



CONTRIBUTO DAL CONVEGNO

“ALLEANZE TERAPEUTICHE CULTURALI”

## **UNITÀ DI STRADA E MIGRANTI IN TRANSITO. LA VIOLENZA STRUTTURALE COME DETERMINANTE DI (NON) SALUTE MENTALE**

Elisa Defrancisci<sup>1</sup>, Donato Zupin<sup>2\*</sup>

ISSN: 2283-8961

### **Abstract**

---

<sup>1</sup> Tecnico della riabilitazione psichiatrica. TeRP, Operatrice nel Progetto Microarea, Soc. Coop La Collina, defranciscielisa@gmail.com

<sup>2</sup> Psichiatra e psicoterapeuta. Dipartimento Attività Integrata Dipendenze e Salute Mentale – Centro Collaboratore OMS ASUGI, Dirigente Medico. Sezione Speciale Psichiatria Transculturale SIP, Presidente. Board of Directors, Word Cultural Psychiatry Association, Advisor. Mail a: [donato.zupin@psiculturale.it](mailto:donato.zupin@psiculturale.it)

\* Il contenuto di questo paper è stato originariamente presentato dalla dott.ssa Defrancisci al Convegno "Alleanza terapeutiche culturali", ASL TO4-SSPT SIP. Il dott. Zupin ha contribuito alla progettazione della presentazione e alla stesura di questo lavoro in forma di articolo.

*L'accesso alle cure mediche da parte della popolazione straniera è un diritto tutelato dalla normativa nazionale e internazionale. Tuttavia, persistono problematiche di accesso ai Servizi da parte della popolazione straniera. È inoltre emerso in letteratura uno scarso livello di competenza culturale da parte del personale (Barsanti 2018; Albano 2018), che andrebbe ad interferire nella relazione di cura con le persone straniere. Anche per quanto riguarda l'accesso ai Servizi di Salute Mentale, sono emersi risultati simili (GEHM, 2023). Gli ostacoli aumentano se si prende in considerazione la popolazione straniera irregolare (Abubakar et al. 2018). Sebbene il Sistema Sanitario Nazionale italiano rappresenti un'eccezione positiva rispetto alla possibilità di accesso alle cure anche da parte della popolazione straniera irregolare, queste barriere sono riscontrabili anche nei nostri Servizi, innescando dinamiche che rischiano di profilarsi come esempi di violenza strutturale.*

*Per provare a inquadrare meglio questo fenomeno si è deciso di fare riferimento a un'indagine svolta nella città di Trieste nel 2022, utilizzandola a mo' di pretesto per un ragionamento più ampio sul concetto di violenza strutturale. Ci si è quindi soffermati sulla relazione, già emersa ed esplorata in letteratura, tra razzismo e violenza strutturale e sulle possibili ricadute che questa può avere nel lavoro in Salute Mentale in contesti transculturali (Hamed et al. 2020).*

**Key words:**

Violenza Strutturale, Migranti in transito, Salute Mentale, Unità di Strada

**Introduzione**

L'accesso alle cure mediche da parte della popolazione straniera è un diritto tutelato dalla normativa nazionale e internazionale. Tuttavia, l'accesso ai Servizi da parte della popolazione straniera continua ad essere ostacolato (Winters et al. 2018; Forte et al. 2018; Martin e Sashidharan 2022; Magwood et al. 2022). I maggiori ostacoli sono rappresentati dalle barriere linguistiche e comunicative all'interno dei Servizi, che si traducono spesso in scarsa informazione da parte della popolazione migrante rispetto al loro diritto ad accedervi (Hiam et al. 2019). È inoltre emerso in letteratura uno scarso livello di competenza culturale da parte del personale (Barsanti 2018; Albano 2018), che andrebbe ad interferire nella relazione di cura con le persone straniere. Risultati

simili sono emersi anche per quanto riguarda l'accesso ai Servizi di Salute Mentale, dove tra i maggiori ostacoli vengono citati le barriere linguistiche, gli orari di accesso dei Servizi e le barriere culturali (World Health Organization, 2023). Il problema di accesso ai Servizi aumenta se si considerano le persone in transito, o comunque irregolarmente presenti sul territorio, che per definizione si muovono fuori dalla tutela garantita dalle leggi Statali (Khosravi 2019)<sup>3</sup>. La scarsa letteratura relativa al lavoro in Salute Mentale con le persone in transito<sup>4</sup> ha fatto emergere la necessità di un ripensamento dei Servizi che si possano meglio adattare alle peculiarità del target e del contesto migratorio, in modo da rendere possibile l'intercettazione e la risposta ai bisogni di salute delle persone in movimento (Gargano et al. 2022).

All'interno del contesto internazionale l'Italia rappresenta una realtà virtuosa nell'ambito della tutela della salute in quanto, attraverso il codice Straniero Temporaneamente Presente (STP), garantisce l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) anche da parte della popolazione straniera irregolare. Le persone straniere non in possesso di permesso di soggiorno o con permesso scaduto, o comunque irregolari possono infatti accedere ai Servizi del SSN tramite uno specifico codice per l'accesso ai Servizi d'urgenza; il codice STP, rilasciato dall'Azienda Sanitaria locale, dà diritto all'accesso alle cure mediche urgenti o essenziali, anche in via continuativa, e ai programmi di medicina preventiva. Il codice viene rilasciato anche se la persona non possiede documenti, poiché la tutela della salute della persona non regolarmente soggiornante è considerata prioritaria rispetto alla regolarizzazione della sua permanenza in Italia. Per le stesse ragioni, vige per le strutture sanitarie il divieto di

---

<sup>3</sup> Per un approfondimento sulle contraddizioni che aprono il migrante irregolare o l'apolide nel sistema dei confini dello Stato Nazione si rimanda a: Agamben, G. (1998); Arendt, H. (2003); Khosravi, S. (2019)

<sup>4</sup> Situandosi all'esterno dei contesti istituzionali e dovendosi muovere nell'anonimato, risulta difficile reperire e produrre letteratura in merito. Si è potuto quindi fare riferimento a un unico studio che combinasse il tema del lavoro in Salute Mentale con la popolazione in transito in contesto europeo (Gargano et al, 2022).

segnalazione alle autorità (salvo i casi in cui ci sia l'obbligo di referto) al fine di garantire la protezione effettiva della persona e della sua integrità<sup>5</sup>.

Malgrado a livello normativo venga quindi garantita l'assistenza anche alle persone migranti irregolari, questa tutela tende ad avere valore per lo più sul lato formale. È infatti emerso in letteratura come spesso i destinatari di questo diritto non ne siano informati e non accedano dunque ai Servizi temendo ripercussioni legali (Brindicci et al. 2013). Esistono, inoltre, delle sostanziali differenze a livello regionale sull'applicazione di questa normativa, che viene interpretata e applicata in maniera disomogenea sul territorio Nazionale (Maino, Merotta 2010).

Le discriminazioni nell'accesso alle cure riscontrate dalla popolazione migrante tendono ad avere ripercussioni negative anche sulla popolazione locale (Abubakar et al. 2018). Ritardi nell'accesso e nella presa in carico comportano infatti un aumento dei costi per il SSN (Listorti, Torbica et al. 2022). Inoltre, è stato dimostrato come un clima culturale razzista tende ad avere effetti negativi tanto sulla salute dei gruppi discriminati come su quella della popolazione generale (Williams, Lawrence, e Davis 2019).

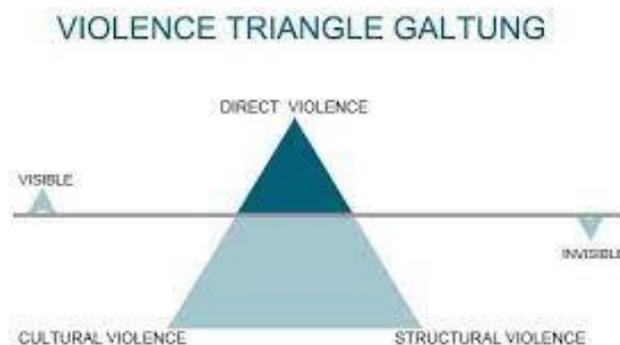


Figura 1: Triangolo della violenza di Galtung (1969)

Considerando la definizione di violenza proposta da Galtung secondo cui “violence is present when human beings are being influenced so that their actual somatic and mental realizations are below their potential realizations”(Galtung 1969) ci è possibile inquadrare queste barriere nell'accesso ai Servizi come un esempio di violenza

<sup>5</sup> Per approfondimenti si rimanda al testo integrale della circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000, n. 5

strutturale. Secondo l'autore, la violenza strutturale, o violenza indiretta, si presenta nelle situazioni di disparità nella distribuzione delle risorse e nel potere decisionale rispetto alla ripartizione delle stesse (ibidem). L'autore inserisce questo tipo di violenza a uno dei tre vertici di una piramide (Figura 1), in continuità con la violenza culturale. Nel vertice apicale pone la violenza diretta.

A differenza di quest'ultima, in cui soggetto, azione e oggetto della violenza sono espliciti e facilmente identificabili, la violenza strutturale e la violenza culturale si manifestano in maniera più subdola, ponendo indirettamente delle barriere alle potenzialità di sviluppo di alcuni individui o gruppi sociali. Non essendo espliciti, questi tipi di violenza rischiano di essere facilmente naturalizzati alimentando un circolo vizioso che andrà ad alimentare un clima discriminatorio che a sua volta potrà dare adito ad episodi di violenza diretta.

In linea con il quadro politico italiano ed europeo, anche a Trieste, negli ultimi anni, si è assistito a un progressivo acuirsi di narrazioni e politiche xenofobe e discriminatorie<sup>6</sup>. Il progetto "FAMI STREETLINK. Salute e benessere per tutti" svolto a Trieste tra il 2019 e il 2022, consolidando la collaborazione e il lavoro in rete tra pubblico e privato, ha provato a migliorare la presa in carico delle persone migranti in un'ottica integrale. Il progetto, finanziato tramite fondi europei dal Ministero dell'Interno, ha coinvolto Azienda Sanitaria, Comune e Terzo Settore e ha avuto come finalità quella di intercettare e rispondere ai bisogni complessi della popolazione straniera. Oltre a lavorare con le persone straniere direttamente coinvolte, poiché inserite nei Servizi di accoglienza sul territorio, si proponeva, tramite l'implementazione di un'equipe multiprofessionale di prossimità, di includere nei percorsi di cura come "destinatari indiretti" la popolazione migrante irregolare e/o in transito. Nel tentativo di decostruire alcune delle barriere che limitano l'accesso ai Servizi da parte della popolazione in

---

<sup>6</sup> A titolo esemplificativo si rimanda ai seguenti articoli comparsi sulle testate nazionali e locali: Salvi, M., 2022. «Trieste città chiusa. Migranti costretti a vivere in strada», 4 dicembre 2022. <https://ilmanifesto.it/trieste-citta-chiusa-migranti-costretti-a-vivere-in-strada>; Srelz, R. 2022. «Migranti e Trieste, Giacomelli. 'Posti finiti. Non possiamo più accogliere'», 14 dicembre 2022. <https://www.triesteallnews.it/2022/12/migranti-e-trieste-giacomelli-postifiniti-nonpossiamo-piu-accogliere/>.

transito, l'Equipe di Prossimità si sarebbe occupata dell'intercettazione dei bisogni dell'utenza a bassa soglia, realizzando interventi di prevenzione, di educazione sanitaria e di riduzione del danno. Prevedeva inoltre l'invio ai Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze per la presa in carico integrata delle situazioni più complesse. Nei tre anni di progetto, secondo quanto riferito dagli operatori durante le interviste, a fronte delle 400 intercettazioni di persone in transito da parte dell'Equipe di Prossimità, non è stato fatto nessun invio ai Servizi. Nel tentativo di rispondere all'interrogativo su che cosa possa aver ostacolato il lavoro dell'Equipe di Prossimità, si è ipotizzato che, in linea con la letteratura sopracitata, i maggiori ostacoli siano stati rappresentati dalle barriere linguistiche e culturali, dalla scarsa competenza culturale da parte del personale coinvolto e dalla necessità di un ripensamento dei Servizi di Salute Mentale nei contesti di transito che tenga conto del ruolo determinante della violenza strutturale nei contesti transculturali. (Hamed et al., 2020; Macassa et al, 2021).

Partiremo da questo studio per provare ad ampliare nelle conclusioni il ragionamento sulla violenza strutturale, culturale e su come queste siano determinanti nei percorsi di Salute della popolazione straniera e delle persone migranti in transito.

## **Metodo**

L'indagine, di tipo qualitativo, si è svolta utilizzando lo strumento dell'intervista semi-strutturata per raccogliere la narrazione degli operatori coinvolti nel lavoro in strada, in qualità di testimoni qualificati (Delli Zotti 2021). Come unico criterio di eleggibilità si è posto l'aver partecipato all'attività dell'equipe di strada per un periodo minimo di un mese. Sono quindi stati esclusi gli operatori impegnati sin dal principio unicamente nei Servizi territoriali e negli appartamenti in cui erano in corso progetti di abitare supportato, o che comunque non abbiano partecipato in maniera significativa all'attività in strada. La prima tranche di interviste ha riguardato tre operatori coinvolti nell'equipe di strada per l'intera durata del progetto; in un secondo momento si sono intervistati altri due operatori che avevano preso parte solo nella fase iniziale, per poi passare a occuparsi unicamente di altri due assi del progetto (quello abitativo e quello di educativa territoriale). Sono infine state intervistate le due persone che si sono alternate nel ruolo

di coordinatrici del progetto FAMI STREETLINK. Le interviste si sono svolte nell'arco temporale giugno-novembre 2022 e sono avvenute, salvo in un caso, in presenza. Per favorire la libera narrazione da parte degli operatori, si è deciso di utilizzare una traccia di intervista semistrutturata. Attraverso un'analisi narrativa (Josselson e Hammack 2021) ci si è poi soffermati sulle tematiche emerse dai racconti cercando di darne una lettura ecologica (Bronfenbrenner 2002)<sup>7</sup> che fosse in grado di delineare, sia pure in maniera superficiale e senza la pretesa di essere esaustiva, la complessità del lavoro dell'Unità di Strada. I partecipanti erano tutti operatori sociali del Terzo Settore, di età compresa tra i 31 e i 57 anni. Delle sette persone intervistate, cinque si identificavano con il genere maschile, due con il genere femminile. Era per tutti la prima esperienza di lavoro in ambito di Salute Mentale transculturale, sebbene cinque di loro avessero già lavorato nei Servizi di Salute Mentale (in Italia o all'estero) e tre di loro avessero già fatto esperienze lavorative in contesti interculturali o con la popolazione straniera. Nessuno aveva esperienza pregressa di lavoro in Equipe di Prossimità. Il background formativo era eterogeneo: due persone avevano un titolo universitario in ambito socioeducativo-sanitario conseguito all'estero (Educazione in Situazioni di Svantaggio; Infermieristica Psichiatrica); due persone un diploma di Laurea triennale (Psicologia; Servizio Sociale); una persona era laureata in Scienze dell'Educazione (vecchio ordinamento); due persone avevano interrotto gli studi (dopo le Medie Inferiori in un caso, Superiori nell'altro). All'interno del progetto FAMI STREETLINK erano state tutte coinvolte nel ruolo di operatori sociali, fatta eccezione per le due persone che si sono alternate nel ruolo di coordinazione e per i tre operatori di origine straniera (pakistana e afghana) che informalmente sono stati impiegati anche come mediatori culturali e interpreti. Tutte le persone coinvolte all'interno dell'Equipe di Prossimità erano parallelamente impegnate sugli altri assi del progetto (abitativo e di educativa territoriale).

## **Risultati**

---

<sup>7</sup> Ci si è ispirati, in questa fase di analisi, ai ragionamenti emersi in uno studio relativo all'accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e all'influenza del clima culturale nella relazione di aiuto e nel percorso di accoglienza (De Masi, Defrancisci).

Dall'analisi narrativa delle interviste sono emerse in maniera più ricorrente le seguenti tematiche:

- Determinanti di sociali di Salute Mentale<sup>8</sup>

Il tema del ruolo dei determinanti sociali di Salute Mentale delle persone migranti in transito è emerso in maniera forte all'interno della narrazione delle persone intervistate. Riprendendo le parole di un operatore intervistato:

Estratto 1 OP 3: *“È difficile capire chi ha problemi di Salute Mentale, perché non possiamo fare analisi per strada. Si può anche essere ingannati da pregiudizi, o può essere confusa con rabbia, pensieri.. dobbiamo vedere e guardare bene la situazione e la vita. Perché tutti i problemi hanno una causa. Noi non siamo nati con i problemi. Qualche volta creiamo i problemi e qualche volta qualcuno crea i problemi per noi. E questi problemi hanno effetti sulla nostra Salute Mentale. (..)”*

Nei discorsi degli operatori emergeva la necessità di rispondere ai bisogni primari delle persone che incontravano nel lavoro in strada. È stata in più occasioni denunciata l'importanza di provvedere in primo luogo alla risposta e al soddisfacimento delle necessità di base delle persone, legate alla sopravvivenza e ai bisogni fisiologici, prima di poter passare a un intervento più relazionale e informativo. In linea con la letteratura (Gargano et al., 2022), gli operatori intervistati hanno segnalato l'importanza di dare priorità a un tipo di risposta concreto alle necessità primarie delle persone in transito.

Estratto 2 OP 3: *“(..) Con l'Unità di Strada mancavano tante cose. Ad esempio, quando vengono i ragazzi con le piaghe, stanchezza, fame, vogliono avere qualcosa in pratica, non solo le parole. Anche servono le parole e i buoni consigli ma serve il cibo.”*

Estratto 3 OP 6: *“(..) eravamo abbastanza inutili, direi, perché ti serve una cosa concreta da dare a loro... perché stare lì e chiacchiere... non hanno bisogno di chiacchiere questi che arrivano e vanno avanti”*

---

<sup>8</sup> Per una definizione e un approfondimento sui determinanti di salute si rimanda a: World Health Organization, Social Determinants of Mental Health, World Health Organization, Geneva 2014

Estratto 4 OP 6: *“(..) Allora, una doccia sarebbe utile, perché dal covid non possono più farsi da nessuna parte una doccia... cioè cose molto più pratiche secondo me.”*

Nelle narrazioni è inoltre emersa anche la possibilità che la risposta ai bisogni più immediati possa diventare una modalità di aggancio utile per porre le basi per l’instaurarsi di una relazione di aiuto e una presa in carico integrata.

Estratto 5 OP 4: *“(..) comunque a un certo punto non riuscivamo a contattare queste persone se non gli si offriva qualcosa (..) all’inizio pensavamo di potergli erogare beni di prima necessità, quindi, banalmente, succhi di frutta, qualche cosa da mangiare, da bere, così... anche se poi noi l’acqua e il succo di frutta ce l’avevamo lo stesso, però siamo stati fermati dall’indicazione del progetto. Noi potevamo più che altro erogare informazioni e quindi magari dire a che ora e quando, come le associazioni erano presenti per soddisfare questi bisogni. Però non potevamo offrire bisogni direttamente... cioè, beni direttamente. Uno, perché non c’era budget, due, perché non ci competeva. L’unica cosa che ci siamo inventati a un certo punto, nel vedere che quasi tutte queste persone avevano lo smartphone, però non avevano un posto dove caricarlo (..), non avevano wi-fi, allora ci siamo muniti di questo strumento che ci dava anche la possibilità di stare del tempo assieme. Perché nel momento in cui gli dai la carica, intanto hai nome e cognome, hai in cambio una conoscenza e anche una fiducia perché soddisfi un’esigenza molto importante: uno, il contatto con la famiglia, della serie: “sono arrivato in Italia, ci sono arrivato vivo e ci sono arrivato sano” e quindi anche questo predisponiva l’essere umano anche a un relax con il quale potere anche poi interagire se c’è schermatura. Perché il contatto con i propri cari rilassa e tu gliel’hai permesso per cui sei un amico in quel momento, ed è molto importante“*

Estratto 6 OP 2: *“(..) Io pensavo che con le cose pratiche o con materiale è facile tirare una persona o parlare con una persona. Perché quando offriamo qualcosa si crea la possibilità di parlare”*

- Risposte standardizzate

Nelle interviste è emersa la difficoltà di intercettare i bisogni delle persone in transito e la mancanza di risorse e competenze professionali per far fronte a un tipo di domanda

diverso da quello abituale. La risposta che è stata data ha ricalcato il lavoro che gli operatori svolgono all'interno degli altri Servizi.

Estratto 7 OP 6: *“(..) non eravamo abituati a lavorare con persone che vivevano per strada... e quello che abbiamo fatto noi è quello che sapevamo fare e che abbiamo sempre fatto in Salute Mentale. (..) vedi il bisogno e rispondi con la tua cultura, col tuo linguaggio, con quello che hai da dare. Cosa è veramente di aiuto in quel momento.. non lo so cosa sarebbe stato giusto”*

L'utilizzo di strumenti e modalità lavorative orientate al dialogo e alla raccolta di informazioni, impiegate dagli operatori nel lavoro in altri Servizi, è stato segnalato come poco utile nel lavoro con le persone in transito. L'esempio maggiormente citato in questo senso era quello del questionario. Il progetto aveva previsto l'utilizzo di questo strumento per l'aggancio delle persone in transito. Tuttavia, si è rivelato poco funzionale all'obiettivo e sembrerebbe aver avuto un effetto opposto a quello auspicato, ponendosi come ulteriore barriera in quella che doveva essere la fase di aggancio.

Estratto 8 OP 2: *“Avevano paura quando andavi a chiedere il nome o da dove vieni; era difficile. Avevano paura che lasciassimo i dati alla questura... con me era un po' più facile comunicare, anche perché parlo urdu, ma quel nome o cognome c'era qualcuno che non lo diceva perché aveva paura.”*

Estratto 9 OP 3: *“Tante volte non si fidano perché pensano che siamo dello Stato, della Polizia, qualche volta hanno paura, non parlano, è successo tante volte, qualche volta non dicevano i nomi o l'età. Perché quando chiedo “come ti chiami?” o “quanti anni hai?” hanno già paura, perché si chiedono “perché fa tante domande? Forse è dalla polizia? è una spia?”*

Estratto 10 OP 3: *“Questa intervista... cioè ci avrebbe dovuto permettere di entrare in relazione. Ci siamo trovati di fronte a persone che difficilmente si esponevano e difficilmente facevano vedere o dimostravano le loro condizioni.”*

Estratto 11 OP 5: *“(..) perché portavamo questo cavolo di questionario, tutta una serie di domande da fare alle persone per compilarlo... e quindi, appunto, rischiava di apparire come un interrogatorio”*

### Aspetti culturali e mediazione

Il tema della comunicazione tra culture diverse è emerso all'interno delle interviste. Gli aspetti culturali sono stati segnalati spesso come elementi alla base delle dinamiche di incomprensione e incomunicabilità. È stato quindi dato ampio valore e riconoscimento al lavoro svolto dagli operatori impiegati nelle mansioni di mediazione culturale, il cui apporto è stato definito come indispensabile nel lavoro dell'equipe.

Estratto 12 OP 1: *“conoscevamo sempre di più come le persone di queste culture reagiscono allo stimolo. Perché su questo ci siamo trovati all'inizio un po' spaesati: quello che poteva sembrare per noi un'offerta comoda e propedeutica a un buon funzionamento delle cose, in realtà, grazie anche all'intervento dei mediatori che ci spiegavano quali erano gli aspetti culturali che venivano interpretati in una maniera rispetto a un'altra, abbiamo capito che quello che per noi era un'offerta, poteva essere interpretata in maniera controproducente e si ritorceva contro non solo all'equipe ma anche alla persona presa in carico.”*

Estratto 13 OP 6: *“(..) Punto importantissimo era Hamid, il nostro primo mediatore culturale, che senza di lui, non so se qualcuno ci avrebbe ascoltato”*

Estratto 14 OP 5: *“(..) L'unico sempre fisso era sempre il mediatore, che senza di lui l'Unità di Strada era praticamente inutile”*

Tuttavia, preme segnalare come questo riconoscimento non abbia avuto risvolti sul piano formale oltre che remunerativo<sup>9</sup>.

È emersa in alcuni casi una tendenza a generalizzare alcuni comportamenti dei singoli a una macrocategoria “persone migranti”/“migranti in transito”:

Estratto 15 OP 3: *“(..) Quando vengono in Italia pensano che è di diritto avere tutto gratis, anche i soldi (..)”*

---

<sup>9</sup> La difficoltà nel riconoscimento formale della figura del mediatore è una problematica estesa a livello nazionale che incide sulla qualità dei servizi di salute. In questa ricerca non ci si è soffermati su questo aspetto, peraltro determinante nei percorsi di accesso ai Servizi da parte della popolazione migrante. Si rimanda pertanto per approfondimenti alla letteratura in merito (Sperber 2018; Bai 2022).

Estratto 16 OP 6: *“(..). finché non arrivano a 0 euro per potersi fare la spesa, e allora comincia il lamento”*

Estratto 17 OP 7: *“(..). a queste persone, che probabilmente sono abituate, giustamente, quando c'è a prendere..”*

Estratto 18 OP 1 *“(..). Perché queste persone vengono a cercare una loro opportunità di vita.. poi c'è chi vuole fare il gangster e chi vuole fare il lavoro”.*

In un caso è emerso il pregiudizio, smentito dalla letteratura (Abubakar et al.,2018 ), del migrante “costo per la società”:

Estratto 19 OP 4 *“(..). sarebbe meglio riuscire ad andare dalle famiglie perché gli ecosistemi famigliari riescono poi meglio ad autosostenersi, rispetto che persone singole sparse per il mondo che poi invece diventano inevitabilmente un costo per la società”.*

#### - Formazione

Alcuni intervistati hanno segnalato come la formazione non sia stata organizzata in maniera funzionale al progetto. Tra le criticità evidenziate, è emersa la poca tempestività del percorso formativo, che si è svolto in parte in prossimità della fine del progetto:

Estratto 20 OP 6: *“(..). È più forte di me, che un progetto organizzato così, mi cascano le braccia, veramente, perché è un rincorrersi tutto il tempo. Cioè, non puoi fare la formazione, l'ultimo pezzo della formazione, un mese prima che finisce il progetto, no? Cioè, poi ci diciamo che è tutto bello, la rete, le cose, ma veramente, veramente, non è un lavorare bene, così? No? Se vuoi veramente creare una rete, cioè, veramente vuoi progettare bene, devi formare le persone almeno all'inizio del progetto... prima sarebbe perfetto, ma almeno all'inizio”*

Estratto 21 OP 7 *“(..). Sì, ho fatto la formazione in itinere. Diciamo, una delle critiche è che la formazione va fatta prima”*

Un'altra criticità segnalata riguarda l'organizzazione logistica del corso che non era compatibile con i turni lavorativi degli operatori. Questo aspetto ha determinato, in alcune situazioni, l'impossibilità di partecipare agli incontri in maniera continuativa:

Estratto 22 OP 4: *“La formazione del progetto STREETLINK, siccome c’erano molte più persone coinvolte era un pochettino più in stile lezione diretta. A dirti la verità sono riuscito a partecipare solo alla prima metà”*

Estratto 23 OP 5: *“(..) anche quelli non sono stati organizzati benissimo, secondo me, perché anziché far partecipare sempre le stesse persone, ogni tanto venivano persone un pochino a caso”*

Un altro aspetto segnalato da un operatore è quello relativo ai contenuti della formazione, giudicata poco pratica.

Estratto 24 OP 5: *“(..) tante cose, per me erano un po’ delle banalità, però mi rendo conto che per altri sono state molto utili, quindi, per carità, risentire le cose spesso non guasta. Dai, qualcosa di più qualcosa di meno... è difficile generalizzare. È stata, come del resto tutte le formazioni che ho incontrato nella mia vita, un po’ poco pratica e sempre un po’, mi pare, tante parole e dopo quando hai bisogno qualcosa sembra sempre che ti manchi un pezzo”.*

#### - Risorse

L’ampia disponibilità di risorse economiche e di tempo è emersa come elemento positivo, poiché rendeva possibile una migliore organizzazione del lavoro anche in rete con gli altri attori coinvolti.

Estratto 25 OP 4: *“(..) E questa è stata una delle cose più fighe del FAMI streetlink, e cioè la possibilità, almeno per noi operatori, di avere a che fare direttamente in tante piccole equipe che poi corrispondevano ai casi, che poi corrispondevano alle necessità rispetto a quei casi, perché le variabilità sono molto molto grandi. E quindi, la possibilità di avere delle collaborazioni anche di altre... appunto, con i Servizi Sociali del Comune, piuttosto che ASUGI... la possibilità di lavorare direttamente con delle persone con le quali, altrimenti, come nel caso dei Servizi Sociali di Trieste, non avrebbero avuto degli operatori diretti che gli permettevano dall’ufficio in cui comunque devono stare per fare tutte le pratiche che devono fare, avere qualcuno che direttamente nel territorio li informasse e operasse.”*

Estratto 26 OP 4: *“(..) il fare rete, la possibilità di interagire con i Servizi più disparati che rispondono a varie necessità, aiutare le persone.”*

Estratto 27 OP 5: *“(..) anzi è stata molto utile, veramente, per creare delle buone relazioni, sia con i Servizi specialistici, sia con il Comune... forse ha sottolineato l'importanza di fare riunioni molto più spesso di quanto normalmente si fa..”*

Parallelamente ne è stata segnalata la criticità legata al fatto che le risorse erano strettamente legate alla durata del progetto, aspetto che ha minato, oltre che la rete che si era costruita, anche la relazione di cura e il lavoro con le persone utenti che, finito il progetto, hanno assistito al venir meno di tutti i Servizi di cui avevano potuto usufruire fino a quel momento:

Estratto 28 OP 6: *“(..) Allora, per me personalmente, ho conosciuto meglio il Servizio del Comune, le AS e conosco adesso un po' di persone in più che magari posso chiamare, contattare...cioè, sono comunque persone che sento vicine, in qualche modo, che so che magari potrei chiedere un consiglio o qualcosa. Ma più dal punto di vista personale che... ho sicuramente imparato cose sul come accedere ai vari Servizi del Comune che non sapevo prima, ma della rete di lavoro proprio... penso che ognuno sia ricascato dentro il meccanismo che c'è e basta”*

Estratto 29 OP 7: *“(..) cosa ha dato a queste persone? Forse dava tanto, no? Tanto in poco tempo.. forse troppo?”*

Estratto 30 OP 6: *“(..) Abbiamo promesso una terra che per loro non esiste, un po' quello... così, emotivamente è il mio vissuto”*

Estratto 31 OP 6: *“(..) Tutti sono abbastanza oberati di lavoro che basta e avanza, è un po' questo, penso che sia. Perché se veramente guardi dentro i Servizi è così. Sono tutti in difficoltà perché tagliano risorse... sì, se ci fosse tanto tempo e soldi penso che era più soddisfacente per tanti di noi di tutti i vari Servizi, di lavorare un po' più... di essere più presenti, di prendersi cura delle singole persone insieme, cioè è un bel modo di lavorare ma è un po' utopistico. Rimettendolo nella realtà in cui siamo è un po' difficile e un po' molto lontano, come concetto”*

Il tema del tempo è stato segnalato come critico anche in relazione al lavoro in strada. È emersa la difficoltà di instaurare relazioni con le persone in transito in un frangente di tempo molto limitato. Questo aspetto ha segnato una differenza notevole rispetto al lavoro che gli operatori normalmente svolgono negli altri Servizi:

Estratto 32 OP1: *“(..) Perché con un target in transito, con un target che non ti aspetta, che non offre un punto di riferimento, che non offre un appiglio, se non nella richiesta immediata e nella risposta immediata dell’esigenza... non siamo qui con persone... se tu dormi nei silos, non puoi dire a uno “allora, ci vediamo mercoledì, la questura accetta il martedì e il giovedì, allora però io martedì non posso perché non c’ho l’orario, ci vediamo giovedì prossimo per andare a fare le impronte, per richiedere il permesso di soggiorno, per fare la richiesta di asilo”. Però tu stai parlando con una persona che vive nei silos e giovedì prossimo questo se ne è già andato”*

Estratto 33 OP 3: *“Perché il nostro incontro durava minuti. Non avevamo tanto tempo per parlare perché c’era tanta gente.”*

Un altro aspetto legato al tempo è legato alla durata del progetto. Il lavoro delle Unità di Strada, per la peculiarità del contesto, richiede formazione, esperienza e continuità degli interventi sul campo (Szeintuch 2015; Annie Fontaine et al. 2008; Laredo Erika, Hill Darren 2018); il periodo limitato di tempo in cui si è svolto il progetto FAMI STREETLINK ha permesso di porre le basi di quello che poteva essere il lavoro di un’Equipe di Prossimità, ma si è concluso quando iniziava a prendere una forma più strutturata. Questa difficoltà è stata percepita dagli operatori intervistati:

Estratto 34 OP 5: *“(..) E noi sull’educativa di strada non avevamo una formazione specifica.. (..) quindi non siamo stati probabilmente molto capaci neanche lì noi”*

Estratto 35 OP 5: *“(..) sull’Unità di Strada.. ma secondo me perché non siamo riusciti in corso d’opera a individuare una vera direzione che si voleva dare..”*

Estratto 36 OP 5: *“perché abbiamo provato di essere in qualche modo utile in queste ore, visto che avevamo questi tre pool di ore e l’Unità di Strada, visto che era il post covid e visto che: cibo, medici, cose... cioè... c’era tutto per strada e quindi avevamo difficoltà di capire dove essere utili.”*

Estratto 37 OP 6: *“(..)quello che non ha funzionato era proprio... sarebbe stato da organizzare a monte meglio “come si può strutturare un aiuto per strada””*

Estratto 38 OP 6: *“(..) e noi anche visto che il progetto era abbastanza breve, cioè, finché arrivi, finché capisci cosa sta succedendo (..) caschi un po’ dalle nuvole quando vedi un po’ come funziona veramente per strada e noi probabilmente abbiamo capito il 15% (..) io avevo sempre la sensazione che non ho capito niente, in fondo”*

### **Discussione**

Partendo dall’analisi delle interviste fatte, nel tentativo di inserirle all’interno di un ragionamento più ampio, si è deciso di rifarsi alle categorie del sistema ecologico di Brofenbrenner riadattandole allo spazio relazionale che ha coinvolto operatori e persone migranti nell’attività dell’Unità di Strada; si considera quindi come macrosistema l’ambiente culturale in cui si costruisce lo spazio sociale e politico che influenza gli altri sistemi; all’interno dell’esosistema inseriamo gli elementi che, seppur in maniera indiretta, hanno avuto un’influenza nella relazione con l’utenza (es. la formazione degli operatori, gli aspetti organizzativi del progetto); per mesosistema intendiamo le interazioni tra i diversi attori coinvolti nel lavoro in strada (es. istituzionali e informali); infine delineiamo come microsistema lo spazio caratterizzato dalle interazioni dirette operatori-persone migranti in transito (es. l’attività in strada).

### Violenza culturale e strutturale nel macrosistema del lavoro in Salute Mentale con le persone in transito

In linea con il quadro politico italiano ed europeo, anche a Trieste, negli ultimi anni, si è assistito a un progressivo acuirsi di narrazioni e politiche xenofobe e discriminatorie. Questa tendenza è riscontrabile tanto a livello istituzionale<sup>10</sup> quanto a livello di retorica

---

<sup>10</sup> Si citano a mo’ d’esempio il dl n.1/2023. Per un’indagine sul razzismo istituzionale in Italia, si rimanda a Bartoli (Bartoli, 2012).

culturale<sup>11</sup>. Nonostante evidenze scientifiche abbiano dimostrato come le persone migranti rappresentino una risorsa tanto per i Paesi di partenza quanto per quelli di destinazione (Abubakar et al. 2018), il fenomeno migratorio continua ad essere delineato nel discorso pubblico come emergenziale ed economicamente costoso<sup>12</sup>. Un clima culturale razzista tende a sfociare in dinamiche di violenza indiretta che interferiscono sullo sviluppo della persona e sul suo stato di salute (Williams, Lawrence, e Davis 2019).

Nelle narrazioni degli operatori emergevano alcuni riferimenti alla popolazione straniera, che venivano generalizzati e in alcuni casi fatti risalire a differenze di stampo culturale (frammenti 12; 15-19). Il razzismo culturale<sup>13</sup> si insinua nei discorsi ponendo le differenze culturali alla base dell'identificazione del gruppo di appartenenza, presupponendo la superiorità di un gruppo sull'altro, considerato inferiore; la cultura occidentale diventa, in questo senso, sinonimo di "cultura alta", a cui aspirare, in contrapposizione con le culture dei Paesi "in via di sviluppo". All'interno di questo setting di pensiero, l'Altro può essere solamente integrato all'interno del sistema dominante in maniera più o meno collaborativa. Il processo di integrazione emerge qui nella sua natura escludente. Riprendendo il ragionamento sviluppato da Ongaro nel suo saggio "Esclusione/Integrazione" (Ongaro, 2012), ci è possibile ragionare su come questa coppia di opposti all'apparenza, si rifaccia invece a una stessa matrice. Il significato etimologico del termine *integrazione*, dal latino *integer* (intatto, non violato, non contaminato), rimanda infatti all'"*integrità di chi esclude l'altro, eliminandolo*". Esclusione e integrazione più che opposti, rappresenterebbero quindi due fasi dello stesso processo portato avanti dal soggetto escludente, la cui integrità dipenderebbe dall'eliminazione dell'Altro. Ongaro individua in questo schema di definizione e sopravvivenza del sé attraverso l'esclusione e l'uccisione dell'Altro il leitmotiv della storia dell'uomo occidentale. Uccisione che può essere tanto "reale" (come nel caso delle guerre, delle invasioni o dei genocidi) quanto "*mediata dall'invenzione dell'altro*

<sup>11</sup> A titolo esemplificativo: Saracino Zeno <https://www.triesteallnews.it/2022/11/emergenza-migranti-dipiazza-distruggono-tutto-piu-nulla-per-loro/>; Veronica Rossi <https://altreconomia.it/la-drammatica-condizione-dei-migranti-in-arrivo-a-trieste-500-persone-abbandonate-in-strada/>

<sup>12</sup> *ibidem*

<sup>13</sup> Per una definizione si rimanda a (cit

*come nemico, per dominarlo (..) puntando soprattutto a ridurre o a rimuovere la contraddizione da esso rappresentata, per penetrare nell'individuo e fargli interiorizzare il dominio” (ibidem).* Quest’uccisione dell’Alterità è riscontrabile nelle politiche contemporanee dei confini, che di fatto espongono i trasgressori alla morte, reale o metaforica (Agamben 1998, Khosravi 2018). Il sistema di accoglienza delle persone migranti provenienti dai cosiddetti Paesi Terzi nella nostra società si inserisce facilmente all’interno di questa dinamica di “esclusione-integrazione”. Il sistema stesso di welfare, se rimane sclerotizzato nell’offerta di Servizi assistenziali rivolta a un’utenza passiva, si tramuta in ulteriore strumento di controllo ed esclusione (Ongaro, 2012). L’utenza viene in questo modo privata del suo potenziale di emancipazione e diventa dipendente di un Servizio, talvolta di difficile accesso, che si limita spesso a dare una risposta parziale ai suoi bisogni (Winters et al. 2018; Forte et al. 2018; Martin e Sashidharan 2022; Magwood et al. 2022). Osservando questa dinamica all’interno del triangolo di Galtung, violenza strutturale e violenza culturale si alimentano a vicenda, rendendo superflua la violenza diretta nell’annientamento dell’alterità<sup>14</sup>. All’Altro, escluso, viene richiesto di dimostrarsi meritevole di integrazione, senza riconoscerne la soggettività, ma alimentando un processo di dipendenza in cui non risulta possibile, in definitiva, un reale percorso di autodeterminazione che non parta dall’uccisione metaforica del proprio sé. Il sistema dei Servizi rischia quindi di “integrare l’escluso nella nuova qualifica di assistito a vita” (Ongaro, 2012) e, in questo senso, “assistenza, amministrazione e gestione sono le ultime facce dell’esclusione/integrazione che continuano a giocare con il “morto”, sovvenzionando la sua stessa morte.” (ibidem).

---

<sup>14</sup> Khosravi nel suo lavoro dipinge molto bene questo paradosso: “la condizione di “illegalità” impone una sottomissione incondizionata (..) I miei informatori, per esempio, non viaggiavano mai in metropolitana senza biglietto, o ancora badavano a non appoggiarsi alle macchine parcheggiate per timore di attivare un allarme. E ovviamente accettavano senza fiatare un salario iniquo. La condizione di “illegalità” determina una tale docilità che (..) per paradosso il migrante senza documenti incarna il cittadino ideale” (Khosravi 2019)

La formazione degli operatori e il progetto “a termine”: l’esosistema del lavoro in Salute Mentale con le persone in transito

*“(..) se la conoscenza è un’arma per creare alleanze e complicità allora metti in discussione i paradigmi occidentali come unici e comincia a imparare a reimparare. Potrai così mobilitare epistemi differenti e dar loro la legittimità che meritano” (Borghi, 2020)*

Sebbene il progetto FAMI STREETLINK prevedesse un numero abbastanza consistente di ore formative, la formazione è avvenuta a progetto già avviato e non è stata seguita in maniera assidua e continuativa da parte degli operatori, che dovevano conciliarla con gli altri impegni lavorativi (frammenti 20-24). Queste lacune formative hanno portato gli operatori a doversi “improvvisare” di fronte a un contesto lavorativo nuovo, riproducendo modalità consolidate in altri Servizi, che però poco si adattavano al lavoro in strada (frammento 7). Dalle narrazioni degli operatori è emersa una generale fatica nell’interazione con le persone in strada, legata oltre che alle barriere linguistiche a una difficoltà nell’instaurare un clima di fiducia. Lo squilibrio di potere che esiste all’interno della relazione terapeutica tra professionista sanitario e utente tende ad essere esacerbato nella relazione interculturale (Ramos-Roure et al. 2021; Albano 2018). La produzione di stereotipi da un lato, e l’introiezione di questi da parte dei gruppi discriminati rischia di aumentare le distanze andando a minare la fiducia necessaria nell’incontro terapeutico (ibidem). Risulta sempre più necessaria per il personale sanitario la presa di coscienza di queste dinamiche, anche attraverso training specifici che siano in grado di accompagnare i professionisti a superare le barriere comunicative, che vanno al di là delle barriere linguistiche, più facilmente superabili (ibidem). Come emerso nelle interviste (frammenti 12-14), il ruolo del mediatore culturale risulta cruciale e andrebbe valorizzato. La figura del mediatore culturale non gode di un riconoscimento formale a livello nazionale ed è ancora poco integrata all’interno dei Servizi. L’introduzione di mediatori culturali con una formazione specifica nell’ambito della Salute Mentale potrebbe risultare di rilevante interesse nei Servizi di Salute Mentale in contesti transculturali. Sebbene siano già state fatte delle sperimentazioni che vanno in questa direzione (Beneduce, 2007), queste non sono ancora ampiamente diffuse sul suolo nazionale e andrebbero maggiormente esplorate. Un altro tema emerso è quello relativo

alla durata predeterminata del progetto, che sembra averne penalizzato l'impatto (frammenti 28-31). È stato infatti superato l'output che prevedeva l'intercettazione di 400 persone, ma l'aggancio sembra essersi, nella maggior parte dei casi, limitato alla raccolta di dati anagrafici, senza che si creassero i presupposti necessari a uno spazio relazione e di cura. Un altro aspetto emerso a livello organizzativo riguarda il non coinvolgimento degli operatori che avrebbero composto l'equipe di strada né di persone "esperte per esperienza" nella fase di progettazione dell'attività che avrebbero dovuto svolgere. Questo ha generato un senso di disorientamento rispetto agli obiettivi, e un incerto procedere per tentativi ed errori che, per quanto sia in parte inevitabile, andrebbe sempre affiancato a una solida conoscenza delle pratiche *evidence based* relative al contesto in cui si opera. La coprogettazione dei Servizi insieme agli attori in questi coinvolti (professionisti e, soprattutto, utenti) è stato dimostrato essere il modo migliore per generare processi trasformativi in grado di uscire dalle risposte standardizzate, che invece tendono a ricreare quelle dinamiche di oppressione che stanno alla base delle sofferenze che i Servizi dovrebbero ridurre (PICUM, 2022).

#### La collaborazione tra gli attori coinvolti: il meso sistema del lavoro in Salute Mentale con le persone in transito

Le persone intervistate hanno sottolineato l'importanza del lavoro in rete tra attori diversi, che è stato catalizzato dal progetto FAMI STREETLINK, specialmente per quanto riguarda la collaborazione tra i tre attori partner del progetto (Azienda Sanitaria, Comune, Terzo Settore) (frammenti 25-27). Tuttavia, dalle narrazioni è emersa una stretta correlazione tra questa aumentata capacità di networking con l'aumentata disponibilità di risorse (economiche e di tempo) messe in campo dal progetto. A progetto concluso, gli operatori intervistati hanno riscontrato un "ritorno alla normalità" in cui "ognuno è ricascato nel meccanismo che c'è" (frammento 28), arricchito in maniera parziale dalle relazioni instaurate a livello personale. Per quanto riguarda la collaborazione con le realtà attive in strada, le associazioni già attive sul territorio hanno giocato un ruolo determinante nell'"accoglienza" degli operatori nel contesto di "Piazza

Libertà<sup>15</sup>”; il loro ruolo di “facilitatori informali” ha permesso agli operatori da un lato, di comprendere e conoscere gli aspetti pratici legati alle dinamiche della piazza, dall’altro di ricevere una formazione informale sugli aspetti più burocratici del processo migratorio e sulle procedure legali per la richiesta di asilo. Risulta, tuttavia, interessante notare come non sia stato problematizzato il ruolo delle associazioni di volontariato all’interno della piazza. Per quanto sia innegabile l’importanza della loro attività, specialmente per quanto concerne l’assistenza legale e quella sanitaria, è altrettanto importante non perdere di vista come questa attività nasca dall’esigenza di colmare dei vuoti istituzionali.

#### L’attività in strada e il mancato aggancio: il microsistema del lavoro in Salute Mentale con le persone in transito

Gli operatori erano tutti alla prima esperienza di Unità di Strada e non avevano ricevuto una formazione specifica in merito. Si sono quindi trovati a rispondere con gli strumenti che avevano a disposizione, mostrando comunque una buona intraprendenza e capacità di mettersi in gioco in un contesto a loro nuovo (frammenti 5-7; 34-37). Il mancato coinvolgimento degli operatori e delle persone “esperte per esperienza” nella fase di progettazione ha avuto ripercussioni negative sull’operatività dell’equipe che si è trovata a più riprese spaesata rispetto agli obiettivi del progetto (frammento 36). L’attività dell’equipe si è quindi per lo più limitata alla somministrazione di un questionario per raccogliere generalità anagrafiche e all’attività di informativa legale. In un secondo momento, nel tentativo di creare uno spazio di relazione, gli operatori hanno iniziato a fornire powerbank per la ricarica dei telefoni e hotspot per la connessione internet (frammento 5). All’interno del progetto era stato previsto l’utilizzo di un camper, con funzione di sportello informativo/ambulatorio mobile. Non essendo però mai stato rilasciato dal Comune il permesso per lo stazionamento del mezzo in piazza della Libertà o zone limitrofe, non è stato possibile valutarne l’utilità. Dai

---

<sup>15</sup> Piazza della Libertà, a Trieste, è la piazza della stazione ferroviaria e degli autobus. Negli anni, è diventata luogo di riferimento per le persone in transito, che spesso vi si fermavano prima di proseguire il loro viaggio (Altin 2020).

racconti delle persone intervistate è emerso un buon lavoro esplorativo, che ha coinvolto una pluralità di attori anche esterni alle realtà che operano in piazza (es. comunità islamica e comunità ortodossa). Una volta raggiunto l'output di progetto (400 agganci), si sono però poi dirottate le risorse verso i progetti abitativi e territoriali, più in linea con gli strumenti a disposizione e facilmente convertibili in progetti finanziabili tramite le risorse già impiegate nei Servizi di Salute Mentale (es. Fondi per l'Autonomia Possibile o Budget di Salute). Complici gli aspetti macro, eso e mesosistemici, sono quindi di fatto venuti a mancare i presupposti per il lavoro dell'Equipe di Prossimità.

## Conclusioni

L'Equipe di Prossimità che si è strutturata all'interno del progetto FAMI STREETLINK ha rappresentato un'esperienza innovativa, che ha cercato di intercettare i bisogni di una fascia di popolazione che tende ad essere esclusa dai Servizi di salute pubblica. Il fatto che il lavoro dell'equipe mirasse all'intercettazione delle problematiche di Salute Mentale delle persone in transito e la conseguente presa in carico integrata tramite il coinvolgimento del Comune e dell'Azienda Sanitaria rende quest'esperienza pioniera in un ambito ancora poco esplorato. Se però l'obiettivo è di provare ad essere agenti propulsori di un cambiamento che non si limiti a *“giocare con il “morto”* (Ongaro, 2012), risulta fondamentale portare avanti una pratica quotidiana e costante di riflessione sui processi e le dinamiche che comportano quei processi di esclusione alla base della piramide della violenza. Specialmente alla luce dello stretto legame tra questi e lo stato di salute delle persone con cui lavoriamo.

Rispetto al lavoro di Salute Mentale con le persone in transito è stato confermato come ci sia la necessità di ripensare le modalità di intervento (Gargano et al, 2022). Un cambio è auspicabile, ma andrebbe pensato in relazione al contesto, coinvolgendo gli attori coinvolti, evitando di limitarsi a un decentramento delle pratiche ambulatoriali e promuovendo un processo che miri ad entrare nei margini (hooks 1968). Il margine può, infatti, essere il punto di partenza per la costruzione di nuove pratiche, in grado di superare le dinamiche discriminatorie alla base dell'attuale sistema di integrazione. Il margine va quindi inteso non come spazio in cui agire per permettere alle persone

escluse di accedere al centro, ma come luogo di osservazione e messa in discussione di quello stesso centro che ne provoca l'esclusione.

In questo senso, il lavoro delle Unità di Strada e i Servizi sociosanitari territoriali possono facilitare quest'uscita dal centro. Nel momento in cui prendiamo coscienza della posizione privilegiata da cui partiamo in quanto tecnici, dobbiamo altresì assumerci la responsabilità legata alla scelta che facciamo nell'utilizzo della nostra porzione di potere; tanto se ci situiamo al centro, quanto se decidiamo di entrare nei margini. E anche entrando nei margini, per evitare di limitarci a spostare porzioni di centralità, sarebbe opportuno ci dedicassimo all'ascolto di quell'Altro, su cui altrimenti rischiamo di riprodurre solo le nostre narrazioni.

## REFERENCES

Abubakar, I., Aldridge, R., Devakumar, D., et al. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move. London, *Lancet* 392 (10164): 2606–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7).

Agamben, G. (1998). *Homo sacer. Sovereign power and bare life*. Stanford, *Stanford University Press*

Albano, A. (2018). Infermieristica transculturale, flussi migratori e Salute Mentale: un'indagine descrittiva sulla formazione infermieristica. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol. VI, n. 1, Dicembre 2018

Altin, R. (2020). *Silos in Trieste, Italy. A Historical Shelter for Displaced People*. <https://arts.units.it/handle/11368/2966941>

Arendt, H. (2003) *Noi profughi*, in *Ebraismo e Modernità*. Milano, Feltrinelli [1943]

Bai, J. (2022). I mediatori culturali sono una risorsa che rischia di sparire. *L'Essenziale*, <https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/jadabai/2022/12/20/mediatori-culturali-risorsa>

Barsanti, S. (2018). Hospitalization among Migrants in Italy: Access to Health Care as an Opportunity for Integration and Inclusion. *The International Journal of Health Planning and Management*, <https://doi.org/10.1002/hpm.2516>.

Bartoli, C. (2012). *Razzisti per legge. L'Italia che discrimina*. Bari, Editori Laterza

Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma, Carocci editore

Borghi, R. (2020). *Decolonialità e privilegio. Pratiche femministe e critica al sistema-mondo*. Milano, Meltemi editore

Brindicci, G., Trillo, G., Santoro, Cr et al. (2013). L'accesso al sistema sanitario in Puglia per gli immigrati non regolari. *TUTTOSANITA* 21 (150), 30-36

Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna, Il Mulino

De Masi, D., Defrancisci, E. (2018). “*La regola è l’eccezione*”: *l’accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati dal punto di vista degli operatori*. In *l’ingiusta distanza*, a cura B. Segatto, D. Di Masi, A. Surian, Milano, FrancoAngeli

Delli Zotti, G. (2021). *Metodi e tecniche della ricerca sociale*. La rilevazione dei dati. Vol. 1. Trieste: EUT Edizioni Università di Trieste

Di Masi, A. Surian, B. Segatto. *L’ingiusta distanza. I percorsi dei minori stranieri non accompagnati dall’accoglienza alla cittadinanza*. Milano, FrancoAngeli

Fontaine, A., Andersson, M., Quoc-Dui, T., Etxeberria, J., de Boevé, E., Martin Pérez, J., Mukanz-Diyamby, S.K., Giraldi, M. (2008). International Guide on the methodology of street work throughout the world. Brussels, *Dynamo International*

Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., et al. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (7): 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

Galtung J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191

Gargano, M. C., Ajduković, D., Marković, M.V. (2022). Mental Health in the Transit Context: Evidence from 10 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (6): 3476. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063476>.

GEHM (2023). Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care, Geneva, *World Health Organization*

Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., Ahlberg, BM. (2020) Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res*, Sep;30(11):1662-1673. doi: 10.1177/1049732320931430

Hiam, L., Gionakis, N., Holmes, S.M., McKee, M. (2019). Overcoming the Barriers Migrants Face in Accessing Health Care. *Public Health* 172:89–92. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.11.015>.

Hooks, b.,(1998) *Elogio del margine*. Milano, Feltrinelli

Josselson, R., Hammack, P.L. (2021). Essentials of narrative analysis. *American Psychological Association*. <http://doi.org/10.1037/0000246-000>

Khosravi, S. (2019). *Io sono confine*. Milano, elèuthera

Laredo E., Hill D. (2018). First and last and always: Streetwork as a methodology for radical community social work practice. *Critical and Radical Social Work* 7

Listorti E, Torbica A, Cella SG et al. (2022) Healthcare Services for Undocumented Migrants: Organisation and Costs from the Italian NHS Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, doi: 10.3390/ijerph192416447

Macassa, G., McGrath, C., Rashid, M., Soares, J. (2021). Structural Violence and Health-Related Outcomes in Europe: A Descriptive Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6998; <http://doi.org/10.3390/ijerph18136998>

Magwood, O., Azaad K., Dorsa M., et al. (2022). Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (6): 3549. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063549>.

Martin, F., e Sashidharan, S.P. (2022). The Mental Health of Adult Irregular Migrants to Europe: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01379-9>.

Miano, F., Merotta, V., (2010) Immigrazione e sanità. I Servizi sanitari per gli immigrati irregolari in Lombardia. *la Rivista delle Politiche Sociali*, 2/2010

Ongaro Basaglia, F. (2012). *Salute/Malattia. Le parole della medicina*. Bolzano, Edizioni AlphaBeta Verlag

PICUM (2022). Participatory methods: the inclusion of undocumented migrants in healthcare and beyond. Platform for international cooperation on undocumented migrants

Ramos-Roure, F., et al (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing

Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (6): 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062851>. Sperber 2018;

Salvi, M. (2022). Trieste città chiusa. Migranti costretti a vivere in strada. *ilmanifesto.it*, <https://ilmanifesto.it/trieste-citta-chiusa-migranti-costretti-a-vivere-in-strada>

Saracino, Z. (2022). Emergenza migranti, Dipiazza “Distrucono tutto, più nulla per loro”. *triesteallnews.it*, <https://www.triesteallnews.it/2022/11/emergenza-migranti-dipiazza-distrucono-tutto-piu-nulla-per-loro/>

Srelz, R. (2022). Migranti e Trieste, Giacomelli. ‘Posti finiti. Non possiamo più accogliere’. *triesteallnews.it*, <https://www.triesteallnews.it/2022/12/migranti-e-trieste-giacomelli-postifiniti-non-possiamo-piu-accogliere/>.

Szeintuch, S. (2015). Street Work and Outreach: A Social Work Method?. *The British Journal of Social Work* 45 (6): 1923–34

Veronica, R. (2023) La drammatica condizione dei migranti in arrivo a Trieste: “500 persone abbandonate in strada”, *altreconomia.it*, <https://altreconomia.it/la-drammatica-condizione-dei-migranti-in-arrivo-a-trieste-500-persone-abbandonate-in-strada/>

Williams, D.R., Lawrence, J.A, e Davis, B.A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annual Review of Public Health* 40: 105–25. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>.

Winters, M., Bernd R., Lea de Jong, et al. (2018). A Systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe. *BMC Health Services Research* 18 (1): 30. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y>.

*World Health Organization* (2014), *Social Determinants of mental Health*. Geneva, *World Health Organization*