

I bisogni della "strada" e le risposte possibili al disagio psichico dei migranti in strada

21 ottobre 2020

WP3.2 - Percorso di formazione / azione rivolto agli operatori della salute mentale DSM Marche

Progetto FAMI 2219 "Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati"

Capofila: Regione Marche / ARS / Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute

Partner:

ASUR Marche

Coop. Sociale On the Road,

Coop. Sociale Nuova Ricerca Agenzia Res,

Coop. Sociale Vivere Verde Onlus

Il seminario ha inteso presentare agli operatori dei Servizi Sanitari e, in particolare dei DSM, informazioni aggiornate sul **Sistema di intervento in strada**, utili per una presa in carico territoriale del disagio psichico dei migranti forzati in strada.

Il fenomeno dell'irregolarità e della povertà oggi (anche in seguito all'approvazione dei Decreti Sicurezza) rappresenta una parte ragguardevole dei migranti forzati (non ci sono dati certi ma alcuni Enti di ricerca nazionali, come l'ISPI, hanno stimato per l'Italia circa 700.000 unità per il 2020¹).

Relativamente alla salute mentale dei migranti forzati vanno considerati a) il vissuto traumatico di migranti forzati nel percorso migratorio (prima della partenza dal proprio Paese d'origine, durante il passaggio in Paesi di transito come il Niger e la Libia, con violenze, torture, sequestri, detenzioni, stupri), all'arrivo nel nostro Paese, in situazione sempre più emarginanti che mette a rischio o compromette la salute psichica; b) la scarsa consapevolezza dell'importanza della *cura* e il basso livello di alfabetizzazione; c) la difficoltà nell'accesso ai servizi.

Il lavoro di strada consente di entrare dentro le storie di vita dei migranti forzati, in uno spazio neutro - la strada - e offrire dei punti di riferimento importanti per la prevenzione e la *cura* del disagio psichico, di cogliere quali servizi sanitari siano davvero adeguati (a livello di diagnosi e cura e a livello di accesso), mette a disposizione *setting* terapeutici per colloqui in profondità, e, in ultima analisi può sviluppare un'azione di rete con attori del pubblico e del privato sociale presenti sul territorio regionale.

¹ <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/i-nuovi-irregolari-italia-21812>

Castelli² - Sottolinea la valenza scientifica del lavoro di strada e la funzione rilevate nell'orientamento ai servizi e nella prevenzione sanitaria, svolta sia nei contatti in strada che anche attraverso gli sportelli a bassa soglia (dropin) in grado di mettere a disposizione un *setting* terapeutico

Sottolinea che Il lavoro di strada ha l'obiettivo di dare dignità alle persone che sono in strada e si muove nell'orizzonte della costruzione di un welfare inclusivo.

Bruni & Annunzi -In questi ultimi anni ha dovuto tener conto di una una nuova categoria di persone quale quella dei migranti forzati, sia donne che uomini, aumentati di molto dopo i "decreti sicurezza" e che sono quasi sempre coinvolti nello smuggling e nel trafficking.

In strada i contatti sono veloci e gli operatori cercano periodicamente le persone, quasi a diventare "parte" della gente in strada per creare un rapporto di vicinanza e di fiducia. Fin da subito si cerca di "inquadrare" la persona, in primis la provenienza e la condizione giuridica, le condizioni di vita in Italia. La condizione sanitaria in genere è una situazione molto complicata. Colpiscono la quasi totale assenza di conoscenza dei diritti e dei servizi sanitari (il 43% delle persone non sa se ha la copertura sanitaria), il basso grado di "consapevolezza" della propria condizione di salute, la manifestazione di sintomi legati al "disagio" complessivo.

Gli sportelli di bassa soglia (dropin) sono luoghi fisici a cui può accedere direttamente qualsiasi tipi di utenza. Qui gli operatori della strada cercano di comprendere la domanda e di fornire una risposta adeguata al bisogno emerso (assistenza a pratiche burocratiche, consulenza legale); si cerca di identificazione le presunte vittime di tratta e di sfruttamento.

Si organizza l'accompagnamento ai servizi, spiegando e preparando la persona (il perché della "cura", i diritti ecc). Quando i tempi di accesso sono lunghi, si rischia di perdere la persona.

Sportelli di bassa soglia - Dropin



Fonte: Cooperativa Sociale On the Road

²https://www.regione.marche.it/portals/0/ODS/2020%20Sito%20ODS/La%20strada_21%20ottobre_ontheroad.pdf

Per quanto riguarda i servizi sanitari e in particolare i servizi della salute mentale, ancora una volta, emerge che l'accesso ai servizi e alle "cure" è fortemente condizionato dalla mancanza della mediazione interculturale (si è costretti ad utilizzare la mediazione fornita dai centri di accoglienza / operatori della strada) con compromissione della possibilità di realizzare una presa in carico.

Per le persone con "disagio psichico" che vengono accompagnate ai servizi della salute mentale è fondamentale avere un punto di riferimento stabile, un "operatore" di riferimento, in modo da costruire una continuità assistenziale

Mancano, e, sarebbero molto importanti, azioni di promozione della salute (esempio psico educazioneper l'assunzione della terapia...fare controlli. ..ecc)

Conclusioni preliminari

Quali possibile collegamento stabile tra gli operatori di strada e i servizi della salute mentale?

Pedrolli – 1) la salute mentale da sempre si confronta con la "diversità". Ovviamente la formazione, e, in questo caso "etnopsi", è fondamentale; altrettanto fondamentale è la informazione e, comunque sarebbe importante anche realizzare interventi di promozione della salute (che in genere non viene fatta in modo sistematico e organizzato); 2) sono necessarie operatività concrete.

Relativamente alle criticità rispetto all'accesso ai DSM (condivisibili), queste sono le stesse di tutti gli utenti....a parte la fondamentale mancanza della mediazione interculturale che ci consente di "decodificare" e comprendere il "vissuto" del migrante. D'altra parte l'orientamento sistemico narrativo implica che ci sia la ricostruzione della storia...

Nella nostra regione la criticità legata alla carente dotazione del personale presso i DSM Marche pesa in modo rilevante (al penultimo posto in Italia).

Sulla mediazione siamo all'anno zero – occorre costruire un servizio regionale in tal senso.

Il percorso che stiamo svolgendo ci deve aiutare a costruire una buona pratica "integrata": quello che stiamo facendo non è solo una formazione teorica ma una formazione / azione che ci permette di ragionare in funzione conoscitiva e operativa.

Si propone:

l'utilizzo di una **scheda di attivazione/segnalazione** da compilarsi a carico degli operatori di strada in cui vengono raccolte alcune informazioni essenziali sul migrante e alcune "manifestazioni" che questi presenta per un invio ai servizi della salute mentale più "informato".

Il **dropin** può essere un altro punto di accesso.

Riusciremo avere dei **piccoli gruppi multidisciplinari** ma non in tutti i Centri della Salute Mentale (es in AV2 sono 4 CSM), quindi dobbiamo pensare a professionisti distribuiti nel territorio e questo è già un primo passo.

Castelli - Scambio di saperi e di informazioni

Nella strada le persone possono essere agganciate solo in contesti informali, per cui collegamenti attraverso un gruppo multidisciplinare fortemente interconnesso sono fondamentali.

E' possibile pensare ad un intervento di **unità mobile** per un lavoro di monitoraggio...un confronto costante e coordinato ??

Si potrebbe stabilizzare un collegamento DSM con i Dropin e poi sperimentare insieme unità mobili che possano in alcuni contesti (Hotel house...ecc) presso cui intervenire con équipe integrata (DSM e operatori di strada)

Ferrara – psicologa DSM AV3 Macerata – si richiama alle criticità illustrate da Annunzi e da Pedrolli e all'urgenza di disporre della mediazione interculturale e di competenze etnopsi; il miglioramento sarà possibile solo con la **mediazione interculturale**

Si fa presente che Il CSM ha accesso diretto (è di bassa soglia...); la persona arriva con impegnativa (in cui si specifica il grado di urgenza³) e questo risolve, almeno in parte, a questione dei tempi...

Per quanto riguarda "la continuità assistenziale", la valutazione multidisciplinare si fa per fare il piano individuale...una volta individuate le figure...saranno quelle che seguiranno il caso

Infine fa presente che la carenza storica di personale, non consente interventi di promozione della salute, ma sicuramente una collaborazione con gli enti del territorio potrebbe mettere in moto alcune azioni

Carletti - Un "**aggancio telematico**" ed una continuità anche attraverso questa modalità può essere utile⁴?

³ **classe U = Urgente**: intervento entro 24 ore, per situazioni ad alto rischio da trattare in emergenza;

classe B = Breve: prestazioni da erogare entro 10 giorni per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi;

classe D = Differibile: prestazioni da erogare entro 30 giorni per situazioni possibili di aggravamento non in tempi brevi;

classe P = Programmabile: prestazioni da erogare entro 90 giorni per verifiche cliniche programmabili che non condizionano nell'immediato lo stato di salute.

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-refugee-asylum-seekers-migrants-EU.pdf>

A cura di OdS

30/10/2020

psychoeducation services carried out by mobile teams of trained Mental Health and Psychosocial Support Staff or through remote PFA and virtual psychosocial support via mobile phones...

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Via G. da Fabriano n. 3 - 60125 Ancona Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS>