

Camper per i diritti - **Clinica mobile**

[mediciperidirittiumani.org](http://mediciperidirittiumani.org)

Dona il 5x1000 a MEDU C.F. 97 32 88 50 587



APRILE 2020

## L'INSICUREZZA DEI PIÙ FRAGILI

Rapporto sulle attività 2019 di MEDU in Toscana





# **L'INSICUREZZA DEI PIÙ FRAGILI**

Rapporto sulle attività 2019 di MEDU in Toscana

**Aprile 2020**

## **Gli autori**

Marco Alesini, Serena Leoni, Claudia Notari, Caterina Tanini, Gloria Vitaioli

## **Il team Medu a Firenze**

Serena Leoni (coordinamento territoriale), Gloria Vitaioli (coordinatrice progetto Un Camper per i diritti), Marco Alesini (medico), Claudia Notari (psicologa-psicoterapeuta), Caterina Tanini (psicologa-psicoterapeuta)

## **Foto di copertina: Gloria Vitaioli visite presso la Parrocchia di Vicofaro**

## **Ringraziamenti**

Un ringraziamento speciale va alle volontarie e ai volontari del progetto Un Camper per i diritti di Firenze, persone meravigliose che si mettono in gioco e si spendono in prima linea per supportare chi non ha accesso alle cure e ai i servizi. Senza la loro professionalità e generosità l'attività di MEDU non sarebbe possibile.

Ringraziamo anche le associazioni e cooperative con cui collaboriamo, in particolare Cooperativa CAT, Progetto Arcobaleno e ASGI per la collaborazione e il supporto, la rete ANG per il lavoro condiviso e la visione di un futuro migliore.

Grazie a chi crede nei nostri progetti, a chi li sostiene e a chi cammina con noi.

## **I progetti di MEDU a Firenze sono supportati da:**

Unione Buddhista Italiana fondi 8 per mille, 8 per mille Chiesa Valdese, USL Toscana Centro, Regione Toscana.

## **Informazioni:**

Medici per i Diritti Umani Onlus

[co-firenze@mediciperidirittiumani.org](mailto:co-firenze@mediciperidirittiumani.org)

[info@mediciperidirittiumani.org](mailto:info@mediciperidirittiumani.org)

[www.mediciperidirittiumani.org](http://www.mediciperidirittiumani.org)

*Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale senza fini di lucro, indipendente da affiliazioni politiche, sindacali, religiose ed etniche. MEDU si propone di portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili, nelle situazioni di crisi in Italia e all'estero, e di sviluppare, all'interno della società civile, spazi democratici e partecipativi per la promozione del diritto alla salute e degli altri diritti umani. L'azione di Medici per i Diritti Umani si basa sulla militanza della società civile, sull'impegno professionale e volontario di medici e altri operatori della salute, così come di cittadini e professionisti di altre discipline.*

# Indice

## **Introduzione**

Il progetto Camper e il DL Sicurezza: cosa è cambiato? .....5

## **Capitolo 1**

La storia di Amadou: quando la vulnerabilità non trova risposte .....9

## **Capitolo 2**

‘La salute si fa (in) strada’ .....11

## **Capitolo 3**

Consultorio Persefone .....22

**Conclusioni** .....28

## Introduzione

### **Il progetto Un camper per i diritti e il DL Sicurezza: cosa è cambiato?**

*Gloria Vitaioli – Coordinatrice progetto Camper Firenze*

UN CAMPER PER I DIRITTI è un progetto che opera nell'area metropolitana fiorentina dal 2004. Una clinica mobile - un camper attrezzato ad ambulatorio con strumentazione medica di base - fornisce assistenza medica e orientamento ai diritti e ai servizi alle persone senza fissa dimora che vivono in contesti di marginalità o precarietà abitativa, usando un approccio di prossimità.

Un aspetto metodologico fondante del progetto è la presenza di un'equipe multidisciplinare formata da personale sanitario (medici e infermieri), in grado di fornire assistenza medico-infermieristica di base e orientamento ai servizi di salute e da operatori socio-legali volontari, che forniscono informazioni sulle modalità di accesso ai servizi in base alla situazione socio-sanitaria e amministrativa delle persone assistite. Sono poi presenti psicologi e psicoterapeuti per individuare le persone con vulnerabilità psichica, effettuare un primo colloquio e, in caso di necessità, riferire i pazienti al nuovo progetto di Medu "La salute si fa (in) strada" o ai servizi di salute mentale pubblici del territorio, e infine mediatori culturali, indispensabili per la relazione con i pazienti e per accompagnare i pazienti più vulnerabili ai servizi. La presenza capillare e costante dell'unità mobile presso gli insediamenti precari permette infatti l'individuazione dei casi di particolare vulnerabilità e l'attivazione di una specifica presa in carico integrata di ciascuno di essi, includendo gli aspetti sanitario, psicologico e sociale (lavoro, abitazione, istruzione, etc.), in collaborazione con i servizi pubblici territoriali. Medu si pone quindi come ponte tra la persona e i servizi, permettendo a questi ultimi di raggiungere gruppi di popolazione altrimenti esclusi dalla fruizione dei diritti fondamentali e di conoscerne le condizioni di vita e i bisogni di salute.

L'attività di informazione e orientamento per l'accesso ai servizi pubblici territoriali è di fondamentale importanza, in coerenza con la *mission* di Medu di garantire il pieno godimento del diritto alla salute da parte dei gruppi di popolazione più vulnerabili. Medu si pone infatti in un'ottica di sussidiarietà e non di sostituzione dei servizi sanitari regionali. Le attività progettuali mirano a una loro valorizzazione, ponendo le basi per un'autonoma fruizione degli stessi da parte dei beneficiari.



Foto 1 – La clinica mobile di Medu presso la Stazione Centrale di Prato (Gloria Vitaioli)

Nel corso di molti anni di attività, Medu ha avuto modo di constatare come la salute mentale sia un aspetto particolarmente critico tra i gruppi di popolazione raggiunti. A fronte di un'elevata percentuale di persone con disagio psichico che vivono in condizioni di marginalità, si assiste ad una carenza strutturale di risorse adeguate da parte dei servizi sociali e sanitari pubblici, in particolare per la presa in carico delle persone migranti. Per tali ragioni, Medu ha deciso di avviare due progetti dedicati alla presa in carico medico-psicologica delle persone con disagio psichico derivante da violenze o torture subite nei paesi di origine e/o di transito e spesso esacerbato dalla precarietà delle condizioni di vita e dall'isolamento sociale in cui si trovano a vivere in Italia. Si tratta del progetto Consultorio Persefone, rivolto alle donne migranti e implementato in collaborazione con la Cooperativa CAT, con USL Toscana Centro e con la ASS. Progetto Arcobaleno e del progetto "La salute si fa (in) strada", per la salute mentale transculturale.

Per quanto riguarda le attività della clinica mobile, nel corso degli ultimi anni si è reso necessario ampliare le aree di intervento e adeguare le modalità operative ai bisogni delle popolazioni raggiunte. Se fino al 2017 il progetto operava principalmente presso stabili occupati e insediamenti abitativi informali, per lo più campi rom o romeni autogestiti a Firenze, a cavallo tra il 2017 e il 2018 l'unità mobile ha iniziato ad operare anche a Prato e successivamente a Pistoia. In tutti i contesti di intervento, i recenti Decreti Immigrazione e Sicurezza hanno prodotto importanti conseguenze, che hanno richiesto al team una riflessione sulle modalità di intervento, culminata con l'adozione di nuovi strumenti e il potenziamento del network con associazioni e istituzioni. In tale ottica, il team ha partecipato all'elaborazione di mappature cittadine, ha stabilito meccanismi di referral da altre associazioni del privato sociale e soggetti istituzionali. Inoltre, la clinica mobile ha svolto attività di outreach e di assistenza/orientamento anche in contesti aperti, quali strade, stazioni e parchi, potenziando l'approccio di prossimità.

A distanza di un anno dall'approvazione del decreto-legge "sicurezza" n.113 del 2018 poi convertito nella legge n.132, la clinica mobile ha riscontrato un aumento di persone senza fissa dimora, costrette a dormire in strada. Si tratta in molti casi di migranti con protezione umanitaria che hanno visto decadere improvvisamente il diritto all'accoglienza, e di conseguenza la possibilità di accesso ai diritti fondamentali.

Nel 2018 il team della clinica mobile ha svolto 256 visite/colloqui. Nel 58% dei casi con nuovi pazienti. Il 57% delle visite/colloqui totali realizzate si è svolto con la collaborazione di volontari formati sugli aspetti psico-sociali e in grado di fornire orientamento e informazioni corrette ai beneficiari (senza fissa dimora o non collegati con i servizi del territorio) circa il funzionamento del sistema sanitario, l'ubicazione dei servizi e le relative modalità di accesso.

Nel 2019 l'equipe MEDU ha effettuato 291 tra visite e colloqui di orientamento. Nel 72% dei casi si è trattato di prime visite. Rispetto agli anni passati, l'equipe multidisciplinare ha intensificato le attività di orientamento ai servizi sanitari e sociali territoriali, che si sono rese necessarie nell'89% dei casi.



Foto 2: Colloquio di orientamento presso la parrocchia di Vicofaro (Gloria Vitaioli)

Da marzo 2018 MEDU ha inoltre avviato una collaborazione con la Commissione Territoriale per il Riconoscimento della Protezione Internazionale con l'obiettivo di fornire assistenza specialistica nell'esaminare i referti medici acclusi ai dossier dei richiedenti asilo in attesa di risposta e redigere una relazione sulle condizioni di salute individuali, richiedendo, ove necessario, ulteriori accertamenti.

L'equipe, costituita da uno psicologo, un medico e un coordinatore (lo stesso della clinica mobile) ha esaminato 81 referti in 18 mesi, rilevando che in 51 casi la documentazione sanitaria era incompleta o assente pur trattandosi di persone ospitate in centri di accoglienza. Almeno 43 persone – in base alla storia di vita e alla documentazione medica di cui erano in possesso – necessitavano di una presa in carico psicologica: di queste, solo 6 erano già in possesso di una relazione psicologica, mentre le restanti risultavano non essere mai stati presi in carico. Nel corso del 2019, la Commissione ha segnalato 9 casi vulnerabili, chiedendo una presa in carico psicologica in alcuni casi per supportare i richiedenti asilo nell'affrontare l'audizione, in altri casi a causa dei traumi subiti.



Foto 3 – La clinica mobile di Medu in strada (Gloria Vitaioli)

## Capitolo 1

### **La storia di Amadou: quando la vulnerabilità non trova risposte.**

Gloria Vitaioli - *Coordinatrice progetto Camper Firenze*

Serena Leoni - *Coordinatrice territoriale MEDU Firenze*

E' pensabile che un uomo che soffre di disagio psichico, possa vivere in Italia per 7 anni, provando a curarsi e a lavorare -spostandosi in differenti zone - passando da lavoro a lavoro, ma sempre in condizioni di sfruttamento-, che possa entrare nel circuito dell'accoglienza, tornare in Mali con un rimpatrio, supportato da realtà pubbliche e private e, una volta lì, finire in carcere e subire torture per poi fuggire di nuovo in Italia, finire in strada, ricevere ospitalità in molteplici strutture e poi essere espulso a seguito di comportamenti suicidari?

È quello che è successo a Amadou, ora trentaquattrenne, nato in Mali e sbarcato sulle coste siciliane nel 2013.

La storia di Amadou è emblematica della condizione di molti migranti con vulnerabilità psichica, che si trovano a vivere in Italia. Ma non solo. È anche la storia di molte persone con disagio psichico di qualsiasi nazionalità, accomunate dalla solitudine e dall'assenza di risposte sociali adeguate.

A. arriva in Italia nel mese di dicembre del 2013 in buona salute. Nel 2010, dopo l'assassinio del padre, la morte per malattia della madre e della fidanzata, giunge in Algeria e dopo pochi mesi in Libia, dove vive per 3 anni. Durante la permanenza in Libia viene detenuto per 6 mesi. Successivamente intraprende il viaggio verso l'Italia e arriva a Lampedusa.

Dopo i centri di prima accoglienza in Sicilia e in Calabria e l'ottenimento del permesso di soggiorno per motivi umanitari, nell'agosto 2015 si sposta nella piana di Gioia Tauro per la raccolta delle arance, poi in Puglia, nelle province di Foggia e di Bari ed infine in Basilicata per la raccolta del pomodoro.

E proprio nel 2015, Amadou incontra il team di Medu. Quando il medico del team lo visita per la prima volta, Amadou è in stato di agitazione psico-motoria e manifesta intenzioni suicidarie. È a Palazzo San Gervasio per lavorare come bracciante durante la stagione di raccolta dei pomodori e vive in un insediamento informale insieme ad altri 500 lavoratori stranieri, in condizioni di estrema precarietà. Per far fronte al crescente malessere, Amadou inizia anche ad abusare di alcool, aggravando così la sua condizione psichica.

Dal 2015 ad oggi si sono susseguite numerose consulenze psichiatriche che hanno evidenziato una diagnosi di depressione reattiva e successivamente di disturbo post traumatico da stress. Alla fine del 2015 Amadou entra nel progetto SPRAR per vulnerabili a Firenze e viene preso in carico dal Centro di salute mentale (CSM) del quartiere e da un etno-psicologo.

A seguito di una revoca per allontanamento volontario, Amadou è costretto a lasciare il progetto SPRAR ed entra in contatto con gli operatori di Medu a Firenze, che da allora lo supportano nel tentativo di creare una rete territoriale capace di restituiregli un presente e una possibilità concreta di cura.

Vengono quindi coinvolti il servizio sociale del Comune, il Centro di Salute Mentale, l'ASL di competenza e molti attori del privato sociale. Vengono inviate relazioni, organizzati incontri di coordinamento, accompagnamenti presso strutture sanitarie e sociali anche con la presenza di un mediatore culturale.

Negli anni Amadou ha collezionato numerosi e frequenti episodi di autolesionismo e tentativi di suicidio, che lo hanno portato a ripetuti accessi al Pronto Soccorso e ricoveri nei reparti di Psichiatria.

A Firenze - senza un progetto realistico e sostenibile per il futuro - è passato dal centro SPRAR, all'Albergo Popolare del Comune di Firenze, alla casa Stenone dell'associazione CARITAS, alla casa terapeutica "Il Villino" dell'Azienda Sanitaria, alle strutture per l'Emergenza Freddo, con lunghi periodi di vita in strada.

Grazie alla collaborazione con l'associazione ASGI, il team Medu ha supportato Amadou nel rinnovo che gli ha permesso di ottenere la conversione del permesso di soggiorno per motivi umanitaria in status di rifugiato.

Oggi Amadou è ospite presso una struttura dell'Emergenza freddo fiorentina alternando momenti di calma a momenti di agitazione legati alla mancanza di un progetto di lungo termine e della possibilità di immaginare un futuro.

Medu rappresenta per Amadou un importante riferimento, al quale si rivolge quando si sente perso o troppo agitato. Ma ormai la situazione sembra ormai arrivata ad un punto fermo, senza vie di uscita.

Il team si è interrogato più volte su quale strada fosse giusto e sensato percorrere, alternando momenti di speranza e positività, come quando Amadou ha ottenuto lo status di rifugiato, ad altri di profonda frustrazione, di fronte al suo disorientamento e sconforto per la mancanza di un progetto di vita.

Dal Mali le richieste di sostegno economico da parte dei familiari sono incessanti e ciò contribuisce a gettare Amadou in periodi di profondo sconforto a cui nessuno riesce a dare risposte, se non quella del contenimento farmacologico. Questa è di fatto la principale se non unica risposta che la nostra società è in grado di fornire a chi è solo, povero e vulnerabile.



Foto 4 - Parrocchia di Vicofaro (Manuel Berisso)

## Capitolo 2

### ***‘La salute si fa (in) strada’***

#### **L’esperienza dello sportello psicologico MEDU Firenze**

*Caterina Tanini, Psicologa Psicoterapeuta*

*Marco Alesini, Medico*

*“Accade facilmente, a chi ha perso tutto, di perdere se stesso”.*

*Primo Levi, Se questo è un uomo*

La prima volta che lo incontro Mamadou<sup>1</sup> ha da poco compiuto 19 anni, ma appare più giovane. È molto esile e porta con sé un grande zaino sotto al quale cammina incurvato. Durante il nostro colloquio rimane quasi sempre con gli occhi rivolti a terra, velati di pianto, sospira spesso e parla a voce molto bassa, appena udibile. Racconta di essere nato in un’area rurale e molto povera del Mali e, rimasto orfano molto presto, di essere stato costretto a lavorare sin da bambino per sostentare sé stesso e i fratelli minori non potendo dunque frequentare la scuola. Nonostante ciò lui e la sua famiglia soffrivano spesso la fame ed è per questo che, appena raggiunta l’adolescenza, ha sentito di non avere altra scelta che tentare di raggiungere l’Europa. Ha intrapreso, dunque, un lungo viaggio nel corso del quale è stato vittima di tratta lavorativa e, una volta giunto in Libia, ha subito per quasi due anni ripetute incarcerazioni arbitrarie durante le quali è stato sottoposto a torture e trattamenti inumani e degradanti. È infine riuscito a imbarcarsi su un gommone a bordo del quale, ancora minorenne, ha raggiunto le coste italiane. Qui, è dapprima entrato in un percorso di accoglienza per minori e in seguito al raggiungimento della maggiore età, è stato trasferito presso un CAS (centro di accoglienza straordinaria) di Firenze. Durante questo periodo ha ottenuto la protezione umanitaria e ha frequentato un corso di alfabetizzazione a seguito del quale sognava di intraprendere un percorso di formazione professionale. Improvvisamente, a ottobre 2018, in seguito all’entrata in vigore del cosiddetto ‘Decreto sicurezza’ ha perso il diritto all’accoglienza e si è trovato a dormire per strada o in alloggi di fortuna, costretto ad interrompere bruscamente l’iter di formazione e integrazione in cui era impegnato. Al primo colloquio ne sono seguiti molti altri, dando avvio a un percorso di sostegno psicologico nel corso del quale Mamadou ha manifestato un’intensa preoccupazione per il proprio futuro in vista della scadenza del suo titolo di soggiorno. Questi pensieri angosciosi gli hanno fatto perdere l’appetito e lo tengono a lungo sveglio ogni notte in preda all’ansia o a crisi di pianto. Mamadou, infatti, riferisce un’intensa tristezza e un forte senso di solitudine e smarrimento non riuscendo a orientarsi e sostentarsi autonomamente, in assenza di qualsiasi figura adulta di riferimento.

---

<sup>1</sup> Tutti i nomi e alcuni dettagli delle storie che avrebbero potuto consentire di riconoscere l’identità delle persone sono stati modificati per tutelare la riservatezza dei nostri utenti. I contenuti delle testimonianze sono, invece, fedelmente aderenti al racconto dei pazienti.



Foto 5 – Team e volontari della clinica mobile di Medu presso la Parrocchia di Vicofaro (Manuel Berisso)

Anche Babacar ha da poco raggiunto la maggiore età, è rimasto orfano durante la prima infanzia ed è stato cresciuto dai nonni. Anche lui non ha potuto studiare, dovendo contribuire al sostentamento della famiglia e quando la nonna si è ammalata, ha deciso di partire per l'Europa dalla Guinea, suo paese d'origine, per poterle pagare le cure e per poter garantire a sé stesso e ai nonni un sostentamento futuro. Appena entrato in Libia, però, è stato rapito e imprigionato. In carcere ha assistito all'uccisione di molti compagni di prigionia ed è stato a sua volta sottoposto a gravi violenze e torture, tra cui coltellate all'addome di cui porta ancora i segni. Quando è giunto in Italia, all'età di 16 anni, è stato accolto in un centro per minori in Puglia dove ha trascorso circa un anno e mezzo, ricordato come un periodo estremamente negativo a causa del cibo scarso e scadente, della mancanza di indumenti che lo costringeva a rovistare nei cassonetti per procurarsi qualcosa da indossare e dell'assenza di possibilità di formazione scolastica e professionale. Al raggiungimento della maggiore età, dunque, ha lasciato l'accoglienza, che riteneva non potergli offrire alcuna opportunità, e ha cominciato a spostarsi ripetutamente in cerca di occupazione, svolgendo impieghi saltuari in molte regioni italiane, soprattutto come bracciante agricolo. Giunto per caso a Firenze si è sentito *“stanco di cercare la felicità che non c'è”* e si è fermato. Al momento del nostro primo incontro Babacar lamenta soprattutto disturbi fisici insorti dopo le torture subite, in particolare forti dolori al petto e

alla schiena, faticabilità e difficoltà respiratorie che però, a seguito di accertamenti medici, non sono apparsi indicativi di alcuna patologia organica. Nel corso degli incontri successivi Babacar ha riferito di essere tormentato da continui pensieri relativi alle esperienze traumatiche vissute che si manifestano attraverso flashback e incubi, sintomi che non comprende e che gli fanno temere di essere diventato pazzo. Ha espresso, inoltre, un profondo senso di solitudine: non è più riuscito a sentire i nonni dal momento della sua partenza e non sa neppure se stiano bene né dove si trovino. Inoltre non ha alcuno legame significativo in Italia. È molto preoccupato per il proprio futuro estremamente incerto in quanto la sua protezione umanitaria scadrà a breve. Rispetto a tutti questi pensieri angosciosi ha riferito di sentire talvolta di “*non farcela più*” e di sperimentare un intenso “*male di vivere*”.

Ho scelto queste due storie tra le molte che ho incontrato fino ad oggi dall’avvio del progetto ad aprile 2019, poiché mi sono apparse particolarmente esemplificative della tipologia di persone che si è rivolta al nostro servizio, dei principali problemi psicologici presentati dai pazienti ma anche delle difficoltà da loro riscontrate in Italia, e in particolare nel territorio metropolitano di Firenze, rispetto al percorso d’accoglienza, alla normativa vigente relativa ai titoli di soggiorno e all’accesso ai servizi sociali e sanitari pubblici.

Il progetto di supporto medico-psicologico e psico-sociale ‘La salute si fa (in) strada’ ha preso avvio, infatti, da un’attenta analisi del contesto in cui Medu opera da anni e in particolare dalla constatazione che circa 1000 migranti forzati, in maggioranza rifugiati e titolari di protezione internazionale o umanitaria, vivono sul territorio dell’area metropolitana di Firenze (Firenze, Prato e Pistoia) in condizioni di precarietà. Tramite le visite effettuate dal team multidisciplinare della clinica mobile è stato possibile rilevare che l’85% circa dei migranti forzati di recente arrivo ha subito nei paesi di origine e/o di transito (in particolare in Libia), violenza estrema e tortura, esperienze che danno di frequente esito a disturbi fisici e psichici. Questi ultimi sono spesso destinati a degenerare o a cronicizzarsi se nel contesto d’arrivo non vengono trattati in modo tempestivo e adeguato, e ciò accade di frequente, in particolare se la persona si trova a vivere in condizioni di precarietà e marginalità. I migranti che vivono in condizioni di precarietà socio-abitativa mostrano spesso, infatti, una scarsa conoscenza delle modalità di accesso ai servizi sanitari e sociali pubblici e gran parte di essi (il 92% delle persone visitate da Medu), anche quando titolare di regolare titolo di soggiorno, non risulta iscritta al Sistema Sanitario Regionale per motivazioni legate principalmente alla mancanza di residenza anagrafica. I dati raccolti negli ultimi due anni dalla clinica mobile, in particolare, hanno evidenziato che la percentuale di migranti e rifugiati che presentano una vulnerabilità psichica è sempre più rilevante. Questo fenomeno determina spesso una spirale negativa di esclusione per cui coloro che presentano sofferenza psichica incontrano maggiori difficoltà di integrazione le quali, a loro volta, esacerbano il disagio e rendono più difficile ricercare e ottenere cure.

Se le problematiche sanitarie di carattere organico, inoltre, vengono più facilmente riconosciute e trattate, quelle di pertinenza psicologica e psichiatrica sono spesso misconosciute e limitate a interventi

emergenziali su situazioni di acuzie psicopatologica, soprattutto connesse ad agiti auto o eterolesivi o a scompensi di tipo psicotico. Secondo quanto Medu ha avuto modo di constatare è invece molto difficile, per chi vive in condizioni di precarietà, poter beneficiare di un'assistenza continuativa da parte dei Servizi di Salute Mentale territoriali, con particolare riferimento al sostegno psicologico e psicoterapico.

I servizi sociali e sanitari pubblici, infatti, risultano spesso impossibilitati a rispondere alle esigenze specifiche di questa particolare utenza per motivi burocratici, giuridico-amministrativi, per carenza di risorse, di personale specializzato, di mediatori culturali e di formazione sul tema nonché per la multiproblematicità di molti pazienti che richiederebbe un approccio integrato e complesso. Tutti i fattori descritti comportano di frequente una mancanza o un ritardo terapeutico, determinando un aggravamento della sintomatologia e un peggioramento delle già precarie condizioni di salute e di vita. Si tratta di un significativo *vulnus* del sistema socio-sanitario nella tutela della salute mentale e psicosociale delle persone più vulnerabili, con importanti conseguenze per la salute individuale e collettiva.



**Foto 6 - Visita medica all'interno della clinica mobile di Medu (foto Manuel Berisso)**

Partendo da tali constatazioni, il progetto 'La salute si fa (in) strada' è stato concepito con l'obiettivo generale di migliorare le condizioni di salute, di accoglienza e di integrazione delle persone che vivono in situazioni di marginalità, a prescindere dalla loro condizione giuridica, e dei richiedenti asilo e rifugiati accolti nei centri di prima e seconda accoglienza (CAS e SPRAR/SIPROIMI) nell'area metropolitana fiorentina. Si è inteso pertanto promuovere la salute, il pieno godimento dei diritti fondamentali e

l'inclusione sociale delle persone con disagio psichico – con particolare attenzione a coloro che hanno subito tortura, violenza intenzionale e altre forme di trattamento crudeli, inumani e degradanti – attraverso l'individuazione precoce e la presa in carico medico-psicologica e psico-sociale dei beneficiari. Al lavoro diretto con i pazienti, si affianca la formazione degli operatori dei centri di accoglienza e dei servizi sociali e sanitari pubblici del territorio al fine di condividere con loro conoscenze e strumenti specifici per riconoscere precocemente la vulnerabilità psicologica, in particolare derivante da esperienze traumatiche pregresse.

Oltre a quello della cura, un altro degli obiettivi del progetto e dell'azione generale di Medu, è quello di testimoniare le violazioni dei diritti umani fondamentali subite dai beneficiari durante il loro percorso migratorio verso l'Italia, ma anche i casi di esclusione dall'accesso alle cure in Italia e le loro cause.

Il progetto, che si avvale di una coordinatrice, di un medico, di una psicologa psicoterapeuta e dell'ausilio di mediatori linguistico-culturali, prevede un'attività di presa in carico integrata del paziente al fine di fornire risposte a problematiche psicologiche ma anche sanitarie e sociali attraverso le risorse interne o il referral ad altri servizi ed enti del territorio. Lo sportello è attivo dieci ore settimanali articolate in una mattina e un pomeriggio. La metodologia di lavoro prevede inoltre, in un'ottica di complementarietà e di non sostituzione del servizio pubblico, l'invio o l'accompagnamento presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale in tutti i casi in cui ciò è possibile.

Lo sportello è attivo dal mese di aprile del 2019 e sin dall'inizio si è assistito a un flusso costante di nuove richieste per un totale, al mese di dicembre 2019, di 36 pazienti (32 uomini e 4 donne). Di questi, 23 sono stati presi in carico da un punto di vista psicologico, seppur integrato con azioni di carattere sanitario e/o sociale (orientamento, invio presso servizi sociali, di accoglienza, etc.), mentre tre casi hanno richiesto interventi prevalentemente medici o sociali. In particolare, con 14 beneficiari sono stati avviati dei percorsi di sostegno psicologico o di psicoterapia a cadenza regolare. Le restanti richieste sono state indirizzate a servizi più idonei alla problematica presentata.

I pazienti presi in carico provengono per la maggior parte dall'Africa subsahariana occidentale (Senegal, Gambia, Nigeria, Guinea, Ghana, Mali, Costa D'Avorio), mentre soltanto tre da altri paesi africani (Libia, Etiopia ed Eritrea). I restanti provengono da Pakistan, Bangladesh, Siria e Sri Lanka.

Dal punto di vista giuridico la maggior parte dei pazienti era richiedente protezione internazionale (in alcuni casi in fase di ricorso). Numerosi erano anche i titolari di protezione umanitaria, mentre un solo paziente era in possesso di un permesso per casi speciali.

Tutte le persone che hanno attraversato la Libia hanno riferito di aver subito violenze e torture, spesso in condizioni di detenzione arbitraria. I principali motivi di richiesta di intervento psicologico hanno riguardato, infatti sintomi di natura post-traumatica. Un'altra frequente motivazione di richiesta di supporto ha riguardato la preoccupazione per la mancanza di prospettive abitative e lavorative, che determinava in alcuni casi sintomi di natura depressiva e/o ansiosa. È risultata di particolare vulnerabilità la

condizione di alcuni pazienti neomaggiorenni, quali Mamadou e Babacar, completamente privi di alfabetizzazione o con un livello di scolarità minimo nel paese d'origine e che, giunti in Italia ancora minorenni, sono apparsi del tutto sprovvisti delle risorse necessarie per portare avanti autonomamente il proprio percorso formativo e di integrazione.

Le segnalazioni di persone vulnerabili sono pervenute prevalentemente da enti gestori o da altre associazioni del privato sociale del territorio metropolitano che a vario titolo si occupano di migranti, ma un numero significativo di invii è giunto anche da parte di enti pubblici quali la Commissione Territoriale per il Riconoscimento della Protezione Internazionale di Firenze e un Centro di Salute Mentale della ASL di Firenze.

Sin dall'avvio dell'attività dello sportello, il numero di segnalazioni di persone con problematiche psicologiche è stato significativo, a dimostrazione dell'elevato bisogno presente nella popolazione target del progetto.

I pazienti con cui sono stati effettuati colloqui psicologici erano tutti giovani uomini di età media poco superiore ai 20 anni. Molti di loro non conoscevano la figura dello psicologo e non ne avevano mai sentito parlare. La maggior parte dei pazienti tuttavia, ha mostrato forte interesse, partecipazione e motivazione a seguire un percorso terapeutico, presentandosi con costanza agli appuntamenti nonostante le difficoltà logistiche e organizzative. Sono stati avviati, pertanto, numerosi percorsi di sostegno psicologico o psicoterapia.

Come evidenziato in precedenza, le problematiche più frequentemente riscontrate sono state quelle di natura post-traumatica, connesse alle esperienze vissute nel paese d'origine o lungo il percorso migratorio e/o quelle di tipo depressivo e ansioso associate alle condizioni di marginalità in cui la persona si trova a vivere e alla scarsità di prospettive di integrazione per il futuro. Spesso le preoccupazioni relative al presente e al futuro hanno determinato sensazioni di impotenza, incertezza, paura, solitudine, disvalore personale e totale perdita di controllo sulla propria vita che hanno richiamato vissuti strettamente connessi a traumi occorsi nel passato, esacerbando la sintomatologia post-traumatica.

Talvolta, in una prima fase la sofferenza è stata espressa dai pazienti attraverso sintomi fisici privi di cause organiche i quali, non appena instaurato un rapporto di fiducia, hanno lasciato spazio alla narrazione dei propri vissuti. Nella quasi totalità dei casi, le persone assistite non avevano mai parlato in precedenza dei traumi esperiti ma questi ultimi si ripresentavano continuamente, anche a distanza di molti anni, sotto forma di flashback o di incubi determinando spesso insonnia e gravi difficoltà di concentrazione. Lavorare sul trauma e sui vissuti ad esso connessi sembra aver permesso a molti pazienti di riprendere il filo spezzato della propria storia in cui gli eventi traumatici, pur ineliminabili, sono stati integrati in una narrazione autobiografica coerente e lineare e circoscritti al momento passato in cui si sono verificati.

In molti casi, avvalendosi di contatti di rete con altri soggetti pubblici o privati del territorio, è stato possibile rispondere in maniera integrata alla complessità delle problematiche presentate, tuttavia proprio

nei casi più vulnerabili sono emerse le più rilevanti difficoltà di presa in carico da parte delle istituzioni. È risultato emblematico, in tal senso, il caso di un uomo maliano con importanti problematiche psichiatriche che è stato assistito dal progetto da un punto di vista sociale e per cui, nonostante la presa in carico da parte del Servizio Sociale e del Centro di Salute Mentale del Quartiere 5 di Firenze, non è stata reperita una soluzione abitativa idonea né è stato predisposto un progetto terapeutico-riabilitativo di medio-lungo termine.

### **Il corpo e la mente**

Ramesh è un ragazzo giovane, minuto, con lo sguardo perso nel vuoto. Ed è per quello sguardo e per le frequenti perdite di memoria che la Commissione Territoriale di Firenze l'ha inviato presso la nostra sede per una valutazione medico-psicologica. Credono abbia delle assenze, cioè delle crisi epilettiche istantanee che estraniano l'individuo dalla realtà circostante, facendolo apparire come incapace di agire ed effettivamente inabile ad interagire con il mondo che lo circonda. E Ramesh le caratteristiche tipiche di questa patologia le racchiude tutte: stenta a parlare, chiede più volte che le domande gli vengano ripetute perché 'non le ha capite totalmente', nonostante l'attenta traduzione del mediatore; sembra essere altrove e riconciliarsi con l'ambiente che ha intorno senza soluzione di continuità; racconta parecchi episodi in cui si è perso in luoghi di cui non ricordava il significato; non ti guarda mai negli occhi, con quei suoi occhi marroni densi che tiene sbarrati e rivolti ad un oggetto che sembra non esistere. Eppure un movimento impercettibile, un sottile afflato di esistenza suggerisce che ci sia dell'altro.

Proseguono i colloqui, in attesa della visita neurologica che certifichi la sua malattia: il discorso affettato e disincantato lascia piano piano spazio al racconto, il timore per la curiosità di due persone mai viste prima sulla sua storia personale cede campo alla voglia di raccontare. Raccontare quelli che sono i suoi mostri, raccontare della sua vita al college in Pakistan, dei conflitti tra la sua Associazione benefica e un gruppo di ragazzi 'delinquenti' che sfruttano i propri malevoli sostegni politici per attività di bullismo e sopraffazione dei meno abbienti.

E dei pestaggi, della paura delle proprie famiglie, delle minacce, dell'odio e della violenza che hanno portato lui a fuggire in Libia, suo fratello in Turchia, sua madre alla morte, la sua famiglia all'esilio volontario in un'altra città perché non ascoltata dalle forze dell'ordine che non accettano le denunce e chiudono un occhio. Ed il suo di occhio non è più perso nel nulla, mentre parla; e la sua parola non è più timida mentre dice di sentirsi solo, di non avere più contatti, di essere in ansia per il bene dei suoi cari. Di sentirsi incapace anche ora, non in quanto malato, ma perché in un limbo di politiche giuridiche asettiche che non gli permettono di essere realmente qualcuno, per qualcuno.

Ci fissa diritto mentre dice: “nella mia vita è sempre così, appena faccio qualcosa va tutto storto. Sono stanco della mia vita e di fuggire: in Pakistan ci sono problemi, qui ci sono problemi, una persona dove deve andare?”.

E dopo tanti colloqui mi rendo conto che in fondo la diagnosi iniziale era corretta: Ramesh è davvero estraneo a questo mondo, è davvero altrove; non può reagire se non con la timidezza, con le espressioni troncate, con l’insonnia, gli incubi; non può sforzarsi di ricordare tutto.

Non per malattia, ma perché è la realtà ad essere malata di assenza.

Ed ora, mentre ci stiamo per salutare, sono io che ripeto insistentemente dentro di me la stessa domanda: ma una persona dove deve andare?

Nell’ambito del lavoro che abbiamo svolto in questi mesi e durante le attività della nostra clinica mobile, abbiamo incontrato molte persone con sintomatologie non correlabili ai disturbi organici obiettivabili. Gli eventi della propria storia ed in molti casi i maltrattamenti e le torture subite, ancor prima che tramite la parola, vengono comunicate con sintomi talvolta aspecifici, in altri casi afferenti a patologie di diversa origine, ma sine materia. Cefalea, insonnia, sonno frammentato si accompagnano spesso a difficoltà respiratorie e dolori toracici di verosimile origine cardiaca, in ragazzi spesso giovani e senza fattori di rischio, e rappresentano cicatrici riconducibili a trattamenti inumani e degradanti, spesso più dirette ed evidenti dei segni che portano sulla pelle.

### **Conclusioni e indicazioni**

Quanto osservato nell’arco dei primi nove mesi di attività del progetto suggerisce, dunque, che esso vada a colmare una carenza sul territorio di riferimento di servizi di cura psicologica e psicoterapica rivolti a migranti in qualsiasi condizione giuridica. Contrariamente agli stereotipi largamente diffusi secondo i quali le persone provenienti da culture non occidentali, particolarmente se di genere maschile, sarebbero refrattarie a parlare dei propri vissuti e delle proprie emozioni, è stato invece possibile constatare che proprio da parte di queste persone è presente una forte domanda di servizi psicologici, purché realmente capaci di un ascolto non giudicante e privo di pregiudizi. Sin dall’avvio del progetto è pervenuto, infatti, un numero di richieste elevato e costante, anche da parte di enti di altri territori (soprattutto Pisa e Pistoia) nonché un considerevole numero di invii da parte di soggetti istituzionali, in particolare uno da parte del Sistema Sanitario Nazionale (CSM Q1) e quattro da parte della Commissione Territoriale di Firenze. Nel corso del progetto si è assistito, infatti, ad un numero crescente di invii da parte di quest’ultima, a dimostrazione della consapevolezza e dell’attenzione verso la fragilità psichica da parte di alcuni commissari i quali, in assenza di personale sanitario interno, si sono rivolti al team Medu per una valutazione preliminare alla decisione in merito alle modalità di audizione o all’esito della richiesta di asilo. È emersa dunque chiaramente la necessità per le Commissioni Territoriali di potersi avvalere di consulenze

sanitarie interne sistematiche e ufficiali per poter valutare nel modo più corretto gli indicatori di vulnerabilità psichica.

Complessivamente le richieste di presa in carico, sebbene provenienti da soggetti operanti a vario titolo con migranti e rifugiati, hanno evidenziato una diffusa carenza di conoscenze su questa tipologia di utenza, come mostra ad esempio il caso di alcuni ragazzi non alfabetizzati che presentavano sintomatologia da stress post-traumatico segnalati al team Medu come affetti da presunta disabilità intellettiva e/o disturbi dell'apprendimento. In altri casi sintomi depressivi sono stati scambiati per svogliatezza e disinteresse. È stato inoltre possibile rilevare che la quasi totalità degli utenti presenta problematiche e vulnerabilità multiple che interessano l'ambito psicologico, quello sanitario, l'iter di richiesta di protezione internazionale, la condizione abitativa e lavorativa e necessita,

dunque, di una presa in carico globale e integrata. Una fonte di particolare preoccupazione per molti beneficiari, soprattutto per i più giovani e titolari di protezione umanitaria, è risultata il cambiamento delle proprie prospettive future in seguito all'entrata in vigore del cosiddetto 'Decreto sicurezza'. L'angoscia derivante da



Figura 7 - Il kintsugi, o kintsukuroi, letteralmente "riparare con l'oro", è una pratica giapponese che consiste nell'utilizzo di oro o argento liquido o lacca con polvere d'oro per la riparazione di oggetti

problematiche contingenti (quali appunto la perdita dell'accoglienza o le problematiche giuridiche) ha infatti esacerbato la sintomatologia preesistente di molti pazienti.

I vissuti traumatici di cui i migranti hanno fatto spesso esperienza comportano tipicamente perdita di fiducia nel prossimo, cautela e vergogna nel raccontarsi, nonché difficoltà a verbalizzare le proprie esperienze, caratteristiche che appaiono scontrarsi con i tempi talvolta molto sbrigativi della sanità pubblica.

Per facilitare, dunque, la presa in carico di migranti da parte dei professionisti operanti all'interno del Sistema Sanitario Regionale, particolarmente per quanto attiene alla salute mentale, sarebbe auspicabile una maggior formazione degli operatori sul tema delle migrazioni e sui disturbi più diffusi in questa popolazione, con particolare riferimento al Disturbo da Stress Post-Traumatico. Per poter rispondere, inoltre, alle molteplici e differenziate esigenze di questa utenza risulta indispensabile per i sanitari lavorare in stretto raccordo con altre professionalità, con particolare riferimento ai servizi sociali territoriali.

Appare fondamentale, infine, il potenziamento della presenza di mediatori linguistico-culturali, indispensabili soprattutto in ambito psichiatrico e psicologico.

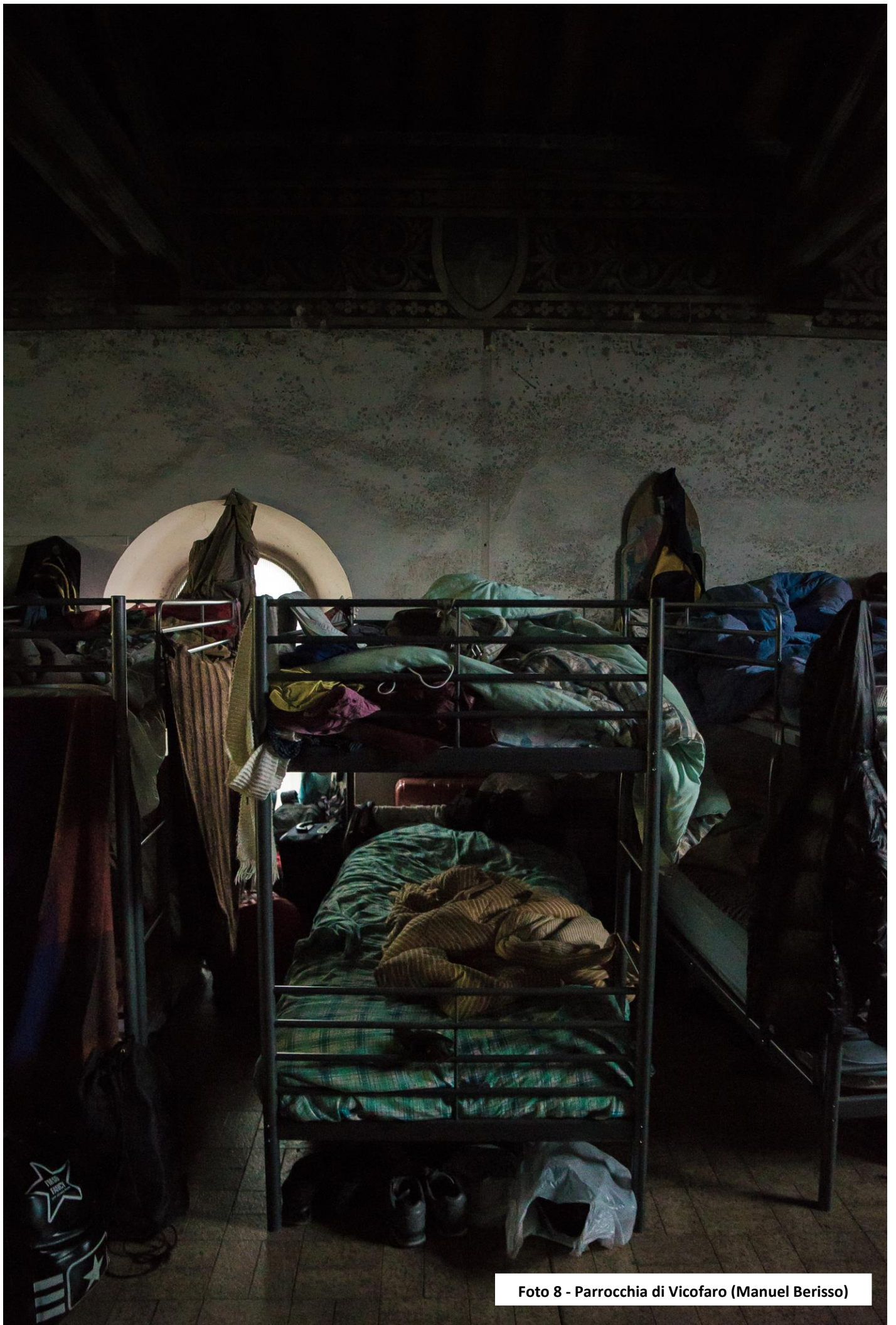


Foto 8 - Parrocchia di Vicofaro (Manuel Berisso)

## Capitolo 3

### Consultorio Persefone

*Claudia Notari, Psicologa Psicoterapeuta*

F.A. si presenta al Consultorio Persefone perché, secondo quanto riferisce, da molti anni ha delle copiose perdite vaginali inspiegabili che le hanno causato diversi problemi nel suo paese e qui in Italia. Ci dice che a causa di questa che lei considera una patologia, non riesce ad avere figli. Indagando gradualmente, nel corso dei diversi colloqui svolti, scopriamo che in realtà ha due figlie nel proprio paese avute da due diverse relazioni. Ci racconta che la sua vita è stata segnata da eventi particolari fin da prima della sua nascita. Sua madre mette al mondo due figlie, che muoiono entrambe per cause inspiegabili. La donna fa quindi appello a una divinità che viene chiamata "Mami Wata", un'icona rappresentata da una donna con la coda di pesce e dei serpenti che la circondano.

Questa divinità ha il potere di mandare dei figli a chi non riesce ad averli o a chi ne ha persi. Secondo la tradizione, questa creatura vive in un mondo parallelo e dona una delle sue figlie a chi lo richiede attraverso dei riti che comprendono offerte e sacrifici. Mami Wata è molto temuta, in quanto, se non adorata nella



**Figura 9 - Rappresentazione di Mami Wata**

maniera adeguata, può diventare vendicativa e far ammalare le bambine donate (chiamate Ogbanje), al punto di farle morire per riprendersela. Il mondo di Mami Wata è tutto al femminile: dona figlie femmine che a loro volta partoriscono figlie femmine (come nel caso di F.A.). Dopo l'offerta tradizionale a questa divinità, nasce la sorella maggiore di F.A.. È però una bambina debole e sempre malata. La madre si rivolge quindi a un "native doctor" che le dice che non può più avere figli, invece dopo qualche anno nasce F.A. che si rivela da subito una bambina forte e sana. La madre continua a fare offerte a Mami Wata per tenerla in vita onorando la divinità. Quando F.A. cresce, però, la madre si avvicina alla Chiesa cristiana e si allontana dalla religione tradizionale. Quest'evento nella mente di F.A. ha probabilmente generato un risentimento da parte di Mami Wata che ha iniziato a farla ammalare. Iniziano quindi le perdite e dei forti mal di testa che spesso le causano allucinazioni uditive. La donna inizia a percepirle per la prima volta quando arriva in Italia, all'età di 27 anni. Secondo la tradizione le donne Ogbanje non vivono più di 26 anni, infatti le voci che sente F.A. le dicono di farla finita, che la sua vita non ha senso e che dovrebbe buttarsi dalla finestra. Ora F.A. ha 31 anni e le voci si sono fatte sempre più insistenti.

Le donne Ogbanje appartengono a Mami Wata e sono sposate nel suo mondo con Water Husband. Questo è lo spirito maschile che spesso fa loro visita di notte e le possiede, lasciando delle tracce di liquido nel loro letto. F.A., riferisce queste tracce negli slip da sempre, e da sempre sente che il suo orientamento sessuale

è verso le donne. È come se le figlie Ogbanje fossero già compromesse, quindi non provano attrazione per gli uomini. I miti degli spiriti Ogbanje e Abiku si saldano quasi naturalmente all'esistenza di queste donne, lanciando al tempo stesso, quando ne assediano il corpo o il sonno, una sorta di appello perché siano ricordate altre sofferenze, altre perdite, altre umiliazioni.

La sua richiesta in Consultorio, ora incorniciata in un quadro più ampio, rappresenta la ricerca di una via di uscita da una maledizione che sente portarsi dietro: vorrebbe avere un figlio per annientare l'abominio che ha causato e per sentirsi "una donna come le altre". Dal punto di vista clinico la famiglia di F.A. soffre probabilmente di una forma di epilessia, che è stata trasmessa geneticamente alle due sorelle prima di lei e alle altre due dopo di lei, causandone la morte. Riferisce che anche la figlia minore quando ha la febbre manifesta convulsioni.

Il consultorio le ha prescritto alcune visite e approfondimenti diagnostici, quali una visita ginecologica, un elettroencefalogramma e una visita specialistica per impostare una terapia del dolore. Dal punto di vista ginecologico sono emerse due tipi di infezioni, una delle quali coerente con la sintomatologia descritta.

Per comprendere a pieno questo caso, però, è indispensabile collocare i risultati emersi dagli esami clinici all'interno dell'universo simbolico di provenienza. Solo così si può comprendere il significato che la paziente attribuisce alla patologia riscontrata.

Le perdite causate da un'infezione probabilmente contratta in Nigeria, rappresentano per F.A. il legame con uno spirito da cui non riesce a liberarsi e che tenta in tutti i modi di riportarla nel suo regno. Questo si fa vivo di notte, attraverso incubi e s'insinua nei pensieri attraverso emicranie ricorrenti che fanno "girare gli occhi" e fanno udire voci suicidarie. Interpretarle come frutto di un delirio psicotico e quindi trattarle con dei farmaci, non ci permetterebbe di comunicare con quel mondo che invece ora può essere ricordato e ascoltato. Non a caso F.A. per i primi cinque colloqui non ha fatto cenno a queste credenze. La sua mente infatti ha completamente rimosso le sue origini fin quando non le è stata nominata Mami Wata. Da questo momento in poi la paziente ha potuto accedere a dei contenuti rimossi che continuavano a manifestarsi in lei attraverso un malessere generalizzato che non comprendeva.

La donna sta proseguendo i colloqui psicologici e le visite mediche presso il consultorio, con la presenza del mediatore culturale. Sta insieme a noi imparando a convivere con il suo orientamento sessuale, sfidando la paura e il pregiudizio, cercando di elaborare gli innumerevoli eventi traumatici della sua vita.



**Foto 10- Colloqui al Consultorio Persefone (Lucia Pratesi)**

Questo caso può rappresentare in maniera emblematica la metodologia di lavoro del Consultorio Persefone, che consiste nel creare uno spazio d'ascolto all'interno del quale sia possibile connettere la sintomatologia fisica alla cultura d'origine.

Nella fase preliminare all'avvio del progetto Persefone, si è svolto un percorso di formazione sulle tematiche legate alla salute e alla cura delle donne migranti (tra dicembre 2018 e aprile 2019). I destinatari sono stati tutti gli enti territoriali che avrebbero potuto in seguito riferire delle pazienti al servizio. L'obiettivo del corso era quello di far conoscere il target di riferimento del progetto e fornire strumenti utili all'individuazione delle vulnerabilità della popolazione migrante femminile.

Lo spazio del consultorio è aperto un giorno a settimana dalle 13.30 alle 17.30 e include 3 diverse professionalità: due ostetriche (della Usl Toscana Centro), un'operatrice anti-tratta (della cooperativa Cat) e una psicologa (di Medu). Durante i colloqui sono sempre coinvolti i mediatori linguistico culturali. Gli enti che inviano la paziente, compilano una scheda di referral prodotta dall'equipe del progetto, nella quale

vengono inseriti i dati socio-anagrafici e il motivo delle richieste. Le donne inviate vengono ascoltate in un primo colloquio conoscitivo effettuato da tutta l'equipe, che in quella sede valuta se e come avviare una presa in carico. Spesso le donne arrivano con richieste iniziali relative a problematiche di fecondità, disturbi vaginali, dolori addominali o altri di scarsa gravità. Alcune specifiche sintomatologie, quali mal di testa, oppressione al petto, senso di gonfiore allo stomaco, rappresentano un indicatore e un campanello d'allarme spesso riconducibile ad un vissuto doloroso o traumatico.

Il setting terapeutico è stato costruito con particolare attenzione, nel tentativo di creare un ambiente familiare, capace di far sentire le pazienti a proprio agio. A tal fine, si sono scelti colori di tappeti o tovaglie che richiamassero i colori dei vari paesi di provenienza e sui è deciso di mettere a disposizione un bollitore per poter offrire sempre del tè o delle tisane. Questi semplici accorgimenti si sono rilevati determinanti nel favorire l'avvio di una relazione di fiducia, che l'ambiente asettico di una struttura sanitaria tende di norma ad ostacolare. Dopo il primo colloquio, la donna, ove necessario, viene invitata a fare degli accertamenti e si programma un secondo colloquio per prendere visione dei risultati e ascoltare il suo vissuto rispetto al percorso intrapreso. In quest'occasione si valuta la necessità di una presa in carico psicologica, presentando alla paziente il significato di tale percorso e spiegando che spesso alcuni sintomi corporei sono correlati ad uno stress percepito.

I colloqui psicologici avvengono il venerdì mattina. Ogni colloquio etno-psicologico solitamente dura tra un'ora e un'ora e mezzo, sia perché i tempi sono raddoppiati dalla mediazione linguistica, sia perché il concetto di psicoterapia è spesso estraneo alle culture di provenienza delle donne, pertanto è necessario lasciare il tempo necessario a permettere una piena comprensione e condivisione del percorso intrapreso, che in caso contrario potrebbe apparire come un'ennesima imposizione e ridurre le donne ad un ruolo passivo.

La maggior parte delle donne che hanno fatto accesso al Consultorio provenivano dalla Nigeria. Gli altri paesi d'origine sono stati Mali, Albania, Siria, Ghana, Costa D'Avorio, Romania, Ucraina, Georgia e Somalia. Le donne che hanno poi intrapreso un percorso psicologico provenivano da Albania, Mali, Nigeria, Ucraina e Somalia.

L'impostazione del colloquio, durante i primi incontri in particolare, deve tener conto di alcuni elementi, nello specifico: il livello di scolarizzazione, il paese e la cultura di provenienza, il livello di resilienza rispetto ai traumi subiti, la storia migratoria. Le pazienti con un basso o inesistente livello di scolarizzazione, hanno più difficoltà ad orientarsi nel tempo e nello spazio. In questi casi, entrare nel significato simbolico del racconto è più complicato, pertanto è necessario prestare particolare attenzione a non agire o interpretare i fatti in maniera etnocentrica, quanto piuttosto accertarsi con maggiore accuratezza del significato che hanno per la persona e per la cultura in cui è cresciuta.

Una pratica che a noi appare disumana quale la mutilazione genitale, in alcuni paesi è di fondamentale importanza per l'accettazione e il riconoscimento da parte della comunità. Solo ultimamente le donne iniziano a ribellarsi ad essa e a comprenderne le conseguenze sanitarie. A tale proposito, si è rivelato molto utile prevedere dei momenti di formazione sull'anatomia, attraverso l'uso di tavole con riproduzioni dell'apparato genitale o modellini. Molte donne sono state in grado di conoscere e comprendere meglio il proprio corpo e hanno raccontato la pratica di escissione indicando le parti rimosse. Inoltre, a livello psichico è più semplice raccontare gli eventi traumatici come qualcosa di "altro da sé" piuttosto che narrarli in prima persona. Questi momenti formativi hanno quindi avuto una doppia funzione: favorire una maggiore consapevolezza della propria autonomia e facilitare l'elaborazione dei vissuti traumatici.

Nella fase iniziale del progetto, sono emerse alcune criticità, in particolare in relazione all'approccio dei medici specialisti ai quali sono state riferite le pazienti. Il clima di accoglienza del Consultorio non è in alcun modo riscontrabile presso le strutture ospedaliere dove le visite vengono condotte spesso in modo piuttosto frettoloso e senza alcun approccio specifico alla diversità culturale e all'esperienza umana individuale. Si è reso quindi necessario introdurre le pazienti agli specialisti, fornendo una relazione dei colloqui avvenuti presso il Consultorio e, ove possibile, prevedere l'accompagnamento da parte delle stesse mediatrici culturali impiegate in occasione dei colloqui presso il Consultorio.

**Foto 11 - Consultorio Persefone (Claudia Notari)**



Ad esempio, nel caso delle visite ginecologiche, è stato utile mostrare previamente ad alcune pazienti la sala dove avrebbero svolto la visita, indicando la modalità e gli strumenti che sarebbero stati utilizzati. L'ostetrica ha mostrato la posizione da assumere durante la visita e sono state indagate le emozioni che ne scaturivano. Per molte pazienti del Consultorio Persefone, una visita

ginecologica senza questi accorgimenti potrebbe rappresentare una vera e propria ri-traumatizzazione. L'intento di questo approccio è quello di mettere la donna nella posizione di poter scegliere in modo consapevole, evitando la passiva subordinazione, che potrebbe essere vissuta come una violenza.

I racconti delle donne assistite parlano di corpi violati, torturati, con segni indimenticabili. Le cicatrici mostrateci da alcune donne, oltre a essere spesso dolorose o limitanti per i movimenti, rappresentano il

ricordo continuo di una violenza, di un passato che ritorna tutti i giorni. Riuscire a curarle o perlomeno ad alleviarne i sintomi, assume un valore terapeutico enorme. Questo aspetto è stato evidente nel caso di una donna nigeriana, che riportava delle grosse ustioni in parte dell'addome, delle spalle e dell'inguine, che non le permettevano di camminare bene, né di avere rapporti sessuali non dolorosi. Si trattava di ferite causate prima da un tragico incidente nel quale aveva perso entrambi i genitori e il fratello e in seguito da torture subite in Libia, praticate con il petrolio incendiato. Ogni volta che la paziente si spogliava e si guardava, riviveva il dramma subito. È stato difficile accompagnarla in un percorso di accoglienza di questo dolore. Nonostante le visite al Consultorio e la presa in carico psicologica, il dolore si riaccendeva ogni volta che guardava il suo corpo lacerato. Abbiamo quindi deciso di inviarla da un primo specialista, che le ha prescritto una semplice crema lenitiva per ammorbidire la tensione della pelle. Abbiamo poi provato con una seconda visita, che ha evidenziato la possibilità di intervenire chirurgicamente, ma con un alto rischio di recidiva, in quanto la pelle scura tende alla formazione di cheloidi. Anche asportando la parte ustionata, si sarebbe quindi ricreata di lì a poco una cicatrice altrettanto grande. L'unica soluzione possibile, a dire del medico, consisteva in un intervento di infiltrazioni dal costo altissimo e impossibile da sostenere dalla paziente né tanto meno dalla cooperativa che la aveva riferita al Consultorio. Dopo vari mesi di ricerca, è stato possibile trovare un dermatologo che si è fatto carico scrupolosamente del caso della paziente, riuscendo ad individuare un tipo di intervento capace di produrre discreti risultati. Siamo riusciti ad inserire la paziente nelle liste di attesa operatorie e nei prossimi mesi verrà sottoposta all'intervento che potrebbe cambiare il suo vissuto doloroso e la sua percezione di sé.

Nell'anno di attività trascorso dall'inizio del progetto, è stato possibile addentrarsi sempre più a fondo nelle problematiche emerse, cercando di collocare le sintomatologie riferite in un quadro di significato più ampio, nel tentativo di passare da una risposta concreta e puntuale ad una problematica di salute fisica o psichica ad un approccio integrale allo sviluppo del benessere.

Ascoltare una donna nigeriana vittima di tratta, che ha subito violenza e ha sopportato ripetuti aborti, ci ha dato la possibilità di individuare gli strumenti più utili a permetterle di prendersi cura di sé stessa, dalla descrizione di diversi metodi contraccettivi, all'invito ad effettuare specifici esami periodici di monitoraggio e visite ginecologiche. Di certo ora la paziente è più consapevole, ma il percorso non finisce qui. Ci proponiamo infatti di sostenerla nel recupero della propria femminilità, curando insieme le ferite psichiche e fisiche, e della fiducia negli altri esseri umani. Non si tratta solo di curare una patologia del corpo o della psiche, quanto piuttosto di ricostruire con la persona una possibilità di cura di sé, che le permetta di pensarsi non più come vittima, ma come degna artefice della propria vita.

## Conclusioni

Serena Leoni – Coordinatrice territoriale MEDU Firenze

Le storie che attraversano questo report dimostrano come i servizi sociali e sanitari del territorio Italiano non siano in grado, per mancanza di mezzi strutturali e di personale, di prendere in carico efficacemente le persone più vulnerabili, quelle che non possono contare su una rete sociale di supporto o su una famiglia di riferimento.

Amadou nel suo percorso in Italia, ha goduto di varie forme di accoglienza, è stato preso in carico dal servizio sociale e sanitario territoriale, riceve assistenza dal terzo settore locale, qualcuno potrebbe essere tentato dal dire: *“che altro vuole da noi, che possiamo ancora fare per lui?”*.

Ramesh invece non ha molti appigli è ancora probabilmente troppo solo e confuso per trovare la forza di affidarsi ad un qualunque servizio, per ora lui si *“accontenta”* di avere un permesso di soggiorno e di concludere l'iter della Commissione, pur restando in una condizione mentale di enorme vulnerabilità che se non sarà supportata potrebbe degenerare e in tal caso il possesso di un documento non basterà a curare il suo vissuto di smarrimento e di sradicamento.

Due storie differenti che però arrivano ancora alla stessa conclusione, Amadou e Ramesh sono soli, vulnerabili e senza progetti per il futuro.

Come agiscono dunque i servizi sociali, in questa condizione di carenza cronica e strutturale? Come si relazionano al privato sociale? È possibile realmente un rapporto di sussidiarietà tra servizio pubblico e privato sociale? Dalle storie descritte in questo rapporto non sembra emergere una visione di fondo, né un approccio di sistema ai fenomeni della marginalità e dell'esclusione socio-sanitaria di gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili né tanto meno al problema del crescente disagio psichico, in particolare tra i migranti. Quello che emerge è piuttosto un grande vuoto di risposte e di prospettive da parte delle istituzioni pubbliche, che viene colmato da uno sforzo quotidiano da parte delle organizzazioni del privato sociale o della società civile organizzata o di singoli operatori sociali e professionisti della salute. Gli interventi messi in atto sono per lo più di tipo assistenziale, con una prospettiva di breve termine e senza un coordinamento tra i vari attori coinvolti. Il supporto sociale, psicologico e psichiatrico per i migranti con vulnerabilità rimane ancora oggi un impegno di nicchia e il sistema di accoglienza italiano - oggi più di prima - è impreparato a fornire un'assistenza adeguata.

Siamo quindi senza una via d'uscita?

No: le strade ci sono e sono molteplici, dal chiedere a gran voce alla gestione statale che si investa e non si tagli sui servizi pubblici sociali e di salute, all'investire in progetti integrati come il Consultorio Persefone, ampliandone il target, al tessere una reale collaborazione tra pubblico e privato, un cammino congiunto che rafforzi le due parti in gioco nelle competenze e nel difficoltoso lavoro quotidiano fatto di frustrazioni e di successi.

Tutto ciò con il chiaro obiettivo di garantire alla parte più debole e vulnerabile della nostra società una chance concreta, attraverso un supporto articolato e multidisciplinare che abbracci il malessere stratificato di chi nella vita è stato maltrattato, torturato, emarginato tanto da non avere più fiducia nelle relazioni umane.

Si tratta in breve di lavorare per restituire una **Dignità** alle storie e alle vite di tutti e tutte.

Foto 12 – La clinica mobile di Medu su strada (Gloria Vitaoli)

Foto 13 - Formazione dei volontari e delle volontarie della clinica mobile in collaborazione con ASGI – (Serena Leoni)



## Contatti

[co-firenze@mediciperidirittiumani.org](mailto:co-firenze@mediciperidirittiumani.org)

[info@mediciperidirittiumani.org](mailto:info@mediciperidirittiumani.org)

[www.mediciperidirittiumani.org](http://www.mediciperidirittiumani.org)

**I progetti di MEDU a Firenze sono supportati da:** Unione Buddista Italiana fondi 8 per mille, 8 per mille Chiesa Valdese, USL Toscana Centro, Regione Toscana.

**Il rapporto “L’insicurezza dei più fragili” è stato realizzato con il sostegno di:**

