



Approccio etnopsichiatrico al migrante: indagine sugli stranieri afferenti al Centro Psico-Sociale di Pavia

Letizia Massari, Vanna Berlincioni

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense,
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

Nuove esigenze delle società multiculturali nel trattamento dei disagi e disturbi della psiche

Il confronto con l'alterità è diventato una necessità e l'approfondita conoscenza dell'Altro, lo strumento indispensabile per un'efficace integrazione sociale. Ogni cultura crea, e continua a creare, un sapere e un saper-fare relativamente alla distinzione tra normale e anormale. Mentre la psichiatria cerca di estrapolare dal singolo caso indicazioni di ordine universale, l'etnopsichiatria, in costante dialogo con altre discipline quali antropologia, sociologia e etnologia, mette in rilievo piuttosto la peculiarità del paziente in rapporto al gruppo e all'ambiente ai quali appartiene. L'etnopsichiatria può certo contribuire a mettere a punto le modalità della prevenzione, comprensione, presa in carico dei disturbi psichici nei migranti. L'analisi dell'accesso ai servizi ha lo scopo di monitorare l'adeguatezza della risposta alla richiesta di cura e di orientare cambiamenti organizzativi e protocolli operativi.

New needs of multicultural societies in mental disorder treatment

The comparison with the otherness has become a necessity and the in-depth knowledge of the other the indispensable tool for an effective social integration. Each culture creates, and continues to create, a knowledge and know-how regarding the distinction between normal and abnormal. While the psychiatry tries to extrapolate from a single case indications of universal order, the ethnopsychiatry, in constant dialog with other disciplines such as anthropology, sociology, ethnology, rather highlights the peculiarity of the patient in relation to the group and the environment to which he /she belongs. The ethnopsychiatry can certainly contribute to develop the procedures for the prevention, understanding, take in charge of mental disorders in migrants. The analysis of the access to services has the purpose of monitoring the adequacy of the response to a request for care and to orient organizational changes and operating protocols.

Introduzione

In Italia, al primo gennaio 2011, si registrano quasi 5 milioni di stranieri residenti [1] con un incremento di 335,000 unità rispetto l'anno precedente (+7.9%). Negli ultimi venti anni la popolazione immigrata in Italia è cresciuta di quasi venti volte. L'86.5% risiede nel Nord e Centro, mentre il 13.5% nel Mezzo-

giorno e il restante nelle isole. Nella regione Lombardia la presenza straniera è stimata, al primo luglio 2011, in un milione e 269,000 unità che rappresenta una quota pari al 23.7% del totale nazionale.

Analizzando i dati che si riferiscono al territorio di Pavia [2] e alla sua provincia emerge un progressivo passaggio verso l'iscrizione anagrafica, e il conseguente aumento della quota dei residenti, in un quadro di drastico aumento del numero totale degli stranieri provenienti dai Paesi ad alta pressione migratoria (Europa orientale e Africa del nord). Tra le aree e Paesi di provenienza più rappresentati troviamo l'Europa Orientale con Romania, Albania, Ucraina (all'inizio del decennio gli est-europei rappresentano poco più di un terzo del totale, mentre nel 2011 sono la maggioranza assoluta con il 53% del totale) e l'Africa del nord con il Maghreb. Nell'ambito della richiesta di cura al Centro Psico-sociale (CPS) pavese si registra un andamento in continua crescita. Questo fenomeno richiede un'analisi su come il servizio risponda alla richiesta di cura.

Scopo del lavoro

Il proposito di questo lavoro è quello di approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio nella sua complessa realtà per meglio comprendere le dinamiche, i bisogni e le potenzialità della popolazione immigrata. La società multiculturale è ormai una realtà consolidata anche nel nostro Paese, interessato dai flussi migratori in un tempo successivo rispetto ad altri Paesi europei. Il confronto con l'alterità è diventato una necessità e la conoscenza, quanto più approfondita, dell'altro è lo strumento indispensabile per avviare con successo un processo di integrazione che rispetti entrambi i poli della relazione. L'alterità nel mondo attuale è inserita in un contesto dinamico le culture si ibridano, si modificano, ognuna influenza ed è influenzata dalle altre e, se queste dinamiche non vengono considerate, le culture perdono di senso. L'analisi dell'accesso ai servizi è senz'altro un aspetto cruciale per comprendere se la risposta dei servizi è adeguata alla richiesta di cura fatta e per orientare cambiamenti organizzativi e protocolli operativi [3].

Materiali e metodi

L'indagine ha come oggetto l'accesso dei migranti al servizio del CPS di Pavia. Il periodo temporale preso in esame è quello dal 1° gennaio 2010 al 30 aprile 2012. I dati raccolti provengono in parte dalla consultazione delle cartelle cliniche compilate dai medici psichiatri e in parte dalla compilazione del questionario elaborato dal Dipartimento di Salute Mentale e Migrazione di Bologna in collaborazione con altri centri di ricerca italiani, tra i quali quello di Pavia. Da entrambi questi strumenti sono tratti i dati oggetto dell'indagine. I dati ottenuti sono stati elaborati in un'analisi descrittiva.

Risultati

Traceremo il profilo socio-culturale degli utenti stranieri servendoci dei seguenti parametri: genere, età, area geografica di provenienza, appartenenza religiosa, conoscenza della lingua italiana. Il profilo socio-economico sarà invece delineato da: livello di scolarizzazione, condizione di soggiorno (status giuridico), iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), stato civile, condizione occupazionale, motivo della migrazione. L'importanza della conoscenza delle condizioni socio-economiche risiede nel fatto che esse sono fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi mentali.

Nei ventotto mesi di osservazione si sono verificati, su un totale di 1534 prime visite, 132 accessi da parte di pazienti migranti (8.60 % dell'utenza totale). Ciò significa che la domanda di cure da parte della popolazione dei migranti è in aumento rispetto a quella registrata negli anni dal 2006 al 2009. In questi quattro anni infatti si sono registrati 146 accessi su un totale di 2223 prime visite (6.57% dell'utenza totale). Dal 2006 al 2010 si registra una tendenza alla crescita della richiesta di cura mentre nel 2011 si nota una flessione di circa l'1%.

Nel contesto delle aree di provenienza il gruppo più numeroso è quello proveniente dall'Europa orientale con 51 utenti (38.63%); segue l'America del centro sud con 30 unità (22.72%); terzo posto l'Africa subsahariana 19 utenti (14.39%); quarto posto il Maghreb con 15 utenti (11.36%); Asia con 6 utenti (4.54%); Europa occidentale con 5 (3.78%); infine l'America del nord con 1 solo utente (0.75%).

Per quel che concerne il genere, la maggioranza è rappresentata dalla componente femminile: le donne sono 84 (63.64%) mentre gli uomini sono 48 (36.37%). Questo dato è in linea con quello degli anni precedenti. Si nota come le donne, che rappresentano la componente maggioritaria, stiano progressivamente diminuendo la presenza negli accessi in favore della componente maschile; l'accesso delle donne ha avuto un picco nel 2008 con il 74.29%, mentre nel 2011 registra un 61.81%.

Passando poi alla distribuzione per fasce d'età si registra la prevalenza della fascia 28-38 anni. Il dato deriva dal fatto che la popolazione migrante adulta è nella stragrande maggioranza composta da persone nel pieno della loro età lavorativa. Si nota inoltre un cambiamento rispetto al periodo 2006 - 2009. In questi anni, infatti, si è registrata la prevalenza della fascia 18-28 anni.

Nel caso dell'appartenenza religiosa nell'86.36% dei casi non è disponibile il dato in cartella clinica. Il restante è diviso tra religione musulmana (8 utenti), cattolica (8) e ortodossa (2).

Nell'ambito del livello di scolarizzazione del nostro campione vengono confermati i dati dello scorso quadriennio: l'utenza migrante possiede un livello medio-alto di scolarizzazione. Il 37.12% ha il diploma di scuola superiore, mentre il 29.54% ha la licenza media inferiore; il 14.39% ha conseguito la laurea.

Per la conoscenza della lingua italiana: la maggioranza, ossia 105 utenti (79.54%), si avvale di una buona conoscenza della lingua italiana, mentre 21 utenti (15.90%) non ha invece questa capacità. Questi risultati riportano ancora una volta l'attenzione sull'importanza della figura del mediatore linguistico culturale, in quanto l'utenza che non conosce la lingua italiana rappresenta una quota decisamente non trascurabile del 16% (questo significa che quasi un utente ogni sei non riesce a comunicare in modo adeguato per essere aiutato).

Prendiamo ora in considerazione lo stato civile degli utenti stranieri. La maggior parte degli utenti risulta coniugata: 55 (41.66%) mentre i conviventi sono 6 (4.45%). Troviamo poi gli utenti celibi/nubili 42 (31.81%), seguiti dai separati/divorziati con 18 utenti pari al 13.63%.

Dall'analisi dei dati sulla condizione occupazionale emerge come la buona parte abbia un lavoro: 57 utenti (43.18%), mentre la percentuale dei disoccupati è del 35.60% (47 utenti).

Tra i motivi della migrazione troviamo che il lavoro e il ricongiungimento familiare sono le ragioni principali. Inoltre il dato non è disponibile per la maggior parte: 78 utenti (59.09%).

Nell'analisi dell'accesso al Servizio il primo fattore preso in considerazione è la fonte d'invio. La più frequente è il medico di medicina generale, questo ovviamente vale per coloro che hanno l'iscrizione al SSN: questo gruppo conta 59 utenti, pari al 51.30% dell'utenza iscritta al SSN. Altre importanti fonti d'invio sono il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (6.81%), il Pronto soccorso (4.54%), l'Ospedale generale (4.54%), ambulatorio Caritas (6.06%), associazioni volontari (3.03%). Nel periodo della nostra osservazione sono state registrate 110 prese in carico che corrispondono al 83.33% dell'utenza totale. Gli utenti che hanno avuto precedenti contatti con il servizio psichiatrico CPS sono 10 (7.57% dell'utenza totale) mentre per la maggioranza degli utenti (119), che rappresentano il 90.15%, il CPS pavese costituisce il primo contatto con un servizio psichiatrico. La maggioranza degli

utenti non ha una precedente diagnosi d'invio: questa porzione dell'utenza è infatti pari al 72.72% (96 utenti) mentre il 25% (33 utenti) ha già una diagnosi d'invio.

La diagnosi più frequente formulata è quella dei disturbi dell'umore: questa diagnosi rappresenta infatti il 51.51% (68 utenti); segue quella dei disturbi d'ansia con una percentuale del 24.24% (32 utenti); le psicosi: questa categoria, che comprende episodi psicotici acuti, disturbo delirante, disturbo schizo-affettivo, disturbo schizofreniforme, annovera 18 utenti per una percentuale del 13.63%.

Per il parametro numero di visite effettuate troviamo che la maggior parte degli utenti effettua solamente una visita: 80 utenti (60.60%). Gli utenti che effettuano 2 visite sono 20 (15.15%) e quelli che effettuano un numero di visite compreso tra 3 e 6 sono invece 21 (15.90%); 8 utenti (6.06%) per il numero di visite che va da 7 a 9; soltanto 1 utente con un numero di visite compreso tra 10 e 12. Rispetto ai dati del 2006-2009 si registra una netta crescita degli utenti che effettuano 1 sola visita, mentre si nota una tendenza alla diminuzione per gli utenti con un numero di visite tra 3 e 6 (nel 2006-2009 erano il 28%).

Prendiamo ora in considerazione lo stato attuale: presa in carico o drop out. Il numero di utenti che interrompono di propria iniziativa la relazione terapeutica è molto elevato. Nel 2010 si contano 27 drop out (59.09%), nel 2011 45 (81.81%) e nel 2012 (gennaio-aprile) 6 (35.29%). Quindi su un totale di 132 migranti del periodo della nostra osservazione si registra che il 59.09 (78 utenti) interrompono il rapporto con il servizio di propria iniziativa; all'interno del gruppo dei drop out 1 paziente ha interrotto a causa delle difficoltà linguistiche (probabilmente questo drop out si sarebbe potuto evitare se la figura del mediatore linguistico fosse più facilmente accessibile per il Servizio e inoltre è da notare che, con molta probabilità, il numero di pazienti che interrompono la relazione di cura per questa causa è nettamente superiore, ma solo nel caso di questo paziente viene esplicitato).

Discussione

L'utenza straniera afferente al CPS pavese è composta per la maggior parte da donne di età compresa tra i 28 e 38anni, proveniente con maggior frequenza da paesi dell'Europa orientale con una buona conoscenza della lingua italiana. Per quanto riguarda la religione i nostri dati sono del tutto insufficienti per poter tracciare un profilo in questo senso. Consultando il rapporto ORIM (Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità) 2011 sull'immigrazione straniera a Pavia si apprende che la religione maggiormente professata nella provincia di Pavia è l'islamismo (41%), con un trend in diminuzione; mentre il cattolicesimo è professato da circa un immigrato su 4 nel 2011. Sono invece in netta crescita le altre religioni cristiane (ortodossa) quasi raddoppiate nel periodo considerato. Nella nostra indagine rileviamo il dato riguardante la religione non è disponibile in circa l'86% dei casi. Per spiegare questo fatto possiamo ipotizzare che esista, da parte degli operatori, o una scarsa abitudine a registrare questo dato oppure un atteggiamento che porti a dare per scontato che la religione professata sia il cattolicesimo, oppure ancora non si ritiene che sia un'informazione importante per i fini diagnostici e terapeutici.

La presenza di una consistente componente femminile nella popolazione di utenti del servizio può essere spiegata, in primo luogo, con una condizione di vulnerabilità che fa parte della vita di molte donne, soprattutto migranti. Questa condizione di vulnerabilità può essere legata allo status di migrante, ma sicuramente si aggrava e si acutizza in seguito a eventi come la rottura del legame coniugale (magari messo in crisi dall'esperienza migratoria) e la conseguente necessità di farsi carico di problemi come crescere i figli, mantenere o cercarsi il lavoro, ossia problemi di natura sociale e economica che possono porre sotto pressione l'equilibrio psichico della donna. Accanto a questo fatto dobbiamo considerare che le donne migranti, rispetto agli uomini, sono più disponibili a parlare di sé, della propria esperienza, apprendono la lingua più velocemente e meglio rispetto agli uomini che invece tendono

spesso a limitare le loro conoscenze tra i connazionali. Le donne mostrano cioè un atteggiamento di maggior apertura al contesto di accoglienza e si può pensare quindi che, con maggior facilità rispetto alla controparte maschile, riescano a formulare una richiesta d'aiuto quando ne abbiano bisogno.

La diagnosi più frequentemente formulata al CPS, nel caso di pazienti migranti, risulta essere quella dei disturbi dell'umore, seguita da quella dei disturbi d'ansia, come del resto per i pazienti autoctoni.

Dalla nostra osservazione emerge come nella maggioranza dei casi ci troviamo di fronte a persone che non hanno mai avuto in precedenza problemi di salute mentale. Questo ci fa riflettere su ciò che l'esperienza migratoria comporta. Secondo Beneduce [4], la migrazione può essere considerata un trauma in sé, come un'esperienza in grado di disorganizzare equilibri e compromessi realizzati spesso faticosamente nel corso degli anni e come un fattore che pone in discontinuità. L'emigrazione rappresenta un'impresa dall'esito psicologico spesso incerto perché l'individuo cerca di conservare immutato il nucleo profondo della propria identità e del proprio universo simbolico pur vivendo all'interno di un contesto linguistico, culturale ed affettivo diverso, più o meno contraddittorio e conflittuale con quello originario. Nel contesto culturale d'origine l'individuo rimane generalmente il regista dei propri progetti, della propria differenza riaffermata, mentre in un contesto dove tutto è differenza, l'affermazione della propria individualità può diventare un'impresa difficile e il tentativo di costruire nuovi legami può rivelarsi eccessivamente complicato anche quando la migrazione è stata programmata, voluta o comunque nata come progetto condiviso. Quando gli abituali meccanismi di conferma (lingua, codici estetici, valori morali...) vengono meno, "il nucleo profondo dell'identità può allora disorganizzarsi, diventare disarmonico scollandosi da quell'involucro esterno (enveloppe psychique)" [4] di Anzieu, che altro non è che un'interfaccia che divide il mondo interno da quello esterno. Di conseguenza i meccanismi deputati alla distinzione tra mondo interno (psichico) e mondo esterno (quello degli oggetti) possono incepparsi e vengono meno sia la funzione di contenimento dei contenuti psichici che la funzione protettiva, contro le pulsioni interne e le aggressioni esterne, esplicate da l'enveloppe psychique. Il problema della migrazione non risiede solo nel fatto che essa comporta uno sradicamento dal proprio ambiente, ma piuttosto perché si tratta di un percorso tortuoso, un processo lungo, complesso, articolato che viene costruito dalle vicissitudini, conflitti, bisogni del migrante.

Depressione

I tassi di depressione sono cresciuti negli ultimi decenni, la depressione compare in età più giovane e con maggior frequenza in diversi paesi. Si tratta di un fenomeno di difficile interpretazione, in cui alla sofferenza corrisponde quella dell'apposito contenitore diagnostico, psichiatrico, farmacologico. Sappiamo che nella cultura occidentale la depressione è riconoscibile in un quadro di segni e sintomi ben preciso (basso tono dell'umore, interessi scarsi, anedonia, rallentamento psicomotorio o agitazione, affaticabilità, perdita dell'appetito, insonnia o ipersonnia ecc.). Tutto ciò funziona nelle culture occidentali, ma non nelle altre culture. Indagini epidemiologiche internazionali hanno evidenziato imponenti difficoltà nel reperire criteri comparabili per diagnosticare la depressione in contesti culturali differenti [5]. Esse dimostrano che i contesti etnici e culturali incidono profondamente sulla formazione, sulla fenomenologia clinica, sull'evoluzione e sugli esiti dei disturbi psichiatrici in generale, e di quelli depressivi in particolare. Da un punto di vista transculturale: gli indicatori sintomali del disturbo depressivo che permangono invariati nei differenti contesti umani sono i più generici (fluttuazioni del tono dell'umore, del sonno, dell'alimentazione, del livello di energia), mentre variano in maniera caotica quelli nosologicamente più specifici (senso di colpa, idee suicidarie, somatizzazioni, disturbi delle funzioni cognitive) [3]. La multiformità dei fenomeni disfunzionali a base umorale, quando si manifesta in pazienti appartenenti a gruppi etnici minoritari e socialmente marginali, induce frequentemente a un errore diagnostico. Spesso questi pazienti vengono diagnosticati con un disturbo schizofrenico piuttosto che fatti rientrare nello spettro della psicosi maniaco-depressiva [6]. Inoltre appare evidente che

non si può qualificare in modo corretto lo stato normale e patologico dell'umore senza acquisire preliminarmente la conoscenza di tutta la serie degli stati emotivi temperati, autorizzati o interdetti, all'interno delle singole culture. Bisogna collocare l'affettività del soggetto all'interno della costruzione sociale delle emozioni, prodotta dal gruppo culturale di appartenenza. La differenza culturale si esprime anche come differenza emozionale e linguistica. Espressioni umorali specifiche risultano in traducibili in una lingua diversa da quella in cui sono state originariamente codificate, a causa dell'assenza di una corrispettiva esperienza socialmente selezionata e validata. L'incomprensione del senso antropologico dell'esperienza emozionale di individui appartenenti alle culture altre espone al rischio del fraintendimento diagnostico, proprio perché all'origine dei sistemi di classificazione nosografica risiede una distinzione tra normale e patologico culturalmente concepita, e perciò, relativa [3].

La continuità terapeutica

Il primo dato che risalta è quello del numero di visite effettuate. Nel nostro campione la maggior parte degli utenti si sottopone ad una sola visita (circa il 61%). Dal confronto con i dati 2006-2009 emerge una tendenza alla crescita degli utenti con una o due sole visite, questo significa che il fenomeno dell'abbandono del servizio e la cura è in aumento: le cause di questa tendenza possono essere diverse e sarebbe interessante, oltre che utile, poterle indagare a fondo. Possiamo ipotizzare che l'utente lasci il servizio poiché non trova quello che si aspetta e ha la percezione che i suoi bisogni e richieste non vengono compresi, perché ha dei problemi di natura logistica o di orari di lavoro, perché non si trova a suo agio nel contesto occidentale di cura, perché ritiene sufficiente per il suo benessere l'assunzione del farmaco prescritto e non sente il bisogno di ulteriori colloqui, o semplicemente perché ha difficoltà linguistiche. Il fenomeno del drop out è sicuramente un apparato complesso che necessiterebbe di una più approfondita indagine, non solo quantitativa, al fine di acquisire una maggiore comprensione dei meccanismi determinanti e di conseguenza la capacità di elaborare strategie mirate a ridurlo.

Conclusioni

Esiste un particolare lavoro clinico da prendere in considerazione nei riguardi degli immigrati? Una possibile risposta, basata sull'assunto che "la psicologia e la psichiatria non sanno rispondere adeguatamente alla domanda assistenziale dei migranti stranieri" [7], è quella che mette in evidenza la necessità di creare nuove alleanze disciplinari per ottenere il rinnovamento metodologico auspicato e ormai indispensabile. Questa necessità è resa stringente dal fatto che spesso le diagnosi, e quindi anche le terapie, risultano essere del tutto errate. Berlincioni [8] afferma a questo proposito: "Può accadere con grande facilità che le malattie mentali vengano trattate entro un contesto e con strumenti che tendono a interpretarle mediante paradigmi che sono culturalmente estranei agli utenti e culturalmente omogenei ai curanti. I paradigmi che si pensano scientifici sono spesso poco inclini a valorizzare come fattori patogenetici o patoplastici gli aspetti socio-ambientali e personali. Viene invece favorito con facilità un biologismo scarsamente fondato o che va considerato soltanto come una delle componenti etiopatogenetiche in gioco. Ciò finisce per allontanare da una comprensione effettiva quei disturbi che si producono soprattutto per via dello scontro ambientale o culturale da parte della persona sofferente. Ovviamente esiste anche il rischio opposto per i criteri indigeni di valutazione: quello di considerare per esempio una psicosi organica tossi-infettiva come un fenomeno da ricondursi a un maleficio, curabile mediante esorcismo" [8]. Oggi insomma, nell'approccio con il paziente migrante, diventa sempre più necessario rivedere le proprie posizioni di medici formati nella cultura occidentale e coltivare una serie di competenze indispensabili: "certamente la cautela di giudizio che dovrebbe essere supportato intanto da una com-

prensione della lingua, della mitologia in essa depositata e delle forme di vita che le corrispondono. È inoltre richiesta una conoscenza delle teorie etiologiche e delle rappresentazioni della “malattia” presenti nell’etnia di quel determinato paziente. L’efficacia dell’intervento che si può mobilitare, talora con la partecipazione del gruppo parentale, si regge sui nessi istituibili fra questi materiali culturali e le istanze e le comunicazioni private proprie di quel paziente” [8]. Ecco quindi che da una etnopsichiatria critica può nascere un comportamento diagnostico e terapeutico completamente rinnovato e peculiare.

Nell’ambito del servizio pavese l’impegno in direzione etnopsichiatrica è frutto del lavoro, dell’iniziativa della professoressa Berlincioni e del suo gruppo di ricerca. La professoressa Berlincioni si occupa di cura psichiatrica dei pazienti migranti da circa trent’anni. “L’interesse per questa area problematica mi deriva da un certo modo di intendere la psichiatria, così come l’ho appresa nella scuola pavese, che ha sempre avuto attenzione per gli aspetti culturali e ambientali, per gli elementi di contesto, magari vicini, ma culturalmente distanti e che si confrontano con quel dispositivo culturale speciale che è l’operare psichiatrico stesso. Ma l’attenzione a questi temi nasce anche dalla mia pratica psicoanalitica: uno psicoanalista dovrebbe infatti maturare una certa dimestichezza con quel “pensiero diverso” che è la modalità inconscia del pensare, vera e propria lingua straniera con cui è necessario familiarizzarsi per attivare un processo comunicativo” [9]. L’impegno in senso etnopsichiatrico porta all’attivazione nel Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente, coordinato dalla professoressa Berlincioni, di un gruppo di assistenza agli extracomunitari che vengono inviati o dal Servizio di Diagnosi e Cura della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia dopo il ricovero, o di altre strutture presenti sul territorio. Questo gruppo svolge attività clinica, terapeutica, ricerca e formazione. Esso è composto da diverse figure professionali: psichiatri, specializzandi in psichiatria e neuropsichiatria infantile, psicologi e tirocinanti, antropologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, mediatori culturali. L’attività di formazione del gruppo ha portato all’organizzazione di varie e interessanti iniziative come i seminari tenuti in loco da relatori esterni, i soggiorni all’estero per partecipare a corsi formativi sotto la guida di Nathan, Moro, Sironi, nonché i viaggi studio in Mali e in Senegal. L’attività di ricerca si attua nel lavoro di valutazione dell’operato dell’ambulatorio etnopsichiatrico: definizione del profilo socio-culturale, delle condizioni economiche, della situazione clinica degli utenti migranti, della continuità terapeutica. Il lavoro clinico del gruppo si svolge presso le strutture del CPS di Pavia. L’invio al gruppo di etnopsichiatria avviene da parte dello psichiatra del CPS ed è mediato da una presentazione del caso e richiesta di cura all’intero gruppo. Il lavoro viene preferenzialmente svolto in una dimensione gruppale sia nel primo incontro che nella successiva presa in carico, tuttavia ci sono momenti del percorso terapeutico nei quali il paziente viene esaminato singolarmente, se possibile in presenza di un mediatore linguistico-culturale, e seguito singolarmente. Nelle sedute terapeutiche molta attenzione viene posta alla storia del paziente come individuo appartenente ad una determinata cultura: il paziente si racconta e raccontandosi, aprendo il proprio mondo interno al gruppo in ascolto, crea le condizioni affinché emerga “un orizzonte di senso possibile su cui proiettare i disturbi” [10].

Purtroppo però non mancano i problemi che l’ambulatorio etnopsichiatrico si trova a dover affrontare: il fatto che i pazienti non parlano o parlano poco l’italiano associato al fatto che i mediatori culturali non sono stabilmente a disposizione del gruppo e perciò si deve ricorrere a “volontari o collaborazioni saltuarie, col risultato che il lavoro risulta spesso frammentario a scapito della coesione del gruppo e dello sviluppo di una cultura comune” [9]; inoltre “le finalità di studio e di ricerca non sono compatibili con i limiti di tempo e i carichi di lavoro imposti agli psichiatri del servizio pubblico; discontinuità nel lavoro del gruppo che si riunisce oltre il normale orario di lavoro a titolo volontaristico e per interesse personale” [11]. Vogliamo inoltre sottolineare che nonostante i ventisette anni di attività del gruppo, gli ottimi risultati e apprezzamenti ottenuti nel “costituire un luogo caratterizzato da un’apertura verso la differenza culturale e un interesse nei confronti delle tradizioni di cui ogni migrante è portatore” [11] e nonostante i continui sforzi diretti a incentivare e a sostenere l’impellente

necessità di un miglioramento e adeguamento dell'assistenza alle necessità degli utenti stranieri, non siano mai stati stanziati fondi pubblici in favore del gruppo etnopsichiatrico. Ci auguriamo che in futuro le cose possano cambiare e che anche Pavia, come altri centri italiani possa ottenere i mezzi materiali per svolgere un lavoro che ormai è diventato, nella società multiculturale, innegabilmente mandatorio.

Bibliografia

1. URL:<<www.istat.it>>.
2. URL:<<www.orim.it>>.
3. Cardamone G, Inglese S. Déjà vu, tracce di etnopsichiatria critica. *Edizioni Colibrì*, Milano, Italia, 2010.
4. Beneduce R. Frontiere dell'identità e della memoria. *Franco Angeli*, Milano, Italia, 2004.
5. Sartorius N. WHO Collaborative Study: assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine* 1980;10:743-749.
6. Goodwin FK, Jamison KR. Malattia maniaco-depressiva. *McGraw-Hill*, Milano, Italia, 1984.
7. Harrag Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale Multiculturale. Di clinica in lingue: migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura. *Edizioni Colibrì*, Milano, Italia, 2009.
8. Berlincioni V. Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi: problemi vecchi, problemi nuovi. *Quaderni degli Argonauti*, Milano, Italia, 2002.
9. Berlincioni V. La cura psichiatrica del paziente migrante: una sfida faticosa, ma stimolante. Relazione al Convegno "Etnopsichiatria: Percorsi a confronto", Milano, Italia, 24 novembre 2000.
10. Berlincioni V. Il disagio psichico nel migrante. In: Pazienti migranti e servizi Psichiatrici. Questioni teoriche e progetti di intervento. *Pacini editore*, Bergamo, Italia, 2006.
11. Berlincioni V, Grillo F. Migrazione e assistenza psichiatrica: un decennio di attività nell'ambulatorio territoriale di Pavia. *Psichiatria Oggi* 2007;1:23-26.