L'offerta di percorsi di cura rivolti ai migranti con disturbo da uso di sostanze: un'indagine nei Servizi pubblici italiani

di Maria Teresa Ninni, Andrea Ghia e Lucia Cavallo

Premessa
di Roberto Bertolino
Centro Frantz Fanon di Torino

Le tossicomanie strutturano un *discorso* che intreccia i temi dell'oppressione e dell'esclusione con quelli della ribellione e dell'affermazione, in un rispecchiamento che *traccia* il processo di soggettivazione. Questa considerazione pare particolarmente rilevante quando si voglia riflettere sulle dipendenze in rapporto all'esperienza migratoria; per alcuni versi la dinamica tossicomanica svela fino in fondo i vincoli e i paradossi propri della migrazione, ma al tempo stesso consente di illuminare gli immaginari delle istituzioni che delle dipendenze sono chiamati ad occuparsi.
Castoriadis (2022) parlava della fondazione immaginaria delle istituzioni e per alcuni versi la ricerca qui presentata consente di intravedere questi immaginari a partire da alcuni punti di rilevazione. È evidente un'importante eterogeneità: se tutti i servizi trattano migranti privi di permesso di soggiorno e quasi tutti somministrano all'occorrenza farmaci sostitutivi, vi sono spesso difficoltà a garantire i livelli più alti di intervento. Solo un quarto dei dipartimenti ha istituito gruppi di lavoro dedicati e sono pochi i progetti specifici. Non di rado il servizio di mediazione culturale non è presente e, quando lo è, spesso è organizzato "a chiamata", ciò che ben difficilmente consente la strutturazione di un dispositivo, soprattutto nelle sue componenti più radicalmente trasformative. Se da un lato, quindi, sembra che la gran parte dei servizi lavorino per rendersi "accessibili" ai migranti, dall'altro emerge ancora una rilevante difficoltà a rendere questo accesso produttivo.

La situazione generale italiana, come si evince dalle interviste qualitative, ci restituisce un quadro eterogeneo: dal punto di vista dell'applicazione della normativa, dei differenti flussi migratori con cui i servizi si confrontano, delle difficoltà burocratiche per l'ottenimento delle tessere STP e ENI relative all'accesso ai servizi e alle cure sanitarie.

Alcuni anni fa Simona Taliani (Taliani & Vacchiano, 2006), riprendendo una riflessione di Isabelle Stengers (Nathan & Stengers, 1996), ragionava sulle logiche che presiedono il rapporto dei migranti con i dispositivi di cura istituzionali, evocando la "logica del chiunque". L'accessibilità, in termini di diritto, ad un servizio non può che seguire questa logica che prevede che "chiunque" ne abbia necessità deve poter accedere ad un percorso di cura. Tuttavia, sottolineava Taliani, nella cura è difficile immaginare di costruire reali alleanze quando il paziente è trattato come un "chiunque"; da qui l'esigenza di pensare a dispositivi capaci di farsi carico dell'alterità (culturale e giuridica) del migrante. L'etnopsichiatria nasce anche da questa esigenza: quella di rendere "reale" l'accessibilità di un servizio. Non è sufficiente garantire una "generica" accessibilità ad un ambulatorio; è indispensabile che i servizi sappiano interrogare le proprie pratiche e i propri immaginari e trasformarli radicalmente nell'incontro con questa peculiare utenza.
Il rischio altrimenti è che ad una "formale" accessibilità" corrisponda una quota di drop out elevatissima: il migrante "*non compliant*" agli interventi proposti è un ritornello trito nelle riflessioni e nelle relazioni degli operatori. Sembra ancora molto difficile per operatori e servizi considerare questa "*non compliance*" come uno spunto di riflessione critica. Il panorama emerso dalla ricerca contribuisce a rendere evidente come vi siano differenze radicali tra i diversi servizi nel modo di approcciarsi a questa tesi. Non si tratta solo dei diversi modelli organizzativi (o di quanto gli ostacoli amministrativo-burocratici vengano assunti come limitanti), ma di un'eterogeneità più radicale che riguarda l'orizzonte di fondo, per cui ancora il migrante irregolare rischia di essere pensato, in alcuni contesti, come qualcuno di cui è possibile non occuparsi; in fondo, diceva Sayad (2002), parliamo di un soggetto doppiamente colpevole, per il fatto di essere qui e per la sua condotta. È importante, prima ancora di pensare ai differenti progetti, indagare questa dimensione immaginaria che fonda l'operare delle diverse équipe. Probabilmente non è possibile pensare a un modello di intervento e di organizzazione ideale e anche questa breve ricerca lo dimostra: troppo rapidi i cambiamenti dei fenomeni migratori (oggi gli operatori dei SerD, ad esempio, spesso si confrontano con gli esiti drammatici dei fallimenti dei percorsi di accoglienza per richiedenti asilo) e nelle dinamiche di consumo (sempre più rilevante è quella connessa alle sequele post-traumatiche).
Tuttavia, è possibile evocare almeno alcuni elementi che, pur in configurazioni organizzative differenti, paiono importanti

per orientare l'intervento. In primo luogo, la necessità di predisporre un dispositivo di mediazione (in cui la figura del mediatore è elemento centrale, ma di per sé non sufficiente) e la capacità di assumere concretamente come fattori indispensabili del percorso di presa in carico anche quelli concernenti l'*advocacy* (che spesso gli operatori sono obbligati a garantire proprio nei confronti della propria organizzazione) e il supporto nel tentare la regolarizzazione (non di rado è questo il primo "aggancio" per costruire alleanza). In secondo luogo, pare importante riprendere una riflessione di Roberto Beneduce, che, nel corso di un'intervista, evidenzia la necessità per i servizi di pensarsi al di là della logica dell'"apertura della cartella", ciò che implica riconoscere la propria dimensione istituzionale oltre che di servizio e, in questo caso, promuovere un lavoro costruttivo e non solo riparativo che sappia pensare non solo la bassa soglia, ma anche il lavoro di strada come centrale, in un'interlocuzione continua con quello realizzato all'interno dei setting formalizzati. Se la bassa soglia può rappresentare uno spazio di tregua di per sé molto importante è altrettanto utile tornare a concettualizzare il lavoro sulla strada come centrale: non si tratta, infatti, solo del luogo della marginalità, ma anche di uno spazio di produzione di significati (Bourgois, 2005) con cui è indispensabile negoziare. È evidente, se partiamo da queste considerazioni, che tutto ciò implica per alcuni versi un ripensamento del proprio immaginario come servizio e come istituzione. Se è vero che i SerD in passato hanno saputo essere laboratori di innovazione in questo senso, dobbiamo chiederci quanto oggi ciò sia ancora reale. Come spesso accade, pensare al lavoro con i migranti (soprattutto gli irregolari) può rappresentare in questo senso una straordinaria occasione per rifondare gli immaginari e i dispositivi della cura delle tossicomanie più in generale.

Introduzione

In questo lavoro si presentano i risultati di una ricerca relativa all'offerta di assistenza e trattamento da parte del Servizio pubblico per le persone straniere con problemi di dipendenza. La ricerca è stata svolta da un'équipe specializzata sull'accoglienza, trattamento e accompagnamento di pazienti stranieri della SC SerD Nord – Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino. Dai dati raccolti emerge comunque che l'offerta di questa tipologia di Servizi sul territorio nazionale non è omogenea; anche alcuni osservatori del privato sociale e del mondo del volontariato hanno segnalato gravi criticità (Olivani & Panizzut, 2019).

Contesto di lavoro

Il contesto in cui è nata l'idea di sviluppare questa indagine è quello del Drop In. Il Drop In è un Servizio a bassa soglia del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Città di Torino. La filosofia di riferimento è quella della riduzione del danno e della bassa soglia: garantisce l'anonimato dei frequentatori, permette di prevenire e ridurre i danni legati all'uso di sostanze, offre un momento di tregua a chi vive in condizioni di grave marginalità.
Nel corso degli anni è risultato evidente che i frequentatori stranieri vivono un grande disagio, a livello di salute e a livello sociale e sono spesso privi di una qualsiasi rete di supporto. A queste problematiche si aggiunge la difficoltà a far riconoscere i propri diritti. Da tali considerazioni è nata l'esigenza di sviluppare interventi specifici per questo tipo di utenza.
Nel 2008 nasce il progetto A.Stra., che ha come focus di intervento la tutela della salute delle persone migranti nell'accezione propria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in cui non si considera la salute come assenza di malattia ma come un insieme di benessere psicofisico e sociale. Per questo motivo il progetto non si esaurisce nell'intervento specifico rispetto ai problemi della dipendenza, ma fornisce sia un supporto al percorso di rimpatrio assistito, qualora la persona voglia ritornare nel suo paese di origine, sia di accompagnamento alla regolarizzazione quando ne esistano i presupposti.
Il lavoro di A.Stra. si è consolidato all'interno della rete dei servizi del territorio che si occupano dell'utenza straniera a diversi livelli (Centri ISI, Centro di Etnopsichiatria Frantz Fanon). Inoltre, la partnership con l'ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici

B1 Progetto Assistenza Stranieri – A.Stra.

Il progetto nasce all'interno del Servizio Drop In del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Città di Torino, che si trovava a confrontarsi quotidianamente con migranti che avevano accesso ai Servizi di bassa soglia/riduzione del danno, ma non riuscivano ad accedere al livello di soglia superiore (ambulatorio SerD, comunità, etc.). Di fronte a questa contraddizione e tenuto conto che la normativa si esprimeva in tutt'altro senso rispetto al "problema dipendenza" (Circolare n. 5/2000), il Drop In ha iniziato a progettare e a lavorare per una maggiore inclusione dei migranti irregolari, fino ad arrivare alla progettazione e realizzazione del progetto A.Stra. (Assistenza Stranieri), nato nel 2008.
I principali obiettivi del progetto sono:
- offrire un Servizio di mediazione interculturale a tutti i presidi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Città di Torino, attraverso la presenza in équipe di due mediatrici interculturali appartenenti a due aree geografiche differenti;
- realizzare un'attività d'accoglienza nei Servizi a bassa soglia del Dipartimento;
- offrire interventi terapeutici personalizzati agli stranieri e a coloro che fanno richiesta di rientro in patria o di accompagnamento alla regolarizzazione, avvalendosi delle competenze dell'ASGI con cui il Dipartimento delle Dipendenze ha in atto una convenzione;
- realizzare un dossier sulle risorse sanitarie relative alla dipendenza nei Paesi di provenienza.
Il progetto si basa su una grande attenzione all'attivazione e manutenzione della rete dei servizi del territorio.
Un'importante parte del lavoro di A.Stra. si svolge con i pazienti detenuti presso la Casa Circondariale "Lo Russo e Cutugno" di Torino. Gli stranieri rappresentano più del 30% dei detenuti (Miravalle & Scandurra, 2021). Molti detenuti dichiarano la propria condizione di dipendenza durante la carcerazione ma, in assenza di Servizi di riferimento, A.Stra assume una funzione di sostegno tramite l'invio ai Servizi del territorio.

sull'Immigrazione) offre l'intervento legale per agevolare l'emersione dalla clandestinità. Dopo più di dieci anni di lavoro in questo ambito ci siamo domandati quali interventi venissero garantiti negli altri Servizi per le Dipendenze (SerD) sul territorio italiano. Da qui è nata l'idea di fare una ricerca sullo stato dell'arte dei SerD del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Metodologia

Siamo partiti dall'idea di coinvolgere almeno un Dipartimento/Servizio per ogni capoluogo di provincia e abbiamo cercato di reperire gli indirizzi di posta elettronica dei Servizi tramite il sito istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga.
Nella ricerca sono stati utilizzati due strumenti:
- un questionario self-report, proposto tramite un form online (Google Form) di facile compilazione;
- interviste qualitative semi-strutturate, realizzate telefonicamente. I dati delle interviste sono stati elaborati attraverso l'analisi tematica (Cooper et al., 2012), che ci ha permesso di suddividere e confrontare gli argomenti principali.

Strumenti

Campione
È stato utilizzato un campionamento di convenienza per mappare il territorio nazionale e i relativi Servizi per tipologia di utenza indagata. Abbiamo usato lo stesso campionamento per il questionario self-report e per le interviste qualitative.

Questionario
È stato proposto un breve questionario online (Google Form) composto da 11 domande a risposta chiusa e 1 domanda a risposta multipla, che comprende le tematiche più rilevanti (trattamento in comunità, erogazione della terapia sostitutiva, utilizzo della mediazione interculturale). Il questionario è stato inviato ai SerD dei principali capoluoghi di provincia di tutte le regioni italiane. Abbiamo ottenuto 51 risposte rappresentative di tutte le regioni italiane. I risultati di questa prima indagine possono servire da punto di partenza per un confronto sulle varie modalità di intervento e per lo scambio di buone pratiche.

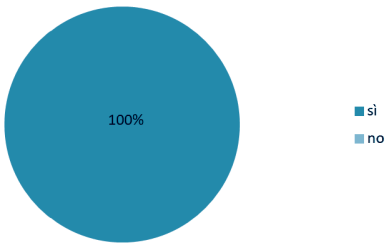
Interviste qualitative
La seconda parte del lavoro è stata realizzata attraverso interviste qualitative rivolte ai Servizi che dal questionario apparivano più organizzati nella cura dell'utenza straniera. Abbiamo realizzato 9 interviste. Alcune aree geografiche (Nord) sono maggiormente rappresentate poiché è stato più facile reperire i contatti, mentre è stato più difficoltoso in altre aree (Sud e Isole). Per questo motivo, i dati raccolti dai questionari e dalle interviste non rappresentano in modo omogeneo i SerD italiani.

Risultati del questionario

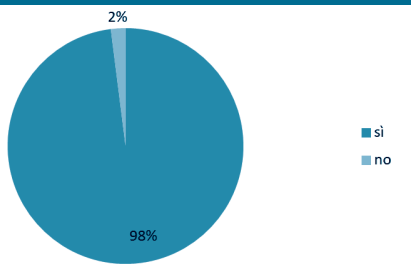
Tutti i Dipartimenti/Servizi contattati dichiarano di trattare gli utenti stranieri irregolari (Grafico 1) e di garantire la terapia con farmaci sostitutivi; solo il 2% dichiara di non erogarla (Grafico 2). Invece gli inserimenti in comunità vengono garantiti soltanto nel 57% dei casi (Grafico 3).
In alcune regioni gli sportelli ISI (Informazione Salute Immigrati) sono il Servizio preposto al rilascio della tessera STP/ENI (BOX 2). Non sono però presenti ovunque e il 14% degli intervistati dichiara che questi sportelli non sono presenti nel proprio territorio (Grafico 4).
Abbiamo riscontrato che un terzo degli utenti stranieri ha delle difficoltà nell'ottenimento della tessera STP/ENI (Grafico 5).

T1a Risultati del questionario

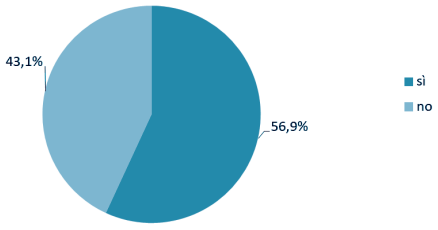
G1 Trattamento dei pazienti stranieri nei Servizi



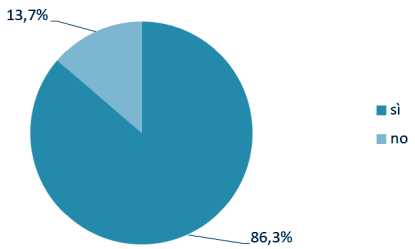
G2 Erogazione della terapia con farmaci sostitutivi



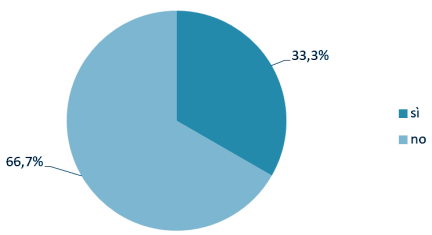
G3 Inserimento in comunità terapeutica



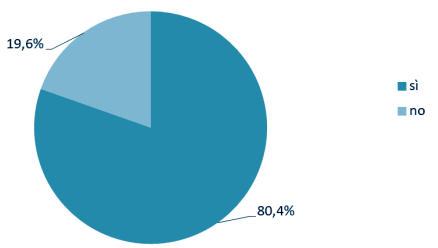
G4 Presenza di sportelli ISI



G5 Difficoltà nell'ottenimento della tessera STP/ENI

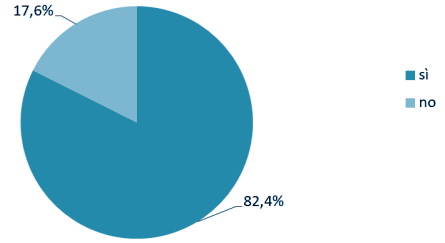


G6 Presenza di Servizi di riduzione del danno

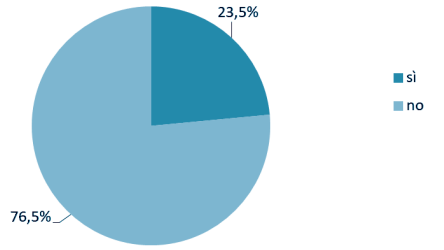


T1b Risultati del questionario

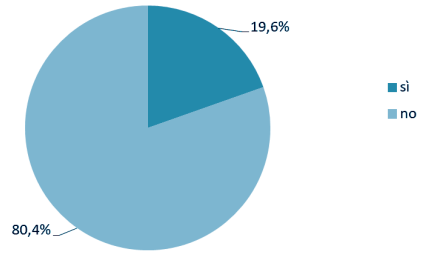
G7 I Servizi di riduzione del danno forniscono informazioni sui Servizi di prima necessità



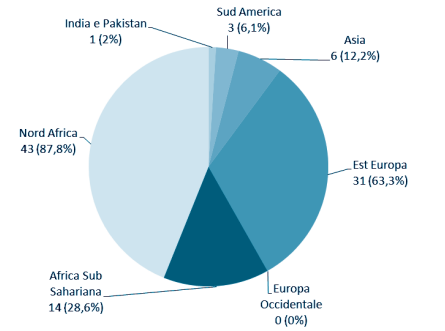
G8 Presenza di gruppi di lavoro dedicati agli stranieri



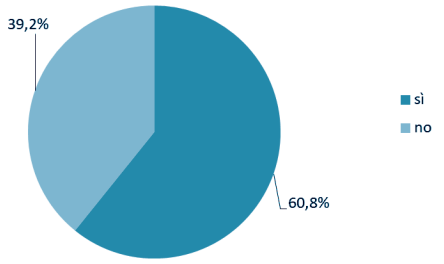
G9 Presenza di progetti per stranieri non regolari



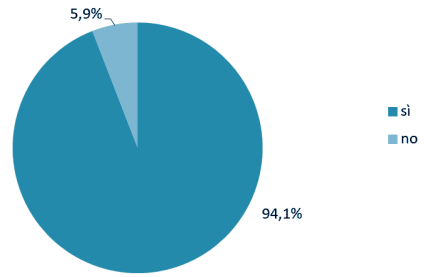
G10 Aree di provenienza maggiormente rappresentative



G11 Presenza della mediazione interculturale



G12 Interesse nel condividere la propria esperienza per sviluppare buone pratiche



La maggior parte dei Dipartimenti/Servizi (80,4%) dichiara di attuare interventi di riduzione del danno/bassa soglia (Grafico 6). Sappiamo però che spesso questa terminologia viene utilizzata in modo improprio e non si riesce a riscontrarne la reale applicazione (come si evince dalla Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2019).
Nell'82% dei casi, i Servizi di riduzione del danno/bassa soglia danno informazioni sui servizi di prima necessità (Grafico 7).
Tuttavia, sono pochi (23%) i Servizi che usufruiscono di un gruppo di lavoro dedicato (Grafico 8).
Nonostante la complessità di questa tematica i progetti rivolti a questa utenza (Grafico 9) sono ancora pochi (20%).
Le aree di provenienza maggiormente rappresentate sono quelle del Nord Africa e dell'Est Europa (Grafico 10).
La mediazione interculturale è garantita dal 61% dei Servizi (Grafico 11) ma tale dato è di difficile lettura: spesso il termine mediazione comprende interventi molto diversi tra loro. Questo aspetto è stato sviluppato successivamente attraverso le interviste qualitative.
Quasi tutti i Servizi si dichiarano interessati alla condivisione e promozione di buone pratiche (Grafico 12).

Risultati delle interviste qualitative

In seguito a una prima analisi delle interviste qualitative abbiamo suddiviso in macrocategorie i temi emersi. L'obiettivo della ricerca non è quello di offrire una panoramica generale sulla situazione migratoria in Italia, lavoro che viene eseguito da Enti preposti (i.e. Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità). Il nostro intento è quello di dare un'immagine delle problematiche legate a migrazione e dipendenza, partendo dall'osservazione sul campo degli operatori che incontrano le persone migranti, e offrire anche spunti di dibattito.

Aree tematiche

Le aree tematiche sono state individuate a partire dall'analisi delle risposte al questionario e alle interviste. Ci è sembrato utile indagare su quegli aspetti che emergevano come criticità e come risorse.
Abbiamo suddiviso i risultati delle interviste in sette aree tematiche:
- Provenienza
- Tipologia, modalità e valori dell'uso di sostanze
- Presa in carico e normativa vigente
- Trattamento in comunità terapeutica
- Rimpatri (accompagnamento al rientro nel paese di origine)
- Rapporti con la rete (etnopsichiatria, ASGI, medicina delle migrazioni)
- Mediazione interculturale.

Provenienza
La ricerca si è concentrata sui capoluoghi di provincia; ciascun contesto ha caratteristiche diverse e una diversa proporzione di persone immigrate.
In alcune aree (Bari, Napoli, Reggio Emilia) è evidente una concentrazione maggiore di persone che provengono dall'Africa subsahariana e dall'Asia (India, Pakistan, Afghanistan).
In altre (Torino, Milano, Roma, Genova) la provenienza è più varia.
Dai questionari e dalle interviste si rileva che le aree di provenienza complessivamente

T2 **Macro regioni di cittadinanza degli stranieri residenti in Italia al 1 gennaio degli anni 2018 e 2019 - migliaia**

Macroregioni	2018	2019	Variazione % (*)	Paesi più rappresentati
Unione Europea 28	1.562	1.583	1,3	Romania, Polonia, Bulgaria
Paesi Terzi di cui:	3.582	3.683	2,5	
Europa centro orientale	1.048	1.046	-0,2	Albania, Ucraina, Moldavia
Altri Europa	10	11	10,0	Svizzera, San Marino, Norvegia
Nord Africa	655	670	2,3	Marocco, Egitto, Tunisia
Africa occidentale	377	405	7,4	Nigeria, Senegal, Ghana
Africa orientale	40	40	0,0	Somalia, Eritrea, Etiopia
Africa centro meridionale	25	26	4,0	Camerun, Congo RD, Congo
Asia occidentale	48	51	6,2	Georgia, Iran, Siria
Asia centro meridionale	524	549	4,8	India, Bangladesh, Pakistan
Asia orientale	482	492	2,1	Cina RP, Filippine, Giappone
Nord America	17	18	5,9	Stati Uniti, Canada
America centro meridionale	354	362	2,3	Perù, Ecuador, Brasile
Oceania	2	2	-	Australia, N. Zelanda, Samoa
Totale	**5.144**	**5.256**	**2,2**	

**I valori sono stati calcolati sui dati non arrotondati alle migliaia*
Fonte: elaborazioni ISMU su dati ISTAT

più rappresentate comprendono il Nord Africa, l'Africa subsahariana, l'Europa dell'Est, l'Asia centro meridionale.
Questo dato è in linea con quello del report ISMU 2019 nella Tabella 2.
La Tabella 3 evidenzia la composizione dei cittadini stranieri suddivisi tra residenti, regolari non residenti e irregolari.
Nel 2019, secondo le più recenti stime della Fondazione ISMU, la popolazione straniera in Italia è arrivata a superare i 6 milioni. Di questi 6 milioni, circa 562 mila persone sono stranieri irregolari (il 9,4% di tutta la popolazione straniera) (ISMU, 2019).
Negli ultimi vent'anni i Servizi riscontrano cambiamenti rispetto alla provenienza dell'utenza straniera; la "vecchia migrazione" arrivava prevalentemente da Est Europa e Nord Africa, oggi i migranti arrivano soprattutto dall'Africa subsahariana e da Pakistan e Afghanistan. Comunque, le aree di provenienza maggiormente rappresentate rimangono Est Europa e Nord Africa.
Una realtà come Trieste, città portuale

T3 **Stranieri in Italia al 1 gennaio 2019 per macro area di cittadinanza e tipo di presenza - migliaia**

Tipologia	UE 28 (*)	Paesi Terzi (TCN)	Totale
Residenti	1.583 (+1,3%)	3.673 (+2,5%)	5.256 (+2,2%)
Regolari non residenti	196 (=)	208 (-11,5%)	404 (-6,3%)
Irregolari	...	562 (+5,4%)	562 (5,4%)
Totale presenti	**1.779 (+1,2%)**	**4.443 (+2,1%)**	**6.222 (+1,9%)**

**Il Regno Unito viene qui ancora conteggiato nell'ambito di UE 28*
Le percentuali si riferiscono alle variazioni con l'anno 2018
Fonte: elaborazioni e stime ISMU su dati ISTAT

e di confine, ha una grande presenza di persone provenienti dalle aree balcaniche confinanti (Slovenia, Kosovo), ma anche di persone che percorrono la cosiddetta "rotta balcanica" come pakistani, afghani, iracheni, indiani.

Tipologia, modalità e valori dell'uso di sostanze

Non ci sono dati ufficiali ministeriali relativi alle tipologie di sostanze utilizzate dai pazienti stranieri. Si può ipotizzare che il consumo di sostanze nella popolazione migrante dipenda in parte dalla matrice culturale e in parte dall'offerta del territorio. Molti di questi consumi sono simili ai trend evidenziati dall'articolo dell'Unità di Strada di Reggio Emilia (in questo numero a pagina 39) e dall'indagine sul consumo di sostanze tra i migranti richiedenti asilo di Antonella Camposeragna e Stefano Bertoletti (2019). Da entrambi gli studi emerge una prevalenza del consumo di alcol e cannabinoidi nella maggior parte della popolazione e in minor percentuale di farmaci antidolorifici (tramadolo),

benzodiazepine (Rivotril®), cocaina ed eroina.
Per una panoramica più ampia e attendibile si possono consultare i dati ufficiali del report EMCDDA che evidenziano che in Italia un terzo della popolazione residente tra i 15 e i 64 anni ha usato sostanze psicoattive almeno una volta nella vita e uno su dieci nell'ultimo anno. La maggior parte dei consumatori sono maschi. La sostanza più utilizzata è la cannabis (EMCDDA, 2019). Tra le sostanze che l'EMCDDA definisce ad "alto rischio", nel panorama italiano, risulta predominante l'eroina. Dalle stime dei dati relativi ai trattamenti terapeutici nel 2017 si evince che l'uso della cocaina in polvere è ciò che spinge i consumatori a rivolgersi ai Servizi, seguita dall'eroina e dalla cannabis. Il numero dei pazienti in trattamento per uso di cocaina è in aumento dal 2017. Il 20% dei pazienti in trattamento riferisce di utilizzare sostanze stupefacenti per via iniettiva (EMCDDA, 2019).
Molti Servizi riscontrano un cambiamento nei consumi: la "vecchia migrazione" spesso incontrava le sostanze nel luogo di arrivo, la "nuova migrazione" spesso arriva con un consumo già avviato nel Paese di origine. Questo dato risulta evidente nel consumo di alcol tra la popolazione nordafricana. Una volta era molto difficile riscontrare un abuso di alcol in questa fascia di popolazione, oggi è un tipo di consumo comune e, in alcuni casi documentati, avviene durante il tragitto migratorio (De Pascale, 2019).
In linea di massima quindi i consumi non si discostano molto da quelli della popolazione italiana; ci sono però situazioni specifiche peculiari, come ad esempio il Servizio di Venezia che racconta del consumo di Yaba (metamfetamina + caffeina, una droga proveniente dal Myanmar che ha raggiunto il Bangladesh in modo massiccio con la crisi della minoranza Rohingya e la sua migrazione forzata dal Myanmar al Bangladesh) da parte di utenti originari del Bangladesh.
Sempre a Venezia viene riportato un forte uso di psicofarmaci (quetiapina, clonazepam) anche in ambito carcerario.

Presa in carico e normativa vigente
I SerD sono servizi specialistici, deputati alla "prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossico/alcoldipendenza". La Legge 309/90 stabilisce che questi trattamenti siano garantiti a tutti.
La legge italiana, attraverso il DLgs 286/98, art. 35, comma 3 sanciva che "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive". La Circ. Ministero della Sanità n. 5, 24 marzo 2000, che istituisce il codice STP per gli immigrati extracomunitari ed è applicativa del Testo Unico 286, dispone che, tra le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, siano da considerarsi anche la prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Infatti al comma d) del Titolo VIII, Capo II, Titolo X e XI del DPR 309/1990 "Sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e le prestazioni nei confronti di soggetti con HIV". Per il trattamento delle persone comunitarie ma non regolarmente soggiornanti in alcune regioni è stato istituito il codice ENI.
Con la modifica del Titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001) la competenza in materia sanitaria viene attribuita alle regioni che si occupano anche dell'organizzazione dei servizi. Ciò ha creato disomogeneità dei trattamenti a livello nazionale e il presente lavoro conferma questa ipotesi: l'applicazione della normativa e, di conseguenza, l'offerta dei servizi dedicati agli stranieri irregolari sulla tematica della dipendenza è molto difforme tra le regioni italiane.
Modalità di erogazione codici STP/ENI: dall'analisi delle interviste emerge una forte disparità nell'erogazione dei codici STP ed ENI. In alcuni casi la procedura viene avviata direttamente dai Dipartimenti per le Dipendenze autorizzati, come a Milano e a Roma. In altri Dipartimenti (Bari, Napoli, Bolzano) avviene un invio agli uffici dedicati. Il codice ENI, istituito per le persone provenienti da paesi che fanno parte dell'Unione Europea, non è utilizzato in alcuni luoghi italiani, come ad esempio riportato dagli operatori di Milano.
Criticità (rilascio tessere e identificazione): dalle interviste emerge un'applicazione e una conoscenza della relativa normativa molto frammentata. Nello specifico,

B2 STP/ENI

STP:
Agli stranieri irregolarmente presenti, in sede di prima erogazione dell'assistenza, deve essere attribuito un codice regionale individuale di accesso a sigla STP *(straniero temporaneamente presente*), riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Detto codice identifica la persona migrante anche per il rimborso delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate. La struttura sanitaria deve procedere, in assenza di documenti di identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito (Circolare n. 5/2000).
Il rilascio del codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

ENI:
I cittadini comunitari privi di copertura sanitaria nel loro Stato di origine e presenti sul territorio nazionale, ma senza diritto di iscrizione anagrafica, qualora indigenti, hanno diritto a ricevere cure urgenti ed essenziali (compresa la protezione della maternità, l'interruzione di gravidanza, la tutela dei minori, le vaccinazioni) da parte dell'SSN con l'attribuzione del codice ENI *(europeo non iscritto)*.

alcune criticità riguardano più Servizi e sembrano essere in aumento. Ad esempio, nel Servizio di Reggio Emilia riferiscono la situazione paradossale del mancato rilascio della tessera STP in assenza di documenti. Anche dal questionario si evince che vi è ancora molta difficoltà ad ottenere il codice STP/ENI, nonostante esista una normativa a riguardo (il 33% degli intervistati dichiara di riscontrare difficoltà in questo ambito). Una delle problematiche che viene riportata da quasi tutti gli intervistati è quella relativa all'identificazione del paziente in mancanza di un documento di riconoscimento. Per ovviare a questo problema, in alcuni Servizi sono state messe in atto delle procedure "creative" come la descrizione della persona o una fotografia da applicare sul codice STP, mentre in altri, in mancanza di queste procedure, non viene erogata la terapia. Nonostante queste criticità la maggior parte dei servizi riesce a garantire la somministrazione delle terapie sostitutive.

Trattamento in comunità terapeutica

Tutti i Servizi contattati dichiarano di prendere in carico i pazienti stranieri irregolari, tuttavia, una percentuale importante (43%) dichiara di non offrire un percorso terapeutico residenziale. Questa mancanza è dovuta a diverse ragioni.

In alcune regioni gli operatori dichiarano di doversi confrontare con il problema dell'identificazione. Quando le persone non hanno documenti di identità, gli intervistati dichiarano l'impossibilità di effettuare un inserimento in comunità. In alcuni Servizi esiste un diverso trattamento tra le persone in regola con il permesso di soggiorno e quelle non in regola (a quest'ultime, ad esempio, viene garantito solo un percorso molto breve).

Altri Servizi riportano criticità come la mancanza di budget per gli inserimenti di stranieri irregolari o il rifiuto da parte di alcune strutture di fare un inserimento in assenza di documenti o di residenza.

Rimpatri (accompagnamento al rientro nel paese di origine)

Spesso i Servizi si confrontano con persone che sono in Italia da molto tempo e che hanno sviluppato una dipendenza che ha compromesso l'esito del loro progetto migratorio. Talvolta, persone che hanno raggiunto un'età più che matura e che non riescono ad uscire da condizioni di grande marginalità chiedono un aiuto per tornare al proprio Paese di origine.

In questi anni, essendoci confrontati sempre più frequentemente con questo bisogno, abbiamo sviluppato una parte del progetto A.Stra. per recuperare e attivare risorse e contatti volti a facilitare un rientro "dignitoso" in patria.

Il nostro progetto ha costruito una rete significativa sia con le organizzazioni istituzionali come Ermes (Ermes 3 è un progetto di Ritorno Volontario Assistito e Reintegrazione – RVAeR, gestito dal CIES Onlus in collaborazione con CPS, Mondo Mlal e CISP, che offre assistenza a cittadini di paesi terzi che desiderano tornare nel Paese di origine) sia con i vari Consolati per la richiesta di documenti di viaggio.

Per diversi utenti del nostro Servizio aver potuto usufruire di questa opportunità è stato di grande importanza per rompere un circolo vizioso di marginalità estrema che si concretizzava in soggiorni sempre più frequenti in carcere, dipendenza all'uscita e vita di strada.

Ritornare nel Paese di origine spesso ha significato il ricongiungimento con le proprie origini e la propria rete familiare, l'elaborazione e il possibile superamento del fallimento migratorio e dei relativi problemi di dipendenza.

Nei Servizi contattati questo è un tipo di intervento che raramente viene previsto, tranne che a Reggio Emilia e a Roma dove sono presenti progetti elaborati e specifici.

Nella città di Roma esiste un ambulatorio dedicato agli stranieri con un'équipe stabile e multidisciplinare; a Napoli non esiste un Servizio specifico dedicato, ma gli operatori collaborano con l'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni). Gli operatori di Venezia riportano di non occuparsi direttamente del rimpatrio perché questi tipi di interventi sono previsti dal Comune; quindi non hanno un coinvolgimento diretto ma curano gli aspetti farmacologici, in modo da agevolare il processo.

Rapporti con la rete (etnopsichiatria, ASGI, medicina delle migrazioni)

Il tema della migrazione è complesso, e comprende aspetti molto differenti che richiedono competenze e collaborazioni specifiche:

- aspetti di carattere etnopsichiatrico, etnopsicologico e antropologico;
- conoscenza e partecipazione alla rete dei progetti finanziati dal Ministero degli Interni per i rimpatri assistiti;
- conoscenza di leggi e normative;
- conoscenza degli aggiornamenti statistico-epidemiologici di medicina delle migrazioni.

Dalle interviste emerge che alcuni Servizi hanno sviluppato collaborazioni con diversi soggetti, esperti nelle suddette materie.

Molti degli operatori intervistati dichiarano di avvalersi della collaborazione dell'ASGI, di Servizi di etnopsichiatria come il Centro Frantz Fanon (l'Associazione Frantz Fanon – AFF, fondata a Torino nel 1997, riunisce professionisti con diversa formazione: psicologi, psichiatri, mediatori culturali, educatori, antropologi culturali, accomunati dall'interesse per i temi della salute, della migrazione e della cultura e impegnati nello sviluppo di interventi clinici nel campo della salute mentale dei migranti), del GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute Regione Lazio), della Caritas, dell'associazione Avvocati di Strada. La maggior parte delle volte sono reti informali.

Inoltre, sottolineano la complessità del lavorare con i Servizi di etnopsichiatria perché non esiste ancora una visione integrata del trattamento del trauma e della dipendenza:

Gli operatori di Napoli e di Reggio Emilia dichiarano di usufruire di formazione/supervisione con il Centro Fanon e con altri professionisti dell'area etnopsichiatrica e di psicologia transculturale.

Nelle altre interviste realizzate, dove non esiste una storia di collaborazioni consolidate, viene dichiarato interesse per possibili future formazioni e volontà di investire in gruppi di lavoro specifici.

Mediazione interculturale

"Il mediatore interculturale è un operatore di origine straniera che ha vissuto in prima persona l'esperienza migratoria e ha acquisito un bagaglio di esperienze, conoscenze e competenze relative al processo di integrazione del migrante nella società ospitan-

te. Il sapere dei mediatori interculturali è dunque un *sapere partecipe*, consapevole e sensibile alle problematiche che i pazienti incontrano nel loro percorso migratorio. Il mediatore o mediatrice contribuisce a costruire un ponte fra mondi diversi e mette le proprie competenze al servizio della relazione terapeutica (...). Il lavoro in équipe in cui sia presente almeno un mediatore consente un'alternanza linguistica che garantisce un arricchimento sul piano metaforico-simbolico e un allargamento dei registri comunicativi che offrono la possibilità di accedere ai problemi del paziente" (Intervento della Dott.ssa Ana Cristina Vargas - Formazione a cura del CCM, marzo 2020).

Uno degli scopi dell'intervista e dei questionari era quello di indagare quali fossero sia l'utilizzo della mediazione interculturale nei Servizi sia le sue modalità di attuazione.

Riassumendo quelle che sono le principali risposte delle interviste, possiamo distinguere a grandi linee due modalità di intervento:

- la mediazione come risorsa interna al servizio (i mediatori fanno parte dell'équipe a tutti gli effetti);
- la mediazione "a chiamata" (un mediatore "esterno" non specializzato sui temi delle dipendenze viene contattato per interventi puntuali).

La maggior parte dei Servizi intervistati si avvale di cooperative che forniscono mediatori a chiamata (Bari, Bolzano, Genova, Milano, Trieste e Venezia).

Alcuni Servizi dichiarano di essere soddisfatti da questo tipo di intervento (Genova) altri dichiarano di scontrarsi con diverse difficoltà, mettendo in luce la criticità di poter utilizzare interventi di interpretariato ma non di mediazione interculturale vera e propria.

Sono diversi i Servizi che auspicano la presenza dei mediatori interculturali nell'équipe. I Servizi che utilizzano la mediazione interculturale come risorsa strutturata e interna all'équipe evidenziano i numerosi aspetti positivi dati dall'apporto di queste figure professionali; i mediatori svolgono gli stessi turni, riunioni e training degli operatori, sono formati sulle tematiche delle dipendenze, e l'équipe a sua volta è formata sulle tematiche di etnopsichiatria e antropologia medica.

Criticità

Per varie ragioni il completamento di questo lavoro ha richiesto più tempo del previsto. La ricerca dei contatti dei vari SerD italiani è stata difficoltosa.

1. Non esiste un database aggiornato che raccolga tutti i riferimenti e i contatti dei SerD. Abbiamo cercato di reperire i contatti dal sito istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga e tuttavia molti indirizzi di posta elettronica e numeri di telefono sono risultati inattivi. Per sopperire alla mancanza di numerosi contatti abbiamo usato il motore di ricerca Google e le conoscenze personali.
2. La normativa implica che la sanità sia di competenza regionale; infatti, abbiamo riscontrato parecchie differenze e disparità tra i servizi a seconda della regione.
3. "Mediazione interculturale" o "Servizi a bassa soglia" sono definizioni che non hanno ancora un'accezione comune. Tale problematica potrebbe essere riconducibile alla relativa "novità" di questi termini.

Conclusioni

L'intento della ricerca è stato quello di indagare, all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze italiani, quali fossero i servizi erogati ai pazienti stranieri.

Abbiamo constatato in alcuni casi una conoscenza molto approssimativa della normativa di riferimento che garantisce le cure a tutte le persone straniere a prescindere dalla loro condizione di regolarità sul territorio italiano, evidenziando le necessità di formazione specifica da parte degli operatori delle dipendenze.

I risultati del questionario online hanno dato una prima fotografia della situazione dei Servizi.

Possiamo ipotizzare che il fatto di rispondere al questionario abbia di per sé determinato un bias di selezione: i Servizi rispondenti sono verosimilmente quelli più sensibili alla tematica affrontata.

Le nostre aspettative iniziali supponevano l'esistenza di diverse difficoltà nel garantire le cure agli stranieri. Queste aspettative sono state confermate poiché le modalità di intervento e i Servizi non sono omogenei sul territorio nazionale:

- come evidenziato nel questionario, i trattamenti residenziali spesso non sono garantiti (il 43% dei servizi intervistati dichiara di non poterli offrire);
- gli sportelli deputati al rilascio della tessera STP/ENI seguono procedure differenti in ciascuna regione;
- da parte dei Dipartimenti/Servizi c'è un basso investimento sulla mediazione interculturale (il 39% dichiara di non utilizzarla).

La situazione generale italiana, come si evince dalle interviste qualitative, ci restituisce un quadro eterogeneo: dal punto di vista dell'applicazione della normativa, dei differenti flussi migratori con cui i Servizi si confrontano, delle difficoltà burocratiche per l'ottenimento delle tessere STP e ENI relative all'accesso ai servizi e alle cure sanitarie.

Infine, permane la questione del riconoscimento delle persone senza documenti (identità vs identificazione).

La normativa vigente garantisce l'ottenimento della tessera STP/ENI anche in assenza di documento d'identità. Nei SerD, quando si tratta di prescrivere e somministrare terapie sostitutive, è necessaria l'identificazione del paziente.

Diversi Servizi non effettuano trattamenti in comunità terapeutica per pazienti stranieri irregolari. Pensiamo che questo possa dipendere dal fatto che gli operatori abbiano difficoltà a progettare percorsi terapeutici in comunità per persone che non hanno la possibilità di regolarizzarsi e di raggiungere una completa riabilitazione (abitazione e lavoro).

La problematicità con cui si confrontano gli operatori è reale, ma non poter garantire un'effettiva riabilitazione è un grande limite. Rimane aperta la questione del reinserimento sociale, anche al termine di un ottimo percorso riabilitativo; infatti la normativa non permette di ottenere un permesso di soggiorno per chi ha commesso dei "reati ostativi" (anche per il reato di spaccio di lieve entità).

Inoltre, abbiamo avuto modo di constatare che, quando la figura del mediatore è parte attiva e integrata dell'équipe diventa "elemento costitutivo del dispositivo terapeutico" e la mediazione interculturale assume una funzione di metodologia clinica (Intervento della Dott.ssa Ana Cristina Vargas - Formazione a cura del CCM, marzo 2020). Uno strumento efficace è quello della narrazione autobiografica che permette di restituire senso e dignità al soggetto.

Uno degli aspetti critici è la crisi identitaria che avviene nel processo migratorio. La persona che emigra, soprattutto se irregolare, vive un ruolo di "doppia assenza" (Sayad, 2002) nel senso che non è più presente fisicamente nel luogo dove ha sempre vissuto (e quindi vive un'assenza fisica dal proprio Paese), ma, nel contempo, è in una condizione di assenza sociale nel luogo in cui è arrivata, una presenza imposta e gestita secondo regole precise. Il riconoscimento dell'immigrato che viene fatto dal Paese ospitante è un riconoscimento che rende la persona fuori posto, colpevole, non meritevole degli stessi diritti di chi ha la cittadinanza.

La migrazione in sé è quindi un "movimento sismico" (Hoffman, 1989), che costringe a ripensare il proprio ruolo e la propria identità.

L'arrivo in un nuovo Paese implica da una parte una grande libertà nella rappresentazione del proprio sé, dall'altra è fonte di grande stress soprattutto quando il progetto migratorio non corrisponde alle proprie aspettative. Queste asimmetrie sono una fonte diretta di sofferenza sociale e vanno, quindi, incontro a un processo di incorporazione (Beneduce, 2019): esse assumono forme concrete nel disagio fisico e mentale che spesso segna la quotidianità dei migranti.

In questi casi è indispensabile offrire vicinanza culturale e linguistica in un momento in cui vengono a mancare i riferimenti di origine della persona; pensiamo che un simile approccio sia indispensabile per un efficace percorso terapeutico.

Come sostiene Torresin (Intervento della Dott.ssa Silvia Torresin - Formazione a cura del CCM, febbraio 2020): "In condizioni di estrema marginalità, la cura ha un carattere clinico, psicologico, sociale, ma anche esistenziale". Uno degli obiettivi della mediazione è quello di creare un contesto comunicativo in cui le questioni culturali possano essere esplorate nella loro complessità e decifrate mediante una chiave di lettura adeguata.

La considerazione conclusiva di questa ricerca, che purtroppo anche a causa della pandemia Covid-19 ha richiesto molto tempo, è che il panorama generale del lavoro con persone straniere con problemi di dipendenza rimane alquanto complesso, ricco di potenzialità e criticità, che necessiterebbero di un intervento di razionalizzazione, semplificazione e uniformità sul territorio italiano.

Ci auguriamo che questo lavoro possa avere una valenza informativa ed eventualmente diventare spunto di riflessione e di ragionamento sugli interventi da potenziare.

Ringraziamenti

SerD Como, USL Nord Ovest Toscana, SerD Foggia, SerD Bologna, SerD ASL TO4, SerD ASL Viterbo, SerD ASL TO5, SerD Bari, SerD Roma, SerD Perugia, SerD Aosta, SerD Brescia, SerD Alessandria, SerD Verbania, SerD Cremona, SerD Varese, SerD Bolzano, SerD Sassari, SerD Napoli, SerD Novara, SerD Milano, SerD Venezia, SerD Trapani, SerD Taranto, SerD Fermo, SerD Cuneo, SerD Aprilia, SerD Trieste, SerD Frosinone, SerD Faenza, SerD Potenza, SerD Salerno, SerD Molise, SerD Palermo, SerD Padova, SerD Ancona, SerD Udine, SerD Imperia, SerD Genova, SerD Biella, SerD Cagliari, SerD Crotone.

Un ringraziamento particolare alle dott.sse Novella Ghezzo, Bettina Meraner, Luana Oddi, Marina Ricci, Lucia Sarandrea e ai dott.ri Edoardo Cozzolino, Luigi De Matteis, Paolo Drocchi, Paolo Mattioli e Antonio Taranto.

Bibliografia

Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità tra storia, dominio e cultur*a. Carocci, Roma, 2019

Bourgois P. *Cercando rispetto. Drug economy e cultura di strada*. DeriveApprodi, Roma, 2005

Camposeragna A, Bertoletti S. Italia. Consumi nel transito. In Ronconi S, Vecchio S (Eds): *I migranti e le sostanze psicoattive.* I Dossier di FuoriLuogo, 2019

Castoriadis C. *L'istituzione immaginaria della società.* Mimesis Edizioni, Milano, 2022

Cooper H, Camic PM, Long DL, et al. (Eds). *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.* American Psychological Association, 2012

De Pascale A. *Percorsi migranti e mercati delle droghe.* Summer School Fuoriluogo, 2019

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). *Italy, Country Drug Report 2019*. EMCDDA, 2019

Hoffmann E. *Lost in translation: a life in a new language.* Penguin, 1989

ISMU (Fondazione Iniziative e Studi sulla Molteplicità). *Venticinquesimo Rapporto sulle migrazioni 2019*. FrancoAngeli, 2020

Miravalle M, Scandurra A (Eds). *Oltre il virus. XVII Rapporto sulle condizioni di detenzione, anno 2020.* Antigone, 2021

Nathan T, Stengers I. *Medici e stregoni.* Bollati Boringhieri, Torino, 1996

Olivani P, Panizzut D (Eds). *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale. Rapporto 2019.* NAGA – SIMM, 2019

Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche antidroga. *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia anno 2019* (dati 2018). 2019

Sayad A. *La doppia assenza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002

Taliani S, Vacchiano F. *Altri corpi*. Edizioni Unicopli, Milano, 2006

Maria Teresa Ninni
Andrea Ghia
Lucia Cavallo

Dipartimento delle Dipendenze
ASL Città di Torino