuata dal 2° livello come probabile vittima di tortura o violenza estrema, dovrà essere segnalata e indirizzata, per un'accurata valutazione clinico-diagnostica e per una eventuale presa in carico, ai servizi del SSN con competenze specialistiche o ad altre strutture, da esso riconosciute, con esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei richiedenti e titolari di protezione internazionale, al fine di evitare un deterioramento psichico e/o la cronicizzazione dei quadri clinici (psicologici e somatici) e di adattare le condizioni di accoglienza e le procedure di asilo ai loro bisogni specifici.

## **7. LAVORARE CON I METODI E GLI STRUMENTI DELL'INTERVENTO PSICO-SOCIALE**

L'intervento psicologico trova la sua più ampia espressione laddove è inteso come parte integrante, cioè integrata e non solo complementare, di un approccio multidisciplinare, che tende a considerare in maniera olistica il benessere psicosociale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Ove ciò accada, il contributo dell'intervento psicologico attraversa l'organizzazione della struttura, gli stili di comunicazione e la stessa concezione dell'interazione tra i vari servizi ed attività di cui il migrante è destinatario e che hanno il migrante come loro centro. Anche il lavoro effettuato sui singoli casi tende a privilegiare una dimensione multidisciplinare, in modo che l'educatore si incontri con l'assistente sociale e con lo psicologo o l'insegnante di italiano, facendo sì che tutte le figure coinvolte possano scambiare le informazioni ed operare sinergicamente nella prospettiva di sostenere le risorse dei soggetti.

Dunque lavoro psico-sociale significa sostenere ed orientare costantemente ogni singola persona, rivedere e rinegoziare – tappa per tappa – il percorso che questa persona compie nell'accesso alle opportunità ed alle risorse rese disponibili. Percorso che certamente ha una natura "processuale", cioè si sviluppa per gradi e comporta una concatenazione di servizi e di azioni, dipendenti gli uni dalle altre, volti a rispondere alle complesse esigenze di una presa in carico informata da un approccio "olistico". L'accesso alle opportunità ed alle risorse rese disponibili si configura come percorso/processo di riformulazione – più spesso vera e propria costruzione – di un progetto migratorio, che sia coerente con le capacità del migrante, ovvero sostenibile, nella prospettiva di promuoverne l'autonomizzazione ed un positivo inserimento sociale.

Tutto ciò comporta un fortissima integrazione tra la dimensione del lavoro psicologico e quella del lavoro sociale – del resto, lo stesso termine "psico-sociale", nel *trait d'union* che lo caratterizza, rimanda a questa integrazione funzionale tra "saperi", materiali e metodi, strumenti, luoghi e professionalità. Integrazione che nasce dalla verifica delle potenzialità, dall'individuazione delle risorse territoriali che siano coerenti con le potenzialità individuate, dalla capacità di sostenere la persona, orientarla, sostenerla nei momenti di frustrazione e di crisi, per evitare che perda le già limitate occasioni e via dicendo.

In un contesto ideale, la piena implementazione di questo modello implica un lavoro molto stretto di *équipe* (si parla infatti di *équipes* multidisciplinari) in

modo da accertare la condizione iniziale di ciascun migrante (si parla di *screening*) verificarne le caratteristiche e le potenzialità, individuare le opportunità disponibili nel territorio per selezionare, con un'operazione di *matching*, quelle che più si addicono al singolo profilo di migrante, per accompagnarlo e sostenerlo anche psicologicamente, ridefinendo gli obiettivi intermedi, ove necessario o nei principali punti di snodo del suo percorso. Dal punto di vista sia teorico, sia strettamente operativo, il modello di intervento psicosociale e comunitario di cui s'è fatto cenno mantiene tutta la sua validità e la sua pertinenza anche per la promozione, tutela, cura e riabilitazione della salute mentale dei migranti richiedenti protezione umanitaria, di cui specificamente si occupa il sistema di accoglienza.

## **8. PROMUOVERE IL LAVORO DI RETE TRA STRUTTURE PER L'ACCOGLIENZA E DSM PER IL TRATTAMENTO DEI CASI A MEDIO O ELEVATO GRADO DI INTENSITÀ TERAPEUTICA**

Anche quando la struttura per l'accoglienza non può rispondere direttamente ed autonomamente al bisogno di cura del migrante (a ragione del grado di intensità terapeutica che esso rende necessario) essa non deve abdicare dalla sua funzione di tutelare la salute mentale dei suoi ospiti ma vi deve provvedere indirettamente intervenendo come agente attivatore e/o "facilitatore"

Essere un agente attivatore significa che in presenza di un bisogno di cura a cui la struttura per l'accoglienza non può rispondere autonomamente essa deve mobilitare le risorse territoriali disponibili (*in primis* il DSM o i Centri specializzati nell'approccio ad alcune specificità, quali le persone vittime di tortura o violenza e tratta) tramite scambio di informazioni ed accordi per l'invio dei casi, la presa in carico e le modalità di eventuale ritorno del migrante in struttura (per iniziare o riprendere il percorso di riformulazione del progetto migratorio e progressiva autonomizzazione). Attivazione significa altresì saper mobilitare le altre risorse o "reti" territoriali che, d'intesa con i servizi specialistici (cioè i presidi del DSM e con i Centri specializzati) sono indispensabili ai fini della riabilitazione della salute mentale e della realizzazione dei percorsi di autonomizzazione dei migranti (Centri per l'istruzione degli adulti, i Centri per l'impiego, organismi per l'orientamento e la formazione, organismi del volontariato, del privato sociale, dell'associazionismo e quant'altro), in modo da evitare "l'isolamento" della struttura stessa rispetto al contesto sociale. Poiché, in accordo col modello di psichiatria territoriale o di comunità vigente in Italia, la tutela della salute mentale prevede l'integrazione funzionale tra gli interventi di pertinenza strettamente medica e gli interventi di riabilitazione e reinserimento nella collettività, di pertinenza degli attori del sociale.

Essere un agente facilitatore significa che la struttura per l'accoglienza deve lavorare per mettere il migrante in condizioni di transitare verso una presa in carico, totale o parziale, da parte del servizio specialistico. Lavoro che deve consistere non solo nel sensibilizzare il DSM ad attrezzarsi per rispondere al bisogno di salute dei migranti che essa ospita e nello stabilire accordi con esso e con i singoli servizi ad esso afferenti ma altresì nel rendere disponibili al migrante tutte le informazioni, prepararlo all'incontro col servizio specialistico e fornirgli la necessaria assistenza dal punto di vista legale, dal punto di vista della mediazione

linguistica e culturale, dal punto di vista logistico e in termini di segretariato sociale.

Proprio in quanto attore deputato a realizzare gli interventi di psichiatria territoriale ed a sostenere le stesse strutture d'accoglienza nella gestione dei loro pazienti psichiatrici, il DSM deve diventare l'interlocutore privilegiato delle strutture di accoglienza, anche perché queste ultime e i loro ospiti sono, o devono, laddove non lo siano ancora, una componente ormai viva e presente del territorio (si parla non a caso di psichiatria "territoriale" o di servizi per la salute mentale di tipo "comunitario"), per non rimanere - o peggio diventare - strutture separate, marginali, escluse e segregate in una sorta di realtà parallela, si potrebbe dire "schizofrenicamente" scissa dal contesto sociale.

L'azionamento del modello di psichiatria territoriale promosso dovrebbe risultare elettivamente opportuno per i seguenti motivi:

- ✓ si tratta dell'approccio alla questione della cura e riabilitazione della salute mentale fatto proprio dal SSN dal 1978 ad oggi;
- ✓ consente di valorizzare la rete sociale di attori necessari al funzionamento degli interventi, di cui il sistema dell'accoglienza dispone, ovvero è agevolmente in grado di attivare;
- ✓ garantisce la continuità del percorso di inserimento sociale dei migranti richiedenti asilo che il sistema dell'accoglienza promuove al suo interno ed a cui il sistema stesso è finalizzato (mantenimento dei legami sociali, ancorché fragili, che i migranti hanno costruito e sono chiamati a consolidare).

*Finito di stampare nel mese di marzo 2018  
presso la Tipolitografia CSRVia di Pietralata, 157 – 00158 Roma  
Tel. 064182113 (r.a.) – Fax 064506671  
info@csr.it – www.csr.it*