



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

QUADRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 4, 2010



Daniela Rossini Oliva

Provando a dare la parola agli immigrati stagionali, spesso ultimi tra gli ultimi

In questo articolo l'autrice racconta la propria esperienza professionale come psicologa con Medici Senza Frontiere nel Progetto Stagionali con gli immigrati a Rosario (Calabria). Non viene solo raccontata un'esperienza di lavoro sul campo ma viene sollecitata una riflessione sul lavoro psicologico in contesti di emergenza e sul quello con gli immigrati in particolare. Viene anche data attenzione e "parola" alle emozioni che, come sempre, il lavorare "in emergenza" scatena.

Riassunto

Parole chiave: intervento, emergenza, stagionali, immigrati, progetto.

In this article, the author presents her professional experience as a psychologist for Medecins Sans Frontiers within the Progetto Stagionali project with immigrants in Rosario (Calabria). She describes her experience in the field and suggests a reflection on psychological activity in emergency contexts and on the one with immigrants in particular. A special attention is given to the emotions that working in an emergency setting implies.

Abstract

Key words: intervention, emergency, seasonal worker, immigrants, project.

Questo articolo nasce da un'esperienza professionale fatta nel 2009 con Medici Senza Frontiere/MSF in Calabria nell'ambito del "Progetto Stagionali" con gli immigrati. L'obiettivo non è solo quello di raccontare un'esperienza ma anche di riflettere sul lavoro psicologico in contesti di emergenza, e sul quello con gli immigrati in particolare.

Il progetto e il contesto di intervento

Sono arrivata in Calabria il 26 gennaio 2009 con un contratto con Medici Senza Frontiere - Belgio nell'ambito della Missione Italia per svolgere il mio lavoro di psicologa nel Progetto Stagionali. MSF è la più grande organizzazione medico-umanitaria indipendente al mondo e fu creata da medici e

giornalisti in Francia nel 1971. Oggi fornisce soccorso umanitario in circa 63 Paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze o catastrofi dovute principalmente a guerre, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o catastrofi naturali. MSF fornisce assistenza indipendente e imparziale a coloro che si trovano in condizioni di maggiore bisogno e si riserva il diritto di denunciare all'opinione pubblica le crisi dimenticate, di contrastare inadeguatezze o abusi nel sistema degli aiuti e di sostenere pubblicamente una migliore qualità delle cure e dei protocolli medici. Nel 1999, MSF ha ricevuto il premio Nobel per la pace.

Il lavoro che MSF porta avanti si basa sui principi umanitari dell'etica medica e dell'imparzialità. L'impegno di questa organizzazione è quello di portare assistenza medica di qualità alle popolazioni in pericolo, indipendentemente da razza, religione o credo politico. Inoltre è una organizzazione che opera in modo indipendente da qualsiasi agenda politica, militare e religiosa. Le equipe mediche effettuano delle valutazioni sul terreno per determinare i bisogni sanitari della popolazione prima di avviare un progetto. La capacità di MSF di rispondere a una crisi in modo indipendente è fondata sull'indipendenza dei suoi finanziamenti.

MSF è inoltre neutrale: è un'organizzazione che non si schiera in caso di conflitti armati, fornisce assistenza sanitaria basandosi unicamente sui bisogni della popolazione e si batte per incrementare l'accesso indipendente alle vittime del conflitto, come previsto dal diritto umanitario internazionale.

In tutti i Paesi in cui MSF è operativa, sono in corso una o più crisi: guerre, catastrofi, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o calamità naturali. MSF dà inoltre assistenza alle persone vittime di discriminazioni o negligenze da parte dei sistemi sanitari locali o alle popolazioni altrimenti escluse dall'assistenza sanitaria.

Nell'intervenire, adotta una sua specifica modalità operativa; infatti, normalmente l'intervento prevede l'invio sul campo di una equipe multidisciplinare che può essere formata da medici, infermieri, logisti, psicologi, esperti di acqua e fognature, amministratori e altri professionisti qualificati per fornire assistenza sanitaria. Si tratta di equipe internazionali composte da operatori sanitari locali e dai loro colleghi provenienti da tutto il mondo.

Inoltre, MSF è un movimento internazionale con una sua precisa organizzazione: è infatti costituita da un ufficio internazionale con sede a Ginevra e da 19 sezioni: Australia, Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Olanda, Hong Kong, Italia, Giappone, Lussemburgo, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti. Le sedi nazionali reclutano gli operatori umanitari, promuovono l'organizzazione, le

campagne di stampa e di sensibilizzazione, fanno raccolta fondi contribuendo al finanziamento e allo svolgimento delle missioni.

Inoltre, alcune delle sezioni partner gestiscono dei progetti sul terreno, per delega di una delle sezioni operative. In questo ambito, MSF Italia gestisce, dall'inizio del 2005, dei progetti in Colombia, Haiti, Etiopia, Brasile e Malta nonché i progetti con gli immigrati nel Sud Italia.

Il mio lavoro con questa organizzazione nasce pertanto nell'ambito della Missione Italia, e più nello specifico all'interno del Progetto Stagionali, un progetto degli immigrati che vanno in Calabria e in Puglia durante i mesi autunnali e invernali per la raccolta di mandarini, arance e pomodori, per poi spostarsi in altri luoghi appena finita la stagione della raccolta.

La decisione di aprire un progetto in Italia, così come in altri Paesi d'Europa, è maturata alla fine degli anni Novanta, quando MSF si è resa conto che le stesse persone che cura e assiste a migliaia di chilometri di distanza si trovano anche qui, in Italia o in Europa, spesso in condizioni di precarietà e bisogno. MSF ha fornito assistenza agli sbarchi e in alcune località dove gli irregolari erano coinvolti nell'orto-frutta, e non in tutto il territorio nazionale.

Per questo, dal 1999 Medici Senza Frontiere - Missione Italia fornisce assistenza sanitaria agli stranieri regolari e irregolari con l'obiettivo di garantire l'accesso alle cure a queste persone e di assistere coloro che sbarcano sulle nostre coste.

Nell'estate 2003, gli operatori di MSF sono entrati per la prima volta in contatto con la drammatica realtà della provincia di Foggia, dove circa 1.400 richiedenti asilo vivevano in un edificio semidistrutto e fatiscente, privi dei più elementari servizi (acqua, energia, toilette, ecc.) e in condizioni di sovraffollamento. Tutti gli stranieri lavoravano alla raccolta del pomodoro come lavoratori stagionali. MSF ha deciso di indagare più a fondo la realtà degli stranieri impiegati in agricoltura e di offrire loro un'assistenza sanitaria. Una clinica mobile per tutto il 2004 ha visitato le regioni del Sud Italia in coincidenza con i periodi di raccolta, visitando e intervistando centinaia di stranieri.

Dall'analisi dei dati raccolti è nato un rapporto dettagliato sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri visitati e intervistati dagli operatori MSF. Il rapporto è stato pubblicato a fine marzo del 2005 (*I frutti dell'ipocrisia*, Sinnos Editore). In esso vengono denunciate le vergognose condizioni di vita e lavorative nonché il preoccupante stato di salute in cui gli stranieri versano. A distanza di tre anni, MSF ha potuto constatare che poco è cambiato. Tra giugno e novembre del 2007, infatti, MSF è tornata in Cala-

bria e ha riscontrato condizioni drammatiche, con caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie dove il valore della vita dei più vulnerabili è pressoché nullo. La stessa situazione è stata rilevata anche nel 2008. Le condizioni riscontrate sono spesso peggiori di quelle lasciate alle spalle: vessati, sfruttati, ricattati, picchiati, scacciati, gli stranieri vivono in alloggi totalmente inadeguati, case abbandonate, fabbriche in disuso, talvolta per strada. Sono vittime di esclusione sociale e in alcuni casi di episodi di violenza. Percepiscono un salario di circa 25 euro al giorno e per molti l'obiettivo di inviare risparmi alle famiglie nei Paesi di origine fallisce miseramente. Sebbene arrivino in condizioni di buona salute, alcuni di loro si ammalano per le durissime condizioni lavorative e di vita. Inoltre, molte malattie curabili con una semplice terapia antibiotica si cronicizzano perché non si hanno né un medico cui rivolgersi né soldi per le medicine.

Nel 2008, MSF ha pubblicato il rapporto *Una stagione all'inferno* con i dati raccolti nel corso del 2007. In esso, MSF denunciava le pessime condizioni in cui versavano migliaia di stranieri impiegati in agricoltura nelle regioni del Sud Italia: una situazione drammatica che richiama contesti di crisi umanitarie inaccettabili per un paese dell'Unione Europea e del G8.

MSF, nel suo rapporto, ha chiesto alle autorità regionali, là dove siano presenti migranti stagionali, di garantire condizioni minime di accoglienza (fornitura di acqua e servizi sanitari) a tutti gli immigrati, a prescindere dal loro status giuridico, e di facilitarne l'accesso alle cure mediche, come prescritto dalla normativa italiana.

Il Progetto stagionali nasce dunque dall'evidente necessità di seguire il fenomeno dell'immigrazione straniera presente nel nostro Paese legata alla stagionalità della raccolta agricola. Da vari anni, infatti, molti degli stranieri che sono sbarcati sulle nostre coste vengono usati come manodopera a basso costo per la raccolta di frutta e verdura in varie regioni del sud d'Italia.

Negli scorsi anni, quindi, nell'ambito di tale progetto, vari team di MSF (per lo più composti da un medico, un logista e un mediatore culturale) si sono dunque succeduti per soccorrere direttamente queste vittime. MSF ha anche direttamente aperto degli Ambulatori STP (in cui l'acronimo STP significa Straniero Temporaneamente Presente) in varie zone d'Italia comprese quelle ad alta concentrazione di immigrati stagionali come il Foggiano in Puglia o quello della Piana di Gioia Tauro in Calabria. Si tratta di ambulatori per stranieri senza permesso di soggiorno, dove queste persone possono venire assistite gratuitamente da medici dell'Azienda Sanitaria Locale.

Il Progetto Stagionali in Calabria ha assunto una sua tipicità, data ovviamente dal contesto geografico e culturale molto particolare nel quale si è

andati a operare. Stiamo infatti parlando di una zona depressa dal punto di vista economico, con un notevole tasso di disoccupazione e un forte fenomeno migratorio da parte dei giovani della zona. Qui gli immigrati sono prevalentemente concentrati nella valle di Gioia Tauro. In questa zona, i tre principali siti in cui MSF aveva già operato negli anni passati - quelli in cui si sono insediati "arbitrariamente" gli immigrati stagionali - sono stati prevalentemente tre:

- la Fabbrica, nel territorio di San Ferdinando (Reggio Calabria);
- la Collina, a Rizziconi (Reggio Calabria);
- la Rognetta, a Rosarno (Reggio Calabria).

La maggior parte degli immigrati che si trovano in questa zona sono "illegali", per un totale di circa 2.000. Il sito più grande è quello della Fabbrica. (Per delineare meglio il contesto, aggiungo che nel 2008 il Comune di Rosarno è stato sciolto per mafia e il Sindaco arrestato insieme a quello di San Ferdinando. Sono stati pertanto poi nominati tre commissari per Rosarno e uno per San Ferdinando.)

Ogni anno, durante i mesi della raccolta, il numero degli immigrati presenti nella zona di Rosarno quadruplica, raggiungendo circa 4.000 unità su una popolazione di 15.000 abitanti. Stando ai dati raccolti nel 2007, solo la metà di essi lavora nella raccolta di agrumi, e di questi nessuno è provvisto di un contratto di lavoro. In questa zona gli immigrati lavorano in media due giorni a settimana e l'85% di loro devono acquistare stivali e guanti da lavoro. Va ricordato che la Calabria rappresenta una tappa di transito quasi obbligata per gli immigrati appena sbarcati in Italia e che escono dai Centri di Prima Accoglienza.

L'intervento psicologico: aspetti specifici e metodologia

Il mio compito, discusso con l'equipe prima della partenza, era quello di effettuare, per la prima volta, uno screening delle condizioni mentali degli immigrati presenti nei tre principali siti calabresi in cui MSF aveva già operato negli anni passati e dove sono prevalentemente insediati gli immigrati. Nel portare avanti questo lavoro, si era concordato che avrei avuto il supporto e la collaborazione del team di MSF già presente lì da mesi e costituito da un medico, un mediatore culturale e un *social worker*. Loro stavano già lavorando

con l'obiettivo di fornire prevalentemente assistenza medica e un orientamento legale.

Il lavoro psicologico pertanto sarebbe consistito prevalentemente nell'effettuare un primo screening delle condizioni mentali degli immigrati per capire meglio le condizioni in cui vivono, non solo da un punto di vista fisico e materiale, ma anche mentale. Ciò non solo per avere un quadro più ampio delle loro condizioni (non solo salute fisica o carenze materiali), ma anche per migliorare poi gli interventi da mettere in atto. Nel fare ciò si era concordato di somministrare un questionario standardizzato, precisamente il Self Reporting Questionnaire/SRQ. Si tratta di un questionario elaborato dalla Divisione di Salute Mentale dell'OMS come strumento per fare uno screening dei disturbi psichiatrici, soprattutto nei Paesi sviluppati. Può essere usato sia nella forma di autosomministrazione che come intervista. Rileva fondamentalmente i disturbi nevrotici; infatti non contiene item per la rilevazione di disturbi psicotici. È costituito da 20 item che prevedono una risposta di tipo SI/NO.

Metodologia e intervento

Da un punto di vista metodologico, nelle linee guida del questionario SRQ vengono individuati alcuni punti fondamentali per la procedura di somministrazione:

- è fondamentale stabilire una procedura standard da usare sempre con tutti;
- occorre decidere, per tutti, se usarlo come strumento di autosomministrazione o in forma di intervista;
- serve sia come strumento di screening che per identificare facilmente le persone che soffrono di disordini mentali e che quindi avrebbero bisogno di aiuto e trattamenti specifici;
- per garantire una standardizzazione, è meglio stabilire una procedura di somministrazione semplice;
- l'intervistatore deve essere solo con il soggetto intervistato;
- occorre stabilire un'introduzione standard, una presentazione in cui lo psicologo spiega perché rivolgerà all'intervistato le domande contenute nel questionario;
- al soggetto va detto di non rivelare il contenuto delle domande

- ad altri durante la somministrazione;
- l'intervistatore non deve discutere gli item con l'intervistato durante la somministrazione, però può farlo in un secondo momento (il cosiddetto secondo round), dopo che l'intervistato ha risposto a tutte le domande;
- il secondo round serve per far sentire all'intervistato che siamo disponibili ad ascoltarlo e per rimandare ogni commento a una fase successiva;
- si può ripetere una stessa domanda prima di passare alla successiva;
- bisogna incoraggiare gli intervistati a rispondere SI/NO a tutte le domande, anche se questa risposta così netta può apparire una forzatura;
- è importante che la procedura standard sia seguita da tutti gli intervistati e gli intervistatori, nel caso siano più d'uno.

L'SRQ permette di individuare quattro fattori:

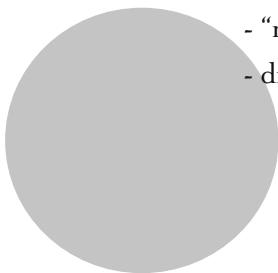
- il primo, relativo agli item cognitivi, ci dà informazioni sulla diminuzione delle energie;
- il secondo riguarda i sintomi somatici;
- il terzo concerne i sintomi di ansia e l'umore depresso;
- il quarto attiene ai pensieri depressivi.

È stato molto interessante vedere la prima reazione degli immigrati al questionario. Infatti, la prima volta lo abbiamo somministrato alla Collina, essendo un sito dove si trovano meno persone. È stata un'esperienza molto utile perché ancora una volta è servita a capire che tutti gli strumenti che noi possiamo usare vanno comunque testati e provati prima sul campo per eventualmente apportare alcune piccole modifiche nelle strategie di somministrazione. Infatti, non è stato assolutamente facile all'inizio motivare gli immigrati a collaborare nel rispondere alle domande. Prima di tutto perché molti di loro erano abituati a percepire gli operatori di MSF come persone che forniscono un aiuto solo in risposta ai bisogni primari, in primo luogo quelli relativi alla salute e all'allestimento di un luogo idoneo dal punto di vista igienico-sanitario, e che forniscono un sostegno "materiale", visto che a fine anno è stata effettuata dagli operatori una distribuzione a tappeto di un sacco a pelo e un kit igienico. Pertanto è stato necessario un lavoro preliminare, in cui

abbiamo spiegato bene perché fosse importante il lavoro che stavamo loro proponendo. Ognuno è sempre stato lasciato libero di partecipare o meno. In questa fase è stata fondamentale la figura di un altro mediatore culturale, un africano che quasi tutti conoscevano essendo un punto di riferimento nel paese di Rosarno. Quest'uomo era considerato "uno di loro", poiché viene dal Burkina Faso, parla il bambarà ed è andato in Calabria circa dieci anni fa per tentare, come loro, di migliorare le sue condizioni e cercare un futuro migliore. Oltre a esserci stato utile durante tutta la fase di lavoro, è stato particolarmente per me perché mi ha insegnato tante cose circa la sua gente, mi ha permesso di "avvicinarmi" molto al loro mondo e soprattutto al loro modo di pensare. Credo che senza tutto questo sarebbe stato impossibile cogliere gli aspetti più importanti di questa esperienza. Infatti, è impossibile effettuare qualsiasi tipo di intervento senza tenere conto della cultura di provenienza dei destinatari, quella cultura di cui ognuno di noi è portatore e che fornisce una chiave di lettura per capire i comportamenti, la capacità di tollerare alcune cose e di reagire con certi tipi di comportamenti e fa sì anche che ognuno reagisca con certi sintomi piuttosto che altri. Sappiamo infatti che anche la sintomatologia e i disturbi mentali sono fortemente condizionati dalla cultura, e trovano espressione diversa proprio in base ad essa. Tutti gli studi della psichiatria transculturale ci hanno insegnato molto in tal senso, e quindi non si può prescindere da tutto ciò.

Dopo la prima somministrazione alla Collina siamo tornati a casa e abbiamo avuto la assoluta necessità di fermarci un attimo a riflettere e ad analizzare ciò che era successo. Sono emerse le seguenti osservazioni:

- impossibilità di alcuni immigrati di intendere la lingua francese, quindi di capire da soli le domande del questionario (il questionario l'abbiamo tradotto infatti in due lingue: francese e inglese);
- scetticismo: nonostante le spiegazioni date, alcuni immigrati sono apparsi restii a compilare il questionario;
- alcuni si sono rifiutati di farlo;
- "analfabetismo";
- scarsa collaborazione;
- "resistenze";
- difficoltà nel motivare alla collaborazione.



È stato pertanto necessario, dopo questa prima esperienza, elaborare alcune proposte per migliorare il nostro lavoro, tra le quali:

- insistere di più su un lavoro preliminare alla somministrazione vera e propria;
- “accompagnare” e affiancare gli immigrati nella compilazione, cercando comunque di interferire il meno possibile nelle risposte;
- usare l'SRQ come questionario/intervista, poiché da soli gli immigrati faticavano a compilarlo;
- ricorrere al mediatore culturale per somministrare il questionario alle persone che non sono andate a scuola e che pertanto non possono capire né l'inglese né il francese, ma solo il bambarà.

Effettivamente ciò ha permesso di aggiustare il tiro; infatti non abbiamo avuto più problemi nella somministrazione e siamo riusciti a raggiungere circa il 10% della popolazione di immigrati presenti in ciascuno dei tre siti. Va però chiarito che abbiamo usato l'SRQ come strumento di intervista: ognuno di noi leggeva le domande nella lingua più consona al rispondente, per esser certi che si capisse perfettamente ciò che veniva chiesto.

Per qualcuno il questionario è stato uno stimolo per poi iniziare a parlare dei propri problemi e di ciò che magari in quel momento faceva stare più male, sebbene sia stato impossibile implementare un vero e proprio lavoro di presa in carico psicologica visto che queste persone vanno via nell'arco di breve tempo, ossia appena finita la stagione della raccolta di arance e mandarini. Comunque è stata portata avanti una fase di lavoro di supporto psicologico e di ascolto; infatti, la somministrazione del questionario è diventata l'occasione per creare un “punto di attenzione psicologica”.

Finita la fase di somministrazione, abbiamo raccolto i dati e li abbiamo elaborati (non verranno qui discussi poiché a breve verranno pubblicati da MSF).

Prime settimane di lavoro: la danza delle emozioni

Le prime settimane di lavoro sono servite a conoscere il progetto, ma soprattutto i siti e le persone. Confesso che non è stato facile; io, tra l'altro, non avevo mai lavorato con immigrati “clandestini”. Quindi, come sempre,

ho iniziato a fare i conti soprattutto con le mie emozioni, con le parti di me che si andavano “muovendo” e mettendo in discussione. Ho subito scoperto che inizialmente, vista più dall'esterno, tutta questa gente scatenava in me sensazioni contrastanti: da una parte la voglia di dire loro di tornarsene a casa propria, di non continuare ad accettare queste condizioni “disumane”, di smetterla di aspettare che non cambi nulla, di finirla di pretendere da noi chissà che cosa, di cessare di pensare che possiamo accoglierli tutti come una grande madre. Poi, lentamente, grazie soprattutto all'ascolto lento e paziente delle loro storie, alla maggiore “prossimità” con loro, le cose, ma soprattutto le mie emozioni, il mio cosiddetto controtransfert è andato cambiando di giorno in giorno. Ho invece cominciato a sperimentare un senso di impotenza, unito al desiderio di fare ogni giorno qualcosa di più per loro, per le loro vite, per i loro svaniti sogni. Il vero “pugno nello stomaco” sono le loro condizioni di vita: i siti dove vivono sono davvero incredibili, privi di adeguate condizioni igienico-sanitarie e di un tetto vero dove ripararsi; senza doccia, senza cucina, allestiti alla meglio, pieni di roba rotta raccolta vicino ai cassonetti, di cose che noi non vogliamo più e di cui non ce ne facciamo più nulla ma che lì, nelle loro finte case, assumono un'importanza enorme. Carrozze sgangherate usate per trasportare taniche d'acqua che poi scaldano sul fuoco per lavarsi in docce inesistenti, inventate con lamiere o mettendo insieme cartoni o cassonetti vecchi in disuso. Sedie a rotelle prive di tutto, tranne che delle assi e delle ruote, anche esse usate per trasporto, o anche per sedersi, e tanta altra vecchia roba raccattata qua e là. Stanze inventate con cartone, lamiere, dove vivono in tanti l'uno ammassato all'altro. E il racconto potrebbe continuare a lungo, ma non renderebbe comunque l'idea che solo gli occhi in questi casi possono darci. E poi i racconti sono sempre privi di odori, di puzze, di quegli odori che ti restano addosso e che insieme alle immagini fanno sì che tutto ti entri dentro e vi resti, vi resti nel tentativo di trovare un senso, un posto, qualcosa che permetta di trovare un significato a tutto questo. Sono queste le emozioni con le quali all'inizio ho dovuto fare i conti. Poi lentamente tutto ti entra dentro e le urla che inizi a sentire cambiano; infatti nasce e cresce il desiderio di fare qualcosa.

Considerazioni conclusive

L'intero intervento è stato condotto partendo dal presupposto, ormai ben noto a tutti, che lo stato di salute e quello di malattia appaiono sempre più collegabili a cause comportamentali, sociali, individuali e collettive. Il

concetto di salute definito dall'OMS, infatti elimina il concetto negativo di assenza di malattia e promuove il concetto positivo di salute come "stato di completo benessere psico-fisico-sociale che riguarda l'individuo nella sua interezza e nell'ambito in cui vive".

La salute mentale e il benessere emozionale sono parte integrante, dunque, della salute della popolazione e della qualità della vita in senso ampio. I disturbi mentali causano una sofferenza in più settori della vita quotidiana. I meccanismi che causano i disturbi mentali sono multipli e complessi; è la congiunzione di un insieme di fattori biologici, genetici, psicologici e sociali che determinano la comparsa, la natura e l'evoluzione di un disturbo mentale. Nel corso della vita, le diverse situazioni e i diversi avvenimenti possono, per il loro impatto emozionale, indurre o precipitare disturbi psicopatologici. La psichiatria e la psicologia, a partire dal riconoscimento di questa possibilità, hanno introdotto il concetto di reazione a eventi. Ciò significa che gli avvenimenti esterni hanno la capacità di influenzare la nostra psiche, di invaderla, di distrutturarla e, d'altra parte, significa che la nostra psiche ha la capacità di metabolizzare, elaborare, trasformare gli effetti degli avvenimenti. La realtà esterna e la psiche umana sono dunque due sistemi aperti e interagenti. La psiche concorre a determinare gli eventi; gli eventi concorrono a trasformare la psiche; la psiche modifica, con la sua attività elaborativa, il senso e il ricordo degli eventi stessi. Inoltre, la comparsa di un disturbo o di una sintomatologia è spesso legata a degli avvenimenti dell'esistenza che appaiono difficili da sopportare alla persona che li vive. In tal senso, riguardo al nostro studio, possiamo pensare che gli avvenimenti che hanno portato all'immigrazione in Italia possano giocare un ruolo nello sviluppo della sintomatologia degli immigrati cui abbiamo somministrato il questionario. Gli atti di violenza subiti nei loro Paesi di origine, per esempio guerre, persecuzioni, torture e genocidi, sono tipicamente degli avvenimenti che possono portare dei disturbi mentali simili a stati di stress post-traumatico o a depressioni. Gli atti di violenza o la privazione di libertà possono ugualmente essere stati subiti dopo l'arrivo in Italia, tenendo conto che le nostre politiche instaurano dei processi di esclusione e discriminazione sociale importanti nei loro confronti. Anche altri fattori predispongono ai disturbi mentali, per esempio le persone più a rischio per un episodio psicopatologico sono quelle che hanno già avuto un disturbo precedentemente. Parlando di condizioni mentali, va comunque tenuto conto della soggettività di ogni individuo nel reagire agli eventi stressanti e traumatici. In tal senso, noto è il concetto di coping. Le strategie di coping sono l'insieme di competenze e abilità con cui l'individuo fa fronte alle situazioni problematiche e potenzialmente stressanti

e consistono nel progettare, pianificare e mettere in atto una propria strategia di soluzione delle difficoltà.

Ritengo che, al di là dell'obiettivo specifico dello studio effettuato (screening mentale), un aspetto “secondario” estremamente importante del nostro intervento è stato tutto ciò che il questionario “ha messo in moto” nei tre siti dove lo abbiamo somministrato, ossia il fatto che è divenuto occasione per parlare di sé e per riflettere su alcuni aspetti personali del tutto “nuovi”.

Al di là dello specifico delle risposte date alle varie domande del questionario, emergono alcune conclusioni interessanti:

1. si è visto che le percentuali di alcune risposte agli item variano in base al sito in cui abbiamo somministrato i questionari, soprattutto le risposte inerenti all'area depressiva e dell'ansia;
2. abbiamo preso in considerazione alcune possibili variabili che possono avere avuto un'incidenza sulle singole risposte al questionario. Tra queste, la principale è stata la nazionalità, seguita dall'età;
3. il punto di vista di persone di un'altra cultura non è facilmente accessibile con gli strumenti che solitamente usiamo nella nostra cultura;
4. occorre tenere conto delle diverse appartenenze culturali degli immigrati intervistati;
5. c'è il rischio di interventi errati sul piano conoscitivo, dato che le identità hanno valenze diverse rispetto alle nostre;
6. ogni contesto di partenza contribuisce alla formazione dell'identità;
7. il nostro punto di vista rischia di produrre distorsioni nella percezione delle competenze dell'altro;
8. l'immigrato incontra un contesto nuovo e deve agire in un modo diverso da quello appreso nella terra di origine.

La cultura è certamente uno dei principali elementi da prendere in considerazione ogni volta che interveniamo in contesti “altri”. Si tratta di un insieme di norme, comportamenti e valori accettati da un certo popolo. È la stessa cultura che legittima certi comportamenti o altri; per esempio, vi sono culture dove il ricorso ad azioni violente è molto diffuso e rappresenta un modello educativo legittimo. Le stesse modalità di accudimento, le pratiche di allevamento, le reazioni sintomatologiche possono variare da una cultura

all'altra. È l'approvazione culturale che crea le condizioni per l'aumento o la riduzione di un certo comportamento o fenomeno. È la cultura che definisce cosa è normale e cosa è patologico: molti comportamenti diventano pratiche legittime e normali in una certa cultura mentre sono patologici in un'altra. Di tutto ciò dobbiamo ovviamente e necessariamente tenere conto quando leggiamo i risultati e proviamo a trarne delle ipotesi interpretative. Difatti, anche dai risultati di questo studio si è visto che la variabile nazionalità ha influito sulle risposte degli immigrati ad alcuni item relativi alla perdita di fiducia in se stessi, all'incapacità di sentire di giocare un ruolo importante nella vita, al costante senso di stanchezza, alla sofferenza nello svolgere attività quotidiane e al pensiero suicida.

Sono poi da considerare alcune dimensioni importanti ai fini della comprensione dei risultati, ossia il contesto nel quale i soggetti vivono, alcune caratteristiche del fenomeno migratorio, l'organizzazione di vita del momento, la storia passata, le strategie di coping dei soggetti, la condizione mentale attuale e precedente, la situazione lavorativa. Tenendo conto di tutto ciò, sarebbe stato interessante poter ripetere la somministrazione del questionario SRQ 20 a distanza di alcuni mesi per confrontare le risposte date.

Infine...

Personalmente è stata una esperienza estremamente arricchente sia umanamente che professionalmente. Per questo mi sembra doveroso ringraziare i miei tre compagni di squadra (Saverio, Fabiola e Francesco) e poi ovviamente Antonio e Alessandra (coordinatori del progetto). Un grazie particolare va ovviamente a tutti gli immigrati, nella speranza che ciascuno di loro possa trovare il proprio posto in qualche parte del mondo.

Si ringrazia infine tutta l'organizzazione di Medici Senza Frontiere - Italia, precisando che le informazioni contenute nella parte iniziale di questo articolo (informazioni sull'Organizzazione e sul Progetto Stagionali) sono prese dal sito ufficiale di MSF Italia. Si invita pertanto a visionare il sito in cui possono essere reperite queste e altre informazioni.

Vorrei infine chiudere con una frase di Shakespeare: "Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi".

Daniela Rossini Oliva lavora presso il Servizio di Tutela Minori del Comune di Alcamo (TP).