



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea specialistica (*ordinamento ex D.M. 509/1999*) in Politiche e Servizi Sociali

Tesi di Laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

UN “MONDO DIVERSO” – IL COLLEGAMENTO TRA PSICHIATRIA E SERVIZIO SOCIALE

Relatore

Dott.ssa Serenella OLETTO

Laureanda

Sabrina NIZZETTO

Matricola 809374

Anno Accademico

2011 / 2012

*A tutti, presenti e non
Per il grande SOSTEGNO RICEVUTO!*

Sommario

INTRODUZIONE.....	5
PARTE PRIMA.....	8
CAPITOLO 1: L'INCONTRO TRA PSICHIATRIA E CULTURA.....	8
1.1 LA SALUTE MENTALE: TRA CURA FARMACOLOGICA E RELAZIONE D'AIUTO.....	10
1.2 PSICHIATRIA TRANSCULTURALE ED ETNOPSICHIATRIA.....	11
1.3 LA STORIA: CONNESSIONE TRA ESPERIENZA MIGRATORIA E MALATTIA MENTALE	14
CAPITOLO 2: SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE.....	24
2.1 LA MIGRAZIONE	24
2.2 LO STATO DI SALUTE DEI MIGRANTI	26
2.2.1 LE RISPOSTE ISTITUZIONALI AI BISOGNI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI	26
2.3 IL LEGAME TRA SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE: LA CULTURA.....	28
2.4. LA MIGRAZIONE E' UN FATTORE DI RISCHIO?.....	31
2.5 SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE (CBS).....	35
2.6 LIVELLI D' INCOMPRESIONE NELLA RELAZIONE DI CURA	38
CAPITOLO 3: I SERVIZI DI SALUTE MENTALE	43
3.1 DOPO RIFORMA: LA PSICHIATRIA DI COMUNITA'.....	43
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	45
3.3 PSICHIATRIA A PADOVA.....	49
3.3.1 L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	50
3.3.2 LE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO: UN'ANALISI DEI DATI	55
PARTE SECONDA.....	57
CAPITOLO 4: IL SERVIZIO SOCIALE	58
4.1 PRINCIPI FONDAMENTALI DEL SERVIZIO SOCIALE.....	61
4.2 LE CONOSCENZE TEORICHE DEL SERVIZIO SOCIALE.....	64
4.3 LA PROSPETTIVA TRIFOCALE	67
4.3.1 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'UTENTE	70
4.3.2 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'AMBIENTE.....	83
4.3.3 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'ORGANIZZAZIONE.....	89
CAPITOLO 5: STRUMENTI TRASVERSALI della TRIFOCALITA' DEL SERVIZIO SOCIALE	93
CAPITOLO 6: CONCLUSIONI.....	99
PARTE TERZA:	102
CAPITOLO 7: L'INCONTRO TRA PSICHIATRIA - SERVIZIO SOCIALE - MIGRAZIONE	102
7.1 SERVIZIO SOCIALE E SALUTE MENTALE	103
7.2 SERVIZIO SOCIALE E MIGRAZIONE	105

CAPITOLO 8: FUNZIONI E RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE NELLA PRESA IN CARICO DI UN UTENTE STRANIERO ALL'INTERNO SERVIZI PSICHIATRICI.....	107
CAPITOLO 9: PROCEDURE E STRUMENTI IN USO	110
9.1 EFFICACIA DEGLI STRUMENTI IN USO RISPETTO A SCENARI E CONTESTI DIVERSI	110
CAPITOLO 10: UNO S0GUARDO AL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DI PADOVA.....	120
CAPITOLO 11: STRATEGIE OPERATIVE PER UNA "BUONA" PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE STRANIERO	123
CAPITOLO 12: CONCLUSIONI	127
BIBLIOGRAFIA	136

INTRODUZIONE

“Le barriere innalzate per difenderci dall’altro
diventano barriere interne a noi stessi,
tali che difendersi dall’altro,
dallo “straniero”
finisce con il renderci “stranieri” a noi stessi.
Kristeva, 1990

Il lavoro di tesi che intendo presentare, vuole approfondire la dimensione culturale nella presa in carico di un paziente straniero, all’interno di un servizio psichiatrico con particolare attenzione alle modalità con cui il servizio sociale si posiziona nei confronti dell’utenza quando salute mentale e migrazione si intrecciano.

Tale studio si basa, prevalentemente, su due importanti presupposti: il primo consiste nel fatto che la cultura determina la condizione di salute e di malattia e il modo in cui l’individuo esprime il proprio ben-essere o mal-essere. Il secondo si basa sulla consapevolezza che i servizi psichiatrici sono caratterizzati da un’organizzazione del servizio elaborata su un modello occidentale di rappresentazione dei concetti di salute e di malattia. L’incontro tra lo straniero e la salute mentale può essere definito come uno scontro tra concezioni e modelli diversi e un’occasione dove possono emergere i limiti e le potenzialità dei diversi sistemi culturali di appartenenza.

All’interno della dicotomia – uniformità dei servizi/ diversità culturale dei pazienti - anche il Servizio Sociale è direttamente coinvolto, sia per i compiti attinenti al proprio agire professionale, sia per il ruolo e le funzioni assegnategli all’interno dei Servizi di Salute Mentale.

I servizi socio-sanitari risultano essere sempre più coinvolti nella dimensione culturale dei pazienti: in Italia, con lo sviluppo del fenomeno migratorio avvenuto nel corso degli ultimi due decenni, sempre più pazienti/utenti si sono rivolti ai servizi sanitari e sociali. Da questo incontro emergono criticità, sia in chi fornisce servizi o prestazioni (professionisti e servizi), sia in chi ne usufruisce (immigrato).

L’interesse per questa tematica si è originato grazie all’esperienza professionale che sto svolgendo come assistente sociale presso il 2° Servizio Psichiatrico del Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda U.L.S.S. 16 di Padova. Nell’incontro e nella relazione con utenti stranieri ho personalmente sperimentato vissuti di difficoltà e insuccesso, uniti alla sensazione di non avere un bagaglio conoscitivo sufficiente, per affrontare le problematiche da loro espresse e per individuare adeguati e diversi interventi di sostegno alle difficoltà espresse dagli stessi utenti. Dalla quotidiana esperienza

professionale presso il servizio psichiatrico si è sviluppato, quindi, il personale desiderio di approfondire il tema degli utenti stranieri affetti da patologia mentale: tale interesse deriva anche dalla partecipazione al gruppo di lavoro costituitosi all'interno del servizio psichiatrico, definito "gruppo multiculturale", sorto con il compito di comprendere maggiormente il contesto e i bisogni espressi dai pazienti provenienti da altre realtà culturali.

Nei primi capitoli della prima parte della tesi verrà presentato l'incontro di "visioni" e modi di vivere e di concepire la malattia mentale nei pazienti stranieri. Il tema della psichiatria con sensibilità culturale e dell'incontro tra la salute mentale e la migrazione sarà l'oggetto dei successivi. Concluderò questa sezione presentando l'attuale organizzazione dei servizi di salute mentale.

La seconda parte propone la rivisitazione di alcuni elementi della disciplina del servizio sociale, a partire dagli strumenti attinenti e usati dalla professione nello svolgimento del proprio mandato professionale e istituzionale. Verranno proposte alcune indicazioni metodologiche del servizio sociale orientate all'individuazione di possibili percorsi di sostegno al singolo soggetto e alla promozione di interventi, sia nella dimensione comunitaria, che in quella organizzativa. L'analisi di metodologie applicative, quali il lavoro di rete tra servizi e la presa in carico integrata, nonché alcune riflessioni sul servizio sociale con particolare riguardo ad alcune criticità presenti all'interno della comunità professionale, saranno lo spunto per ripensare alle modalità di raggiungimento degli obiettivi del servizio sociale, quali il superamento dello stato di marginalità, il reinserimento sociale dell'individuo, la promozione della conoscenza e del godimento dei diritti di cittadinanza. L'elaborazione di queste parti di tesi sono diventate un'importante occasione per avviare un'analisi sul servizio sociale e sulla presa in carico di utenti stranieri con disturbi mentali: incrociando i temi presentati nelle prime due parti, mi sono ritrovata a voler analizzare maggiormente le modalità operative di presa in carico dei pazienti stranieri affetti da disturbi mentali e, in particolare, a voler capire qual'è il ruolo del servizio sociale all'interno di un centro di salute mentale nel contatto con una cultura diversa.

La terza parte di questo lavoro attiene l'incontro tra la psichiatria e il servizio sociale in ambito transculturale: attraverso una circolarità di saperi provenienti da ambiti differenti in un'ottica ecologica, ho cercato di comprendere se e in quale modo il servizio sociale,

con i propri strumenti e le proprie metodologie, può svolgere un ruolo significativo nella presa in carico di un utente straniero all'interno di un servizio di salute mentale.

Prima di concludere desidero ringraziare con grandissima stima e amore i miei genitori, per non avermi mai lasciata sola ed avermi sempre incoraggiata ad affrontare le sfide, a volte troppo dure della vita; mia sorella Alessandra per avermi sempre spinto a non mollare mai, i miei nipotini, Niccolò e Tommaso, che con la loro vitalità rendono le giornate sempre ricche di tanta gioia e spensieratezza. In ultima e non per ultimo, Valentino, per avermi insegnato, con tanta pazienza, a vivere ... ed è riuscito a contaminarmi!!!

Ringrazio tutte le vere amicizie ... Per avermi sempre tanto sopportata e supportata. Un ringraziamento speciale vola anche in quel mondo dove non esistono confini ... Vi porto sempre nel mio cuore e grazie per aver creduto sempre in me.

Infine un grande grazie alla docente, dott.ssa Serenella Oletto per avermi accompagnata sia in pratica, sia in teoria, nella mia storia professionale.

PARTE PRIMA

CAPITOLO 1: L'INCONTRO TRA PSICHIATRIA E CULTURA

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 ha definito con il termine **salute** *“uno stato di pieno bene-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o d'infermità. Il godimento di livelli il più possibile elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d'ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale.”*

La salute è un diritto della persona ed è stato riconosciuto come tale anche dalla nostra Carta Costituzionale che all'art. 32 recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. L'art. 32 sancisce l'esistenza del diritto alla salute, come diritto soggettivo e, per comprendere il ruolo dello Stato in ambito sociosanitario, va integrato con quanto dichiarato nell'art. 3 della Costituzione dove afferma che “è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”.

Il diritto alla salute è un interesse della collettività, non un obiettivo dello Stato: l'intera collettività beneficia della mancanza di eventi che incidono negativamente sullo stato di salute e sul benessere dell'intera collettività. Quest'ultima domanda allo Stato, e in particolar modo ai vari Governi, la tutela e la realizzazione di un benessere generale attraverso l'applicazione di disposizioni¹.

Le varie istituzioni pubbliche hanno il compito di promuovere il benessere della società, attraverso l'individuazione di quei fattori negativi o positivi che incidono sullo stato di salute della cittadinanza.

Il principio di tutela della salute inserito nella carta Costituzionale, comporta la necessità che lo Stato realizzi un “*servizio sanitario*” che, con i suoi interventi e i suoi strumenti, affronti le problematiche poste dalla malattia e dalla persona malata. Ciò è avvenuto tramite la legge n. 833 che, nel 1978, ha introdotto, nell'intero paese e per tutti i cittadini, un Sistema Sanitario unico che considera la persona come titolare di un diritto

¹ F. Marino, P.L. Scapicchio, *Il diritto alla salute*, in “*Politiche Sanitarie in psichiatria*”, Masson, Milano, 2003, pag. 3 - 4

soggettivo, la quale può, in linea di principio, pretendere dalle strutture amministrative competenti i servizi al fine di difendere la salute della collettività².

Possiamo analizzare i termini salute e malattia attraverso i diversi significati che assumono. Nel dizionario di servizio sociale, Salmaso, analizzando i termini “salute” e “malattia”, propone due punti di vista: quello “medico-biologico”, secondo il quale la salute e la malattia rappresentano condizioni dell’organismo misurabili e descrivibili secondo parametri più o meno oggettivi e quello “antropologico-culturale”, che considera la salute e la malattia come forme dell’esperienza, codificate dalla cultura e condivise dal gruppo sociale. Secondo questa interpretazione ogni società adotta criteri diversi per classificare e valutare gli stati dell’organismo; alcune ignorano sindromi considerate patologiche per altre, alcune definiscono malattia comportamenti e reazioni ritenuti normali altrove³.

Queste considerazioni possono essere integrate dall’analisi di altri autori che puntualizzano come lo stesso concetto di malattia può avere significati diversi, in particolare può essere distinto tra *disease* e *illness*. Con il termine *disease* Coppo indica “il versante biologico, i meccanismi che determinano e regolano malattia e cura⁴”. Mazzetti, a sua volta, definisce *Illness* la percezione soggettiva della malattia (pensieri, comportamenti, sensazioni fisiche). L’*illness*, secondo questa accezione, è fortemente determinata dalla cultura di appartenenza del paziente, tanto che l’autore giunge a riferire al personale sanitario il termine *disease*, ai pazienti quello di *illness*⁵. Coppo, a questo proposito spiega che le due aree di significato devono essere complementari, contigue e sempre presenti per evitare una “*parziale cecità*” sia nel terapeuta, sia nel paziente⁶. “*Non si può essere sani da soli, non si progredisce da soli. Malattia è rottura di questo equilibrio, di un armonico divenire; oggetto delle cure del terapeuta non è quindi l’individuo isolato, ma la persona nel suo mondo; non è un meccanismo interno mal funzionante, ma un equilibrio reso precario o perduto, che occorre ripristinare*”⁷.

L’analisi che intendo portare avanti volgerà lo sguardo, in questo primo capitolo, alle diverse interpretazioni date alla malattia mentale quando si presenta in persone immigrate. Cercherò di coniugare l’approccio medico-biologico con quello antropologico-culturale, con la consapevolezza che da un lato la scienza medica occidentale ha sviluppato

² F. Marino, P.L. Scapicchio, *Ibidem*, pag. 4

³ D. Salmaso, *Salute*, in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di) *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005, pagg. 559 - 563

⁴ P. Coppo, *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, 1996, Milano, pag. 97

⁵ M. Mazzetti, *Il dialogo transculturale*, Carrocci Faber, Roma, 2011, pag. 100

⁶ P. Coppo, *Op. Cit.*, pag. 97

⁷ *Ibidem*, pag. 99

parametri di riferimento che puntano a definizioni universali senza essere legati né alla soggettività del soggetto curante, né alla descrizione ed all'interpretazione che il paziente fa dei propri sintomi, dall'altro che tra chi si occupa della salute delle persone immigrate è opinione diffusa, sia a livello teorico che pratico, che la condizione di "star bene" è determinata culturalmente: la salute, infatti, è definita dai modi di vivere, di far festa, di soffrire e di morire espressi da una società.

1.1 LA SALUTE MENTALE: TRA CURA FARMACOLOGICA E RELAZIONE D'AIUTO

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni⁸.

Con il termine psichiatria si intende quella branca della medicina che si occupa delle malattie mentali e deriva dal greco *psiche* (anima, spirito) e *iatréia* (cura, medico), cioè *cura dell'anima*.

Coppo dichiara che, nel mondo occidentale, la psichiatria è chiamata a svolgere un ruolo di ripristino della rottura dell'equilibrio mentale: "*in Occidente la malattia mentale è il guasto dell'individuo e la cura consiste nella sua riparazione*"⁹. In questo senso i pazienti affetti da patologia psichiatrica vengono rappresentati come persone che presentano una limitazione della capacità di assumere ruoli interpersonali, sociali e lavorativi adeguati alle richieste che la cultura di appartenenza pretende solitamente da individui considerati "normali". La rottura dell'equilibrio evidenzia il gap tra ciò che la persona è in grado di svolgere e le richieste della società in cui è inserito: ripristinare lo stato di equilibrio implica, molto spesso, il contatto con personale e istituzioni specializzati e preposti alla cura della malattia mentale. Qui, oltre alle terapie farmacologiche innovative degli ultimi anni, il paziente incontra operatori con cui costruire e mantenere una relazione di cura.

La relazione dovrebbe realizzarsi all'interno di un *setting* idoneo dove, attraverso l'uso del colloquio, l'operatore ascolta e accoglie le difficoltà espresse dal paziente. Durante questo incontro ogni aspetto relazionale (la comunicazione verbale e non verbale,

⁸ Ministero della salute, *Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale*, 18 marzo 2008

⁹ P. Coppo, *op. Cit.*, pag.99

la cura del sé, la modalità di interazione, etc.) diventa di interesse per il professionista per effettuare una valutazione o una diagnosi, per programmare interventi di cura del disturbo, di ricomposizione del tessuto sociale del paziente, riannodando i rapporti “sfilacciati” o interrotti, per attivare progetti funzionali all’autonomia e all’autodeterminazione della persona.

Ma cosa succede quando un operatore di un servizio incontra una persona proveniente da un contesto culturale completamente diverso? Quando il paziente non ha confidenza con strumenti quali l’ascolto, la cura e la presa in carico? Quando la relazione terapeutica utilizza una lingua conosciuta solo dall’operatore con l’utilizzo di codici culturali non compresi dal paziente?

Per contestualizzare la mia analisi circa l’incontro tra il disturbo mentale, la psichiatria e la diversità culturale, inizierò con una puntualizzazione lessicale dei termini che contestualizzano l’argomento.

1.2 PSICHIATRIA TRANSCULTURALE ED ETNOPSICHIATRIA

In letteratura per definire l’incontro tra psicopatologia e cultura vengono utilizzate parole e definizioni diverse quali: psichiatria comparativa, psichiatria transculturale, psichiatria interculturale, psichiatria culturale, etnopsichiatria, antropologia psicoanalitica. La proliferazione di denominazioni differenti non è stata accompagnata da una chiara illustrazione dei rispettivi oggetti, metodologie, scopi ed esiti. E’ stato adottato un uso vago di termini, diventati progressivamente intercambiabili, i quali godono di dignità scientifica solo all’interno dei ristretti orizzonti culturali in cui sono stati inventati e sono associati agli studiosi che hanno inaugurato e contribuito allo sviluppo delle discipline a cui essi stessi hanno dato avvio¹⁰. Per questo ho ritenuto indispensabile circoscrivere il campo di studio utilizzando una terminologia appropriata a partire dall’analisi delle due definizioni più ricorrenti: psichiatria transculturale ed etnopsichiatria.

PSICHIATRIA TRANSCULTURALE

La “psichiatria transculturale” viene definita da Scaringi come quella scienza che, nel rapporto tra medico e paziente, mette da parte le conoscenze puramente scientifiche per valorizzare quel rapporto umano fra medico e paziente molto spesso dimenticato, o

¹⁰ S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu*, Edizioni Colibrì, Milano, 2010 , pag. 53

addirittura negato se, ad essere malati, sono i tanto temuti immigrati¹¹. Ancora, per “psichiatria transculturale”, definisce quella psichiatria che cerca di costruire una direzione di cambiamento nel processo di osservazione, passando attraverso stili di pensiero diversi e varie manifestazioni culturali. La psichiatria transculturale diventa un passaggio fra pratiche e saperi diversi, ogni incontro – scontro con altre culture sollecita e provoca contaminazioni e adattamenti. Ancora definisce la psichiatria transculturale, come un’opportunità, per non rischiare di ingabbiare un oggetto di studio dentro griglie rigide e precostituite¹².

La definizione di psichiatria transculturale, elaborata da Cardamone e Inglese, concepisce la malattia mentale come un’entità invariante che ricerca le declinazioni formali dello stesso disturbo nei diversi contesti culturali. Gli autori concludono dicendo che la psichiatria transculturale, se appiattita sul versante epidemiologico e comparativo, rappresenta una disciplina fortemente *etnocentrica* incapace di inventare delle modalità di interazione terapeutica alternative alla riproposizione nei contesti non occidentali dell’intero “arsenale tecnico-ideologico” della psichiatria clinica occidentale, dove hanno assoluta rilevanza l’utilizzo massivo degli psicofarmaci, dell’ospedalizzazione e della psicoterapia¹³.

In contrapposizione gli studi comparativi ed epidemiologici si sviluppano attraverso l’analisi dei disturbi così come emergono nelle diverse culture, evidenziandone la qualità e la quantità, avendo come presupposto che il medesimo disturbo abbia un significato universalmente riconosciuto.

ETNOPSICHIATRIA

Se il punto di partenza è l’idea che i concetti di salute e malattia siano culturalmente determinati, cambia la prospettiva di analisi della malattia mentale e cambia anche l’attribuzione del nome.

Georges Devereux nel 1951 definisce “Etnopsichiatria” l’interazione tra il terapeuta e il paziente non appartenenti alla stessa cultura. L’etnopsichiatria diventa la disciplina che pratica (e studia) l’arte del prendersi cura della “psiche” in territori e gruppi umani definiti¹⁴

Etnopsichiatria una parola che è somma di tre parole:

¹¹ E. Scaringi, *Psichiatria Transculturale*, in www.disp.let.uniroma1.it/kuma/.../kuma15scaringi.pdf

¹² A. Ancora, *I costruttori di trappole al vento*, Franco Angeli, Milano, 2006, pag. 24

¹³ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 55

¹⁴ P. Coppo, *Op. Cit.*, pag. 9

- Etnòs che significa razza, tribù, stirpe, famiglia, ma anche provincia, territorio e indica la dimensione locale;
- Psyché che equivale a soffio vitale, spirito;
- Iatrèia: l'arte del prendersi cura.

Si tratta della disciplina che pratica (e approfondisce in termini teorici) l'arte del prendersi cura della "psiche" in zone geografiche e umane definite: la "cura dell'anima" nei popoli.

I termini utilizzati contengono aspetti che medico e paziente devono impegnarsi a comprendere attraverso:

- la valutazione del significato che la medicina assume nel mondo culturale del paziente (ethnòs);
- l'individuazione del "principio vitale" da parte dell'operatore, tenendo conto della descrizione e della nosologia riferita dal paziente (*psyché*);
- la conoscenza e la misurazione del sapere terapeutico da parte del paziente, il quale ne ha beneficiato nel mondo di provenienza e la comprensione di cosa il paziente conosce e comprende del sistema medico occidentale (iatrèia)¹⁵.

Più in dettaglio l'etnopsichiatria definisce la disciplina che studia:

- la struttura degli avvenimenti e dei sintomi legati a specifici funzionamenti emotivi, cognitivi, comportamentali e somatici nelle varie culture locali (disturbo etnico);
- la denominazione, l'individuazione del significato attribuito e l'interpretazione dei disturbi psichici a livello culturale (diagnostica etiologica e tradizionale);
- le tecniche terapeutiche sperimentate e tramandate e le concrete operazioni, culturalmente strutturate e codificate, di adattamento e manipolazione dei disturbi mentali.

In tale accezione l'etnopsichiatria è innanzitutto una metodologia che deve poter controllare almeno due macro aree: (1) quella legata alle interpretazioni antropologiche generali (relative allo studio delle teorie e delle culture) e alle conoscenze dello specifico campo culturale in cui il fenomeno clinico riceve una definizione; (2) quella che prende in considerazione i riferimenti psicopatologici e le sue oscillazioni nei differenti campi culturali, lungo l'asse normalità – patologia rispetto alla teoria generale della fenomenologia psichica. Accanto a questi due ordini dovrebbe collocarsi la padronanza di una teoria generale del funzionamento dei sistemi terapeutici sia tradizionali che occidentali¹⁶.

¹⁵ S. Inglese, G. Cardamone, *op. cit.*, pag. 27

¹⁶ S. Mellina, *Medici e Sciamani, fratelli separati*, Lombardo editore, Roma, 1997, pag. 110

La definizione di etnopsichiatria racchiude in sé l'idea che gli strumenti di cura nella presa in carico di persone appartenenti a contesti culturali diversi devono tener conto dei comportamenti messi in atto e del senso attribuito dalla persona a quanto gli accade quando "si sente" ammalata (*illness*). In tal senso Inglese suggerisce che l'impiego di una metodologia multidimensionale rappresenta una necessità per riuscire a descrivere, a comprendere e a interpretare il fenomeno psicopatologico che si verifica nelle persone di cultura diversa da quella occidentale.

In tale prospettiva, secondo l'autore, non deve essere più considerata esclusivamente ed universalmente la nosografia medica occidentale, ma, l'operatore, nella relazione con un paziente straniero deve riconoscere la rilevanza "terapeutica" del concetto di *illness*¹⁷.

1.3 LA STORIA: CONNESSIONE TRA ESPERIENZA MIGRATORIA E MALATTIA MENTALE

Ripercorre i passaggi storici ci permette di comprendere maggiormente il collegamento tra l'esperienza migratoria e la salute mentale, lo stato attuale in materia e l'attuale organizzazione dei servizi. Innanzitutto, bisogna sottolineare che fino alla seconda metà del XX secolo, e in molte parti del mondo anche adesso, la follia è sempre stata curata nei manicomi, istituzioni totali separate dalla comunità e organizzate per segregare i folli dal resto dell'umanità. Va ricordato che, alla fine del '700 in Europa, la psichiatria aveva il compito di gestire e assistere i soggetti considerati anomali che minavano la tranquillità della società, allontanando i folli visti come minaccia, o semplicemente come individui superflui da separare e rimuovere dalla coscienza sociale. P. Pinel e D. H. Tuke, alla fine del settecento, vennero incaricati di separare i folli da altre categorie di emarginati (mendicanti e vagabondi, nullatenenti e disoccupati, sfaccendati, delinquenti, eretici e "politici" sospetti ma anche alcolisti, idioti..) e di farne oggetto di cure mediche facendo diventare la follia competenza del medico e trasformando i comportamenti irragionevoli e incomprensibili di alcune persone in oggetto di studio e cura all'interno di una nuova scienza, chiamata neuropsichiatria¹⁸. Infranti gli schemi e le vecchie credenze magico-religiose dettate da miti, pregiudizi e mancanza di conoscenze dell'uomo e del suo corpo, si cominciò a strutturare l'embrionale psichiatria, quale branca

¹⁷ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 53

¹⁸ Tratto da Coppo, *Op. Cit.*, pag. 15

specialistica della medicina che, forte della conoscenza e della scienza medica, inizia a dividere i comportamenti devianti di competenza religiosa (indemoniati, posseduti ecc.) da quelli di competenza medica (folli) e da quelli di competenza giudiziaria (i criminali).

I folli vennero accolti in strutture che erano al contempo ospedali e carceri. Emblema delle nuove strutture dedicate all'isolamento fu l'Hopital General di Parigi definito da Foucault "il terzo stato della repressione"¹⁹. Si trattava di uno dei primi ospedali destinati ad accogliere e "correggere" i folli e gli alienati. Fin dall'inizio, però, era evidente che non si trattava di un'istituzione medica, ma di una sorta di entità amministrativa dotata di poteri autonomi, che aveva diritto di giudicare senza appello e di applicare le sue leggi all'interno dei propri confini. I malati erano trattati senza rispetto per le condizioni in cui versavano e tutta l'organizzazione ricordava molto da vicino quella di un carcere. Una testimonianza racconta: "*Io li ho visti nudi, coperti di stracci, senz'altro che un po' di paglia per proteggersi dalla fredda umidità del selciato sul quale sono distesi. Li ho visti grossolanamente nutriti, privati d'aria per respirare, d'acqua per spegnere la loro sete, e delle cose più necessarie alla vita. Li ho visti in balia di veri carcerieri, abbandonati alla loro brutale sorveglianza. Li ho visti in stambugi stretti, sporchi, infetti, senz'aria, senza luce, rinchiusi in antri dove si temerebbe di rinchiudere le bestie feroci...*". L'esperienza dell'internamento diventò l'emblema di tutto un modo di pensare e di reagire alla follia. Ben presto le case di correzione a carattere ospedaliero cominciarono a diffondersi dappertutto, in Francia ed in Europa, e a diventare strumento del potere, dove non si esitava a ricorrere ad arbitrarie misure d'internamento, tanto che nell'arco di breve tempo un parigino su cento vi si trovò rinchiuso²⁰.

Rivolgendo ora l'attenzione al nesso tra migrazione e malattia mentale, Inglese fa risalire le prime segnalazioni a Johannes Hofer, medico alsaziano che nel 1688 descrive una forma di nostalgia patologica (chiamata *Heimweh*) che scoprì presso i mercenari svizzeri, allora ricercatissimi in tutta Europa, presso i quali svolgeva la sua opera di medico. Egli riteneva che l'allontanamento dalla terra natale fosse la causa generatrice di un fenomeno morboso consistente in uno stato di melanconia, di intenso desiderio di tornare a casa, di paura di non poter più tornare a casa, di prostrazione fisica e morale al culmine del quale il soggetto poteva anche trovare la morte²¹. Scrive Hofer nella sua *Dissertatio Medica*: "*La Heimweh, questa malattia così spesso mortale, non è stata sinora*

¹⁹ da : Storia_Follia_Classica.pdf/ Michel Foucault - Sintesi della Storia della Follia nell'Età Classica

²⁰ Ibidem

²¹ Tratto da S. Inglese, *La psicopatologia dell'emigrazione: un'esperienza di cambiamento catastrofico individuale e collettivo*, in S. Mellina, *Op. Cit.*, pag. 85

*descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla patria e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di mal du pay (malattia della patria), e poiché essa non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da nostos, il ritorno in patria, e àlgos, dolore e sofferenza.*²² Fa notare Mazzetti che “non solo è nato un termine che in molte lingue è passato ad indicare quel particolare sentimento così comune a chi lascia una terra, un ambiente caro; ma è stata anche effettuata la prima codificazione medica, o, meglio ancora, psichiatrica, di una patologia dell’emigrazione”²³.

Tuttavia, è con Emil Kraepelin (psichiatra tedesco, 1856 – 1926), che, alla fine dell’800, si focalizza l’attenzione alla relazione tra disturbo psicopatologico e appartenenza culturale. Le osservazioni di Kraepelin mettono in luce, già alla fine dell’800 e nella prima metà del 900, alcune questioni riguardanti il rapporto tra psicopatologia e cultura che risultano ancora di attualità, quali, ad esempio, le forme specifiche di follia legate alla cultura di appartenenza del malato e le possibilità degli esiti dell’interazione clinica di psichiatri occidentali con persone di origine diversa. Kraepelin, dapprima produsse una classificazione delle “malattie psichiche”, una nosografia, embrione di quella poi adottata dalla moderna psichiatria che disegnò le linee generali del sistema classificatorio ponendo le principali demarcazioni tra disturbi organici e funzionali (a seconda che fosse coinvolta la sfera affettiva o quella del pensiero, suddivise le psicosi maniaco depressive dalle *dementia praecox*, poi chiamata “schizofrenia”), poi si interrogò sulla validità universale di simili categorie. Pensava, infatti, che non bastasse confrontare aspetti e frequenze dei disturbi psicopatologici tra gruppi umani diversi per sesso, età e lavoro, ma che occorresse studiarli in gruppi etnici diversi, dentro l’Europa, ma anche fuori di essa. Egli credeva che studiando popolazioni che vivevano in condizioni più semplici e naturali, sarebbe stato possibile verificare se il progressivo aumento della “follia”, registrato nel XIX secolo, fosse da imputarsi al processo di civilizzazione e alle sue conseguenze. Kraepelin propose per questo tipo di ricerche il termine di “psichiatria comparativa”, per confutare le proprie teorie, si recò a Giava e in Malesia per verificare se le “malattie psichiche” avessero anche lì le stesse forme. Riscontrò che i pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici locali presentavano caratteristiche simili a quelle dei pazienti tedeschi. Pensò allora di poter

²² L. Frighi, *Argomenti di igiene Mentale*, Bulzoni Editore, 1990, pag. 65-69, citato in M. Mazzetti “*Igiene Mentale e immigrazione; i fattori di rischio per la salute psichica degli immigrati*” in “*Argomenti di Medicina delle Migrazioni*” Regione del Veneto, 2000, pag. 92

²³ *Ibidem*, pag. 92

affermare la sostanziale invarianza dei disturbi psichici. Kraepelin non si pose mai il dubbio se le somiglianze dei disturbi osservati derivassero dall'universalità delle forme di trattamento dei malati, curati attraverso la separazione dalle loro comunità di riferimento e dalla società in generale, attraverso la segregazione in manicomi, piuttosto che dall'universalità delle manifestazioni patologiche²⁴.

A differenza di Kraepelin, Freud (1856 – 1939) per costruire la sua teoria e pratica, la psicoanalisi, non si recò in terre straniere, ma si basò su racconti delle proprie pazienti e su materiali che studiosi come J.G. Frazer (1854 – 1941) andavano raccogliendo, spulciando i resoconti di amministratori, missionari, viaggiatori e marinai. Anche Freud, però, cercò di far entrare le evidenti diversità umane all'interno di un unico sistema di classificazione: sistemava le "alterità"²⁵ ponendole a diversi livelli secondo la prospettiva evolutiva e gerarchica dell'epoca.

Sempre nella seconda metà dell'ottocento, emerge una nuova concezione rispetto alla relazione tra migrazione e salute mentale: tra gli studiosi si attribuisce proprio ad Achille Foville figlio (direttore del Manicomio "Quattro Mari" di Le Havre) l'inaugurazione nel 1875 di un pensiero alternativo. Foville figlio ritiene che sia proprio il disturbo mentale la causa per cui una persona decide di emigrare. Mellina scrive che Foville, temendo le conseguenze ideologiche sul suo pensiero, rielabora la concezione da lui stesso formulata, riconoscendo una relazione causale diretta tra disturbo mentale e migrazione solo in quei pochi casi in cui la migrazione è il risultato di una patologia delirante.

Tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento, la descrizione e classificazione della malattia degli "*aliénés voyageurs ou migrants*" ebbe una notevole influenza sulla psicopatologia dell'emigrazione: si sviluppò l'idea che la migrazione è un fenomeno inarrestabile di individui caratterialmente "instabili"²⁶, tanto che uno psichiatra norvegese, il dott. Ødegaard, nel 1932 parlò di predisposizione alla migrazione per motivi biologici-caratteriali²⁷.

Nella prima metà del 900 emerge un filone diverso rispetto al rapporto tra migrazione e salute mentale: nell'epoca del colonialismo, gli psichiatri europei che si recano nelle colonie, portano nelle colonie categorie e strumenti della psichiatria europea, vi costruiscono il luogo di cura occidentale per eccellenza, il manicomio, cominciano a

²⁴ P. Coppo, *Op. Cit.*, pagg. 15 - 16

²⁵ Per alterità si intende la diversità

²⁶ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 199

²⁷ B. Malzberg in "American Journal of Psychiatry" 1936 attraverso l'introduzione di fattori di ponderazione del calcolo dei tassi e degli indici di morbosità ha constatato che diminuiscono le differenze dei tassi di morbosità tra il campione degli autoctoni e quello degli immigrati in Mellina pag. 117

classificare ciò che incontrano, in particolare i pensieri magici, i rituali ossessivi, l'im maturità affettiva, la semplicità psicologica, i deliri di influenzamento²⁸ il tutto con una filosofia marcatamente etnocentrica. *“Dalle loro relazioni traspare quella ragnatela di pregiudizi, categorie morali, paternalismo “eurocentrico” che caratterizza l'ideologia dell'epoca. Le realtà osservate venivano o impoverite e ridotte a luoghi comuni, o enfatizzate e alterate per soddisfare il gusto del primitivo, dell'esotico del misterioso²⁹”*. *“La “religione primitiva” era stata definita schizofrenia organizzata, la “magia” patologia della cultura, il “selvaggio” un neurotico ossessivo e il guaritore indigeno un epilettico, isterico, malato di nevrosi³⁰”*. Nel 1943 Ackernecht (1906 – 1988) scrive: *“La nostra cultura è unica nel mettere al bando l'irrazionale, l'emozionale, l'estatico [...] Perciò nessuna meraviglia che un numero pressoché illimitato di fenomeni abbia ricevuto l'etichetta di psicopatologia³¹”*. Per questi motivi, oggi, riferendosi alle correnti culturali dell'epoca coloniale sviluppatasi all'interno della psichiatria, si parla di “imperialismo psichiatrico”³².

Il dopoguerra si prefigura con esperienze interessanti. Thomas Adeove Lambo (1923 – 2004), psichiatra nigeriano, formatosi in Inghilterra, nel 1954 promuove in Nigeria un'esperienza innovativa: la costruzione di “villaggi terapeutici” che si ispirano sia alla psichiatria occidentale, sia alla medicina tradizionale locale dove i pazienti vengono accompagnati da familiari o conoscenti entrambi inseriti nella vita del villaggio terapeutico. Lambo conserva e sostiene gli aspetti della cultura tradizionale africana che possono rivelarsi utili nella gestione e soluzioni dei disordini psichiatrici: la tolleranza, il valore comunitario e catartico di culti e riti, la forte coesione e solidarietà della struttura sociale [...]. Nella sua formula terapeutica il paziente, i suoi familiari, il guaritore condividono la stessa cultura, parlano la stessa lingua e ciò facilita la cura e il reinserimento nella comunità. Ben diversamente accade quando il paziente in crisi viene trasportato negli ospedali della capitale, dove incontra pratiche mediche legate a credenze sconosciute e persone che parlano lingue e dialetti incomprensibili ed hanno altri riferimenti culturali. In quei casi, i vissuti di isolamento ed estraneità, che già la crisi porta con sé, vengono ingigantiti dall'ambiente spaesante dove il paziente si trova a viverla³³.

Altra esperienza interessante è quella dello psichiatra e neurologo francese Henry Collomb (1913 – 1979), che svolge la sua attività lavorativa in Senegal con il compito di

²⁸ P.Coppo, *Op. cit.*, pag. 19 - 20

²⁹ *Ibidem*, pagg. 19-20

³⁰ *Ibidem*, pagg. 19-21

³¹ *Ibidem*, pag. 20

³² *Ibidem*, pag. 20

³³ *Ibidem*, pagg. 21 - 22

riorganizzare il manicomio di Fann. Dal punto di vista metodologico egli rivoluzionò la pratica di internamento e della cura chiedendo da un lato la presenza di un membro “normale” della famiglia da ricoverare assieme al paziente con il compito di occuparsi dell’igiene e dell’alimentazione del malato, dall’altro il coinvolgimento dei guaritori locali che godevano di ampio credito, legittimità e riconoscimento da parte della comunità. Collomb riteneva che, in tal modo, si sarebbe potuto evitare l’isolamento del paziente, la patologizzazione della sua crisi e disporre di un testimone del percorso fatto dal paziente. All’interno dell’ospedale furono previsti momenti gruppali in cui discutere dell’andamento del paziente, della famiglia e dello stesso ospedale, in cui veniva invitato anche il guaritore stesso. Inoltre per avviare un collegamento tra l’ospedale, l’ambiente e la famiglia d’origine furono creati i “villaggi terapeutici” sul modello di Lambo, retti da infermieri con la collaborazione dei guaritori stessi.

Esperienze interessanti per quanto riguarda il rapporto tra cultura e psicopatologia avvennero anche in Europa nella seconda metà del novecento.

Nel dopoguerra in Germania si aprirono campi profughi per coloro che provenivano dall’Europa orientale, dove venivano raggruppate persone della stessa origine culturale. Henry B. Murphy, ufficiale medico inglese, nel 1944 vi lavorava come medico supervisore all’interno delle attività dell’UNRRA (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*) e poi dell’IRO (*International Refugee Organisation*), si accorse di numerose differenze di comportamenti tra persone appartenenti a diverse culture: ad esempio i polacchi continuavano a rimanere in prigione perché si ostinavano a detenere armi proibite dalla legge, mentre gli ebrei riempivano i reparti di chirurgia chiedendo operazioni di cui non avevano bisogno. Murphy rilevò l’importanza dei fattori psicologici e interpretò le richieste degli ebrei come desiderio di essere puniti o mutilati perché sopravvissuti ai campi di sterminio. Diede, inoltre, impulso alla più importante rivista anglofona di psichiatria transculturale “*Transcultural Psychiatry Research Review*”³⁴.

Di notevole importanza nello sviluppo di analisi utile ad apprendere maggiormente il rapporto tra psichiatria e cultura risultano gli studi condotti in Francia in particolare quelli di Georges Devereux e dell’allievo Tobie Nathan.

Il contributo di Georges Devereux (1908 – 1985) consiste in una riflessione sul metodo, prodotta grazie alla sua pratica in diversi ambiti disciplinari quali la fisica, l’antropologia, l’etnologia, la psicoanalisi. Devereux definisce il concetto di cultura come un sistema che struttura negli individui e nei gruppi storicamente determinati, il modo in cui

³⁴ *Ibidem*, pagg. 27 - 28

quest'ultimi apprendono la realtà sociale. L'autore sostiene che ogni sistema culturale determina un preciso *carattere etnico*, ovvero un insieme di valori e fenomeni che determina il comportamento individuale e collettivo in varie aree del funzionamento sociale³⁵. *“La cultura va misurata e valutata in rapporto ai suoi organizzatori costituiti dagli schemi operativi delle istituzioni sociali. Essa organizza il modo in cui l'individuo fa esperienza del proprio mondo, con cui struttura il corpo, lo spirito, l'emozione, le realtà comportamentali e sociali”*³⁶.

Gli studi di Devereaux presuppongono l'esistenza nell'individuo di un cosiddetto *inconscio etnico* (la parte inconscia della persona, presente anche nella maggioranza dei membri della sua cultura, che si trasmette per via transgenerazionale attraverso una sorta di insegnamento non biologico) e individuano le principali sindromi culturali attraverso la definizione della categoria del *disturbo etnico*. L'autore presuppone che i disturbi etnici, siano strutturati culturalmente, in particolare, ritiene che la cultura definisca la natura e il grado di intensità di uno stress o di un trauma. Tale intensità può giustificare l'esordio di malattia psichiatrica, fissando la tipologia, l'intensità e la gravità dei traumi stessi. La cultura elimina i comportamenti che non costituiscono motivo per essere classificati. I disturbi etnici sono formalizzati e conosciuti dai membri appartenenti allo stesso contesto culturale³⁷. Definito il rapporto della cultura con l'origine dei disturbi mentali, l'autore assegna all'etnopsichiatria il compito di studiarla. L'autore formula il principio della complementarità dando centralità alla funzione della cultura che viene vista in relazione di interdipendenza con la natura biologica e con l'organizzazione psicologica degli esseri umani: analizzando l'origine, lo sviluppo e la risoluzione del disturbo mentale, il lavoro clinico deve esplorare il ruolo di tre insiemi interdipendenti e cioè la biologia, la cultura e la psicologia³⁸. Per Devereux *“ogni oggetto di indagine autorizza diverse spiegazioni, ciascuna delle quali è quasi esaustiva all'interno del proprio quadro di riferimento ma diventa estremamente parziale in uno diverso, anche se apparentemente contiguo. In Etnopsichiatria, l'antropologia e la psicopatologia contengono ciascuna delle chiavi di lettura complementari”*³⁹.

Inglese afferma che lo studio di Devereux assume una grande rilevanza in quanto ha permesso di comprendere la complessità processuale di manifestazioni psicopatologiche che rimarrebbero incomprensibili. Tramite l'utilizzo del principio della complementarità

³⁵ S. Inglese, G. Cardamone, *op. cit.*, pag. 161- 162

³⁶ *Ibidem*, pag. 162

³⁷ *Ibidem*, pag. 165 - 172

³⁸ *Ibidem*, pag. 161

³⁹ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 36

l'autore ha restituito interezza ai fenomeni psicopatologici osservati, evidenziando la rete delle relazioni di influenzamento e di interdipendenza tra il disturbo, il suo attore sociale designato e il contesto socioculturale allargato. All'interno di una precisa realtà sociale non si manifesta l'intera gamma dei disturbi mentali, ma emergono più frequentemente gli stati di tensione caratteristici di una cultura, le difese culturali condivise e trasmesse socialmente, messe in campo per la soluzione del disturbo⁴⁰.

Tobie Nathan (1948) allievo di Devereux, considerato uno dei più autorevoli etnopsichiatri in Francia, si occupa di immigrati africani in Francia. *“Nathan assimila da Devereux l'idea che le culture forniscono sempre un modello sintomatologico (disturbo etnico), una classificazione nosografica (assegnazione di un nome tradizionale), una teoria eziologica specifica (mito condiviso), una tecnica terapeutica altrettanto specifica e codificata (rito e sacrificio). Il concetto di disturbo etnico viene costruito sull'osservazione che, all'interno di una cultura, non si può essere folli in modo arbitrario; che accanto al folle vi è sempre qualcuno che diagnostica e cura; che il disturbo può essere talvolta sfruttato a profitto del gruppo. Quando il sintomo è vestito di un abito etnico, la società riesce a comprendere la configurazione della struttura caratteriale del disturbo e il suo grado di manovrabilità, riuscendo anche a prevedere lo svolgimento e la tecnica di risoluzione della crisi”*⁴¹.

Per affrontare la relazione tra sintomo e cultura, Nathan utilizza la metodologia complementarista di Devereux, cioè la necessità di un lettura pluridimensionale di ogni fenomeno. Per l'autore, in particolare, *“psicoanalisi e tecniche non occidentali di cura hanno pari dignità e possono essere messe a confronto per far risaltare analogie e differenze. Terapeuti di diversa formazione (psicologi, psichiatri antropologi, educatori) e di diversa origine etnica, culturale e linguistica (in maggioranza dotati di esperienze psicoanalitiche) partecipano a sessioni terapeutiche con pazienti, familiari e guaritori tradizionali provenienti dalle stesse aree culturali. Il lavoro si svolge nella madrelingua del paziente con l'aiuto di interpreti. Si intrecciano così, nella situazione terapeutica, diversi modelli esplicativi e tecniche diverse (interpretazioni, divinazioni, prescrizioni rituali, espressioni corporee). Il costante movimento di andata e ritorno dalla sintomatologia alla cultura tende a reinscrivere il paziente all'interno dei suoi riferimenti originari, persi nel*

⁴⁰ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 168 - 169

⁴¹ *Ibidem*, pag. 81 - 82

*trapianto migratorio, ma riconosciuti e legittimati in un simile contesto*⁴². Nel 1978 Devereux insieme a Nathan fondano la rivista "Etnopsichiatria".

Nell'analisi storica che sto tracciando risulta importante fare un accenno allo sviluppo avvenuto in **Italia**. Due autori importanti per quanto riguarda il rapporto tra salute mentale e migrazione sono Ernesto De Martino e di Michele Riso.

De Martino (1908 – 1965), attraverso un minuzioso lavoro etnografico, nel corso degli anni '50 intraprese ricerche sul campo in Lucania, Puglia, Calabria. Ricostruì una mappa dettagliata di pratiche, rituali, comportamenti sociali, concezioni ideologiche che rivelavano, all'indagine antropologica, il loro variegato stato di conservazione e sopravvivenza in una società secolarizzata. De Martino utilizza il concetto di "psichiatria culturale" per analizzare quanto i disordini mentali siano condizionati dall'appartenenza socio-culturale. Egli considera come indicatori di condizionamento: la stratificazione sociale, l'occupazione, l'appartenenza ad un particolare gruppo o comunità etnica. Egli ritiene inoltre che disordini mentali si presentino con un preciso simbolismo mitico-rituale e che proprio a questi simboli spetti una speciale funzione catartica, riequilibratrice, reintegratrice e in ultima istanza terapeutica della persona⁴³. La sua ricerca porta in primo piano le interazioni esistenti tra magia e religione, riti terapeutici e medicina, scienza e mitologia e sottolinea come in momenti di accelerata trasformazione sociale e culturale, cosa che stava avvenendo nel Sud d'Italia, magia, religione, medicina e scienza si confrontano, si alternano, si sostituiscono e si contaminano. Secondo De Martino per cogliere i nessi tra disavventura psichica individuale e travaglio culturale è necessario un approccio multiplo e diversificato: sia in Lucania, sia in Puglia, superando le barriere disciplinari, promosse gruppi di ricerca composti da etnomusicologi, sociologi, antropologi, psicologi, psichiatri e documentaristi. Secondo l'autore, l'approccio multidisciplinare permise di leggere il disturbo psichico dell'individuo come il segno di impossibile superamento della crisi, per mancanza di strumenti culturali efficaci e disponibili⁴⁴.

Michele Riso (1927 – 1981) lavora come medico psichiatra a Berna (Svizzera) dove incontra spesso immigrati italiani. Nel 1964 pubblica proprio un testo sui disturbi psichici degli italiani immigrati in Svizzera. L'Autore, incontrando spesso immigrati provenienti dal Sud d'Italia, mette in luce la difficoltà di adattamento di quest'ultimi nel nuovo contesto urbano. Egli fa notare come il migrante struttura pensieri, atteggiamenti e

⁴² *Ibidem*, pag 34 - 35

⁴³ *Ibidem*, pag. 31

⁴⁴ *Ibidem*, pagg. 30 - 31

interpretazioni come riaffermazione privata di appartenenza al proprio mondo originario, estrema e disperata difesa di fronte al rischio di perdersi in un mondo estraneo e impraticabile. I quadri psicopatologici erano difficilmente comprensibili da chi non conosceva il mondo di provenienza, infatti, per gli psichiatri svizzeri si trattava solo di deliri impossibili da decifrare. Riso riconosce che i contributi di De Martino permisero di comprendere le forme delle crisi⁴⁵. Il pensiero di Riso è di grande valore per comprendere come il fattore culturale influisce nella strutturazione dell'io e del suo destabilizzarsi sia negli immigrati a causa dei processi di cambiamento culturale, sia negli autoctoni per cambiamenti culturali sempre più globalizzati della cultura locale.

Coppo riporta che *“l’estraneità dello psichiatra-osservatore rischiava di precipitare l’osservato in una stigmatizzazione ancor più marginalizzante e pericolosa”*⁴⁶.

Questa breve presentazione contraddistinta da posizioni teoriche diverse a seconda dell’interpretazioni e delle osservazioni fatte dai vari studiosi ci permette di confermare che, nel corso della storia, più autori hanno riflettuto sull’interconnessione tra salute mentale e cultura. Concludendo, ci si può interrogare se l’evoluzione storica dei concetti e delle metodologie adottate ha messo a disposizione strumenti utili ad affrontare attualmente il rapporto tra psichiatria e cultura.

⁴⁵ P. Coppo, *Op. Cit.*, pag. 29 - 34

⁴⁶ *Ibidem*, pag. 34

CAPITOLO 2: SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE

2.1 LA MIGRAZIONE

Il flusso degli immigrati continua a crescere: in base al Dossier Statistico Immigrazione di Caritas e Migrantes - anno 2012 gli immigrati regolari, inclusi comunitari e quelli non ancora iscritti all'anagrafe, alla fine del 2011, hanno di poco superato i 5 milioni. Secondo le previsioni sul futuro demografico del paese (scenario medio), nel 2065 la popolazione complessiva (61,3 milioni di residenti) sarà l'esito di una diminuzione degli italiani di 11,5 milioni (28,5 milioni di nascite e 40 milioni di decessi) e di un saldo positivo di 12 milioni delle migrazioni con l'estero (17,9 milioni di ingressi contro 5,9 milioni di uscite): in questo nuovo scenario demografico gli stranieri supereranno i 14 milioni.

Lo sviluppo del fenomeno migratorio in Italia e la sua continua evoluzione ha provocato una serie di reazioni e di interventi sia da parte dello Stato, sia da tutte le agenzie territoriali che a diverso titolo sono state coinvolte.

Come dice Sayad, *“si può dire che pensare l'immigrazione significa pensare lo stato e che «lo stato pensa sé stesso pensando l'immigrazione» [...] l'immigrazione rappresenta il limite dello stato nazionale, [quest'ultimo] per la sua stessa natura discrimina⁴⁷*. Lo stato quindi per sua natura svolge una funzione di definizione e di delimitazione di categorie e precisamente distingue tra “noi”, cittadini e “loro”, stranieri. Viene così definito lo “statuto” dello straniero pensato, ordinato e sanzionato nella sua inferiorità rispetto agli indigeni⁴⁸.

Si alimentano, così, tendenze xenofobe foraggiate da alcuni media e da parti della società civile attraverso un linguaggio quotidiano che privilegia contrapposizioni lessicali quali “straniero = pericoloso”, “musulmano = terrorista” e comportamenti di intolleranza etnocentrica⁴⁹.

In Italia, alcuni settori dei media e della società hanno rappresentato il fenomeno dell'immigrazione o come una sorta di invasione di persone da cui gli autoctoni devono difendersi o come un problema sociale: gli immigrati sono correlati all'occupazione e alla disoccupazione, agli alloggi e al loro sovraffollamento, agli indicatori di priorità nell'accesso

⁴⁷ Sayad, *La doppia assenza*, in M.T. Bordogna (a cura di), *Disuguaglianze di Salute e immigrazione*, Franco Angeli, Milano 2008, pag. 53

⁴⁸ M.T. Bordogna (a cura di), *Disuguaglianze di Salute e immigrazione*, Franco Angeli, Milano 2008, pag. 53

⁴⁹ *Ibidem*, pag. 61

a quelli popolari della loro integrazione. E i problemi sociali sono considerati o come fastidiosi, pericolosi, dannosi, o come necessità a cui dare una risposta⁵⁰.

“L’immigrazione si chiude con una presenza, l’emigrazione si chiude con una assenza”⁵¹: per un Paese, diventare meta di arrivo rappresenta il momento in cui nascono nuovi problemi sociali e si aggravano quelli già esistenti, è sollecitato l’intervento di diverse istituzioni perché l’immigrazione per motivi di lavoro diventa un fattore di popolamento all’interno Paese ospite⁵².

Come scrive M.Tognetti Bordogna, *“l’Europa e il nostro paese si dimostrano incapaci a dare risposte alle trasformazioni sociali che la presenza dei lavoratori immigrati porta con sé. Prevale una politica di chiusura, che mira a rafforzare i dispositivi di dominio e di controllo della forza lavoro immigrata, a limitare al minimo indispensabile il riconoscimento dei diritti sociali e politici alle popolazioni immigrate, ad alimentare l’atteggiamento diffuso d’ostilità e di paura degli indigeni nei confronti degli immigrati”⁵³*.

Le istituzioni impreparate ad affrontare i problemi associati all’immigrazione, rafforzano lo stato penale e carcerario, rinvigoriscono le politiche dell’immigrazione discriminanti e favoriscono un razzismo istituzionale⁵⁴.

Riprendendo il pensiero di Sayad, si comprende come il fenomeno dell’immigrazione diventa funzionale alla necessità dello Stato di definire sé stesso, attraverso anche processi di discriminazione tra il noi e il loro: riconoscere come naturale, interiorizzato e mentalizzato questo pensiero dello Stato stesso, permette di leggere in modo adeguato il fenomeno dell’immigrazione⁵⁵.

Sayad conclude riportando la necessità di “delegittimare il pensiero di stato”, cioè è necessario oggettivare ciò che è più profondamente radicato in noi, di più nascosto nel nostro inconscio sociale, per ricomporre le parti divise del migrante⁵⁶.

Attualmente sembra difficile avviare un percorso di riconoscimento del fenomeno migratorio sia all’interno delle istituzioni, sia nei cittadini: proprio per la necessità dell’Istituzione di tracciare confini, fare ordine, canonizzare e prescrivere, si proiettano gli attuali problemi sociali del nostro Paese (ad esempio: mancanza di lavoro, di alloggio, etc.) sullo straniero.

⁵⁰ *Ibidem*, pag. 63.

⁵¹ Sayad, *la doppia assenza*, in M.T. Bordogna, *Op. Cit.*, pag. 59

⁵² M. T. Bordogna (a cura di), *op. Cit.*, pag. 59

⁵³ *Ibidem*, pag. 60 - 61

⁵⁴ *Ibidem*, pag. 61 - 63

⁵⁵ *Ibidem* pag. 54

⁵⁶ *Ibidem*, pag. 55

2.2 LO STATO DI SALUTE DEI MIGRANTI

E' ampiamente documentato che i primi immigrati sono arrivati in Italia con un patrimonio di salute pressoché integro: la forza lavoro giocava sulla possibilità di successo del proprio progetto migratorio ed era legata all'integrità fisica. L'emigrazione, nei primi percorsi migratori (i successivi, soprattutto a seguito dei ricongiungimenti, seguono percorsi diversi) può essere considerata l'esito di un processo selettivo in cui sono "i più forti tra i deboli" a tentare l'impresa⁵⁷.

Questo è il cosiddetto "*effetto migrante sano*": un'autoselezione che precede l'emigrazione e che opera nel Paese di origine. Tra i potenziali migranti partono per primi quelli che sono in grado di sopportare il costo economico, affettivo e psicologico del progetto: sono i *pionieri* della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese. Ciò esclude l'iniziale partenza di chi non possieda un buon stato di salute: chi emigra è un soggetto sano, giovane, che appartiene nel proprio Paese alle classi meno svantaggiate e che possiede per lo più un grado d'istruzione medio⁵⁸.

Emerge dalla letteratura che lo stato di salute, compreso quello psichico, dei pionieri dell'immigrazione, tende a modificarsi durante la permanenza nel paese di arrivo: gli individui che emigrano possiedono un buon capitale di salute per poter fronteggiare la migrazione, ma il processo difficile di inserimento nel nuovo contesto, le esperienze traumatiche del viaggio e delle misere condizioni dei primi tempi di arrivo, l'allontanamento dalla famiglia e dagli amici, il depauperamento delle reti sociali e del capitale sociale cementificato nel paese di provenienza, l'adattamento al nuovo contesto sono fattori che, assieme alle problematiche relative al lavoro e all'occupazione, incidono sul benessere fisico e psichico⁵⁹.

2.2.1 LE RISPOSTE ISTITUZIONALI AI BISOGNI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI

A livello istituzionale italiano è presente un riconoscimento teorico, dettato dalla legge⁶⁰ del diritto alla salute, garantito a tutti gli immigrati in quanto se regolari, perché iscritti o ascrivibili al S.S.N., se clandestini o irregolari perché Stranieri Temporaneamente

⁵⁷ Issa El Hamad, *Il profilo sanitario del migrante*, in *Migrazioni e salute*, pag. 32

⁵⁸ S. Geraci, M. Marceca, "Il profilo di salute dell'immigrato", in *Argomenti di medicina delle migrazioni*, pag. 68

⁵⁹ M. Tognetti Bordogna, *Op. Cit.*, pag. 74

⁶⁰ D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 - Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria - Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 Ministero della Sanità

Presenti e quindi possono essere assistiti per cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio. A livello di prassi, si può sostenere che, in molte aree della sanità, è ancora presente un numero di operatori che non possiedono le conoscenze, le tecniche ed le esperienze per avanzare con sicurezza nel campo dell'assistenza in condizioni segnate da diversità culturali⁶¹.

Considerando, come accennato precedentemente, l'evoluzione e la continua presenza del fenomeno immigratorio, emerge la necessità di un'analisi approfondita del contesto di appartenenza da parte degli operatori socio-sanitari quotidianamente impegnati nella relazione con persone provenienti da culture diverse. Nei professionisti deve nascere l'esigenza di elaborare forme di accoglienza, non dirette esclusivamente al fronteggiamento di problematiche primarie (casa, cibo, vestiti, etc.) o di indirizzo e orientamento ai servizi attivi a favore degli stranieri.

E' necessario attivare un processo di conoscenza di cosa significa salute e malattia per quella persona o gruppo a cui l'individuo appartiene⁶².

Come scrive Tognetti Bordogna *“se a rappresentazioni specifiche di salute e malattie aggiungiamo pratiche e istituzioni (il Servizio Sanitario Nazionale con i suoi servizi) distanti nel loro funzionamento (nel modo di operare, di accogliere, di riconoscere, di validare la malattia) dalle istituzioni per la salute da cui provengono i nuovi utenti immigrati, appare chiaro che le risorse per la salute nel nostro sistema ed il loro modo di funzionare, costituiscono una sfida più che una risorsa, un ulteriore elemento di discriminazione e, quindi di disuguaglianza sociale”*⁶³.

La stessa autrice scrive che per gli immigrati, oltre ai fattori socio economici e alle caratteristiche della società, il sistema sanitario con il suo modo di funzionare produce disuguaglianze nell'accesso ai servizi : scarse conoscenze del funzionamento del sistema sanitario (basti pensare all'accesso alle pratiche di prevenzione, di diagnosi e di cura), nel suo riconoscimento quale risorsa per la salute per i soggetti che provengono da contesti diversi, con un'idea diversa di salute e malattia rispetto a quella del Paese di immigrazione⁶⁴. L'autrice, mette inoltre in evidenza che l'accesso ai servizi contribuisce a strutturare i comportamenti degli individui: alcune ricerche hanno messo in risalto che gli

⁶¹ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 69

⁶² M. Tognetti Bordogna, *op. Cit.*, pag. 77

⁶³ *Ibidem*, pag. 77

⁶⁴ *Ibidem*, pag. 73

stranieri sono poco tutelati nella salute, accedono meno ai servizi sanitari e ricevono prestazioni di bassa qualità⁶⁵.

2.3 IL LEGAME TRA SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE: LA CULTURA

Come abbiamo potuto osservare nel capitolo 1.2 vari studiosi si sono interrogati sulla connessione tra salute mentale e migrazione: tra questi alcuni hanno formulato delle concezioni teoriche basate sull'idea che ad emigrare siano i portatori di un disturbo mentale.

Nel campo della ricerca italiana gli studi di Mellina si oppongono a queste tesi negando un nesso causale tra malattia mentale ed emigrazione. Mellina denuncia la necessità di scollegare la malattia mentale alla migrazione, riconoscendo l'ipotesi dell'influenza dei fattori socio-culturali nel rapporto tra salute mentale e migrazione⁶⁶.

Per Mellina *“è certamente necessario individuare nella biografia del malato mentale l'esistenza eventuale di un'esperienza migratoria che permetta di ridefinire il senso del fenomeno psicopatologico e di reinscriverlo a giusto titolo all'interno della [sua] storia”*⁶⁷.

Le osservazioni di Mellina pur mettendo in discussione l'equivalenza fra migrazione e disagio nel considerare i fattori di insorgenza dei disturbi mentali, prendono in considerazione l'evento “migrazione”, la nostalgia e la separazione non come “cause” di malattie quanto piuttosto *“semplici categorie o profili da cogliere e analizzare nei percorsi propri di ciascun immigrato: percorsi che oggi impariamo a riconoscere come non sovrapponibili né generalizzabili”*⁶⁸. Secondo l'autore il manifestarsi di un disturbo psicopatologico è un evento possibile nella storia migratoria di una persona e può essere l'esito dell'acquisizione di una posizione di fragilità nel passaggio dallo status di emigrato a quello di immigrato. E' importante quindi depsiichiatrizzare l'immigrazione – come indica Mellina - per promuovere un percorso di conoscenza.

Secondo l'autore nella follia dell'immigrato si intrecciano due aspetti, quello individuale e quello culturale, che possono essere divisi solo artificialmente. Nel costituirsi dell'alienità in un immigrato bisogna considerare almeno tre fattori: l'interazione tra la sua soggettività e la cultura ospite, quella tra sé e la propria cultura e, infine, quella che porta a

⁶⁵ *Ibidem* pag. 73

⁶⁶ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 86

⁶⁷ *Ibidem*, pag. 86

⁶⁸ R. Beneduce e al., *La salute straniera*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994;

confrontarsi con i compagni di avventura che non hanno subito la stessa sorte, cioè l'ammalarsi di una patologia mentale. L'immigrato è così costretto a reagire di fronte ad una serie di realtà personali che si rompono e che con difficoltà deve ricomporre, decodificare, ristrutturare con codici simbolici di riferimento di volta in volta mutevoli in relazione alle caratteristiche socioculturali del luogo e dell'ambiente in cui si realizza la sua esistenza⁶⁹.

Il passaggio da uno stato di "normalità" a uno di alterazione tale da rendere necessario l'intervento dello specialista è indicato da segni che dicono all'individuo e ai suoi familiari che egli sta valicando il limite della normalità. Si tratta di episodi comportamentali anomali che prendono nomi diversi da cultura a cultura e motivano diversi tipi di intervento⁷⁰. Coppo sottolinea che i termini "crisi, esaurimento, depressione" descrivono, in Occidente, sintomi quali perdita di interessi, cambiamenti nell'appetito (aumento o diminuzione), perdita di energia, disturbi del sonno, senso di agitazione o rallentamento, sentimenti di auto svalutazione o di colpa, difficoltà a pensare, problemi di memoria e nei casi più gravi anche tendenze suicide⁷¹. In altre realtà questi stessi sintomi vengono definiti in modi diversi: in Africa, tra i Dogon con il lemma "avere il cuore guastato", in Messico con "vivere una cattiva onda". Tale diversità non esprime solo terminologie diverse, ma anche con comportamenti ritenuti inadeguati nel contesto culturale di appartenenza: ad esempio in occidente la depressione può indurre una persona a vivere con svogliatezza, smemoratezza, perdere il sonno, avere crisi di paure immotivate mentre in Africa è ritenuta sintomatica di patologia depressiva una persona che saluta chi incontra senza sciacquarsi il viso, infrangendo, così, una importante norma di buona educazione. Fa notare Coppo come tra i Dogon e in culture dove l'individuo si sente davvero parte di un gruppo, il supporto sociale (la rete, più o meno ampia, che sostiene l'individuo nei momenti di difficoltà fornendogli supporto sia materiale sia affettivo) diventa una risorsa importante per l'evolversi di una situazione di crisi individuale: la famiglia, gli amici o il gruppo possono accorgersene, preoccuparsene, sapere come intervenire utilmente. Non meno importante è che la persona accetti o meno l'attenzione di chi le sta attorno. *"E' proprio dalla qualità di questo dialogo e dalla possibilità concreta di superare le condizioni che hanno determinato la crisi che dipende il passo successivo. Per ogni*

⁶⁹ S. Mellina, *op.Cit.*, pag. 190

⁷⁰ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 40

⁷¹ Depressione nel DSM-IV-tr rientra nella sezioni dei disturbi dell'umore. La depressione può presentare tutti o alcuni dei seguenti sintomi: perdita di interessi,cambiamenti nell'appetito (aumento o diminuzione), perdita di energia, disturbi del sonno, senso di agitazione o rallentamento, sentimenti di auto svalutazione o di colpa, difficoltà a pensare, problemi di memoria e nei casi più gravi anche tendenze suicide

*ricorso allo specialista centinaia di crisi sono risolte dall'intervento di familiari, amici conoscenti*⁷².

Coppo riporta che studi recenti condotti in diversi paesi dimostrano come il supporto sociale è un "potente fattore di protezione" che concorre ad evitare il passaggio da crisi a disturbo che né il paziente, né il gruppo possono più controllare⁷³. *"Se la crisi non viene superata, il ricorso allo specialista sancisce il passaggio da crisi a disturbo, da normalità ad anormalità, da salute a malattia [...] follia, pazzia, malattia mentale, disabilità psichica, disordine, disturbo, disagio [...] ogni termine porta con sé, implicita, una visione complessiva del mondo propria di ogni cultura"*⁷⁴. Secondo questa linea di pensiero, solo riconoscendo il processo di sviluppo del disturbo mentale in una persona straniera si riuscirà a comprendere perché la persona ha messo in atto comportamenti anomali. Analizzando le motivazioni che portano la persona a stare male, è possibile, invece, cercare di comprendere le cause e le esternazioni del malessere, gettando le basi per la creazione di una relazione con la persona e uscendo dalla logica di incomprendibilità che si crea quando curante e paziente non riescono a comunicare.

Quando un paziente immigrato giunge al Dipartimento di Salute Mentale, un po' timoroso e frastornato, prima di tutto va capito il suo sforzo e il suo coraggio. Percepisce, come eccezionale, quanto gli sta accadendo e ciò lo stimola a chiedere aiuto a Istituzioni che non fanno parte del suo panorama conoscitivo. Egli potrebbe aver dovuto superare una copiosa serie di ostacoli burocratici, culturali e ambientali e si aspetta di trovare un'accoglienza competente da parte dei curanti. Nella realtà, sostiene Mellina, trova, spesso, sanitari che non comprendono la sua richiesta di aiuto, intimoriti dalla sua "diversità" e dalla necessità di uscire dagli schemi abitualmente praticati⁷⁵.

Inglese e Cardamone, a tal proposito, parlano di assenza di progetti e programmi di prevenzione socio patologica e di linee guida nella formazione di operatori della salute in ambito transculturale⁷⁶.

L'incontro e il confronto con immigrati con patologia psichiatrica costringe il confronto con pratiche sociali eterogenee e complesse, con rappresentazioni collettive, sistemi linguistici e ordini simbolici nuovi determinati, anche, dal processo di globalizzazione. Lo psichiatra deve porsi la domanda se il migrante, rispetto alla propria storia migratoria, ha conservato e attribuito un significato adeguato all'esperienza vissuta.

⁷² P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 41

⁷³ *Ibidem.*, pag. 42

⁷⁴ *Ibidem*, pag. 41

⁷⁵ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 51

⁷⁶ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 51

Non è detto, infatti, che il dislocamento geoculturale comporti nel migrante un caos organizzativo nel mettere insieme due diversi sistemi di appartenenza culturale. A tal proposito, Inglese afferma che non bisogna assumere una posizione unilaterale e determinista perché, assumere questo tipo di posizione riproduce una relazione di dominanza e di sottomissione sia a livello antropologico, attraverso l'idea dell'inferiorità della cultura altra, sia a livello clinico, attraverso il concetto morbosità⁷⁷ come stato fondamentale della persona migrante⁷⁸.

Affrontare l'intreccio tra psicopatologia e cultura diventa allora una questione fondamentale per il rinnovamento dei saperi della psichiatria che dovrebbero concentrare il proprio focus non solo sui disturbi mentali (oggetti complicati e ineffabili), ma anche sulla complessità della persona considerandone la soggettività come fattore spesso irriducibile alla nosografia biomedica⁷⁹.

Concludendo, nell'analisi e nelle valutazioni effettuate in ambito psichiatrico nel rapporto con pazienti stranieri, l'aspetto culturale non può più essere trascurato: a tal proposito anche nel DSM IV, il sistema nosografico per i disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo sia nella clinica che nella ricerca, è stato inserita nell'Appendice I la "Guida all'inquadramento culturale e Glossario delle sindromi culturalmente caratterizzate" (argomento che affronteremo nel paragrafo 2.5).

2.4. LA MIGRAZIONE E' UN FATTORE DI RISCHIO?

Dall'analisi fin qui condotta non risulta una relazione diretta tra salute mentale e migrazione, ma si evidenzia come l'incidenza di diversi fattori pongono la persona straniera in una posizione di fragilità e può essere la causa dello sviluppo di una patologia mentale.

Nell'analisi dei fattori che incidono sullo stato di salute della persona straniera, il punto di partenza consiste nella constatazione, che, come descritto nei paragrafi precedente, la persona immigrata al momento dell'avvio del progetto migratorio gode, nella maggior parte dei casi, di un buon patrimonio di salute. Geraci e Marceca presentano alcuni fattori che

⁷⁷ Morbosità: frequenza di una malattia in una popolazione

⁷⁸ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 72

⁷⁹ *Ibidem*, pag. 68. La diagnosi nosografica ha come riferimento il modello medico della diagnosi delle malattie somatiche, e si basa sull'assunto che i disturbi psicologici, al di là della loro origine organica, psichica o socio ambientale, possano essere descritti come entità distinte l'una dall'altra sulla base di specifici insiemi di segni e sintomi. Da: www.sburover.it/.../Diagnosi_nosografica_diagnosi_esplicitiva.pdf.

con l'arrivo in Italia rischiano di far diventare l'immigrato fragile e vulnerabile in particolare sotto l'aspetto psichiatrico. Gli autori individuano:

- 1) fattori di *rischio generici*, comuni a gran parte degli immigrati quali l'emarginazione socio-economica, le cattive condizioni abitative e nutrizionali, le difficoltà di inserimento nella cultura locale;
- 2) fattori di *rischio specifici*: il fallimento o la minaccia di fallimento del percorso migratorio;
- 3) *co-fattori* cioè tutti i fattori in grado di influire sul progetto migratorio, variabili per gruppo etnico di appartenenza e per le caratteristiche individuali⁸⁰.

Continuando l'analisi sugli elementi che incidono sul patrimonio di salute dello straniero, vari autori concordano nell'individuare alcuni fattori con un elevato potere psicopatogeno⁸¹, in particolare:

- **Stress da “transculturazione”**: definito, da chi si occupa di psicologia degli immigrati, come l'insieme dei fattori che interessano il migrante nel suo passaggio da una terra ad un'altra. Mazzetti individua alcuni aspetti che concorrono a formare lo stress da “transculturazione”:
 - la diversità di lingua che comporta la difficoltà di stabilire una comunicazione con altre persone. Lo straniero deve impiegare molte energie psichiche per capire e farsi capire;
 - il corpo e il diverso modo di percepirsi;
 - lo status sociale e il diverso riconoscimento vissuto da alcuni stranieri passando da una condizione di riconoscimento nel proprio paese d'origine a vivere come vagabondi;
 - la crisi etica con modelli di riferimento diversi rispetto al sistema valoriale dei principi presenti nel proprio contesto culturale: ciò crea nel migrante una grande confusione⁸².
- **Arroccamento e iperadattamento**: come descrive Mazzetti, l'immigrato nella costruzione della propria identità sviluppa delle difese che possono essere di “arroccamento” sulle proprie posizioni di partenza (con rifiuto di tutte le novità) o di “iperadattamento” alla nuova realtà (con rinuncia al proprio passato).
- **Sradicamento** con perdita, da parte dell'immigrato, delle cornici di identificazione culturale e con separazione da codici comportamentali e lessicali condivisi e da usi

⁸⁰ Tratto dal libro S. Geraci, *Argomenti di medicina delle migrazioni. Approcci transculturali per la promozione della salute*, Regione del Veneto, 2000, pag. 80

⁸¹ Tratto dai libri di S. Mellina, *op. Cit.*, e M. Mazzetti, *Op. Cit.*, pag. 83

⁸² Tratto da M. Mazzetti, *Op. Cit.*, pag. 83 - 86

e costumi acquisiti nel corso dell'esperienza che hanno alimentato la sua identità e "nutrito" la sua psiche.

- **Condizioni generali di vita** assai **scadenti** e **precarie** come l'emarginazione, l'indigenza e la mancata risposta sociale.

Si tratta di elementi che possono provocare l'instaurarsi di incontrollabili angosce e favorire la creazione di un quadro psicotico di personalità che causa rottura dalle regole del contesto, di quelle del pensiero e di quelle della comunicazione condivisa. Accanto a fattori emotivi, si possono aggiungere elementi concreti quali l'assenza o la perdita del lavoro, della casa, del denaro, della salute che riattivano il trauma e l'angoscia vissute nel corso dello sradicamento e provocano nell'individuo fantasie allucinatorie di disintegrazione. Si crea così nell'emigrante una distorsione psicopatologica che aggredisce i molteplici aspetti della vita biologica, psicologica e sociale e si manifesta in rapporto al tempo di insediamento nella nuova realtà⁸³.

Mellina elabora uno schema in cui definisce sei situazioni psicopatologiche della migrazione, corrispondenti ad altrettante tipologie cliniche, secondo un ordine di gravità crescente⁸⁴:

- a) *Reazioni di adattamento*. Avviene nei primi mesi di soggiorno e non può essere definita malattia mentale. E' la situazione di spaesamento del migrante che si esprime attraverso una sintomatologia di ansia, incertezza, depressione, malumore.
- b) *Reazioni psicosomatiche*. E' la fase in cui l'immigrato percepisce il corpo come inadeguato e "traditore" rispetto al progetto lavorativo. Spesso, in realtà, il malessere si trova nella mente, nel timore inconfessato di aver sbagliato mossa, nel conflitto tra nuovi valori e vecchi valori.
- c) *Situatività nostalgica*: situazione che può capitare in occasione di un particolare stress emotivo o per una serie di umiliazioni, di disillusioni o per la percezione della lontananza dalla propria patria (malattia – nostalgia). In tali situazioni le reazioni del migrante possono essere gravissime e vanno da rifiuto patologico ad alimentarsi (con sitofobia⁸⁵ ed emaciazione⁸⁶) allo stupore melanconico caratterizzato da mutismo e immobilità, negativismo. La situazione si può risolvere con un rientro in patria.

⁸³ S. Mellina, *Op. Cit.*, pag. 87

⁸⁴ *Ibidem*, pagg. 210-212

⁸⁵ Sitofobia: avversione morbosa all'assunzione di cibo, riscontrabile nelle psicosi schizofreniche e negli stati depressivi gravi in Devoto, Oli, *Dizionario della Lingua Italiana*

⁸⁶ Emaciare: dimagrire vistosamente in conseguenza di una grave malattia

d) *Quadri psicotici*: caratterizzati dallo sviluppo di pensieri deliranti a sfondo persecutorio, di stati confusionali improvvisi con disturbi allucinatori, di eccitamenti maniformi caratterizzati da iperattività motoria e glossolalia⁸⁷, incongruità e discordanza affettiva, di stati depressivi atipici. Questo quadro psichico del migrante dura nel tempo e non può migliorare con il rimpatrio.

Per quanto riguarda la diagnosi di tali disturbi, Mellina riporta la necessità di utilizzare attrezzature psicoformative di vario genere: *“in primo luogo una sensibilità antropoculturale, una competenza transculturale, una buona conoscenza delle tradizioni popolari e religiose delle zone dell’esodo, possibilmente qualche rudimento della lingua madre dell’immigrato o del suo dialetto, nonché l’attento riconoscimento dei valori portanti di questa cultura”*⁸⁸.

Mellina riporta che l’insuccesso terapeutico può derivare dal rischio di considerare “alienità psichiatrica” ciò che invece appartiene alla sfera dell’“alterità culturale”⁸⁹.

e) *Sinistrosi*: forma di nevrosi grave riscontrabile tra gli immigrati come forma di risarcimento, di indennizzo. Il corpo dell’immigrato, a seguito di infortuni sul lavoro, non è più in grado di svolgere un’attività lavorativa e viene meno la possibilità di realizzare il progetto migratorio. Il focus dell’immigrato diventa il risarcimento del danno.

f) *Patologia mentale differita*: patologie che emergono dopo il rientro dalla migrazione nel proprio Paese.

Considerando l’analisi sui fattori di rischio elaborata dai diversi autori qui presentati e in particolare la domanda se la migrazione è un fattore di rischio per la salute mentale, come riferisce Inglese, l’insorgenza del disturbo mentale si può concepire non solo come un fenomeno di disadattamento o disfunzionale dello straniero nella società ospitante, ma come una *“particolare modalità di affiliazione contraddittoria alla società ospitante”*⁹⁰. La malattia sopraggiunge nell’immigrato quando è stato avviato il processo di assimilazione dei costumi, delle abitudini e dell’affettività della società ospitante. Il migrante incomincia a replicare le forme psicopatologiche della nuova società e la malattia diventa un modo in cui il migrante si sente simile agli autoctoni⁹¹.

⁸⁷ Glossolalia: la coniazione, talvolta patologica, di associazioni sillabiche prive di senso in Devoto, Oli, Dizionario della Lingua Italiana

⁸⁸ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 212

⁸⁹ *Ibidem*, pag. 212

⁹⁰ S. Inglese, *Appunti per un’etnopsichiatria critica*, in S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 91

⁹¹ *Ibidem*, pag. 91

Anche Mazzetti riconduce il benessere psicologico degli immigrati alla capacità degli stessi di rimodellarsi nel corso del processo di transculturazione. Quando questo processo “*non funziona, la trama si smaglia, e si crea un’interruzione: allora il migrante cede, e la sua sofferenza psichica esplode. E’ il momento in cui è necessario aiutarlo a riannodare i fili [che uniscono e danno senso ai vari tempi della sua vita], a rammendare lo strappo tra il suo prima e il suo dopo, a ricreare un senso che unisca le sue disidentità, e ad accettare questo senso*”⁹².

2.5 SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE (CBS)

In base a quanto emerso precedentemente non è il disagio mentale a determinare l’avvio di un progetto di migrazione, ma il disturbo mentale negli immigrati può svilupparsi, oltre che per le condizioni di vita in cui sono costretti a vivere, dal modo in cui, nella mente dello straniero, si incontrano due culture diverse: quella d’origine e quella del Paese ospite. Considerare tale aspetto significa che, nella relazione con le persone immigrate, la cultura d’appartenenza non può più essere trascurata.

A livello mondiale, ma anche in Italia organismi sia politici sia tecnici hanno emanato delle disposizioni che mettono a fuoco l’importanza dell’aspetto culturale nella presa in carico di pazienti stranieri. Ad esempio, in Italia, le linee di indirizzo nazionale per la salute mentale, emanate nel 2008, indicano la necessità di avviare un percorso conoscitivo del fenomeno migratorio e delle dinamiche di contatto fra culture per sviluppare una certa sensibilità culturale nelle strategie di cura e di presa in carico, nonché competenze professionali nella clinica transculturale e nel lavoro comunitario in contesti multiculturali. Le linee nazionali definiscono come aree critiche a carattere transculturale: la molteplicità linguistica dei pazienti immigrati, la necessità di adattare i *setting* di cura o di formularne di nuovi nelle organizzazioni⁹³. Rispetto a quest’ultimo aspetto il riferimento d’obbligo è l’appendice I del DSM IV (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, emanato nel 1994, che a livello mondiale rappresenta, uno dei sistemi nosografici⁹⁴ per i disturbi mentali più diffusi - attualmente in uso è il DSM IV-TR) in cui sono state inserite le CULTURE-BOUND SYNDROME, le cosiddette Sindromi Culturalmente Caratterizzate (CBS).

⁹² M. Mazzetti, *op. Cit.*, pag. 90

⁹³ Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale. 18 marzo 2008, pag. 28

⁹⁴ Nosografia: sistema di descrizione e classificazione delle malattie.

Le CBS sono di grande attualità perché sono state sempre considerate un rompicapo rispetto al loro inserimento in una determinata classificazione, oltre ad essere un problematico centro d'interesse della psichiatria transculturale e dell'etnopsichiatria. Inoltre se fino a poco tempo fa in Italia le CBS erano considerate un “*residuo esotico*” della differenza culturale, ora devono avere una particolare attenzione perché i soggetti affetti da queste sindromi emigrano con sempre maggiore frequenza verso il mondo Occidentale⁹⁵.

L'inserimento delle CBS nel manuale ha assegnato alla cultura un pieno valore e ha imposto ai curanti il riconoscimento di modelli culturali specifici come elementi funzionali allo sviluppo della malattia mentale e alla comprensione della entità morbosa (sintomi, sindromi e malattie)⁹⁶.

Il DSM-IV-TR, con la dicitura “*sindrome culturalmente caratterizzata*”, si riferisce “*a modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM-IV. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente “malattie”, o per lo meno fastidi e molte hanno denominazioni locali*” [...] “*le sindromi culturalmente caratterizzate sono generalmente limitate a società e aree culturali specifiche e rappresentano categorie diagnostiche popolari locali che conferiscono significati coerenti e complessi di esperienze ripetitive, strutturate e disturbanti alle relative osservazioni*”⁹⁷.

La categorizzazione delle CBS è un tema fortemente dibattuto e pone seri problemi agli psichiatri classificatori, perché si tratta di sindromi fortemente determinate dalla cultura di appartenenza. Alcuni esempi sono:

- *Koro*: (Cina – sud/est asiatici; Africa) la persona colpita da tale sindrome è convinta che i propri genitali si ritraggono progressivamente nell'addome e alla fine di tale processo lo aspetta la morte. La persona vive in uno stato caratterizzato da una crescente angoscia, con crisi di panico. Per arrestare la retrazione dei genitali, i pazienti possono o legare il proprio pene con una corda o un cavo metallico a un paletto o a una pietra, o convincere amici o parenti a darsi il turno nel tener loro stretti i genitali o avvolgerli in bende elastiche o fasce strette;

⁹⁵ S. Inglese, G. Cardamone, *Op. Cit.*, pag. 155

⁹⁶ *Ibidem*, pag. 161 - 162

⁹⁷ DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, pag. 958

- *Latah*: (Filippine e Malesia) è una sindrome che colpisce quasi esclusivamente le donne, le quali di colpo si sentono obbligate a replicare movimenti e discorsi altrui, intercalandoli spesso con espressioni oscene⁹⁸;
- *Corridori di Amok (Malesia, Indonesia, Nuova Guinea)*: è una sindrome che colpisce in particolare giovani uomini, i quali hanno improvvisi attacchi omicidi: iniziano a correre armati, colpendo chi incontrano sul loro cammino. La corsa si conclude con l'uccisione o la cattura del corridore; se sopravvive, non ricorda nulla dell'accaduto e di ciò che ha preceduto la crisi⁹⁹.

Per lo psichiatra occidentale formulare una diagnosi delle sindromi appena descritte risulta un'operazione difficile, come scrive Inglese, il metodo clinico e le categorie scientifiche delle malattie psichiatriche sono formulate su rappresentazioni dell'individuo e della persona occidentale fornita dal metodo scientifico. La considerazione delle CBS rende incerto e, in qualche modo contestano, il metodo di organizzazione categoriale della diagnosi fondato su una logica discriminativa di inclusione ed esclusione, empirica, segmentaria e induttiva adottata dalla psichiatria scientifica. Emerge un problema diagnostico perché queste sindromi difficilmente rientrano in categorie ben definite. Le CBS rappresentano sindromi locali che trovano la loro giustificazione teorica in un sapere locale, il quale è capace di spiegare compiutamente le diverse sfumature del fenomeno¹⁰⁰.

E' necessaria una prudenza diagnostica: la difficoltà interpretativa può essere superata solo se si riconosce che i sistemi culturali hanno il potere di condizionare le sintomatologie, riconducendole a una particolare sindrome che definisce e ordina il disordine biologico, sociale, psicologico del paziente e lo dirige un diverso destino: " *Il modo in cui ci si interroga su un disturbo prepara già una risposta autoconvalidata sulla sua natura*"¹⁰¹.

L'alterità culturale pone numerosi problemi alla psichiatria occidentale: attualmente persiste l'idea che il sistema classificatorio del DSM dell'Associazione Americana Psichiatri abbia prodotto categorie basate su dati oggettivi, replicabili e replicati nei contesti di vita reale. Inglese scrive invece che bisogna considerare che il processo di categorizzazione dei disturbi, codifica gli eventi morbosi in base ad astrazioni ideali (*ideal typus*), a forzature obbligate per assegnare un ordine al disordine fenomenico espresso dai processi morbosi. A tale operazione viene attribuito rigore, affidabilità, validità,

⁹⁸ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 50 - 53

⁹⁹ *Ibidem*, pag. 16 - 17

¹⁰⁰ S. Inglese, *op. Cit.*, pag. 163 e ss.

¹⁰¹ *Ibidem*, pag. 165

riconoscimento da parte della comunità scientifica, che esprime consenso sugli eventi morbosi. Tuttavia, fa notare l'autore, in tale contesto le categorie delle malattie mentali locali, popolari vengono ancora oggi criticate e respinte come invenzioni o come frutto di osservazioni prive di spessore metodologico, disperdendo così un patrimonio teorico e osservativo inestimabile, con la pretesa che solo la clinica occidentale detenga un metodo diagnostico preciso e rigoroso.

Concludendo, possiamo dire che, le CBS, da un lato vengono messe in discussione, dall'altro, però, costituiscono un problema salutare alla medicina occidentale, perché costringono la psichiatria a misurarsi con un'alterità globale altrimenti composta di pazienti incomprensibili, di contesti inusuali, di teorie incognite e a confrontarsi non solo con fenomeni ma con ideologie diverse da quella occidentale¹⁰².

2.6 LIVELLI D' INCOMPRESIONE NELLA RELAZIONE DI CURA

Considerato che il focus di questa tesi è l'analisi dell'incontro tra i servizi di salute mentale e le persone straniere al fine di capire e cercare di formulare delle prassi operative utili e adeguate ad una presa in carico sociale all'interno di un servizio di salute mentale, porre attenzione ai livelli di incomprensione che possono emergere nella relazione di cura tra operatore e pazienti stranieri, mi è sembrato un passaggio essenziale. In ambito sanitario, tutte le riflessioni fin qui presentate si concretizzano nella relazione di cura, luogo dove avviene l'incontro tra saperi diversi: quello del terapeuta caratterizzato da conoscenze scientifiche acquisite in base ad una concezione occidentale di salute e malattia e quello del paziente straniero, che, come si è fin qui esposto, presenta riferimenti culturali propri.

La nostra medicina sembra aver trascurato la forza curante della relazione, pur considerando i fattori aspecifici della cura, come la relazione, fondamentale sui risultati del trattamento. Mazzetti ritiene che sia indubbio che la relazione influisca in modo decisivo sulla aderenza alle prescrizioni terapeutiche (comunemente chiamata *compliance*) da parte dei pazienti¹⁰³: un medico può effettuare una precisa diagnosi, ma se il paziente non crede nell'efficacia del trattamento prescritto, non vi aderirà. Secondo l'autore ciò accade ancora più tra gli stranieri che spesso non comprendono la descrizione nosografica fatta dal curante, non comprendono le motivazioni della malattia, del "*perché proprio ora e*

¹⁰² *Ibidem*, pag. 165

¹⁰³ M. Mazzetti, *op. Cit.*, pag. 30 - 31

perché proprio a me”, trovano dissonante rispetto a sé stessi ed alle proprie conoscenze la lettura delle proprie condizioni di salute date dal curante. Si creano le condizioni perché il paziente non capisca e non si adegui a delle prescrizioni cliniche che ritiene incomprensibili, non adatte alla sua condizione, conseguenza di un sistema razionalistico che gli sfugge.

Tutto ciò ci porta a comprendere che nella relazione terapeutica, le forme di evasione o di opposizione del paziente straniero alle tecniche di cura occidentali possono essere considerate sia come risultato di non comprensione ma anche, estremizzando, come forme di resistenza alle dinamiche di affiliazione e di annessione culturale, come rifiuto di contrarre un vincolo con una cultura diversa¹⁰⁴.

Sempre Mazzetti fa notare, tuttavia, come la collaborazione o il rifiuto del trattamento biomedico siano l'esito della costruzione di una relazione influenzata, in una certa misura, dal modo in cui il curante e il paziente affrontano il contatto culturale¹⁰⁵. Nella “tipica” relazione di cura occidentale il medico è l'elemento “attivo” che osserva, studia, fa diagnosi, in sostanza “opera”, mentre il paziente è il soggetto “passivo”, analizzato e oggetto di interventi. Per il curante la malattia è “*disease*”, sintomi, diagnosi, terapia, per il paziente la malattia è “*illness*”, dolore, fastidio, incapacità di alzarsi o di muoversi, legato con un destino che l'ha portato a quella condizione e con una componente familiare e culturale non indifferente. L'*illness* ha come motivazione l'ereditarietà, i comportamenti predisponenti (il fumo, l'eccessiva o insana alimentazione), il fato, la volontà divina, il malocchio, il vudù¹⁰⁶, il culto degli antenati¹⁰⁷ e la commistione tra dimensione terrena e ultraterrena della vita¹⁰⁸.

¹⁰⁴ *Ibidem*, pag. 66

¹⁰⁵ *Ibidem*, pag. 66

¹⁰⁶ La religione vuduista attuale combina elementi ancestrali estrapolati dall'animismo tradizionale africano che veniva praticato nel Benin prima del colonialismo, con concetti tratti dal Cattolicesimo. Oggi il Vudù è praticato da circa sessanta milioni di persone in tutto il mondo, ed ha recentemente acquisito il privilegio di essere riconosciuto come religione ufficiale in Benin — dove è fiorentemente organizzato in una Chiesa alla quale aderisce l'ottanta per cento della popolazione — e ad Haiti dove è praticato da gran parte della popolazione, contemporaneamente alla religione cattolica. Il Vudù ha attraversato tre secoli di persecuzioni e mistificazioni; è stato fortemente screditato e sono state diffuse — probabilmente anche consciamente — molte illusioni e disinformazioni che ne hanno portato una generale visione decisamente distorta. Come comunemente si ritiene, il Vudù non è un fenomeno legato alla magia nera, ma una religione a tutti gli effetti, ed è dotato di un profondo corpus di dottrine morali e sociali, oltre che di una complessa teologia. Fonte Wikipedia.

¹⁰⁷ L'espressione culto degli antenati si riferisce all'insieme delle pratiche e credenze religiose basate sull'idea che i membri defunti di una famiglia o di un clan vegliano sui propri discendenti e siano in grado di influire positivamente o negativamente sul loro destino. I riti associati al culto degli antenati hanno in genere lo scopo di assicurare che gli antenati siano felici e ben disposti verso la propria discendenza. Questa forma di religiosità ha una notevole importanza antropologica, essendo presente in moltissime culture. Vestigia di questa forma di religiosità si possono identificare anche in molte culture del mondo occidentale; un esempio è la festività cattolica della Commemorazione dei Defunti. Fra le culture in cui il culto degli antenati è presente in modo più radicato ed evidente si possono citare

Consapevoli delle difficoltà che una relazione completamente asimmetrica, come quella terapeutica occidentale, può provocare nell'efficacia delle cure fornite a pazienti di "cultura altra", Colasanti e Geraci, fin dagli anni ottanta, hanno iniziato una riflessione sui livelli di incomprensione tra medico occidentale e paziente immigrato individuando, su cinque livelli, i possibili malintesi e incomunicabilità ¹⁰⁹:

1. **Prelinguistico**: riguarda la difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori. In occidente i medici sono interessati ai sintomi della malattia e non dalla descrizione emotiva espressa dai pazienti sul proprio malessere. I pazienti, coscienti di ciò, spesso non esprimono a priori i propri vissuti: un paziente africano raramente esprime i suoi sospetti circa la causa della sua sofferenza psichica che potrebbe attribuire a fenomeni di influenzamento a distanza come fatture o stregonerie o a possessione di spiriti. L'immigrato sa che il medico europeo non accetta una simile spiegazione;
2. **Linguistico**: è la difficoltà più immediata e comprende sia problemi di ordine lessicale, sia semantico che possono provocare un fraintendimento nella relazione di cura;
3. **Metalinguistico**: tale incomprensione avviene a livello simbolico dei termini: chi parla e chi ascolta attribuisce ai termini significati astratti differenti. Tale aspetto è rilevante nei campi dell'assistenza sanitaria e in particolar modo in psichiatria: termini clinici da noi considerati banali possono avere, in altri, ripercussioni interiori terrificanti.
4. **Culturale**. Mazzetti con il termine cultura intende *"l'insieme dei valori spirituali e ideologici di una persona, cioè, tra l'altro, il modo con cui definisce il mondo e se*

quella cinese e le numerose culture dell'Africa subsahariana. Fonte Wikipedia, sito visitato il 2.02.2013

¹⁰⁸ *"In tutto il litorale del Ghana, Togo e Benin la religione seguita da gran parte della popolazione è il Vudù. E' la religione degli antenati e fa parte della cultura tradizionale della zona. Ha forme molto diverse fra loro così come diversi, da regione a regione, sono i rituali e non si tratta certo di magia nera come molti pensano sia. Il Vudù infatti non può essere usato per fare del male, ma permette solo fini positivi; chi avesse intenzioni malvagie sa che il male gli si torcerà contro. E' una religione molto semplice: chi chiede la salute per sé e per la famiglia, chi vuole giustizia per uno sgarbo ricevuto, chi spera in una buona pesca pianta un legno su un mucchietto di terra e attende. Se gli spiriti lo esaudiranno tornerà con un pollo e coprirà con sangue e piume il semplice altare di terra. Ernest, guida turistica in Ghana, Togo e Benin, spiega così il Vudù: "Tante persone hanno interpretato male il Vudù vedendo soltanto la parte negativa cioè che è per ammazzare la gente, per fare del male alla gente, per fare tutto quello che non è buono. In verità non è vero: il vudù è una religione, una religione come tutte le altre. Crediamo insomma di poter essere aiutati per andare a raggiungere i nostri antenati. Come altra gente parla del Paradiso, per noi è un altro il mondo da raggiungere: è il mondo degli antenati." Ernest dice anche di essersi convertito alla religione cristiana, ma di continuare a praticare i riti vudù per tutte le sue richieste: salute, soldi, lavoro come prima di lui hanno fatto i suoi avi. Per i riti Vudù sono necessari alcuni oggetti che si possono trovare nel mercato dei feticci."*

A. Rescigno, *"Latitudes Life"*, 2.11.2012 in <http://www.latitudeslife.com/2012/11/ghana-togo-benin-vooodoo-la-religione-degli-antenati/> visitato il 2.02.2013

¹⁰⁹ M. Mazzetti, *op. Cit.*, pag 35- 45

stessa all'interno del mondo, e l'insieme delle conoscenze nei vari campi dello scibile"¹¹⁰. Si tratta di una dimensione che la persona include nella sua esperienza umana, spesso, inconsapevolmente e che diviene nota solo nel momento in cui le norme vengono infrante. Come mettono in evidenza gli autori che hanno fatto proprie le letture sistemico-relazionali la cultura è una dimensione che non appartiene solo alla comunità di crescita e appartenenza della persona, ma anche della stessa famiglia in cui la persona cresce e acquisisce le regole di vita¹¹¹. Il livello culturale si esprime in un *imprinting* con cui una persona ha definito la sua identità nei vari momenti della sua vita. Mazzetti riporta che sarebbe sbagliato considerare un individuo nei confini del suo *imprinting* culturale di appartenenza: nella relazione con la persona bisogna entrare nel processo dinamico di transizione e transculturazione che accompagna la persona straniera nel suo cammino di migrazione e di transizione tra (almeno due) mondi culturalmente differenti

5. **Metaculturale** è il "*piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e, in definitiva, inconscia*"¹¹². Un esempio potrebbe essere che nel Paese d'origine un musulmano potrebbe non rispettare le regole del Ramadan per assumere i farmaci, ma non sia disposto a farlo nella terra d'immigrazione: ciò potrebbe essere l'espressione dello straniero di un bisogno di appartenenza, di assicurazione rispetto la propria identità in un momento in cui si sente in crisi

Inglese sottolinea come temi quali d'influenzamento magico, le modalità con cui il paziente straniero li narra, la condivisione dei contenuti e dei modi da parte degli altri membri della famiglia o altri "compaesani" possono essere il frutto di incomprensione tra medico e paziente straniero, piuttosto che essere ricondotti a pensieri deliranti, così come le corrispondenti alterazioni senso-percettive, possono essere fenomeni culturalmente marcati piuttosto che esclusivamente morbosi. Ovvio che, se lo psichiatra e l'intera équipe di cura, fraintendendo quanto sta accadendo e non approfondiscono il significato culturale dei comportamenti, applicherà esclusivamente il modello di cura occidentale, l'interazione terapeutica verrà saturata dalla prescrizione farmacologica, dal ricovero urgente e autoritario o dal consiglio di tornare nel Paese d'origine¹¹³ e la manifestazione psicopatologica diventerà irreversibile.

¹¹⁰ *Ibidem*, pag. 42

¹¹¹ A Campanini, *L'intervento sistemico*, Carocci faber, 2002, pag. 44

¹¹² M. Mazzetti, *Op. Cit.*, pag. , pag. 45

¹¹³ S. Inglese, *Op. Cit.*, pag. 35

Nathan, a tal proposito, riporta che: “*se il sintomo parla una certa lingua e il clinico un'altra, la relazione terapeutica è annullata ancora prima di venire instaurata*¹¹⁴”.

Nel considerare i livelli di incomprensione nella relazione di cura, l'aspetto culturale va considerato come il contenitore di una relazione terapeutica e, a tal proposito, Inglese riporta che il clinico occidentale che si propone di analizzare la dimensione culturale della cura è esposto all'errore di considerare il paziente solo come un “informatore culturale” favorendo nel curante la strutturazione di risonanze di curiosità, seduzione e fascino (*controtransfert di fascinazione*) e soffrendo perché non si sente più autorizzato a intervenire secondo le regole e le modalità operative della propria professione¹¹⁵. Mazzetti definisce questo aspetto “sopravalutazione culturale”, elemento che si contrappone alla “sottovalutazione culturale” sopra descritta e che rischia di portare a fraintendimenti o “accettazioni supine” di comportamenti non idonei del paziente solo perché idealmente legati alla sua appartenenza culturale.

¹¹⁴ P. Coppo, *op. Cit.*, pagg. 34 - 35

¹¹⁵ S. Inglese, *op. Cit.*, pag. 84 -85

CAPITOLO 3: I SERVIZI DI SALUTE MENTALE

3.1 DOPO RIFORMA: LA PSICHIATRIA DI COMUNITA'

La legge 180 del 1978 segna in modo indelebile la storia della psichiatria in Italia perché sancisce definitivamente sia la chiusura del manicomio – istituzione separata come luogo di contenimento e cura delle persone affette da disturbi mentali - sia la nascita della psichiatria di comunità – la follia deve essere curata nella comunità, nel territorio, nell'ambiente in cui la persona vive¹¹⁶

“Lo spostamento della cura dei disturbi mentali dal manicomio al territorio segna un mutamento radicale di prospettiva: il malato non è più osservato in un contesto spazio-temporale artefatto, fortemente condizionato dalle caratteristiche dell'istituzione, amputato dal suo ambiente d'origine, ma osservato, seguito nel tempo e curato in ‘situazione’¹¹⁷”. Così il territorio permette di seguire nel tempo l'evoluzione dei disturbi mentali, di cogliere il modo in cui si articolano nella storia e nelle condizioni di vita del paziente, di osservare aspetti della personalità, il tipo e la qualità delle relazioni dell'individuo. In tal modo si possono cogliere le problematicità relative alla relazione fra individuo e ambiente e fra individuo e disturbo mentale¹¹⁸.

La chiusura del manicomio, ha rappresentato l'esito di un processo culturale e legislativo, mirante a far cessare l'esclusione della psichiatria dall'organizzazione dell'assistenza sanitaria dell'Italia, inserendo la salute mentale a pieno titolo nella sistema sanitario italiano (obiettivo che si raggiungerà con il suo inserimento all'interno della Riforma Sanitaria pochi mesi dopo l'emanazione della legge 180)¹¹⁹.

Uno dei punti cardine della psichiatria di comunità è il modello dipartimentale e cioè la costituzione del servizio psichiatrico a livello territoriale, come ente responsabile del trattamento delle persone che vivono dentro una determinata area geografica, attraverso lo sviluppo di una serie di possibilità intermedie, quale la rete ambulatoriale, il *day hospital*, le strutture, residenziali e non, tra la malattia mentale e l'ospedale psichiatrico¹²⁰.

All'interno dell'organizzazione dei servizi in base ad un modello dipartimentale, i valori portanti della riforma psichiatrica assumono concretezza, attraverso la centralità del

¹¹⁶ M. Rossi Monti (a cura di), *Manuale di psichiatria nel territorio*, La Nuova Italia, Firenze, 1994, pag. 9

¹¹⁷ *Ibidem*, pag. X

¹¹⁸ *Ibidem*, pag. X

¹¹⁹ F. Marino, P.L. Scapicchio, *L'ingresso della salute mentale nella riforma sanitaria*, in Politiche sanitarie in psichiatria. Morfe, management ed economia, pag.16

¹²⁰ M. Rossi Monti (a cura di), *op. Cit.*, pag. 6 -10

concetto di presa in carico e l'utilizzo di strumenti di lavoro, come il lavoro integrato in équipe composte da professionisti di diversa formazione che devono imparare a coniugare assieme differenti saperi e letture della realtà¹²¹.

I servizi psichiatrici così costituitisi, nei decenni successivi hanno avviato un percorso di profonda trasformazione a livello culturale, professionale, organizzativo e tecnico con significative ripercussioni sul modo di "fare psichiatria" e sulla stessa identità professionale dei professionisti che vi operavano, in modo particolare dello psichiatra. La riorganizzazione dei servizi psichiatrici del "dopo riforma" ha coinciso con una fase di crisi, determinata da un lato dall'incremento dell'utenza affetta da disturbi mentali gravi ed invalidanti da prendere in carico per periodi di lunga durata, dall'altro dalle modificazioni della domanda di cura da parte dei pazienti, dalle loro appartenenze culturali diversificate e delle aspettative implicite o esplicite di tutti gli attori in gioco: utenti, familiari, amministratori, politici, tecnici ed *opinion makers*. Ciò avvenne in un contesto di crisi della tenuta delle reti di supporto sociale e della possibilità di integrazione dei soggetti deboli in generale e dei pazienti psichiatrici in modo specifico, a livello territoriale¹²².

Concludendo, la psichiatria di comunità, citando lo storico contributo di Hume e Pullen (1986) "*contribuisce alla tutela della salute mentale di territorio non soltanto attraverso l'organizzazione dei servizi di salute mentale, ma costruendo e gestendo una serie di azioni volte all'approfondimento delle realtà esistenti e alla promozione di un clima favorevole per la protezione della salute mentale delle comunità esistenti nel territorio di riferimento*"¹²³.

Rapportando lo sviluppo, avvenuto dal 1978 ad oggi, della psichiatria su una logica comunitaria e il focus della tesi, cioè i pazienti stranieri affetti da disturbi mentali, come scrive Cardamone G. e Matteini C., all'interno del panorama dei servizi territoriali attualmente, non esiste un'esperienza consolidata di rapporto tra servizi psichiatrici e diversità culturale, intendendo come tale un approccio che valuti la presa di contatto con un individuo il quale, nel rapporto con il territorio, porta la propria unicità culturale ed esistenziale. Nella presa in carico da parte dei servizi pubblici si produce un'analisi limitata delle problematiche ed una percezione poco chiara delle risorse potenzialmente attivabili¹²⁴.

¹²¹ L. Ferranini, E. Commodari, A. Fioritti, *il DSM: modelli e strumenti della psichiatria di comunità in Politiche sanitarie in psichiatria. Norme, management ed economia*, pag. 52

¹²² M. Bassi e all, *Politiche Sanitarie in Psichiatria. Norme. Management ed economia*, pag. 52

¹²³ S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 138

¹²⁴ *Ibidem*, pag. 138

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Il monitoraggio dell'attività svolta è considerato un aspetto importante per la maggior parte delle discipline mediche: in psichiatria il monitoraggio è scoraggiato e reso difficile dalla complessità dei parametri da misurare, dalla difficoltà di definire le prestazioni e dalla multidisciplinarietà dei servizi¹²⁵. Tuttavia, la convinzione a livello generale che la salute mentale rappresenta uno dei fattori principali e concorre al benessere della cittadinanza, ha promosso una serie di studi in materia.

Secondo il *World Development Report del 1993*, *i disturbi psichici nel mondo costituirebbero l'8,1% delle malattie [...] L'entità del problema sarebbe in aumento; in parte per l'incremento demografico e il crescente numero di persone che raggiungono le età più esposte a questi disturbi; in parte per l'aumento assoluto delle sindromi, prima fra tutte quelle depressive. Se queste sono le tendenze globali, frequenza, forma ed evoluzione dei singoli disturbi sembrano variare grandemente da un gruppo umano ad un altro, [...] con una frequenza tra lo 0,8 e l' 8 per mille, maggiore negli strati più poveri delle popolazioni, la "schizofrenia" sarebbe presente ovunque [...]*¹²⁶.

*"Negli Stati Uniti, il National Comorbidity Study ¹²⁷ ha riportato una prevalenza¹²⁸ per anno dello 0,5% stimando che, se la prevalenza per tutti i disturbi psichiatrici è del 25%, solo una su 50 persone con disturbi mentali di qualsiasi tipo è affetta da schizofrenia. Nonostante ciò, la schizofrenia assorbe il 2% di tutta la spesa sanitaria nei Paesi sviluppati"*¹²⁹.

E' ampiamente condivisa la convinzione che la salute mentale rappresenta uno dei fattori principali che concorre alla determinazione della salute e del benessere generale della popolazione. Nell'ultimo decennio, infatti, vari Enti internazionali hanno promosso studi inserendo la salute mentale nell'ambito generale della sanità pubblica: l'OMS, ad esempio, sta formulando nuove strategie per l'implementazione delle priorità d'azione sancite dalla "*Declaration*" di Helsinki del 2005 e dalla sua applicazione, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) sta avviando attività di ricerca per

¹²⁵ Regione del Veneto, La tutela della Salute Mentale nel Veneto. Rapporto 2010 – dati anno 2009, pag. 1

¹²⁶ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 46

¹²⁷ La National Comorbidity Survey (NCS) è stata la prima ricerca sulla salute mentale svolta su larga scala svolta negli Stati Uniti. Condotta tra il 1990 e il 1992, la classificazione dei disordini comportamentali si è basata ai criteri diagnostici del manuale DSM-III-R.

¹²⁸ Prevalenza (medicina): la prevalenza è una misura di frequenza, una formula ad uso epidemiologico mutuata dalla statistica. La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (od in un breve arco temporale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo. Fonte Wikipedia.

¹²⁹ Regione del Veneto, *op. Cit.*, pag. 4

una più puntuale analisi delle caratteristiche del fenomeno del disagio mentale, la Commissione Europea ha lanciato nel 2008 un “Patto europeo sulla salute e il benessere mentale”¹³⁰.

Diversi studi confermano la necessità di una continua lettura sulla presenza dei disturbi mentali nella popolazione: ampie e recenti revisioni della letteratura internazionale sull’epidemiologia della schizofrenia ci dicono che dovremo aspettarci circa 0,15 nuovi casi ogni 1000 abitanti per anno ed una prevalenza di circa 3,3 casi l’anno¹³¹.

In **Italia**, il primo importante studio internazionale multicentrico della WHO condotto nel 1993 sulla prevalenza di disturbi psichici nella popolazione di pazienti che si rivolgono ai medici di medicina generale, riporta che i disturbi psichiatrici erano presenti nel 12,5% dei pazienti che si erano recati in visita dal medico di base. Di questi il 4,5% presentava contemporaneamente due o più disturbi psichici diversi. Le diagnosi più frequenti sono l’ “episodio depressivo” (4,7% dei casi) e la “sindrome ansiosa generalizzata” (nel 3,7%) e risultano più frequenti tra le donne tra i 25 e i 44 anni. Solo il 21% dei soggetti con disturbi psichici si era rivolto al medico per i sintomi psicopatologici: gli altri lamentavano disturbi somatici, dolori vari e/o disturbi organici cronici¹³².

Tra 1999 e il 2000 lo studio multicentrico internazionale “*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*”, a cui l’Italia ha preso parte attraverso l’Istituto Superiore di Sanità, risulta uno dei primi studi sui disturbi mentali che abbia riguardato un ampio campione della popolazione generale adulta (oltre 4700 persone) con lo scopo di stimare la prevalenza dei disturbi depressivi, dei disturbi d’ansia e del disturbo da abuso/dipendenza da alcool. Secondo i risultati di questo studio, in Italia, il 7,3 % delle persone intervistate aveva sofferto di almeno un disturbo mentale nell’ultimo anno e il 18,6% di almeno un disturbo mentale nella vita. La prevalenza nell’ultimo anno dei disturbi d’ansia è stata del 5,1%, quella dei disturbi depressivi del 3,5%. La prevalenza nella vita dei disturbi d’ansia e dei disturbi depressivi sono risultate essere entrambe dell’11%¹³³. I tassi rilevati in Italia dallo studio sono tra i più bassi rispetto a quelli degli altri Paesi europei. Lo stesso studio ha dimostrato, inoltre, che:

¹³⁰ Ministero della salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese. Anno 2009 – 2010, pag. 94

¹³¹ Regione del Veneto, *op. Cit.*, pag. 4

¹³² *Ibidem*, pag. 4

¹³³ Ministero della Salute, *op. Cit.*, pag. 95

- le donne hanno un rischio di 2,8 volte maggiore rispetto agli uomini di soffrire di disturbi psichiatrici e, per i soli disturbi ansiosi, questo rischio è maggiore di 3,8 volte;
- tra le persone senza occupazione la prevalenza dei disturbi affettivi è 2,1 volte maggiore rispetto agli occupati;
- la percentuale di persone con un disturbo tra quelli indagati nello studio, che non ricevono alcun trattamento è dell'1,6%, percentuale inferiore rispetto alla media europea che è del 3,1%¹³⁴.

Un'ulteriore indagine, la "Multiscopo" dell'Istat relativa agli anni 2009 e 2010, evidenzia una prevalenza di disturbi mentali (classificati come "disturbi nervosi") intorno al 4,4% per la popolazione totale, percentuale che sale al 9,8% per gli ultrasessantacinquenni¹³⁵.

Un altro indicatore importante per l'analisi dei pazienti affetti da disturbi mentali è il ricovero ospedaliero: dati provenienti dal "Rapporto annuale sull'attività dei ricoveri ospedalieri 2010– dati SDO 2009", relativi ai ricoveri ordinari per disciplina, indica che in psichiatria il numero assoluto di ricoveri non è particolarmente alto 120.800, ma è particolarmente rilevante, e risulta essere tra i più elevati, il tasso di ricoveri ripetuti (41.111). Infine, in base ai dati dell'indagine Istat sull'ospedalizzazione per disturbi psichici, i Trattamenti sanitari Obbligatori (TSO) mostrano un trend in leggera crescita negli anni 2005 – 2008, passando dal 4,16% del 2005 al 4,55% nel 2008 sul totale delle dimissioni dei pazienti affetti da disturbi psichici¹³⁶.

Studi recenti mostrano che esiste un problema di sottoutilizzo, da parte di coloro che soffrono disturbi mentali comuni, dei servizi sanitari in generale e dei servizi per la salute mentale in particolare: una percentuale minima si rivolge al servizio sanitario e, fra queste, una parte consistente consulta soltanto il MMG. Dagli studi emerge un aumento dell'utilizzo di farmaci antidepressivi¹³⁷.

Per quanto riguarda il **Veneto**, gli utenti psichiatrici (di età superiore ai 17 anni residenti nel Veneto) assistiti negli ospedali e nei servizi territoriali nel 2009 sono stati 69.810, con un'età media di 51,9 anni.

¹³⁴ Regione del Veneto, *op. Cit.*, pag. 4

¹³⁵ Ministero della salute, *op. Cit.*, pag. 95

¹³⁶ *Ibidem*, pag. 96.

¹³⁷ *Ibidem*, pag. 95

L'utenza è costituita da 17,2 persone ogni mille residenti, con prevalenza del sesso femminile.

L'83% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali (secondo un trend che vede, negli ultimi anni, la diminuzione dei ricoveri degli utenti psichiatrici trattati prevalentemente nei servizi territoriali) e le patologie più frequenti sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%).

Si rileva una differenza nel rapporto tra patologie ed età: la prevalenza degli utenti con psicosi schizofreniche è massima intorno ai 50 anni, i disturbi affettivi aumentano progressivamente all'aumentare dell'età, le sindromi nevrotiche, somatoformi o con disturbi della personalità e del comportamento, tendono, invece, a ridursi con l'età.

Le modalità d'accesso ai servizi territoriali sono nel 43% avviene con invio del medico di medicina generale, negli altri casi soprattutto per richiesta del paziente medesimo o di autoinvio da parte dell'equipe curante.

Nel 2009 si sono registrate 19.481 dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere del Veneto di pazienti residenti e non residenti in Veneto. Tali dimissioni sono riferite a 14.300 persone, circa un quinto di esse ha più di un ricovero nell'anno (in media 1,4 ricoveri per utente). Si sono registrati 457 TSO (trattamenti sanitari obbligatori), pari al 4,6% dei ricoveri nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici, riferiti a 430 soggetti, 22 dei quali hanno più di un TSO del corso dell'anno¹³⁸.

I dati epidemiologici sulla salute degli immigrati riportano che la componente straniera è in aumento sul totale dei residenti rispetto agli anni precedenti¹³⁹ anche se le informazioni sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari degli stranieri residenti nel nostro Paese appaiono ancora piuttosto frammentarie e poco dettagliate a livello territoriale. Il profilo epidemiologico della popolazione immigrata sembra descrivere un quadro ancora relativamente favorevole per coloro che emigrano con un progetto lavorativo, mentre il capitale di salute risulta diverso per coloro che emigrano a causa di un ricongiungimento familiare. La salute degli immigrati incomincia a manifestare importanti eccessi di morbosità e di esiti sfavorevoli a causa delle conseguenze di condizioni di vita o di lavoro poco sicure (traumi), o di fattori di rischio propri dell'area di provenienza (malattie cosiddette di importazione, come quelle endemiche o quelle ereditarie tipiche dei Paesi

¹³⁸ Dati ricavati da: Regione del Veneto, *op. Cit.*

¹³⁹ Dati ricavati dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese – 2009 – 2010 del Ministero della Salute

d'origine) o di difficoltà incontrate nel processo assistenziale. Così come negli italiani, anche negli stranieri si riscontrano condizioni di salute meno favorevoli nelle persone con uno status sociale più basso¹⁴⁰.

Studi europei certificano un'alta incidenza di disturbi psichici non solo nelle prime generazioni di migranti, ma anche nelle seconde.

La maggioranza dei disturbi mentali riportati dagli emigranti sono di tipo polimorfo-dinamico con una grande varietà di sintomi appartenenti a categorie di malattie diverse che si alternano e si succedono nel corso della storia di malattia. Inglese e Cardamone hanno segnalato che i sintomi dell'emigrato sembrerebbero delle forme di adattamento accelerato al cambiamento ambientale che si trasformano in crisi multiple d'identità. Tali crisi obbligano l'emigrato ad assumere varie identità, senza stabilizzarsi in una determinata fisionomia. Gli autori ritengono che i disturbi mentali possono rappresentare una forma peculiare di adattamento psicologico dell'individuo all'interno di un nuovo contesto, il Paese ospite¹⁴¹.

3.3 PSICHIATRIA A PADOVA

In questo paragrafo verrà presentata l'organizzazione dei servizi psichiatrici in Veneto, così come sancita dalle normative regionali in vigore e la struttura del Dipartimento di Salute Mentale di Padova: ho ritenuto importante presentare l'organizzazione dentro al quale avviene il contatto tra la salute mentale e il paziente straniero, al fine di contestualizzare maggiormente gli argomenti presentati in questa tesi. Ritengo che, aver chiara la strutturazione del Dipartimento di Salute Mentale, permetta di comprendere il lavoro quotidiano degli operatori e in particolare di collocare all'interno di un servizio di cura specifico, i livelli d'incomprensioni, le difficoltà e la dimensione culturale presentate precedentemente e presenti nell'incontro con un paziente straniero.

¹⁴⁰ *Ibidem*

¹⁴¹ S. Inglese, G. Cardamone, *Op. Cit.*, pag. 64- 65

3.3.1 L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'organizzazione dei servizi per la Salute Mentale dell'U.L.S.S. n. 16 di Padova, così come previsto dalla normativa regionale¹⁴², è articolata a livello dipartimentale con una rete integrata di servizi, secondo la logica di psichiatria di comunità.

Per psichiatria di comunità si intende la strutturazione del Dipartimento Salute Mentale (DISM), a livello territoriale collegato con un reparto ospedaliero, attraverso il quale vengono promosse collaborazioni funzionali con tutti i numerosi soggetti coinvolti nell'ambito della salute mentale. Il DISM si pone come obiettivo lo sviluppo di nuovi scenari in grado di intercettare e dare risposta alle nuove problematiche emergenti, attraverso l'integrazione di risposte preventive, terapeutiche, riabilitative, di reinserimento sociale e i diversi ambiti di intervento in una prospettiva di promozione della salute e di prevenzione dello stigma¹⁴³.

Il DISM, istituito presso tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione tutte le attività relative alla salute mentale, presenta una struttura organizzativa complessa: i servizi che compongono il DISM e le varie attività si svolgono sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale attraverso il coinvolgimento sia di servizi puramente pubblici, sia di servizi del privato convenzionato, sia di strutture di tipo misto che erogano assistenza in ambito psichiatrico ad un determinato bacino di utenza e con la promozione delle reti informale caratterizzata dall'insieme delle relazioni (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto) che gravitano attorno ai pazienti. Il DISM comprende una o più unità operative complesse (UOC), relative ad una popolazione di 100.000 – 120.000 abitanti, possibilmente coincidente con i vari Distretti Socio Sanitari.

Il nodo centrale dell'Unità Operativa Complessa è il centro di salute mentale (CSM) nel quale vengono erogate prestazioni ambulatoriali, riabilitative e ospedaliere. Può essere considerato la sede organizzativa e punto di coordinamento di tutte le attività, sia per quanto riguarda la progettazione di programmi individualizzati a favore dei pazienti, sia per quanto riguarda l'attività di promozione e di prevenzione della salute mentale.

I programmi personalizzati vengono progettati e condivisi in sede di mini-equipe: gruppo di lavoro composto da medico psichiatra, assistente sociale, psicologo, infermiere, educatore – operatori che collaborano quotidianamente, al fine della presa in carico dei pazienti provenienti da una specifica area territoriale.

¹⁴² DGR n. 651 del 9 marzo 2010

¹⁴³ *Ibidem*

All'interno di un CSM sono presenti diversi servizi, attivabili attraverso la predisposizione di progetti individualizzati, in particolare:

- Day Hospital Territoriale che prevede l'erogazione di prestazioni diagnostico-terapeutico – riabilitative diurne a medio - breve termine.
- Centro diurno: obiettivo è la riacquisizione di un'autonomia personale e sociale, di capacità relazionali e di socializzazione attraverso attività di gruppo o individuali al fine del raggiungimento di una sufficiente autonomia personale, relazionale e sociale attraverso lo svolgimento di attività diurne con finalità terapeutico/educativo/riabilitative e propedeutiche al lavoro.
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) con funzioni di ricovero in degenza ospedaliera. E' prevista la possibilità di attivare un regime di ricovero diurno (Day Hospital) o notturno (Night Hospital).

Inoltre, in base alla normativa regionale, all'interno di ogni CSM è prevista una "linea riabilitativa" costituita da una serie di strutture residenziali e non, in cui inserire i pazienti con necessità di un progetto di tipo comunitario. L'obiettivo dell'inserimento residenziale dei pazienti con disturbi mentali consiste nella riacquisizione di autonomie personali e sociali, nel promuovere la capacità di relazionarsi e stare con gli altri, nell'acquisizione di una gestione di sé e della malattia mentale, nella capacità di rapportarsi autonomamente con l'esterno e nell'uso consapevole del tempo in un contesto protetto. In particolare sono previste strutture di diversa tipologia e si differenziano in base:

- Livello di copertura del personale sanitario e/o assistenziale;
- Livello di autonomia dei pazienti inseriti;
- Gravità della situazione psicopatologica.

Le strutture residenziali, sono luoghi di cura dove si accolgono pazienti, in base a programmi finalizzati alla cura e alla promozione di una rete di rapporti e di opportunità al fine di sviluppare una maggiore autonomia, con necessità di intervento terapeutico riabilitativo prolungato in regime di residenzialità extra ospedaliera. In particolare le strutture residenziali presenti all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale si articolano in:

- Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (C.T.R.P.) è una struttura sanitaria ad elevata intensità riabilitativa in ambiente extra ospedaliero. L'obiettivo è il recupero di potenzialità e capacità perdute nel processo psicopatologico, promuovendo in

particolare la gestione del sé e della malattia mentale. La protezione infermieristica è garantita nell'arco delle 24 ore. All'interno può essere attivo anche un centro diurno riabilitativo.

- Comunità residenziale: è una struttura sanitaria con copertura sempre nelle 24 ore finalizzata al reinserimento socio-riabilitativo. E' rivolta a persone che avendo stabilizzato la propria situazione sanitaria, necessitano di un ulteriore periodo medio-lungo di permanenza in un contesto protetto per la riacquisizione delle proprie potenzialità e capacità perse nel processo psicopatologico. All'interno della comunità vengono previsti percorsi di reinserimento sociale diurno all'esterno della struttura e a livello territoriale in vista di un successivo passaggio a strutture più autonome.
- Comunità Alloggio (C.A.) è una struttura socio-sanitaria con finalità riabilitativa, con copertura a fasce orarie (almeno 5 ore al giorno) finalizzata a promuovere la massima autonomia personale, sociale e relazionale degli ospiti.
- Gruppi Appartamento Protetti (G.A.P.) è una struttura destinata a pazienti giunti ad una fase avanzata del percorso di reinserimento sociale. L'obiettivo dell'inserimento presso i gruppi appartamento è la promozione della massima autonomia al fine di una futura sistemazione abitativa autonoma. I pazienti godono di un supporto socio-educativo limitato nel corso della giornata: tale aspetto è importante per promuovere la costruzione /ricostruzione di una rete sociale attorno agli ospiti.

Le strutture della linea riabilitativa possono essere gestite interamente dal servizio pubblico o cogestite assieme al privato sociale.

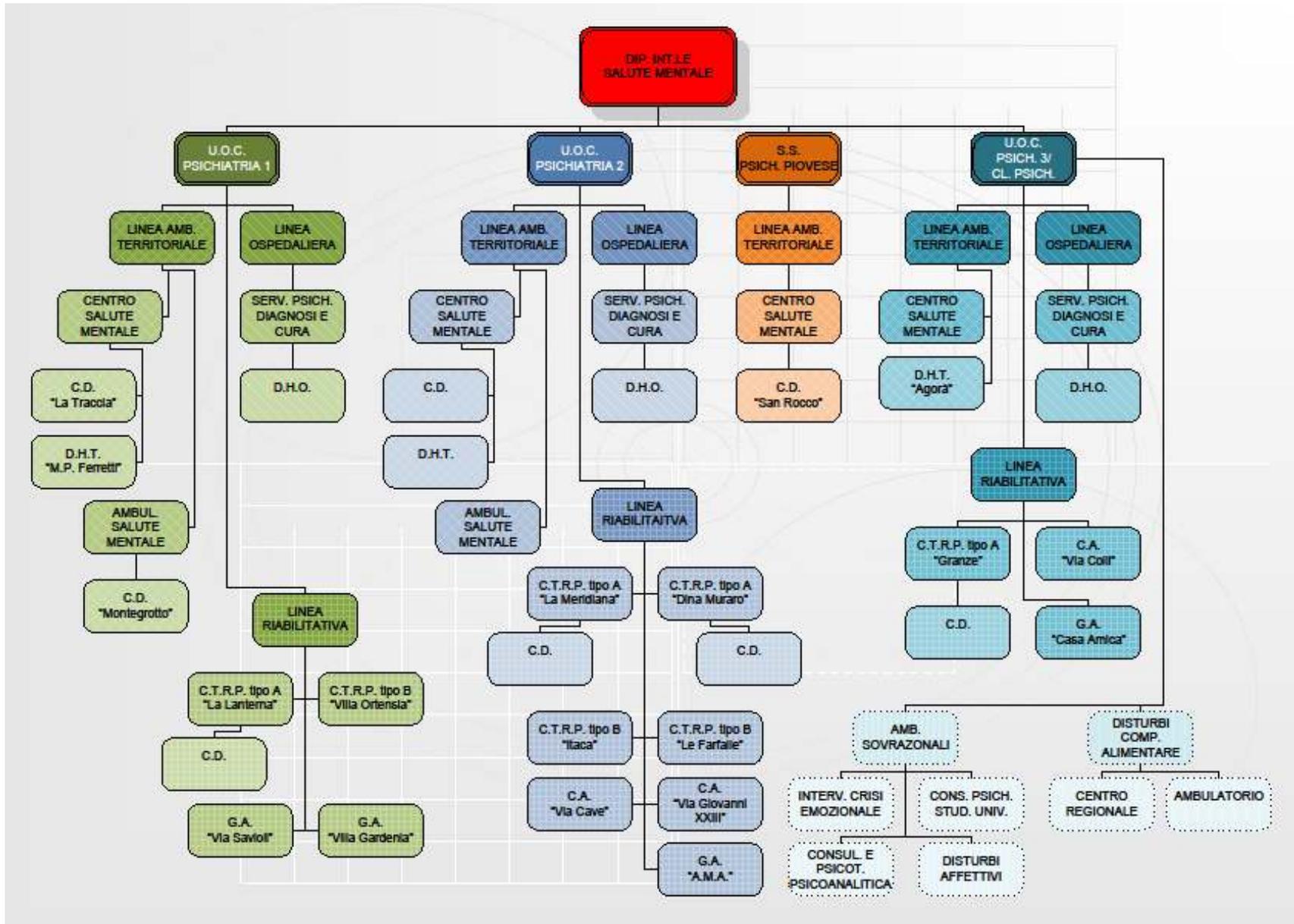
La spesa relativa all'inserimento degli ospiti nelle varie strutture riabilitative si differenzia in base alle caratteristiche del progetto individualizzato e conseguentemente al tipo di struttura in cui la persona viene inserita: se il progetto è prettamente di tipo sanitario, la quota di spesa sarà interamente a carico del bilancio sanitario, diversamente se il percorso è tipo lungo-assistenziale, la retta è suddivisa tra sanitario e sociale e prevede con una retta di compartecipazione da parte dei pazienti relativa alla quota sociale così come definito dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza¹⁴⁴.

Dalla compartecipazione sono esclusi i soggetti inseriti nelle varie strutture a totale carico sanitario prima del 31.12.2002 e coloro che in passato sono stati ospiti del "presidio manicomiale".

¹⁴⁴ D.G.R.V. n. 3972/2002 Definizione dei livelli essenziali di assistenza

Negli ultimi anni sono state attivate esperienze innovative: i Gruppi Appartamenti autonomi che consistono in appartamenti di proprietà dei pazienti, in cui più persone si uniscono e vivono insieme. Solitamente è prevista una supervisione da parte del personale privato e/o pubblico.

In particolare il Dipartimento di Salute Mentale di Padova risulta essere così strutturato:



3.3.2 LE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO: UN'ANALISI DEI DATI

In base al Rapporto 2010 sulla tutela della Salute Mentale nel Veneto - dati anno 2009 - emerge che all'interno **dell'Azienda ULSS n. 16** di Padova gli utenti psichiatrici (con età maggiore di 17 anni) che hanno usufruito sia di assistenza di tipo territoriale, sia di tipo ospedaliera, sono stati 6264 con un'età media del 50,7.

Le patologie maggiormente presenti suddivise per utenti residenti di età superiore ai 17 anni risultano: disturbi affettivi, schizofrenia e psicosi funzionale, sindromi nevrotiche e somatoformi, altri disturbi psichici (alcolismo, demenze, ritardo mentale) e disturbi di personalità e del comportamento. Le prime richieste di accesso ai servizi psichiatrici avvengono su invio del MMG del paziente, dall'utente medesimo, dall'equipe curante (auto invio), da altro medico specialista, da parenti e conoscenti, dal reparto ospedaliero, da altre strutture socio-sanitarie pubbliche e dal pronto soccorso.

Più della metà delle prestazioni è erogata dai Centri di Salute Mentale in ambulatorio o a domicilio. Circa il 5% degli utenti dei servizi territoriali ha usufruito di almeno una giornata di presenza presso strutture semiresidenziali e circa l'1,4% di almeno una giornata di presenza presso residenziali.

E' importante far emergere che una certa parte di persone non si rivolgono ai servizi perché trattate dal medico di base o in ambito privato ed in parte rimangono fuori dal sistema sanitario. Come riporta la relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto - anno 2010 - la percentuale di persone con disagio psichico che non arrivano ai servizi (*unmet need*) è diversa a seconda delle patologie: la prevalenza e l'incidenza delle malattie trattate nei servizi, dipendono in parte dalla presenza di disturbi nella popolazione generale e in parte dall'offerta di servizi socio – sanitari e dalla loro qualità. Offerta, qualità ed accessibilità determinano la capacità di attrazione dei servizi psichiatrici e la loro possibilità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni.

Nel Rapporto 2010 sulla tutela della Salute Mentale nel Veneto, per quanto riguarda l'Ulss n.16 non viene considerata come variabile di analisi la presenza di stranieri nei servizi di salute mentale.

Ritenendo importante presentare alcuni dati relativi alla presenza degli immigrati con patologie psichiatriche presso il Dipartimento di Salute Mentale di Padova ho ricavato alcuni dati dal Sistema Informativo utilizzato dal D.I.S.M. I dati sono relativi all'anno 2011 ed emerge quanto segue: il totale dei pazienti presi in carico con almeno una prestazione territoriale o un accesso in pronto soccorso risultano 7970 di cui 318 (4%) sono pazienti

extracomunitari. Il totale dei pazienti con almeno un ricovero sono 533 di cui 37 (7%) extracomunitari¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Per correttezza nella presentazione, i dati presentati non rilevano le persone per le quali non è stato possibile effettuare una identificazione: esiste quindi una parte di pazienti esclusi dal rilevamento.

PARTE SECONDA

Introduzione

Nei prossimi capitoli presenterò il contesto del servizio sociale, per comprendere un'altra dimensione con cui il paziente straniero si relaziona nell'accesso ai servizi di salute mentale.

In questa seconda parte di lavoro intendo presentare le basi concettuali e metodologiche del servizio sociale in un percorso teoria – prassi – teoria che dia rilievo alla base conoscitiva che, seppur lentamente, la disciplina del servizio sociale sta progressivamente costruendo, per verificare come la costruzione della disciplina del servizio sociale si inserisca nel rapporto con l'utente straniero presso un servizio di salute mentale. Con questa scelta espositiva avverto la necessità di stimolare la professione, quotidianamente più orientata alla prassi che alla riflessione teorica (con il rischio di ricoprire ruoli attinenti all'area amministrativa), a dedicare attenzione alle basi teoriche del servizio sociale in quanto ritengo fondamentale che uno sbilanciamento sulla teoria possa essere un elemento fondamentale anche per la costruzione e il riconoscimento di una definita identità professionale. Ciò aiuterebbe l'assistente sociale a superare la criticità di una professione che nell'instaurare processi di aiuto con "utenti complessi", come i pazienti stranieri con problematiche di salute mentale, si relaziona con altri professionisti della salute (prevalentemente psichiatri e psicologi) dotati di un sapere professionale più forte e riconosciuto.

CAPITOLO 4: IL SERVIZIO SOCIALE

In Italia, la letteratura di settore presenta ancora difficoltà a superare i nodi critici rispetto alla delimitazione di uno spazio teorico e operativo proprio del servizio sociale. Tale aspetto sembra trovare un fondamento nel fatto che il servizio sociale è contraddistinto da una situazione incerta e confusa. Fargion collega la situazione di incertezza e confusione propria del servizio sociale a due motivi principali:

- il modo in cui si è sviluppata la professione di assistente sociale;
- la difficoltà, susseguita nel corso degli anni, di ottenere un riconoscimento all'interno di un percorso formativo universitario.

Pur essendo nata in epoca fascista, la professione ha avuto un suo riconoscimento nel dopoguerra, sulla spinta di un'élite, utilizzando conoscenze teoriche elaborate all'estero e importate in Italia. Con alterne vicende, questa situazione è arrivata fino agli anni 90 quando è stata riconosciuta la formazione dell'assistente sociale in ambito universitario e nacque l'Ordine Professionale degli assistenti sociali.

Ciò ha creato la base per una maggiore legittimazione della professione dell'assistente sociale, ma il riconoscimento tardivo della professione rispetto ad altre, ha inciso negativamente sullo sviluppo di un'identità, anche teorica, forte.

Il tema dell'identità e degli ambiti teorici e metodologici del servizio sociale sono argomenti molto sentiti all'interno della comunità professionale, tanto da essere centro d'interesse e di approfondimento teorico da parte di diversi autori.

Per Fargion l'approfondimento strettamente teorico ha assunto un ruolo centrale, supportato anche da una riflessione che coinvolge chi opera sul campo. Dice l'autrice:

“il servizio sociale si muove e agisce in un ambito complesso, tra vicende ambigue o cariche di tensioni conflittuali e ogni giorno, prendendo in carico una nuova situazione, partecipando ad un tavolo di lavoro multi-professionale o promuovendo un progetto, negoziando con utenti, amministratori, politici o soggetti sociali, l'assistente sociale si trova ad un certo punto a domandarsi chi sia e che ruolo ricopra in quella specifica situazione. Si trova a chiedersi se rappresenta un agente di mantenimento o viceversa di cambiamento; a interrogarsi su come mantenere in equilibrio la propria identità di professionista dell'aiuto da una parte, e le esigenze di controllo dall'altra, senza scivolare su ruoli diversi o di 'polizia'; a domandarsi, ogni volta che si confronta con una situazione di vulnerabilità, fino a che punto i diritti della persona sono rispettati anche dall'ente a cui,

*come operatore, appartiene; in conclusione, a riflettere sul suo ruolo per trovare una strada che consenta di coniugare mandato istituzionale e mandato professionale*¹⁴⁶.

Fargion pone come nodo cruciale la definizione degli elementi centrali dell'identità e di un proprio ambito di competenza. L'autrice sottolinea l'importanza di definire i confini della professione in relazione ad altri ambiti e di delineare dei tratti professionali comuni per contrastare chi in passato e ancora in anni recenti (Flexner e Holosko) ha considerato che non è scontato considerare il servizio sociale come una professione¹⁴⁷. Neve, sul tema dell'identità della professione, afferma che se la professione non lavora su un'autorappresentazione dinamica si troverà nella condizione di subire le rappresentazioni che gli altri fanno della professione. Per Gui il servizio sociale dovrebbe tendere alla costruzione, produzione, maturazione di un soggetto professionale, espressione di una comunità di professionisti cosciente di sé, chiaramente orientata da principi e valori propri e capace di una propria originale propositività¹⁴⁸.

I vari autori fanno emergere un collegamento tra il tema dell'identità professionale e quello sulla delimitazione dei confini della professione. Abbott, a tal proposito, parla di 'professione dei confini', mentre Fargion afferma che il ruolo del servizio sociale è quello di muoversi sui confini e di attraversare i confini: l'assistente sociale ha il ruolo di mettere in comunicazione persone e risorse, collegare professionisti diversi, creare le condizioni perché mondi differenti si possano incontrare assumendo un ruolo di *broker*, mediatore e insieme amministratore di relazioni sociali da utilizzare nell'ambito della gestione della professione nelle sue differenti dimensioni.

La professione dell'assistente sociale sembra essere contraddistinta da una "debolezza" interna, dove, oltre alla difficoltà di elaborare un proprio patrimonio di conoscenze scientifiche e di teorizzazioni della pratica professionale, si colloca all'interno di un contesto lavorativo caratterizzato dall'intreccio di tre dimensioni che non facilitano l'identificazione del ruolo professionale dell'assistente sociale da chi è esterno alla professione e, talvolta, purtroppo, anche da chi vi appartiene.

Una seconda matrice di difficoltà deriva dalla mancata chiarezza tra servizio sociale e lavoro sociale. Svolgere una professione nell'area sociale non significa lavorare nel servizio sociale. Cellentani definisce il lavoro sociale come l'insieme di pratiche sociali professionali e non, operanti in un'ottica di adattamento e cambiamento di specifici "punti

¹⁴⁶ S. Fargion, *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Editore Laterza, Bari, 2009, pag. 46 - 47

¹⁴⁷ *Ibidem*, citazioni tratte da pag. 42 - 43

¹⁴⁸ L. Gui, *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci Faber, Roma, 2004, pag. 15

deboli” del tessuto sociale, il servizio sociale risulta certamente parte di questo vasto insieme¹⁴⁹. La denominazione “servizio sociale” anziché “lavoro sociale” si è riferita, fin dal sua definizione in Italia, alla necessità di distinguere l’attività dell’assistente sociale dal lavoro volontario, filantropico e dal lavoro di altre figure, genericamente denominate, “operatori sociali”, presenti nei servizi sociali, educativi, assistenziali, la cui attività viene definita “lavoro sociale”¹⁵⁰. Negli anni, come fa notare Rei *“In Italia, lo sviluppo dello Stato dei servizi ha ampliato la presenza di un arco di professioni sociali il cui elenco – non esaustivo – comprende, oltre all’assistente sociale, una varietà di figure a un non equivalente tasso di professionalismo: animatore socio-culturale, educatore professionale, psicologo, sociologo, assistente domiciliare, assistente tutelare, assistente familiare, pedagogista sociale, tecnico della riabilitazione psicosociale, operatore di comunità terapeutica e di accoglienza, operatori di asilo nido, mediatore interculturale, ecc..”*¹⁵¹. Ciò è conseguenza di una situazione che dagli anni ’90 ha visto il superamento del Welfare State dando avvio a formule di organizzazione dei servizi pubblici basata sull’inserimento di numerosi soggetti erogatori di prestazioni socio-sanitarie. Lo Stato non ha più come compito esclusivo il soddisfacimento dei bisogni delle persone (come previsto dal welfare state) in quanto ciò viene demandato ad una pluralità di soggetti, consentendo la nascita di numerose professioni con compiti nell’area del sociale¹⁵². Per meglio identificare il nuovo contesto politico - istituzionale Folgheraiter, parla di “welfare mix” per sottolineare la pluralità di attori e la pluralità dei codici culturali del benessere, la combinazione tra essi, la reticolarità del loro modo di agire e operare¹⁵³.

Considerate le difficoltà e le criticità presenti all’interno del servizio sociale mi è sembrato importante riportare la definizione di servizio sociale approvata nella Conferenza dell’International Federation of Social Work del 2000 di Montreal.

“Il servizio sociale professionale promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane, l’empowerment e la liberazione delle persone al fine di migliorarne il benessere. Utilizzando conoscenze teoriche relative al comportamento umano e ai sistemi sociali, il servizio sociale interviene nelle situazioni in cui le persone

¹⁴⁹O.Cellentani, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1995, pag. 36

¹⁵⁰ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, 2005

¹⁵¹ R. Maurizio, D. Rei (a cura di), *Professioni nel sociale*, Ega, Torino, 1991 citato in: Rei D. “Professioni Sociali” in Dal Pra Ponticelli, “Dizionario di Servizio Sociale”, Carocci, 2005, pag. 493.

¹⁵²F. Folgheraiter, *L’utente che non c’è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Edizioni Erickson, Trento, 2000, pag. 229

¹⁵³*Ibidem*, pag. 229

*interagiscono con il loro ambiente. I principi relativi ai diritti umani e alla giustizia sociale sono fondamentali per il servizio sociale*¹⁵⁴.

Nella definizione internazionale vengono delineati quali elementi importanti per una riflessione teorica i temi chiave del servizio sociale:

- a) i principi fondamentali del servizio sociale;
- b) le conoscenze teoriche del servizio sociale;
- c) la prospettiva trifocale.

4.1 PRINCIPI FONDAMENTALI DEL SERVIZIO SOCIALE

Il servizio sociale si fonda sui valori di dignità dell'uomo, della sua unicità, della sua libertà di scelta e sono alla base dei principi di rispetto e accettazione della persona, di assenza di giudizio (morale/di valore) dell'altro, di promozione dell'autonomia e della responsabilità, di individualizzazione/personalizzazione degli interventi, di rispetto e promozione della globalità della persona, di rispetto e promozione dell'uguaglianza e delle pari opportunità, di promozione dell'autodeterminazione. Dai valori e dai principi del servizio sociale derivano atteggiamenti professionali quali l'ascolto, il coinvolgimento, l'empatia: elementi che assieme alla valorizzazione delle risorse, alla promozione della solidarietà, alla promozione della giustizia e dell'equità sociale rappresentano i fondamenti etici e insieme metodologici del servizio sociale. Questi temi sono la base dell'agire professionale e trovano riscontro all'interno del codice deontologico, dove vengono esplicitati i principi e valori che orientano la professione di assistente sociale e fungono da collegamento tra teoria e pratica, concretizzandosi nelle modalità di presa in carico e di relazione d'aiuto con l'utenza e nelle modalità con cui si stabiliscono rapporti professionali con l'istituzione e con la comunità di riferimento.

La deontologia, infatti, va intesa – per gli Assistenti Sociali - soprattutto come passaggio “dai principi alla responsabilità” professionale, esercitata e sostenuta dal sapere complessivo acquisito nel percorso formativo e dalla necessità di un rinnovamento costante¹⁵⁵.

I principi e i valori contenuti nel codice deontologico possono essere descritti come delle coordinate/dei punti fermi che, in un momento storico come quello attuale caratterizzato da

¹⁵⁴ S. Fargion, *op. Cit.*, pag. VIII

¹⁵⁵ Consiglio Nazionale (a cura di), *Riflessioni sul Servizio sociale oggi*, in Rivista Assistente Sociale. La professione in Italia, n. 2/10, pag.98

fenomeni dinamici, come ad esempio la migrazione o l'instabilità economica, lavorativa e abitativa, guidano l'agire professionale.

Il codice deontologico, forse troppo poco percepito dalla comunità professionale come strumento utile nell'agire professionale, deve essere maggiormente conosciuto dai professionisti stessi: i principi e i valori rappresentano il cuore dell'identità professionale – una maggiore conoscenza e condivisione potrebbe aumentare un maggior riconoscimento della professione sia all'interno della comunità, sia all'esterno, nella società civile¹⁵⁶.

Nell'analisi dei principi fondamentali del servizio sociale il codice deontologico (il primo codice approvato risale ad ottobre 1992, quello attuale è stato approvato ed è in vigore dal 2009) ricopre un ruolo fondamentale.

E' importante presentare il legame tra l'etica e il codice deontologico che Milena Diomede Canevini riconduce a tre funzioni del codice deontologico. Il codice in particolare:

- indica i valori e orienta i comportamenti generali;
- offre strumenti interpretativi e valutativi sulla realtà, sugli atti, sui fatti, sui comportamenti;
- fornisce norme, regole per azioni personali e sociali buone e giuste.

Il tema dell'**etica** contraddistingue storicamente molte riflessioni attivate all'interno della comunità professionale e contraddistingue anche l'attuale codice deontologico. L'etica mette in relazione i principi e i valori al fine di definire una metodologia propria dell'agire professionale: i principi, espressione dei valori, orientano gli interventi professionali (metodologia adottata) sulla base degli stessi valori.

Analizzando i valori inseriti nel codice deontologico, l'articolo 5 recita che *“la professione si fonda sul valore, sulla dignità e sulla unicità delle persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie, quali libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione, nonché sulla affermazione dei principi di giustizia ed equità sociali”*.

Dall'articolo si definisce che l'elemento centrale nella professione è il riconoscimento del valore e dell'importanza di ogni soggetto. La stima e l'attenzione che il servizio sociale riserva alle persone si traduce nel rispetto e nell'accettazione della diversità dell'individuo. L'assistente sociale è impegnato a far riconoscere i diritti delle persone attraverso relazioni d'aiuto, dove le differenze tra i diversi individui vengono rilevate con sospensione del giudizio e in assenza di pregiudizi, perché la persona è un valore in sé e in quanto tale va

¹⁵⁶Commissione Etica e Deontologia professionale del Consiglio Nazionale (a cura di), *Inserito speciale Codice Deontologia*, in Rivista Assistente Sociale. La professione in Italia, n.1/2010, pagg. 25 - 52

rispettata. Proprio a questo proposito l'articolo 9 del codice recita: *“nell'esercizio delle proprie funzioni l'assistente sociale, consapevole delle proprie convinzioni e appartenenze sociali, non esprime giudizi di valore sulle persone in base ai loro comportamenti”*.

Dagli articoli emerge il valore della centralità della persona, del rispetto della dignità umana e della giustizia sociale.

Fargion scrive che il principio del rispetto della persona è strettamente collegato a un impegno per lo sviluppo di un'organizzazione sociale, in cui siano riconosciuti i diritti di tutti e in cui tutti abbiano la possibilità di realizzare le proprie potenzialità.

La dignità, oltre al rispetto della persona, include la sua accettazione e il riconoscimento della capacità di autodeterminarsi, restituendo capacità di scelta e potere alla persona stessa (*empowerment*). La concretizzazione di tali valori nel lavoro professionale si realizza attraverso l'attivazione di una relazione d'aiuto, dove l'assistente sociale, come agente di cambiamento, promuove l'instaurarsi di un rapporto fiduciario utile a determinare un cambiamento consapevole e partecipato nell'utente.

Nel processo d'aiuto, la promozione di una relazione significa accettare la persona con i suoi diversi modi di pensare, di sentire e di vivere, con modi diversi di interpretare i problemi. Con competenza professionale, l'assistente sociale dovrebbe comprendere fino in fondo la posizione riferita dall'utente, rispettando sempre la dignità umana.

L'accettazione richiede una sospensione del giudizio da parte dell'assistente sociale e la difficoltà riguarda la capacità di saper comprendere mondi completamente diversi senza alcun tipo di valutazione¹⁵⁷.

Nel servizio sociale in psichiatria capita frequentemente l'attivazione di relazioni con persone, le quali scelgono percorsi di vita e di risoluzione dei problemi diversi da quelle prospettati o ritenuti adeguati dall'equipe professionale di riferimento.

La competenza dell'assistente sociale consiste nel saper mantenere ugualmente una relazione con l'utente sulla base del riconoscimento della capacità di scelta dell'utente e dell'impossibilità di costringere una persona a compiere atti o scelte diverse da quelle prospettate dal professionista. L'assistente sociale deve accettare anche il diritto di sbagliare dell'utente. Tale aspetto consiste nel diritto all'autodeterminazione: cioè il diritto di ciascuno di fare le proprie scelte all'interno dei vincoli esistenti, o anche sfidandoli, e di non avere scavalcata la propria visione delle cose e la propria esperienza in nome di ciò che è ritenuto il “proprio bene”¹⁵⁸.

¹⁵⁷ S. Fargion, *op. cit.*, pag. 58

¹⁵⁸ *Ibidem*, pag. 59

L'articolo 11 del codice deontologico infatti afferma che: “*L’assistente sociale deve impegnare la propria competenza professionale per promuovere l’autodeterminazione degli utenti e dei clienti, la loro potenzialità e autonomia, in quanto soggetti attivi del processo di aiuto, favorendo l’instaurarsi del rapporto fiduciario, in un costante processo di valutazione*”.

Ciò significa sostenere l’utente nel proprio processo di cambiamento, promuovendo la sua partecipazione nella definizione del problema, nella scelta delle strategie da adottare per il superamento delle difficoltà, favorendo il riconoscimento delle risorse e delle potenzialità presenti nell’utente stesso.

4.2 LE CONOSCENZE TEORICHE DEL SERVIZIO SOCIALE

Il contributo delle scienze umane è fondamentale nell’esperienza del servizio sociale e ne costituisce la base teorica. Per il servizio sociale, le scienze sociali sono riferimento determinante nell’elaborazione delle ipotesi operative e di conduzione del processo di aiuto all’utenza. L’utilizzo delle conoscenze teoriche si inserisce nel servizio sociale attraverso la sequenza *prassi-teoria-prassi* che partendo dall’analisi della realtà, la confronta con la teoria e ritorna alla realtà. Secondo lo schema *prassi-teoria-prassi* nel servizio sociale, si parte dall’analisi di un problema/fenomeno evidenziato (*prassi*), lo si inserisce in una mappa di significati che si rifà alle teorie sociologiche, psicologiche, antropologiche, giuridiche, di politica sociale o al modello teorico di riferimento utilizzato così da categorizzare, generalizzare, analizzare, valutare, attribuire *sensu* e *significato* all’evento (*teoria*), si formulano ipotesi operative rispetto al problema/fenomeno evidenziato (*prassi*)¹⁵⁹.

Cellentani¹⁶⁰ individua due modalità con cui il servizio sociale utilizza le scienze umane.

Il servizio sociale individua e seleziona le conoscenze “messe a disposizione” dalle scienze umane e utilizza quelle idonee in base allo specifico progetto che l’AS intende realizzare: al centro il servizio sociale contornato da discipline tra le quali assumono un ruolo centrale la sociologia, la psicologia, l’economia, il diritto. Su questa linea, in passato, Bianchi aveva definito il servizio sociale come un “sapere complesso non autonomo” finalizzato alla pratica, di disciplina di sintesi tra elementi di conoscenze che provengono

¹⁵⁹A. Zilianti, B. Rovai, *Assistenti Sociale Professionisti*, Carocci Faber, 2007, p. 54

¹⁶⁰O. Cellentani “Manuale di metodologia per il servizio sociale” Franco Angeli, Roma, 2005, p 59 - 61

anche da scienze diverse, volta ad una operatività¹⁶¹. L'autrice riteneva fondamentale i contributi delle scienze umane nell'esperienza del servizio sociale, sia per l'elaborazione di ipotesi esplicative, sia per l'identificazione di ipotesi operative. Cristina De Robertis, negli anni '80, parlava di eclettismo teorico ritenendo che l'assistente sociale (allora chiamato operatore sociale) utilizzi dei concetti, delle griglie di analisi improntate a diverse teorie delle scienze umane, "scegliendo un modello" nella pratica a partire da un certo approccio teorico e deducendo un certo tipo di intervento applicabile in un certo tipo di situazione¹⁶².

Un secondo orientamento sostiene la necessità che l'Assistente Sociale utilizzi un modello teorico di riferimento. Per modello teorico intendiamo la costruzione di uno schema di riferimento che affonda le sue radici su una teoria generale (ad esempio la teoria generale dei sistemi) e offre la possibilità all'AS di osservare, "leggere", interpretare (codificare e decodificare) la realtà e di orientarsi nelle situazioni incontrate, utilizzando un quadro teorico più generale. Secondo Dal Pra Ponticelli* l'adesione ad un modello teorico per un AS significa avere schema generale di lettura dei problemi con funzione orientativa per la pratica, una lente teorica che aiuta a dare un senso ai fenomeni empirici. Su questa linea di pensiero si muove l'analisi di alcuni autori, quali ad esempio Campanini, che hanno tentato di costruire, a partire da teorie generali (nel caso di Campanini le teorie sistemiche relazionali) un modello teorico-pratico di riferimento per il servizio sociale.

Dal Pra Ponticelli suggerisce che la scelta e l'utilizzo di un modello teorico deve essere congruente con i principi e i valori del servizio sociale, considerando, quest'ultimi come delle linee guida che determinano la scelta (elementi presi in considerazione, ad esempio, da Campanini¹⁶³).

Per Gui, nel servizio sociale, vi è una continua e difficile ricerca di elaborazione di un unico corpus teorico – metodologico. Il servizio sociale ha attinto prevalentemente dalle teorie psicologiche e sociologiche, ma l'approccio conoscitivo e interpretativo della realtà sociale continua a intrecciarsi con il "pensiero in azione" degli operatori" e degli utenti/clienti mutuato dalla pratica professionale e dall'esperienza consolidata nei contesti operativi dei servizi¹⁶⁴.

Le considerazioni, in particolare di Gui e, in passato anche di Bianchi, riportano il fatto che le basi teoriche del servizio sociale derivano anche dalle riflessioni sulla pratica dell'assistente sociale.

¹⁶¹ *Ibidem*, pag. 58

¹⁶² C. De Robertis, *Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale*, Zanichelli, Bologna 1986, pag. 49

¹⁶³ A. Campanini, *op. cit.* pag.

¹⁶⁴ L. Gui, *op. cit.*, citazioni tratte da pag. 13 a 17

A tal proposito Gui afferma che la base teorica del servizio sociale consiste, ed è una questione ancora aperta, nel rapporto tra istanze di carattere conoscitivo e altre di carattere operativo, per l'impellente necessità di fronteggiare concrete e indifferibili domande di aiuto individuale, plurale, in definitiva "sociale". L'autore riporta che uno degli elementi caratteristici della costruzione del "sapere" del servizio sociale è basato sulla necessità di "imparare facendo" (*learning by doing*) potendo riflettere a partire dal rapporto immediato con la prassi secondo la sequenza circolare teoria – prassi – teoria (nella punteggiatura degli studiosi) o prassi – teoria – prassi (nella punteggiatura degli operatori). Il servizio sociale è una "disciplina di sintesi" che riesce ad integrare assunti di orientamenti teorici differenti in un rapporto di reciprocità continua tra teoria e prassi¹⁶⁵. Tuttavia Gui riconosce che un altro obiettivo del servizio sociale è la formazione "disciplinare", tramite la produzione di una disciplina scientifica appropriata, autonoma e legittimamente fondata.

Fargion, parlando di conoscenza basata sulla pratica e di cultura degli operatori, afferma che:

*"se si vuol fare del servizio sociale una disciplina autonoma, è essenziale sviluppare una teoria guidata dalla pratica, invece che una pratica orientata dalla teoria. Si aprono quindi nuove prospettive di ricerca mirate a studiare la pratica, migliorarne la comprensione e ricostruire il nesso tra quest'ultima ed i diversi livelli di conoscenza che vi si ritrovano"*¹⁶⁶.

Rispetto agli altri autori, Sicora¹⁶⁷ riporta una riflessione diversa sulla base teorica del servizio sociale, sottolineando i limiti insiti nell'idea stessa di oggettività scientifica, arrivando a riconoscere e a valorizzare le potenzialità di una epistemologia del servizio sociale che fa del proprio sapere pratico un punto di forza, non inferiore rispetto ad altre forme di conoscenza ritenuti più nobili.

Riassumendo i diversi autori confermano che all'interno della comunità professionale rimane ancora vivo il tema del rapporto tra teoria e prassi. Inoltre mettono in luce un rapporto problematico tra servizio sociale e scienze umane: il legame teorico del servizio sociale con altre discipline si concretizza anche a livello pratico, in quanto, come scrive Fargion nell'operatività quotidiana, l'assistente sociale si trova a dover gestire il problema dei confini.

¹⁶⁵ *Ibidem*, pag. 62

¹⁶⁶ S.Fargion, *op. cit.*, citazione tratta da pag.14.

¹⁶⁷ A. Sicora, articolo "Epistemologia del servizio sociale. Riflessività e formazione" nel periodico dell'Associazione Nazionale Assistenti Sociali -Ass.N.A.S. notizie- seminario di studio "Il sapere di servizio sociale: specificità ed autonomia di una disciplina scientifica", Lecce 2010.

Tale aspetto si concretizza nell'agire quotidiano dove il professionista vive il timore di essere spodestato dal proprio ruolo tramite un'invasione di campo da parte di altri professionisti. Questo vissuto professionale deriva e si collega al tema dell'identità professionale con il timore che una sua debolezza possa essere orientata più a difendersi che a costruire.

4.3 LA PROSPETTIVA TRIFOCALE

L'art. 6 - Titolo II del Codice deontologico, approvato e in vigore dal 2009, tra i principi enuncia: *“la professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, della comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione”*.

Il principio contenuto nell'articolo 6 indica che l'attività del servizio sociale non si rivolge esclusivamente all'individuo in difficoltà, pur rivestendo un ruolo centrale nella presa in carico, ma tiene conto sia del contesto familiare e ambientale della persona, sia delle diverse aggregazioni sociali presenti e attive nel territorio, nella prevenzione e nella risoluzione delle difficoltà dell'utente.

Al fine di raggiungere l'obiettivo espresso dall'articolo 6, cioè la riduzione dei rischi di emarginazione, nella presa in carico dell'utente, oltre all'individuo stesso devono essere progettate, organizzate, gestite e integrate più dimensioni, quella dell'individuo, quella dell'ambiente di vita/la comunità di appartenenza e quella dei servizi pubblici e privati deputati a rispondere ai bisogni dei cittadini utenti di una determinata comunità.

Per Gui la trifocalità è una caratteristica che contraddistingue il servizio sociale dalle altre discipline e professioni, avendo come oggetti di conoscenza e come dimensioni di intervento il soggetto individuale, la comunità intesa come luogo di vita e di relazioni e le forme istituzionali e organizzative dell'aiuto¹⁶⁸. In particolare l'istituzione e il servizio all'interno del quale opera l'assistente sociale, diventa luogo in cui il professionista può agire sulle politiche sociali secondo il modello di seguito schematizzato:

¹⁶⁸ L.Gui L., *op. Cit.*, pag. 13-15

LA POLITICA SOCIALE

Definisce il quadro normativo di indirizzo per attivare interventi di aiuto in strutture e servizi ed
concorre alla definizione dei processi di aiuto



IL SERVIZIO SOCIALE

Concorre al cambiamento delle politiche sociali mediante l'attivazione di flussi informativi derivanti
dalle altre dimensioni della propria attività lavorativa

Parlare di tridimensionalità significa dire che il servizio sociale si pone come punto d'intersezione tra l'utente, la struttura assistenziale e la comunità, con lo scopo di promuovere e sostenere i legami fra loro esistenti e funzionali ad un'azione di promozione sociale delle persone, dei gruppi, delle comunità, delle stesse istituzioni assistenziali tenendo sempre presente che il punto centrale del servizio sociale, così come indicato all'art. 7 tra i principi inseriti nel codice deontologico, è il riconoscimento della centralità della persona in ogni intervento,

Parlare di ottica trifocale significa dire che l'intervento deve essere sinergicamente rivolto all'individuo/famiglia, al suo contesto ambientale-sociale, cioè la comunità come fonte di risorse, ma anche talvolta di difficoltà e di problemi e alla struttura organizzativa deputata, sia a dare risposte assistenziali per prevenire, promuovere dei cambiamenti, sia a tamponare situazioni contingenti. La prospettiva trifocale indica, nella presa in carico dell'assistente sociale, la capacità di accogliere il singolo fenomeno espresso dall'utente e di collegarlo ad un contesto sociale più ampio, al fine di attivare interventi atti a superare il bisogno espresso e di promuovere azioni di prevenzione nella comunità. Tale prospettiva permette all'assistente sociale di riflettere sull'emergere di nuovi bisogni sociali o sull'evoluzione di quelli esistenti, al fine di promuovere una sensibilizzazione delle organizzazioni deputate a rispondervi attraverso l'adozione di politiche e indirizzi adeguati ai bisogni espressi dai cittadini (aspetto che tratterò nel paragrafo "servizio sociale e organizzazione").

Fargion riporta che guardando alla storia e allo sviluppo del servizio sociale si può notare come una delle sfide di questa professione sia stata proprio quella di tenere insieme queste tre dimensioni, di coniugarle e di trovare dei modi per valorizzarle, senza farsi dominare dall'una o dall'altra, anche a livello di teorie di riferimento.

Fargion, proprio nel ripercorrere la storia e lo sviluppo del servizio sociale, sottolinea il passaggio importante compiuto nella costruzione teorica del servizio sociale, attraverso l'elaborazione di modelli teorico-pratici con riferimento a teorie che si sono spostate dal considerare come oggetto di studio la persona e la sua individualità, al prevedere, come entità da conoscere, studiare, valorizzare, sia il contesto sociale (la comunità), sia il contesto organizzativo di riferimento dell'assistente sociale (l'istituzione, l'ente).

All'inizio del Novecento il servizio sociale era orientato da una prospettiva moralistica centrata sull'individuo che collocava le cause della povertà o dei disagi nell'individuo stesso. In quell'epoca il servizio sociale era orientato a teorie di impostazione psicoanalitica in una prospettiva centrata sugli individui con esclusivo lavoro sui casi (casework). Il modello più significativo utilizzato per la dimensione individuale del servizio sociale è il *problem-solving* di Pearlman, focalizzato sull'apprendimento di competenze risolutive rispetto ad un problema¹⁶⁹.

Come scrive Gui, successivamente il servizio sociale individuale ha avvertito un'ulteriore esigenza di rivedere i modelli teorici – operativi elaborati per integrarvi nuovi orientamenti teorici e sostituendo la teoria psicanalitica, profondamente criticata per la tendenza alla psicologizzazione dei problemi.

Tale discussione divenne centrale negli anni '70 e i modelli successivamente adottati subirono l'influenza delle teorie sistemiche ed ecologiste, cognitiviste, costruttiviste, umanistiche, le quali riuscivano ad integrarsi ad alcuni concetti di fondo, principi e valori irrinunciabili del servizio sociale, così esplicitati da Gui:

- l'affermazione di processi di interazione e di influenzamento reciproco tra individuo e ambiente con l'ipotesi di una "mente attiva" della persona, in grado di percepire la realtà attraverso i propri costrutti cognitivi, di ipotizzare soluzioni, di fare progetti di far fronte e di risolvere problemi esistenziali, di assumersi "compiti" e responsabilità;
- l'orientamento verso la dimensione relazionale-sistemica tra la persona, il contesto ambientale, l'organizzazione "assistenziale", l'operatore come attivatore di un sistema di aiuto, di una "rete integrata di supporti" in grado di rendere "nutritivo" il contesto;
- il ruolo dell'operatore non più come "esperto" [...], ma come professionista che si siede accanto alla persona (ad-sistere) e mettendo al suo servizio la propria capacità di ascolto, di dialogo, di "empatia", elabora con lui un progetto di soluzione

¹⁶⁹ F. Ferrario, *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, La Nuova Italia Scientifica, pag. 33

del problema e lo aiuta a realizzarlo facendogli da mediatore con le risorse istituzionali e ambientali¹⁷⁰.

La pratica dell'assistente sociale è uno sforzo continuo nel tenere insieme l'approccio individuale con la dimensione sociale e politica. Fargion riporta che l'approccio sistemico e il modello unitario tentano di armonizzare queste due dimensioni.

Fargion riporta che il modello unitario propone una ricomposizione del lavoro del servizio sociale e comporta l'abbandono di una visione dell'intervento come insieme di pratiche e dimensioni separate. Si tratta di superare la dicotomia tra individuale e sociale e quella tra riparazione e interventi promozionali e di cambiamento: la prevenzione e la promozione di cambiamenti sociali diventano infatti dimensioni intrinseche all'azione dell'assistente sociale e la caratterizzano. E' il modo in cui si interviene che porta a superare interventi puramente riparativi e permette, a partire dai problemi, di attivare processi di solidarietà e di promuovere stili di vita che hanno una funzione preventiva rispetto al disagio¹⁷¹.

4.3.1 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'UTENTE

Nell'analizzare la trifocalità del servizio sociale è indubbio che l'attenzione primaria deve essere posta all'utente, come soggetto fondamentale dell'intervento dell'assistente sociale. Così come espresso dall'art. 7 del codice deontologico, il compito dell'assistente sociale consiste nel valorizzare l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità e nel mobilitare le risorse della persona con l'obiettivo di attivare un processo di cambiamento per il superamento della situazione di criticità che, per qualche motivo, si è creata.

L'attenzione del servizio sociale sta nel credere nel valore della persona umana attraverso il riconoscimento che l'uomo è dotato di una sua dignità e, per questo, ha diritto di essere rispettato qualunque sia la sua condizione socio-economica, la sua cultura, le sue opinioni politiche, la sua fede religiosa¹⁷².

La base della trifocalità risiede nel lavoro con l'utente, sulla base dei principi e dei valori propri del servizio sociale.

¹⁷⁰ L. Gui, *op. Cit.*, pag. 559 - 60

¹⁷¹ S. Fargion, *op. cit.*, pag. 29 - 30

¹⁷² F. Dente, *il Codice deontologico come immagine della Professione*, in Rivista Assistente Sociale. La professione in Italia, n. 1/2010, pag. 25

In questo paragrafo verrà trattato il tema del rapporto tra l'assistente sociale e l'utente attraverso alcune riflessioni sugli strumenti in uso alla professione.

IL PROCESSO DI AIUTO, LA PRESA IN CARICO, LA RELAZIONE D'AIUTO

Con il termine “processo di aiuto” intendiamo un insieme articolato di azioni che strutturano l'intervento dell'assistente sociale nella dimensione del lavoro con l'utenza e del lavoro con la comunità o, meglio, con particolari settori o sezioni della comunità (associazioni e gruppi formali ed informali, famiglie singole ed aggregate, istituzioni della comunità). Secondo Ciuffi “il processo di aiuto è l'intervento professionale del servizio sociale che si sviluppa nel tempo secondo una sequenza logica, articolata in fasi, con l'obiettivo di promuovere e sostenere un cambiamento pianificato in una situazione di squilibrio fra bisogni ed aspirazioni da un lato e competenze ed opportunità dall'altro, nell'ambito del rapporto fra le persone, il loro contesto di vita e l'organizzazione sociale, che un individuo, una famiglia, un gruppo, una comunità avverte come problematica e desidera modificare”¹⁷³. Una prima semplificazione ci consente di definire il processo di aiuto come l'intervento professionale del servizio sociale e ci permette, con un lessico tecnico e appropriato, di dare un nome a quell'insieme di attività che l'assistente sociale mette in atto per e con l'utenza, con e per alcuni settori della comunità, attraverso le seguenti fasi: fase descrittiva/conoscitiva, fase valutativa/decisionale, fase attuativa con momenti di verifica in itinere, fase di verifica al termine dell'intervento e la fase di conclusione dell'intervento.

“Prendere in carico significa definire e programmare un processo di aiuto con e per i cittadini [...] si tratta quindi di un processo che si traduce in un progetto condiviso e concordato con le persone coinvolte e interessate, che ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche se residue, dei soggetti coinvolti”¹⁷⁴.

Come emerge dalla definizione con i termini “condiviso e concordato con le persone”, la presa in carico presuppone la costruzione di una relazione di fiducia tra operatore e utente. Relazione e fiducia: termini che già orientano il processo d'aiuto con un utente.

La relazione d'aiuto è lo spazio fiduciario tra assistente sociale e utente, una relazione che, attraverso la sua costruzione, consente all'utente di “consegnare pezzi importanti della propria vita”. Privato dello spazio relazionale, l'intervento del servizio

¹⁷³ L. Ciuffi, *Il processo di aiuto*, in Dal Pra Ponticelli (a cura di) “Dizionario di servizio sociale”, *op. Cit.*

¹⁷⁴ A. Abburrà, *Presa in carico*, in M. dal Pra Ponticelli (a cura di), *op. Cit.*, pag. 454 - 458

sociale si riduce all'erogazione della prestazione o alla negazione della stessa e non innesta l'avvio di un processo di cambiamento, necessario al fronteggiamento/superamento della criticità della situazione¹⁷⁵. La relazione d'aiuto è quel rapporto interpersonale che intercorre tra l'assistente sociale e l'utente/cliente/paziente e, secondo alcuni autori costituisce un aspetto fondamentale del processo di aiuto e può essere un elemento determinante nella costruzione di un contesto collaborativo con la persona¹⁷⁶. Ziliani e Rovai definiscono la **qualità** della relazione che si crea sulla base dell'incontro tra assistente sociale / utente l'elemento **portante e più significativo** per determinare un processo di intervento efficace. *“La relazione d'aiuto può essere considerata addirittura l'elemento portante della prassi operativa del lavoro sociale. Deve diventare l'ambiente psicologico entro cui si svolge il processo di aiuto e di cambiamento, uno spazio relazionale in cui la persona si deve sentire accettata con i suoi limiti, le sue fragilità, la sua unicità e globalità”*¹⁷⁷.

Per Ferrario la relazione costituisce un canale del processo che favorisce lo sviluppo della persona e la soluzione dei problemi; un ponte, attraverso cui l'operatore si gioca la capacità di studio, la valutazione e la presa in carico¹⁷⁸. Sempre per l'autrice le relazioni che l'assistente sociale intesse sono:

- **Dialogiche:** è l'ambito in cui due soggetti si parlano. La persona ha bisogno di parlare della propria visione e *“in questo dialogo la realtà cognitiva della persona con i suoi elementi culturali, valoriali ed operativi deve essere accettata così com'è per non incidere sulla dignità”*¹⁷⁹. Nella relazione si può studiare la situazione per conoscerla, chiarire all'utente le difficoltà e formulare una risposta, oppure si può accompagnare la persona nella revisione della sua realtà, aiutandola a raccogliere e connettere elementi, considerando le sue idee per definire gli obiettivi;
- **Abilitanti:** sono i rapporti di scambio, non unilaterali, orientati all'obiettivo di favorire la crescita di capacità operative del soggetto. In queste relazioni l'assistente sociale mette in atto azioni di rinforzo sulle capacità e di richiamo alle risorse personali e/o ambientali. In particolare nella relazione con l'utente riconosce e fa riconoscere che cosa la persona ha fatto, sa fare, favorendo prese di coscienza sui punti di forza, siano esse capacità proprie, opportunità

¹⁷⁵ S. Oletto, slides dalle lezioni di metodologia del servizio sociale 1, anno accademico 2012-13.

¹⁷⁶ A. Campanini, *op. Cit.* pag. 142

¹⁷⁷ A. Ziliani, B. Ravai, *op. Cit.*, p. 49 - 50

¹⁷⁸ F. Ferrario, *op. Cit.*, pag. 102

¹⁷⁹ *Ibidem*, pag. 115

ambientali o nodi affettivi e/o aiuto; incoraggia ad esprimere le difficoltà o i fatti positivi non ancora espressi; informa su quanto esiste, talvolta individua risorse esterne, insegna le strategie per mettere a frutto le risorse individuali e ne favorisce un collegamento tra tutte queste dimensioni.

Anche il termine fiducia risulta avere particolare rilevanza tra il servizio sociale e l'utente infatti la costruzione di una relazione d'aiuto dipende dalla capacità di riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia reciproco tra operatore e utente.

Definito che i presupposti per una presa in carico sono la relazione e la fiducia, presenterò, a livello operativo, i momenti e gli aspetti fondamentali per la costruzione di un processo d'aiuto con l'utente, per poi riprendere il tema della presa in carico.

Nel processo di aiuto, nella fase descrittiva/conoscitiva risultano rilevanti i seguenti aspetti:

a) I PRIMI CONTATTI

I primi contatti con l'utente sono importanti perché segnano l'andamento della relazione d'aiuto: ad esempio l'assistente sociale in un centro di salute mentale inizialmente, deve saper favorire e promuovere le situazioni di aggancio dell'utente tramite piccoli e semplici momenti di incontro, anche con un semplice saluto. Fondamentale è il contatto iniziale caratterizzato da una vicinanza tra operatore e utente tramite rapporti definiti da micro obiettivi concordati e piccoli interventi di breve periodo.

In questa prima fase nel rapporto tra servizio sociale e utente il tema dell'accoglienza diventa significativo: la persona è portavoce di uno squilibrio, di una sofferenza che l'operatore deve saper ascoltare e comprendere per definire una relazione d'aiuto. Improntare un rapporto di vicinanza con l'utente per favorire l'espressione del bisogno al fine di favorire, all'interno di un processo di cambiamento, la soddisfazione del bisogno stesso.

“Lo scambio comunicativo tra i due soggetti lascerà prevalere l'attenzione a stabilire un rapporto comunicativo, privilegiando l'obiettivo di accogliere, sia per creare un'atmosfera relazionale che predisponga la persona ad esplorare la sua realtà sia in considerazione di quanto sta sotto la punta dell'iceberg della richiesta: in un momento di inadeguatezza, essa ha bisogno di essere ricevuta con calore, in modo da preservare e rinforzare il livello di autostima, inciso dalla necessità di chiedere aiuto”¹⁸⁰.

¹⁸⁰ *Ibidem*, pag. 143

b) CONOSCERE L'UTENTE

Per la costruzione di una relazione di fiducia è importante conoscere il soggetto, il suo mondo e le sue risorse: ad esempio l'esordio della malattia è preceduto da vari segnali intercorsi in un periodo di tempo più o meno lungo, provocando l'adozione di comportamenti più o meno adeguati, incidendo nella storia personale dell'utente. Quest'ultimo può avere già avuto in passato esperienze di presa in carico presso un servizio di salute mentale con esiti positivi o fallimentari

Per favorire un'alleanza tra operatore e utente, è importante nei primi contatti iniziali tenere presente la storia vissuta dall'utente in particolare i fallimenti: le esperienze negative potrebbero incidere sull'immagine e sulla fiducia verso sé stessi. Per evitare un'interruzione della relazione d'aiuto è importante, soprattutto all'inizio, nella predisposizione di un progetto individualizzato concordare interventi in cui si prevede un esito positivo, utile a valorizzare la persona e le proprie risorse e a promuovere l'autodeterminazione e l'empowerment dell'utente.

c) LA RELAZIONE TRA OPERATORE E UTENTE

La relazione tra utente e assistente sociale si connota come relazione asimmetrica e *“si caratterizza per gli aspetti tipici di ogni rapporto nel quale un soggetto chiede qualcosa di importante per sé o per una terza persona a chi si presuppone possieda risposte valide per le proprie richieste.”*¹⁸¹ Come fanno notare Ziliani e Ravai *“la relazione d'aiuto nasce da una domanda che è l'espressione di un bisogno non soddisfatto. Generalmente le persone richiedono aiuto perché la loro capacità di risolvere i problemi è venuta meno, perché afflitte dall'ansia e/o dall'insufficiente lucidità di analisi della situazione, perché non hanno risorse a disposizione, oppure non hanno la possibilità di confrontarsi con nessuno rispetto al problema da risolvere”*¹⁸². Si tratta, quindi, di una relazione indotta da un bisogno, finalizzata al fronteggiamento del bisogno e/o al cambiamento di una situazione di difficoltà, una relazione che non si attiva spontaneamente in cui una parte dell'attività professionale dell'assistente sociale diventa utile e utilizzabile in funzione dell'obiettivo, solo se si trasforma in relazione positiva per l'utente (e per l'assistente sociale stesso). Per questo la relazione d'aiuto va creata e sostenuta.

¹⁸¹ *Ibidem*

¹⁸² A. Ziliani, B. Ravai, *op. Cit.*, p. 48

Nella relazione d'aiuto, il professionista è l'esperto, e il rapporto che si stabilisce tra l'assistente sociale e l'utente è sbilanciato in termini di potere: da una parte l'assistente sociale esperto del sistema dei servizi, dei processi di presa in carico delle problematiche che vengono considerate, dall'altro la persona, interprete di una situazione-problema, in possesso di strategie operative, deboli e perdenti. Questa asimmetria è legata ad un compito di guida e controllo del processo che l'assistente sociale deve assumere: al fine di produrre un'alleanza operativa pur mantenendo l'asimmetria risulta utile chiarire il contesto relazionale.

Nella relazione d'aiuto, l'utente sentendosi in una situazione di disequilibrio può attivare atteggiamenti di delega sia delle azioni proprie del progetto individualizzato, sia delle responsabilità ad esso collegate. D'altro lato l'assistente sociale, nel proprio agire professionale potrebbe assumersi dei compiti in sostituzione all'utente, negando il proprio compito di favorire l'assunzione di un ruolo attivo dell'utente all'interno di un processo di cambiamento. Per l'assistente sociale tale rischio è dovuto al fatto che, nella relazione d'aiuto, lavora con persone aventi ridotte capacità di autonomia personale, relazionale e sociale, se non in situazione, come gli utenti afferenti ad un servizio psichiatrico, in cui la patologia mentale ha gravemente compromesso le abilità e le risorse. Difficoltà che si possono acuire con utenti provenienti da contesti di vita culturale differente, in quanto la diversità di modelli di riferimento rende maggiormente difficoltosa la capacità di instaurare una relazione di fiducia e l'opportunità, da parte dell'operatore, di saper di esplorare mondi diversi.

In ambito psichiatrico la relazione risulta essere uno strumento di cura importante: solo attraverso la capacità di stabilire una alleanza con il paziente è ipotizzabile una *compliance* terapeutica e una coprogettazione di un progetto socio-riabilitativo.

Il professionista è, tuttavia, consapevole che, nella relazione d'aiuto l'utente ha il potere di non accettare l'aiuto: tale aspetto è molto presente nelle relazioni con gli utenti affetti da disabilità psichiatrica, dove la paura nell'attivazione di processi di cambiamento o la mancanza di consapevolezza di malattia o il timore dello stigma, inducono la persona a non aderire ai percorsi ipotizzati.

Una relazione d'aiuto di fiducia tra assistente sociale e utente, con le caratteristiche prima descritte, è la base per poter iniziare a progettare con l'utente un processo di aiuto e attuare la presa in carico della situazione problematica: un processo che si traduce in un progetto condiviso e concordato con le persone coinvolte e interessate, e che, in ambito

psichiatrico, ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche se residue, dei soggetti coinvolti.

Come emerge, la relazione d'aiuto caratterizza l'intero processo di aiuto: attraverso di essa si definiscono gli obiettivi di cambiamento (fase valutativo-decisionale) e si condivide e attiva un progetto individualizzato con l'utente (fase attuativa). Se il rapporto tra operatore e utente si basa su una relazione di fiducia, l'assistente sociale è riconosciuto come punto di riferimento.

Il processo di aiuto è caratterizzato da una sequenza logica e coerente di fasi e di azioni collegate l'una all'altra e tendenti ad un obiettivo: l'evoluzione positiva della situazione dell'utente.

Le fasi di un processo di aiuto, caratterizzate da termini come gradualità, mancanza di linearità, un'ottica evolutiva, possono essere così riassunte:

1. *Individuazione del problema sociale o della domanda* (fase descrittiva-conoscitiva) riconducibile ai primi incontri con l'utente;
2. *Analisi della situazione* (fase descrittiva-conoscitiva) è la fase della conoscenza reciproca tra operatore e utente attraverso la raccolta di tutte le informazioni utili a definire il campo di analisi. Nell'analisi dell'utente affetto da disturbi mentali diventa importante il racconto della propria storia personale e familiare, la quale può avvenire nel momento in cui si è instaurato un rapporto di fiducia con la persona;
3. *Valutazione preliminare e valutazione operativa* (fase valutativo-decisionale): dopo la raccolta delle informazioni, l'assistente sociale formula delle ipotesi che mettono in relazione i vari elementi (personali, familiari, ambientali, sociali, relazionali, etc.) al fine di redigere delle ipotesi di progetto da proporre e discutere assieme all'utente. L'utente di un servizio psichiatrico, in questa fase riveste un ruolo importante, perché nonostante le difficoltà derivanti dalla patologia di cui soffre, deve confrontarsi con la propria motivazione al cambiamento, con le proprie abilità e i propri limiti, con la propria storia personale spesso caratterizzata da eventi negativi: è una fase in cui potrebbero manifestarsi sintomi di acuzie psicopatologica collegati alla patologia. Per tale aspetto è importante la condivisione nell'equipe multiprofessionale di tutte le fasi della presa in carico e dei contenuti relazionali tra operatore e utente per la gestione della presa incarico.

4. *Elaborazione di un progetto d'intervento* (fase valutativo-decisionale); è il risultato della definizione degli obiettivi di cambiamento, attraverso la negoziazione e la mediazione tra operatore e utente. In tale fase viene identificato il campo d'azione, gli obiettivi generali e specifici, le azioni da compiere e le strategie di fronteggiamento di particolari situazioni, gli strumenti in campo per la realizzazione del progetto, il tempo e il luogo. Tale fase si concretizza con la realizzazione di un contratto: quest'ultimo è uno strumento utilizzato nell'agire professionale con l'utente e serve a stabilire, in maniera chiara e precisa, gli obiettivi di cambiamento da raggiungere, i mezzi che saranno utilizzati per farlo, il piano di lavoro e la sua durata. In contratto permette, così, all'istituzione, all'operatore sociale e al cliente, di confrontare i rispettivi progetti, di adeguare le loro attese e i loro desideri e di confrontarli con ciò che è realisticamente possibile raggiungere¹⁸³. Il contratto può essere definito un accordo, un impegno tra le parti. Lo strumento del contratto è molto rilevante nei progetti individualizzati realizzati con le persone con disturbi mentali perché permette una partecipazione attiva al loro processo di cambiamento, sancisce l'assunzione di un ruolo di responsabilità. Così l'utente riveste il ruolo di attore principale della propria storia e del processo di cambiamento dove, attraverso la condivisione con gli operatori, quest'ultimi diventano dei "supporti" rispetto alla necessità di rileggere e ridefinire il significato del progetto attraverso un monitoraggio costante degli interventi compiuti. L'operatore aiuta l'utente ad aiutarsi attraverso la chiarezza e la trasparenza degli obiettivi da lui stesso condivisi e sottoscritti.

Come scrive De Robertis, *"il contratto deve preservare una relativa flessibilità per adattarsi alle situazioni che mutuano o che non sono chiare dall'inizio [...] è prodotto da una riflessione, da una trattativa e da una presa di decisione partecipata [...] riveste una funzione educativa, poiché stimola l'organizzazione cognitiva e le capacità autorisolutive"*.

Nella definizione di un progetto così come nella stesura di un contratto è importante costruire un progetto realizzabile cioè adeguato alle reali capacità e risorse dell'utente. Nel centro di salute mentale gli utenti sono già significativamente provati da storie fallimentari: compito dell'operatore è accompagnare l'utente verso mete raggiungibili anche se, molto spesso

¹⁸³C. De Robertis, *op. Cit.*, pag. 115

l'immagine di sé stesso dell'utente non rispecchia chiaramente le sue reali capacità.

5. *Realizzazione/attivazione del progetto (fase attuativa)*: è la fase del compito. Ferrario riporta che nella relazione di aiuto che lega l'assistente sociale e la persona può essere considerata come un complesso percorso di compito, in quanto ispirata alla concretezza e alla trasformazione¹⁸⁴.

Può essere definita come la fase in cui gli attori principali sono orientati verso la realizzazione di un compito: l'assistente sociale utilizza gli strumenti propri della professione per sostenere il "fare" dell'utente; quest'ultimo dovrà compiere delle azioni condivise e inserite nel contratto sottoscritto.

6. *Fase conclusiva*: valutazione dei risultati e chiusura dell'azione.

La valutazione è parte integrante della vita, un'azione che svolgiamo più volte nel corso della giornata e risulta necessaria per affrontare la vita. Nel lavoro dell'assistente sociale la valutazione assume il significato del "parere professionale" necessario a fondare il senso e la coerenza degli interventi. Risulta fondamentale una sospensione del giudizio in quanto la valutazione viene effettuata sul fare e non sull'essere. La valutazione è un momento importante e trasversale durante tutto l'interno processo d'aiuto: fin dai primi contatti, nella definizione degli obiettivi di cambiamento e nell'elaborazione di un progetto ex ante, in itinere ed ex post.

Nella valutazione si osservano e registrano i segnali e i feedback al fine di monitorare l'andamento. De Robertis definisce la valutazione *"il procedimento dell'operatore sociale che, di fronte alla situazione del cliente, cerca di conoscere, di comprendere, di agire in funzione di ipotesi di lavoro e di misurare via via il cammino percorso"*. Anche nella valutazione il contratto è uno strumento rilevante perché, oltre a mobilitare al massimo l'interessato nella risoluzione dei suoi problemi, permette di misurare il cammino percorso, gli scopi raggiunti, i cambiamenti prodotti.

De Robertis traccia alcune caratteristiche della valutazione: quest'ultima è centrata sulle difficoltà da risolvere, è un processo continuo e dinamico, è sempre provvisoria, è un processo soggettivo dell'operatore sociale, è un procedimento ideologico e va condivisa con l'utente.

¹⁸⁴ F. Ferrario, *op. Cit.*, pag. 187

Il processo di valutazione coinvolge profondamente l'assistente sociale e avviene all'interno di una relazione d'aiuto con l'utente. E' una fase delicata dove sia valutatore, sia valutato possono vivere tale momento con difficoltà: l'utente può sentirsi giudicato e controllato, l'assistente sociale può avere sensazioni di intrusività, inadeguatezza. Per superare l'empasse che può nascere durante un processo valutativo è fondamentale essere chiari e trasparenti, condividere con tutti gli stakeholders in particolare con l'utente in base a criteri il più possibili omogenei anche rispetto alle esperienze passate. All'interno del centro di salute mentale grande importanza viene attribuita alla valutazione dei percorsi: nella presa in carico dell'utente vengono individuati continuamente degli spazi temporali utili a monitorare l'andamento del progetto attivato.

La **chiusura** di un progetto o comunque la definizione di un tempo preciso in cui realizzare gli obiettivi del processo di aiuto risulta fondamentale per non alimentare l'"effetto delega" delle responsabilità proprie dell'utente nei confronti dell'operatore o dei servizi. Questo rischio è particolarmente presente negli utenti in carico da anni al servizio psichiatrico: i servizi rischiano di assumere un ruolo di *maternage* rafforzando la totale delega dell'utente, da parte dei familiari, ai servizi. La definizione di un tempo preciso permette alle persone con monitorare a propria capacità di *empowerment* di poter realizzare obiettivi di autonomia in base alle proprie reali capacità.

Attraverso la relazione d'aiuto, il lavoro dell'assistente sociale con l'utente si concretizza nell'attivazione di processi evolutivi con l'obiettivo il cambiamento, come risposta alla situazione di criticità venutasi a creare nella persona. Tale processo si attua con la realizzazione di progetti individualizzati.

COSTRUIRE PROGETTI INDIVIDUALIZZATI

Nella dimensione con l'utente, l'assistente sociale realizza progetti personalizzati aderenti alle caratteristiche dell'utente stesso, tramite la capacità professionale di costruire una relazione di condivisione di obiettivi accettati dall'utente. In questa dimensione anche il sapere dell'individuo diventa una risorsa essenziale per la creazione di un progetto condiviso. A tal proposito Fargion riporta che il professionista non è più ritenuto colui che

“sa” e che deve prendere delle decisioni, bensì un consulente che mette il suo sapere a disposizione dell’utente. L’esperto, cioè l’assistente sociale, è soprattutto qualcuno in grado di dialogare con saperi diversi, anche con quelli derivanti da culture differenti, da riconoscere e valorizzare, con la conoscenza dei problemi che l’operatore sviluppa nello sperimentare, nel lavoro quotidiano, i problemi stessi. Rilevante è l’acquisizione sistematica di elementi di conoscenza sull’esperienza soggettiva di chi si rivolge o potrebbe rivolgersi ai servizi, anche tramite l’esplorazione delle percezioni di chi entra in contatto con i servizi nella posizione di utente¹⁸⁵.

In un centro di salute mentale risulta importante avere una conoscenza del funzionamento e delle caratteristiche del disturbo di cui l’utente è affetto. Tale aspetto permette al professionista di saper fronteggiare, con strumenti adeguati, l’incontro con persone con pensieri “deliranti” e/o con l’uso di innumerevoli rituali, con discorsi a contenuto ripetitivo e/o poco reale, con comportamenti passivi e/o senza una minima socializzazione verso l’esterno, con manifestazioni anche improvvise di aggressività verbale e/o fisica, con numerose paure o timori all’iniziare qualsiasi attività, anche semplice e con la preoccupazione di assumere anche minime responsabilità, perché spaventati dal raggiungimento di una propria autonomia. Spesso l’assistente sociale deve saper interagire con utenti senza consapevolezza di malattia.

La costruzione di un progetto socio- assistenziale individualizzato avviene attivando la metodologia della progettazione partecipata, che consiste nel coinvolgimento dell’utente in ogni fase del percorso, in quanto attore principale del proprio cambiamento.

La partecipazione al percorso dell’utente avviene attraverso un’analisi congiunta tra assistente sociale e utente dei seguenti indicatori: grado di autonomia, abilità e limiti presenti, aspettative rispetto la propria vita e potenzialità da sviluppare. Attraverso un lungo percorso di condivisione tra assistente sociale e utente si costruiscono delle soluzioni flessibili e creative in grado di favorire un percorso di cambiamento positivo nella persona.

Un progetto individualizzato non è, quindi, un processo lineare tipo diagnosi – cura, ma è il risultato tra una circolarità di pensieri – azioni – soggetti in continua ridefinizione.

Al fine di predisporre progetti personalizzati aderenti alla realtà, risulta fondamentale, nei colloqui con l’utente, prevedere e discutere insieme sulla possibilità di incorrere in intoppi o in difficoltà e cercare di dare un iniziale significato a queste eventualità. A volte l’utente non riesce ad immaginare questa possibilità, perché,

¹⁸⁵ S. Fargion, *op. Cit.*, pag.165 - 166

considerato il supporto del servizio sociale, si sente "protetto" e pensa che nessuna difficoltà possa inserirsi nel suo percorso. A tal fine è importante identificare, fin da subito, delle strategie di fronteggiamento per rafforzare il potere di autodeterminarsi dell'utente.

Il ruolo dell'assistenza sociale, nella costruzione di un progetto individualizzato, consiste quindi nell'individuare le reali esigenze sociali dell'utente per promuovere le risorse personali, del territorio, previdenziali o assistenziali, al fine di ridurre le esperienze fallimentari che possono incidere negativamente sul benessere della persona stessa. Particolarmente importanti risultano i colloqui di supporto, di sostegno e di motivazione che si svolgono ex ante e in itinere di un progetto individualizzato.

Nella predisposizione di un progetto personalizzato l'operatore deve confrontarsi con le aspettative dell'utente rispetto al proprio futuro: in un servizio psichiatrico, ad esempio, gli utenti, che quotidianamente l'assistente sociale incontra, non hanno consapevolezza di malattia e vedono la propria realtà in modo distorto. A volte anche i familiari stessi esprimono aspettative lungimiranti rispetto al futuro dei familiari, non rilevando i limiti effettivi dei propri parenti. Ruolo importante dell'assistente sociale e dell'equipe di presa in carico nella definizione di un progetto, consiste nel dare un senso diverso alle aspettative, sia attraverso interventi mirati con l'utente, sia con i familiari di riferimento. Per l'operatore, avere il sostegno delle persone di riferimento al fine di inviare "messaggi univoci" da parte di tutti i nodi della rete relazionale dell'utente, aiuta e promuove una maggiore *compliance* e adesione della persona al progetto. Per questo aspetto è importante il lavoro svolto dall'assistente sociale con le famiglie, al fine di progettare un programma socio assistenziale adeguato alle reali abilità dell'utente.

IL COLLOQUIO

Nel rapporto tra servizio sociale e utente, il colloquio è, tra gli strumenti a disposizione della professione, quello maggiormente utilizzato.

Nell'operatore, il colloquio permette l'apertura di uno spazio mentale attraverso l'organizzazione di un tempo e di un contesto (setting fisico e mentale) in assenza di atteggiamenti giudicanti.

Per l'utente, invece, accettare un colloquio significa aver una minima consapevolezza di un momento di crisi: *"la dove il soggetto si muove autonomamente e chiede un colloquio per rivolgerci la sua richiesta di aiuto, ha sicuramente raggiunto un certo livello di consapevolezza rispetto alla necessità di essere aiutato, anche se può non*

*avere una chiara conoscenza del suo problema e di come vuole essere aiutato. Oltre ad indicarci che, almeno in parte, è motivato ad affrontare la sua situazione*¹⁸⁶.

Il colloquio rappresenta uno strumento operativo “carico di peso”: all’interno di un centro di salute mentale, l’assistente sociale deve saper “pesare” l’uso delle parole, ad esempio l’espressione paura o timore sortiscono sempre un certo effetto negli utenti e capita che, durante un colloquio, si avvia una negoziazione sull’uso dei termini per favorire una maggiore comprensione.

Infatti, nel colloquio, attraverso la comunicazione, verbale e non verbale, manifesta o latente, si cerca di comprendere ciò che l’altro e noi vogliamo comunicare. Si tratta prima di tutto di individuare un *codice* comunicativo attraverso il quale poter comprendere e potersi comprendere, poter ascoltare e potersi ascoltare¹⁸⁷.

Analizzando la definizione di O. Cellentani emergono tre termini chiave: codice comunicativo, comprendere e ascoltare.

Ascoltare non significa solo memorizzare i contenuti del colloquio, ma saper cogliere gli aspetti emotivi contenuti nel colloquio e saper cogliere le risonanze interiori che l’operatore sente quando incontra l’utente.

Comprendere e ascoltare attraverso la capacità di riuscire ad entrare in empatia con l’utente, tramite la comprensione del mondo dell’altro e degli aspetti emotivi al di là delle parole. Nel colloquio è importante saper ascoltare, ma anche saper accogliere, attraverso l’accettazione dell’altro e la capacità di saper favorire l’espressione comunicativa dell’utente.

Il colloquio è un ascolto riflessivo tra la complessità dei processi comunicativi: ognuno di noi è dotato di uno schema di riferimento costruito sulla base delle esperienze, delle conoscenze, degli affetti vissuti dalla persona, che si traducono nelle modalità in cui l’individuo pensa, agisce e comunica. Durante il colloquio, quindi, si intrecciano schemi di riferimento diversi, quello dell’operatore e quello dell’utente.

Concludendo il colloquio si pone come strumento utile al fine di ripristinare un equilibrio nella vita delle persone: la rottura, il fallimento, i sintomi della malattia, la dimensione personale e sociale, sono tutti pezzi che devono essere collegati attraverso un processo comunicativo.

Il colloquio con un utente affetto da disturbi mentali presenta i seguenti elementi distintivi: chiarezza e trasparenza, informare, consigliare e saper confrontarsi.

¹⁸⁶ O. Cellentani, *op. Cit.*, pag. 144

¹⁸⁷ *Ibidem*, pag. 133

4.3.2 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'AMBIENTE

La dimensione comunitaria è riconosciuta come parte fondamentale per lo sviluppo del benessere della collettività a livello giuridico - amministrativo, attraverso il riconoscimento del principio di sussidiarietà nella modifica del titolo V della Costituzione, nella legge 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, dove, nel promuovere il welfare locale, accentua la sua dimensione comunitaria e nel codice deontologico all'art. 6 dove *“la professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire e affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione”*.

Per analizzare la “caratteristica comunitaria” della prospettiva trifocale, propria del servizio sociale, dopo aver riportato la centralità di questa dimensione anche a livello legislativo, proseguo richiamando, prima, una riflessione di Tonon circa le caratteristiche sociali attuali del territorio e, successivamente, la definizione di presa in carico comunitaria elaborata da Franco Vernò, inserita nel dizionario di Servizio Sociale.

Tonon afferma che il rapporto tra il territorio e le persone che vi abitano viene considerato “debole”, perché, nel corso degli anni, sono venuti a mancare i rapporti di prossimità, il ruolo e l'aiuto possibile da parte del vicinato, che, di contro, esercita una funzione di controllo sociale. Si insiste sulla solitudine delle persone, sull'uso del territorio “geografico” come luogo in cui si “dorme” e si vive senza avere e/o cercare legami significativi, con una prevalenza di sentimenti di indifferenza e di diffidenza¹⁸⁸.

Vernò, per presa in carico comunitaria, intende la *“capacità dell'insieme dei soggetti locali, istituzionali e sociali, di arrivare gradualmente a condividere responsabilità e risorse, per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate in grado di favorire processi di promozione, prevenzione, benessere, a favore dell'insieme dei cittadini o a fasce specifiche della popolazione di un determinato territorio”*¹⁸⁹.

Quindi la dimensione comunitaria dell'agire dell'assistente sociale è la capacità di creare sinergie e di mettere in rete i vari soggetti presenti, a diverso titolo, nel territorio, al fine di creare una responsabilità condivisa nella risposta ai bisogni della popolazione.

¹⁸⁸ S. Tonon, *L'avventura comunitaria: processi sociali e intervento professionale*, in Rivista Assistente Sociale. La professione in Italia, pag.82

¹⁸⁹ F. Vernò, *Presa in carico comunitaria*, in “Dizionario di Servizio Sociale”, pagg. 458 - 461

Collegando la riflessione di Tonon sul rapporto tra territorio e utente e il compito del servizio sociale osserviamo che la dimensione comunitaria riveste un ruolo fondamentale, soprattutto se consideriamo il contesto sociale attuale, dove da tempo è in corso una profonda ristrutturazione: i processi di globalizzazione hanno modificato le strutture solidaristiche e familiari presenti, fino a un ventennio fa, creando una insicurezza generale nella popolazione. Le persone si sentono più impoverite per la perdita o per la precarietà del lavoro e dell'abitazione e più sole per quanto riguarda gli aspetti legati all'ambito affettivo, come lo sgretolamento dei legami sociali, culturali e comunitari, la crisi della famiglia e le nuove forme di convivenza. Come presentato nel paragrafo relativo alla migrazione, le persone sentono una maggiore insicurezza anche legata alla presenza massiccia di stranieri. La modernizzazione e la globalizzazione hanno così provocato una disgregazione dei legami, una rottura dei legami familiari e comunitari: le persone vivono con sentimenti di paura e di fragilità e sempre più spesso in situazioni sociali caratterizzate dall'isolamento, dalla solitudine e dalla chiusura nei confronti dell'esterno.

Il territorio, così rappresentato, diventa luogo dove nascono i problemi e i conflitti e dove (con il supporto e la competenza professionale di operatori, come l'assistente sociale) quest'ultimi possono, però, trovare risposte adeguate. Diventa quindi importante di fronte ad una struttura societaria sempre più basata sull'individualismo e sulla chiusura verso l'esterno e verso il "diverso", promuovere e favorire legami di vicinanza e di prossimità nel territorio, al fine di raggiungere una maggiore coesione sociale. Per la promozione di maggior benessere tra i cittadini, diventa importante considerare la comunità come un luogo accogliente, dove è possibile sperimentare sentimenti positivi e rassicuranti.

Come afferma Vernò è l'intera comunità locale ad essere coinvolta nei processi di crescita di sé stessa e dei suoi risultati; è l'insieme dei soggetti istituzionali e sociali, in quanto soggetti titolari e responsabili del benessere e sviluppo della comunità, che deve esplicitare le opportunità da garantire ai cittadini, attraverso un mettersi in rete per realizzare modelli educativi, formativi, socializzanti, chiari e condivisi. Il sapere professionale e i saperi diffusi, patrimonio dei diversi attori locali, devono essere socializzati e diventare così un'opportunità e una risorsa per riflettere sulle fatiche e sui rischi insiti nei processi evolutivi e di cambiamento. Per favorire progetti e interventi efficaci, deve essere posta attenzione alla cura delle reti familiari, delle reti primarie e secondarie, comunitarie e delle professionalità¹⁹⁰.

¹⁹⁰ F. Vernò, *Politiche, ambiti, soggetti e Servizio Sociale*, in *Rivista, Assistente Sociale*, 2/2010, tratto da pagg. 60 - 69

Vernò, nel rappresentare la dimensione comunitaria, riprende spesso il termine RETE.

Per trattare il tema delle rete, caratteristica della dimensione comunitaria, riprendo un'affermazione di Feuerbach: *“l'essenza dell'uomo è contenuta soltanto nella comunità, nell'unità dell'uomo con l'uomo – una unità che però si fonda soltanto sulla realtà della differenza tra io e tu – “la comunità non è un essere comune, è un essere in comune, essere l'un con l'altro o essere insieme ... la comunità è il Noi. L'insufficienza dell'io richiama il bisogno di comunità”¹⁹¹”*.

Dalla rappresentazione di Feuerbach sull'uomo si osserva come quest'ultimo non è più un singolo soggetto autonomo, ma una persona inserita in una fitta rete di relazioni e ambienti diversi.

Nell'agire dell'assistente sociale nella dimensione comunitaria possono essere individuate alcune utili metodologie:

1) LA METODOLOGIA DI RETE

“Adottare un approccio di rete significa riuscire ad integrare l'aspetto “clinico” e comunitario del servizio sociale, promuovendo la capacità di creare, sviluppare, modificare legami e interazioni (linking) tra i diversi tipi di reti (familiari, informali, formali, ecc) che costituiscono il contesto relazionale dell'individuo. In un'ottica di rete, l'operatore sociale deve assumere il ruolo di “guida relazionale”, di esperto non delle soluzioni, ma dei “possibili percorsi e dei segnali che li possono indicare”, in modo da individuare in maniera relazionale, costruttivistica, insieme all'utente e alle sue reti, i compiti da perseguire e le modalità per farlo”¹⁹²”.

Nel lavoro di rete si analizzano sistemi complessi, in cui l'operatore, esso stesso parte della rete, stimola dinamicità all'interno della comunità, al fine di mobilitare risorse utili alla soluzione di un problema. Nel lavoro di rete la relazione è il focus dell'intervento e deve essere attivata e implementata. Nel lavoro di rete, l'operatore sociale deve tener presente che ogni persona è dotata di un sistema di rete formale, corrispondenti ai servizi e istituzioni corrispondenti al sistema del welfare state e una rete informale, cioè l'insieme delle relazioni interpersonali, che gravitano attorno alla persona e costituiscono una sorta di protezione e sostegno. Le reti delle persone possono essere funzionali o disfunzionali.

¹⁹¹ F. Dente, *L'avventura comunitaria. Processi sociali e intervento professionale*, in Rivista, Assistente Sociale, 2/2010, pag. 45

¹⁹² L. Gui, *op. Cit.*, pag. 64

Un esempio di rete disfunzionale è l'atteggiamento di delega delle reti primarie ai servizi, motivato, ad esempio, da un sovraccarico assistenziale, dalle difficoltà di gestione e dall'assunzione di comportamenti inadeguati dell'utente e dalla mancanza di comprensioni di quest'ultimi da parte dei familiari. Aiutare i soggetti coinvolti, sia l'utente, sia i familiari, ad esprimere le proprie motivazioni, a ricontestualizzarle e dare un significato diverso a quanto vissuto, permette la possibilità di costruire e ampliare il capitale sociale dell'utente (la rete) necessario per rispondere ai bisogni della persona.

L'assistente sociale, quindi, dovrebbe supportare le reti esistenti, attivare e coordinare le reti a breve termine per il problem solving e creare reti stabili per il lungo periodo. La metodologia basata su un approccio di rete prevede:

- identificazione della rete: definizione della struttura;
- analisi, cioè definire la qualità dei legami della rete;
- il supporto e il coordinamento delle reti già esistenti e l'attivazione di nuove reti utili nel breve e lungo periodo.

Per Folgheraiter, il lavoro di rete promuove un'organizzazione del sistema socio assistenziale basata su una logica di community care intesa come care by the community, cioè allestimento di una gamma diversificata di servizi professionali per mantenere nella comunità le persone deboli (es. assistenza domiciliare) e care by the community, cioè l'assistenza che si origina dalla comunità con riferimento soprattutto alle cure informali. Per l'operatore risulta fondamentale stimolare l'empowerment della comunità, promuovendo le azioni che provengono dalla comunità stessa, al fine di promuovere una società più equa e contrastare le discriminazione e la disuguaglianza.

L'operatore, per considerare le reti della persona, deve avviare un processo metodologico che parte dalla conoscenza e ricostruzione della rete stessa, per poi in una fase temporale successiva, crearne una mobilitazione. Ricostruire un'identità dell'utente anche a livello comunitario, attraverso la costruzione di una rete sociale di supporto risulta una strategia d'intervento, per limitare processi di regressione e supportare maggiormente le fragilità dell'utente.

La dimensione comunitaria, attraverso l'utilizzo di una metodologia di rete, nel lavoro dell'assistente sociale risulta un aspetto rilevante nel fronteggiare la complessità delle situazioni da prendere in carico.

2) L'APPROCCIO RELAZIONALE

Importante risulta la posizione di Gui rispetto all'approccio relazionale nella dimensione comunitaria. L'autore afferma che *la realtà di benessere-salute è colta in termini di capacità del soggetto di perseguire propri percorsi di realizzazione attingendo alle proprie capacità, in una relazione "valida" tra soggettività e "ruoli socialmente situati"; l'intervento di cura non può più essere visto come un insieme di prescrizioni, ma come una "relazione (curativa) complessiva che un soggetto ha con il suo ambiente"*¹⁹³.

Gui afferma che il servizio sociale interviene quando emergono delle difficoltà nella relazione tra la persona e l'ambiente esterno e l'impegno di fronteggiamento delle difficoltà ne limita l'autodeterminazione dell'utente stesso.

A tal fine, nella dimensione comunitaria, l'utilizzo di un approccio relazionale nel servizio sociale diventa uno strumento utile per allargare l'orizzonte relazionale del cliente, per ampliare i contesti di vita e di riferimento e per permettere, all'utente stesso, l'accesso a esperienze nuove che gli procurino arricchimento e piacere. Ciò significa favorire esperienze positive nel territorio e l'operatore sociale ha il ruolo di facilitare e promuovere la motivazione dell'utente ad attivarsi in esperienze di vita sociale nuove. Il lavoro sociale può intervenire in modo da mobilitare e stimolare queste persone, affinché utilizzino maggiormente le istituzioni e le risorse del loro ambiente, partecipino più attivamente alla vita dei gruppi sociali e che siano parte attiva di eventuali azioni collettive, tanto nel loro luogo di abitazione, quanto nel loro luogo di inserimento professionale¹⁹⁴.

Tramite l'approccio relazionale il professionista, considera l'utente all'interno di una trama di relazioni, dove il proprio compito consiste nella capacità di potenziare le reti sociali e sviluppare un capitale sociale di sostegno e supporto della persona, finalizzato al miglioramento della qualità relazionali dell'utente per il raggiungimento di un maggior benessere.

In un'ottica circolare tra teoria-prassi-teoria, nell'agire professionale nella dimensione comunitaria, l'assistente sociale innesca processi di sviluppo di comunità e di valorizzazione del così detto "capitale sociale" (oltre che operare correttamente da un punto di vista deontologico) quando nei progetti pone in secondo piano l'utilizzo e la messa a disposizione delle misure economiche e dei servizi a favore di coloro che si rivolgono

¹⁹³ L. Gui, *op. Cit.*, pag. 108

¹⁹⁴ C. De Robertis, *op. Cit.*, pag. 156

all'Ente e preferisce attivare le risorse della persona e del suo contesto. Tale modalità operativa è l'unica che, tramite un buon uso, autorigenera risorse¹⁹⁵.

A livello pratico, l'assistente sociale all'interno di centro di salute mentale, nella dimensione comunitaria, deve saper agire su diversi livelli operativi, in particolare deve identificare e potenziare la rete informale dell'utente, coinvolgere e integrare sia tutti i servizi pubblici e privati (che a diverso titolo detengono un ruolo o possono occuparsi di qualche aspetto della presa in carico dell'utente) e sia le realtà territoriali coinvolte. L'assistente sociale deve quindi saper costruire e alimentare una rete formale ed informale a sostegno dell'utente.

Per quanto riguarda il compito di favorire e integrare i servizi, il professionista deve saper analizzare la multiproblematicità della situazione, deve saper riconoscere il ruolo dei singoli servizi per favorire il coinvolgimento dei professionisti che vi lavorano e che, a diverso titolo, potrebbero avere un ruolo determinate nella presa in carico dell'utente. In psichiatria, il ruolo dell'assistente sociale può essere definito "di regia", sia all'interno del servizio tra le varie professionalità presenti, sia tra tutta la rete esterna di servizi sia pubblici, sia privati attivati o attivabile nella predisposizione di un progetto personalizzato. L'assistente sociale è continuamente chiamata ad attivare processi di mediazione con la comunità e con il territorio, al fine di promuovere un lavoro integrato, attraverso una condivisione tra gli attori coinvolti nella situazione, per favorire un'analisi di quest'ultima e definire obiettivi e interventi utili alla costruzione di un processo di presa in carico.

Nella costruzione e nel mantenimento funzionale di una rete, fondamentale risulta la capacità dell'operatore di saper "far circolare" adeguatamente le informazioni e riuscire a coinvolgere tutti gli operatori su aspetti rilevanti, per non alimentare sentimenti di esclusione nei diversi professionisti o servizi.

Inoltre, per quanto riguarda la salute mentale, la dimensione comunitaria riveste una notevole importanza: partendo dal concetto che la comunità è il luogo dove sorgono i problemi, ma può diventare risorsa per la risoluzione degli stessi, attraverso interventi di sensibilizzazione del territorio su tematiche connesse alla salute mentale, l'agire con la comunità potrebbe contribuire a diminuire lo stigma e il pregiudizio presente nei confronti delle persone affette da disturbi mentali e a facilitare una maggiore accettazione dell'utente psichiatrico nel territorio utile a favorire un'appartenenza territoriale. Proprio su questi aspetti si inserisce il modello di psichiatria di comunità, adottato dai servizi specialistici attuali, come ho presentato precedentemente: tale principio si realizza

¹⁹⁵ F. Vernò, *op. Cit.*, pag. 64

concretamente, ad esempio, attraverso la costruzione, nel territorio, di gruppi appartamento autonomi, dove tre o più utenti vanno a convivere, in autonomia (ma con una supervisione continua) all'interno di una casa di proprietà di una persona del gruppo.

Nella dimensione comunitaria l'assistente sociale di un servizio psichiatrico risulta particolarmente impegnata in interventi volti al recupero anche di una minima socialità con il territorio e nello sviluppo della capacità degli utenti di relazionarsi in modo adeguato sia con altre persone, sia con il territorio: tali aspetti diventano obiettivi prioritari, soprattutto per quelle persone che, a causa di un deterioramento generale causato dalla patologia, risulta molto compromessa la loro capacità di stabilire relazioni significative.

4.3.3 LA DIMENSIONE DEL LAVORO CON L'ORGANIZZAZIONE

Nel rapporto tra servizio sociale e organizzazione si concretizza la terza dimensione della prospettiva trifocale del lavoro dell'assistente sociale. In questa dimensione, l'assistente sociale nella programmazione e nell'attivazione dei propri interventi considera l'organizzazione, sia al proprio interno come l'istituzione di appartenenza, sia all'esterno prendendo in considerazione il rapporto con gli altri servizi e le politiche sociali/socio-sanitarie di riferimento.

A tal proposito F. Vernò identifica due spazi operativi dove l'assistente sociale svolge il suo ruolo nella dimensione organizzativa della trifocalità e sono:

1. fornire apporti nella fase programmatica e progettuale a partire dal proprio bagaglio di conoscenze, connesse ai processi di aiuto gestiti:
 - per effettuare corrette letture sulla "domanda" e sui "problemi", che la popolazione presenta ai servizi;
 - per effettuare una corretta valutazione dell'efficacia del sistema delle risposte (interventi, servizi, prestazioni, progetti);
 - per leggere, valutare, sviluppare, la rete delle collaborazioni in atto, tra servizi pubblici e soggetti comunitari;
2. Favorire i processi partecipativi e concertativi, con funzioni di coordinamento dei "gruppi di lavoro", attivati nel modello di governance locale:
 - I "Tavoli Tematici per Area";
 - I gruppi di progettazione, sugli obiettivi definiti nel momento programmatico.

Anche il codice deontologico all'art. 36 descrive il ruolo del servizio sociale all'interno di un'organizzazione, in particolare esplica: *“l'assistente sociale deve contribuire alla promozione, allo sviluppo e al sostegno di politiche sociali integrate favorevoli alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita favorendo, ove necessario, pratiche di mediazione e integrazione”*.

Il codice deontologico riporta che uno dei compiti dell'assistente sociale è rivolto all'organizzazione, tramite un influenzamento positivo delle politiche sociali che consiste nel portare a conoscenza dei vari organi politici, l'analisi e la valutazione effettuata dalla professione sui fenomeni sociali riscontrati nel territorio, al fine di predisporre leggi, decreti, linee guida, circolari, indirizzi etc. adeguati a rispondere ai bisogni effettivi dei cittadini.

Continuando l'analisi sul rapporto del servizio sociale con altri servizi e con le politiche sociali, Fargion riporta che, tanto più il progetto di servizio sociale è in sintonia con il sistema dei servizi e con le politiche sociali, tanto più la professione è valorizzata e legittimata.

In particolare, con l'instaurarsi di una politica di welfare mix che prevede la presenza di più soggetti accreditati nell'erogare prestazioni sociali e socio-sanitarie ai cittadini, l'impegno del servizio sociale è rivolto anche alla mappatura, all'orientamento e all'informazione continua degli utenti: nella prassi quotidiana l'assistente sociale deve formarsi e informare il cittadino-utente rispetto alla legislazione in materia sociale, per garantire i diritti di cittadinanza e di giustizia sociale. In tale contesto diventa importante il cosiddetto “segretariato sociale”, come funzione di riconoscimento e di ascolto della particolarità soggettiva e originale di ogni cittadino, dei suoi “bisogni” e delle sue mete di realizzazione¹⁹⁶.

Per quanto riguarda il rapporto servizio sociale e organizzazione intesa come istituzione di appartenenza, l'assistente sociale nel processo di presa in carico di un utente, deve considerare che il proprio ruolo viene svolto all'interno di un'organizzazione definita (istituzione). Quest'ultima, al momento dell'assunzione, ha conferito al professionista un mandato istituzionale che consiste nella realizzazione di interventi in linea con le politiche e le prassi operative dell'istituzione stessa. Quindi, la relazione tra operatore e utente non è una relazione a due, ma è definita anche da un soggetto terzo, l'Istituzione, che, come scrive Cellentani, obbliga a precisi compiti gli operatori, così come

¹⁹⁶ L. Gui, *op. Cit.*, pag. 129

a precisi percorsi con gli utenti, che vincola a risorse precise gli operatori e gli utenti. Il rapporto con l'utente è sempre una interazione triangolare: utente-operatore-istituzione.

L'istituzione con il proprio mandato istituzionale orienta e condiziona la relazione dell'assistente sociale con l'utente.

L'assistente sociale, nello svolgimento della propria mansione, intreccia i valori e i principi, le teorie e la pratica del proprio agire professionale (mandato professionale) con quelle derivanti dall'istituzione lavorativa di appartenenza (mandato istituzionale).

Come definisce Mordegli, il mandato istituzionale identifica il complesso delle funzioni che l'assistente sociale è tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica del settore d'intervento, informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere del suo operato, mentre il mandato professionale identifica i contenuti della professione (principi e valori, metodologia e modelli di riferimento, livelli di competenza, deontologia) storicamente definiti.

Mentre il mandato istituzionale è controllato da chi occupa posizioni superiori, il mandato professionale è contraddistinto dall'autonomia decisionale e operativa: è un rapporto caratterizzato da conflittualità. Fargion riferisce che, se l'autonomia delle professioni non può, quindi, essere assimilata all'esercizio della libera professione, tuttavia da sempre si ritiene che il rapporto tra professionisti e organizzazioni non possa che essere conflittuale, in ragione del contrasto tra l'esigenza delle organizzazioni di coordinare e controllare il processo di lavoro e le istanze di autonomia della professionalità.

In questo contesto, l'operatore opera costantemente una mediazione tra stare dalla parte dell'Istituzione o dalla parte di chi soffre, con l'obiettivo di trovare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini e favorire processi di inclusione, anche all'interno dei limiti e delle risorse dell'istituzione di appartenenza.

Il codice deontologico, all'art. 45 – 2° comma - descrive il ruolo dell'assistente sociale all'interno della propria organizzazione di lavoro: *"l'assistente sociale deve impegnare la propria competenza professionale per contribuire al miglioramento della politica e delle procedure dell'organizzazione di lavoro, all'efficacia, all'efficienza, all'economicità e alla qualità degli interventi e delle prestazioni professionali. Deve altresì contribuire all'individuazione di standards di qualità e alle azioni di pianificazione e programmazione, nonché al razionale ed equo utilizzo delle risorse a disposizione"*.

Gui scrive l'importanza del "rapporto negoziale" che l'operatore assistente sociale deve saper sviluppare all'interno della "sua" organizzazione, per farvi pervenire le istanze dell'utenza, entro i metodi e le tecniche di servizio sociale.

A tal fine l'apporto dell'assistente sociale ai dirigenti/amministratori tramite una rilettura e un'analisi delle caratteristiche rilevate nel territorio di competenza o negli utenti, risulta utile per favorire una maggiore negoziazione tra mandato professionale e quello istituzionale. Le attività svolte dagli Assistenti Sociali sono connesse alle funzioni, ai mandati, alla natura degli Enti, oltre che alle funzioni e ai mandati professionali¹⁹⁷.

Concludendo ritengo importante riportare quanto scrive Vernò rispetto a quanto trattato fino ad ora. L'autore scrive che a livello generale si evidenziano le difficoltà della professione nel riconoscimento e nella condivisione del "senso" del proprio agire professionale, della propria "mission" elaborata con riferimento al sistema di welfare state italiano, il quale è oggi sottoposto a forti tensioni evolutive e di trasformazione della natura e della struttura organizzativa, così come dei soggetti in campo. In particolare sembra registrarsi nel servizio sociale, pur nella diversità delle singole realtà regionali e locali, una riduzione della capacità di azione e di contatto con la dimensione comunitaria, l'affievolirsi della capacità di presa in carico efficace di situazioni di disagio sociale sempre più complesse, con una ridotta capacità di gestione delle dinamiche relazionali con l'utente, con il rischio di un diffuso appiattimento nel lavoro burocratico - amministrativo¹⁹⁸.

Per evitare tale rischio, è necessario perseguire un orientamento metodologico caratterizzato da un ruolo educativo, promozionale e di mediazione tra i cittadini portatori del bisogno e le istituzioni, con l'obiettivo di promuovere l'intensificazione dei legami di cittadinanza, in una società dove, il sapere esperto della persona e della comunità, si avvale del "sapere competente" di una professione, che può contribuire a cambiare la società cambiando se stessa, consapevole della differenza tra valori e conoscenze: i valori sono ispiratori rispetto all'obiettivo, ma non possono diventare metodo¹⁹⁹.

L'organizzazione diventa così "bersaglio" dell'agire professionale dell'assistente sociale.

¹⁹⁷ F. Vernò, *op. Cit.*, pag. 60

¹⁹⁸ Consiglio Nazionale (a cura di), *op. Cit.*, pag. 85

¹⁹⁹ S. Mordegli, *La valutazione del Servizio Sociale. I processi valutativi nella complessità dell'esercizio professionale*, in *Rivista "Assistente Sociale. La professione in Italia"*, pag. 18

CAPITOLO 5: STRUMENTI TRASVERSALI della TRIFOCALITA' DEL SERVIZIO SOCIALE

In questo paragrafo intendo presentare gli strumenti più rilevanti dell'agire professionale che possono essere definiti come trasversali, perché utilizzati dall'assistente sociale in tutte e tre le dimensioni tipiche del servizio sociale appena presentate.

L'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

Vernò parla di equipe multi professionale in termini di investimento, poiché alcuni interlocutori condividono analisi, decidono di mettersi insieme per affrontare problemi e sperimentare così un lavoro comune. E' un contributo utile perché il processo si moltiplichi, in particolare:

- dalle diffidenze si passi alla fiducia;
- dai conflitti si passi alla collaborazione;
- dall'episodicità si passi alla continuità;
- dalla collaborazione su singoli casi si passi alla collaborazione su progetti di area;
- dall'informalità si passi alla formalizzazione²⁰⁰.

L'equipe multi professionale è riconosciuta da tutti i professionisti una risorsa: punto centrale di questo strumento è la capacità dei diversi operatori di collaborare, tramite il dovere di considerare l'altro come una risorsa con specifiche potenzialità e competenze che unite alle proprie, possono promuovere progettazioni integrate, al fine di rispondere alla complessità dei bisogni e alla crescente scarsità delle risorse. Con il contributo di tutti gli attori coinvolti avente pari dignità, la valutazione della situazione ha maggiori possibilità di avvicinarsi alla realtà.

Campanini riporta che lavorare all'interno di un gruppo multi-professionale significa, da parte di ogni figura professionale, mettere a disposizione il proprio specifico patrimonio di conoscenze, senza paura di prevaricazioni e senza atteggiamenti di delega o disimpegno, essendo consapevoli del proprio ruolo e della propria identità professionale per poi entrare in sinergia con gli altri, in funzione dell'obiettivo da raggiungere²⁰¹.

Nell'equipe multiprofessionale avviene un continuo confronto tra punti di vista ed esperienze diverse: ciò permette di ampliare il proprio "quadro" di analisi, abbandonando

²⁰⁰ F. Vernò, *op. Cit.*, pag. 65

²⁰¹ A. Campanini, *op. Cit.*, pag.73-80.

rigide posizioni per saper accogliere prospettive di pensiero diverse che permettono di realizzare un'ipotesi di intervento maggiormente contestualizzata.

Lavorare in equipe permette di mantenere sempre vivo un processo riflessivo e stimola i vari professionisti a costruire congiuntamente il senso di ciò che si fa.

Una gruppo multi professionale rappresenta un setting dove diversi operatori attivano processi di condivisione e di crescita, al fine di attribuire un significato alla situazione analizzata per promuovere percorsi individualizzati. Inoltre consente di proteggersi dal logoramento professionale e di non sentirsi soli di fronte alla complessità delle situazioni. Per un buon funzionamento del gruppo di lavoro, è necessario prendersi cura dell'*equipe*, tramite la capacità di creare connessioni e stimolare confronti funzionali tra i diversi professionisti afferenti allo stesso o a diversi servizi per evitare, fin dall'inizio, un esito negativo dei progetti attivati.

Il lavoro multi professionale è la base della presa in carico di un utente presso un centro di salute mentale: l'individuo, con problematiche mentali, viene seguito da un'equipe di riferimento territoriale composta da medici, assistenti sociali, infermieri, psicologi. L'analisi, la progettazione, la realizzazione e la chiusura di un progetto avviene attraverso continui incontri multi professionali (miniequipe), dove vengono valutati i feedback espressi dall'utente rispetto alla proposta e/o attivazione di un progetto, al fine di ridefinire nuovi obiettivi, nuove strategie e nuove azioni. E' un processo continuo che avviene a diversi livelli: non solo all'interno delle mini equipe territoriali, ma anche nelle riunioni settimanali svolte all'interno dell'ambulatorio o del centro di salute mentale o all'interno delle riunioni mensili della linea riabilitativa per la definizione di progetti di inserimento residenziale.

Nell'organizzazione di un servizio di salute mentale, il lavoro in equipe risulta uno strumento utile per affrontare la complessità delle situazioni: se la problematica dell'utente è collegata a molteplici fattori complessi (sistema personale, familiare, ambientale) un progetto individualizzato adatto ai bisogni dell'utente non può che essere il frutto di una lettura da parte di diversi professionisti, per cercare di effettuare una valutazione corrispondente alla realtà dei fatti.

Nel lavoro d'equipe la collaborazione e la continua riflessione sui processi attivati per l'attivazione di un progetto favorisce, oltre alle predisposizioni di interventi adeguati ai bisogni, esperienze innovative di presa in carico e contribuisce al miglioramento del funzionamento del servizio stesso. Tale aspetto si realizza costantemente in un servizio di salute mentale: all'interno di un continuo vortice circolare di informazioni e comunicazioni,

l'assistente sociale deve saperle cogliere e collegare, deve elaborare le proprie valutazioni, al fine di promuovere cambiamenti evolutivi, stimolare una riflessione sia nell'organizzazione, sia nella presa in carico del paziente

L'equipe multiprofessionale è stata formalizzata attraverso il riconoscimento, a livello regionale, dell'Unità Valutativa Multiprofessionale (U.V.M.D.) come strumento operativo fondamentale per la presa in carico integrata dell'utente e riconosciuto da tutti i diversi professionisti coinvolti sia pubblici, sia privati. Attraverso l'U.V.M.D. si definisce un progetto idoneo al bisogno di un utente e risulta essere il frutto della costruzione di una rete tra più servizi e professionisti a diverso titolo coinvolti.

L'ACCOMPAGNAMENTO

L'accompagnamento è un aspetto importante nella presa in carico di un utente, soprattutto nelle situazioni multiproblematiche.

Con l'accompagnamento e l'orientamento si rinforza l'utente rispetto agli obiettivi della presa in carico e si concretizza nel sostegno dato all'individuo nell'identificare strategie di fronteggiamento e nel ricercare soluzioni nel contesto familiare, di vita e/o nelle organizzazioni, al fine di superare la situazione problematica che si è venuta a creare.

Tale concetto implica un intervento d'aiuto mirato non alla risoluzione definitiva dei problemi, ma al raggiungimento di un possibile equilibrio, attraverso l'implementazione delle sue risorse, anche se residue. L'accompagnamento può favorire una maggiore inclusione sociale dell'utente.

Alcuni autori parlano di accompagnamento sociale come un approccio utile per le persone particolarmente vulnerabili nell'identificare il proprio benessere.

Gui ha rivolto particolare attenzione al concetto di accompagnamento sociale, ritenendola una modalità d'intervento valida per la forte valenza relazionale, di promozione dell'*empowerment* e per la possibilità di creare soluzioni d'aiuto personalizzate flessibili e creative. Per l'autore, nell'utilizzare tale modalità, la relazione d'aiuto tra operatore ed utente si gioca su un piano paritetico e non asimmetrico: *"l'operatore d'aiuto si pone accanto a chi è in difficoltà per riconoscere con lui (e così rendere trattabili) i desideri e i problemi che egli percepisce come propri. Lungo il percorso di ascolto, comprensione, accoglienza, condivisione, l'operatore "accompagna" il soggetto a impadronirsi consapevolmente della propria progettualità²⁰²".* L'assistente sociale consente al soggetto

²⁰² L. Gui, *op. Cit.*, pag. 134

di creare una rete di rapporti e di azioni costruttive: avviene un passaggio da un orientamento di *counselling* individuale alla pianificazione di *care* comunitaria, nel quale l'assistente sociale e il servizio a cui appartiene si rendono consapevoli di non essere l'unica risorsa disponibile, ma una delle tante a cui la persona può attingere²⁰³.

Folgheraiter descrive l'operatore come una guida che accompagna in un viaggio senza esiti assicurati, le persone che si affidano a lui. Per capire come proseguire nell'avventuroso viaggio dell'intervento sociale è necessario accoppiare le competenze dell'esperto con quello degli utenti. La sinergia che si viene a creare tra queste diverse intelligenze genera un apprendimento reciproco che porta a decisioni ed azioni maggiormente ponderate ed efficaci²⁰⁴.

Ferrario sottolinea la *natura indiretta dell'aiuto* cioè dell'accompagnamento, come modalità finalizzata, concreta e intelligente, perché la persona assuma la capacità di risoluzione del proprio problema; il peso attribuito al compito si correla infatti alla *valenza emancipativa della relazione*, durante il quale il soggetto viene stimolato a precisare e pianificare il susseguirsi delle attività, che gli permettono di fronteggiare in prima persona il problema da lui scelto o per il quale è necessario operare, mentre l'assistente sociale ne rinforza le potenzialità e i processi di apprendimento in corso, aiutandolo a conquistare capacità e strumenti risolutivi²⁰⁵.

Nell'approccio di accompagnamento l'assistente sociale si pone accanto a chi è in difficoltà ricorrendo alle tecniche dell'ascolto, dell'accoglienza e della condivisione, aiutando l'utente a comprendere e successivamente a realizzare il proprio progetto.

L'accompagnamento sociale promuove l'*empowerment*, che letteralmente significa rendere potenti: ciò, consente all'utente, tramite la competenza professionale dell'assistente sociale, di sentirsi attore della propria situazione e di avere la capacità per risolvere le difficoltà.

Il professionista deve essere in grado di favorire l'empowerment, cioè di accrescere nelle persone la capacità di sentirsi attori e protagonisti della propria storia, per rafforzare nel soggetto la capacità di azione tramite l'aumento della sua autostima e del suo benessere psicologico e il consolidamento di un rapporto di fiducia nella relazione di aiuto.

²⁰³ *Ibidem*, pag. 134 – 135

²⁰⁴ F Folgheraiter, *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erikson, 2000, pag. 179-180

²⁰⁵ F. Ferrario, *op. Cit.*, pag. 187

Concludendo l'accompagnamento come aiuto pone al centro l'utente: promuove l'interazione di quest'ultimo con vari soggetti collettivi per favorirne l'integrazione tra reti informali e servizi istituzionali e avviare così processi di inclusione sociale.

All'interno delle tre dimensioni della trifocalità del servizio sociale emergono altri elementi comuni e rilevanti oltre a quelli già trattati (valutazione, comprensione, accoglienza, condivisione e accompagnamento) che possono essere così riassunti:

1. LINGUAGGIO: nel servizio sociale riveste una particolare importanza, soprattutto se si pensa al ruolo rilevante che rivestono i processi comunicativi all'interno della professione. Come scrive Fargion *“la rilevanza del linguaggio è strettamente connessa al fatto che le pratiche sono centrate su processi di comunicazione che attraversano i confini e le fratture della società”*²⁰⁶. Bloom sosteneva che un'assistente sociale *“doveva padroneggiare sei ordini di linguaggio: il linguaggio comune parlato dalle persone che si rivolgono ai servizi, il linguaggio professionale, il linguaggio astratto della teoria, il linguaggio empirico della teoria, il linguaggio dei sistemi informativi e il linguaggio dei sistemi dei valori”*²⁰⁷. Oggi esiste una moltiplicazione dei linguaggi considerata la società multiculturale che si è sviluppata nel corso degli anni.

Il linguaggio esprime il nostro modo di pensare e di guardare la realtà: per questo tanto importante nel servizio sociale.

Rilevante è l'uso di un linguaggio condiviso: l'uso di una terminologia e la relativa attribuzione di significati uniformi potrebbe consentire una maggiore comunicazione all'interno della professione sia nella relazione con l'utente, sia con le diverse professioni afferenti a diversi servizi

2. RIFLESSIVITA': uno degli autori più citati nella letteratura internazionale è Donald Schon riferisce che *“la sostanza del lavoro di un'assistente sociale risiede nella creazione di un dialogo con situazioni indefinite, confuse, per di più interpretate e valutate in modo diverso dai vari soggetti coinvolti. Il dialogo si costruisce attraverso la capacità di interrogare le situazioni, porre le domande e studiare i modi differenti di affrontarle. Si tratta di un dialogo che si sviluppa tramite un confronto con saperi diversi e che porta a individuare una serie di possibili scenari e di differenti strade per fronteggiare la situazione. Si parla così di riflessività proprio perché l'assistente sociale non si può chiamare fuori dagli scenari elaborati, nella consapevolezza che,*

²⁰⁶ S. Fargion, *op. Cit.*, pag. 148

²⁰⁷ *Ibidem*, pag. 148

*nel momento in cui si produce una interpretazione della realtà, si agisce già su di essa*²⁰⁸.

3. ASCOLTO: Fargion, nel suo libro, fa presente che essere ascoltati da un operatore competente è uno degli aspetti, della professione, più apprezzati dall'utente. L'ascolto viene considerato un aiuto in sé, quasi indipendentemente dal risultato raggiunto.

Per Gui il momento dell'ascolto da parte dell'assistente sociale assume un ruolo importante nella costruzione dell'identità dell'utente, di riconoscimento del suo valore e di conferma sulle sue possibilità .

²⁰⁸ *Ibidem*, pag. 159

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

In questo capitolo sono stati affrontati i temi chiave e gli strumenti in uso del servizio sociale. A livello pratico, per chi lavora in un servizio, come il centro di salute mentale, dove la presa in carico di un'utente avviene attraverso un approccio d'equipe multi professionale per la predisposizione di progetti individualizzati, le criticità e le riflessioni in atto circa la comunità professionale, prima rappresentate, vengono vissute quotidianamente: il confronto con saperi forti e chiaramente riconosciuti dalla società, come quello della medicina e la collaborazione con psicologi con un impianto teorico strutturato, crea la necessità di definire quotidianamente il confine tra le diverse professioni. L'assistente sociale vive un processo di continua riflessione e discussione su cosa significa servizio sociale e sui confini della propria professione. L'operatore si interroga sulla propria identità professionale e da queste riflessioni possono nascere alcuni rischi per la professione. In particolare la difficoltà di avere una chiara identità professionale come assistenti sociali, potrebbe provocare in alcuni professionisti, l'accettazione a svolgere compiti e funzioni non propriamente collocati all'interno del servizio sociale, al fine di ottenere un maggior riconoscimento: ad esempio, attraverso la capacità di saper risolvere le problematiche espresse dall'utente e non ritenute di competenza di altri professionisti, l'assistente sociale, in questo modo, potrebbe acquisire una maggiore stima professionale. E' proprio il rischio che Neve riferiva sulla rappresentazione della professione da parte degli altri e non di ciò che la comunità professionale vuole essere.

Fargion, a tal riguardo, riferisce che nell'operatività quotidiana, ci si trova a dover gestire il problema dei confini: in alcuni casi sembrano essere troppo stretti quando, l'assistente sociale viene attribuito un ruolo residuale o puramente amministrativo, cosa che avviene con una certa frequenza soprattutto in ambito sanitario. D'altra parte il servizio sociale presenta varie sfaccettature, è una professione flessibile e dinamica, ma non può essere la soluzione per tutto²⁰⁹.

Rispetto l'analisi sulle tre dimensioni della trifocalità del servizio sociale riporto alcune riflessioni conclusive di autori, in cui si evidenzia il continuo collegamento, influenzamento e interconnessione tra il lavoro con l'utente, il lavoro con la comunità e il lavoro con l'organizzazione nell'agire professionale dell'assistente sociale.

²⁰⁹ S. Fargion, *op. Cit.*, pag. 47

Cellentani, a tal proposito, evidenzia che la professione di assistente sociale viene definita come “cerniera di collegamento” tra bisogni della comunità e istituzioni, come agente di socializzazione, come agente e promotore dell’autorealizzazione del soggetto, come esperto dei sistemi di relazione, avente la funzione di agevolare i processi comunicativi tra i diversi soggetti sociali.

Emerge un chiaro collegamento tra gli utenti – ambiente di vita e assistente sociale e organizzazione: il lavoro professionale non può compiersi senza considerare il luogo di vita delle persone e il proprio luogo di lavoro.

Fargion riporta alcune chiare caratteristiche relative al ruolo del servizio sociale nel rapporto soggetti/ambiente/istituzione, in particolare evidenzia:

- il servizio sociale entra in azione dove ci sono problemi o discrepanze nel rapporto tra soggetti e ambiente, o perché le persone non si trovano in grado di rintracciare risposte ai propri bisogni o perché nell’ambiente si manifestano problemi sociali che segnalano disagio.
- Il servizio sociale opera in modo partecipato, promuovendo la capacità, sia nei sistemi istituzionali, sia nelle comunità, sia nei singoli, di fronteggiare i problemi e i bisogni;
- Il servizio sociale interviene sui confini, per esempio tra professioni diverse, o tra soggetti e istituzioni o ancora tra sfere di vita (lavoro e famiglia, sfera pubblica e privata), promuovendo contatti, collegamenti, collaborazioni. Nodo centrale del servizio sociale è la valorizzazione e promozione delle risorse.
- Il servizio sociale opera per migliorare, per rendere più efficaci e umani tutti i sistemi e le organizzazioni che offrono opportunità e risposte ai bisogni delle persone;
- Il servizio sociale opera in collaborazione con altri attori, istituzionali e non, per garantire il rispetto dei diritti e perché sia sentita la voce di tutti, nella prospettiva di aprire spazi di negoziazione estesa, favorendo l’acquisizione di più potere da parte dei soggetti vulnerabili ed emarginati.

Nelle caratteristiche si evidenzia la centralità nel lavoro professionale della relazione con l’utente, ma non deve essere l’esclusivo: esistono altre dimensioni da non trascurare e precisamente il lavoro di comunità e il lavoro all’interno delle organizzazioni.

Una figura professionale che opera nel così detto “sociale” connotato da un elevato grado di complessità, chiama a sé la competenza ad attivare processi di cambiamento,

suscitare progettualità, incidere sulle interazioni tra singoli, gruppi ed istituzioni attivando forme di responsabilità solidale dell'intera collettività²¹⁰.

²¹⁰ S. Mordegia, *op. Cit.*, pag. 17

PARTE TERZA:

CAPITOLO 7: L'INCONTRO TRA PSICHIATRIA - SERVIZIO SOCIALE - MIGRAZIONE

Per presentare l'incontro tra psichiatria, servizio sociale e migrazione, intendo ritornare alla definizione di psichiatria transculturale, riportando l'analisi prodotta da Alfredo Ancora in quanto, a differenza di quanto espresso dagli altri autori, esprime delle indicazioni operative e metodologiche importanti per l'analisi di questa parte di tesi: i contenuti espressi dall'autore diventano base, sia per analizzare le interazioni tra i tre ambiti d'interesse (psichiatria, servizio sociale e migrazione), sia come orientamento degli operatori circa l'agire professionale, tema che affronterò nei capitoli successivi.

Per "psichiatria transculturale", Ancora definisce quella psichiatria che cerca di costruire una direzione di cambiamento nel processo di osservazione, passando attraverso stili di pensiero diversi e varie manifestazioni culturali. La psichiatria transculturale diventa un passaggio fra pratiche e saperi diversi, ogni incontro – scontro con altre culture sollecita e provoca contaminazioni e adattamenti. Questo attraversamento tra stili di pensiero diversi e varie manifestazioni culturali è un'occasione per l'osservatore, sia esso terapeuta, operatore o ricercatore, di mettersi in discussione. Ancora definisce la psichiatria transculturale, come un'opportunità, per non rischiare di ingabbiare un oggetto di studio dentro griglie rigide e precostituite²¹¹. La transculturalità permette all'operatore di attraversare mondi e modi diversi di conoscenza e permette di modificare il proprio approccio alla cura, agli eventi e alle persone, acquisendo nuovi codici, senza il timore di smarrire i propri riferimenti teorici e metodologici.

Ancora, definendo così la psichiatria transculturale, riporta la necessità di pensare ad una diversa definizione di cura: quest'ultima deve *“valorizzare soprattutto il rapporto fra le persone e incoraggiare ad interagire con i loro pensieri, con la loro affettività piuttosto che a mettere a punto comparazione di sintomi”*²¹². Una diversa concezione di cura, e quindi di presa in carico, significa impostare un diversa pratica professionale cui devono dotarsi gli operatori che si trovano a lavorare con la dimensione culturale degli utenti/pazienti.

Per impostare il tema del metodo e degli strumenti utili agli operatori per la presa in carico di utenti stranieri affetti da psicopatologia, presenterò l'argomento effettuando un

²¹¹ A. Ancora, *I costruttori di trappole al vento*, Franco Angeli, Milano, 2006, pag. 24

²¹² *Ibidem*, pag. 25

“incrocio” di definizioni per identificare maggiormente il ruolo del servizio sociale all’interno della psichiatria transculturale.

Ponendo al centro il servizio sociale, presenterò inizialmente il rapporto di quest’ultimo con la salute mentale e successivamente con la migrazione.

7.1 SERVIZIO SOCIALE E SALUTE MENTALE

Nel dizionario di servizio sociale, Luisa Spisni affronta il tema del servizio sociale e della salute mentale. L’autrice, al fine di definire il ruolo del servizio sociale all’interno dei servizi di salute mentale, riporta che il disagio psichico incide in modo significativo in tutte le aree della vita della persona, compromettendone le funzionalità e determinando condizioni sfavorevoli per lo sviluppo psicofisico e mentale della persona stessa. Le ripercussioni della malattia incidono sull’intero funzionamento dell’individuo, in particolare *“diminuiscono la capacità della persona di far fronte alle richieste legate ai ruoli interpersonali, sociali e lavorativi”²¹³*. Ne consegue uno stato di bisogno ad ampio raggio, il quale diventa oggetto di intervento specifico da parte di assistenti sociali, il cui apporto si inserisce negli interventi promossi e previsti dai servizi sanitari e sociali a livello nazionale, regionale e locale.

Spisni definisce il servizio sociale nell’ambito della salute mentale come *“il complesso di azioni professionali specifiche che, all’interno di programmi indirizzati al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone/gruppi sofferenti di disturbi psichici, concorrono ai progetti globali di salute individuali e collettivi, utilizzando le competenze proprie del servizio sociale in tutti i livelli nei quali si articola il processo di aiuto”²¹⁴*.

La specificità della funzione e del ruolo dell’assistente sociale, come ho presentato nella seconda parte parlando di trifocalità, si sviluppa nei confronti della persona, del servizio o dei servizi di cura, del territorio e dell’ambiente promuovendo processi di emancipazione e di cambiamento in grado di ri-valutare le risorse e le potenzialità della persona, le quali risultano limitate o ridotte dagli esiti della malattia mentale²¹⁵.

L’assistente sociale per lo svolgimento delle funzioni e del proprio ruolo all’interno della salute mentale, utilizza la metodologia del lavoro interdisciplinare integrato, tipica dell’organizzazione dei servizi psichiatrici, con gli obiettivi di:

²¹³ L. Spisni, *Servizio sociale e salute mentale*, in M. D.P. Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, pagg. 626-633

²¹⁴ *Ibidem*, pagg. 626-633

²¹⁵ *Ibidem*, pagg. 626-633

1. contribuire a prevenire l'aggravamento e le ricadute invalidanti del disagio psichico con propri strumenti di analisi, progettuali e operativi;
2. individuare strategie di intervento che contrastino la cronicizzazione della malattia e/o istituzionalizzazione;
3. contrastare l'emarginazione e lo stigma favorendo l'inclusione dell'utente nella realtà sociale, sostenendo e supportando le famiglie, potenziando il sistema di rete intorno all'individuo, promuovendo la comprensione e l'accettazione sociale dei disturbi mentali;
4. favorire l'emancipazione dell'utente dal bisogno, attraverso interventi riabilitativi e di raccordo con il paziente psichiatrico, la sua famiglia e il contesto sociale e di aiuto nel reperimento e nell'utilizzazione delle risorse formali e informali disponibili sul territorio, al fine del miglioramento della qualità di vita²¹⁶.

Spisni descrive come nell'area della salute mentale, se consideriamo i principi e i fondamenti del servizio sociale, la metodologia e le caratteristiche proprie della professione, il ruolo dell'assistente sociale si inserisce perfettamente come facilitatore e agente di connessione tra le diverse dimensioni della complessità della patologia mentale e come promotore di processi di aiuto. Se compito dell'assistente sociale consiste nel favorire il raggiungimento di una maggiore autonomia dell'utente con disturbi mentali all'interno del proprio ambiente di vita, emerge l'importanza della relazione che il professionista instaura con l'utente, con il gruppo familiare, il contesto sociale e con l'organizzazione di appartenenza, in linea con la trifocalità del servizio sociale descritta nella seconda parte, attraverso l'utilizzazione di metodologie quali il problem solving, l'approccio relazionale, comunitario e organizzativo.

Concludendo, quindi, il ruolo del servizio sociale all'interno dei servizi di salute mentale trova la sua specificità sia all'interno della deontologia professionale, nella quale si sottolinea il rispetto e la tutela del cittadino/utente in situazione di svantaggio o di bisogno, sia nella metodologia utilizzata dalla professione.

²¹⁶ *Ibidem*, pagg. 626-633

7.2 SERVIZIO SOCIALE E MIGRAZIONE

Il servizio sociale è sempre intervenuto nell'ambito delle migrazioni attraverso interventi di inclusione delle popolazioni immigrate nei servizi pubblici e nel terzo settore.

Elena Spinelli, nel Dizionario di Servizio Sociale scrive che gli enti locali hanno risposto al fenomeno migratorio con azioni generalmente di tipo emergenziale. Le amministrazioni pubbliche hanno attivato politiche di sostegno successivamente agli interventi promossi spontaneamente, negli anni ottanta, dalle organizzazioni no profit, dal sindacato e dalle associazioni composte da autoctoni e dagli stessi immigrati. L'autrice scrive che, negli anni 2000, le amministrazioni pubbliche escono dalla logica di attivazione di interventi d'emergenza, per considerare lo straniero, non solo come un fornitore di manodopera e/o soggetto potenzialmente pericoloso per la sicurezza pubblica, ma come un soggetto dotato di obblighi e di diritti²¹⁷.

Il riconoscimento di obblighi e diritti avviene attraverso uno status giuridico attribuito dallo Stato italiano allo straniero: tali aspetti determinano e influiscono sulle modalità di accesso degli stranieri al sistema di *welfare*. Ad esempio essere riconosciuti cittadini, stranieri con o senza permesso di soggiorno (quindi irregolari), clandestini, permette di accedere con diverse modalità ai servizi sanitari.

Le leggi, i servizi sociali e sanitari, il modo di lavorare del singolo assistente sociale incidono sull'identificazione da parte degli stranieri dei propri diritti o sull'esclusivo riconoscimento e accesso a forme di aiuto "caritatevole": indipendentemente a chi si rivolge l'immigrato, la sua domanda di aiuto è sempre originata da esigenze sanitarie e sociali collegate a richieste di interventi concreti²¹⁸.

Spinelli, a tal proposito, riporta che l'intervento dell'assistente sociale può risultare di fondamentale importanza, perché può contribuire ad aumentare la capacità degli immigrati a utilizzare i servizi pubblici e a decostruire le barriere legali e burocratiche-amministrative che rendono problematico il loro accesso ai servizi di welfare. Gli assistenti sociali, posizionandosi come professione in quelli che sono definiti "nodi d'accesso" a specifiche realtà istituzionali, possono diventare quindi punti di connessione tra l'istituzione e l'immigrato, nei quali si può giocare la fiducia dello straniero nei confronti degli stessi sistemi istituzionali.

²¹⁷ E. Spinelli, *Migrazione e servizio sociale*, in M. D.P. Ponticelli, Dizionario di Servizio Sociale, pagg. 353-359

²¹⁸ *Ibidem*, pag. 353-359

Dalle definizioni presentate emerge che il servizio sociale, in particolare l'agire dell'assistente sociale, risulta direttamente coinvolto sia all'interno del fenomeno migratorio, sia all'interno dei servizi sanitari preposti alla salute mentale: emerge che il ruolo del servizio sociale si pone al centro di un fitta rete di connessioni, prima di tutto tra la salute mentale e lo straniero e poi tra le tre dimensioni tipiche del servizio sociale.

Considerando il servizio sociale al centro tra salute mentale e migrazione, nella pratica professionale risulta pericoloso da un lato sopravvalutare l'aspetto culturale e dall'altro demonizzare l'universalità delle risposte: come assistenti sociali, prendere posizione su uno dei due aspetti citati, si rischia di effettuare una valutazione semplificata dei problemi espressi dagli utenti attraverso letture sbilanciate o sulla diversità culturale o sull'incapacità dei servizi di fornire risposte adeguate al bisogno espresso. Simili valutazioni da parte dei professionisti possono diventare più di limite, che risorsa nella presa in carico dei pazienti stranieri, perché impediscono una vera presa in carico. Per evitare tali rischi, sia i vari servizi pubblici, sia gli attori coinvolti nella presa in carico, come gli assistenti sociali, dovrebbero interrogarsi sull'efficacia delle metodologie e degli strumenti professionali utilizzati: se l'obiettivo da raggiungere è la salute nei pazienti stranieri affetti da disturbi mentali, molto probabilmente, tali strumenti, necessitano di una revisione sia a livello concettuale, sia a livello pratico.

Da quanto finora trattato emerge la necessità di avviare un percorso di cambiamento di prospettiva, consapevoli che ogni cultura produce, tra tutti i sistemi, anche quello di cura: insieme di concezioni relative alla salute, alla malattia e ai problemi con queste connesse, nonché di pratiche rivolte alla cura e prevenzione²¹⁹. Esiste quindi la necessità di costruire un ponte tra le culture, attivando un processo che rinvia, da un alto, al necessario attraversamento tra le diverse culture e dall'altro all'incontro trasformativo tra il soggetto osservante (operatore) e il soggetto osservato (utente).

²¹⁹ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 72

CAPITOLO 8: FUNZIONI E RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE NELLA PRESA IN CARICO DI UN UTENTE STRANIERO ALL'INTERNO SERVIZI PSICHIATRICI

Nel trattare questo argomento risulta importante ritornare sul tema dell'identità del servizio sociale affrontato nella seconda parte e, in particolare, alle riflessioni di Fargion sull'importanza di definire un'identità professionale per promuovere una operatività riflessiva, dotata di più strumenti e attenta a comprendere come la propria azione incide sulla realtà²²⁰.

In questo capitolo, infatti, intendo analizzare come il ruolo e le funzioni del servizio sociale si posiziona sulla presa in carico di un utente straniero affetto da disturbi mentali, così come definito dalla definizione di psichiatria transculturale.

Un aspetto rilevante risulta quanto espresso dalla Fargion, la quale riporta che *“la postmodernità accetta la differenza e il conflitto come condizioni naturali della vita sociale: è inevitabile che il servizio sociale evolva e si riformi in accordo con le condizioni locali e culturali”*²²¹.

Come Ancora all'interno della psichiatria transculturale, anche la Fargion, definendo così il ruolo attuale del servizio sociale, rappresenta una sorte di processo in continua evoluzione della presa in carico di servizio sociale di un utente straniero, in cui il ruolo e le funzioni dell'assistente sociale devono rispondere e connettersi con le condizioni locali e culturali. Il servizio sociale, occupandosi dei fenomeni locali e culturali, quindi sociali, necessita di una certa flessibilità, in linea con l'evoluzione nel tempo di quest'ultimi, al fine di comprendere e rispondere adeguatamente ai bisogni espressi dalle persone.

Un tratto distintivo del servizio sociale risulta la continua ricerca di una ricomposizione del quadro e delle fratture espresse dall'utente, assieme alla necessità di costruire conoscenza a partire dalla complessità degli interventi che non si collocano nel chiuso di contesti semplificati e stilizzati, quali un laboratorio o uno studio²²². *“Al contrario il lavoro sociale si realizza nella ricchezza di stimoli e nel “disordine” di un ambiente che si presta a più letture anche contraddittorie, in cui gli esiti delle azioni non sono mai chiaramente prevedibili”*²²³. Considerato le diversità culturali espresse dai vari utenti stranieri e i tratti distintivi del servizio sociale, l'assistente sociale nella presa in carico di un utente straniero con disturbi mentali si inserisce pienamente con il proprio ruolo e con le

²²⁰ S. Fargion, *op. Cit.*, pag. 48

²²¹ *Ibidem*, pag. 49

²²² *Ibidem*, pag. 176

²²³ *Ibidem*, pag. 176

proprie funzioni, soprattutto se consideriamo la definizione attribuita di “professione dell’incertezza”: paradosso della pratica professionale è la certezza dell’incertezza e il corrispondente bisogno di costruire sicurezze nell’incertezza.

Il compito della professione del servizio sociale è proprio quella di trasformare situazioni incerte in problemi fronteggiabili. Ovvero si potrebbe dire che, la sostanza del lavoro di un’assistente sociale è di entrare in dialogo con situazioni incerte, magmatiche, indefinite, confuse e fluttuanti e che per di più sono viste e definite in modo diverso dai diversi soggetti coinvolti²²⁴.

Emerge che, nello svolgimento del proprio agire professionale, l’assistente sociale, quotidianamente, si attiva per definire nuovi percorsi e nuove strategie di fronteggiamento della situazione di difficoltà dell’utente. E’ un professionista preparato ad affrontare situazioni non chiare in cui è necessario definire dei “confini” per attivare interventi adeguati.

Nella definizione del ruolo e delle funzioni del servizio sociale nell’incontro con utenti stranieri affetti da disturbi mentali, bisogna considerare che, lo svolgimento della professione, avviene all’interno di un sistema sanitario, dove l’agire del medico psichiatra risulta ricoprire un campo d’azione molto forte. Per tale aspetto risulta importante riportare il concetto di presa in carico elaborata da Piero Coppo, dove ridimensiona il sapere medico per promuovere un coinvolgimento di tutte le professioni. L’autore descrive che, nel campo dei disturbi mentali, dovrebbe avvenire un passaggio da un modello psichiatrico centrato su specialisti e servizi di tipo occidentale, ad un modello che riconosca le altre risorse terapeutiche, ma anche da un passaggio da un modello medico specialistico ad uno comunitario di prevenzione e di cura che, con difficoltà, si sta sperimentando. Attivare risorse comunitarie comporta una redistribuzione delle competenze a prevenire e prendere in carico il disturbo psichico: dallo specialista al medico, dal medico alle altre figure di terapeuti, a figure non specialistiche, alle organizzazioni di auto aiuto. Dovrebbe avvenire un passaggio dal termine “terapia”, saper fare specialistico, a quello più globale di “cura” e poi a quello di “presa in carico”, che significa un’assunzione globale e collettiva, non specialistica, della persona in crisi. Se gli operatori avessero chiaro tale passaggio e riconoscessero la diversità tra curare e prendere in carico sarebbe una loro importante trasformazione di atteggiamento²²⁵.

Emerge come nella presa in carico tutti i saperi, anche quello del servizio sociale contribuisce per una adeguata gestione delle difficoltà del paziente.

²²⁴ *Ibidem*, pag. 176

²²⁵ P. Coppo, *op. Cit.*, pag. 73

Bisogna avviare un approccio inclusivo alla conoscenza, un approccio in cui si possa riconoscere la parzialità di ogni forma di sapere, in cui venga sfatata la superiorità assoluta dei saperi legittimati, quali quello scientifico, in cui si sia pronti ad accogliere e valorizzare forme di sapere tradizionalmente non riconosciute o addirittura marginalizzate²²⁶.

Il servizio sociale essendo abituato al confronto, sia a livello riflessivo con un confronto continuo con altri saperi nella costruzione del proprio sapere, sia a livello operativo, riuscendo ad interagire, nel lavoro pratico quotidiano con tre dimensioni, quella individuale, quella comunitaria e quella organizzativa, sembra non temere il confronto relazionale con un utente straniero affetto da psicopatologia. Infatti, il servizio sociale tra i saperi, nella presa in carico, sa riconoscere e comprendere il significato dell'esperienza dei soggetti e attribuisce un valore positivo ai saperi maturati da coloro che si trovano in una situazione di difficoltà. Si tratta di una posizione coerente con il riconoscimento di una molteplicità incommensurabile di visioni e di "verità"²²⁷.

²²⁶ *Ibidem*, pag.176

²²⁷ S. Fargion, *op. Cit.*, pag. 174

CAPITOLO 9: PROCEDURE E STRUMENTI IN USO

Dopo aver affrontato il ruolo e le funzioni del servizio sociale all'interno di una psichiatria che intenda considerare la cultura d'appartenenza del paziente, di seguito verranno contestualizzati, all'interno del servizio di salute mentale nella presa in carico degli utenti stranieri gli strumenti utilizzati dall'assistente sociale e presentati nella seconda parte. Nell'analizzare le procedure e gli strumenti in uso, ritengo importante presentare il contesto attuale dove si realizza l'incontro tra servizio sociale e stranieri. Spinelli, a tal proposito, sottolinea come sia per gli utenti, sia per gli operatori, la cultura determina cosa si percepisce come problema, come lo si esprime, chi può intervenire per aiutare, il modo di sentirsi protetti in un certo contesto. All'interno di tale descrizione, l'organizzazione dei servizi assume un ruolo importante in quanto attualmente viene adottato un modello d'integrazione che oscilla tra:

1. multiculturalismo: gli immigrati sono ammessi come singolo o come gruppo;
2. interculturalità: riconoscimento delle diversità culturali;
3. riconoscimento delle differenze;
4. un non esplicitato modello di assimilazione alla nostra cultura²²⁸.

Anche il servizio sociale si trova a dover svolgere le proprie funzioni in istituzioni, le quali adottano politiche diverse nei confronti della popolazione straniera. Il servizio sociale, che per sua natura si trova al centro dei problemi concreti del nostro tempo, deve saper affrontare le problematiche relative alla presa in carico degli utenti stranieri, coscienti dell'indirizzo istituzionale dell'ente di appartenenza, ma in coerenza con il proprio mandato professionale.

9.1 EFFICACIA DEGLI STRUMENTI IN USO RISPETTO A SCENARI E CONTESTI DIVERSI

Nella presa in carico dei pazienti stranieri con disturbi mentali non si tratta di adattare la strumentazione in uso all'interno di un contesto culturale diverso, come quello del paziente straniero, perché in tal modo avverrebbe un'annessione al nostro sistema dell'alterità culturale. L'intenzione deve essere quella di comprendere come gli strumenti in uso possono essere letti e utilizzati in modi diversi, al fine di avviare un avvicinamento del sistema dei servizi e degli operatori al paziente straniero. Questo obiettivo può produrre un forte incentivo all'innovazione della professionalità dell'operatore, se l'intenzione è quella

²²⁸ E. Spinelli, *op. Cit.*, pagg. 353-359

di comprendere realmente un procedimento utile alla comprensione dei problemi di salute mentale delle persone migranti²²⁹.

Partendo dal presupposto di voler comprendere realmente un procedimento di avvicinamento all'utente straniero con disturbi mentali, di seguito presenterò come si inseriscono gli strumenti operativi in uso all'assistente sociale.

1) PRESA in CARICO

Riprendendo i concetti di presa in carico con un'ottica transculturale, Coppo la definisce come un processo di "contaminazione", Ancora parla di "terapie contaminate": cioè della capacità degli operatori di trovare "sul campo" la linfa per attivare nuovi modelli d'osservazione e intervento²³⁰. Quest'ultimo autore associa la presa in carico, in psichiatria transculturale, ad un viaggio, in cui l'osservatore attiva un processo di trasformazione all'interno dei propri pregiudizi e delle proprie visioni del mondo, sospendendo le sue vecchie categorie di pensiero. Per attivare tale processo, l'operatore deve dotarsi di flessibilità mentale. Ancora fa presente della difficoltà dei professionisti, soprattutto di coloro che lavorano nei servizi psichiatrici pubblici, di attivare tale processo, perché, all'interno dell'organizzazione, viene privilegiato la quantificazione degli interventi, minimizzando il confronto con una cultura nota (quella dell'operatore) e una che sicuramente non si conosce (quella dell'utente)²³¹.

L'attivazione di un processo di "contaminazione" provoca nell'operatore un effetto di spaesamento, perché significa sconfinare nel disordine, nel caos o in un ordine diverso dal proprio. Ancora riporta che l'operatore può aiutare a ripristinare ordine nelle situazioni osservate attraverso una maggiore comprensione dei sistemi simbolici, religiosi sociali per comprendere i confini tra noi – operatori e il loro – pazienti/utenti, utilizzando la metodologia dell'osservazione partecipante²³². Sapendo attraversare uno spazio frammentario e non ben definito, operatore e utente possono arrivare a costruire un luogo esperienziale contaminato e contaminante, uno spazio comune dove è possibile costruire una vera presa in carico²³³.

Attualmente, all'interno dei servizi di salute mentale, nella presa in carico accade spesso che l'operatore si approccia, in generale, alle problematiche, ma non in particolare

²²⁹ G. Cardamone, *Psicopatologia, cultura e salute mentale di comunità*, in S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 121

²³⁰ A. Ancora, *op. Cit.*, pag. 56

²³¹ *Ibidem*, pag. 25

²³² *Ibidem*, pag. 58 - 59

²³³ *Ibidem*, pag. 61

a quelle legate agli utenti stranieri, rimanendo ancorati alle proprie certezze, senza cambiare approccio, sottovalutando anche la dimensione culturale²³⁴.

Inoltre i servizi, così come sono attualmente strutturati, inducono ad adottare tecniche procedurali poco significative nel rapporto con un utente straniero, dove è necessario adottare un pensiero meno rigido per cogliere le sfumature, le interazioni, le connessioni²³⁵. Una presa in carico di tipo transculturale potrebbe essere considerata come non pertinente ai protocolli operativi adottati.

Nella presa in carico di un utente straniero affetto da disturbi mentali, il servizio sociale occupa uno spazio importante, soprattutto se si considerano i principi e i valori fondamentali inseriti nel codice deontologico, guida dell'agire professionale quotidiana, in particolare quello dell'unicità e dell'unitarietà dell'individuo: lo studio del paziente straniero con disturbi mentali, non può essere dissociato dal suo contesto socio-culturale, ma deve essere analizzato considerando l'interazione dei diversi aspetti della vita in un'ottica complementare.

Inoltre, riportando la definizione della Fargion sull'assistente sociale, definendola come la "professione dei confini", rispetto alla capacità del professionista di muoversi sui confini e attraversare i confini, l'assistente sociale è in grado di operare in territori incerti, in profili indefiniti. A tal proposito, Ancora parla dell'utilità, nella presa in carico di un paziente straniero, di adottare una metodologia "di sconfinamento", dove l'operatore diventa "di confine"²³⁶.

Nella presa in carico, quindi, diventa importante pensare alla dimensione culturale, ma anche saper attraversare i propri modi di pensare e attuare la cura: *"la cura diventerebbe così un luogo mentale e fisico dai confini mobili che dovrebbe caratterizzare ogni processo di cambiamento, un processo inteso come sequenza "socializzante" generatrice di interazioni, di possibilità di narrare e narrarsi, ri-scrivendo così nuove storie. In una parola un incontro con l'uomo con sistemi dell'uomo che, perciò stesso, non può che tingersi di tanti colori"*²³⁷.

Concludendo Mellina riporta che chi è delegato alla presa in carico dei disagi e disturbi, in particolare quelli psichici e "si fa contaminare dalla relazione con l'utente straniero" potrebbe finire con il riconoscere, nella cultura dell'altro e del suo gruppo, una variabile importante e fino ad ora poco considerata, delle potenzialità terapeutiche insospettite. A

²³⁴ *Ibidem*, pag. 27 e 20

²³⁵ *Ibidem*, pag. 39

²³⁶ *Ibidem*, pag. 33

²³⁷ *Ibidem*, pag. 31

tale scopo l'autore traccia un percorso formativo e operativo connotabile per una presa in carico dell'utente straniero con disturbi mentali. Tale percorso si sviluppa nelle seguenti fasi:

- analisi della posizione dell'operatore, definizione del ruolo e suo sostegno;
- analisi dei contesti di erogazione degli interventi;
- analisi dei servizi (flessibilità, diversificazione, accessibilità);
- analisi ed aggiornamento della sensibilità culturale e dello strumento concettuale dell'operatore;
- analisi dell'adattabilità dell'approccio terapeutico, identificazione delle risorse terapeutiche e riabilitative disponibili nella comunità, formali e non formali²³⁸.

2) LA RELAZIONE

In psichiatria, la relazione riveste un ruolo fondamentale: nel rapporto con l'utente diventa sia strumento di cura per l'elaborazione, la realizzazione di un progetto individualizzato e per favorire e promuovere maggiore *compliance* dell'utente, sia strumento di analisi e di valutazione, attraverso il quale possono essere individuati elementi di difficoltà e/o inadeguatezza dell'individuo, come, ad esempio, l'incapacità di sostenere un colloquio o un'uscita nel territorio, la difficoltà di affrontare un contesto grupale o l'assunzione di comportamenti inadeguati al contesto frequentato.

La relazione risulta uno strumento importante, non solo in termini generali all'interno del servizio psichiatrico, ma anche nell'agire professionale dell'assistente sociale. Per capire la rilevanza di questo strumento all'interno del servizio sociale di un centro di salute mentale, di seguito, presento alcune delle relazioni quotidiane in cui l'assistente sociale quotidianamente è coinvolta:

- ✓ relazioni con utenti e familiari;
- ✓ relazioni tra diversi professionisti (medici, assistenti sociali, infermieri, psicologi, educatori, operatori assistenziali) appartenenti allo stesso Servizio (CSM o/e SPDC e/o DHT e/o CD);
- ✓ relazioni con diversi operatori che gestiscono, in convenzione, la fitta rete delle strutture residenziali (CTRP, Comunità alloggio, gruppi appartamento) o altri servizi riabilitativi, quali centri diurni occupazionali, centri lavoro guidato;

²³⁸ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 114

- ✓ relazioni con altri servizi dell'ULSS quali Direzione Servizi Sociali, Servizio Integrazione Lavorativa, Servizio per le tossicodipendenze, Unità Operativa Disabili Adulti, NeuroPsichiatrica Infantile, Distretti SocioSanitari, medici di base;
- ✓ relazioni con altre istituzioni esterne all'ULSS, quali Comuni, Cooperative, varie associazioni e servizi nati dal e nel territorio, Associazioni dei Familiari, Tribunale, etc.

La relazione è, quindi, parte integrante e fondamentale della presa in carico dell'utente con disturbi mentali: specificità del ruolo dell'assistente sociale è la capacità di creare connessioni, considerando l'utente, non come individuo solo in sé, ma all'interno di una rete, che può e deve essere attivata al fine del superamento della situazione di difficoltà.

Considerando le relazioni che il servizio sociale attiva tra diversi professionisti e servizi, in tale ambito si osserva, spesso, la difficoltà di comunicazione e di interagire tra ruoli professionali e strutture diverse: è necessario superare questi ostacoli, in quanto si traducono in difficoltà nella presa in carico dell'utente.

Alla relazione, sia essa con l'individuo e/o la famiglia o con professionisti e servizi diversi, l'assistente sociale deve dedicare un tempo e uno spazio adeguato, al fine di creare un contatto "positivo" con l'utente, soprattutto se straniero: in tal modo si può osservare l'efficacia degli interventi attivati, creare connessioni tra vari pezzi, che possono risultare insignificanti e/o non osservati all'interno di relazioni sbrigative.

Ancora riporta che la relazione tra chi chiede aiuto e chi è disposto a darlo è contrassegnata da momenti di grande intensità, dove il fine è tentare di comprendere lo spazio fisico e mentale dove si sviluppa la relazione: secondo l'autore la costruzione di una relazione unica e irripetibile avviene solo attraverso la possibilità di costruire uno spazio diverso²³⁹.

Procedo con l'analizzare alcuni tratti fondamentali nella relazione con l'utente straniero affetto da problemi psichiatrici, un aspetto da tenere presente è l'asimmetria della relazione. Ancora definisce l'asimmetria della relazione con l'utente straniero affetto da disturbi mentali come uno sperimentare nuove modalità comunicative, che possono mettere in gioco nuove parti tra gli interlocutori, al fine di individuare punti di contatto, di contagio, di vicinanza, ma anche di collisione. Per l'autore il definire la relazione come asimmetrica, non rappresenta solo un'accezione negativa, ma questo mescolarsi tra diversi ordini, equilibri permette la costruzione di una nuova zona dove, il soggetto, la mente malata, la società, l'operatore integrano, distruggono o rinnovano parti di sé, dei

²³⁹ A. Ancora, *op. Cit.*, pag. 26

propri ruoli, valori, costruzioni e rappresentazioni della propria identità e del proprio contesto sociale²⁴⁰.

L'asimmetria relazionale potrebbe, quindi, divenire un nuovo modo di comunicare: l'operatore dovrebbe tenere presente il proprio bagaglio formativo, per attivare altri livelli di interazione con l'utente, ad esempio, l'uso dell'umor o della musica. Al contrario, se per asimmetria si intende attivare relazioni unidirezionali (aspetto che accade frequentemente all'interno dei servizi), tale incontro non permette una conoscenza della visione e del mondo dell'utente straniero affetto da disturbi mentali. Certamente avviare una relazione asimmetrica, così come viene definita da Ancora, mette a dura prova l'operatore, oltre a creare problemi organizzativi e di orientamento professionale.

Altro aspetto importante nella presa in carico dell'utente oggetto di studio risulta il contesto in cui si sviluppa la relazione tra operatore e utente: per il sistema di cura occidentale il rapporto con un operatore avviene, prevalentemente, all'interno di un ambulatorio, alla presenza di un professionista (medico, assistente sociale, infermiere) distanziato dal paziente da una scrivania; molto spesso, è una relazione duale. Ma questo setting di cura è il modo migliore per accogliere una persona proveniente da un contesto dove il gruppo allargato ricopre un ruolo importante e rappresenta anche una forma di supporto e di protezione?

Gli operatori devono rendersi consapevoli del fatto che, in molte culture, il gruppo rappresenta una condizione di vita, un modo di stare al mondo, una maniera di vivere la sofferenza²⁴¹. Il gruppo, quindi, potrebbe risultare un nuovo modo per mettersi in relazione con l'utente straniero affetto da disturbi mentali: potrebbe diventare un luogo, dove è possibile ascoltare e essere ascoltati, apprendere e insegnare, raccontare la propria storia e confrontarla con quella degli altri. Il racconto predispone alla conoscenza e permette la riflessione sul proprio percorso. Il gruppo può favorire nuove relazioni e nuovi modi di stare insieme.

Ancora riporta, nel suo libro, l'esempio di un'esperienza clinica di gruppo, dove l'obiettivo era l'appartenenza ad un determinato luogo e, tramite la partecipazione di tutti i partecipanti, la costruzione di una piccola parte di cultura comune, attraverso il dialogo su problematiche comuni. Il gruppo era caratterizzato da un "nomadismo" caratterizzato da persone che frequentavano il gruppo con stabilità e svolgevano il ruolo di ponti di collegamento con i nuovi arrivati²⁴².

²⁴⁰ *Ibidem*, pag. 145

²⁴¹ *Ibidem*, pag. 46

²⁴² *Ibidem*, pag. 46 - 50

Nelle osservazione, l'Autore riferisce che questa esperienza è degna di nota per chi intende trovare nuovi codici di lettura dei fenomeni fuori dalle tecniche convenzionali: questo setting permette di osservare manifestazioni che, al di fuori, l'operatore non riuscirebbe a cogliere.

Concludendo emerge chiaramente quanto risulta importante riuscire a stabilire una relazione che tenga conto della diversità culturale, per favorire la creazione e il mantenimento di una presa in carico dell'utente.

Emerge che l'approccio transculturale, si basa anche sull'importanza del tempo per riflettere e osservare le varie manifestazioni, eventi, racconti riportati dall'utente.

3) COLLOQUIO

Il colloquio diventa un importante strumento di cura, dove si possono attivare dinamiche per la costruzione di un nuovo spazio di incontro: l'interscambio tra chi vive la storia della propria sofferenza e chi prova insieme all'utente a ri-scriverla, passa attraverso momenti confusivi perché incrocia diversi livelli di realtà. Questa realtà che viene considerata dall'individuo come la sola, imm modificabile e negativa, può diventare fonte di cambiamento all'interno del rapporto con l'operatore²⁴³.

Il colloquio, quindi, rappresenta uno strumento operativo che permette l'incontro con l'altro, al fine di modificare una situazione negativa, attraverso l'avvio di un processo di cambiamento per il raggiungimento di un maggior benessere per l'utente. All'interno del colloquio devono essere esplicitate e ridimensionate le aspettative degli attori coinvolti. Il colloquio, o meglio la capacità di parlare e comunicare, rappresenta quindi, un atto di vicinanza.

Nel colloquio tra utenti stranieri affetti da patologia mentale e operatore di confine, com'è l'assistente sociale, è importante percepire la soglia e riconoscere l'"altro" che spaventa, sfugge, affascina. Riconoscere la soglia è una *condizione di dialogo*, perché non ci può essere dialogo nell'uniformità²⁴⁴. Nel colloquio emergono le differenze, che devono essere riconosciute e valorizzate: come operatori diventa importante, non l'oggetto di studio, ma il modo con il quale noi ci predisponiamo alla conoscenza dell'altro.

Bisogna procedere ad educare l'occhio a cogliere le sfumature e i contorni, perché quest'ultimo è ormai viziato da una cultura che tende ad impacchettare in schemi rigidi. Nel colloquio deve realizzarsi un contesto di apprendimento dove l'operatore è coinvolto

²⁴³ *Ibidem*, pag. 143

²⁴⁴ *Ibidem*, pag. 34

attivamente in una osservazione partecipante, per riuscire a cogliere, ad esempio, gli atteggiamenti e le immagini che l'incontro con l'altro suscita in noi²⁴⁵.

In questo processo conoscitivo dell'alterità, la possibilità di entrare in un dialogo vero, non basato su concezioni cariche di stereotipi, diventa arricchimento e risorsa²⁴⁶.

Nel colloquio con un utente straniero, in modo particolare se affetto da problemi mentali, la diversità di lingua può rappresentare un grande ostacolo nell'interazione tra operatore e utente. Mellina, a tal proposito, riporta la questione come un fattore fortemente incisivo nella capacità di stabilire una relazione con il paziente. L'autore riporta che, se non si conosce la lingua del paziente, risulta importante avvalersi di una mimica, di una gestualità che permette di inventare e negoziare un linguaggio maggiormente funzionale alla presa in carico dell'utente²⁴⁷.

Il problema della lingua non è una questione semplice. All'interno dei servizi, per superare tale ostacolo, vengono utilizzati i cosiddetti mediatori linguistici-culturali. E' importante essere consapevoli che la sola conoscenza della lingua non è sufficiente a produrre momenti di vicinanza. Si osserva che, nei servizi, vengono utilizzati i mediatori culturali per singoli interventi. Dall'esperienze vissute all'interno del servizio ho osservato che l'uso a spot di tale risorsa non è sempre ben accettata dall'utente, anzi viene vissuta come una "sorte di invadenza". Come scrive Ancora, il mediatore diventa una risorsa, se inserita in un contesto di integrazione di costruzione. L'utente, relazionandosi anche con un mediatore culturale con cui condivide una cultura, può superare lo straniamento dovuto dall'incontro con un sistema ancora poco conosciuto, come quello socio-sanitario. Tale presenza può favorire l'occasione per respirare aria di casa: la presenza del mediatore riesce a trasformare il luogo dell'operatore come un luogo più abitabile dal paziente e può favorire la presentazione di uno stato di malessere comprensibile a chi è vicino alla sua cultura.

Rispetto alla professione di assistente sociale, lo strumento del colloquio nella presa in carico dei pazienti stranieri, dovrebbe essere considerato come un tempo "di ascolto", in quanto può rappresentare un momento unificante tra le diversità di tutti i sistemi, compreso quello sociale. La comprensione reale della situazione di bisogno espressa dagli utenti ha luogo quando sia "noi"- operatori, sia gli "altri" – utenti, cessano di

²⁴⁵ *Ibidem*, pag. 128

²⁴⁶ *Ibidem*, pag, 132

²⁴⁷ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 47

essere i poli in conflitto, per diventare elementi di un'interazione che arricchisce il patrimonio di conoscenze dei soggetti coinvolti nell'incontro²⁴⁸.

Nell'agire professionale il servizio sociale deve creare *condizioni operative al fine di garantire spazi culturali di incontro, dialogo e ascolto: gli operatori, come l'assistente sociale, negli ambulatori, si trova di fronte alla sofferenza psichica che a volte ci coglie impreparati*²⁴⁹. La "stanza" in cui si incontra e si dialoga con l'utente non è più sufficiente: l'operatore deve dotarsi di ruote mentali e fisiche per spostarsi, per andare a visitarlo nei luoghi in cui vive e bisogna farlo prima che si ammali in modo irreversibile²⁵⁰.

4) EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

L'equipe multi professionale permette l'interazione fra diverse componenti emozionali e di pensiero degli operatori di una equipe pluridisciplinare coinvolti nella presa in carico di utenti stranieri affetti da disturbi mentali: nella relazione con l'utente si colgono le differenze culturali dell'Altro, nell'equipe multi professionale invece si rilevano le differenze culturali dei diversi operatori. L'equipe diventa così un piccolo laboratorio interno: l'operatore deve superare il proprio ruolo per guardare la situazione da un altro punto di vista, quello di un altro operatore. Così il professionista attinge a risorse intraculturali ed emotive createsi nell'interazione e necessarie per affrontare con maggiore consapevolezza le difficoltà degli "attraversamenti" altrui. L'unione tra i diversi operatori è la sofferenza psichica che quotidianamente sfida e lega chi chiede aiuto e chi si appresta a darlo²⁵¹.

Il gruppo multidisciplinare, quindi, permette intercambiabilità tra le diverse figure professionali: diventa un contesto dove poter attingere risorse per poter incontrare gli altri professionisti con un mondo e modi diversi di concepire il disagio mentale²⁵².

Nel confronto con altri operatori, l'assistente sociale potrebbe correre il rischio di venir investita, anche dall'equipe stessa, nello svolgimento di compiti burocratici-amministrativi, soprattutto nelle situazioni in cui il gruppo multidisciplinare vive una sorta di straniamento delle numerose e varie richieste espresse dall'immigrato. L'assistente sociale, invece, deve saper riconoscere nella propria professione le proprie potenzialità nella presa in carico di un utente straniero con disturbi mentali, consapevoli della capacità

²⁴⁸ A. Ancora, *op. Cit.*, pag. 40

²⁴⁹ *Ibidem*, pag. 133

²⁵⁰ *Ibidem*, pag. 133

²⁵¹ *Ibidem*, pag. 175

²⁵² *Ibidem*, pag. 175

di interagire sia con i fenomeni sociali e con realtà in continuo cambiamento, sia con gli “altri”, siano essi utenti o professionisti, appartenenti alla stessa o a diverse culture.

CAPITOLO 10: UNO S0GUARDO AL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DI PADOVA

In questo paragrafo riporto alcune personali osservazioni sviluppate dal continuo confronto con i colleghi del 2° servizio di salute mentale dell'Ulss n. 16, durante questi tre anni di lavoro.

L'analisi effettuata sugli utenti stranieri affetti da disturbi psichiatrici si è concretizzata come un'opportunità di approfondimento del tema del rapporto tra salute mentale e migrazione, argomento iniziato già all'interno del quotidiano lavoro. Durante lo studio più volte mi sono "persa mentalmente": mi soffermavo e comparavo le posizioni dei diversi autori studiati e quanto realmente avviene all'interno dell'ambulatorio, nel momento in cui uno straniero entra in contatto con il Servizio attraverso la richiesta di prestazioni di tipo sanitario e/o sociali.

All'interno del servizio, quando si parla dell'incontro tra salute mentale e stranieri tra i colleghi emergono osservazioni e considerazioni diverse che possono essere così riassunte: alcuni vivono l'argomento come una problematica "superata", altri riportano il ricordo di corsi organizzati anni precedenti, altri riportano l'interesse di alcuni psichiatri particolarmente sensibili all'argomento, etc. Si osserva, all'interno del Servizio, la mancanza di una cultura comune e l'argomento viene vissuto come un problema di qualcun altro o superato.

Ma se fosse un problema dell'altro o superato, a mio avviso non se ne parlerebbe più, invece...

Soprattutto nell'ultimo anno varie volte, nelle varie riunioni presenti all'interno del servizio, sono state discusse situazioni in cui gli "attori principali" erano stranieri. Durante questi momenti di confronto percepivo, in alcuni, la difficoltà ad accogliere la diversità, sicuramente non per questioni di pregiudizio. A mio avviso, in alcuni manca una conoscenza del fenomeno, altri assumono una posizione di rigidità, ancorata al proprio sapere, altri sono chiusi nel proprio agire professionale, senza la volontà di mettersi in gioco in modo diverso per accogliere le nuove richieste. Inoltre, tra gli operatori, esiste la preoccupazione di occuparsi di tutte quelle situazioni di devianza ed emarginazione che non sempre attengono all'ambito psichiatrico (nel pensiero comune è rimasto un retaggio del passato che la psichiatria debba prendersi cura di tutti). Tutti questi aspetti provocano negli operatori l'incapacità di saper attraversare i confini e nella presa in carico dei pazienti stranieri avviene adottando il metodo clinico occidentale.

Il tema degli stranieri viene affrontato prevalentemente discutendo le varie difficoltà che i diversi operatori incontrano nel cercare di stabilire una relazione efficace al fine di avviare una presa in carico. In particolare si discute della difficoltà di utilizzare le metodologie e le procedure standard, anche a causa della diversità linguistica, della mancanza di una rete di supporto nel territorio, almeno dichiarata dall'utente e la conseguente difficoltà, ad esempio, in regime di ricovero, di programmare una dimissione e a livello territoriale una scarsa aderenza al progetto socio-sanitario predisposto; si parla della mancanza di documenti regolari e della difficoltà di ricostruire una storia, anche a livello amministrativo; si riflette su eventuali interruzioni non concordate dei processi di cura o sospensioni per periodi più o meno lunghi, per poi riaccedere nuovamente al Servizio; si discute delle richieste di farmaci particolari e delle difficoltà di far comprendere le modalità e la tipologia di prodotti farmaceutici che il SSN offre; si riflette sulla sospensione del progetto di cura riabilitativi - inserimento in una struttura comunitaria - motivato ad esempio da un ritorno in patria per adempiere ad una promessa matrimoniale; dell'uso di comportamenti poco adeguati, manifestati attraverso l'uso di minacce o aggressività e della difficoltà di accogliere la vera richiesta sottostante; della difficoltà di comprendere in base al loro status giuridico ricevuto in Italia, la corretta modalità di accesso al servizio, etc.

Tali situazioni provocano un senso di smarrimento nei vari operatori coinvolti, i quali esprimono sensazioni di impotenza, rispetto alle diverse situazioni incontrate.

Queste criticità hanno favorito una discussione tra tutti i vari professionisti del II° Servizio ed è stato condiviso la necessità di avviare un approfondimento sul tema dell'incontro tra salute mentale e stranieri, consapevoli che, come abbiamo visto, il fenomeno della migrazione è in continua evoluzione e si prevede, nei prossimi anni, una maggiore affluenza al servizio. Al fine di avviare un processo di maggiore conoscenza, utile ad affrontare adeguatamente le situazioni presenti e/o gli scenari futuri è stato costituito un gruppo di lavoro, denominato gruppo multiculturale, composto da due medici (uno del reparto e uno del territorio), assistente sociale (io), una psicologa e due infermieri. Inizialmente è stata avviata una ricognizione territoriale su Enti e servizi presenti nel territorio di Padova che operano nel campo della migrazione, impegnati nel fornire risposte agli stranieri con esigenze di tipo abitativo, alimentare, igienico, etc. ed è stata effettuata una ricerca sulle procedure burocratiche relative alla richiesta dei diversi tipi di permesso di soggiorno, del codice STP e sulle modalità di accesso al Servizio Sanitario in base allo status giuridico.

Conclusa questa fase, il gruppo ha sviluppato l'idea che, le problematiche sollevate nell'accesso e nella presa in carico di un paziente straniero, non trovano una soluzione adeguata con risposte basate quasi esclusivamente da indicazioni sull'iter di procedure amministrative da attivare. Per tale aspetto, da gennaio 2013, è stata avviata un'analisi quantitativa e qualitativa, dove gli operatori con pazienti stranieri in carico o ricoverati in SPDC, dovranno compilare una intervista, al fine di esplorare maggiormente, sia aspetti di tipo sanitario (malattia presente già nel proprio Paese d'origine o sorta in Italia, etc), sia di tipo sociale (contesto di provenienza e di appartenenza, presenza di una rete di supporto nel territorio, PS o altro status,etc.).

All'interno del servizio psichiatrico, attualmente le varie problematiche vengono affrontate, di volta in volta, dall'equipe di riferimento territoriale, attivando ognuno per le proprie competenze, le varie conoscenze, anche minime, in materia. Osservo una difficoltà tra gli operatori a farsi coinvolgere, nello svolgimento della propria professione, ma concludendo, ritengo che il Servizio psichiatrico presso cui lavoro, rispetto agli studi avviati all'interno di altri Centri di Salute Mentale presenti nel territorio italiano (ad esempio Cardamone, Zorzetto a Prato o Beneduce a Torino) e al concetto di presa in carico transculturale dei pazienti stranieri affrontato nei paragrafi precedenti, sta muovendo i primi passi di una strada lunga e arricchente.

CAPITOLO 11: STRATEGIE OPERATIVE PER UNA “BUONA” PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE STRANIERO

L'incontro dell'assistente sociale con un utente straniero all'interno di un servizio di salute mentale rappresenta una situazione connotata dall'incontro di diverse dimensioni, quale quella dei singoli soggetti che si confrontano e appartengono ad una determinata cultura, quella dell'organizzazione dei servizi e quella della comunità territoriale.

Inoltre la realtà della salute mentale dell'utenza migrante non può prescindere dalla consapevolezza che l'esperienza migratoria innesca conseguenze sociali e culturali prima che psicologiche²⁵³.

Dallo studio effettuato emerge che i servizi di salute non possono più continuare ad impiegare universalmente e in modo generalizzato le proprie pratiche e procedure, senza fermarsi a riflettere sul significato culturale della malattia nell'utente che quotidianamente varca la porta degli ambulatori. Come scrive Ancora bisognerebbe iniziare chiedersi il motivo della scarsità, all'interno dei servizi, di tentativi finalizzati a cogliere tutti i segni e segnali derivanti dalla presenza della cultura nelle manifestazioni del disagio psichico²⁵⁴.

Inoltre pensiero comune tra gli autori (ad esempio, Inglese, Ancora) qui trattati è l'inutilità di creare servizi, strutture e discipline ad hoc per rispondere ai bisogni dei migranti per due aspetti: dal lato degli utenti, tale strutturazione potrebbe favorire la creazione di meccanismi di discriminazione nei loro confronti e dal lato degli operatori, come l'assistente sociale, si rischia di chiudere la porta ad una grande occasione di conoscenza.

Gli autori presentati in questa tesi, rilevando la necessaria capacità degli operatori di saper interagire con un “mondo diverso”, indicano alcune strategie operative utili nella presa in carico di un utente straniero affetto da disturbi mentali. Per la presentazione di questo argomento utilizzo un'esposizione di tipo trifocale, caratteristica tanto cara al servizio sociale, iniziando proprio dalla dimensione del rapporto con l'utente:

- è necessario adottare un nuovo modo di agire professionale, facendo tesoro del proprio bagaglio conoscitivo, per aprirsi a nuovi modi di incontrare l'altro, con un impiego più attento di tutte le risorse e le tecniche professionali. Come assistenti sociali, nel processo di presa in carico, ci si deve far coinvolgere da “elementi altri”, senza il timore di smarrire il proprio ruolo professionale e istituzionale: essere

²⁵³ G. Cardamone, C. Matteini, *op. Cit.*, pag. 144

²⁵⁴ *Ibidem*, pag. 43

disponibili a collocarsi, per una buona osservazione, in una posizione meno tecnica e riuscire ad aprirsi a nuovi scenari che l'incontro con l'Altro può far nascere²⁵⁵;

- gli operatori dei servizi pubblici dovrebbero considerare l'incontro con l'altro un arricchimento del proprio bagaglio conoscitivo, utile per promuovere nuovi metodi e modelli di intervento: in questa prospettiva operativa, se gli operatori sono disposti a "contaminare" e "farsi contaminare", possono favorire una cultura del servizio di salute mentale più vicina al territorio, non solo fisicamente, ma ai bisogni della gente, alla loro realtà, alla loro richiesta di ascolto²⁵⁶;
- come operatori, non considerare la propria visione della realtà come l'unica possibile: la transcultura è caratterizzata da concetti nomadi e identità mobili in un continuum sempre in movimento²⁵⁷. Nell'agire professionale, irrigidirsi in modalità "pure" del nostro sapere professionale, rischiano di diventare inefficaci nel processo di avvicinamento – allontanamento nei confronti della persona che chiede aiuto, ma risulta opportuno invocare una "terapia contaminata", cioè costruire una realtà terapeutiche "impura"²⁵⁸;
- favorire una realtà dialogica, dove posizioni antitetiche diventano risorsa sulla base dell'importanza del principio di complementarità. Un rapporto dialogico si costruisce se l'operatore, adotta una modalità flessibile nell'incontro con l'altro.
- favorire la scoperta e l'incontro tra mondi, quello dell'operatore e quello dell'utente, che si presentano inizialmente come chiusi o, semplicemente, come sistemi culturali non interagenti. Allargando la possibilità di comprensione e di scoprire mondi diversi, nella relazione tra operatore e utente, può costituirsi una nuova base culturale consensuale. In tale processo è necessario adeguare gli strumenti conoscitivi e le prassi operative in uso all'operatore²⁵⁹.

Proseguendo con l'analisi delle strategie di presa in carico di un utente straniero con disturbi mentali, nella dimensione comunitaria della trifocalità, in un'ottica transculturale, emerge l'importanza della comunità come fattore di protezione.

Come riporta Cardamone²⁶⁰, gli studi internazionali dell'organizzazione mondiale della sanità sulla schizofrenia riportano che le relazioni familiari, il supporto sociale, etc. sono fattori incisivi sull'esito positivo della patologia. Sulla base di ciò, un sistema di cura

²⁵⁵ A. Ancora, *op. Cit.*, 178

²⁵⁶ *Ibidem*, pag. 41

²⁵⁷ *Ibidem*, pag. 125

²⁵⁸ *Ibidem*, pag. 22

²⁵⁹ G. Cardamone, *Psicopatologia, cultura e salute mentale di comunità*, in S. Inglese, G. Cardamone, *op. Cit.*, pag. 133

²⁶⁰ *Ibidem*, parte tratta da pag. 128 - 129

dovrebbe promuovere e favorire il legame con il contesto sociale, comunitario, attraverso anche l'attivazione di gruppi, intorno ad "oggetti" che la comunità reputa interessanti. Anche Ancora, come ho presentato precedentemente, riporta l'importanza dello strumento del gruppo come azione di cura e di prevenzione.

In salute mentale si dovrebbe promuovere la costruzione di gruppi sociali reali in grado di interagire con quelli già esistenti: in particolare, con quei gruppi che creano legami fra le persone, motivati da una comunanza culturale²⁶¹.

In tale dimensione l'assistente sociale deve sempre interagire con contesto di appartenenza dell'utente, in quanto risulta una variabile fondamentale nell'attivazione e realizzazione dei progetti individualizzati: saper lavorare con il territorio significa saper cogliere risposte diverse e riuscire a rispondere in modo individualizzato e non standardizzato.

Sempre in un'ottica trifocale, per quanto riguarda invece la presa in carico di un utente straniero con disturbi mentali, alcune strategie operative che riguardano l'organizzazione dei servizi sono:

- l'accessibilità ai servizi. Le istituzioni pubbliche, in particolare i servizi sanitari, sono direttamente coinvolti nel fenomeno migratorio: gli stranieri accedono ai servizi sanitari pubblici e l'operatore si trova nella difficoltà di lettura delle richieste degli utenti, ritenute a volte incomprensibili, al fine di favorire un contatto e una *compliance* al processo di cura. Tali difficoltà possono provocare una mancanza o un'interruzione del processo di presa in carico.

Inglese a tal proposito indica l'accessibilità ai servizi come un importante indicatore di funzionamento e di qualità degli stessi per diversi aspetti: come offerta, come capacità di integrazione e di risposta ai nuovi bisogni e come effettivo passaggio dal riconoscimento di diritti all'effettiva fruizione²⁶².

- Attivazione della logica di organizzazione dei servizi. Un servizio che intende veramente rispondere alle esigenze dell'utenza multiculturale, deve attivarsi in diversi piani di intervento: oltre a prevedere eventi formativi agli operatori che devono essere preparati e aggiornati sulle necessità degli utenti, ad una maggiore flessibilità oraria dei servizi e un maggiore utilizzo del mediatore culturale dentro il processo di presa in carico, deve prevedere una costante attività di ricerca, quantitativa e qualitativa, per approfondire la conoscenza del territorio e delle

²⁶¹ *Ibidem*, pag. 128

²⁶² *Ibidem*, pag. 133

comunità che vi abitano, riconoscendo l'individuo come un soggetto all'interno di una fitta rete di relazioni²⁶³.

Concludendo per ritrovare equilibrio al disordine provocato dalla malattia mentale, con gli utenti stranieri è necessario trovare soluzioni tecniche creative per rispondere adeguatamente ai bisogni dell'utente. Gli operatori, inoltre, dovrebbero conoscere e accettare la possibilità che il disordine psichico si organizza secondo modalità diverse.

Ancora riporta alcune indicazioni e strategie da tenere presente al fine di costruire una reale cultura dell'accoglienza dell'utente straniero con disturbi mentali:

- l'operatore deve prestare attenzione a tutte le richieste dell'utente, anche se giudicate irrilevanti perché estranee al nostro modo di intendere salute e malattia;
- qualsiasi promessa deve essere mantenuta nel tempo concordato con l'utente;
- il colloquio è un momento di conoscenza e non un interrogatorio;
- la crisi, che ha portato il soggetto a rivolgersi ai servizi, ha frutto di una complessità di aspetti: l'operatore deve esserne consapevole nel momento in cui decide di passare all'ascolto e ad attivare qualche forma di intervento;
- l'operatore deve accettare i silenzi e l'attivazione di difese meno facilmente aggredibili di quelle di cui si è normalmente abituati;
- non ledere la sensibilità dell'utente;
- privilegiare una comunicazione spontanea piuttosto che ricorrere a tecniche sofisticate;
- l'eventuale presenza di un mediatore culturale va considerata alla stregua di un ponte fra culture e non come semplice lavoro di traduzione;
- la costruzione di una realtà terapeutica deve diventare un modo di compartecipazione ad un viaggio esperienziale coinvolgente sia per l'operatore, come l'assistente sociale, sia per il migrante.

²⁶³ G. Cardamone, C. Matteini, *op. Cit.*, pagg. 144 - 147

CAPITOLO 12: CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi, per me, è stato una grande occasione per soffermarmi a riflettere sull'impianto teorico e pratico del mio agire professionale. Infatti, dopo aver concluso gli studi della laurea triennale in servizio sociale, dove ho acquisito un bagaglio formativo teorico – pratico sulla professione, l'avvio della carriera lavorativa mi ha concesso poco tempo da dedicare allo sviluppo di un pensiero riflessivo sul mio agire professionale.

Dopo otto anni di lavoro e di diverse esperienze lavorative svolte come assistente sociale in diverse Istituzioni, questa tesi si è dimostrata un importante momento per dar vita, all'interno della mia personale esperienza lavorativa, a quella circolarità tra teoria – pratica – teoria, tanto cara al servizio sociale: riflettere sulla presa in carico di utenti stranieri affetti da disturbi mentali, mi ha permesso di comprendere la necessità di avviare una continua circolarità tra teoria e pratica, in tutte quelle situazioni complesse che quotidianamente affronto nella mia sfera professionale.

In quest'ottica, nella prima parte di questo lavoro ho definito teoricamente il contesto di riferimento dello studio, precisando cosa si intende per salute mentale e per migrazione, rilevando le difficoltà/opportunità che possono sorgere dall'incontro di questi due elementi. Ho voluto sviluppare il livello teorico del campo di studio, consapevole che l'agire pratico non può che partire da una conoscenza teorica dei fenomeni osservati. Emerge, infatti, che un operatore, quando si relaziona con un utente straniero affetto da disturbi mentali, non può non considerare che l'individuo può definire in un modo diverso il nostro concetto di salute o malattia o può comunicare uno stato di malessere con terminologie più attinenti all'*illness* che al *disease*. L'operatore, che sia esso psichiatra, assistente sociale, infermiere, educatore non può non tenere presente che, superata l'idea che emigrano le persone affette da patologia mentale, sono prevalentemente i fattori ambientali, di sradicamento e di adattamento ad un contesto nuovo ad incidere fortemente sulla salute mentale del migrante. Dovrebbe inoltre considerare che l'individuo esprime il proprio malessere in base ad un codice determinato dalla cultura d'appartenenza, diverso da società a società e che, in altri contesti culturali, sono presenti sintomi e sindromi specifici, le cosiddette sindromi culturali caratterizzate (CBS), specificatamente prese in considerazione anche dalla psichiatria occidentale nelle sue guide diagnostiche. L'operatore, nella presa in carico dell'utente straniero, dovrebbe infine saper riconoscere i livelli di incomprensione che possono sorgere tra utente e operatore nella relazione di cura.

Mellina afferma che la psichiatria e gli operatori coinvolti, come l'assistente sociale, nel trattare con i pazienti/utenti stranieri affetti da patologia mentale, devono mutare stile di intervento, ottica di prospettive, modalità di approccio, principi di osservazione dei fenomeni, in ultima analisi, all'operatore viene richiesto un atteggiamento culturale, vale a dire un'attenzione e un interessamento alla componente culturale del paziente. Tale cambiamento risulta sempre più necessario, se consideriamo la frequenza in cui i vari operatori vengono investiti da temi, quali il disagio, la sofferenza mentale, lo stress da trapianto e la condotta anomala²⁶⁴. Tutto ciò ponendo attenzione a non sopravvalutare la componente culturale perché, come afferma Mazzetti, si rischia di annullare l'intima individualità della persona, la storia personale, il peculiare percorso migratorio trasformando la persona in un isoculturale. L'autore sottolinea l'idea che considerare lo straniero uguale alla persona che era partita dal suo paese, è un atteggiamento irrealistico. Le persone non hanno un'identità immutabile e fissa per sempre: ognuno di noi è costantemente impegnato in una rielaborazione del proprio modo di vedere sé stessi. L'atto stesso del migrare pone in una condizione diversa per il contatto con un mondo nuovo, nel quale diventa obbligatorio adattarsi, modificarsi come persona, trasformare il modo in cui ci si vede, in una parola riadattare e, quindi, modificare la propria identità. Non si ha a che fare con pazienti stranieri pietrificati nella loro diversità, e neppure con pazienti "omologati", ma con persone in cammino, in atto di riformulare continuamente la propria identità, i cui paramenti sono duttili e oscillano tra spinte di assimilazione nella nuova terra e desiderio di confermarsi nelle proprie origini: "*Ognuno di noi ha ben chiaro di non essere lo stereotipo dell'italiano medio, siamo orgogliosi della nostra diversità. E' sgradevole per chiunque essere considerati "espressioni culturali", ognuno di noi è fiero della propria autenticità", "nei servizi si incontrano persone e non culture"*.²⁶⁵

Per l'analisi riportata nella prima parte circa l'incontro tra psichiatria e migrazione non è stato facile reperire materiale sull'influenza culturale nella presa in carico degli utenti stranieri presso un servizio di salute mentale: Ancora riporta che la letteratura presenta pochi contributi in cui vengono colti e censiti i segnali derivanti dall'"intrusione della cultura nella psicopatologia"²⁶⁶. Tale aspetto deve far riflettere. Infatti, se da un lato può essere considerato positivo, perché segnala la mancanza di collegamento diretto tra lo straniero e i problemi mentali, (come più volte evidenziato, è stato da tempo superato, almeno in letteratura, l'orientamento che ad emigrare non siano le persone affette da patologia

²⁶⁴ S. Mellina, *op. Cit.*, pag. 188

²⁶⁵ M. Mazzetti, *op. Cit.*, pag. 54

²⁶⁶ A. Ancora, *op. Cit.*, pag. 27

mentale), dall'altro la mancanza di analisi approfondite sull'influenza della dimensione culturale nell'espressione e nella cura dei disturbi mentali, pare indice di come le varie istituzioni, fino ad ora, abbiano, affrontato poco le difficoltà che gli operatori incontrano nella relazione con l'utente straniero con disturbi mentali. Sembra quasi che le istituzioni (sanitarie, sociali, politiche) si siano assestate in una posizione di "osservazione", rispondendo, prevalentemente, in modo estemporaneo e sull'urgenza di determinate situazioni, mostrando così una difficoltà dei diversi sistemi istituzionali e professionali di considerare l'incontro con mondi e modi diversi di vita come un'opportunità di crescita culturale. L'"Altro", lo straniero, viene riconosciuto come una persona che esprime continue richieste, spesso incomprensibili o irrealizzabili, a cui l'operatore risponde "dominando" le difficoltà dell'incontro, all'interno di un unico modello determinato che si traduce in erogazione di interventi o di servizi immediati.

Ritengo che avviare uno studio su variabili come salute mentale e migrazione potrebbe essere utile sia per una programmazione e una pianificazione delle risorse e dei servizi congrua alle necessità della popolazione oggetto di studio, sia per gli operatori, che, in prima linea, affrontano l'angoscia e le difficoltà dell'utente straniero affetto da disturbo mentale. Una migliore e più consona dotazione di strumenti e di metodologie adeguate o una revisione di quelle in uso, potrebbe essere utile risorsa per arrivare a quell'equilibrio che si gioca sulla capacità dell'operatore di mettere in discussione la tendenza ad assolutizzare il proprio sapere ed il proprio essere al mondo ed aiutare l'utente a fare lo stesso.

Come emerge nella prima parte della tesi, all'interno dei servizi territoriali preposti alla presa in carico delle persone con disturbi mentali manca un rapporto consolidato con la diversità culturale²⁶⁷ e, a mio avviso, manca anche a livello istituzionale una strutturazione "flessibile" dei servizi, capace di accogliere persone con culture diverse. I professionisti che vi lavorano, anche se sensibili all'aspetto culturale del paziente, potrebbero vivere una sorta di demotivazione, poiché la struttura organizzativa determina i tempi basandosi su una logica più quantitativa che qualitativa. Contemporaneamente, dal punto di vista dei vari professionisti, adottare un nuovo approccio relazionale culturalmente sensibile potrebbe essere vissuto come un ulteriore carico di lavoro. Tutto ciò porta a un perpetuarsi di procedure conosciute e consolidate di presa in carico e cura: strategia che appare più semplice e meno coinvolgente. Osservo che tra i vari operatori è presente un pensiero comune che consiste nel ritenere che l'applicazione delle regole stabilite da

²⁶⁷ G. Cardamone, C. Matteini, *op. Cit.*, pag. 143

protocolli, circolari e linee guida sia il compito principale del proprio mandato professionale, anche quando le situazioni mutano, come nel caso dell'aumentato accesso ai servizi psichiatrici di persone non italiane. Come operatori dovremmo sulla dinamicità e sull'evoluzione dei fenomeni e dei problemi ad essi collegati, individuando le situazioni in cui le regole appaiono superate e non più utili. Questo aspetto, assieme alla mancanza di conoscenza del contesto culturale di appartenenza dell'utente straniero e all'applicazione rigida della pratica professionale, impedisce l'avvio di un vero processo di cura, contribuendo, a volte, ad alimentare il fuoco del conflitto e dell'incomprensione tra l'operatore e l'utente e costruendo distanze e barriere tra operatore e utenti.

In questa tesi, oltre a definire il campo d'azione dove si sviluppa l'incontro tra la psichiatria e la migrazione, ho voluto avviare una riflessione teorica sul servizio sociale. Tale passaggio, descritto nella seconda parte, è stato un'importante occasione, consapevole che, a distanza di circa otto anni di lavoro, ho riempito il mio bagaglio tecnico con tanti anni di esperienza, ma con pochi momenti di riflessione teorica. Il processo avviato con questa tesi, mi ha permesso di contestualizzare la pratica professionale, attribuendo un senso teorico alla metodologia e agli strumenti in uso. Ho osservato che, all'interno del processo prassi – teoria – prassi, le criticità e le opportunità che l'assistente sociale vive nello svolgimento della propria professione, assumono un senso e un significato diverso, favorendo un'applicazione adeguata della metodologia e degli strumenti in uso della professione e un minor senso di inadeguatezza professionale. Tale aspetto diventa rilevante nel momento in cui l'assistente sociale deve relazionarsi all'interno di un servizio connotato da una grande complessità, sia per la tipologia di utenti, sia per il tipo di organizzazione, come quello della salute mentale. Avere una maggiore consapevolezza dei limiti e delle risorse della professione, permette un agire professionale cosciente e forte, utile ad affrontare la complessità delle situazioni riportate dagli utenti.

Nella pratica professionale la riflessività e l'attenzione alle cornici di riferimento teorico sono utili per creare spazi, mentali e non, di riflessione e di azione sui fenomeni osservati, aiutando l'assistente sociale a una maggiore chiarezza nel "disordine" delle situazioni che abitualmente tratta. I riferimenti teorici dovrebbero diventare come l'ancora di una barca a vela: dovrebbero fermare l'agire pratico dell'assistente sociale per il tempo necessario a orientare nuovamente la rotta, magari per raggiungere mete nuove e diverse.

Partendo da tali consapevolezze, come assistente sociale mi sono chiesta se, presa dalle richieste e dalle problematiche che richiedono azioni e capacità di agire per il cambiamento, la professione rischia di dimenticare i principi e i valori, la metodologia, il

ruolo, l'uso appropriato degli strumenti professionali. A tal proposito mi ha colpito il fatto che nella comunità professionale è presente una scarsa percezione del codice deontologico come strumento utile nell'agire professionale.

La comunità professionale dovrebbe aver chiara l'importanza del sapere chi siamo, per sapere dove vogliamo andare.

Queste riflessioni mi hanno permesso l'analisi di aspetti positivi e unici della professione di assistente sociale, quale l'ottica trifocale. Il saper interagire quotidianamente con tante e diverse dimensioni, è caratteristica unica della nostra professione, elemento non competitivo con nessun'altra professione che dobbiamo assolutamente valorizzare. L'assistente sociale è un professionista che sa porsi all'interno di una fitta rete di relazioni che collegano l'individuo, il suo ambiente, la comunità e le varie istituzioni coinvolte, abbandonando schemi rigidi, cogliendo l'importanza della costruzione di relazioni funzionali all'attivazione di processi di cambiamento, relazionandosi per il superamento delle condizioni di disagio e marginalità, per la promozione delle risorse e la negoziazione dei problemi, per la programmazione e la redistribuzione equa delle risorse. All'interno di questa fitta rete di relazioni, nel lavoro quotidiano, l'assistente sociale diventa un osservatore privilegiato dei mutamenti del contesto sociale, dei cambiamenti a livello politico (che incidono a livello di organizzazione del servizio), delle caratteristiche delle richieste e dei problemi degli utenti, dove i contesti socio-culturali (precarietà o mancanza di lavoro, di abitazione, tempi sempre più stressogeni, etc.), incidono inevitabilmente sullo stato di salute delle persone.

Il servizio sociale si posiziona come una professione dotata di una grande flessibilità, non rigida in schemi e contenuti determinati, abituata al confronto nella comunità professionale e con altre professioni, stimolata a ripensarsi e a ripensare il proprio agire professionale a fronte dei solleciti provenienti dai cambiamenti sociali. Come scrive Fargion, la molteplicità e dinamicità di pensiero, all'interno del servizio sociale, permette una maggiore comprensione delle contraddizioni e delle ambiguità presenti nel lavoro sociale quotidiano. Il continuo dinamismo tra pratica - teoria – pratica incalza la professione a costruire il proprio sapere e il proprio agire professionale. La flessibilità del servizio sociale si ritrova anche quando l'assistente sociale si colloca ai confini e tra i confini, portando il professionista ad agire e gestire quotidianamente la marginalità, la sofferenza, l'incertezza.

Sulla base della necessaria circolarità tra teoria e prassi, il contesto teorico presentato nelle prime due parti della tesi mi ha consentito di capire come la professione si

inserisce nell'incontro tra psichiatria e migrazione a partire dal concetto di presa in carico in ottica transculturale. Il servizio sociale, sembra già pronto ad occuparsi di utenti stranieri con patologia mentale, in quanto l'assistente sociale è una professione abituata a confrontarsi con la diversità. Il patrimonio teorico e pratico della professione deve però essere incrementato di tutte quelle conoscenze specifiche, alcune delle quali sono state inserite nella prima parte di tesi, perché l'assistente sociale, così come gli altri operatori dei servizi di salute mentale, a fronte delle mutate richieste dell'utenza, necessita di formazione continua in campo transculturale, da utilizzare nel lavoro con utenti con differenti appartenenze etniche e religiose. La formazione aiuta a stimolare una sensibilità multiculturale attenta alla diversità e ad attuare una corretta presa in carico dell'utente migrante che dovrebbe avvenire, anche attraverso un continuo coinvolgimento della rete di comunità straniere presenti nel territorio²⁶⁸. Inoltre, nella presa in carico di utenti stranieri affetti da patologia mentale, gli operatori dovrebbero essere in grado di coniugare il pensiero con la tecnica all'interno di un processo di apprendimento e di scambio. Risulta importante pensare, ma anche saper fare e viceversa, con l'obiettivo di imparare a dotarsi di comunicazione espressivo-comunicativa e delle modalità opportune per impiegarla²⁶⁹.

L'assistente sociale sembra già praticare una metodologia transculturale: il servizio sociale si confronta, da sempre, con l'incertezza delle situazioni, acquisendo strumenti in grado di cogliere le differenze, di oltrepassare i confini, di definire risposte individualizzate. *"Esploratore di contesti inesplorati"*, lemma che offre un assetto rassicurante alla professione stessa, così come lo è stato per Socrate il *"so di non sapere"*. Ciò favorisce un atteggiamento di positività rispetto alla complessità delle situazioni osservate e ai sentimenti di frustrazione che, a volte, si vive durante l'agire quotidiano. Per l'assistente sociale diventa quindi, fondamentale, nella presa in carico di un utente straniero affetto da disturbi mentali, la consapevolezza che il proprio lavoro si svolge sull'incertezza e sui confini.

La metodologia della progettazione partecipata con l'utente nella costruzione di processi d'aiuto e percorsi individualizzati, dove il sapere dell'utente diventa una conoscenza fondamentale tanto quanto quella dello stesso assistente sociale, ben si inserisce nell'ottica transculturale, aiutando a migliorare la propria stima di sé, ad acquisire empowerment, a definire la propria autonomia. Quando i progetti vengono co-costruiti, il sapere dell'utente diventa un sapere fondamentale nella definizione degli interventi da attivare. *"In un processo d'aiuto volto ad aumentare il potere della persona di scegliere si*

²⁶⁸ S. Inglese, *op. Cit.*, pag

²⁶⁹ A. Ancora, *op. Cit.*, pag. 124

può ipotizzare uno spazio di mediazione nel rispetto delle culture, sia quella dell'assistente sociale, sia quella dell'utente, per arrivare a una comprensione e negoziazione della realtà come modo di capire le cose all'interno di strategie di apertura interculturale nei servizi sociali e sanitari, in cui sono per lo più presenti gli assistenti sociali²⁷⁰”.

A mio avviso, il servizio sociale sembra essere contraddistinto da una transculturalità interna anche grazie alle continue riflessioni della comunità professionale: i continui dibattiti sull'identità, sul ruolo, sulla formazione, favoriscono una professione in continuo movimento, flessibile, non ancorata a rigide impostazioni. Una professione rigida sulle proprie conoscenze scientifiche non può aprirsi a scoprire realtà in continuo movimento, come la migrazione e la salute mentale.

Anche l'impianto teorico sembra avere all'interno un'impronta transculturale: saper confrontarsi con saperi diversi per costruire un proprio sapere, ben si adatta alla diversità che caratterizza l'utente straniero affetto da disturbi mentali.

Il servizio sociale con il proprio impianto concettuale e pratico, potrebbe favorire un maggiore collegamento tra il paziente straniero e il servizio di salute mentale, abituato al confronto, all'interazione con gli altri, non teme la conoscenza di un mondo “altro”, perché quotidianamente sa cogliere e affrontare la diversità di ogni individuo, italiano o straniero che sia. L'assistente sociale sa intraprendere il viaggio della conoscenza e della contaminazione che si sviluppa dall'incontro con l'altro e con la sua cultura sia essa conformista, contigua, affine o alternativa a quella dominante o a quella dell'assistente sociale stesso.

“Si richiede all'operatore una competenza culturale che implica l'abilità di pensare in modo flessibile e di riconoscere che il proprio modo di pensare e di comportarsi non è l'unico possibile. Si lavora con persone in cui entrano in gioco identità diverse: quella sessuale, religiosa, sociale, nazionale, politica. Le persone, infatti, sono un cumolo d'identità e l'emigrazione, che è un'esperienza dolorosa e difficile, affrontata nella speranza di un miglioramento delle condizioni di vita, isola l'individuo dalla comunità e lo costringe a cambiare. La cultura con la quale si lavora è perciò sempre in trasformazione²⁷¹”.

Ho osservato che le esperienze dove la diversità culturale entra come parte integrante nella presa in carico dell'individuo, prendono forma prevalentemente per sensibilità del singolo operatore. La base di partenza per avviare un cambiamento nella logica organizzativa risiede, da un lato, nella consapevolezza dell'importanza di attivare un

²⁷⁰ *Ibidem*, pagg. 353-359

²⁷¹ E. Spinelli, *op. Cit.*, pagg. 353-359

processo di approfondimento e conoscenza a partire dai singoli operatori, dall'altro nella necessità di aggiornare protocolli e linee operative sul piano procedurale e organizzativo.

Per avviare un processo di cambiamento bisogna riuscire a considerare che, accanto alle richieste dell'utente e agli aspetti dolorosi e angoscianti che riporta, esiste la possibilità di costruire un'esperienza innovativa, oltrepassando i confini, tra il noi e il loro, creando nuovi legami, attenuando i confini rigidi dell'io e sospendendo alcuni schemi precostituiti, si tratta di un percorso dove l'assistente sociale ha sia l'opportunità di riconoscere e accogliere l'altro, sia di cogliere e riflettere sui pregi e sui limiti professionali.

Nell'incontro tra psichiatria e cultura, nel decidere quale posto assegnare alla cultura è importante, riprendendo un discorso di Nathan, riconoscere quando e in che modo la cultura dei pazienti possa diventare un agente attivo nelle procedure diagnostiche e nei protocolli terapeutici adottati dal clinico occidentale. Prendendo spunto da Inglese indico alcune opzioni teoriche e operative per gli operatori che desiderano esercitare una psichiatria culturalmente sensibile²⁷²:

1. non declassare i sintomi, i modi espressi dai pazienti appartenenti a contesti culturali diversi perché, così facendo, verrebbero svuotati di significato e di realtà;
2. incominciare a lavorare con l'utente straniero dopo essersi adeguatamente documentati, per quanto possibile, sulla sua cultura di appartenenza, dominante e alternativa che sia e ponendo particolare attenzione ai cosiddetti "incidenti culturali";
3. un paziente conserva atteggiamenti culturali fondamentali, anche quando sembra aver perduto da molto tempo ogni ricordo delle antiche tradizioni e pratiche del proprio gruppo culturale;
4. definire una fase in cui si lavora con il gruppo di appartenenza del paziente, utile per comprenderne le logiche sociali e terapeutiche;
5. individuare le tappe e le modalità organizzative del processo di sviluppo dell'individuo;
6. definire lo status istituzionale e il rango sociale del paziente in rapporto alla sua età, al genere sessuale, alla posizione assunta nel gruppo di appartenenza e nella sua famiglia (strategie di ruolo e di gruppo);
7. individuare le relazioni locali e specifiche tra fattori culturali e disturbi mentali esistenti nella singola situazione;
8. riconoscere e classificare le sindromi culturalmente caratterizzate;

²⁷² S. Inglese, *op. Cit.*, pag. 171 - 172

9. valutare l'impatto del sistema sanitario e sociale occidentale sul paziente e sui gruppi di diversa origine antropologica;
10. definire le componenti "normali" del comportamento degli individui appartenente ad altre culture, perché della loro trasformazione derivano i quadri sintomatologici più frequenti e importanti, che conoscono e governano la logica culturale dei disturbi²⁷³.

²⁷³ *Ibidem*, pag. 171 - 172

BIBLIOGRAFIA

ARTICOLI

- Bonomi A., “Fare diaspora dalle passioni tristi”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 2/2010, pag.49-59;
- Consiglio Nazionale (a cura di), “Riflessioni sul Servizio sociale oggi”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 2/2010, pag.85-10;
- Dente F., “L’avventura comunitaria. Processi sociali e intervento professionale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 2/2010, pag.43-47;
- Dente F., “Il Codice Deontologico come immagine della Professione”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 1/2010, pag.25-26;
- Diomede Canevini M., “Codice deontologico ed etica relazionale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 1/2010, pag.36-42;
- Ferrario F., “ Il caleidoscopio del lavoro nella comunità”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 1/2010, pag.70-80;
- Mordegli S., “La valutazione di Servizio Sociale. I processi valutativi nella complessità dell’esercizio professionale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* Anno I, n. 2, pag.15-20;
- Onida V., “Costituzione ed etica sociale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 1/2010, pag.43-52;
- Spisni L., “Il Codice Deontologico. Uno dei primi atti dell’Ordine”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 1/2010, pag.27-35;
- Tonon S., “L’avventura comunitaria: processi sociali e intervento professionale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 2/2010, pag.81-83;
- Vernò F., “Politiche, ambiti, soggetti e Servizio Sociale”, *Assistente Sociale. La professione in Italia* n. 2/2010, pag.60-69;

Atti e riferimenti legislativi

- Codice deontologico dell'Assistente sociale: testo approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 17 Luglio 2009; in vigore dal 1 settembre 2009.
- Delibere Giunta Regione Veneto:
 - D.G.R. V. n. 752 del 7 giugno 2011 – Dipartimento di salute mentale schema tipo di regolamento;

- D.G.R. V. n. 651 del 9 marzo 2010 – Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale – triennio 2010 – 2012;
- D.G.R.V. n. 4588 del 28 dicembre 2008 - Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell' Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D);
- D.G.R.V. n. 3972/2002 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

LIBRI

- Ancora A., *Costruttori di trappole del vento*, Franco Angeli, Milano, 2006;
- Bassi M., Di Giannantonio M., Ferrannini L., Mencacci C., Munizza C., Petrovich L., Scapicchio P.L., *Politiche sanitarie in psichiatria. Norme, management ed economia*. Masson, Milano, 2003;
- Beneduce R. e al., *La salute straniera*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994;
- Campanini A., *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci Faber, 2002;
- Cellentani O., *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1995;
- Ciminelli M. L., *Follia del sapere e saperi della follia. Percorsi etnopsichiatrici tra i Bamanan del Mali*, Franco Angeli, Milano, 1998;
- Coppo P., *Etnopsichiatria*, Due Punti il Saggiatore, Milano, 1996;
- Dal Pra Ponticelli M., *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber;
- De Robertis Cristina, *Metodologia dell'intervento sociale*, Zanichelli, Bologna 1986;
- Devoto G., Oli G.C., *Dizionario della lingua italiana*, Dizionario Le Monnier, Firenze
- DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson;
- Fargion S., *Il servizio sociale. Storia, temi dibattiti*, Editore Laterza, Bari, 2009;
- Ferrario F., *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, *La Nuova Italia Scientifica*,
- Folgheraiter F., *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Edizioni Erickson, Trento, 2000;
- Geraci S., *Argomenti di medicina delle migrazioni. Approcci transculturali per la promozione della salute*, Regione del Veneto, 2000;
- Giberti, Rossi, *Manuale di psichiatria. Per studenti, medici, assistenti sociali, operatori psichiatrici*, Piccin & Vallardi, Padova, 2005;

- Gui L., *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci Faber, Roma, 2004;
- Inglese S., Cardamone G., *Déjà vu*, Edizioni Colibrì, Milano, 2010
- Mazzetti M., *Il dialogo transculturale*, Carrocci Faber, Roma, 2011
- Mellina S. , *Medici e Sciamani, fratelli separati*, Lombardo editore, Roma, 1997;
- Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale, 18 marzo 2008;
- Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009 – 2010;
- Regione del Veneto – SER, La Tutela della Salute Mentale nel Veneto. Rapporto 2010 dati anno 2009, Novembre 2010;
- Rossi Monti M.(a cura di) , *Manuale di psichiatria nel territorio* , La Nuova Italia, Firenze, 1994
- Tognetti Bordogna M., *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Franco Angeli, Milano 2008
- Ziliani A. ,Rovai B., *Assistenti Sociale Professionisti*, Carocci Faber, 2007