

# Servizio psichiatrico e utenza straniera

DI FRONTE AI MOVIMENTI MIGRATORI DI QUESTI ANNI, I DSM DEVONO RISPONDERE AD UNA DOMANDA DI CURA DI DIFFICILE CODIFICAZIONE, TROVANDOSI A DOVER COSTRUIRE UNA CULTURA DELL'ACCOGLIENZA CHE COMPORTA LA RICERCA DI TECNICHE E STRUMENTI DI INTERVENTO CHE FAVORISCANO LE CURE CONTRIBUENDO ALL'INTEGRAZIONE, E VICEVERSA.

Grazia Biraghi,\* Anita Montanari,\*\*  
Edoardo Re\*\*\*

Il panorama culturale e sociale dell'Occidente è sempre più complesso, anche per via dei movimenti migratori di massa che lo attraversano. Le istituzioni pubbliche sono sollecitate dalle sospensioni e dalle cadute o, all'opposto, dalle accelerazioni marginalizzanti di simili movimenti. Tali sollecitazioni coinvolgono i servizi pubblici, interrogando gli operatori relativamente a domande di cura i cui contenuti mostrano i dilemmi dell'alterità culturale, ideologica e personologica.

I Dipartimenti di Salute mentale si trovano così a rispondere a una domanda di cura di difficile codificazione e per far ciò non possono evitare di interrogarsi sull'evento migratorio, di esplorare le caratteristiche sociali, culturali e psicoaffettive del migrante e di far luce sulla natura ed entità oggettive e soggettive della sua patologia. Si trovano a dover costruire una cultura dell'accoglienza, ricercando tecniche e strumenti di intervento "altro", che favoriscano le cure contribuendo all'integrazione e, nello stesso tempo, favoriscano l'integrazione, contribuendo così a un migliore utilizzo e ad una maggiore efficacia delle cure.

Il presente contributo intende testimoniare lo sviluppo, all'interno di un servizio psichiatrico territoriale milanese, di un interesse specifico su questi temi. Tale interesse generale ha condotto all'aggregazione di un gruppo di operatori particolarmente attenti alle problematiche legate all'esperienza migratoria e interessati a una sua declinazione operativa. Si è così implicitamente strutturato un "Programma stranieri", che si è consolidato grazie anche a contributi finanziari provenienti prima dalla Regione Lombardia, attraverso il Comu-

ne di Milano Ufficio Stranieri (Progetto "Oltre le frontiere") e, successivamente, dalla Fondazione Cariplo (Progetto "Reti sociali multietniche").

L'impegno del programma è legato principalmente all'osservazione che gli utenti stranieri presentano una serie di difficoltà rispetto all'accesso, all'accettazione e all'utilizzo dei servizi sanitari in generale e psichiatrici in particolare (Pasini, Pullini, 2003). Rivolgersi a un servizio pubblico di salute mentale è una strada difficile da percorrere per uno straniero che, già alle prese con difficoltà linguistiche e culturali rispetto alla popolazione autoctona, si trova anche di fronte a un sistema sociosanitario fondato su un approccio medico specialistico per lui spesso troppo strutturato e formalizzato.

Tuttavia non mancano difficoltà anche dalla parte del servizio, la cui sfida consiste nel facilitare il trattamento di questa utenza senza introdurre separatezze di per sé stigmatizzanti, mantenendo il carattere universalistico che necessariamente deve connotare un servizio pubblico.

Seguendo questo intento e per via della crescente esigenza di approfondimento sui casi trattati, il gruppo di lavoro ha dato avvio a un percorso formativo presso i centri di ricerca interculturale vicini al suo sentire clinico, iniziando così a fondare al suo interno un modello operativo condiviso.

In particolare ci è stata offerta la possibilità di confronti e nuovi importanti apprendimenti attraverso gruppi di supervisione e seminari dedicati a temi specifici (quali, ad esempio, il senso della diagnosi e di alcune metodologie d'intervento nell'incontro clinico con i migranti) presso la cooperativa Terrenuove: centro

di ricerca interpersonale e interculturale che, al suo interno, offre uno specifico servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica per immigrati.

## UTENZA STRANIERA E PIANI DI TRATTAMENTO INDIVIDUALI

La scelta operata dal servizio è stata quella di modificare alcuni parametri del trattamento psicosociale standard in modo da renderlo più accessibile ed efficace per l'utenza straniera, integrandolo a un'offerta a lei specificamente rivolta, abbastanza flessibile da consentire di tenere tutto il percorso di cura nell'alveo dei trattamenti rivolti alla generalità dell'utenza. Questa operazione è stata facilitata dal fatto che la nostra utenza straniera è in buona parte utenza già in regola con il permesso di soggiorno o già residente in Italia e che, sebbene ancora priva degli strumenti utili a giovare dei servizi sociali e sanitari in modo appropriato, ha già avviato il processo di integrazione che è nostro compito facilitare.

Le finalità prioritarie del primo progetto "Oltre le frontiere", e che hanno poi improntato l'impegno successivo, sono state le seguenti:

- implementare dal punto di vista qualitativo e quantitativo i percorsi di trattamento di carattere psicologico e di carattere sociale rivolti agli utenti stranieri;
- promuovere l'integrazione sociale e lavorativa attraverso offerte specifiche;
- migliorare la conoscenza delle risorse del territorio e l'utilizzo dei servizi cittadini;
- ottimizzare le risorse presenti sul territorio attraverso un lavoro di messa in rete.

Nel perseguire questi obiettivi, si è trattato di tenere in conto sia l'importanza della dimensione culturale nel processo diagnostico e terapeutico, sia la necessità di ricerca di un saper fare transculturale. Al fine di garantire l'universale diritto alla salute a una popolazione eterogenea nella composizione etnica, religiosa e socioculturale, senza correr il rischio né dell'aspecificità né della segregazione, il servizio ha ripensato impostazioni e strategie attraverso le seguenti scelte:

- non specializzarsi nel trattamento di un'unica area culturale;
- inserire il percorso di trattamento dello straniero all'interno dei percorsi offerti alla generalità dell'utenza;
- qualificare la prima accoglienza e personalizzare maggiormente i percorsi di cura.

L'attività dell'equipe stranieri comprende così varie tipologie di intervento, personalizzabili in diversa misura nella

cornice della procedura dipartimentale di governo clinico, attraverso Piani di trattamento individuali (Pti). Nel caso degli stranieri, i Pti prevedono sia interventi tradizionali modificati, sia interventi aggiuntivi specifici. Gli interventi tradizionali di carattere clinico, sociale e assistenziale sono opportunamente riparametrati e modificati per migliorare accessibilità, accettabilità ed efficacia del trattamento standard e vengono qui di seguito presentati. Gli interventi aggiuntivi specifici consistono non solo nell'ausilio della necessaria mediazione linguistico-culturale ma, in particolare, nell'utilizzo di forme di comunicazione non verbale (gruppo psicocorporeo) e di un approccio innovativo, da tempo presente all'interno del nostro servizio, che prevede l'attivazione di risorse informali presenti nella rete naturale dell'utente (reti sociali naturali).

Tutti gli interventi si collocano fisicamente all'interno del Cps e del Centro diurno di via Litta Modignani e funzionalmente sono organizzati sulla base dei Pti previsti per la generalità dell'utenza, ovvero consulenza, assunzione in cura, o presa in carico (Regione Lombardia, 2004). La consulenza riguarda nel protocollo Pti della nostra azienda ospedaliera un'"attività di trattamento finalizzata a fornire una risposta al problema posto, attraverso una sua definizione/ridefinizione, un riorientamento dell'utente sul problema e l'impostazione di un lavoro terapeutico da svolgersi altrove, soprattutto a livello dell'assistenza sanitaria di base, attuata dal medico e/o dallo psicologo e di durata limitata a un massimo di 3 visite (esempi: breve *reframing* individuale e/o relazionale, risposta a quesiti posti dal Mmg o altra agenzia, consultazione psicologica non direttamente orientata su un problema, consulenza farmacologica e formulazione di piani di trattamento, lavoro motivazionale verso altri trattamenti)" (Dsm AO Niguarda Ca' Granda, 2005). L'assunzione in cura è definita come un'attività di trattamento prevalentemente rivolta a utenti monoproblematici, orientata verso un sintomo o un problema, finalizzata alla sua risoluzione e attuata attraverso interventi specifici, anche non solo medici e/o psicologici e anche a carattere prolungato (esempi: terapia psicologica focale, sostegno psichiatrico o psicologico prolungato, trattamento farmacologico diretto alla risoluzione dell'espressività psicopatologica specifica, ma che necessita di un controllo nel tempo). La presa in carico è indicata "per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi" (Regione Lombardia, 2004) e nel proto-

collo Pti è definita come un trattamento finalizzato alla terapia e gestione sociosanitaria prolungata di soggetti caratterizzati da gravità e/o disabilità e/o marginalità sociale, che non rientrano nei criteri di inclusione degli altri profili, che verosimilmente necessitano di un trattamento/monitoraggio prolungato negli anni, e per i quali il servizio si assume la piena titolarità del trattamento. Sia per l'utenza autoctona sia per gli utenti stranieri, la responsabilità del governo clinico di ognuno di questi profili di trattamento è affidata, all'interno dell'intera équipe del Polo territoriale, al singolo professionista dirigente medico o psicologo (nel caso di consulenza o assunzione in cura) o alla micro-equipe che si costituisce *ad hoc* intorno all'utente (nel caso della presa in carico). Tale impianto è mantenuto inalterato nel caso degli utenti stranieri, salvo il riferimento prevalente, ma non esclusivo, a un certo medico e ad un certo psicologo che si occupano di tutte le prime visite, e il riferimento anche qui prevalente, ma non esclusivo a un assistente sociale e ad un infermiere. Questi operatori sono professionisti strutturati che, insieme a consulenti dedicati finanziati a progetto, costituiscono il gruppo di pensiero e di lavoro trasversale del Programma Stranieri.

### Primo contatto

Il protocollo di accoglimento degli utenti prevede che durante il primo contatto con il Servizio si svolga un colloquio di *assessment* e di valutazione con un operatore infermieristico per indirizzare il paziente al medico o allo psicologo, sulla base della richiesta formulata e delle problematiche individuate. Per agevolare le persone straniere che incontriamo, come primo passo, abbiamo alleggerito l'*iter*, prevalentemente favorendo un accesso diretto agli psicologi dell'équipe del Programma Stranieri, che riserva il primo contatto con uno psichiatra ai casi più acuti. In questo modo si vuole evitare che il tradizionale percorso di ingresso possa scoraggiare i migranti. Il primo colloquio di conoscenza reciproca si svolge presso uno spazio del Centro diurno, reso accogliente da un arredo più informale, ed è condotto dunque da due psicologi dell'équipe. Ciò per mantenere una visione plurifocale e per verificare se elementi culturali hanno creato particolari influenze controtransferali (Mazzetti, 2004). La richiesta d'aiuto dei pazienti può esprimersi in molteplici linguaggi e con livelli di narrazione diversi, tutti portavoce di un malessere interno e relazionale; ed è su quanto emerge dal

primo colloquio che l'équipe si trova a riflettere e inizia a tracciare un percorso possibile. Oltre all'analisi della domanda, è prevista anche la compilazione di una scheda socio-anamnestica appositamente redatta per gli immigrati. In caso di presa in carico e sulla base del bisogno e delle problematiche emerse, si individuano le figure professionali più idonee a costituire la micro-equipe (Cerri, Biraghi, 2003).

### Intervento psicologico

L'intervento psicologico, avviato già nella fase di accoglienza attraverso l'ascolto e l'accompagnamento, prevede una fase di consultazione, colloqui di sostegno oppure la psicoterapia. Il *setting* è opportunamente modificato per andare incontro alle esigenze dell'utenza straniera: ad esempio, è possibile attivare molto rapidamente una mediazione linguistica e/o culturale, al fine di facilitare al massimo la possibilità di un fluire narrativo da parte dell'utente.

Per quanto riguarda la psicoterapia, la scelta del curante cade su psicoterapeuti in formazione secondo modelli attenti a tenere un approccio integrativo dei livelli di complessità che intervengono nell'incontro con l'altro. Nel caso dei migranti, si tratta di terapeuti informati della storia collettiva, politica, sociale, culturale, attenti a come questi livelli (nella loro interdipendenza) impattano le psicologie, a come un terapeuta occidentale possa rispondervi e, soprattutto, attenti al processo di campo che viene, nel lì per lì dell'incontro, a crearsi. L'approccio terapeutico presta dunque ampia attenzione agli aspetti socio-culturali: alla storia di vita nel Paese d'origine, al progetto migratorio, al cambiamento di vita intervenuto ed ai legami sociali passati e attuali della persona.

Trovandosi di fronte all'altro, è importante calarsi nella sua storia specifica e sentirlo nel suo contesto culturale, perchè riteniamo che la cultura rappresenti "un asse": un organizzatore del comportamento che opera in sintonia con gli assi biologico ed esperienziale. Per dirla con Nathan (1996), la cultura "non è un abito, né un colore, ma rappresenta il fondamento

### Note

\* Psicologa, psicoterapeuta, Cps via Litta Modignani, SC Psichiatria 2, Dsm AO Niguarda Ca' Granda, Milano.

\*\* Psicologa, allieva della Scuola di specializzazione in psicoterapia del Centro di Psicologia e analisi transazionale di Milano.

\*\*\* Psichiatra, direttore SC Psichiatria 2, Dsm AO Niguarda Ca' Granda, Milano.

Si ringraziano per il contributo a questo articolo tutti gli altri componenti dell'équipe Programma Stranieri del Polo territoriale, ovvero le colleghe Anna Maria Cescon, Annalisa Cerri, Marco Fontana e Francesca Tasselli, e il gruppo di Terrenuove

strutturale e strutturante dello psichismo umano. Non può esistere alcun processo psichico senza l'esistenza di un filtro culturale che ordina, governa e fornisce i principali strumenti di interazione della persona con il mondo". In tal senso, nell'incontro clinico utilizziamo alcuni strumenti che si inscrivono nel panorama delle tecniche volte a esplorare gli scenari d'origine. Tra questi, per esempio, il genogramma: rappresentazione grafica dei fatti importanti e degli attaccamenti lungo tre generazioni. Si tratta di uno strumento poliedrico che, attivando il sistema della memoria emotiva e immaginativa, può favorire il processo di elaborazione di come legami e influenze transgenerazionali tra i vari membri della propria famiglia si siano intrecciati e connessi con le proprie scelte di vita personali (Montagano, Pazzagli, 1989). In colloquio, il disegno del genogramma familiare eseguito dal paziente, oltre che facilitare la ricostruzione di senso del romanzo familiare in rapporto al sistema e al contesto storico e socioculturale di appartenenza, diviene un "oggetto condiviso" da lui e dal terapeuta; infatti, attraverso l'ascolto e la guida prudente nella narrazione che segue la rappresentazione grafica, il terapeuta può divenire testimone e facilitatore dell'integrazione dei modelli di adattamento di quest'ultimo (Ranci, 2004). Tali processi legittimano il cambiamento in atto e presuppongono un atteggiamento contrattuale nell'incontro con l'altro (Rotondo, 1986).

### Gruppo psicocorporeo

Il servizio offre un gruppo di terapia psico-corporea aperto alle donne sia straniere sia italiane. Il gruppo si riunisce settimanalmente per la durata di circa due ore, suddivise in due momenti. La prima parte, condotta da un'educatrice psicomotricista, è incentrata sull'espressione corporea attraverso la motricità e l'uso del corpo in tre diverse situazioni relazionali: con se stessi, con gli oggetti e con l'altro. L'aspetto motorio non costituisce il fine, ma è lo strumento attraverso il quale favorire lo sviluppo di dinamiche relazionali. La seconda parte dell'attività, guidata dalla psicoterapeuta dell'equipe, rappresenta un "tempo per parlare" dei propri vissuti e delle dinamiche relazionali contattate durante l'esperienza corporea. Pensiamo che ciò costituisca una modalità preziosa per affrontare il disagio delle donne immigrate. Si intende infatti offrire loro uno spazio in cui le questioni legate alla propria identità e all'integrazione culturale possono essere trattate insieme ad altre donne in un clima di intimità (Cerri, Biraghi, 2003).

### Intervento psichiatrico

L'intervento psichiatrico prevede la valutazione, prevalentemente da parte di uno psichiatra dedicato, degli aspetti sintomatologici e di realtà, anche in riferimento al contesto e al carico familiare. Spesso è attivato l'intervento di un mediatore linguistico, che renda condivisibili per lo psichiatra e il paziente il sintomo patologico portato e possibilmente i significati da esso veicolati.

Fanno parte del lavoro anche spiegare il senso della terapia farmacologica, laddove necessaria, e la previsione della durata della cura.

Tale approccio richiede una riflessione sul proprio metodo e una conoscenza delle modalità "altre" di cura alla malattia psichica, nel rispetto delle diversità culturali. Il lavoro si configura così, almeno in una prima fase, come un *counselling* per l'identificazione del malessere, cui seguono colloqui di progressivo approfondimento della realtà esistenziale di origine e di quella attuale, oltre al controllo periodico dell'eventuale terapia farmacologica (Cerri, Biraghi, 2003).

### Intervento sociale e riabilitativo

Nel quadro degli obiettivi già citati, si inserisce l'intervento sociale e riabilitativo, la cui finalità specifica è di aumentare la fruibilità delle risorse del territorio da parte dell'utente straniero, per promuovere l'integrazione sociale e lavorativa nel proprio contesto di vita. Nel concreto, gli interventi dell'assistente sociale, in sinergia con l'educatore, spaziano in più aree (tutela legale, tutela previdenziale-pensionistica, ambito lavorativo, bisogni alloggiativi, isolamento sociale, ecc.) e vengono garantiti principalmente da un lavoro di "messa in rete" con i vari enti deputati, quali Comune, Servizi Asl, sindacati, patronati, associazioni di volontariato. In particolare, è previsto lo strumento del tirocinio formativo, il cui scopo è favorire un percorso protetto nel mondo del lavoro, un percorso che, di fatto, è già in atto per altri utenti con disturbi psichici, per garantire una gradualità di interventi, quali corsi di formazione, tirocini lavorativi, borse lavoro, nel rispetto dei bisogni dell'utente (Cerri, Biraghi, 2003).

### Mediazione linguistico-culturale

Per le situazioni in cui la comunicazione tra l'utente e gli operatori è difficile, è prevista, come già accennato, la presenza di un mediatore linguistico-culturale che possa favorire le transazioni tra curanti e utenti, cercando di ridurre quelle incomprensioni e quei fraintendimenti che possono portare a

fenomeni di resistenza. Il mediatore si pone come terzo rispetto al paziente e all'operatore, permettendo la traduzione di differenti codici culturali e favorendo così una maggior *compliance* al trattamento.

Sulla base di una convenzione stipulata dall'AO Niguarda, possiamo usufruire di interventi di mediazione in diverse aree linguistico-culturali. L'attività del mediatore linguistico-culturale viene esplicata su differenti livelli: orientativo/informativo, linguistico/comunicativo, psicosociale/relazionale e culturale (informazione sui contesti d'origine e sui relativi sistemi di cura). Inoltre, la presenza dei mediatori consente al progetto di raggiungere una maggior visibilità nel territorio, e permette una maggior articolazione del "pensiero di gruppo" sul singolo paziente (Cerri, Biraghi, 2003).

### Le "reti sociali naturali"

Già negli anni precedenti, ma soprattutto dopo il 2006, con il progetto Cariplo "Reti sociali multietniche", rivolto a donne immigrate con figli minori a carico, si è intensificato l'impegno del servizio a promuovere e attivare le reti naturali dell'utente straniero. La sofferenza che caratterizza i cittadini stranieri è infatti inevitabilmente connessa alle difficoltà di integrazione nel nuovo tessuto sociale, nonché a problemi concreti di natura sociale come l'alloggio o il lavoro. D'altro lato, il servizio non è del tutto competente per questi aspetti, non avendo risorse sufficienti, e poiché un suo intervento diretto rischia di accentuare lo stigma legato all'identità di uno straniero protetto in quanto patologico. Al fine di rispondere a questa criticità, ci si è agganciati al programma Reti sociali naturali del Cps, già da anni consolidato nella sua metodologia, che consiste nell'individuare nel contesto di vita degli utenti una o due persone (tra i vicini di casa, le persone frequentate abitualmente, ecc.) che possano fungere da facilitatore, ovvero possano rappresentare una mediazione tra utente, contesto e servizio (Manganelli, Morazzoni, Re, 2007). Viene formulato un "contratto triangolare" (English, 1998): un contratto che viene sottoscritto dall'utente, dal facilitatore dei servizi e dal servizio, e che prevede una serie di attività e iniziative da fare lungo l'arco della settimana, oltre a un piccolo rimborso economico al facilitatore per le spese sostenute.

L'intervento sulle reti naturali intende essere il più leggero possibile; ad esempio non chiediamo al vicino di casa di somministrare terapie o di essere molto presente nella vita della persona, altrimenti sostituirebbe la

funzione riabilitativa specifica che, a nostro parere, i servizi terapeutici territoriali devono continuare a esercitare (Re, 2002). L'obiettivo è di attuare un intervento focalizzato sull'*empowerment* delle risorse, che sia quindi attento a cogliere le linee di forza del contesto e a stimolare la contrattualità dell'utente (Rotondo, 1986).

Attraverso il progetto Reti sociali multietniche, il Programma Stranieri si è inoltre arricchito anche della possibilità di avviare tirocini lavorativi presso cooperative sociali, inserimenti facilitati presso un asilo nido del territorio, una messa in rete di servizi e agenzie territoriali, avvalendosi della collaborazione di mediatori culturali e fornendo una risposta adeguata agli invii degli utenti stranieri in stretto collegamento con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

## UTENTI IN TRATTAMENTO NEL PERIODO 2002-2006

Nel periodo 2002-2006 sono stati trattati nel Cps di via Litta Modignani 138 utenti stranieri. Una parte di tale popolazione (112; 34 maschi e 78 femmine, di età compresa tra i 21 e i 74 anni), per la quale sono risultati completi i dati ricercati, è stata analizzata rispetto alcuni parametri sociodemografici e assistenziali, ed è presentata nelle tavole 1-4. Laddove possibile è stata introdotta una comparazione tra questa sottopopolazione di utenza e l'utenza globale del Cps.

Dall'analisi della popolazione si possono trarre le seguenti sintetiche considerazioni.

- L'utenza straniera afferita al Centro psicosociale è andata aumentando negli anni ed è attualmente costituita per l'80% da stranieri con regolare permesso di soggiorno. Considerando che la popolazione milanese straniera in regola con il permesso di soggiorno rappresenta il 12% della popolazione milanese generale, si rileva una corrispondenza piena con l'utenza straniera nelle stesse condizioni, la quale ha rappresentato nel nostro servizio una percentuale del 12,1% (26 utenti stranieri residenti al primo contatto con il servizio nel 2006, a fronte di una popolazione generale di 214 utenti al primo contatto con la struttura nel medesimo anno). Si rileva pertanto una buona accessibilità al servizio, che andrebbe tuttavia verificata attraverso una comparazione con le rispettive popolazioni di stranieri e non stranieri afferenti a Cps privi di un'attenzione specifica sugli stranieri (tavole 1 e 2).

- Rispetto alla popolazione generale degli utenti del Cps, la sottopopolazione stranieri si differenzia notevolmente

TAVOLA 1 Variazioni annuali

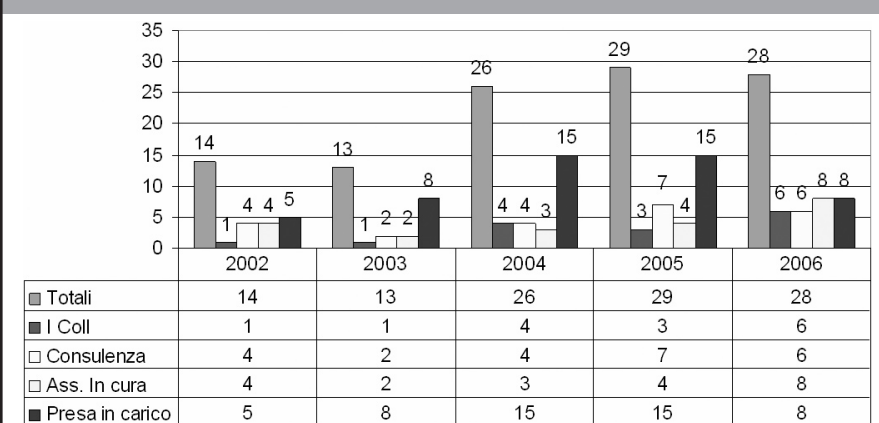


TAVOLA 2 Permesso di soggiorno 2002-2006

Permesso di soggiorno	Sì	No	Non rilevato	Totale
Frequenze	90	17	5	112
Percentuali	80,4%	15,2%	4,5%	100%

TAVOLA 3 Suddivisione diagnostica pazienti 2002-2006

Diagnosi	Schizofrenia e Sindrome delirante	Sindromi Affettive	Sindromi nevrotiche *	Disturbi di Personalità	Ritardo mentale	Altre n.r.	Totale
Popolazione stranieri v.a.	16	32	45	11	1	7	112
%	14,3%	28,6%	40,2%	9,8%	0,9%	6,3%	100%
Popolazione gen. Cps ** %	31,8%	21,1%	24,5%	11,7%	3,1%	7,8%	100%

Note: \* Tra cui 31 Disturbi dell'adattamento e 3 Disturbi posttraumatici da stress. \*\* Dati anno 2006 popolazione prevalente.

TAVOLA 4 Profili di cura 2002-2006

	Contatto unico	Consulenza	Ass. in cura	Presa in carico	Tot
Popolazione stranieri v.a.	13	27	21	51	112
%	11,6%	24,1%	18,8%	45,5%	100%
Popolazione gen. Cps *		41%	48%	11%	100%

Note: \* Dati anno 2006 popolazione incidente.

nella distribuzione delle diagnosi: alta è l'incidenza delle sindromi affettive e soprattutto delle sindromi nevrotiche, al cui interno, non evidenziata in tabella, si colloca un'elevata quota di disturbi dell'adattamento (31, ovvero il 27,7% del totale). Questi rilievi appaiono comprensibili alla luce delle problematiche migratorie e sono meritevoli di approfondimento in rapporto alla loro genesi, ai correlati di disadattamento sociale e alle conseguenti scelte terapeutiche (tavola 3).

- Solo poco più di un decimo degli utenti (11,6%) si è limitato a un unico contatto. Risulta viceversa elevata la quota degli utenti rimasti in trattamento, tra cui un 45% di casi che sono stati presi in carico, ovvero hanno ricevuto un trattamento

impegnativo per loro e per il servizio, laddove la percentuale relativa alle prese in carico rilevata attraverso i Pti si colloca all'11% per il Cps di via Litta Modignani e al 12,8% per tutti i Cps dipartimentali di Niguarda. Si rileva pertanto una buona accettazione del servizio e adesione al trattamento, anch'essa da verificare comparativamente, anche per verificare quanto la scelta di presa in carico sia più legata alla concomitanza di problematiche sociali non rinviabili ad altro servizio, piuttosto che a un reale bisogno di trattamento psichiatrico integrato (tavola 4).

## UN PERCORSO APERTO

Muovendo dalla notazione sull'elevata presenza di "sindromi da disadattamento", possiamo pensare che almeno

in questa quota di utenti, ma probabilmente anche in altre situazioni di cui il disadattamento può essere un preludio, un ruolo non indifferente nell'insorgere della patologia è giocato da fattori come l'espulsione e l'esclusione, la marginalità o lo stigma, il trauma dell'adattamento in termini di *shock* socioeconomico e culturale. In questa ipotesi, lo straniero che interroga la scena clinica sembra essere colui che porta sintomi legati all'ansia del cambiamento, che porta cioè sofferenze e blocchi all'anticamera della trasformazione identitaria richiesta dal processo d'integrazione. Durante gli incontri di supervisione presso la cooperativa Terrenuove, è spesso emerso come la scommessa della cura stia nell'esplorazione del senso di questa sofferenza "dei passaggi" identitari. Un punto fondamentale per la nostra équipe di lavoro è stato quindi anche il riconoscere l'esistenza e l'importanza dei giochi identitari. In linea con ciò, abbiamo potuto verificare che il percorso terapeutico presso il Cps è utilizzato al meglio da quelle persone disponibili a riflettere sull'esito esistenziale del loro migrare, o perché alle prese con forti "nostalgie" o perché si sentono avvolti da un senso di sospensione, a volte fallimento, laddove non manifestano segni di sofferenza nel registro somatico (Rotondo, Mazzetti, 2001).

Per muoverci in questo paesaggio "opaco" (ancora poco trasparente al mondo della ricerca), introdotto nel *setting* clinico dalla presenza dei migranti, è stato fondamentale per noi curanti creare una "bussola" da calibrare sui bisogni dell'altro, curiosi e in posizione di ascolto attivo (Inglese, 2004). Per questo il primo progetto è stato denominato "Oltre le frontiere", appunto per evocare l'importanza dell'attenzione all'altro e di dislocarsi oltre le frontiere degli interventi abituali. In tale ottica abbiamo infatti fondato il lavoro clinico: sull'atteggiamento flessibile necessario ad accogliere la struttura "fluida" costituita da popoli in movimento, sia in senso stretto, sia perché alla ricerca di nuovi equilibri culturali e identitari (così come noi del resto, immersi nella globalizzazione).

Giampaolo Lai nel 1988 scriveva che "siamo diversi rispetto a noi stessi in diverse condizioni di spazio e di tempo". Muovendo da questa riflessione, Marco Mazzetti suggerisce come nell'incontro con gli stranieri l'impegno da prendere, tutti noi operatori, sembri essere quello di trovare un modo sensato dentro la nostra anima professionale di divenire facilitatori clinici del processo di "disidentità" e come, a riprova di ciò, l'immigrato che funziona ed è adattato

alla società ospite è colui che è riuscito a integrare e sintetizzare in sé e attorno a sé i suoi mondi culturali e le sue identità (Rotondo, Mazzetti, 2001).

Questo comporta l'idea della trasformazione e dunque la scommessa che ci giochiamo come curanti è alta: si tratta di inventare una metodologia "della trasformazione continua, nella prospettiva dello svolgimento in corso" (Jullien, 2006), per consentire al paziente di potersi riconoscere in ogni luogo.

Nella pratica, ciò si può declinare nell'operare sintesi continue delle metodologie che ruotano attorno al transculturale, ricercandone i distillati efficaci e sperimentandoli. Con queste attenzioni, il Cps sta utilizzando la metodologia delle Rsn nell'incontro con "gli stranieri": per andar incontro al loro blocco, cercando di smussare il contesto che li ha visti "impigliarsi" durante il passaggio nel nostro mondo culturale, soprattutto quando il primo entusiasmo è andato scemando (in media abbiamo rilevato che i primi malesseri si collocano successivamente al secondo anno di permanenza) e per instaurare una dinamica interattiva con le soggettività straniere, occupando una posizione intermedia e dialogante.

Connessa a tutto ciò si situa anche la questione dei mediatori culturali. Rispondiamo citando Nathan (2003): "La mediazione culturale è immanente, che ne siamo consapevoli o no, alle forme attuali della comunicazione e dello scambio".

Francois Jullien (2006) scrive: "L'efficacia è sempre il risultato di un processo. È necessario uno svolgimento, uno sviluppo. Efficienza sarà quella modalità discreta di operare facendo leva sulle trasformazioni lente, senza forzare l'evento, facendo crescere progressivamente l'effetto attraverso lo svolgimento. [...] La possibilità offerta alla nostra epoca, in cambio, risiede nel fatto che, liberandoci dall'etnocentrismo culturale, possiamo aprire più pensieri l'uno all'altro e, approfittando di questa multipla fonte di luce, potremo circolare attraverso intelligenze diverse e farle dialogare". In questo senso, il Programma Stranieri, oltre a fornire una risposta concreta alla domanda di cura che sempre più interroga i servizi del territorio milanese, si sta configurando anche come intervento di prevenzione di un disagio sociale più allargato e persegue, di fatto, l'obiettivo della costruzione di una nuova comunità socialmente coesa, pur nel suo essere "meticcio" (Inglese, 2004).

L'équipe che abbiamo costituito muove da tale presupposto e, partendo dalla valorizzazione del patrimonio di competenze del Cps, ha via via appreso

nuove capacità e strumenti, rispetto ai quali risulta però crescente il bisogno di confronto. Il rapporto con l'équipe allargata del Cps, caratterizzato all'inizio dalla difficoltà a trasmettere e a recepire l'importanza del lavoro svolto, ha gradualmente lasciato spazio a curiosità e collaborazione, salvo la criticità che periodicamente si ripropone all'interno del Cps tra le "necessità" legate al lavoro istituzionale di base e le "possibilità" aperte dal lavoro innovativo su base progettuale. Ogni progetto, infatti, per essere svolto con qualità e per non causare carichi di lavoro supplementare, richiede un flusso costante di risorse, che invece sono precarie in quanto provengono da bandi di finanziamento specifici. In tal modo, si prospetta il rischio di non riuscire a consolidare nel servizio una cultura e una prassi di trattamento degli stranieri, che invece a breve si renderanno indispensabili, visto il peso, non solo numerico, che la popolazione immigrata sta acquisendo e che comporterà presto per i servizi sociali e sanitari, come già sta avvenendo per le scuole, un ripensamento tecnico e organizzativo globale.

#### Bibliografia

- Cerri A., Biraghi G., "Oltre le Frontiere: l'esperienza di un servizio per stranieri in un Centro psicosociale milanese", *Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali*, 8, 2004.
- Dsm AO Niguarda Ca' Granda, *Protocollo Pti*, pubblicazione interna, Milano, marzo 2005.
- Inglese F., *Essere terapeuta*, La Vita Felice, Milano, 1998.
- Inglese S., "Pazienti della notte e clinici perduti", in Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2004.
- Jullien F., *Pensare l'efficacia in Cina e in Occidente*, Laterza, Bari, 2006.
- Lai G., *Disidentità*, Feltrinelli, Milano, 1988.
- Marangelli G., Morazzoni L., Re E., *Reti Sociali Naturali e disagio psichico*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.
- Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, L'Harmattan Italia, Torino, 1996.
- Mazzetti M., "I fattori di efficacia del gruppo etnopsichiatrico. Considerazioni a margine di una conversazione con Françoise Sironi", in Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2004.
- Montagano S., Pazzagli A., *Il Genogramma. Teatro d'alchimie familiari*, Franco Angeli, Milano, 1989.
- Nathan T., *Principi di etnopsicanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Nathan T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare. Rapporto 2002*, Fondazione Ismu, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Milano, 2003.
- Ranci D., "Servizio di consulenza psicologica per immigrati. L'esperienza della cooperativa Terrenuove", in Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2004.
- Re E., intervento al Convegno "Dall'Etnopsichiatria alla psichiatria multiculturale: politica, storia, cura e cultura... un cammino", Naga, Milano, 2002.
- Regione Lombardia, "Piano regionale triennale per la Salute mentale in attuazione del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004", Deliberazione n. 7/17513 del 17 maggio 2004.
- Rotondo A., "La contrattualità in analisi transazionale", *Neopsiche*, 4, (8), 1986.
- Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2001.