Lavorare sulle dipendenze nel rispetto dei contesti migratori

Materiali per la prassi

coordination intervention suisse

info coordination intervention suisse

drog

Una pubblicazione di Infodrog

Colofone

A cura di

Infodrog

Centrale di coordinamento nazionale delle dipendenze

Redazione

Marianne König Setiadi Aline Bernhardt Keller

Traduzione

Agata Vetterli, av-ub traduzioni, Bellinzona/Ginevra

Rilettura

Maria Lucia Galgano

Impostazione grafica

visu'l AG, Berna

Stampa

Merkur Druck AG, Langenthal

Distribuzione

Infodrog
Eigerplatz 5, casella postale 460, 3000 Berna 14
T 031 376 04 01
F 031 376 04 04
office@infodrog.ch
www.infodrog.ch

© Infodrog 2009

ISBN: 978-3-9522791-7-5

Indice

_1	Prefazione	
2	Introduzione	4
3	Approccio transculturale	9
4	Comunicazione – relazione	12
5	Lavorare con degli interpreti	16
6	Anamnesi – terapia	19
7	Transculturalità e dipendenza: dal concetto agli aspetti pratici	23
8	In cammino verso la guarigione	29
9	Approccio sistemico centrato sulla soluzione	33
10	Terapia sostitutiva per persone con uno statuto di soggiorno precario	35
11	Terapia all'estero	38
12	Bambini – adolescenti – genitori	41
13	Lavorare con la famiglia	47
14	Collaborare con le comunità di immigrate/i	53
15	Le reti sociali e la loro funzione di sostegno	55
16	Donne nel mondo della prostituzione	58
17	Servizi sociali e utenti con un passato migratorio	62
18	Basi giuridiche: la migrazione e la sicurezza sociale nella legislazione	65
19	Istituzionalizzazione e garanzia della qualità	74
20	Le/gli autrici/autori e le loro tematiche	79
21	Bibliografia e link concernenti i singoli canitoli	81

1

Prefazione

La migrazione è uno dei fenomeni più marcanti della nostra epoca. I paesi ospitanti sono chiamati ad affrontare sfide non indifferenti, quali l'integrazione delle/degli immigrate/i e delle/dei loro discendenti e la garanzia, anche per loro, delle pari opportunità. Questi obiettivi si pongono anche in termini di accesso alla salute e alle cure mediche, e quindi anche all'aiuto in caso di dipendenza.

Diverse iniziative sono già state prese, tanto da parte pubblica quanto da parte privata, per facilitare l'accesso delle/degli immigrate/i agli aiuti disponibili e per consolidare le competenze transculturali delle/degli operatrici/ori. A livello nazionale, nel 2002 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in collaborazione con l'Ufficio federale dei rifugiati e l'Ufficio federale dell'immigrazione, dell'integrazione e dell'emigrazione (nel frattempo riuniti in un solo Ufficio federale della migrazione, UFM) e con la Commissione federale degli stranieri (oggi Commissione federale della migrazione, CFM), lanciò la strategia federale «Migrazione e salute», entrata nella sua seconda fase nel corso del 2008. Questa strategia interviene a diversi livelli: promozione della salute e prevenzione, formazione e perfezionamento professionali nella sanità pubblica, cure mediche e ricerca. Tutte le misure previste integrano sistematicamente il principio delle pari opportunità per le/gli immigrate/i, adottando così un approccio mainstreaming.

Questo è anche l'obiettivo di questo manuale di Infodrog. Mentre lo studio «Migrazione e droghe», commissionato dall'UFSP nel 2000, e l'opuscolo «Importanza di un intervento specifico in relazione alla migrazione nel campo della tossicodipendenza e sue conseguenze nella prassi operativa», elaborato da Dagmar Domenig nello stesso ambito, entrambi sostanzialmente rivolti, in una prospettiva di apertura trans-

culturale, ad un pubblico istituzionale, «Lavorare sulle dipendenze nel rispetto dei contesti migratori» si indirizza ora alle/agli operatrici/ori attive/i direttamente sul terreno. Esso intende fornire utili indicazioni per il loro lavoro quotidiano con utenti immigrate/i, spunti di riflessione sulle problematiche specifiche di queste persone, ma anche sulle loro risorse. Non ci si attendano tuttavia prospettive radicalmente nuove: forte di un approccio che integra sistematicamente il principio della parità (il mainstreaming a cui si è accennato sopra) e attento alle esigenze della transculturalità, questo manuale intende piuttosto permettere che i servizi offerti, i concetti o i metodi siano più accessibili, precisi e utilizzati in modo più flessibile, così da essere pertinenti e da garantire il successo degli interventi presso ogni tipo di utente, indipendentemente dalla sua provenienza. Di fatto, gli istituti che offrono i loro servizi in una prospettiva che si vuole a misura di immigrata/o o, in altre parole, che fondano i loro interventi su un approccio transculturale, constatano quotidianamente che ciò comporta sinergie positive anche per il lavoro con la loro utenza autoctona.

È in considerazione di questi risultati promettenti che mi sento di incoraggiare tutti gli istituti ad aprirsi in chiave transculturale, così da meglio tener conto dei bisogni delle/dei loro utenti immigrate/i, e a ratificare ufficialmente questo approccio. Mi auguro che questa pubblicazione di Infodrog possa contribuire a orientarsi in questa direzione.

hand a Flor

Dr. Andrea Arz de Falco Vicedirettrice Ufficio federale della sanità pubblica UFSP Unità di direzione Sanità pubblica

2

Introduzione

Come dice il suo titolo, questo libro intende offrire indicazioni, suggerimenti e spunti di riflessione a chi lavora nell'ambito delle dipendenze. I testi che riunisce sono stati elaborati da esperte/i di diversi settori, che conoscono molto bene l'utenza immigrata.

Lo spunto iniziale

In Svizzera, quasi tutti gli istituti che offrono un aiuto specifico alle persone con problemi di dipendenza contano, tra le/i loro utenti, anche una quota più o meno grande di persone con un passato migratorio, ossia di persone con esigenze e risorse sovente del tutto particolari. Alcuni di questi istituti hanno esplicitamente orientato i loro servizi anche verso questa fascia di popolazione; negli altri, invece, la decisione di affrontare l'esperienza di migrazione di una/un utente e la scelta dei metodi da adottare sono lasciate all'iniziativa delle/dei singole/i collaboratrici/ori.

Conformemente al mandato ufficiale affidatole, Infodrog è tenuta anche a promuovere, nel lavoro sulle dipendenze, un approccio sensibile e attento alle esigenze delle/degli immigrate/i e, nel contempo, a contribuire alla sua diffusione e al miglioramento della sua qualità. Il presente manuale è stato concepito nell'ambito di questo incarico, e ne è parte integrante: esso mira a fornire un aiuto pratico, riunendo indicazioni concrete e utili per un lavoro sulle dipendenze che sia anche a misura di immigrata/o. Pur non avendo alcuna pretesa di completezza, il suo obiettivo consiste nell'essere una sorta di testo di riferimento, inteso soprattutto a mettere in luce i molteplici aspetti pratici di questo tipo di approccio.

Occorre precisare che con l'espressione «utente immigrata/o» oppure «utente con un passato migratorio», questo manuale indica la persona immigrata, oppure la persona che fa parte della prima o della seconda generazione di famiglie immigrate.

Il gruppo di lavoro

Affinché questo manuale potesse, da un lato, fondarsi su una vasta esperienza sul terreno e, dall'altro, raccogliere le nozioni elaborate in settori tra loro diversi, è stato riunito un gruppo di persone provenienti da vari orizzonti professionali e da più regioni della Svizzera. I membri di questo gruppo sono:

- Anne Ansermet Pagot, Fleur de Pavé, Losanna
- Osman Besić, Croce Rossa Svizzera/migesplus, Wabern
- Umberto Castra, Contact Netz, Jugend-, Eltern- und Suchtberatung, Berna
- Nelson Feldman, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Service d'abus de substances, Ginevra
- Pablo Sanchez-Mazas, Association Appartenances, Ginevra
- Eliane Schnellmann, Institut für Sozialtherapie, Egliswil
- Gianni Tiloca, Beratungsstelle für Drogenprobleme (BSD), ipw, Winterthur
- Enrico Tolotti, Service Social Régional de la Prévôté, Moutier
- Safija von Beg, Gesundheitsamt des Kantons Zug Suchtberatung, Zugo

Il gruppo è stato coordinato da Infodrog, più esattamente da Marianne König Setiadi, Aline Bernhardt Keller e Cristina Monterrubio Leu.

Sull'arco di cinque sedute tenutesi durante il 2008, i membri del gruppo si sono innanzitutto scambiati le loro esperienze personali nel lavoro sulle dipendenze in un contesto migratorio, ne hanno discusso e sono poi passati all'elaborazione delle singole tematiche attorno alle quali è articolato il manuale. La maggior parte dei capitoli sono stati redatti individualmente, da singoli membri del gruppo; alcuni, invece, durante le sedute. L'avvocato Attiya Sheikh (Advokatur Kanonengasse, Zurigo) è autrice del capitolo concernente le questioni giuridiche. Hanno contri-

2 Introduzione 2 Introduzione

buito alla riflessione sulle parti concernenti adolescenti e bambine/i anche Rut Brunner Zimmermann (ipw, Winterthur), Andrea Kromer (Mädchenprogramm jumpina, Winterthur) e Mehmet Ertogrul (Jugendprogramm Jump, Winterthur), mentre Isabelle Soulignac (HUG, Ginevra) ha partecipato all'elaborazione delle pagine dedicate alla terapia sostitutiva. Infodrog si è incaricata di rileggere i testi e di introdurre eventuali ritocchi redazionali.

L'orientamento

Alle/agli autrici/autori non è stato chiesto di svolgere ricerche approfondite e complete nei campi da loro scelti, quanto piuttosto di proporre testi brevi, attenti soprattutto agli aspetti concreti, oppure anche solo una serie di spunti e parole chiave. Inoltre, è stato chiesto loro di ridurre i rinvii di fondo allo stretto indispensabile. L'obiettivo: riunire, in una forma concisa, consigli e suggerimenti pratici destinati alle/agli operatrici/ori nell'ambito delle dipendenze, per affrontare e risolvere i problemi che incontrano quotidianamente. Alle/agli autrici/autori è infine stato chiesto di fondare i loro contributi su una prospettiva transculturale intesa, in particolare, ad impedire una lettura «culturalizzante» dei problemi e delle risorse delle/degli utenti.

Quest'ultimo compito non si è rivelato semplice, e a tratti si è fatto persino paradossale: come dare, infatti, indicazioni e suggerimenti brevi e generali, che possano essere applicati in casi concreti, e ciò adottando un approccio transculturale, ossia una prospettiva che richiede di affrontare ogni singolo caso in modo diverso? Senza dimenticare che le/gli esperte/i che hanno contribuito alla realizzazione di questo manuale provengono da contesti professionali, metodologici e personali assai diversi.

Una delle difficoltà, peraltro onnipresente in questo ambito, è stata delimitare la problematica e il gruppo target, ossia le/gli utenti «immigrate/i» o «con un passato migratorio». Questo concetto, ben complesso e che esigerebbe peraltro ulteriori chiarimenti, prova da solo, così come altri termini specifici come «a misura di immigrata/o» o «attento al contesto migratorio», che né il gruppo target né i mezzi o gli strumenti a cui ricorrere possono essere definiti con chiarezza. Se si

adotta la transculturalità come approccio di fondo, le/gli utenti con un passato migratorio vanno a sparire, per così dire, nella «folla anonima» di tutte/i le/gli utenti, assieme alle loro particolari situazioni personali. Nella massa, poi, si diluiscono inevitabilmente anche i metodi specifici per affrontare i problemi legati al contesto migratorio che però, così come i vantaggi e gli svantaggi ad esso legati, è ben reale... Un paradosso in più con il quale fare i conti!

I testi

Queste difficoltà, che comportano qualche gioco d'equilibrismo, saranno in parte avvertibili lungo i vari capitoli del libro. Molto di quanto è detto si può applicare non solo alle/agli utenti immigrate/i, bensì a tutte/i le/gli utenti in generale. I testi che sono nati da questo progetto, inoltre, sono assolutamente individuali, e pertanto differenti uno dall'altro; alcuni hanno un orientamento più filosofico e sono più «digressivi», altri sono più articolati e strutturati e prendono spunto da una problematica più concreta.

Essi non intendono rappresentare una «dottrina» unitaria. Anche dopo i ritocchi redazionali, testimoniano ancora degli approcci e delle esperienze individuali delle/dei diverse/i autrici/autori così che, nella loro diversità, rendono veramente palpabile la tematica del libro. Alcuni testi riflettono l'approccio tipico di un determinato livello di aiuto (di bassa soglia, residenziale oppure ambulatoriale); molti elementi, tuttavia, possono essere trasposti agli altri livelli. Ognuno può essere letto più o meno indipendentemente dagli altri, come un contributo a sé. Ciò comporta, in parte, alcune sovrapposizioni e alcune ripetizioni. La tematica «genitori», ad esempio, è affrontata nel capitolo sulla comunicazione, in quello dedicato alle/ai bambine/i e alle/agli adolescenti e in quello che si occupa della famiglia.

Nel descrivere le problematiche, i testi menzionano innanzitutto (e in qualche modo inevitabilmente, poiché le/gli utenti sono persone che hanno, appunto, problemi) i fattori di rischio e gli svantaggi che comporta la migrazione. Ma non vanno dimenticati, mai, tutti i suoi aspetti positivi: le forze, il talento organizzativo, lo spirito d'iniziativa, la flessibilità, la coesione familiare e il bagaglio di speranze che sono necessari per

lasciare il proprio domicilio, rompere con la terra delle/dei proprie/i antenate/i, partire verso un altro paese e costruirvi una nuova vita. Queste risorse, prime fra tutte, vanno messe in luce e consolidate.

Ci auguriamo che questa pubblicazione possa essere un supporto destinato agli operatori che lavorano nell'ambito delle dipendenze per prendere delle decisioni e per il lavoro con gli utenti. Avrà tuttavia raggiunto il suo scopo anche se servirà «solo» a riflettere sulla tematica e a sensibilizzare ai bisogni nonché alle risorse delle/degli utenti con un passato migratorio, diretto oppure familiare.

Ringraziamenti

Ringraziamo di cuore le/gli autrici/autori e i membri del gruppo incaricato per la loro disponibilità e per il loro impegno vivace e critico durante le sedute e nell'elaborazione dei testi. Un grazie anche alle/agli altre/i partecipanti: Rolf Lüthi per la traduzione in tedesco, Dominique H. Jenni per la traduzione in francese, Agata Vetterli per la traduzione in italiano, Martin Reck per le ricerche bibliografiche e Susanne Walker (visu'l AG) per l'impostazione grafica.

Infodrog

3

Approccio transculturale

L'approccio transculturale costituisce un presupposto essenziale del lavoro con la popolazione migrante nell'ambito delle dipendenze. Esso consente di mettere in relazione i fattori specifici legati alla cultura o al passato migratorio dell'utente con tutta una serie di altri elementi che entrano in gioco e che sono altrettanto importanti, ossia quelli che compongono il suo ricco bagaglio di esperienze di vita – piuttosto che focalizzarsi solo sui primi e farne i motivi principali, se non gli unici, dei problemi (o delle risorse) che si presentano.

Definizione

La competenza transculturale si definisce come la capacità di cogliere i modi di vita individuali in una situazione particolare e in contesti diversi, di comprenderli in profondità e di dedurne un metodo adatto per risolvere i problemi che si pongono (Domenig 2007). Ciò significa, in altre parole, che in tutto quanto concerne la dipendenza (la sua emergenza, i comportamenti additivi ad essa legati) e la relativa terapia o gli altri aiuti necessari, conta meno il comportamento «culturalmente tipico» dell'utente immigrata/o che il suo bagaglio di esperienze e le sue caratteristiche individuali.

L'interpretazione delle cause e del decorso della dipendenza va pertanto cercata al di là degli stereotipi e delle immagini trasmesse dai media o dalla società più in generale, che mirano soprattutto a stabilire una distinzione tra «noi» e «loro». La scala di valori che ciò implica, di regola, tende ad assimilare il «noi» con la modernità e il progresso, e il «loro» con un tradizionalismo arretrato e oscurantista. L'approccio transculturale consente di spezzare questa dicotomia.

3 Approccio transculturale 3 Approccio transculturale

Interazione e fattori individuali

Il perno di un aiuto o di una terapia che adotti un approccio transculturale è l'interazione. L'operatrice/ore si trova in un processo di negoziazione costante con la/il sua/o utente, la cui storia individuale (con o senza un passato migratorio) è unica, ognuna marcata in modo diverso da fattori e circostanze individuali, familiari e socioeconomiche. Ridurre una/un utente o una/un paziente alla sua cittadinanza o alla sua appartenenza religiosa e, così facendo, ignorare altri fattori sovente più importanti, costituisce una mancanza di professionalità. D'altra parte, diversi studi hanno dimostrato che la salute della popolazione immigrata non dipende tanto dalla «cultura» o dall'esperienza migratoria in sé, quanto piuttosto dallo statuto socioeconomico e dalle condizioni di vita che ne derivano (Meyer 2009).

I cardini dell'approccio transculturale

La competenza transculturale si fonda su tre presupposti: riflessione su di sé, empatia e conoscenza/esperienza (Domenig 2007). Solo riflettendo costantemente sul proprio atteggiamento, solo prendendo coscienza delle proprie particolarità, solo dedicando un approccio aperto e curioso all'altra/o e solo con la conoscenza e l'esperienza sarà possibile sviluppare un'interazione ricca e positiva.

Approccio transculturale e competenze terapeutiche

Si afferma sovente che le competenze terapeutiche comportano già una certa sensibilità transculturale, poiché richiedono la capacità di provare empatia, di accettare l'altra/o e di stringere con lei/lui una relazione: tutte abilità che, in sé, sarebbero avulse da qualsiasi influsso culturale. Da ciò si deduce, altrettanto sovente, che acquisire specifiche conoscenze in campo transculturale sarebbe del tutto inutile. Ora: se è pur vero che delle buone abilità terapeutiche sono una condizione imprescindibile per adottare un efficace approccio transculturale, è anche vero che, se in questo campo l'operatrice/ore ha delle lacune, può darsi che al momento dell'incontro con un atteggiamento «estraneo» e sconosciuto, emergano in lei/lui degli stereotipi che, se non vengono rimessi in questione, annullano qualsiasi capacità di provare empatia o di stringere una relazione. Invece di confrontarsi con le necessità di estendere e di adequare il repertorio metodologico con il quale affronta un processo di

consulenza o di terapia, l'operatrice/ore si metterà a parlare di «straniere/i» e di «diversità». Chi ha acquisito le necessarie competenze in ambito transculturale, invece, è in grado di affrontare un atteggiamento ipoteticamente «estraneo» e di agire tenendo conto della situazione e del contesto. L'utente «obiettivamente» estranea/o non esiste: esiste solo un modo soggettivo di vivere l'esperienza con esso.

L'approccio transculturale adottato dall'istituto

L'approccio transculturale potrà dare risultati positivi solo a condizione che l'istituto lo consideri, nella sua globalità, come un principio al quale non intende rinunciare. In caso contrario, l'operatrice/ore competente in questo campo si troverà inevitabilmente marginalizzata/o. Oltre ad essere promosso a livello individuale, l'approccio transculturale va pertanto integrato e sancito a livello di istituto. Ogni collaboratrice/ore, dalla direzione al segretariato e alla ricezione, deve possedere le competenze che esso richiede; senza dimenticare che anche gli utenti devono aver la possibilità di acquisirle.

Sull'approccio transculturale si fondano tutti i contributi di questo manuale.

10 |

4

Comunicazione - relazione

La comunicazione svolge un ruolo chiave nel lavoro sulle dipendenze. Non si tratta solo di saper parlare una determinata lingua, ma anche e soprattutto di stabilire e strutturare una relazione.

Lavorare sulla relazione

Per riuscire un intervento è indispensabile che l'operatrice/ore riesca ad instaurare una buona relazione, anche personale, con l'utente: nel contesto di un lavoro sulle dipendenze, soprattutto con una/un utente immigrata/o, l'importanza di questo aspetto riemerge senza sosta. In questa prospettiva, e a determinate condizioni, tanto all'istituto quanto all'operatrice/ore va riservata la possibilità di agire con una certa flessibilità rispetto alle loro regole professionali. L'operatrice/ore deve essere pronta/o a cedere parte del suo potere e della sua sicurezza di esperta/o e abituarsi all'idea che l'intervento non si limiti allo spazio terapeutico. Quando si lavora sulla base di una relazione, questa non può essere interrotta senza motivo; in altre parole, bisogna evitare di cambiare la persona con la quale l'utente ha potuto costruire un legame e alla quale fa riferimento.

Comunicazione esterna dell'istituto

Nell'ambito della sua attività divulgativa, l'istituto deve decidere se pubblicare le informazioni in più lingue (volantini, internet) e, qualora fosse il caso, definire quali. Per una struttura residenziale è particolarmente importante sviluppare una rete di contatti con i servizi di consulenza e orientamento, così che essi siano al corrente, e in tal modo anche la loro utenza, dei vari servizi disponibili. Questo tipo di informazione può essere trasmesso, ad esempio, con l'aiuto di manifesti o volantini. Importanti sono anche i contatti con i medici generalisti. È opportuno,

inoltre, che l'istituto indichi con chiarezza i limiti dei servizi offerti (ad esempio, che non è possibile ottenere informazioni 24 ore su 24, oppure che esse non sono disponibili in tutte le lingue).

Primi contatti

La buona riuscita di una comunicazione e di una relazione si decide sin dai primi contatti e dai primi scambi di parole, ai quali va pertanto dedicata un'attenzione particolare.

Sovente sono i genitori (spesso le madri) a rivolgersi per primi all'istituto e, poiché il segretariato rappresenta il primo interlocutore, sarebbe opportuno che le/i collaboratrici/ori di questo servizio siano plurilingui. Durante il primo contatto telefonico, inoltre, bisognerebbe evitare di passare l'interlocutrice/ore a più operatrici/ori, ma affidarla/o ad una/ uno sola/o.

Ammissione

La procedura di ammissione andrebbe, nel limite del possibile, abbreviata, e le formalità ridotte al minimo. In questa fase è importante instaurare una «comunicazione simbolica», che aiuti le persone coinvolte a provare meno paura, le rassicuri e le orienti. Un esempio è la procedura di ammissione applicata negli ospedali, poiché non si concentra solo sul problema di salute.

Primo colloquio con l'operatrice/ore

Sovente il primo contatto tra l'utente o la sua famiglia e l'operatrice/ore responsabile non avviene al momento del colloquio d'ammissione formale, ma già prima, a un livello informale. Può darsi che si incontrino casualmente all'arrivo oppure che abbiano già parlato al telefono, ad esempio la sera dell'entrata della/del paziente nell'istituto residenziale, per avere notizie sulla/sul propria/o figlia/o. Un atteggiamento aperto e attento sin dall'inizio, così come qualche chiacchiera informale, possono aiutare a vincere i blocchi, le insicurezze e le paure, e sono la base per costruire poi una buona relazione con l'utente e i parenti. Le/i collaboratrici/ori della struttura vanno pertanto sensibilizzate/i, a tutti i livelli (segretariato/ricezione, assistenza/terapia), all'importanza di un'accoglienza amichevole e di un'integrazione attiva delle/dei nuove/i arrivate/i, sovente molto ritrose/i.

4 Comunicazione - relazione 4 Comunicazione - relazione

Anche al momento del colloquio d'ammissione vero e proprio è molto importante un'accoglienza calorosa. Per costruire la fiducia necessaria, l'operatrice/ore deve combinare abilmente competenza professionale e familiarità. In questa fase di apertura, le formalità, quali la compilazione di moduli e formulari, vanno ridotte allo stretto indispensabile. Il colloquio non va sovraccaricato da una quantità eccessiva di informazioni. È tuttavia importante indicare sin dall'inizio e con chiarezza ciò che è possibile fare all'interno dell'istituto, e quali sono i limiti prestabiliti.

Affinché il primo colloquio non fallisca, lasciando una sensazione di insoddisfazione dovuta a malintesi o difficoltà puramente linguistiche, andrebbe svolto alla presenza di una/un interprete professionista.

Interpretazioni individuali della dipendenza e della guarigione

Passando invece ai contenuti veri e propri della comunicazione, occorre innanzitutto che entrambe le parti chiariscano cosa intendono per «dipendenza» e «guarigione»: questa premessa è indispensabile per il buon andamento della consulenza o della terapia. Nella prospettiva dell'utente, possono svolgere un certo ruolo gli influssi culturali o le esperienze che ha potuto avere con il sistema d'aiuto del suo paese d'origine. Sovente, ad esempio, l'utente non considera la dipendenza come una malattia, quanto piuttosto come una debolezza individuale. Se invece l'accetta in quanto malattia, considera che il processo di guarigione sia una sorta di «riparazione» di un meccanismo, da parte dell'operatrice/ ore o dei farmaci. In tal caso, dal medico e dalla/dal terapeuta, sovente considerati onniscienti e onnipotenti, l'utente e il suo entourage si attendono risultati positivi e, soprattutto, immediati. In altre parole: può darsi che a determinate persone il concetto di guarigione come frutto di un lavoro attivo su di sé sia del tutto estraneo.

Parlare di sé

Estraneo può anche essere l'approccio fondato su un processo psicologico, che si concentri sulla vita interiore dell'individuo. Può essere difficile soprattutto per gli uomini, ancor di più quando non si tratta di colloqui a due bensì di incontri di gruppo. Gli uomini temono sovente di coprirsi di vergogna di fronte alle/ai loro compatriote/i o alle/agli amiche/amici

e cercano, di conseguenza, di dare un'immagine di sé conveniente e conforme.

Al momento, quindi, di esprimere i propri punti di vista e bisogni, spesso l'utente non è in grado di farlo, soprattutto in una prima fase del processo di consulenza o di terapia. Il riconoscimento e la verbalizzazione potranno essere possibili in una seconda fase, e diventeranno parte integrante del processo terapeutico o della guarigione. Invece di porre domande dirette, è sovente meglio, anche nelle fasi successive della consulenza o della terapia, che l'operatrice/ore faccia autonomamente delle proposte; che proceda, in altre parole, in modo direttivo-empatico. In tal modo permette la necessaria chiarezza e trasmette competenza; il processo, inoltre, può essere sottoposto a verifica.

14 |

5

Lavorare con degli interpreti

Delle competenze linguistiche carenti rendono la comunicazione tra operatrice/ore e utente difficile se non impossibile. Per risolvere questo problema si può ricorrere ai servizi di una/un interprete. L'obiettivo consiste nell'instaurare una comunicazione chiara, priva di malintesi linguistici, evitando però che la collaborazione di una terza persona venga ad incrinare il quadro terapeutico e la relazione tra operatrice/ore e utente.

Interpreti professioniste/i

Ad eccezione dei casi in cui si tratta di raccogliere informazioni esclusivamente oggettive, bisognerebbe rivolgersi unicamente ad una/un interprete professionista, se possibile diplomata/o; non, invece, a parenti o conoscenti dell'utente o a collaboratrici/ori dell'istituto. Nell'interpretariato, in particolar modo, non vanno assolutamente coinvolte/i le/i bambine/i.

Nello svolgere il suo lavoro, l'interprete interculturale diplomata/o è in grado di tener conto del contesto sociale e culturale nel quale evolvono le/i diverse/i partecipanti al colloquio e può fornire informazioni supplementari che permettono la comprensione reciproca.

Sostegno istituzionale

Il lavoro di una/un interprete comporta costi e un impegno supplementare da parte dell'operatrice/ore. La direzione dell'istituto, pertanto, deve stabilire chiare regole per il ricorso a questo tipo di servizio. Oltre a dare alle/ai sue/suoi collaboratrici/ori la possibilità di seguire corsi di formazione e di aggiornamento in questo campo, la direzione dovrebbe anche tenere e rivedere costantemente una lista di interpreti

professioniste/i e stringere i necessari contatti con agenzie di traduzione e mediazione professionali. In questo modo, se occorre (ad es. in caso di urgenza), potrà organizzare un servizio di interpretariato con rapidità.

Esprimersi nella propria madrelingua

La presenza di una/un interprete non permette solo la reciproca comprensione linguistica, ma consente anche all'utente di esprimersi nella sua madrelingua e di trasmettere così in modo più diretto i suoi pensieri, anche più intimi. Per questa ragione è utile, a determinate condizioni, ricorrere ad un servizio di questo tipo, anche quando si discute con utenti che parlano relativamente bene l'italiano di tutti i giorni.

Cambiamento della situazione in cui si svolge il colloquio

La presenza di una terza persona modifica la costellazione terapeutica, così che la relazione a due tra operatrice/ore e utente può anche essere spezzata oppure l'intimità del dialogo farsi meno intensa in funzione della maggiore o minore delicatezza o neutralità di cui è capace l'interprete. L'operatrice/ore può inoltre sentirsi tenuta/o sotto controllo.

A seconda dell'interprete, la traduzione sarà più o meno intessuta di componenti culturali, e la parte di soggettività, intuizione ed emotività svolgerà un ruolo più o meno importante. A questo proposito, occorrerà stare in guardia ed evitare eventuali «alleanze» tra due delle persone presenti.

La traduzione richiede tempo, di cui occorre tener conto nella pianificazione del colloquio. Non bisogna inoltre dimenticare che lo scambio viene continuamente interrotto e che questo richiede, da parte di tutti, maggiore concentrazione e pazienza.

Indicazioni pratiche

Il primo colloquio è preceduto da una spiegazione, in cui l'operatrice/ore spiega all'utente i principi cui sottostà il ricorso ad una/un interprete, in particolare il rispetto del segreto professionale e della neutralità sotto ogni suo aspetto. La presenza dell'interprete va espressamente approvata dall'utente; questa approvazione va nuovamente richiesta in caso di ulteriori incontri o anche, durante il colloquio, in determinate situazioni.

Anche se l'interprete dà prova di neutralità, va prestata particolare attenzione all'influsso di certi fattori quali il sesso delle persone presenti, la nazionalità o l'appartenenza etnica.

Può essere utile mettere al corrente in anticipo l'interprete, in grandi linee, dei contenuti e degli obiettivi del colloquio. In quest'ottica, ricorrere di volta in volta alle/agli stesse/i interpreti può essere d'aiuto; richiede meno lavoro e influisce positivamente sull'atmosfera, l'intensità e la continuità del colloquio.

Se l'operatrice/ore si esprime in modo chiaro e semplice, agevola la traduzione. Ciò significa, d'altra parte, che non delega inconsciamente all'interprete la responsabilità di trasmettere determinati contenuti.

Per facilitare lo scambio, inoltre, può essere utile ricorrere a supporti nella lingua dell'utente (ad es. informazioni con pittogrammi per la prevenzione di HIV, HCV e così via).

Informazioni

Per informazioni in questo ambito ci si può rivolgere a Interpret, l'Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale. Il suo sito (www.inter-pret.ch) offre approfondimenti, indicazioni sul modo in cui svolgere i colloqui, elenchi di agenzie e di interpreti diplomate/i, una bibliografia e una serie di link utili.

6

Anamnesi - terapia

La comprensione individuale della malattia porta l'impronta della storia e della cultura e si costruisce in un determinato contesto sociale. Lo scambio delle due opinioni soggettive che sono quella dell'utente e quella dell'operatrice/ore sull'insorgere della malattia e sulla sua guarigione è pertanto fondamentale; ciò richiede d'altra parte una grande sensibilità per l'importanza ed il ruolo svolto dalla componente linguistica nella valutazione e nella presentazione dei sintomi. Quanto detto qui di seguito in merito all'anamnesi, può essere ripetuto in larga parte anche per la terapia, soprattutto alla luce del fatto che l'anamnesi, in sé, può già essere considerata un processo terapeutico.

Autovalutazione e valutazione esterna

L'immigrata/o tossicodipendente presenta sovente un bisogno estremo di conformità, di appartenenza e, d'altra parte, possiede notevoli capacità di adattamento. L'esperienza insegna che nell'applicazione di strumenti di diagnosi clinica (intervista clinica strutturata, o structured clinical interview: SCID I/SCID II, SCID D) si può constatare una certa discrepanza tra l'autovalutazione e la valutazione esterna. In particolare, emerge spesso che l'utente sopravvaluta la sua capacità di controllo sull'uso di stupefacenti. Le procedure standardizzate, pertanto, non sono sempre significative per individuare i disturbi psichici e quelli della personalità. I moderni sistemi di diagnosi, inoltre, sovente non prevedono alcun parametro sensibile ai fattori di tipo culturale.

Anche lo statuto sociale ha un influsso diretto sulla salute psichica, poiché essa è strettamente legata alla qualità e all'estensione delle relazioni interpersonali. La posizione rispetto agli altri, in particolare all'interno della famiglia, influisce anche sulle ragioni che spingono ad

accettare una motivazione esterna per seguire una terapia (ad es. «per far piacere ai miei genitori, per non farli preoccupare»). Nell'anamnesi occorre tener conto di tutti questi fattori.

Obiettivo: una storia complessiva della malattia

L'obiettivo è delineare la storia della malattia in tutti i suoi aspetti. Ciò significa che, durante l'anamnesi, accanto alla diagnosi clinica vanno considerati anche i parametri sociali della salute: statuto sociale, rete sociale, sostegno sociale, stress sociale e sesso sociale.

L'operatrice/ore deve essere in grado di cogliere la realtà individuale dell'utente, di cambiare prospettiva e di favorire i processi di comprensione reciproca. Evita di adottare modelli di interpretazione distorti poiché «culturalizzanti»; in altre parole, evita di ricondurre a particolarità culturali le rappresentazioni e i comportamenti dell'utente che risultano incomprensibili o problematiche. Riconosce tuttavia la possibilità che, nell'insorgere della malattia e nel modo di affrontarla, possano effettivamente svolgere un determinato ruolo i fattori legati alla migrazione ed è in grado di mettere in valore le risorse importanti di cui dispone l'utente.

Infine, l'operatrice/ore fa in modo che l'utente sia in grado di comprendere e affrontare meglio la sua situazione, di meglio sviluppare le sue capacità e di proseguire nel suo cammino di vita in modo autonomo.

Prassi narrativa

Attraverso il racconto viene dato spessore e significato agli avvenimenti della storia individuale. Nel processo di superamento della malattia, i racconti dell'utente svolgono un ruolo capitale.

Terapeuta e utente riconoscono il principio della «doppia competenza», ossia: l'utente risponde della sua situazione (ivi compresa la storia della migrazione) e la/il terapeuta risponde degli aspetti clinici.

Relazione

Il contatto tra l'operatrice/ore e l'utente deve essere selettivamente autentico. Un atteggiamento distaccato al momento di stringere un legame impedisce l'effetto di *joining*, ossia di stabilire e mantenere una relazione di lavoro costruttiva. Importante, sempre e comunque, è il rispetto dell'altra/o e della sua autodeterminazione.

Ostacoli

Nelle organizzazioni di aiuto sovente non si riflette a sufficienza sul concetto di cultura. Al momento di effettuare l'anamnesi possono pertanto entrare in gioco stereotipi e processi inconsci di «culturalizzazione», poiché la cultura è, da una posizione difensiva, concepita come qualcosa di statico ed estraneo.

Sovente l'immigrata/o ha vissuto in prima persona, o attraverso la sua famiglia, episodi di violenza durante eventuali scontri bellici ma anche durante il processo migratorio. Se, al momento dell'anamnesi, l'operatrice/ore manca di tatto nel porre le domande, corre il pericolo di destabilizzare l'utente a livello psichico e fisico. Deve pertanto disporre delle necessarie conoscenze specifiche nel campo dei disturbi postraumatici e della loro terapia professionale.

Suggerimenti, strategie, strumenti

Un'anamnesi attenta agli aspetti culturali e ai contesti migratori tiene conto, ad esempio, dei seguenti elementi: origine culturale e sociale, migrazione dei genitori, processo di integrazione, differenze constatate e vissute tra paese d'origine e paese ospite, relazioni tra i due paesi, età dei genitori, lettura dei ruoli, migrazione e dipendenza.

Le condizioni quadro devono essere adatte. In particolare, occorre:

- disporre di tempo sufficiente
- offrire un contesto che favorisca l'intensità e la profondità del colloquio
- scambiare qualche chiacchiera al momento della presa di contatto
- svolgere il colloquio con chiarezza
- predisporre uno spazio accogliente
- offrire alla persona che cerca aiuto un atteggiamento di stima e di accettazione
- concentrare l'attenzione di entrambi sulle risorse a disposizione e sulle soluzioni.

Durante l'anamnesi le domande vanno poste con creatività e flessibilità, nel rispetto dell'autodeterminazione della/del propria/o interlocutrice/ ore. I colloqui con la famiglia o con altri parenti sono sovente molto significativi per comprendere i sistemi di riferimento e i comportamenti dell'utente.

Dopo l'anamnesi, è consigliabile che l'équipe che segue il trattamento abbia uno scambio di idee a livello professionale, così da stabilire la strategia terapeutica per i primi tre mesi dopo l'ammissione in istituto. La diagnostica va intesa come un processo.

Transculturalità e dipendenza: dal concetto agli aspetti pratici

In una prospettiva transculturale è importante chiedersi se occorra adeguare l'accoglienza riservata all'utente immigrata/o ed il quadro terapeutico che le/gli viene offerto. Parallelamente occorre valutare se modificare la formulazione stessa delle problematiche poste da questo tipo di paziente.

La dipendenza come segno di integrazione

La dipendenza è sovente descritta come un problema tinto di fattori culturali; altrettanto sovente, però, non si sa dire che ruolo preciso essi svolgano.

La bibliografia dà modo di credere che la prevalenza della tossicodipendenza nelle/negli immigrate/i aumenti in funzione del grado di acculturazione nel paese ospite fino ad eguagliare, in seguito, la prevalenza nelle/negli autoctone/i. La dipendenza, pertanto, è piuttosto un segno di integrazione riuscita. Altre letture suggeriscono che essa sia una forma di accesso «ultrarapido» alla rete di integrazione: la sostanza ed il suo commercio sarebbero una sorta di «codificazione sociale» e di «linguaggio» facilmente accessibili, all'interno dei quali l'individuo riesce a stringere legami sociali con maggiore facilità.

Quando si parla di psicopatologia in merito ad una/un paziente dal passato migratorio, si possono commettere, tra gli altri, due errori fondamentali. Il primo: sopravvalutare l'influsso effettivo della cultura in questo ambito. Il secondo: minimizzarlo, credendo ad un'universalità strutturale dell'individuo e della patologia.

Cultura e identità

Nelle/nei giovani straniere/i, la costruzione di sistemi di riferimento personali, quali possono essere reti sociali e culturali armoniose, è frutto di un'equazione complessa che, nel suo svolgimento, può anche rivelarsi alquanto caotica. Assai difficile può essere, soprattutto durante l'adolescenza, il confronto con i modelli identitari offerti dai genitori. Il grado di assimilazione, sovente debole, del padre e della madre nel paese ospite può condurre a relazioni tese o ambivalenti con la cultura d'origine ed esacerbare i malintesi e le divisioni già consueti in questo periodo dello sviluppo.

La valutazione clinica di questa popolazione deve indicare se e in che modo la cultura d'origine riesce ad esistere e a trovare un ruolo stabile oppure se diventa una sorta di fantasma, ossessivo e persecutore. Questo è uno degli aspetti importanti della «formulazione culturale», uno strumento di valutazione e comprensione transculturale del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: il sistema di classificazione ideato dalla American Psychiatric Association). Essa consente di comprendere le relazioni in parte problematiche che certe/i pazienti intrattengono da un lato con i loro genitori o la loro comunità, che considerano «retrogradi e rimasti ad un sistema di principi culturali categorici» oppure, dall'altro, con la loro cultura d'adozione o con le condizioni di vita che il paese ospite riserva alle famiglie immigrate.

In questi processi di acculturazione, il vissuto dell'immigrata/o può in effetti essere inteso come una costante «reinterpretazione» della sua realtà interna, sensibile ad ogni nuovo avvenimento personale o familiare. Nel suo percorso verso l'autonomia e la gestione delle pulsioni è pertanto fondamentale offrirle/gli l'accompagnamento adatto a queste costruzioni o decostruzioni identitarie.

Problematiche

Per avvicinarsi e comprendere nel modo giusto le specificità culturali che una dipendenza può assumere in una/un paziente immigrata/o, è possibile riflettere su quattro domande fondamentali:

 Quali sono le ragioni del consumo di sostanze (ad es. lutti, traumi individuali o collettivi dovuti a conflitti o guerre)?

Queste ragioni sono legate

- a circostanze emerse prima, durante o dopo la migrazione?
- al processo di acculturazione?
- a difficoltà della comunicazione interculturale?
- 2. Nel paese ospite, quali difficoltà o ostacoli incontra l'utente immigrata/o nel caso di un trattamento in seno ad una struttura?

Ad esempio, le terapie sostitutive a base di metadone o eroina, le disintossicazioni in istituti di cura, le terapie residenziali oppure determinati trattamenti psicologici o psichiatrici sono adatti a questo tipo di utenti?

- 3. Quali risorse mancano nel dispositivo? Un sostegno religioso, comunitario, familiare, di padrinato?
- 4. Quale statuto hanno la tossicodipendenza e la sua terapia nel paese d'origine? Quali sono le modalità di trattamento ivi previste?
 - Nel paese d'origine si ricorre ad altre modalità di trattamento e di assistenza? Sono facilmente accessibili?
 - Alle persone con patologie da dipendenza, il paese d'origine riserva discredito, discriminazione ed esclusione?
 - Nella cultura d'origine, cosa o chi viene ritenuto responsabile di una tossicodipendenza? Chi la respinge? Chi si nasconde dietro?
 - È facile accedere alle sostanze?

In altre parole: nel paese d'origine come si lavora rispetto ai quattro pilastri (prevenzione, terapia, riduzione del danno, repressione)?

Ostacoli

Da parte dell'équipe di cura

- problemi legati all'attribuzione dei ruoli e alle aspettative che ne derivano, stigmatizzazione della/del paziente immigrata/o o di determinate comunità
- problemi di genere (gender)
- problemi linguistici
- lettura «culturalizzante» (Nella cultura d'origine dell'utente, cosa o chi viene ritenuto responsabile di una tossicodipendenza? Chi la respinge? Chi si nasconde dietro?)
- problemi interpersonali (alle persone con patologie da dipendenza, il paese ospite riserva discredito, discriminazione ed esclusione?)
- atteggiamenti negativi o contro-atteggiamenti

Da parte della/del paziente

- problemi concernenti l'accesso alle cure e alle strutture di assistenza;
 forse ignora i dispositivi di cura
- timore di essere stigmatizzato in patria e in famiglia
- diffidenza del funzionamento della confidenzialità e del segreto medico
- mancanza di riconoscimento della tossicodipendenza come malattia (considerata piuttosto una devianza)
- mancanza di accettazione di determinate forme di trattamento, respinte dal suo entourage (trattamento a base di metadone)

Consigli, strategie e strumenti

In questo contesto è quindi essenziale che l'operatrice/ore sia in grado di rimettere in discussione le proprie rappresentazioni e costruzioni teoriche concernenti la tossicodipendenza per le popolazioni migranti.

Gli strumenti di formulazione culturale di un problema medico possono offrire un modello di valutazione strutturata da impiegare per meglio tener conto della differenza (culturale) tra operatrice/ore e utente. Questi strumenti, tuttavia, sono ancora poco presenti e utilizzati nella prassi istituzionale e clinica svizzera.

La formulazione culturale tiene conto degli elementi seguenti:

- l'identità culturale dell'individuo
- le spiegazioni culturali della malattia

- i fattori culturali legati all'ambiente psicosociale e al livello di funzionamento
- gli elementi culturali che emergono nella relazione con l'operatrice/ ore
- la sintesi della valutazione culturale e l'implicazione nella diagnosi e nelle misure terapeutiche.

Si tratta di rilevare le differenze che l'operatrice/ore e la/il paziente possono avere nell'interpretazione del problema e di valutare in che modo determinati aspetti della malattia possono essere specifici rispetto alla cultura d'origine, allo statuto di immigrata/o e, beninteso, all'incontro tra paziente, operatrice/ore e strutture terapeutiche. Una tecnica terapeutica non può, infatti, essere concepita al di fuori di un contesto culturale. È, anzi, uno degli strumenti principali di trasmissione. Questa dimensione è essenziale poiché la/il terapeuta deve essere cosciente del suo ruolo di «mediatrice/ore» culturale.

Traumi

Nel caso di pazienti tossicodipendenti con un passato migratorio va presa seriamente in considerazione la possibilità di un'esperienza traumatica. Per chiarire i rapporti tra abuso di sostanze e disturbi postraumatici da stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) si possono avanzare le seguenti ipotesi:

- automedicazione (Khantzian 1985)
- ricerca dell'effetto amnestico di alcol e benzodiazepine (Stewart, Conrod, Dongier 1998)
- dissociazione chimica (Langeland, van den Bosch 2002)
- gioco legato ai rischi o risposta alla ricerca di sensazioni, all'impulsività
- suscettibilità
- un terzo fattore eziologico, comune alla tossicodipendenza e al PTSD
- affiliazione, socializzazione e mediatizzazione delle relazioni; «reti ultracorte» (Gransard, Nathan 1999)

Si osservi che le storie e gli avvenimenti traumatici sono certamente più frequenti che l'insorgenza effettiva di un disturbo di questo genere.

Non si potrà mai insistere abbastanza sulla necessità di sensibilizzare le équipe di cura all'approccio transculturale e di offrire loro i corsi di formazione necessari. La/il mediatrice/ore culturale dovrebbe diventare parte integrante della rete di cure, poiché dispone di conoscenze complementari sulla realtà della/del paziente, è in contatto con le comunità di immigrate/i e può fornire informazioni sull'integrazione sociale al loro interno. Può così contribuire ad una migliore armonia tra paziente, struttura d'aiuto e orientamento curativo, favorendo l'adesione alla terapia.

Se le competenze dell'équipe di cura in questo ambito sono insufficienti, si può ricorrere ad una consulenza transculturale (secondo il modello proposto da A.M. Kleinmann, introdotto progressivamente in numerosi ospedali). Ciò permette un lavoro euristico sulla psicopatologia delle/dei pazienti immigrate/i e apre la via a nuovi modelli di assistenza, a nuovi approcci e a nuove risorse comunitarie o sociofamiliari.

8

In cammino verso la guarigione

Guarire è un'aspirazione universale. Il processo di guarigione può essere legato a sensazioni di paura di fronte alla propria finitudine, alla morte o al nulla. Da che mondo è mondo, pertanto, la guarigione concerne il corpo ma anche l'anima. Nei paragrafi che seguono non si troveranno tanto i principi generali di un approccio tecnico o medico, quanto piuttosto una base di lavoro al centro della quale viene posta la relazione. L'obiettivo è accompagnare nel miglior modo possibile il processo di guarigione oppure, in caso di non guarigione, per lo meno di offrire un sostegno.

Migrazione e dipendenza

L'immigrata/o è obbligata/o, dalla sua condizione multiculturale e dallo sradicamento subito, a ridefinire tutti gli aspetti della sua identità, tanto personale quanto culturale; un processo al quale prendono parte innumerevoli fattori esterni e interni. Il desiderio di guarigione è una delle rivendicazioni alle quali sono confrontate/i tutte/i coloro che esercitano il mestiere di medico, psicologa/o, infermiera/e, educatrice/ educatore o operatrice/ore sociale.

Le famiglie immigrate considerano sovente la dipendenza come una «malattia vergognosa». L'immigrata/o che cerca un aiuto medico, pertanto, prova nel contempo l'impressione di un fallimento familiare, e si trova a dover affrontare una situazione paradossale: «Sono dipendente e, per guarire, devo parlarne; ma la mia malattia è una vergogna per la mia famiglia, quindi devo tacere.»

Tutto ciò non può che complicare la relazione terapeutica e di aiuto tra la/il paziente immigrata/o e il personale curante, contrariamente a quanto accade, ad esempio, in caso di malattia guaribile mediante un atto chirurgico o l'assunzione di medicamenti. Di questo tipo di malattia

si parla con maggiore facilità; essa viene accettata più serenamente tanto dal personale curante quanto dall'entourage familiare. La dipendenza, risposta sbagliata ad una ricerca in sé giusta e, comunque, vera sofferenza, pone la persona colpita e le persone a lei vicine in una situazione di fallimento.

Un approccio su misura per l'utente immigrata/o

Per l'operatrice/ore può essere un utile complemento adottare un approccio su misura per l'utente immigrata/o. I prossimi paragrafi descrivono un modo di procedere suddiviso in tre tempi che può essere adottato, sia in una sola seduta, sia sull'arco di più incontri, a seconda del tempo a disposizione.

1. L'accettazione della differenza

Per riuscirvi occorre evitare di creare gerarchie di ordine culturale. L'operatrice/ore deve cercare di capire le spiegazioni dell'utente e di considerarle plausibili. Rifiutare l'evoluzione lineare della cultura consente di mettere tutte le conoscenze sullo stesso piano. La percezione dell'altra/o si fa nel riconoscimento del suo problema, come ricorda Lévinas. Questi prende la responsabilità che abbiamo verso la nostra famiglia e la estende ad una responsabilità nei confronti di ogni essere umano. Ciò che egli chiama «la rivelazione del volto» consiste nell'incontrare il prossimo nella sua vulnerabilità, con empatia, provando nei suoi confronti, chiunque sia quest'altra/o, un sentimento di responsabilità.

In altre parole: la mia cultura non è superiore alle altre. La vulnerabilità umana è simile in tutte le culture, non può e non deve sfuggirmi, e io sono responsabile della relazione che stringo con il mio prossimo.

Se con questo atteggiamento dovessi incontrare dei problemi, mi rivolgo alle/ai mie/miei colleghe/colleghi o rinuncio ad assumermi il caso in uno stadio iniziale.

2. La responsabilità

L'operatrice/ore lavora per trovare soluzioni pragmatiche. La seconda sistemica cibernetica offre qualche punto di riferimento: l'operatrice/ore è attrice/attore del processo di guarigione ed influisce sul sistema di riferimenti della persona dipendente. Anche le sue rappresentazioni

della guarigione e della malattia hanno un influsso sul vissuto altrui. Essa/o partecipa alla costruzione della realtà in corso di osservazione. Il sistema è in grado di evolvere; essere sua parte attiva significa partecipare dinamicamente alla costruzione di un esito positivo. Occorre proporre soluzioni comuni che mirino ad obiettivi pragmatici, su un orizzonte a breve o medio termine. A questo stadio, i modelli proposti dal cosiddetto «colloquio di motivazione», dal metodo di risoluzione dei problemi ideato nell'ambito della Scuola di Palo Alto, dall'analisi transazionale e dalle terapie cognitivo-comportamentali costituiscono degli ottimi strumenti. In questo modo si evita la «culturalizzazione» del problema.

3. Il lavoro sul vissuto

L'utente e l'operatrice/ore costruiscono insieme una nuova definizione del problema. Dopo aver sperimentato la collaborazione pragmatica durante la seconda fase, le due persone hanno potuto instaurare una relazione di fiducia.

Non è facile definire esattamente la natura di un problema personale. Jacques Lagardet e Christian Flèche (Flèche, Lagardet 2004) propongono un approccio in quattro tappe, che si ispira alla medicina biologica, come cammino per scoprire il vissuto:

- 1. Gli atti: qual è la trama della storia della persona dipendente?
- 2. I pensieri: il suo modo di pensare come influenza le sue azioni?
- 3. I sentimenti: è felice, triste? Ha paura, è arrabbiata/o?
- 4. Il vissuto: è possibile aiutarla/lo a descrivere in modo adeguato ciò che prova?

Aiutarla/lo a percepire il suo vissuto consentirà di avvicinarsi in modo semplice alle sue esperienze consce e inconsce.

Inventare una soluzione

La dipendenza integra un percorso di vita. Non è più un'isola deserta in cui mai nessuno ha messo piede. L'operatrice/ore si avvicina alla riva (primo tempo), osserva i passaggi sulle scogliere. Getta l'ancora e approda con circospezione (secondo tempo). Parte poi alla scoperta di quanto l'isola nasconde (terzo tempo).

La mano esperta dell'esploratrice/ore potrà essere d'aiuto solo se si integra al fragile ecosistema e a tutti i suoi elementi naturali, compresi gli indispensabili meccanismi di difesa.

«I fatti appartengono tutti soltanto al problema, non alla risoluzione.» Questa affermazione di Wittgenstein ci porta ad una conclusione costruttiva: trovare una soluzione significa esercitare l'arte della scoperta. Ricordiamo, per terminare, una frase di Christian Bobin: «Ciò che si sa di qualcuno impedisce di conoscerlo.»

9

Approccio sistemico centrato sulla soluzione

Troppo spesso la migrazione è associata a problemi: un atteggiamento di apertura e di curiosità permette invece di concentrarsi sulle risorse e sulle capacità dell'utente, così da consolidarle.

Focalizzare l'attenzione sulle risorse, piuttosto che sulle lacune

La bibliografia specializzata non manca di interesse nei confronti della migrazione. Essa tende tuttavia a concentrarsi piuttosto sulle lacune legate a questa tematica. La parola «migrazione» diventa così, in modo rapido e semplicistico, sinonimo di «problema». Si scrive molto di cultura, ma quasi sempre ponendo l'accento sulle differenze: adottare un atteggiamento di questo genere non può che distanziare la/il terapeuta e l'utente.

«Finora le analisi scientifiche concernenti la salute psicosociale delle fasce immigrate della popolazione si orientano soprattutto in funzione delle patologie e tengono a malapena conto delle possibili e numerose risorse. La situazione delle/degli immigrate/i è sovente problematizzata nel quadro di un discorso miserabilista» (Weiss 2003, p. 283). Non si tiene abbastanza conto del fatto che la migrazione cela tutta una serie di potenzialità e di risorse individuali. Le persone che affrontano un intero processo migratorio, sviluppano necessariamente enormi risorse per venire a capo di questa impresa titanica. Nel corso della consulenza e della terapia può quindi essere molto costruttivo attirare l'attenzione dell'immigrata/o più sulle sue risorse che sulle sue lacune. L'approccio sistemico centrato sulla soluzione (solution focused) è un metodo ideale, che offre gli strumenti adequati.

Atteggiamento di curiosità e di apertura

Un atteggiamento aperto consente di evitare le trappole della «culturalizzazione». Esso «fa sì che i gesti della/del terapeuta trasmettano una curiosità ricca e sincera ed esprimano la necessità di saperne di più su quanto viene detto, piuttosto che di trasmettere opinioni preconcette e aspettative sull'utente, sul suo problema e su ciò che occorre cambiare. La/il terapeuta si mette in una posizione in cui permette di essere «informato» dall'utente» (Anderson, Goolischian 1992, p. 29: citati in de Jong, Kim Berg 1999, p. 46).

Pieni poteri all'utente

Nella prassi, focalizzare l'attenzione non tanto sui problemi, quanto piuttosto sulle potenzialità e *sull'empowerment* dell'utente, consente di porre le basi necessarie sulle quali essa/o può poi andare a cercare la forza di estendere le sue abilità e competenze e di integrarle nella sua vita quotidiana.

Concentrarsi soprattutto sulle soluzioni possibili, accompagnare l'utente nelle soluzioni e nelle visioni che le/gli sono proprie, libera la/il terapeuta dall'idea di dover trovare, da sola/o, le vie d'uscita. Anche qui la responsabilità va lasciata piuttosto alla persona che cerca la consulenza: «Il miglior modo di decidere quale porta può essere aperta per trovare una soluzione consiste nell'ottenere una descrizione di ciò che l'utente intende fare di diverso e/o ciò che accadrà quando il problema sarà risolto, così da creare l'attesa di un cambiamento in meglio» (de Shazer 1985, p. 46: citato in de Jong, Kim Berg 1999, p. 37).

Gli atteggiamenti, i metodi e gli strumenti di cui è questione in questi paragrafi non sono stati ideati appositamente per il lavoro con le/gli immigrate/i. Ma poiché si concentrano soprattutto sull'individuo e sulle sue risorse, si rivelano adatti anche a questa utenza.

Tra realtà e possibile

«L'ambito del possibile è quasi infinito, quello del reale è molto limitato, perché di tutte le possibilità è sempre una soltanto quella che si può trasformare in realtà. Il reale è solo un caso particolare del possibile, e per questo è anche concepibile in modo diverso. Ne consegue che, per poterci addentrare nel possibile, dobbiamo trasformare il concetto del reale» (Dürrenmatt 1986, p. 51).

10

Terapia sostitutiva per persone con uno statuto di soggiorno precario

Nel caso di una/un paziente con uno statuto di soggiorno precario, prendere in considerazione una terapia sostitutiva può comportare problemi a diversi livelli, quali ad esempio l'ammissione per il trattamento, la copertura dei costi, la durata della cura e l'eventuale ritorno al paese d'origine o partenza verso un paese terzo. Queste persone possono incontrare problemi simili anche in caso di terapia ambulatoriale o residenziale.

Decisioni di non entrata in materia e clandestine/i

In Svizzera, le persone con uno statuto di soggiorno precario appartengono sostanzialmente a due gruppi: le/i richiedenti l'asilo sulla cui domanda non si è entrato in materia (i servizi amministrativi le/li chiamano «NEM», non entrata in materia) e le/i clandestine/i (o sanspapiers), ossia le persone prive di un'autorizzazione di soggiorno. Di fatto, le/i prime/i non hanno né assicurazione, né domicilio ufficiale, né mezzi finanziari; vivono nel continuo timore di essere espulse/i. Sono tuttavia note/i alle autorità cantonali e registrate/i. In caso d'emergenza ricevono un aiuto sanitario e sociale.

Le/i sans-papiers che vivono in Svizzera sono, invece, ignote/i alle autorità. Ufficialmente non esistono: è pertanto difficile pronunciarsi sul loro numero effettivo. Non hanno un domicilio legale, lavorano in nero, non hanno praticamente alcuna assicurazione e non dispongono di mezzi finanziari.

Le persone con uno statuto di soggiorno precario hanno, talvolta, una domanda precisa: beneficiare di una terapia sostitutiva per affrontare la loro dipendenza da oppiacei. Possono inoltre avere problemi somatici dovuti ad una cattiva salute fisica e mentale.

Favorire l'accoglienza ed i legami, malgrado la diffidenza

Queste persone temono sovente di essere arrestate, giudicate, emarginate. Occorre pertanto rassicurarle, spiegando loro che sono protette dal segreto professionale e dal segreto medico.

In alcuni casi è necessario ricorrere ad una/un interprete, per individuare i bisogni della/del paziente e per comunicarle/gli con chiarezza gli obiettivi ed i limiti di un trattamento. La consultazione va coordinata con il personale medico, il personale curante e le/gli operatrici/ori sociali, sensibilizzate/i alla problematica.

Finanziamento e durata del trattamento

Le varie procedure che occorre avviare per autorizzare e finanziare la terapia sostitutiva di una persona con uno statuto di soggiorno precario dipendono dalle legislazioni cantonali. Gli ostacoli amministrativi possono sorgere soprattutto quando occorre continuare un trattamento di cui tuttavia nessuno è pronto ad assumere i costi. Ciò dimostra tra l'altro che, a livello federale e cantonale, sarebbe necessario stanziare i mezzi finanziari per affrontare questi problemi. In alcuni Cantoni, comunque, la/il paziente ha accesso non solo alla terapia sostitutiva, ma anche ad un'assistenza medica globale (ivi compresi un ECG e un quadro ematico), ciò che permette, talvolta, di rivelare l'esistenza di altre patologie.

La durata del trattamento può variare poiché dipende dal rischio di espulsione o di partenza anticipata. Sovente essa va costantemente riconsiderata, poiché può oscillare da periodi di qualche settimana a periodi di diversi mesi.

Nel caso di un ritorno al paese d'origine (volontario o in seguito a rinvio coatto) oppure di partenza verso un paese terzo, è essenziale pianificare una terapia di disintossicazione. Se nel paese d'arrivo è possibile continuare il trattamento a base di metadone o buprenorfina, occorre prendere contatto con le autorità responsabili e mettere a disposizione un rapporto medico (in inglese o in francese). L'operatrice/ore si informa sul tipo di assistenza corrente nel paese d'origine e spiega alla/al paziente i suoi diritti concernenti la tossicodipendenza.

Nel caso di un ritorno volontario, la disintossicazione è organizzata assieme alla/al paziente in funzione della data di partenza. Se possibile, e d'accordo con lei/lui, si può chiedere un sostegno della Croce Rossa

al momento del commiato e in vista di continuare il trattamento nel paese d'origine. Occorre preparare una lettera accompagnatoria (in inglese o in francese), che potrà essere presentata ai servizi responsabili del trattamento. Alcuni casi particolari esigono la continuazione di cure ambulatoriali, e ciò malgrado manchi la copertura finanziaria: qui occorre l'accordo esplicito del medico caposervizio.

Trattamento di richiedenti l'asilo

Le/i richiedenti l'asilo hanno un'assicurazione malattie di base. I costi delle terapie ambulatoriali e delle terapie residenziali in reparto generale, pertanto, sono interamente rimborsati dalle casse malati. In Svizzera l'assicurazione di base copre in modo abbastanza completo le patologie da dipendenza. Tuttavia, sovente occorre che il medico rediga una delega scritta.

11

Terapia all'estero

A prima vista, per l'utente con un passato migratorio una terapia all'estero può apparire ovvia, un po' per ragioni linguistiche o culturali, un po' come mezzo per «tornare alle proprie radici». I pro e i contro, però, vanno sempre soppesati con cura. Senza dimenticare l'attenzione che va prestata al livello qualitativo dei servizi offerti all'estero e, soprattutto, al ritorno dell'utente in Svizzera.

I pro e i contro di una terapia all'estero

Sovente sono i genitori che premono affinché la/il figlia/o sia rimandata/o nel paese d'origine, per vergogna o per paura delle conseguenze (generali o, più in particolare, sul permesso di soggiorno) della sua tossicodipendenza, oppure perché convinti che una terapia nel paese d'origine sia più adatta ed efficace rispetto ad un trattamento in Svizzera.

Ad ogni modo, i pro e i contro di una terapia all'estero devono essere ben ponderati, in base alle particolarità di ogni singolo caso. Una terapia all'estero non deve essere la soluzione miracolo per l'operatrice/ore incapace di uscire da un blocco o da una stagnazione della consulenza o della terapia; tanto meno va giustificata con argomentazioni culturalizzanti («la problematica dell'utente è di ordine culturale; per questa ragione è meglio che torni nel suo paese d'origine, dove la/lo capiranno meglio»); meno ancora va scelta per motivi finanziari. È vero che gli organismi che devono assumersi i costi vedono di solito di buon occhio la soluzione della terapia all'estero, poiché meno cara, dimenticando che essa comporta un considerevole dispendio amministrativo ed organizzativo.

In alcuni casi, che non vanno però generalizzati, una terapia all'estero è tuttavia indicata: se, ad esempio, le scarse conoscenze linguistiche rendono irrealizzabile una terapia residenziale o una psicoterapia, ma

anche se i legami con il paese d'origine sono molto stretti o vanno ripristinati, e si tratta di (ri)trovare la propria cultura e la propria identità.

Condizioni per riuscire una terapia all'estero

I due aspetti più importanti per riuscire una terapia all'estero sono la qualità dei servizi offerti nel paese d'origine ed il sostegno di cui può beneficiare l'utente prima e dopo il suo soggiorno all'estero.

Il livello qualitativo del lavoro svolto da un istituto estero non può essere controllato a partire dalla Svizzera; mancano inoltre accordi di prestazione tra gli organismi che coprono i costi e gli istituti esteri. Per questo motivo occorre verificare che l'istituto scelto sia ufficialmente riconosciuto nel suo paese.

Eccellenti risultati può dare anche la collaborazione diretta tra istituti svizzeri ed esteri. Basti pensare, ad esempio, al progetto Xenos, frutto della collaborazione tra il CEIS (Centro Solidarietà di Modena) e diversi istituti e organizzazioni di immigrate/i con sede in Svizzera.

Le ragioni, l'intima motivazione e i possibili vantaggi e svantaggi di una terapia all'estero vanno discussi con l'utente in termini chiari e aperti. Se si tratta semplicemente di (ri)prendere contatto con il paese d'origine, allora basta anche solo un semplice viaggio.

Ritorno in Svizzera

Il ritorno in Svizzera è un momento critico, al quale va dedicata un'attenzione particolare. Dato che il soggiorno all'estero può diventare una sorta di «vacanza», al momento del rientro può darsi che riemerga il riflesso del consumo di sostanze. Tanto più che il vocabolario utilizzato per una terapia all'estero – che ha, indubbiamente, anche una dimensione di «viaggio» – è, in fin dei conti, simile a quello di una dipendenza: si tratta di un «trip», di un'iniziazione. Tanto il ritorno quanto il sostegno che lo segue vanno pertanto preparati con cura; in questo contesto i genitori e gli altri parenti svolgono un ruolo importante. Idealmente, il lavoro con i genitori andrebbe proseguito in parallelo, mentre la/il figlia/o segue la sua terapia all'estero. Anche i gruppi di aiuto e di scambio che riuniscono le/gli utenti e i loro genitori dopo il ritorno in Svizzera si sono rivelati un ottimo appoggio.

Situazioni particolari

Problemi particolari emergono quando la/il tossicodipendente o la persona che segue una terapia sostitutiva è espulsa/o dal territorio o sottoposta/o a rinvio coatto (ad es. i richiedenti l'asilo). In tempi brevissimi occorre chiarire le possibilità di terapia nel paese di rinvio, contattare i servizi responsabili e adeguare la terapia sostitutiva o prevedere una terapia di disintossicazione.

12

Bambini – adolescenti – genitori

Per molti versi, la migrazione modifica la struttura familiare: ciò non può che avere un impatto molto forte sulle/sui bambine/i e le/gli adolescenti. Dopo la loro integrazione nel paese ospite, di solito abbastanza rapida, le/i più giovani si trovano confrontate/i a esigenze in parte contraddittorie, devono assumersi compiti normalmente riservati alle/agli adulte/i e fungere anche da mediatrici/ori. Nell'aiutarle/i, occorre innanzitutto ridurre questa pressione e, nel limite del possibile, coinvolgere i genitori.

Le/i bambine/i e le/gli adolescenti non possono essere considerate/i indipendentemente dal contesto della loro famiglia o, più in particolare, della relazione con i loro genitori. Non è detto che i problemi delle famiglie immigrate e delle/dei loro figlie/i siano poi così diversi da quelli delle famiglie svizzere; possono tuttavia presentare particolarità legate proprio al passato migratorio, che assumono un'importanza più o meno grande a seconda della provenienza e della situazione individuale.

Adolescenza e migrazione

Durante l'adolescenza, le/i giovani immigrate/i devono affrontare, oltre ai loro processi di sviluppo, un difficile contesto di vita, che le/li mette considerevolmente sotto pressione e può provocare in loro delle reazioni elusive. Migrare significa staccarsi da un determinato ambiente e integrarsi in uno nuovo, e ciò comporta inevitabili ripercussioni, prime fra tutte lo sradicamento e il conseguente sforzo di adattamento ad un altro mondo. Le/i bambine/i, soprattutto, subiscono tensioni fortissime, poiché sono confrontate/o ad aspettative e sistemi di valori che si esprimono in modo contrastante su entrambi i fronti, ossia da parte della famiglia e/o della loro comunità da un lato e da parte del nuovo

12 Bambini - adolescenti - genitori 12 Bambini - adolescenti - genitori 12 Bambini - adolescenti - genitori

ambiente dall'altro. Tutto ciò può provocare conflitti di lealtà che, a loro volta, possono acuirsi dolorosamente, soprattutto nelle bambine e nelle ragazze che vivono in ambienti tradizionalisti.

Situazione socioeconomica

Un eventuale peggioramento della situazione socioeconomica della famiglia dovuto alla migrazione può compromettere lo sviluppo delle/dei figlie/i, anche identitario. Esse/i percepiscono, in effetti, l'aggravamento dello statuto sociale dei loro genitori e sono confrontati di conseguenza ad una riduzione dell'accesso alla formazione scolastica e professionale e al mercato del lavoro. Se entrambi i genitori sono costretti a lavorare, inoltre, le/i bambine/i sono sovente abbandonate/i a loro stesse/i.

Lingua - formazione scolastica e professionale - integrazione

Alcune/i bambine/i e ragazze/i di famiglie immigrate devono apprendere a convivere con il fatto che i loro genitori non capiscono e non parlano la lingua del luogo, o solo in parte. Ciò è sovente il caso delle madri, in particolare di quelle giunte in Svizzera nell'ambito del ricongiungimento familiare. Le lacune linguistiche sono spesso accompagnate da una formazione scolastica limitata: entrambe significano che i genitori possono essere di ben poco aiuto nella scolarizzazione delle/dei figlie/i. Sovente non sono abbastanza informate/i oppure non sanno dove possono rivolgersi per ottenere un'indicazione, ad esempio sui sistemi scolastici e di formazione professionale, le offerte per il tempo libero, la salute pubblica, i servizi di consulenza e così via. Tutto ciò è ancora più marcato se l'educazione delle/dei figlie/i è affidata alla madre. Se hanno avuto cattive esperienze con le autorità, i genitori non hanno fiducia nei servizi di sostegno ufficiali, si sentono impotenti e privati di ogni competenza decisionale.

Spesso le famiglie non sono, o solo molto poco, integrate nella vita sociale: i genitori non partecipano ad alcuna associazione svizzera e non hanno amiche/amici autoctone/i. Alcuni impediscono anche alle/ai figlie/i di prender parte alla vita sociale svizzera (ad es. le colonie di vacanza).

Ruoli e conflitti delle/dei bambine/i e delle/degli adolescenti

Di conseguenza, le/gli adolescenti sono sovente costrette/i a responsabilizzarsi e a sbrigarsela da sole/i. Si ritrovano responsabili anche del buon funzionamento della famiglia, poiché devono fungere da traduttrici/ori e mediatrici/ori culturali per i loro genitori. Assumono ruoli e funzioni normalmente lasciati alle/agli adulte/i, che le/li mettono sotto pressione e che possono ostacolare il loro sviluppo. La famiglia subisce rivolgimenti gerarchici, problematici per entrambe le generazioni. La tensione tra buona integrazione delle/dei figlie/i e cattiva integrazione dei genitori, inoltre, crea paure, malintesi e divergenze d'opinioni, comportando un grande potenziale di conflitto, che si può manifestare anche nel quadro della collaborazione instaurata a livello di consulenza o di terapia.

Paure dei genitori

I genitori desiderano d'altra parte che le/i figlie/i seguano una formazione professionale che prometta loro una vita migliore e un'ascesa economica. Per riuscire nel sistema svizzero di formazione scolastica e professionale, le/i ragazze/i devono sviluppare capacità e attitudini che possono però entrare in contraddizione con le esigenze della famiglia e i valori della comunità. I passi compiuti dalle/dai figlie/i verso l'integrazione possono scatenare nei genitori il timore che esse/i si allontanino dalla famiglia e dai valori che sono stati loro trasmessi, e che si avventurino verso qualcosa di sconosciuto. I messaggi che i genitori inviano loro, pertanto, sono sovente segnati dalla paura, mutevoli e contraddittori. Questo è un problema vissuto soprattutto dalle bambine e dalle ragazze di famiglie tradizionaliste.

Divergenze nella comprensione dei problemi

Qual è il problema? Quali sono le sue cause? Come risolverlo? Le risposte a queste domande possono essere molto diverse tra loro. La responsabilità per un problema di dipendenza è sovente attribuita alla cultura svizzera, considerata troppo permissiva dai genitori. Si mostrano diffidenti e possono avere preconcetti negativi nei confronti della Svizzera, agli istituti e alle/ai consulenti autoctone/i. Per loro, di conseguenza, una delle soluzioni è rinviare la/il figlia/o nel paese d'origine; capita anche che utilizzino questa opportunità per minacciare le/i figlie/i che si sono

integrate/i e per le/i quali il paese d'origine è fonte di paure. La dipendenza, sovente, non è vista come una malattia, ma come una colpa individuale. Inoltre, se una consulenza o una terapia è accettata, i genitori si attendono una guarigione immediata.

L'esperienza migratoria come risorsa

La migrazione, le condizioni di vita nel paese ospite, le molteplici sfide ed esigenze poste proprio alle/ai bambine/i e alle ragazze/i non devono essere considerate unicamente come dei pesi. Dietro tutto ciò si possono celare anche molte speranze e punti di forza, molte attitudini e capacità che le persone sviluppano in quanto individui ma anche in quanto membri della loro famiglia. L'intervento può e deve fare leva su queste risorse.

Obiettivo: ridurre la tensione e la pressione

L'intervento di aiuto nell'ambito delle dipendenze deve innanzitutto ridurre la tensione e la pressione vissute tanto dalle/dai bambine/i e dalle/ dai ragazze/i quanto dai genitori, consolidare l'autostima e l'immagine di sé e bandire le prospettive pessimiste e negative. Deve consentire a tutte/i le/i coinvolte/i di esprimere chiaramente le proprie paure e i propri desideri, così da rendere possibile un'effettiva mediazione intergenerazionale. Deve inoltre chiarire i diritti e i doveri che si hanno in Svizzera, e garantire l'accesso alle informazioni e alle strutture di cui necessita. Se occorre, aiuta a sviluppare una concreta rete di contatti.

Fiducia e stima

L'importanza di una relazione di fiducia è capitale. Una condizione pratica è, se possibile, quella di non cambiare consulente.

Nel lavoro con le/i bambine/i il gioco assume un ruolo centrale, poiché a questo livello l'accento è posto soprattutto sul gesto, sull'azione e solo in secondo luogo sulla parola. L'impiego di simboli e rituali può servire anche nel caso di persone giovani e adulte.

Accettare e manifestare stima per il mondo e le esperienze dell'utente, in particolare la sua capacità di integrazione, ha un effetto positivo e consolidante sulla sua autostima. Parallelamente, occorre trasmettere i valori che prevalgono in Svizzera.

Coinvolgimento dei genitori

Ad eccezione dei casi in cui si facciano un'idea assolutamente diversa e incompatibile con l'approccio terapeutico della dipendenza deciso dall'utente e dall'operatrice/ore, i genitori vanno coinvolti, così da non aggravare lo scarto di conoscenze ed integrazione che già li separa dalle/dai figlie/i. Un altro aspetto importante è invitare esplicitamente entrambi i genitori: in caso contrario capita sovente che la madre non si presenti, anche se è lei che, all'interno della famiglia, detiene il potere decisionale.

Nel lavoro con genitori o anche con comunità di immigrate/i, prima di trovare il miglior cammino bisogna talvolta avanzare per tentativi. I genitori che cooperano possono essere un'ottima fonte di informazioni. Si possono utilizzare anche canali già esistenti (ad es. le serate per i genitori organizzate dalle scuole). Di solito è pure positivo lasciare ai genitori la possibilità di stabilire le condizioni ed il contesto dell'incontro.

Rispettare e stimare la famiglia e il suo percorso di vita è essenziale per riuscire a coinvolgere i genitori e a garantirsi la loro fiducia. Scoprire e dare un nome a valori morali condivisi può permettere di definire obiettivi comuni, di reinterpretare positivamente il contesto migratorio (reframing) e di sottolinearne gli aspetti positivi, così da consolidare l'autostima di tutte le persone coinvolte. I genitori, in generale, sottovalutano le loro potenzialità e l'impatto che può avere il loro intervento.

I genitori, con i loro diritti, vanno considerati con molta serietà e coinvolti di conseguenza. La loro autodeterminazione va incoraggiata e, nel contempo, il loro ruolo va consolidato. In questo modo saranno in grado di mobilitare le loro risorse e di aiutare la/il propria/o figlia/o. Le decisioni concernenti le fasi ulteriori della terapia dipendono da loro o per lo meno vanno prese insieme a loro. Le regole e le conseguenze del loro rispetto e della loro infrazione vanno discusse e pattuite con i genitori e l'utente. Con i genitori, inoltre, è importante avere un approfondito colloquio al momento dell'uscita.

Comunicazione

In molti casi è assolutamente necessaria la presenza di una/un interprete. Questo compito non va affidato ad un membro della famiglia, soprattutto non alle/ai bambine/i o alle/ai ragazze/i. Formulare gli obiettivi in modo che siano chiari per tutte/i non può che avere un effetto rassicurante. Vale, inoltre, senz'altro la pena verificare con regolarità se le informazioni e gli accordi sono stati compresi.

Un aiuto concreto

In molti casi è possibile un aiuto concreto, ad esempio indicando come accedere agli istituti e alle offerte sociali o culturali. Spesso ha un impatto più positivo che un discorso.

Inciampare su errori di valutazione

Molte difficoltà sono dovute ad errori di valutazione commessi da entrambe le parti.

Sovente l'operatrice/ore considera che il comportamento preoccupante della/del giovane sia dovuto al contesto migratorio da cui proviene, piuttosto che da problemi più specifici (povertà, disoccupazione soprattutto del padre, malattia e così via). Può anche darsi che sottovaluti le risorse e le capacità delle/degli immigrate/i, poiché non parlano bene italiano e appaiono insicure/i o ignare/i; in modo particolare, delle madri, che nel contesto familiare non sono poi così prive di autorità come potrebbe apparire di primo acchito. D'altro canto, può anche darsi che si sottovalutino le effettive difficoltà di comprensione: anche se i genitori riescono ad esprimersi bene in italiano, non è detto che non vi siano malintesi che, a loro volta, possono ostacolare la consulenza o la terapia.

L'immigrata/o, da parte sua, sottovaluta spesso le sue risorse e l'efficacia delle sue azioni. Interpreta anche diversamente ciò che è bene per la/il figlia/o: per lei/lui è difficile comprendere che lo Stato si assuma una responsabilità sociale e che non abbandoni semplicemente la/il figlia/o nelle mani dei genitori, senza diritti propri.

13

Lavorare con la famiglia

Nel lavoro sulle dipendenze, un intervento terapeutico può riuscire a valorizzare le risorse della famiglia a condizione, tuttavia, di rispettare gli ordini di valori e di senso che essa applica e, in particolare, di concentrarsi sulla sua storia: in un contesto segnato dall'oblio, cercherà piuttosto di sollecitare i ricordi. In tal modo potrà dare alla famiglia una continuità memoriale, senza negare però la presenza del problema.

Cominciamo con una provocazione: i bisogni concreti delle famiglie immigrate con problemi di dipendenza hanno a che fare con i servizi di consulenza tanto quanto le piramidi d'Egitto con i mutamenti climatici. In entrambi i casi si tratta di storie nate da una relazione che nega la reciprocità. Le riflessioni che seguono intendono ripristinare questa reciprocità, a partire dalla storia familiare.

Storia familiare

Talvolta tra famiglia e operatrice/ore si instaura una strana intesa tacita, che fa sì che il lavoro terapeutico dedichi solo poca, o praticamente nessuna attenzione alla storia della migrazione.

La ricostruzione della storia familiare e della storia della migrazione dovrebbe invece essere un momento forte, durante il quale affrontare il passato, per ritrovarvi i valori e per ricondurli al presente, con tutto il loro significato e la loro importanza. La migrazione esige un esercizio di memoria, poiché essa tende, in qualche modo, a pietrificare il ricordo, a rimuoverlo oppure a lasciarlo emergere con troppa violenza. Il meccanismo che si nasconde dietro la rimozione, d'altra parte, è abbastanza logico: per potersi trasformare, bisogna dimenticare il cammino percorso e concentrarsi sull'obiettivo. La pulsione a quardare sempre avanti,

13 Lavorare con la famiglia 13 Lavorare con la famiglia

sempre oltre le tribolazioni quotidiane sono il sacrificio che l'immigrata/o è disposta/o a fare in vista di un futuro migliore. Il prezzo da pagare, però, è rimosso o dissimulato in toni positivi. Solo nella cosiddetta «fase di scompenso» della migrazione (Sluzki 2001) i problemi si presentano in tutta la loro forza.

Sradicamento e difficoltà di integrazione

Coinvolgere la famiglia in un trattamento della dipendenza è importante ma anche molto difficile. Con la famiglia, che presenta spesso problematiche multiple, è importante affrontare temi quali il lutto (di persone o di luoghi), le difficoltà di integrazione o le resistenze all'assimilazione nel paese ospite. Sradicare una persona dalle strutture naturali alle quali appartiene può portare ad un disagio che si estende su più generazioni, e che porta poi alle varie casistiche.

Miti familiari

Nelle famiglie con un passato migratorio sovente le apparenze ingannano. Per capire ciò che si nasconde dietro l'immagine esteriore occorre pertanto, sovente, porre domande, soprattutto sulla suddivisione dei ruoli.

Nelle famiglie immigrate i miti familiari (ad es. il mito del «ritorno al paese») sono molto importanti e spesso costituiscono gli strumenti per mantenere intatte le proprie illusioni. Ogni intervento terapeutico deve tenere attentamente conto di questo aspetto.

Sincretismo mancato

Nelle famiglie con problemi di dipendenza la gerarchia generazionale è sovente capovolta e viene a mancare il necessario sincretismo, ossia i legami fondati su un'identità di gruppo familiare (la famiglia stessa). Tutto ciò significa che la famiglia non è riuscita e non riesce a fondere il vecchio e il nuovo mondo in un mondo solo.

Cronicizzazione e paura

48

Sovente, le famiglie con un passato migratorio si rivolgono ad un servizio di consulenza solo molto tardi, ossia quando il problema si è già cronicizzato. Se decidono di chiedere aiuto significa che il loro sistema è entrato in crisi: in caso contrario non cercherebbero un appoggio ester-

no. Prima di affrontare il problema vero e proprio, pertanto, l'operatrice/ore deve cercare di cogliere e in qualche modo di calmare le paure della famiglia. La relazione terapeutica deve dedicare un approccio cauto e pieno di tatto ai possibili atteggiamenti di imbarazzo o di vergogna, e deve essere aperta alla comunicazione. In altre parole: ammettere l'imbarazzo è la chiave per la comprensione ed il cambiamento.

Comunicazione simbolica

Di fronte all'argomento della tossicodipendenza, sovente la famiglia accusa, almeno all'inizio, una sorta di blocco, e mette in atto una comunicazione simbolica, che serve più per trasmettere le proprie paure che per dare determinate informazioni (ad es. si sparge il sale per scacciare il male). Una terapia può prendere spunto proprio da questo stadio simbolico, nel quale sono presenti contenuti e valori della cultura d'origine.

Figlie/i trascurate/i

Molte/i ragazze/i sono state/i, realmente o simbolicamente, separate/i dalla loro famiglia. Le/i figlie/i delle migrazioni degli anni Sessanta e Settanta, soprattutto, sono sovente cresciute/i con le/i loro nonne/i. Una tematica centrale nella storia di molte/i giovani immigrate/i è quella dell'abbandono, che può essere tenuto segreto, misconosciuto oppure anche apertamente ammesso.

Atteggiamento dell'operatrice/ore

È fondamentale che l'operatrice/ore possieda la modestia e la correttezza intellettuale di considerarsi come portatrice/ore di un sapere che non è onnicomprensivo, poiché storicamente determinato e legato ad un iter personale, e che, di conseguenza, non può che essere parziale. Questo sapere, che possiamo chiamare anche cultura, può essere rimesso in causa e può modificarsi nel corso del dialogo con l'utente immigrata/o. L'operatrice/ore deve riuscire a sviluppare la sensibilità necessaria a captare l'effettiva importanza delle differenze culturali e a non sottovalutare i suoi propri imprinting in questo campo, ma anche a non sopravvalutare la reciprocità di questo approccio nelle persone provenienti da altre culture. I fondamenti della transculturalità stanno nella capacità di confrontarsi a questa sfida nella consapevolezza

13 Lavorare con la famiglia 13 Lavorare con la famiglia

dei propri limiti, senza nascondersi dietro la scrivania o dietro fumosi tecnicismi.

Tre direttive

Un lavoro di questo genere si può orientare ad esempio in base alle «tre direttive per la conduzione della seduta» proposte da Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli 1988): ipotizzazione, circolarità e neutralità.

«Ipotizzazione» significa formulare ipotesi sulla base delle informazioni ricevute. Con «circolarità» si intende la capacità di considerare il comportamento osservato nel contesto familiare non linearmente, come un semplice concatenamento di cause ed effetti, ma come un circuito di regolazione nel quale tutti gli elementi del sistema si influenzano reciprocamente. «Neutralità» indica l'effetto pragmatico suscitato dal comportamento dell'operatrice/ore durante la terapia. Significa anche che nel tessuto familiare non viene a crearsi alcun vuoto al momento in cui la terapia si conclude e la famiglia deve tornare a cavarsela senza aiuto esterno.

Primo incontro

Occorre curare ogni dettaglio del primo incontro, poiché è in questa occasione che l'operatrice/ore ha le migliori possibilità per essere accettata/o dalla famiglia ed instaurare con essa una vera comunicazione. Questo non ha sovente nulla a che vedere con la situazione terapeutica. L'operatrice/ore dovrebbe cercare, nel limite del possibile, di trovare nella propria storia un legame con quella dell'utente. È sempre una buona cosa poter partire da una base comune.

Costellazioni e dinamiche familiari

In ogni famiglia c'è sempre qualcuno che si occupa maggiormente della persona che presenta i sintomi. Se l'operatrice/ore intende far sì che la famiglia sia pronta ad «abbandonare nelle sue mani» uno dei suoi membri, deve dapprima fornirle un sostituto, un'altra persona sulla quale orientare le energie che verranno a liberarsi. Sovente, in una prima fase, l'operatrice/ore sociale o la/lo psicologa/o deve offrire aiuto al membro della famiglia più fortemente coinvolto. Basti pensare, come esempio, ai lunghi colloqui telefonici con quella madre che, soprattutto in caso di terapia residenziale, chiama quasi ogni giorno per parlare con la/il

figlia/o. Non ha senso intavolare una lotta di potere con queste persone e battersi con loro e con la/il paziente; è meglio accettare la situazione e dirigere lo scambio terapeutico. In un secondo tempo il legame particolarmente stretto che unisce uno dei genitori e la/il figlia/o può essere messo sul tavolo delle discussioni. Occorre prestare particolare attenzione ai meccanismi di distorsione della realtà (rimozione, idealizzazione).

Piuttosto che lottare adottando posizioni simmetriche o di competizione, è importante lavorare ad un vincolo terapeutico con la famiglia, nel quale ognuna/o, nel rispetto della propria funzione, contribuisca al processo di guarigione in atto. Occorre dare molta importanza all'individuo, e offrire lo spazio necessario affinché possano essere espresse bene le esigenze, gli slanci, i sogni e le nostalgie di tutte/i. Una visita a domicilio può essere molto utile: si tratta di un classico della terapia familiare. Questo lavoro in territorio sconosciuto può essere rischioso, ma non va assolutamente considerato un tabù.

Se la terapia deve svelare i processi che hanno avuto degli effetti traumatici, occorre analizzare con maggior cura anche le diadi, e non solo le tipiche triadi della terapia familiare. Padre, madre, figlia/o 1, figlia/o 2: ognuna di queste persone va considerata in relazione con tutte le altre. Per affrontare in modo positivo una dipendenza da sostanze, l'utente deve poter lavorare anche sulle sue dipendenze relazionali. In questo contesto occorre anche ricostituire il tipo di iniziazione alla droga e analizzarlo approfonditamente: da sola/o, in due, in gruppo.

È importante considerare la dimensione trigenerazionale della storia familiare. Nelle famiglie con un passato migratorio, le/i nonne/i svolgono sovente un ruolo centrale, perché realmente presenti o perché punto di riferimento emotivo. Per questa ragione vanno sempre ricostruite entrambe le famiglie d'origine, anche se di solito è solo una quella maggiormente coinvolta.

Tematiche terapeutiche

Durante le sedute si possono affrontare le seguenti tematiche: famiglie d'origine e storia della migrazione, abbandono dei genitori, esperienze traumatiche legate allo sradicamento, miti migratori.

Dalla casistica emerge sempre che la tossicodipendenza è il luogo in cui convergono tematiche familiari irrisolte; queste (ad es. la storia della

migrazione) devono essere rimodellate in contenuti relazionali utili, così da (re)instaurare uno scambio intergenerazionale.

Molte famiglie immigrate hanno una caratteristica particolare: la trasmissione di compiti di ordine simbolico dai genitori alle/ai figlie/i appare molto difficile. Questi compiti, sovente, non sono assunti oppure corrispondono ad aspettative che restano inespresse.

La terapia familiare deve spezzare i meccanismi distorti che si instaurano quando il disagio della tossicodipendenza si è trasformato in una
strategia di vita, e apprendere ad aprire nuovi canali di comunicazione.
Un possibile spunto terapeutico è ricorrere a «prescrizioni» apparentemente assurde, per intervenire direttamente sugli squilibri del sistema e
far leva sul sintomo, così da impedirgli di esercitare la sua funzione stabilizzatrice (secondo il concetto di «intervento paradossale» sviluppato
da Mara Selvini Palazzoli).

È d'altra parte molto importante evitare di guarire qualcosa nella famiglia, che forse non è nemmeno malata; occorre piuttosto lavorare con i meccanismi che già funzionano.

In un approccio transculturale non è questione solo dell'individualità dell'utente: anche l'operatrice/ore sta al centro, in quanto soggetto, con le sue riflessioni. La consapevolezza della sua appartenenza culturale così come della relatività di questa appartenenza è integrante del suo lavoro.

14

Collaborare con le comunità di immigrate/i

Le comunità e le organizzazioni di immigrate/i sono importanti soprattutto per il lavoro di prevenzione e per diffondere più largamente, in questa fascia della popolazione, informazioni sulle offerte di aiuto. Sovente, tuttavia, accedere a queste comunità non è facile e mantenere un contatto è spesso molto impegnativo.

Funzioni delle comunità di immigrate/i

Il ruolo delle comunità e delle organizzazioni di immigrate/i fondate nel paese ospite cambia in funzione della lontananza nel passato della migrazione stessa. In una prima fase si tratta soprattutto di un aiuto informale e reciproco nel nuovo quadro di vita, o della possibilità di incontrarsi tra compatriote/i e di avere uno scambio, di provare un sentimento di appartenenza, di ritrovare i ruoli ancestrali. In una seconda fase, più organizzata, emergono esigenze più sociopolitiche: per i membri, l'organizzazione non è solo fonte di aiuto pratico, ma funge anche da anello di congiunzione con il paese d'origine e la sua ambasciata e le autorità del paese ospite, da garante per migliori procedure amministrative e per il rispetto dei diritti sociali o politici. In una terza fase, quando i problemi di integrazione diretti sono risolti, in particolare quando nel paese ospite è già nata e cresciuta la seconda generazione, le organizzazioni assumono un ruolo piuttosto culturale o prendono un orientamento regionale. Nel lavoro con le comunità di immigrate/i, pertanto, è importante essere in chiaro sulla loro funzione precisa e sul momento e il modo in cui sia possibile stringere una collaborazione.

Obiettivi del lavoro con le comunità di immigrate/i

Lo scopo di collaborare con una comunità di immigrate/i è, di solito, avvicinarsi alle persone che ne fanno parte, praticamente irraggiungibili

attraverso altri canali, così da fornire informazioni sui servizi di aiuto disponibili o sulle questioni di prevenzione. Può servire anche all'intervento di rete, in vista di rafforzare, appunto, i contatti sociali dell'utente. A determinate condizioni, è anche possibile coinvolgere direttamente nel processo terapeutico una persona chiave della comunità.

Attenzione

I valori tradizionali e spirituali di una comunità vanno considerati con un atteggiamento aperto e neutrale. Possono, eventualmente, essere utilizzati come fattori protettivi o risorse. In questo contesto è importante non perdere di vista gli eventuali tabù: la dipendenza o l'infezione all'HIV di un membro può significare la stigmatizzazione di tutta la comunità e comportare l'esclusione della persona in questione. Importante è anche conoscere le strutture di potere; contattare o lavorare con le persone «sbagliate» può avere un effetto deleterio e chiudere le porte della comunità. Sovente è utile ricorrere a mediatrici/ori o moltiplicatrici/ori che facciano direttamente parte della comunità.

15

Le reti sociali e la loro funzione di sostegno

Al processo migratorio sono legate difficoltà e situazioni di stress. Riuscire a superarle dipende anche, in parte, dall'esistenza di reti sociali, che danno all'individuo una sensazione di sicurezza e di appartenenza.

La migrazione: un passaggio critico

Nella vita di un individuo, un processo migratorio può costituire un momento critico e delicato, poiché comporta cambiamenti sociali e culturali: le strutture familiari e le reti sociali si trasformano, lo statuto precedente si perde, i ruoli sono attribuiti e assunti in altro modo, gli ordini simbolici e i sistemi di senso mutano, così come la lingua parlata e la legislazione in vigore. A tutto ciò si possono sommare altre difficoltà ed esperienze negative, legate alla xenofobia e alla discriminazione sociale.

La precarietà si ripercuote sulle strutture familiari e sui comportamenti educativi. Confrontate/i a situazioni sconosciute, le/gli immigrate/i si sentono insicure/i e messe/i sotto pressione. Se affrontare la vita quotidiana diventa troppo faticoso, le relazioni sociali ed emotive ne patiscono e si fanno tese e difficili.

Poiché mancano le necessarie reti sociali ed il sostegno dell'entourage familiare, la soddisfazione dei bisogni sociali ed emotivi viene sovente rinviata (vacanze, ritorno nel paese d'origine) e compensata con l'acquisto di beni materiali.

Combattere lo stress

Se e come sia possibile sormontare la pressione e lo stress sono fattori che dipendono dalla capacità di ogni singolo individuo di proteggersi, e anche dai suoi potenziali di rischio. Quando i fattori patogeni prendono il sopravvento sui fattori protettivi, la salute non può che risentirne. Situazioni di stress che si protraggono a lungo possono condurre a malattie psichiche e alla dipendenza da sostanze psicoattive.

Reti sociali e salute

Nel mondo moderno, basato sulla divisione del lavoro, le reti sociali possono fare molto per la salute, poiché trasmettono un senso di sicurezza e di appartenenza. Bernd Röhrle menziona una serie di elementi protettivi offerti dal sostegno sociale. Più in particolare, esso contribuisce a:

- creare legami
- ridurre lo stress
- affrontare i problemi della vita quotidiana
- soddisfare bisogni di base
- rafforzare l'autostima
- costruire un'identità stabile
- trasmettere norme e valori
- orientare

E, non da ultimo, esercita anche una funzione di controllo.

Costruzione di reti sociali

L'obiettivo è costruire o allargare una rete di contatti che funga da sostegno per l'utente. Inizialmente, occorre analizzare la sua situazione sociale, sulla base di una serie di criteri: quantità, qualità, vicinanza/ distanza, coesione, lacune nelle relazioni, legami. In tal modo si potranno stabilire le risorse di cui dispone realmente.

All'utente occorre poi, in un secondo tempo, un aiuto professionale per riuscire a costruire o allargare concretamente, passo a passo, la sua rete sociale: l'operatrice/ore potrà sostenerla/o nello stabilire contatti con persone chiave e con gruppi di autoaiuto, potrà organizzare riunioni di genitori all'interno dell'istituto e lavorare a livello di quartiere. Anche l'istituto può mettere a disposizione le sue risorse e, non da ultimo, contribuire direttamente, nel quadro delle sue relazioni pubbliche, a disinnescare gli eventuali atteggiamenti xenofobi.

Metodi e strumenti

Per fare in modo che l'intervento di rete abbia successo, occorre rendere consapevole l'utente dell'importanza dei contatti sociali e dell'aiuto che essi possono fornire. L'utente può opporre resistenza, poiché sfiduciata/o a causa del suo passato migratorio. Il processo di emancipazione può essere ostacolato da diversi fattori: la vergogna, l'insicurezza, il ricordo dei traumi subiti o la paura delle autorità.

Una presa di contatto calorosa, che metta in valore e riconosca quanto fatto fino a quel momento, aiuterà a risolvere una prima parte di questi problemi. Un accompagnamento pratico quotidiano si rivela solitamente molto utile.

Tra gli strumenti adeguati per favorire il processo di emancipazione è possibile menzionare:

- l'analisi della situazione sulla base dei concetti di atomo sociale e di atomo culturale (Jacob Moreno)
- i dibattiti di gruppo che applicano la tecnica dell' «interazione centrata sul tema» (theme centered interaction) (Ruth Cohn)
- l'approccio cognitivo-comportamentale (dialectical behavior therapy), in particolare nel lavoro volto a consolidare le capacità sociali (Marsha Linehan).

16

Donne nel mondo della prostituzione

Chi lavora nell'ambito delle dipendenze riesce solo difficilmente a raggiungere l'immigrata che lavora come prostituta, per diverse ragioni: questa ha paura delle autorità (soprattutto di eventuali conseguenze sul permesso di soggiorno e sul diritto di lavoro), subisce le pressioni dello sfruttatore oppure prova imbarazzo o vergogna per la sua situazione. Sovente riesce a nascondere a tutti gli enti specializzati (medici, servizi sociali, amministrazione ecc.) il suo vero lavoro e, di conseguenza, è difficile valutare con precisione la sua effettiva situazione.

L'obiettivo primario degli interventi presso le donne che lavorano come prostitute è trasmettere loro informazioni chiare e mirate sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (HIV, HCV ecc.) e sui servizi d'aiuto medici e sociali a cui possono rivolgersi.

Questa popolazione è confrontata a numerose difficoltà, che possono ripercuotersi anche sulla salute e sui contatti con i servizi d'aiuto.

Condizioni di lavoro precarie

La prostituzione è un lavoro sovente legato a fattori economici. L'immigrata può realizzare piani che nel suo paese d'origine risultavano impossibili, oppure aiutare la famiglia rimasta in patria. In questo modo si trova spesso sotto grandissima pressione, tanto più se costretta a nascondere la natura delle sue attività. Infatti, oltre alle pressioni familiari dovute agli obblighi finanziari, qualora non fosse in possesso di un'autorizzazione di lavoro e di soggiorno, deve pure cercare di evitare i controlli di polizia. La sua è una posizione di debolezza e d'incertezza, di cui possono approfittare sfruttatori e clienti.

I clienti vogliono prendere dei rischi

L'offerta di sesso a pagamento si diversifica (saloni di massaggio, club privati, pubblica via, internet ecc.) e sovente supera la domanda. Di conseguenza sono i clienti a stabilire le condizioni della prestazione, e molti chiedono una riduzione dei prezzi o rapporti non protetti.

Nessun domicilio fisso

La prostituta clandestina incontra ulteriori difficoltà. Senza permesso di soggiorno, è costretta a vivere in subaffitti poco sicuri poiché il proprietario può servirsi della situazione per sfrattarla se non paga l'affitto, per chiederle cifre esorbitanti e così via.

Nessuna assicurazione malattie

Sebbene ogni persona che vive in Svizzera abbia il diritto di concludere un'assicurazione malattie, molte donne clandestine non sono assicurate. Le ragioni possono essere diverse: mancata conoscenza dei loro diritti, reticenza delle casse malati ad assicurare una persona clandestina o premi troppo onerosi rispetto ai guadagni delle prostitute.

L'accesso alle cure mediche professionali è difficile

Per chi non è affiliato ad una cassa malati è molto difficile accedere a cure mediche professionali. La prostituta minimizza spesso i sintomi e rinvia la consultazione. Quando il problema si fa acuto, deve essere ricoverata d'urgenza, e l'accoglienza riservatale dipende direttamente dalla sensibilità del personale sociosanitario.

I tabù legati al consumo di sostanze ostacolano la prevenzione

Sovente le donne che lavorano come prostitute consumano una quantità eccessiva di sostanze psicotrope. Alcune ne facevano già uso nel paese d'origine. Le sostanze servono a darsi coraggio e a stordirsi, così da dimenticare i pericoli o le proprie insicurezze ed il proprio malessere, dovuto all'attività ed alle condizioni di vita.

I farmaci sono frequentemente acquistati via internet, e le sostanze (cocaina, cannabis, alcol e medicamenti) mescolate con imprudenza. Il consumo di sostanze comporta un abbassamento della vigilanza duran-

te il lavoro e, oltre che influire negativamente sulla salute, aumenta i rischi per l'incolumità fisica.

È difficile parlare con le immigrate dei rischi e del consumo di sostanze, non solo perché sovente lo negano, ma anche perché la tematica in sé risulta essere spesso un tabù.

Dichiarare un'aggressione

Se una donna senza autorizzazione di soggiorno subisce un'aggressione e si rivolge alla polizia, questa verifica il suo statuto e, sovente, la trattiene per diverse ore. La donna si trasforma in tal modo da vittima ad accusata, e ciò contribuisce a peggiorare il trauma subito. Se i servizi di aiuto cercano di intavolare trattative e di dialogare con la polizia, è possibile raggiungere un compromesso rispettoso dei diritti umani, come è il caso, ad esempio, a Losanna.

Costruire una relazione di fiducia

La tematica del consumo può essere affrontata indirettamente, accennando ad esempio dapprima all'incolumità sul lavoro, e ricordando in seguito che determinate sostanze possono abbassare la vigilanza e quindi comportare un certo rischio in tal senso. Costruire una relazione di fiducia permette all'operatrice/ore di condividere le preoccupazioni della donna per la sua salute e la sua incolumità e, sollevando aspetti legati alla prevenzione, di fornire informazioni sulle diverse sostanze psicotrope e sulle loro ripercussioni – eventualmente con l'aiuto di schede tematiche e di volantini facilmente comprensibili e redatti nella madrelingua dell'utente.

Per costruire una relazione di fiducia è opportuno creare un luogo di scambio e di dialogo, nel quale le donne sentano di potersi esprimere in completa libertà. Sovente le prostitute con problemi di droga sono segnate a dito dalle colleghe che non consumano sostanze; questo rigetto può essere accentuato dall'appartenenza ad un'altra cultura. Anche in questo caso uno spazio destinato espressamente al dialogo può aiutare a favorire, tra le donne, la comprensione e la tolleranza reciproca.

Da parte delle operatrici è importante lavorare in équipe sulle rappresentazioni delle diverse appartenenze e realtà delle utenti. È particolarmente indicato estendere l'équipe a donne specializzate che, a loro volta, abbiano un passato migratorio alle spalle e, anche grazie a ciò, abbiano delle eccellenti capacità transculturali. In tal modo sarà possibile avvicinare anche determinati gruppi di immigrate/i che, altrimenti, sono difficilmente raggiungibili.

60 |

17

Servizi sociali e utenti con un passato migratorio

Chi varca la soglia di un servizio sociale per trovare sostegno, sovente, si sente a disagio e, in un certo qual modo, in imbarazzo. Probabilmente si tratta dell'ultima via di scampo, quando nessun'altra struttura può essere d'aiuto (principio di sussidiarietà). Per molte/i è difficile dover ricorrere al denaro pubblico. Se sono straniere/i e anche dipendenti, questo disagio può trasformarsi in una sensazione di profonda vergogna. I rischi legati a tutto ciò non concernono solo il singolo individuo, ma anche la sua appartenenza ad una famiglia o ad un clan.

Paradossi del lavoro in un servizio sociale

La qualità di vita dell'immigrata/o dipende anche dalla sua capacità di ricostruirsi un'identità, di ridefinire la propria persona e la propria cultura. In questo processo entrano in gioco innumerevoli fattori interni ed esterni; uno dei più importanti è certamente il rapporto che la persona intrattiene con il sistema sociosanitario del paese ospite. L'immigrata/o si rivolge sovente ai servizi sociali, e ciò per diversi motivi. L'operatrice/ore sociale, considerata/o un funzionaria/o dell'apparato statale, è confrontata/o ad un compito paradossale, poiché è costretta/o a prendere misure conformi alla legislazione in vigore che, tuttavia, per l'immigrata/o non hanno la stessa importanza. L'operatrice/ore deve svolgere il suo ruolo di mediatrice/ore culturale e costruire una relazione positiva con l'utente ma, nel contempo, deve agire entro determinati limiti, e deve anche imporne, per evitare eventuali abusi.

Strategia di diniego in caso di dipendenza

L'operatrice/ore sociale rischia di trovarsi in difficoltà di fronte alla strategia elusiva, sovente incosciente, che l'immigrata/o esercita poiché messa/o sotto pressione dalla sua cerchia e che la/lo porta a nascondere la propria tossicodipendenza. Questo atteggiamento non può che implicare una situazione paradossale, poiché l'utente non confessa ciò di cui si vergogna, ma domanda un appoggio sostituendo il problema della dipendenza con un altro problema, che funge in qualche modo da specchietto per le allodole. Da parte sua si tratta, semplicemente, di un meccanismo di autodifesa.

Per illustrare l'efficacia di questa strategia, basti ricordare qui i risultati di un'inchiesta svolta presso un servizio sociale: alle/ai collaboratrici/ori è stato chiesto di valutare il numero di utenti con un passato migratorio che, nel contempo, presentano problemi di dipendenza. Il risultato è stato sorprendente: poco meno di 10 persone su un gruppo di 200 immigrate/i. Indubbiamente si tratta di una visione falsata, poiché gli istituti di cura sono confrontati ad un'altra realtà: la quota di ospedalizzazioni per problemi di dipendenza in questa fascia di popolazione, infatti, sale ad un terzo! Questa discrepanza, come detto, può essere dovuta al fatto che l'immigrata/o tende a nascondere la sua dipendenza, poiché non può permettersi di «perdere l'onore».

Alla luce di queste considerazioni, si può ipotizzare che l'immigrata/o viva spesso una situazione paradossale, che si potrebbe esemplificare con una serie di affermazioni di questo tipo: «Sono dipendente; è una vergogna per me, per la mia famiglia e per la mia comunità; non posso parlarne! Ma se voglio guarire, devo rivolgermi a qualcuno e spiegare la mia situazione; in tal caso, però, metto in gioco l'equilibrio della mia comunità, che contribuisce anche alla mia formazione identitaria. Per non dire nulla del pericolo che corre il mio equilibrio personale!»

Approccio sistemico

I fattori culturali possono rendere più complicata l'assistenza: l'operatrice/ore deve tenerne conto. Questa presa di coscienza è assolutamente necessaria per lavorare con immigrate/i tossicodipendenti all'interno dei servizi sociali. La soluzione che proponiamo è cercare di andare al di là di strutture culturali sclerotizzate e di sviluppare una strategia che tenga conto della dimensione individuale, ma anche delle costrizioni

esercitate su ogni persona dal gruppo sociale a cui appartiene. In questa prospettiva, un approccio sistemico offre gli strumenti migliori per affrontare questo tipo di lavoro.

Fiducia

Il lavoro risulta più facile se la relazione con l'operatrice/ore sociale è percepita come un elemento valorizzante. Vivere appieno la relazione «con l'altra/o» e mostrare empatia non può che sfociare in una relazione di fiducia reciproca fondata su una sorta di accordo tacito il quale, a sua volta, consente di dialogare e di «diagnosticare il problema nella sua realtà». Solo a partire da questo stadio può iniziare la costruzione in comune della soluzione.

Specializzazione in base alle fasce di popolazione?

Di fronte alla complessità del problema e all'esigenza di non mettere in soggezione l'utente, perché non lasciare all'operatrice/ore sociale il diritto di scegliere se lavorare o meno con le/gli immigrate/i? Ciò significherebbe accettare la diversità, e non squalificare l'operatrice/ore; in alcune antenne, ad esempio, chi non si trova a proprio agio con le/i bambine/i può chiedere ad altre/i colleghe/colleghi di occuparsi delle famiglie. I servizi sociali potrebbero istituire delle specializzazioni interne, così che ogni operatrice/ore potrebbe concentrarsi su problematiche precise e, se occorre, essere d'aiuto alle/ai colleghe/i con i suoi consigli. Un alleggerimento del tempo di lavoro permetterebbe inoltre alle/agli interessate/i di diventare specialiste/i della migrazione, opportunità che per le istituzioni, considerato l'elevato numero di immigrate/i, non appare assolutamente come un lusso.

Pur essendo una/un funzionaria/o dello stato, l'operatrice/ore sociale ha anche la possibilità di andare al di là di questo ruolo. Nella sua attività quotidiana si trova, tutto sommato, confrontata/o con delle persone. I loro casi non vanno «sbrigati», ma affrontati instaurando un legame, che consenta di comprendere i bisogni di chi ha chiesto un aiuto. La qualità principale per riuscire in questo ambito è la capacità di considerare l'altra/o nella sua globalità, di ascoltarla/o e di mettersi nei suoi panni. Per riuscirvi occorre anche una buona dose di libertà personale...

18

Basi giuridiche: la migrazione e la sicurezza sociale nella legislazione

L'aiuto prestato nell'ambito delle dipendenze a utenti che non hanno la cittadinanza svizzera può sollevare diverse questioni legate al diritto sugli stranieri e a quello assicurativo. La legislazione in vigore è un po' una giungla, in cui non è sempre facile ritrovarsi. Questo capitolo offre una breve panoramica sulle basi giuridiche più importanti.

1 Legislazione concernente la migrazione

Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la Legge federale sugli stranieri (LStr). Essa disciplina l'entrata in Svizzera e la partenza, l'ammissione per i diversi tipi di soggiorno, il ricongiungimento familiare, la politica di integrazione e la fine del soggiorno, ivi comprese le misure coercitive. La Legge sull'asilo (LAsi) e la Legge federale sull'acquisto e la perdita della cittadinanza svizzera (Legge sulla cittadinanza, LCit) stabiliscono altri statuti giuridici determinanti. Va ricordato che, nel frattempo, più della metà della popolazione straniera residente in Svizzera soggiace soprattutto all'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC). Le/i cittadine/i provenienti da paesi non inclusi nello spazio europeo sono dette/i «cittadine/i di Stati terzi». La LStr si applica in primo luogo alle/ ai cittadine/i di Stati terzi, per le/i quali non vige alcun privilegio ai sensi dell'ALC.

1.1 Cittadinanza e convenzioni internazionali

Dal punto di vista giuridico, la prima questione che va affrontata è: l'utente possiede una cittadinanza e, se sì, quale? Non hanno una cittadinanza, eventualmente, le/i clandestine/i (o sans-papiers) oppure le/gli apolidi. In caso di straniere/i, occorre in seguito verificare se la Svizzera ed il paese d'origine della persona in questione hanno concluso un

accordo specifico, una cosiddetta «convenzione di sicurezza sociale». Sono poi applicate, nell'ordine, le leggi federali e le relative ordinanze, le circolari, le istruzioni e, alla fine, le normative cantonali ed eventualmente comunali. La questione del diritto alle prestazioni, pertanto, non può essere decisa solo sulla base dello statuto di soggiorno della persona (ad es. permesso B o C). Se esiste una convenzione internazionale, una/un cittadina/o italiana/o, una/un cittadina/o bosniaca/o o una cittadina/o indiana/o possono, malgrado possiedano la stessa categoria di permesso di soggiorno, soggiacere a disposizioni giuridiche diverse. Naturalmente esistono poi casi in cui la cittadinanza non incide in alcun modo, poiché ad esempio è condizione per beneficiare di eventuali prestazioni esclusivamente il domicilio o l'esercizio di un'attività lucrativa in Svizzera. La cittadinanza e l'esistenza di un'eventuale convenzione internazionale sono quindi i primi due elementi da verificare quando occorre stabilire il diritto o meno alle prestazioni delle assicurazioni sociali.

1.2 Diritto costituzionale e diritto internazionale pubblico

In principio, l'articolo 8 capoverso 2 della Costituzione federale si applica anche nel settore della sicurezza sociale; esso garantisce l'uguaglianza di trattamento tra cittadine/i svizzere/i e straniere/i. Un'eccezione a questo articolo è possibile solo negli ambiti in cui la cittadinanza costituisce un effettivo criterio di distinzione. La Svizzera ha concluso numerosi accordi bilaterali e multilaterali nel settore della sicurezza sociale, allo scopo di meglio garantire il principio dell'uguaglianza giuridica. Due dei più importanti sono il già menzionato Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC) e la Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS). In comune con gli altri paesi dell'AELS (Liechtenstein, Islanda e Norvegia) è stata sancita una normativa analoga all'ALC.

1.3 Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC)

Questo accordo è un esempio che dimostra particolarmente bene in che modo, nella sicurezza sociale, una convenzione internazionale possa influire sullo statuto giuridico delle/dei cittadine/i straniere/i. Esso è entrato in vigore il 1° giugno 2002 ed è applicabile direttamente; disciplina, nella prospettiva svizzera, lo statuto giuridico delle/dei cittadine/i di

paesi dell'UE, in particolare l'ingresso ed il soggiorno in Svizzera di chi svolge, o non svolge, un'attività lucrativa. L'obiettivo dei paesi che lo hanno sottoscritto è garantire reciprocamente «le stesse condizioni di vita, di occupazione e di lavoro di cui godono i cittadini nazionali» (art. 1 lett. d ALC). Uno dei principi più importanti è il divieto di discriminazione delle/dei cittadine/i di qualsiasi Stato parte (art. 2). La libera circolazione all'interno dello spazio europeo può essere garantita proprio sulla base dell'obbligo di coordinare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Secondo l'articolo 8 ALC vanno disciplinati, tra gli altri aspetti, la parità di trattamento, la determinazione della normativa applicabile e il calcolo delle prestazioni. L'obbligo di coordinare, tuttavia, non equivale all'obbligo di armonizzare; se l'ALC da solo non riesce a disciplinare una determinata fattispecie, entrano in gioco gli accordi bilaterali già esistenti nel settore della sicurezza sociale. Per ogni singolo caso occorre verificare se un accordo è applicabile alla persona, al contesto e al momento.

2 Sicurezza sociale

Se finora si è parlato di sicurezza sociale è perché, da un punto di vista giuridico, l'aiuto sociale e il soccorso d'emergenza da un lato e la legislazione sulle assicurazioni sociali dall'altro sono due ambiti diversi, anche se entrambi contribuiscono a garantire la sicurezza sociale delle/dei cittadine/i svizzere/i e delle/degli immigrate/i. Per questa ragione occorre stabilire quale istituto vada contattato in primo luogo e quale solo a titolo sussidiario.

2.1 Aiuto sociale e soccorso d'emergenza

Secondo l'articolo 12 della Costituzione federale: «Chi è nel bisogno e non è in grado di provvedere a sé stesso ha diritto d'essere aiutato e assistito e di ricevere i mezzi indispensabili per un'esistenza dignitosa.» Si tratta del cosiddetto «diritto a condizioni minime d'esistenza», che concerne anche le/i richiedenti l'asilo o le/i clandestine/i. Spetta al Cantone di domicilio o al Cantone di soggiorno versare il minimo vitale, tanto più che, di norma, l'aiuto sociale è un settore disciplinato a livello di legislazione cantonale. I Cantoni o i Comuni possono, ad esempio, dichiarare vincolanti le direttive della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS); devono farlo espressamente, poiché queste sono disposizioni decise da un'associazione di catego-

ria, e pertanto subordinate rispetto alla legislazione. La Svizzera, inoltre, ha siglato une serie di accordi di aiuto sociale con paesi quali l'Italia, il Portogallo e la Turchia.

2.2 Legislazione sulle assicurazioni sociali

La legislazione sulle assicurazioni sociali è in primo luogo di diritto federale e viene applicata in base a criteri diversi dal principio del «diritto a condizioni minime di esistenza», praticamente universale, che vige per quanto concerne l'aiuto sociale o il soccorso d'emergenza. Le assicurazioni sociali coprono innanzitutto le conseguenze giuridiche della realizzazione di un rischio (ad es. malattia, infortunio, invalidità, decesso), a determinate condizioni concernenti l'individuo, il contesto e il momento.

Un esempio:

Secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAInf), una persona «è assicurata a partire dal giorno in cui comincia o avrebbe dovuto cominciare l'attività in virtù dell'assunzione, in ogni caso però dal momento in cui si avvia al lavoro» (art. 3 cpv. 1 LAInf). Se in seguito all'infortunio l'assicurata/o è totalmente o parzialmente incapace al lavoro, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con il decesso. L'indennità giornaliera dell'assicurazione infortuni non è concessa finché sussiste il diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione invalidità oppure all'indennità di maternità ai sensi della Legge federale sulle indennità di perdita di quadagno (art. 16 LAInf). Se il rischio realizzato non è qualificato come infortunio ma come malattia, di norma si applica la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Di conseguenza, occorre dapprima verificare se la persona in questione soggiace o meno all'obbligo assicurativo. In seguito va considerato il contesto e, quindi, se dal punto di vista della legislazione sulle assicurazioni sociali si tratti di un caso di infortunio e se si tratti di un'incapacità al lavoro totale o parziale. Infine, per quanto concerne il momento, occorre verificare quando inizia e quando termina l'obbligo dell'assicurazione infortuni di versare le indennità giornaliere e/o di coprire i costi di trattamento.

Se non può essere fatto valere alcun diritto nei confronti delle assicurazioni sociali, l'aiuto sociale interviene solo a titolo sussidiario. Per questo motivo è sempre importante chiarire quali assicurazioni sociali sono obbligate a versare ad esempio indennità giornaliere o rendite, sopratutto se più di una entra in gioco (un esempio tipico: interazioni tra assicurazione infortuni, assicurazione malattie, assicurazione disoccupazione e assicurazione invalidità). Le singole diramazioni della legislazione sulle assicurazioni sociali sottostanno sostanzialmente, accanto alle relative leggi e ordinanze federali quali LAI/OAI oppure LAMal/OAMal, alla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Essa disciplina la relazione tra le varie assicurazioni sociali federali e le/gli assicurate/i. Definisce inoltre i concetti di malattia, infortunio, incapacità al quadagno e invalidità. Stabilisce pure i diversi tipi di prestazioni (in natura e pecuniarie) e sancisce il principio in base al quale è possibile ridurle o rifiutarle se l'assicurata/o provoca o aggrava la sua situazione di proposito o commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto (art. 21). Contempla inoltre altri principi procedurali (ad es. la collaborazione dell'assicurata/o, art. 28; il segreto a cui sono tenute le autorità nei confronti di terzi, art. 33), nonché norme di coordinamento e disposizioni concernenti l'assistenza giuridica, necessarie per garantire l'applicazione della legislazione in caso di contenzioso.

3 Criteri di collegamento nelle assicurazioni sociali

In tutte le diramazioni del diritto delle assicurazioni sociali, ossia assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS), assicurazione invalidità (AI), prestazioni complementari (PC), assicurazione malattie (AMaI), assicurazione disoccupazione (ADI), assicurazione infortuni (AInf), previdenza professionale (PP), assegni per figli e assegni familiari, indennità per perdita di guadagno (per maternità e per chi presta servizio), occorre di volta in volta verificare l'applicabilità sulla base dei criteri di collegamento e in funzione dell'individuo, del contesto e del momento.

Più in dettaglio, si tratta di verificare:

- quale diritto è applicabile (come spiegato al paragrafo 1)
- se la persona in questione, poiché domiciliata in Svizzera oppure poiché esercita un'attività lucrativa, soggiace alla normativa concernente le assicurazioni sociali

- se vanno versati i contributi previsti per persone che esercitano un'attività lucrativa oppure quelli previsti per persone che non esercitano un'attività lucrativa
- se, rispetto ai contributi, esiste un obbligo o una scelta e se i tempi minimi di contribuzione sono dati
- se si applica la legislazione in vigore nel luogo di lavoro o quella in vigore nel luogo di impiego
- se l'oggetto di contributo (ossia la base per calcolare l'ammontare dei contributi) è definibile
- se è possibile, in caso di partenza dalla Svizzera, retrocedere i contributi
- se si tratta di un caso assicurativo e se la persona ha qualità di assicurata/o
- se esiste una convenzione internazionale e se il caso concerne tutte le assicurazioni sociali che entrano in gioco.

4 Assicurazione malattie obbligatoria

L'assicurazione malattie svizzera comprende, conformemente alla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera. Quest'ultima non sarà oggetto di approfondimento. Della prima beneficiano sostanzialmente tutte le persone domiciliate in Svizzera, poiché essa è obbligatoria. Questo aspetto è la condizione indispensabile per garantire un sistema fondato sulla solidarietà. La polizza va pertanto conclusa entro 3 mesi dal momento in cui è stato stabilito il domicilio in Svizzera oppure a partire dalla nascita. Eccezioni a questo obbligo sono tuttavia limitatamente possibili, ad esempio nel caso di straniere/i che beneficiano di immunità. Per beneficiare delle prestazioni, occorre essere affiliata/o a tutti gli effetti a una cassa malati e rispettare l'obbligo di versare premi e contributi poiché, se quest'ultimo è infranto, nella prospettiva del diritto assicurativo si verifica un'interruzione della copertura. Per poter beneficiare della copertura assicurativa, inoltre, occorre che chi ha fornito le prestazioni (medici, farmaciste/i, chiropratici, levatrici, laboratori, case di cura, stabilimenti di cura balneare e così via: si vedano in merito gli art. 35 sqq. LAMal) sia autorizzata/o. Queste prestazioni, inoltre, sono coperte a condizione di essere efficaci, appropriate ed economiche. In caso di dubbio occorre avanzare con prudenza, e verificare in anticipo presso la cassa malati, chiedendo una conferma scritta, che i costi saranno effettivamente coperti.

Fatte salve eventuali deroghe previste dalla legislazione sull'asilo, la LAMal è valida anche per le/i richiedenti l'asilo. L'articolo 82a della Legge sull'asilo consente tuttavia di limitare la scelta dell'assicuratore e dei fornitori di prestazioni. Il Decreto federale sullo statuto dei rifugiati e degli apolidi nelle assicurazioni per la vecchiaia, i superstiti e per l'invalidità disciplina la sostanziale parità di trattamento tra rifugiate/i e apolidi e cittadine/i svizzere/i nel settore dell'aiuto sociale e delle prestazioni stabilite dalla legislazione sulle assicurazioni sociali. Tuttavia, il termine di «rifugiate/i» si riferisce, a differenza di quello di «richiedenti l'asilo», alle persone che la Svizzera ha ufficialmente accolto a titolo di asilo. L'affiliazione ed il versamento dei premi, fondati sul semplice fatto di avere un domicilio in Svizzera (e non di essere cittadina/o svizzera/o) costituiscono pertanto il criterio di collegamento a tale o tale assicurazione. Va tuttavia osservato che, con l'entrata in vigore dell'ALC, per le/i cittadine/i dei paesi che lo hanno firmato conta il luogo di lavoro, e il relativo paese, e non il domicilio. Il sistema dell'assicurazione familiare funziona nello stesso modo, ossia: i membri della famiglia che non esercitano un'attività lucrativa sono assicurati dove è assicurato il membro della famiglia che ne esercita una. Le/i frontaliere/i possono scegliere il loro assicuratore. Alla luce di quanto appena spiegato, pertanto, tutte le persone domiciliate in Svizzera hanno, sulla base dell'obbligo assicurativo, il diritto di beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione malattie.

4.1 Assicurazione malattie in caso di dipendenza

Cosa prevede la legislazione sull'assicurazione malattie quando si tratta di copertura dei costi in caso di patologie da dipendenza, in particolare in caso di tossicodipendenza? Ai sensi della normativa in questione, un comportamento additivo costituisce una malattia solo quando le ragioni o le conseguenze della dipendenza vadano ricondotte a una malattia oppure ne provochino una, e che lo stato della persona richieda un intervento medico. È difficile tuttavia stabilire quando una dipendenza vada effettivamente trattata e a quali condizioni l'assicuratore sia tenuto a coprire i relativi costi.

Il diritto delle assicurazioni sociali prevede la possibilità di ridurre o persino di rifiutare le prestazioni alle/agli assicurate/i che hanno provocato o aggravato di proposito la loro situazione oppure commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto (art. 21 LPGA). Tuttavia le prestazioni dell'assicurazione malattie in caso di tossicodipendenza non possono essere rifiutate sulla base dell'obbligo, valido per ognuna/o, di non provocare o aggravare la propria situazione, nemmeno quando si può dire che la dipendenza o la malattia sono state provocate per «intento indiretto», ossia: quando la persona non ha assolutamente inteso provocare un determinato rischio ma, sotto un certo punto di vista, ha accettato l'eventualità di provocarlo.

Il numero 8 dell'allegato 1 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) stabilisce la portata dell'obbligo di copertura, da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in caso di tossicodipendenza con valore di malattia. La giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 118 V 107 E. 7b – Tossicodipendenza: copertura di una terapia a lungo termine a base di metadone) fa sì che sia praticamente impossibile rifiutare le prestazioni per tossicodipendenza dovuta ad un errore dell'assicurata/o. Questa decisione si basa sull'ipotesi che il fallimento di una terapia di disintossicazione non può essere imputato alla mancanza di buona volontà della/del tossicodipendente, ma alla patologia da dipendenza stessa; lascia aperta la questione dell'ineguaglianza di trattamento rispetto ad altre persone che soffrono di patologie da dipendenza, che sono invece obbligate, ad esempio, a dimagrire o a limitare il consumo di alcol e/o nicotina.

4.2 In breve

L'assicurazione malattie è un buon esempio per mostrare che le/gli immigrate/i, rispetto alle/ai cittadine/i svizzere/i, non sono obbligatoriamente discriminate/i di fronte alla legislazione sulle assicurazioni sociali. Le difficoltà sorgono piuttosto, e ciò vale per tutte/i le/gli assicurate/i, quando si tratta di interpretare le condizioni delle prestazioni (che, ricordiamo, devono essere efficaci, appropriate ed economiche) e, in generale, la portata dell'obbligo di non aggravare o provocare intenzionalmente la propria malattia. Nei dibattiti pubblici si parla sovente di «sistema a due velocità» per indicare le differenze di tratta-

mento tra cittadine/i di paesi che hanno siglato l'ALC e cittadine/i di Stati terzi. Non si tratta di porre fine a dei privilegi, quanto piuttosto di fare in modo che gli strati più deboli della popolazione migrante (richiedenti l'asilo, clandestine/i) beneficino nella misura del possibile del principio di parità di trattamento e vedano i loro diritti consolidati, tanto più che l'idea di solidarietà è alla radice stessa del sistema di assicurazioni sociali. Per quanto concerne le coperture dei costi in caso di patologie da dipendenza occorre ancora lavorare in vista dell'armonizzazione necessaria, che garantisca anche in questo ambito la parità di trattamento e che consenta di prendere in considerazione gli effettivi bisogni delle persone coinvolte.

19

Istituzionalizzazione e garanzia della qualità

Nel lavoro sulle dipendenze, istituzionalizzare un approccio rispettoso dei contesti migratori serve a garantire e promuovere la qualità, la coerenza e la continuità dei servizi offerti.

Un approccio top-down per garantire servizi rispettosi del contesto migratorio

Se non è istituzionalizzato e se la direzione della struttura in cui si svolge non lo sostiene attivamente, un lavoro a misura di immigrata/o dipende solo dall'iniziativa di singole/i collaboratrici/ori (persone che, forse, hanno un passato migratorio alle spalle) e di conseguenza non può che urtarsi a dei limiti. Se queste persone lasciano il loro posto, ad esempio, la struttura in cui lavorano perde conoscenze e contatti preziosi. Per garantire a lungo termine i servizi offerti in questo campo, ma anche per migliorarli costantemente, un approccio top-down è pertanto altrettanto importante quanto l'impegno e le conoscenze specifiche delle/dei singole/i collaboratrici/ori dell'istituto. La direzione lo deve considerare un elemento della gestione delle diversità (diversity management), intesa in senso lato, grazie al quale si può avvalere delle risorse delle/dei collaboratrici/ori e delle/degli utenti, ma anche tenere debitamente conto delle loro esigenze, per il bene e il profitto di tutte/i.

Sistema di gestione della qualità

Un ente ha la possibilità di scegliere tra diversi sistemi di gestione della qualità. Le indicazioni che seguono, rivolte a chi intende istituzionalizzare il lavoro sulle dipendenze rispettoso dei contesti migratori, prendono spunto dai moduli del sistema QuaTheDA («Qualità Terapia Droghe Alcol»), la normativa applicata dall'UFSP per valutare la garanzia

della qualità nel settore delle dipendenze (si veda in merito il sito www.quatheda.ch, in tedesco e francese).

1 La gestione

Linee guida e strategia/evoluzione dell'istituto

Nelle sue linee guida, l'istituto può iscrivere un sistema di valori generale, ad esempio ispirato al principio secondo il quale tutti i servizi sono aperti a chiunque ne abbia bisogno, indipendentemente dall'origine, dalla religione, dalla lingua e dallo statuto di soggiorno. Accanto a dichiarazioni concernenti la visione globale dell'essere umano sulla quale esso fonda il suo lavoro, l'istituto può anche presentare un approccio transculturale che consideri le/gli utenti alla luce delle loro realtà individuali e delle loro storie personali, e non sulla base di attributi culturali e stereotipi. Le linee guida sono inoltre il luogo e l'occasione per sottolineare l'importanza di un lavoro centrato sulle risorse delle/degli utenti.

Nella strategia che, in un secondo tempo, viene sviluppata sulla base di queste linee guida, l'istituto può descrivere i suoi intenti a medio termine, i servizi offerti, i loro destinatari e così via, ossia gli elementi che gli permettono di posizionarsi nel suo campo d'attività. Può inoltre stabilire più in dettaglio gli obiettivi concernenti le/gli utenti con un passato migratorio. I traguardi a breve termine, che implicano migliorie o un'eventuale modifica dei servizi offerti, vanno precisati mediante direttive chiare.

Programma generale e programma dettagliato (obiettivi, metodi, servizi offerti e loro destinatari)

Il programma generale, che definisce la struttura aziendale e l'organigramma dell'istituto, può prevedere unità organizzative interne specialmente destinate al lavoro in contesto migratorio e, nel contempo, definire ambiti, responsabilità, canali di comunicazione e collaborazioni con servizi e organizzazioni esterni (ad es. servizi o operatrici/ori specializzati nel settore della migrazione, comunità di immigrate/i).

Il programma dettagliato definisce i destinatari dei servizi offerti, gli obiettivi specifici e i trattamenti, le terapie e l'assistenza previsti. L'istituto vi può descrivere se e come intende offrire un aiuto centrato

sui problemi e le risorse delle/degli utenti con un passato migratorio, definendo in particolare quali mezzi mette a disposizione (ad es. un servizio di interpretariato o l'introduzione di eventuali eccezioni nel regolamento per il lavoro con i parenti: si pensi, a questo proposito, ai divieti di contatto sovente in vigore negli istituti di terapia residenziale). Un aspetto molto importante è il tempo: l'assistenza, il trattamento o la terapia di utenti con un passato migratorio possono infatti essere più lunghi, poiché occorre chiedere chiarimenti particolari o lavorare anche con la famiglia oppure ricorrere a interpreti.

Direzione e organizzazione

È importante che la tematica della migrazione sia adeguatamente affrontata e sancita a tutti i livelli organizzativi e in tutti gli ambiti, alla luce di un vero e proprio approccio integrato (mainstreaming). A questo scopo possono essere designate, accanto ai membri della direzione, altre persone che, all'interno dell'istituto, sono responsabili in questo ambito, sulla base di un capitolato d'oneri e munite delle necessarie risorse. È importante, inoltre, prevedere regolari canali di comunicazione. Tra i compiti della direzione figura anche quello di chiarire in modo chiaro le procedure in caso di discriminazione razziale. Le pari opportunità, inoltre, vanno garantite a tutte le persone con un passato migratorio, e ciò tanto alle/agli utenti quanto alle/ai collaboratrici/ori.

Relazioni pubbliche e cooperazione

Nel lavoro in un contesto migratorio assumono un'importanza particolare tutte le questioni concernenti la collaborazione interdisciplinare e l'accesso, ossia tutto quanto concerne gli eventuali ostacoli che si ergono tra l'utente e i servizi offerti.

Un contatto istituzionale con le comunità e le organizzazioni di immigrate/i può contribuire a colmare le lacune informative e a garantire alle offerte di aiuto nell'ambito delle dipendenze un'accoglienza quanto più fiduciosa. Per le sue relazioni pubbliche, un istituto ha la possibilità di organizzarsi assieme ad altri enti omologhi, così da stabilire efficaci sinergie: si pensi, ad esempio, all'utilità delle riunioni informative. Anche la collaborazione di mediatrici/ori e moltiplicatrici/ori può essere di grande aiuto.

Per evitare eventuali doppioni o sovrapposizioni, è possibile sviluppare una cooperazione professionale e una rete di contatti sovrasettoriali con gli altri istituti attivi nell'ambito delle dipendenze e che offrono servizi specifici alle/agli utenti con un passato migratorio. La cooperazione è molto utile anche con operatrici/ori e istituti che offrono cure mediche (psichiatria, ambulatori per vittime di tortura e di conflitti ecc.) e con enti legati alla migrazione e all'integrazione (autorità che intervengono nel contesto delle migrazioni, servizi di integrazione, servizi di consulenza giuridica).

Gestione della qualità, controllo e valutazione

Per garantire la qualità degli obiettivi e dei servizi pensati appositamente per utenti con un passato migratorio, è importante iscriverli a chiare lettere nei testi giuridicamente vincolanti per l'istituto e farne parte integrante del sistema di gestione della qualità.

Per procedere alla valutazione dei servizi offerti, inoltre, occorre rilevare indicazioni specifiche concernenti il passato migratorio, quali possono essere la nazionalità, il luogo di nascita, lo statuto di soggiorno, la durata del soggiorno in Svizzera, il momento dell'immigrazione (la propria, oppure quella dei genitori o dei nonni), la/le lingua/e, la lingua dei genitori o la religione.

2 I mezzi

Personale

Per lavorare con utenti dal passato migratorio la competenza transculturale delle/dei singole/i collaboratrici/ori è un fattore di importanza capitale; le/i responsabili del personale dovrebbero pertanto tenerne debitamente conto, ad esempio quando redigono i profili per posti vacanti (esperienza professionale nel settore migratorio; corsi di aggiornamento sulla competenza transculturale; passato personale in contesto migratorio). Esse/i dovrebbero inoltre prevedere i necessari corsi di perfezionamento, ma anche un sistema di supervisione/intervisione e di discussione di casi.

Finanziamento e contabilità

Il lavoro in contesto migratorio comporta, in parte, tempi più lunghi e determinate spese supplementari legate, ad esempio, alla collaborazione con operatrici/ori ed enti specializzati, alle relazioni pubbliche o ai servizi di interpretariato. Le risorse necessarie, pertanto, vanno dapprima attentamente garantite e pianificate.

Prescrizioni giuridiche e convenzioni

L'istituto deve conoscere e applicare le disposizioni giuridiche nel settore migratorio vincolanti per le sue attività, quali la Legge sugli stranieri e la Legge sull'asilo (incluse le relative ordinanze) oppure la norma del Codice penale contro la discriminazione razziale.

3 I servizi

Tra i servizi figurano tutti i diversi tipi di prestazione e di aiuto offerti concretamente dagli istituti che lavorano sulle dipendenze (ad es. informazione, chiarimento e ammissione in terapia, trattamento o riabilitazione, consulenza, accompagnamento, assistenza, somministrazione di sostanze o distribuzione di materiale, documentazione, dimissione dalla terapia, sviluppo di una rete di contatti esterna, intervento di crisi). I capitoli precedenti si sono occupati dei vari elementi e approcci specifici al contesto migratorio che possono essere presi in considerazione nel lavoro sulle dipendenze.

20

Le/gli autrici/autori e le loro tematiche

I testi di questo manuale sono stati elaborati dai membri del gruppo incaricato e da altre/i autrici/autori (si veda quanto detto al cap. 2 «Introduzione»). Alcuni contributi sono stati redatti da una sola persona, altri sono nati da discussioni comuni in seno al gruppo incaricato oppure in collaborazione tra i suoi membri e le/i loro colleghe/i.

Le/gli autrici/autori e le loro tematiche:

- Anne Ansermet Pagot: Donne nel mondo della prostituzione, Terapia all'estero, Collaborare con le comunità di immigrate/i
- Aline Bernhardt Keller: Lavorare con degli interpreti (nonché rielaborazione redazionale del manuale)
- Osman Besić: Approccio transculturale
- Rut Brunner Zimmermann: Bambini adolescenti genitori
- Umberto Castra: Lavorare con la famiglia, Comunicazione relazione,
 Terapia all'estero, Collaborare con le comunità di immigrate/i
- Mehmet Ertogrul: Bambini adolescenti genitori
- Nelson Feldman: Terapia sostitutiva per pazienti con uno statuto di soggiorno precario, Lavorare con degli interpreti, Terapia all'estero, Collaborare con le comunità di immigrate/i
- Marianne König: Istituzionalizzazione e garanzia della qualità, Comunicazione relazione (nonché introduzione e rielaborazione redazionale del manuale)
- Andrea Kromer: Bambini adolescenti genitori
- Pablo Sanchez-Mazas: Transculturalità e dipendenza: dal concetto agli aspetti pratici, Terapia all'estero, Collaborare con le comunità di immigrate/i
- Eliane Schnellmann: Anamnesi terapia, Le reti sociali e la loro funzione di sostegno, Comunicazione relazione

- Attiya Sheikh: Basi giuridiche: la migrazione e la sicurezza sociale nella legislazione
- Isabelle Soulignac: Terapia sostitutiva per pazienti con uno statuto di soggiorno precario
- Gianni Tiloca: Bambini adolescenti genitori, Comunicazione relazione
- Enrico Tolotti: In cammino verso la guarigione, Servizi sociali e utenti con un passato migratorio, Terapia all'estero, Collaborare con le comunità di immigrate/i
- Safija von Beg: Approccio sistemico centrato sulla soluzione

21

Bibliografia e link concernenti i singoli capitoli

Le pagine seguenti offrono un elenco selettivo della bibliografia e dei link disponibili; alcune pubblicazioni sono indicate più volte, in margine a diversi capitoli.

Sulla pagina www.migration.infodrog.ch del sito di Infodrog si trova un elenco completo e sistematicamente aggiornato di pubblicazioni e riferimenti internet.

1 Prefazione

Il sito dell'Ufficio federale della sanità pubblica offre informazioni e pubblicazioni sulla strategia federale «Migrazione e salute» (documenti da scaricare): www.miges.admin.ch

- Ufficio federale della sanità pubblica (2008): Migrazione e salute. Sintesi della strategia federale fase II (2008-2013). Berna: UFSP
- Ufficio federale della sanità pubblica (2002): Migrazione e salute. Orientamenti strategici della Confederazione per il quinquennio 2002-2007. Berna: UFSP
- Domenig, Dagmar (a c. di) (2002): Importanza di un intervento specifico in relazione alla migrazione nel campo della tossicodipendenza e sue conseguenze nella prassi operativa. Berna: UFSP

2 Introduzione

- Barth, Wolfgang; Czycholl, Dietmar (2005): Sucht, Migration, Hilfe.
 Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. Geesthacht: Neuland
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Migration und Sucht.
 Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 141/
 II der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden Baden: Nomos
- Burgi, Didier; Carron, Raphaëlle (1997): Le projet migrants. Prévention du sida et des comportements de dépendance auprès des communautés étrangères en Suisse. Berna: UFSP
- Colbeaux, Christian (2004): Addictions et migrations. Actes des sixièmes rencontres de l'Unité de soins et d'information sur les drogues du Centre hospitalier de Douai, 19 septembre 2003. Douai: Unité de Recherches et de Formation sur les Drogues URFD
- Domenig, Dagmar (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Berna: Hans Huber
- Lanfranchi, Andrea (2006): «Kulturschock? Interkulturelle Kompetenz in psychosozialen Berufen». Dans: Psychoscope, 8 (27), p. 12-14 (si trova su http://ausbildungsinstitut.ch/de/images/pdf/psc_kulturschockmeilen.pdf)
- Orlando, John (1996): Deuxième génération d'étrangers et toxicomanies. Lavoro di ricerca. Ginevra: Ecole supérieure de travail social
- Salman, Ramazan; Tuna, Soner; Lessing, Alfred (a c. di) (2002): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie (2^a ed.). Giessen: Psychosozial-Verlag
- Weiss, Regula; Stuker, Rahel (1998): Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Rapport de base. Neuchâtel: Forum Svizzero delle Migrazioni
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdiziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurigo: Seismo
- Weiss, Regula; Stuker, Rahel (1998): Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue... Patients de langue étrangère: interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins. Berna: UFSP

Numerose informazioni concernenti diversi aspetti della migrazione e dell'integrazione si trovano anche sul sito dei relativi programmi nazionali di ricerca (PNR) promossi dal Fondo nazionale svizzero della ricerca scientifica (FNS), www.snf.ch (in tedesco, francese e inglese). Ad esempio il PNR 39 – Migration und interkulturelle Beziehungen / Migrations et relations intercultuelles.

3 Approccio transculturale

- Domenig, Dagmar (a c. di) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2^a ed.). Berna: Hans Huber
- Lanfranchi, Andrea (2006): «Kulturschock? Interkulturelle Kompetenz in psychosozialen Berufen». In: Psychoscope 8 (27), p. 12-14
- Meyer, Katharina (a c. di) (2009): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Berna: Hans Huber

4 Comunicazione - relazione

- Domenig, Dagmar (a c. di) (2002): Importanza di un intervento specifico in relazione alla migrazione nel campo della tossicodipendenza e sue conseguenze nella prassi operativa. Berna: UFSP
- Domenig, Dagmar (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Berna: Hans Huber

Si vedano anche i rimandi concernenti i capitoli 2 e 3.

5 Lavorare con degli interpreti

Il sito di Interpret, l'Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale, offre informazioni complete: www.interpret.ch

Altre pubblicazioni concernenti aspetti pratici:

- Bischoff, Alexander; Loutan, Louis (2000): Due lingue, un colloquio.
 Guida al colloquio medico bilingue ad uso di addetti alle cure e di interpreti. Berna: UFSP
- Saladin, Peter (a c. di) (2008): Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie. Berna: UFSP e H+ Gli Ospedali Svizzeri

Su questioni giuridiche e finanziarie:

- Achermann, Alberto et al. (2008): Rapporto sul finanziamento di prestazioni di interpretariato a favore dei membri della popolazione che non comprendono la lingua ufficiale di volta in volta in uso nelle istituzioni sanitarie svizzere. Berna: UFSP e H+ Gli Ospedali Svizzeri
- Ayer, Ariane; Gilbert, Muriel (2005): Droits du patient migrant: quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète? Friborgo/Berna: su incarico dell'UFSP

6 Anamnesi - terapia

- Domenig, Dagmar (a c. di) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege, Gesundheits- und Sozialberufe (2^a ed.). Berna: Hans Huber
- Heimann, H.M.; Penka, S.; Heinz, A. (2007): «Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen». In: Suchttherapie 8/2007, p. 57-62
- Moro, Marie Rose; Rousseau, Cécile (a c. di) (1998): Parcours de l'exil.
 Cliniques transculturelles. PRISME Psychiatrie, Recherche et Intervention en Santé Mentale de l'Enfant 3/1998. Montréal: Editions du CHU Sainte-Justine

- von Schlippe, Arist; el Hachimi, Mohammed; Jürgens, Gesa (2004): Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision (2ª ed.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Ufficio federale della sanità pubblica (2007): Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse».
 Berna: UFSP

7 Transculturalità e dipendenza: dal concetto agli aspetti pratici

- Baubet, Thierry; Taïeb, O. (2005): «Guide de formulation culturelle». In: Annales médico-psychologiques 1/2005, pp. 38-43. Parigi: Elsevier
- Grandsard, Catherine; Nathan, Tobie (1999): «La toxicomanie: un réseau ultra-court». In: Les Cahiers de Prospective Jeunesse 1/1999 – La question du plaisir... Le plaisir en question. Bruxelles: Prospective Jeunesse
- Kaës, René; Faimberg, Haydée; Enriquez, M.; Baranes, J.J. (2003): Transmission de la vie psychique entre générations. Collection Inconscient et culture. Parigi: Dunod
- Khantzian, Edward J. (1985): «The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence». In: American Journal of Psychiatry, 142(11), p. 1259
- König, Marianne; Dietrich, Nicolas (2007): Police travail social migration toxico-dépendances. Compétences transculturelles, de l'huile dans les rouages. Documentazione della giornata nazionale di ricerca, Bienne, 1° dicembre 2006. Berna: Infodrog
- Lekeuche, Philippe; Mélon, Jean (1990): *Dialectique des pulsions*. Collection Bibliothèque de pathoanalyse. (3ª ed.) Bruxelles: De Boeck
- Lewis-Fernandez, R.; Diaz, N. (2002): «The cultural formulation. A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter». In: *Psychiatry quarterly* 4/2002, pp. 271-295
- von Overbeck Ottino, Saskia; Ottino, Jérôme (2001): «Avoir ou être: tribulation identitaires chez les adolescents migrants». In: L'Autre, cliniques, cultures et sociétés, revue transculturelle 1/2001, p. 95-108, Grenoble: La Pensée sauvage

- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (1998): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2^a ed.). Gottinga: Hogrefe
- Sibony, Daniel (2002): «Peur de la violence et violence de la peur». In: Massé, Eric (a c. di): Cette violence qui nous tient. Cosmopolitiques, cahiers théoriques pour l'écologie politiques, nº 2. Parigi e La Tour d'Aigues: Cosmopolitiques/ Editions de l'Aube
- Stewart S. H.; Pihl, R. O.; Conrod P. J.; Dongier M. (1998): «Functional associations among trauma, PTSD and substance-related disorders». In: Addictive Behaviors 23/1998, pp. 797-812
- Yahyaoui, Abdessalem (1992): Toxicomanie et pratiques sociales.
 Travail clinique et social en milieu maghrébin. Grenoble: La Pensée sauvage/APPAM

8 In cammino verso la guarigione

- Bobin, Christian (1995): Francesco e l'infinitamente piccolo. Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo (trad. di Giovanna Troisi Spagnoli)
- Flèche, Christian; Lagardet, Jean-Jacques (2004): L'instant de guérison. Barret-sur-Méouge: Le Souffle d'Or
- Lévinas, Emmanuel (1983): Altrimenti che essere o Al di là dell'essenza.
 Milano: Jaca Book (trad. di Silvano Petrosino e Maria Teresa Aiello)
- Lévinas, Emmanuel (1986): Di Dio che viene all'idea. Milano: Jaca Book (trad. di Giulio Zennaro)
- Lévi-Strauss, Claude (2004): Tristi tropici. Milano: Il Saggiatore (trad. di Bianca Garufi)
- Wittgenstein, Ludwig (1998): Tractatus logico-philosophicus. Quaderni 1914-1916. Torino: Einaudi (trad. di Amedeo G. Conte)

9 Approccio sistemico centrato sulla soluzione

- Doutrelugne, Yves (2009): Thérapies brèves. Situations cliniques.
 Collection Pratiques en psychothérapie. Issy-les-Moulineaux: Masson-Elsevier
- Doutrelugne, Yves; Olivier Cottencin (2008): Thérapies brèves. Principes et outils pratiques. Collection Pratiques en psychothérapie. Issy-les-Moulineaux: Masson-Elsevier
- Dürrenmatt, Friedrich (1986): Giustizia. Milano: Garzanti (trad. di Giovanna Agabio)
- Gravel, Sylvie; Battaglini, Alex (a c. di) (2000): Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre (rapporto di sintesi che si trova anche su www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/migrationpub.html)
- de Jong, Peter; Kim Berg, Insoo (1999): Interviewing for solutions.
 Pacific Grove: Brooks Cole Publishers
- de Shazer, Steve (1986): *Chiavi per la soluzione in terapia breve.* Roma: Astrolabio (trad. di Augusto Menzio)
- Radice von Wogau, Janine; Eimmermacher, Hanna; Lanfranchi, Andrea (a c. di) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemischinterkulturell denken und handeln. Weinheim: Beltz
- Tousignant, Michel (1992): «La santé mentale des migrants. Analyse de son contexte social et longitudinal». In: Santé mentale au Québec 2/1992, p. 35-46. Montréal: Communauté et santé mentale (si trova su www.erudit.org/revue/smq/1992/v17/n2/index. html)
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurigo: Seismo

10 Terapia sostitutiva per persone con uno statuto di soggiorno precario

Due siti specifici offrono informazioni su e per le/i clandestine/i:

- La piattaforma nazionale «Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers/ Soins médicaux aux sans-papiers» elenca tutte le antenne specializzate nell'assistenza e nella consulenza sanitarie per queste persone: www.sante-sans-papiers.ch (in tedesco e francese)
- I servizi di consulenza per clandestine/i che esistono nella Svizzera tedesca hanno un sito in comune, che offre dossier dettagliati, informazioni aggiornate e gli indirizzi e i contatti necessari: www.sans-papiers. ch (in tedesco e francese)
- Kiener, Regina; von Büren, Lucie (2007): «Strafbarkeit durch medizinische Betreuung von Sans-Papiers?». In: Asyl 4/2007

Si vedano anche i rimandi concernenti il capitolo 18.

11 Terapia all'estero

Il dossier «Reisebestimmungen/Voyages» proposto da www.infoset.ch (in tedesco e francese) rinvia a diversi siti che informano sulle possibilità di seguire un trattamento all'estero e, in particolare, una terapia sostitutiva.

12 Bambini - adolescenti - genitori

- Bolzman, Claudio; Fibbi, Rosita; Vial, Marie (2003): Secondas Secondos. Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse. Zurigo: Seismo
- Domenig, Dagmar (a c. di) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2^a ed.). Berna: Hans Huber (in part. il cap. «Migrationskinder» curato da A. Lanfranchi, p. 371-393)
- Feld, Katja; Freise, Josef; Müller, Annette (a c. di) (2005): Mehrkulturelle Identität im Jugendalter. Die Bedeutung des Migrationshintergrundes in der Sozialen Arbeit. Münster: Lit Verlag
- Lanfranchi, Andrea (2004): «Aus Secondos werden Stars. Integration von Eingewanderten als Transformationsprozess». In: *Psychoscope*, 25 (3), pp. 6-9
- Mey, Eva (2008): «Jugendliche mit Migrationshintergrund. «Zwischen Stuhl und Bank» oder «global kids»?». In: Terra cognita. Rivista svizzera dell'integrazione e della migrazione 13/2008 – Identitäten, identités, identità, pp. 78-81. Si trova anche sul sito www.terra-cognita.ch

Si vedano anche i rimandi concernenti il capitolo 2.

13 Lavorare con la famiglia

- Boszormenyi-Nagy, Ivan; Framo, James L. (a c. di) (1969): Psicoterapia intensiva della famiglia: aspetti teorici e pratici. Torino: Boringhieri (trad. di Giuliana Beltrami Gadola)
- Cirillo, Stefano; Berrini, Roberto; Cambiaso, Gianni; Mazza, Roberto (1996): La famiglia del tossicodipendente. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Désy, Michel; Battaglini, Alex; Bastien, Robert (2007): Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille. Westmount: Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw (si trova su www. santepub-mtl. qc.ca/Publication/migrationpub.html)

- Fibbi, Rosita; Cattacin, Sandro (2002): L'auto e mutuo aiuto nella migrazione. Una valutazione d'iniziative di self help tra genitori italiani in Svizzera. Neuchâtel: Forum Svizzero delle Migrazioni (si può scaricare dal sito www.migration-population.ch > Publikationen > SFM-Studien > RR 20)
- Granovetter, Mark S. (1973): «The strength of weak ties». In: American
 Journal of Sociology 6/1973, p. 1360-1380. Chicago: University of
 Chicago Press
- Michard, Pierre (2005): La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy.
 Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale.
 Collection Carrefour des psychothérapies. Bruxelles: De Boeck
- Minuchin, Salvador et al. (1967): Families of the slums. An exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books
- Selvini Palazzoli, Mara (1988): I giochi psicotici nella famiglia. Milano: Raffaele Cortina Editore
- Sluzki, Carlos E. (2001): «Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen». In: Hegemann Thomas; Salman, Ramazan (a c. di): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

14 Collaborare con le comunità di immigrate/i

- Dahinden, Janine (2002): «Um meine Batterien aufzuladen. Über die Bedeutung von Kultur in den Vereinen von Migrantinnen und Migranten». In: Terra cognita. Rivista svizzera dell'integrazione e della migrazione 1/2002 – Welche Kultur? Quelle culture?, p. 72-77. Si trova anche sul sito www.terra-cognita.ch
- Matthey, Laurent; Steiner, Béatrice (2008): Nous, moi les autres. Les associations de migrants et la formation de l'identité. Relazione presentata alla Giornata nazionale della Commissione federale della migrazione tenutasi il 6 novembre 2008. Pubblicato sul sito www.ekm. admin.ch (Actuel > Manifestations)
- Sito (in tedesco e francese) del Forum per l'integrazione delle migranti e dei migranti (FIMM Svizzera), l'associazione mantello delle organizzazioni di migranti in Svizzera: www.fimm.ch

15 Le reti sociali e la loro funzione di sostegno

- Bakis, Henry (1993): Les réseaux et leurs enjeux sociaux. Collection Que sais-je? Parigi: Presses universitaires de France
- Cohn, Ruth C. (2009): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle (16a ed. rivista). Stoccarda: Klett-Cotta
- Degenne, Alain (2004): Les réseaux sociaux. Collection U Sociologie (2ª ed.). Parigi: A. Colin
- Linehan, Marsha M. (2001): *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore (trad. di Micol Ascoli e Carlo D'Amore)
- Mehran, Firouzeh (2006): Traitement du trouble de la personnalité borderline. Thérapie cognitive émotionnelle. Collection Médecine et psychothérapie. Issy-les-Moulineaux: Masson-Elsevier
- Moreno, Jacob L. (2007): Who shall survive? Principi di sociometria, psicoterapia e sociodramma. Roma: Di Renzo Editore (trad. di O. Praturlon)
- Röhrle, Bernd (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung.
 Weinheim: Psychologie Verlags Union

16 Donne nel mondo della prostituzione

- Ansermet Pagot, Anne et al. (2007): Rapport d'activités 2007. Losanna: Fleur de pavé. (Si trova su www.infoset.ch/inst/fleur)
- Attac (2008): Mondialisation de la prostitution. Atteinte globale à la dignité humaine. Collection Les petits libres. Parigi: Mille et Une Nuits
- Chimienti, Milena (2009): Prostitution et migration. La dynamique de l'agir faible. Zurigo: Seismo
- Dahinden, Janine; Stants, Fabienne (2006): Arbeits- und Lebensbedingungen von Cabaret-Tänzerinnen in der Schweiz. Neuchâtel: Forum svizzero delle Migrazioni
- Dupertuis, Valérie; Ziegler, Geneviève (2000): «Dépendances aux drogues illégales et prostitution». In: Dépendances 11/2000, p. 26-27.
 Yverdon-les-Bains e Losanna: Groupement Romand d'Etudes des Addictions GREA/Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres

- toxicomanies ISPA. (Si trova su www.great-aria.ch/dossiers/Infos/Revues/dependances11.htm)
- Groupe de travail «Femmes-Dépendances» (1998): Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Losanna: Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e delle tossicomanie ISPA
- Guillemaut, Françoise (a c. di) (2007): Femmes et migrations en Europe.
 Stratégies et empowerment. Lione: Le dragon Lune (il rapporto 2004 si trova su http://pagesperso-orange.fr/cabiria/publications.html.)
- Guillemaut, Françoise (a c. di) (2002): Femmes et migrations. Les femmes venant d'Europe de l'Est. Lione: Le dragon Lune
- Welzer-Lang, Daniel; Schutz Samson, Martine (a c. di) (1999): Prostitution et santé communautaire. Essai critique sur la parité. Lione: Le Dragon Lune. (Si trova su http://pagesperso-orange.fr/cabiria/publications.html)

Informazione, consulenza e aiuto:

FIZ Zurigo – Centro di informazione e consulenza per le donne provenienti dall'Africa, dall'Asia, dall'America Latina e dall'Europa Orientale.
 Il sito www.fiz-info.ch (in tedesco, francese, inglese, spagnolo, portoghese, russo e tailandese) propone link verso servizi di consulenza e organizzazioni.

17 Servizi sociali e utenti con un passato migratorio

• La Fondazione svizzera del servizio sociale internazionale SSI offre il suo sostegno alle/ai bambine/i e alle loro famiglie confrontate con problemi sociali e giuridici in un contesto transnazionale: www.ssiss. ch (in tedesco, francese e inglese).

18 Basi giuridiche: la migrazione e la sicurezza sociale nella legislazione

Testi di legge, informazioni giuridiche:

- Raccolta sistematica del diritto federale: www.admin.ch/ch/i/rs/ rs.html
- Sul sito dell'Ufficio federale della migrazione UFM (www.ufm.admin. ch, pagina «Temi/Basi legali») sono riuniti i link verso i testi più importanti della legislazione nazionale in materia (Legge federale sugli stranieri LStr, Legge sull'asilo LAsi, Accordo sulla libera circolazione delle persone ALC, Legge sulla cittadinanza LCit ecc.), così come le relative ordinanze, le istruzioni, le circolari, la giurisprudenza (le decisioni più importanti prese dal Tribunale federale) e le fonti legislative internazionali. Anche il sito della Commissione federale della migrazione CFM (www.ekm.admin.ch > Progetti) offre link verso i vari testi giuridici di riferimento.
- La piattaforma informativa www.humanrights.ch (in tedesco, francese e inglese) offre, accanto ad approfondite informazioni sui diritti umani in Svizzera e a livello internazionale, anche diversi elenchi di organizzazioni specializzate, servizi statali, operatrici/ori e servizi di consulenza (cliccare su «Besondere Dienstleistungen/Nos services» a destra)

Consulenza giuridica, avvocate/i:

- Federazione svizzera degli avvocati (FSA): www.swisslawyers.com (in tedesco, francese e parzialmente in italiano). Su questo sito è possibile cercare nominativi di avvocate/i per Cantone, lingua e specializzazione (cliccando su «Ricerca di avvocati» «Ricerca»). I vari ordini cantonali offrono informazioni giuridiche gratuite (si veda «Informazioni giuridiche» «Liste der kantonalen Rechtsauskunftsstellen/Liste des permanences cantonales»). Non tutte/i le/gli avvocate/i sono membri dell'associazione.
- Giuristi e giuriste democratici svizzeri: www.djs-jds.ch (in tedesco e francese). Anche su questo sito è possibile, cliccando su «AnwältInnen/ Avocats», cercare nominativi di avvocate/i per Cantone, lingua e specializzazione.

• Sul sito dell'Organizzazione svizzera di aiuto ai rifugiati www.osar.ch (in francese e inglese) o su www.humanrights.ch (in tedesco, francese e inglese; cliccare a destra su «Besondere Dienstleistungen/Nos services») sono elencati servizi di consulenza giuridica per rifugiate/i, richiedenti l'asilo e clandestine/i.

Bibliografia:

- Gafner, Magalie (2008): Autorisations de séjour en Suisse. Un guide juridique: présence, regroupement familial, travail, assurances sociales (ed. rivista). Losanna: Editions La Passerelle
- Kieser, Ueli (2009): ATSG-Kommentar (2ª ed.). Zurigo: Schulthess Juristische Medien
- Maurer, Alfred; Scartazzini, Gustavo; Hürzeler, Marc (2009): Bundessozialversicherungsrecht (3^a ed.). Basilea: Helbing Lichtenhahn
- Spescha, Marc; Thür, Hanspeter; Zünd, Andreas; Bolzli, Peter (2008): Migrationsrecht. Zurigo: Orell Füssli
- Uebersax, Peter; Rudin, Beat; Hugi Yar, Thomas; Geiser, Thomas (a c. di) (2009): Ausländerrecht Eine umfassende Darstellung der Rechtsstellung von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz Von A(syl) bis Z(ivilrecht). Handbuch für die Anwaltspraxis, vol. VIII (2ª ed.). Basilea: Helbing Lichtenhahn
- Widmer, Dieter (2008): Sozialversicherungsrecht transparent. Zurigo: Schulthess Juristische Medien

19 Istituzionalizzazione e garanzia della qualità

- Saladin, Peter (a c. di) (2008): Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie. Berna: UFSP/H+ Gli Ospedali Svizzeri
- Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2006): Das modulare Qua-TheDA Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich/ Le référentiel modulaire QuaThéDA. La norme qualité pour le domaine des dépendances. Berna: UFSP
- Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2006): Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem/ Manuel QuaThéDA modulaire. Commentaires relatifs au Référentiel OuaThéDA. Berna: UFSP