



## ARTICOLO ORIGINALE

### LE FRONTIERE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: MIGRAZIONI E CAMBIAMENTI ISTITUZIONALI NEL CONTESTO ITALIANO

Edvige Facchi<sup>1</sup>, Giuseppe Cardamone<sup>2</sup>

ISSN: 2283-8961

#### Abstract

Gli Autori, a partire da un forte collegamento con le vicende storiche e con le metodologie sperimentate dalla psichiatria italiana riformata, presentano una riflessione sulla clinica e i dispositivi in ambito transculturale. In particolare vengono affrontate le criticità che i servizi di salute mentale operanti nella comunità incontrano nella presa in carico e nella cura dei rifugiati e richiedenti asilo. La via maestra considerata è quella della salute mentale di comunità.

*The Authors, starting from a strong link with the historical events and with the experimented methodologies by Reformed Italian Psychiatry, present a reflection on the clinic and the devices in the transcultural field. Particularly the text deals with the critical issues that current mental health services meet in taking care of refugees and asylum seekers. All this is oriented to the perspective of Community mental health.*

**Parole chiave:** riforma psichiatrica italiana, clinica transculturale, servizi di salute mentale, pazienti rifugiati e richiedenti asilo, salute mentale di comunità

---

<sup>1</sup> Psichiatra e psicoterapeuta, Direttore UFSMA Zona Grossetana Azienda USL Toscana Sud-est

<sup>2</sup> Psichiatra e psicoterapeuta, Direttore DSM Azienda USL Toscana Sud-est

La complessità del fenomeno migratorio sta determinando una serie di cambiamenti significativi nel sistema politico, sociale, antropologico e culturale. La percezione e la consapevolezza di questi cambiamenti sono soltanto in parte riconosciuti e prevale, in maniera pervasiva e crescente, un orizzonte sociale diffuso di paura, preoccupazione ed incertezza sulla gestione del fenomeno stesso. In tale contesto, a partire dal carattere strutturale del fenomeno migratorio, le condizioni di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo presenti in Italia richiedono uno sguardo attento e approfondito in grado di cogliere le molteplici questioni in gioco, ma anche i sentimenti diffusi di precarietà ed insicurezza nelle comunità che accolgono.

Questi sentimenti, che ricadono pesantemente sulla dimensione identitaria, individuale e collettiva, possono venire attribuiti, in modo proiettivo (attribuzione causale esterna) ma anche strumentale, al diverso, al marginale, allo straniero, facilitando così il sorgere di atteggiamenti xenopatici e xenofobici, o nel migliore dei casi di indifferenza e non accoglienza.

Si insinua nel tessuto sociale un turbamento o una vera e propria angoscia per un presunto “noi” che sarebbe minacciato, scalzato, annacquato o corrotto da queste presenze estranee (xenopatìa). Questo fenomeno non è privo di conseguenze sul piano politico ed istituzionale, portando uno sbilanciamento del rapporto tra i valori di libertà e sicurezza.

Bauman (2010) sostiene che “non esistono soluzioni locali a problemi generati a livello globale”, ma ad oggi mancano responsabilità e politiche globali in grado di accogliere questa sfida etica e quello che invece sta accadendo è che le politiche degli stati-nazione rispondono sempre più in termini di frontiere esterne ed interne, con logiche securitarie e segregazioniste, e di certa violazione di fondamentali diritti umani.

È importante notare come le reazioni xenofobiche stanno di fatto condizionando le politiche internazionali ed interne rispetto al governo del fenomeno migratorio, tra apparati di sicurezza e sistemi di accoglienza, a partire dal tentativo di intercettare, controllare, rallentare, nell'impossibilità di fermare, i flussi migratori, innalzando muri (concreti e simbolici), fortificando confini e frontiere.

Da un lato registriamo la specificità e la multiformità del fenomeno migratorio attuale, dall'altro la gestione burocratica e giuridica dei flussi stessi. Da una parte l'ordinamento regola il flusso, ma anche il flusso costringe sistematicamente l'ordinamento a cambiare.

Questo lavoro di governo del fenomeno migratorio ha avuto come conseguenza un ordinamento dei flussi dal lato nord del Mediterraneo. In un secondo momento questo lavoro di governo si è esteso a sud: accordo europeo con la Turchia, accordo italiano con i potentati libici, accordi di riammissione con la Tunisia e Marocco, accordi con i paesi della fascia subsahariana (es. Niger).

Tra meccanismi di controllo e di potere esercitato sui corpi (impronte digitali, fotosegnalazione, determinazione dell'età, controlli dermatologici ed infettivologici) ed irregimentamento (riduzione delle possibilità di mobilità nel territorio nazionale per assegnazione ministeriale della collocazione territoriale nei CAS, riduzione della mobilità interstatale a livello europeo per gli accordi di Dublino, ecc.) assistiamo ad una sistematica azione di controllo sociale, diffuso e capillare.

Sul piano nazionale e – per quanto ci riguarda regionale – questa strategia di governo dei flussi migratori ha prodotto una nuova realtà sociale presente nei territori costituita dalle strutture di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati e una nuova figura professionale: l'operatore delle strutture di accoglienza. Si tratta di una funzione sociale assunta da, o affidata a, persone per lo più giovani, provenienti da percorsi formativi variegati. Spesso sono in possesso di un titolo di studio universitario (in antropologia, scienze politiche, scienze dell'educazione, ecc.), ma non di rado sono privi di una particolare formazione se non quella “fatta sul campo” e con compiti molto vari: dalla consulenza legale all'orientamento e accompagnamento nel territorio e nelle istituzioni, dalla formazione e inserimento lavorativo all'insegnamento dell'italiano.

Quello che si delinea è un nuovo ambito istituzionale a cui sono affidati compiti tanto delicati quanto complicati:

- a) promuovere e difendere i diritti di richiedenti asilo e rifugiati, in una sorta di funzione di *advocacy*;
- b) mantenere questi luoghi nell'alveo di un buon funzionamento democratico a garanzia della società ospitante ed accogliente;
- c) promuovere processi di riproduzione sociale delle logiche democratiche presso richiedenti asilo e rifugiati, dove l'acculturazione democratica prevede non solo arrivare a riconoscersi come titolare di diritti, ma anche come soggetto di doveri in quanto cittadino (o tendenzialmente tale).

L'ubicazione dei centri di accoglienza è spesso periferica, ai margini delle città, in piena campagna, in paesini montani spopolati, quasi a rimarcare una separazione fisica tra la comunità d'accoglienza e queste composite gruppali umane. La distanza dal centro riduce in termini di probabilità la possibilità di un efficace percorso di integrazione sociale e lavorativa.

In alcune realtà di accoglienza la qualità della vita quotidiana è caratterizzata da scarsità di stimoli ed impegni quotidiani, anche il pasto viene offerto già preparato, in spazi anonimi e scarsamente personalizzati.

L'organizzazione ed il funzionamento del sistema di accoglienza, sin dai suoi inizi, nei primi anni 2000, hanno preso forma in ambiti istituzionali e secondo logiche essenzialmente separate rispetto al sistema dei servizi sanitari, compreso i servizi di salute mentale.

Occorre sottolineare, e forse anche in relazione a quanto descritto, che sempre più questi nuovi ambienti sociali e istituzionali delle strutture di accoglienza hanno cominciato a rappresentare un problema straordinario e ingravescente di salute mentale. Non è solamente e forse neanche una questione di epidemiologia dei disturbi psichiatrici nei richiedenti asilo e rifugiati. È una questione di salute mentale di singoli e gruppi sovraccaricati di fattori di rischio rispetto alla loro salute mentale ed anche una questione di salute mentale della società di accoglienza.

Come si posizionano e come potrebbero diversamente posizionarsi le discipline psicologico-psichiatriche e gli operatori dei Servizi Pubblici di fronte a tale scenario?

Foucault (1977), in "Microfisica del potere", sottolinea il rapporto tra potere e sapere, e lo statuto politico della scienza come veicolo di ideologia. Questo si connette alla funzione dell'intellettuale "specifico" rispetto all'uso del suo sapere nell'ordine del discorso politico e nei termini di verità/potere (effetti di potere prodotti dal gioco enunciativo).

Le discipline psicologico-psichiatriche hanno fondamenti scientifici ibridi ed incerti, basati su forme empiriche di sapere interpretabili come un sistema culturale-specifico di ritualizzazione e controllo della devianza. In linea con la tradizione indoeuropea della funzione del medico, non è limitatamente circoscritta al curare, ma con il compito estensivo di "riconduurre alla norma". "Il profilo epistemologico della psichiatria è tenue

e la pratica psichiatrica è legata a tutta una serie di istituzioni, esigenze economiche, immediate urgenze politiche, regolazioni sociali...” (Foucault, op.cit., p.3)

Quali operatori di servizi di salute mentale pubblici dobbiamo mantenere la consapevolezza che svolgiamo un ruolo istituzionale di doppio mandato: da un lato abbiamo la funzione di cura (mandato terapeutico), dall'altro di controllo e di gestione del disordine comportamentale (mandato di controllo sociale).

Gli interventi psichiatrici, in particolare, possono agire anche quali possibili meccanismi di regolazione e di (ri-)ordinamento del sociale (Zorzetto et al., 2014).

Gli interventi sulla salute mentale dei singoli migranti, di indubbia necessità etica, rientrano in quelle che possiamo definire, nell'accezione di Bauman, soluzioni “locali”, puntiformi e quindi parziali e non esaustive rispetto al più complessivo problema del fenomeno migratorio e della complessiva salute mentale delle popolazioni migranti. Né può essere trascurato l'impatto sulle popolazioni autoctone e sui paesi di provenienza. Ogni cultura produce i suoi sistemi di definizione e compartimentalizzazione tra ciò che è normale e ciò che è deviante, ciò che è sano e ciò che è patologico e contestualmente fabbrica un sistema terapeutico di cura e gestione della devianza specifico. L'utilizzo di un sistema di cura “unico ed universale” (occidentale) rischierebbe di essere inefficace se non iatrogeno per alcuni soggetti e gruppalità umane appartenenti a mondi altri.

La questione di fondo è che ci troviamo in un mondo nel quale le merci possono circolare liberamente, ma le persone no. Ci troviamo di fronte ad un problema di civiltà, di libertà e di rispetto dei diritti dell'uomo. E non possiamo, quando pratichiamo la clinica, non considerare quella che è l'azione patogena che l'intero sistema produce.

Riteniamo che le problematiche di salute mentale siano solo la punta dell'iceberg di una sofferenza esistenziale, carsica e diffusa, strettamente connessa con la qualità di vita di queste persone che vivono un presente non accogliente, stretto tra un passato traumatico, costellato di perdite ed un futuro difficilmente immaginabile, dove le aspettative rischiano di essere puntualmente deluse.

Il migrante con problemi di salute mentale, spesso iscritto anche in una dimensione di marginalità se non di istituzionalizzazione (in un centro di accoglienza, in un CAS, in uno Sprar, in qualche altra struttura per rifugiati-richiedenti asilo), rappresenta l'Altro per eccellenza. Non è solo “messaggero di sventure”, come definito da Bertold Brecht,

ma anche possibile vettore di contagio fisico e mentale, in sostanza di disordine. Lo sconfinamento in un'operazione di controllo sociale e di gestione della "devianza" quale istanza di fondo di un mandato che si pretende terapeutico è un rischio facilmente intuibile. E si ripropone fortemente la questione dell'istituzionalizzazione, dell'istituzione totale e delle sue dinamiche.

Ulteriore questione è rappresentata dall'atteggiamento evitante e scotomizzante di alcuni Servizi di Salute Mentale, che va ad implementare la complessiva logica di separazione e di non contaminazione, rispetto alla domanda rappresentata dai rifugiati-ricipienti asilo con problematiche psichiche: "non è affare nostro!".

Non è possibile dimenticare la storia della psichiatria italiana riformata. Dobbiamo costantemente tener presente quello che è l'ineludibile e permanente valore della de-istituzionalizzazione e mantenere la capacità di leggere quelle che sono le organizzazioni, le dinamiche intrinseche e le finalità in termini di analisi istituzionale, compresa la dimensione e la gestione del potere.

La riforma psichiatrica italiana è stata il risultato sì di una diatriba interna alle discipline specifiche, ma è anche vero che negli anni Sessanta e Settanta, tutte le questioni conflittuali specifiche venivano riassorbite all'interno di quella che era la contrapposizione ideologico-politica del sistema bipolare. In qualche modo il fatto di sussumere conflitti particolari in visioni del mondo e concetti più ampi consentiva e ha consentito l'attivazione di alleanze trasversali e di sinergie politiche. Si è realizzata una convergenza di interessi tra le diverse professionalità: da un lato gli operatori di salute mentale, gli operatori sociali, utenti, comuni cittadini, con politici e amministratori. Così come la lotta anti-istituzionale contro l'ospedale psichiatrico è andata a convergere e sostenere altre lotte politiche. Con la caduta del muro di Berlino non abbiamo assistito tanto ad un'epoca unipolare, quanto si è avviato un processo di disunità nel mondo. È venuta meno proprio questa possibilità di poter interpretare, leggere e sussumere quelle che erano questioni particolari in una visione più ampia. Sono perciò mutati i rapporti tra politica e le discipline psicologico-psichiatriche. Tra l'altro tutte le acquisizioni di protezione sociale possono maturare e ottenersi essenzialmente quando gli individui si iscrivono in collettivi, quando cioè possono avere un potere contrattuale rispetto a controparti, rispetto allo Stato, oppure con lo Stato che fa da garante, perché i singoli

individui non hanno voce. A questo proposito potrebbe essere interessante porsi la questione se e in quali termini può essere pensabile ad esempio un collettivo di migranti forzati o rifugiati.

Quindi, che cos'è che possiamo osservare nell'attuale contesto?

In linea con la “modernità liquida”, assistiamo ad una frammentazione di interessi che non vengono più ricomposti in una visione generale del mondo. Anche qualora venga individuato un interesse comune ad aggregare, a mettere assieme, a costituire collettivi, nell'eventualità che ciò riesca ad accadere, si verifica che un aggregato di persone, che magari converge su uno specifico interesse, può essere assolutamente divergente in quanto ad assetto politico, ideologico o culturale. Assistiamo ad un'astenia generale degli assetti politici, senza più un'alleanza tra politica e discipline psicologico-psichiatriche. Infine dobbiamo considerare la possibilità che la cura che noi andiamo a proporre non ben corrisponda agli assetti ideologici, politici e culturali dell'interlocutore (individuo o gruppo). Abbiamo quindi necessità, nell'ambito del percorso terapeutico e assistenziale, di svolgere una funzione di mediazione e diplomazia con gli utenti, con i familiari, con i gruppi di appartenenza, con il contesto sociale allargato, rispetto proprio alla molteplicità di antropologie della cura cui poter far riferimento.

Va compiuta una prima operazione di contestualizzazione. Intanto la migrazione in Italia come in Europa non è più un fenomeno emergente ma strutturale. Siamo di fronte ad un'elevata differenziazione delle tipologie dei percorsi di migrazione, e tutto questo va a produrre una serie di conflitti sociali e culturali nei territori sempre più articolati e variegati. Vi sono migranti che sono residenti da molto tempo nel territorio e che possono portare bisogni più complessi in termini di aspettative e anche in termini di esiti di un disagio protratto, se le condizioni di vita non sono state buone. Registriamo situazioni di gruppo familiare, sia per ricongiungimenti che per la presenza di seconde o terze generazioni. Incontriamo persone che sono accolte in centri di accoglienza di vario tipo, ed ogni centro ha obiettivi e modalità di lavoro diversi, con dinamiche e complessità differenti. Infine si presentano sempre più emergenze di popolazione legate all'arrivo di persone in fuga da situazioni di guerra. A questo proposito è importante prendere in considerazione quello che è il ruolo della violenza politica. Soprattutto quando ci troviamo di fronte a rifugiati che provengono da paesi in cui la violenza è ed è stata usata in maniera diffusa e sistematica come arma di governo (ad esempio i paesi

della ex Unione Sovietica, dell'America Latina o del Medio Oriente) andando a vedere quali sono gli effetti sul lungo termine, sia sulla persona stessa ma anche sulle seconde e terze generazioni.

Oramai già dieci anni fa (2008) le Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale, licenziate dal Ministero della Salute, indicavano la necessità di sviluppare una sensibilità culturale generale e un'attenzione alla variabile migratoria proprio per poter riorganizzare i servizi di salute mentale. Indicavano, inoltre, la necessità di sviluppare delle competenze professionali e delle strategie operative adatte. Tra le metodologie e gli obiettivi c'era il favorire e sostenere la comunicazione tra i diversi attori istituzionali in un modello a rete, il garantire equità di accesso e fruizione ai servizi, nel rispetto del diritto alla salute, il costituire gruppi di iniziativa per lo sviluppo di interventi, utilizzare la mediazione linguistico culturale, e infine disseminare e socializzare gli esiti delle sperimentazioni. Perché la questione rispetto alla qualità/appropriatezza della cura che andiamo a proporre, quale risposta ad un bisogno di salute mentale di una persona migrante, non è affatto semplice.

Le discipline psicologico-psichiatriche in generale e i servizi di salute mentale in particolare devono innanzitutto prendere in considerazione quelle che sono le specificità culturali del collettivo di appartenenza, le specificità storico-politiche, il percorso ed il processo migratorio (luogo di partenza, viaggio, luogo di arrivo) delle persone che pongono una domanda di cura (Inglese e Cardamone, 2010; 2017). Va eseguita un'indagine trasversale delle relazioni e delle appartenenze sociali attuali associate con quella longitudinale dei legami familiari e dei mondi nativi. Possiamo incontrare varie configurazioni cliniche e psicopatologiche. Alcune possono in qualche modo ripresentare problematiche tradizionali della psicopatologia della migrazione, altre ancora sono del tutto nuove, altre ancora vengono lette come tipiche del contesto di accoglienza. Una questione sorge qui: sono realmente tipiche? Sono un fenomeno patoplastico? È il vertice osservativo che le fa percepire tali? Comunque sempre più i clinici e gli operatori dei Servizi di Salute Mentale si sentono in ansia e difficoltà rispetto alla loro insufficienza (Cardamone e Facchi, 2016).

È una complessità che ci spinge ad aprirci a discipline diverse, a interrogare discipline come l'etnopsichiatria, la psichiatria transculturale, il diritto internazionale, i sistemi e



le strategie geopolitiche di mediazione, la scienza delle religioni, la medicina delle migrazioni. L'area disciplinare che meglio esplora ed esprime l'impatto che la storia geopolitica del mondo esercita sulla sofferenza degli individui, dei gruppi e dei popoli è la psicopatologia geoclinica.

I dispositivi specifici, di per sé importantissimi, rischiano di avere solo un valore euristico di ricerca, diventano impotenti se vengono pensati per risolvere una problematica più diffusa e globale. Sicuramente servono ad addestrare gli operatori autoctoni a non restare imbrigliati in quella che è una visione etnocentrica occidentale del mondo, all'ascolto e al rispetto della diversità, alla co-costruzione di reti e di percorsi, ad interrogarsi anche rispetto alle proprie certezze scientifiche, ad evitare eccessi di identità. “Quando il soggetto, i gruppi umani o le loro istituzioni difendono con eccessiva virulenza e caparbità la loro identità e i loro confini c'è il rischio di malattia psichica, di intossicazione identitaria...” e “...proiezione paranoica che non tollera di fare i conti con lo straniero che abita in noi...” (Recalcati, 2007). Rappresentano laboratori di “contaminazione” e dispositivi altamente specializzati, modelli a cui ispirarsi e conoscenze da disseminare, ma poco trasmissibili in termini pratici in relazione ad una difficile sostenibilità ed alta complessità. Se da un lato è fondamentale, a livello di scelte regionali, costruire dispositivi adeguati, complessivamente, a livello di servizi e territori la proposta operativa è di assumere un'ottica comunitaria nella presa in carico e gestione di queste problematiche, trasladando la funzione di mediazione dalla figura del mediatore a tutto il sistema clinico e dei servizi in maniera altamente complessa. In altri termini, ci serve mantenere uno sguardo laico, sistemico e geopolitico per restare più consapevoli delle trasformazioni in atto e per poter mantenere una capacità di “cura”.

Queste riflessioni propongono un passaggio specifico sia da un punto di vista tecnico che metodologico. Però non sono fuori dalla nostra storia, da una certa visione delle cose che già ci appartiene, in riferimento proprio alla storia della psichiatria italiana, alla deistituzionalizzazione e al lavoro di comunità, in assoluta coerenza con la prospettiva etnopsichiatrica. La deistituzionalizzazione ha comportato tra i suoi effetti non solo una sostanziale cultura della liberazione, ma anche la messa in discussione dell'identità dello psichiatra, delle sue teorie, delle sue prassi, del complessivo sistema di cura. I primi

centri di salute mentale si cimentavano, attraverso un approccio centrato sul lavoro d'équipe multidisciplinare, nella presa in carico territoriale delle persone con gravi disturbi psichiatrici, servizi che si immaginavano forti, che si pretendevano esaustivi e di riferimento a tutto campo rispetto ai bisogni espressi (o da elicitare) di questa particolare specifica utenza. La diffusione, in termini epidemiologici e diagnostici, dei disturbi depressivi, l'incremento dei disturbi emotivi comuni e l'emergenza di nuovi quadri psicopatologici (disturbi di personalità, ma non solo) hanno favorito l'apertura e l'orientamento dei servizi a tutta la popolazione e lo spostamento dall'obiettivo di cura psichiatrica a quello di salute mentale quale missione dei servizi. Progressivamente si è spostato l'asse di centralità dal servizio alla comunità, non solo destinataria ma risorsa fondamentale e parte attiva nei processi di cura, nella direzione di una salute mentale di comunità.

Nel 2013 l'OMS ha scritto il nuovo Piano di azione globale per la salute mentale. Il termine globale introduce un ulteriore ampliamento del campo d'azione e di interpretazione della salute mentale. In primo luogo ne evidenzia l'importanza e la necessità di mettere in atto delle azioni specifiche di tutela, protezione ed efficacia.

Sottolinea, tra gli obiettivi, l'importanza di tutelare i diritti umani (sottolineatura etica assolutamente necessaria ed attuale); dà un ruolo centrale a quella che è l'assistenza socio-sanitaria territoriale, ed introduce il termine di *recovery*. In lingua inglese la parola va intesa come guarigione, ma non nel senso di scomparsa della fenomenica psicopatologica: ma come reinserimento, come inclusione sociale.

Questo sforzo innovativo, che dovrebbe tradursi anche a livello organizzativo, è necessario a livello generale per tutti quelli che presentano una problematica di salute mentale, per i migranti ed in particolare per quelle quote specifiche di popolazione migrante costituita dai richiedenti di protezioni internazionale, in fase di incremento in relazione alle attuali vicende politiche che coinvolgono la sponda sud del Mediterraneo. Questi eventi geopolitici mostrano la confusione, intenzionale o meno, nelle politiche e nei modelli di accoglienza portati avanti in Italia e le reazioni xenofobiche che tali confusioni provocano. I Servizi di Salute Mentale dovrebbero, in prima istanza, interagire con i sistemi di accoglienza.

Gli approcci transculturali ed etnopsichiatrici alle problematiche della salute mentale possono offrire ai sistemi di accoglienza quegli strumenti conoscitivi per poter decifrare

le situazioni di sofferenza che possono tradursi in disagio o in disturbo. E soprattutto possono servire ad evitare che, modelli riduzionistici e semplicistici, impostati sul paradigma psichiatrico-biologico, vengano tradotti in interventi iatrogeni, quali risposte inadeguate ed insufficienti a problematiche così complesse ed articolate.

## BIBLIOGRAFIA

Bauman, Z., (2010) *L'etica in un mondo di consumatori*, Bari, Laterza.

Cardamone, G., Facchi, E., (2016) Prospettive teoriche e operative della psichiatria italiana negli scenari geopolitici contemporanei, *Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 13, 4 agosto.

Foucault, M, (1977), *Microfisica del potere*, Torino, Einaudi.

Inglese, S., e Cardamone, G., (2010), *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano (Milano), Edizioni Colibrì.

Inglese, S., e Cardamone, G., (2017), *Déjà vu II. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano (Milano), Edizioni Colibrì.

Recalcati, M., (2007), *Elogio dell'inconscio*, Milano Mondadori.

Zorzetto, S., Inglese, S., Cardamone G. (2014) Accoglienza di popoli in fuga salute mentale. Proposte per l'Italia, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol.II., N. 1, pp.52-72.