

CAPITOLO

**POVERTÀ
E SALUTE MENTALE:**
lo sguardo
della Caritas

4

a cura di Federica De Lauso e Vera Pellegrino

ABSTRACT

Il capitolo esplora il rapporto tra povertà e salute mentale attraverso l'esperienza della rete Caritas. Vengono presentati gli orientamenti e l'impegno di Caritas Italiana sulla salute mentale nelle diverse fasi storiche, e illustrate le modalità, gli stili operativi e gli approcci delle diocesi, con esempi concreti di progettualità territoriali. La trattazione combina una lettura quantitativa del disagio mentale tra le persone che si rivolgono ai centri di ascolto con una prospettiva qualitativa che restituisce i punti di vista degli operatori e delle famiglie. Completano l'analisi approfondimenti sul legame tra disagio mentale e percorsi migratori e un focus tematico – curato da Caritas Internationalis – sulla relazione tra cambiamenti climatici e salute mentale.

1. L'impegno della Caritas: orientamenti, posizioni e stile di intervento

1.1. Una storia d'insieme: tra origini e trasformazioni¹

L'impegno di Caritas Italiana verso la salute mentale è profondamente radicato nella sua storia e nelle sue motivazioni più profonde e fondamentali: tutelare la dignità di ogni persona e garantire il diritto universale alla salute senza alcuna esclusione. La salute mentale, infatti, è considerata parte integrante della salute complessiva e l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come non si limiti all'assenza di malattia o infermità, ma costituisca uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale².

Già negli anni '90, Caritas Italiana iniziava a promuovere la sensibilizzazione delle Caritas diocesane e della comunità cristiana, offrendo strumenti formativi, pubblicazioni e momenti di confronto. Nel 1995 venne pubblicato l'opuscolo *“La sofferenza psichiatrica”*³, seguito nel 1997 dal volume *“I malati mentali. Dall'esclusione alla solidarietà”*⁴, pensati per guidare le Caritas locali nell'accoglienza di persone con disagio mentale. Durante gli incontri seminariali, si evidenziava quanto fosse fondamentale coinvolgere le famiglie dei malati, affinché potessero partecipare attivamente alla vita della comunità cristiana e accedere ai servizi disponibili⁵.

Un momento particolarmente significativo fu il seminario realizzato alla fine degli anni Novanta (1998), in collaborazione con l'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute, dal titolo *“La Comunità che guarisce: malattie mentali, cronicità, comunità cristiana”*, organizzato in occasione del ventennale della Legge 180/78 e in concomitanza con l'avvio del Progetto Obiettivo per la “Tutela del-

¹ Il testo del paragrafo che ripercorre le varie tappe è tratto dal contributo di Cinzia Neglia (Servizio Promozione Opere Italia di Caritas Italiana) dal titolo “Focus tematico salute mentale” inserito in Caritas Italiana, 2022, *Dentro il welfare che cambia. 50 anni di Caritas a servizio dei poveri e della Chiesa*; cfr. https://archivio.caritas.it/materiali/Pubblicazioni/rapporto_welfare/rapportowelfare_2.pdf

² Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.

³ Albanesi V. 1995, *La sofferenza psichica, Le città solidali*

⁴ Taufer B., Toso I., Guidolin L., 1997, *I malati mentali. Dall'esclusione alla solidarietà*, Casale Monferrato, Piemme.

⁵ All'interno del rapporto Caritas Italiana - Fondazione Zancan, 1998, *Gli ultimi della fila* è presente un contributo curato da Franco Fasolo e Walter Nanni dal titolo “Malattie mentali: dati, aspetti sociali e servizi psichiatrici”.

la salute mentale”⁶. L’evento sottolineava il ruolo centrale della comunità come luogo di cura e guarigione, evidenziando come solo in una rete comunitaria i malati possano migliorare la qualità della vita e il proprio benessere.

Negli anni successivi, Caritas Italiana consolidò l’approccio collaborativo con l’Ufficio CEI per la Pastorale della Salute, creando gruppi di lavoro misti e momenti di confronto con le Caritas diocesane, le congregazioni religiose, le associazioni di familiari e le organizzazioni del Terzo Settore. Questo lavoro portò alla realizzazione di strumenti operativi, come opuscoli e pubblicazioni, per accompagnare le Caritas locali nel loro impegno quotidiano, e a un seminario residenziale congiunto che si tenne nel novembre 2001. Nello stesso anno i componenti del gruppo presero parte come relatori alla Prima Conferenza Nazionale Salute Mentale del Ministero della Salute, dal titolo “*Se si può, si deve*”⁷.

Parallelamente, l’attenzione si estese agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), con l’obiettivo di migliorare le condizioni di vita dei pazienti e, più in generale, di promuoverne il superamento, poi sancito dalla Legge 81/2014. Furono attivati collegamenti con le Caritas diocesane di provenienza delle persone internate e individuate soluzioni abitative alternative nei casi in cui il rientro in famiglia non fosse possibile. Già nel maggio 2002, un incontro con i cappellani degli OPG mise in luce la persistenza di condizioni disumane in alcune strutture, avviando un Tavolo di lavoro finalizzato al miglioramento della qualità della vita dei pazienti, con un’attenzione iniziale alle realtà del Mezzogiorno.

Nel corso degli anni, Caritas Italiana ha inoltre assicurato una presenza costante e qualificata nei principali luoghi istituzionali, tra cui il Tavolo di lavoro OPG presso la Consulta nazionale del Ministero della Salute. In questo contesto, ha sollecitato l’inclusione nell’Osservatorio nazionale per la salute mentale, partecipato a tavoli ministeriali e sottoscritto il comunicato “*No a modifiche della legge 180, sì alla rete dei servizi pubblici di salute mentale di comunità*”. L’attenzione alla normativa di settore è rimasta costante, come dimostrano le prese di posizione assunte, a livello nazionale e diocesano, nei confronti delle proposte

⁶ Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000 è stato un importante strumento programmatico del Servizio Sanitario Nazionale italiano, approvato nel 1999 che ne ha definito linee guida e obiettivi per l’assistenza psichiatrica.

⁷ La prima conferenza Nazionale sulla salute mentale si svolse a Stresa a giugno 2001 con l’obiettivo di fare il punto sull’attuazione della legge 180/1978, rilanciare i servizi territoriali (DSM) e affrontare le nuove sfide, sottolineando il principio “Se si può, si deve”.

di riforma dell'assistenza psichiatrica presentate dall'On. Burani Procaccini nel 2001 e nel 2004, rispetto alle quali è emersa una netta e condivisa opposizione⁸.

Nel 2003, con la pubblicazione del volume *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*⁹, l'Organismo pastorale ha ulteriormente contribuito alla sensibilizzazione dei territori diocesani. Nello stesso anno, delegazioni hanno visitato gli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Barcellona Pozzo di Gotto. Contestualmente, si sono sviluppate iniziative di respiro internazionale, orientate all'umanizzazione dei luoghi di cura, in particolare in Serbia e Montenegro, in collaborazione con le Caritas locali, accompagnate da attività formative rivolte a operatori e volontari¹⁰.

L'impegno si è inoltre concretizzato nella partecipazione continuativa a convegni, tavole rotonde e commissioni, in collaborazione con enti pubblici, associazioni di familiari, organizzazioni del Terzo Settore e fondazioni scientifiche, a sostegno di un approccio integrato e inclusivo alla salute mentale. Nel tempo, Caritas Italiana ha ribadito con continuità il valore dell'advocacy, sottolineando la necessità di dare piena attuazione alle leggi vigenti prima di ipotizzarne modifiche, e promuovendo un modello di comunità partecipe e responsabile, capace di offrire supporto e concrete opportunità di reinserimento.

Particolare attenzione è stata riservata all'intersezione tra salute mentale e altre condizioni di vulnerabilità, come le dipendenze, la condizione di senza dimora e i percorsi migratori, al fine di garantire interventi mirati e inclusivi. Parallelamente, si è rafforzata la comunicazione pubblica sul tema attraverso eventi nazionali, la partecipazione alle Giornate Mondiali dedicate¹¹ e numerose iniziative locali, contribuendo a stimolare istituzioni e società civile a riconoscere la salute mentale come componente essenziale del benessere individuale

⁸ La riforma "Burani Procaccini" è una proposta di legge del 2001 n.174 intitolata "Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali" che proponeva una revisione complessiva della disciplina dell'assistenza psichiatrica, cercando di aggiornare il modello basagliano con maggiore ruolo dei Trattamenti Sanitari Obbligatori e delle strutture residenziali

⁹ Caritas Italiana, 2003, *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, Bologna, EDB.

¹⁰ In riferimento a questo tipo di impegno nei Balcani è stato anche recentemente prodotto un Dossier Dati e testimonianze Caritas disponibile in: https://archivio.caritas.it/materiali/Europa/Serbia/ddt9_serbiaemontenegro2015.pdf

¹¹ In particolare, dal 2002 partecipa alla Giornata Mondiale della Salute Mentale con comunicati stampa ed eventi locali, portando attenzione a chi soffre direttamente o indirettamente di malattia mentale.

e collettivo. In questa cornice si colloca anche la partecipazione alla Consulta delle Associazioni per la salute mentale, a convegni nazionali e a organismi di coordinamento e consulenza scientifica¹².

Nel *Rapporto povertà* Caritas-Zancan del 2004, *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta* è stato incluso un approfondimento sul tema della depressione¹³; nello stesso anno Caritas Italiana è stata tra i promotori del Congresso *La solidarietà come prossimità evangelica ai più deboli*, organizzato in occasione del centenario della presenza a Roma dell'Opera Don Guanella, curando il Simposio dedicato all'accompagnamento e al sostegno delle persone con disturbi mentali. Il 10 giugno 2010 l'organismo nazionale è stato ascoltato in audizione informale presso la Commissione XII (Affari sociali) della Camera dei deputati e, il 9 settembre dello stesso anno, ha partecipato come relatore alla Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, intervenendo nella sessione pregressuale *Il problema e gli approcci preventivi*¹⁴.

Nel 2015 il quinto *Dossier Dati e Testimonianza* è stato dedicato al tema della salute mentale nei Balcani. In tale contesto, infatti, l'organismo pastorale italiano ha accompagnato diverse Caritas nazionali – in particolare quella Serba – nel percorso di transizione dal modello istituzionale a quello dei centri di salute mentale territoriali¹⁵. Negli anni successivi, numerose esperienze locali e internazionali hanno incluso attività di studio, advocacy e lobbying. In questo quadro, tra le iniziative più recenti: nell'ottobre 2025 la Caritas Diocesana di Roma ha presentato alla Regione Lazio un documento programmatico per riaffermare la salute mentale come diritto fondamentale, ancora largamente disatteso¹⁶; nel novembre dello stesso anno, Caritas Sardegna ha pubblicato il proprio Rapporto su povertà ed esclusione sociale, dedicando un focus specifico alla salute

¹² In particolare, nel Comitato Etico/Scientifico Marchio Comunità Solidali di CGM (<https://cgm.coop/>) e nella Consulta Nazionale coordinata da CGIL.

¹³ Neglia C. 2004, *“Le depressioni: vuoti a rendere”* in Caritas Italiana - Fondazione Zancan, 2004, *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*, Milano, Feltrinelli. Nel 2012, Camilliani, Caritas Italiana e Ospedale Bambin Gesù pubblicano il volume *“Oltre l'arcobaleno. Bambini e salute mentale in situazioni di emergenza e disastri naturali”* (edizioni Edb).

¹⁴ <https://www.iasp.inf/wspd/>

¹⁵ https://archivio.caritas.it/materiali/Europa/Serbia/ddt9_serbiaemontenegro2015.pdf

¹⁶ <https://www.caritas.it/salute-mentale-un-sistema-di-cura-piu-umano-e-inclusivo/>

mentale, anche sulla base di una ricerca sul campo¹⁷. A livello europeo, Young Caritas Europe (Caritas Europa) ha promosso nell'ottobre 2025 la campagna *"It's okay not to be okay"*, finalizzata a sensibilizzare sul tema della salute mentale dei giovani, contrastare lo stigma e favorire la creazione di spazi sicuri di ascolto e condivisione¹⁸.

Nel complesso, l'azione di Caritas, dalle origini a oggi e a diversi livelli, si fonda su tre assi portanti: il riconoscimento della persona oltre la malattia, la promozione di reti comunitarie e territoriali per il sostegno e il reinserimento, e l'impegno di advocacy per politiche inclusive e rispettose dei diritti.

BOX: SNODI STORICI E POSIZIONAMENTI

di Francesco Marsico e Giuseppe Laganà¹⁹

Anni '80-'90: prime intersezioni tra povertà e disagio psichico

Fin dagli anni Ottanta, la rete Caritas intercetta situazioni di disagio mentale prevalentemente tra persone senza dimora, soggetti in condizioni di fragilità e famiglie in difficoltà, anche a seguito dell'entrata in vigore della Legge 180/1978. Le prassi sviluppate in questa fase mettono in evidenza:

- la necessità di contrastare stigma ed esclusione sociale;
- l'attenzione ai cosiddetti "dimenticati" del sistema dei servizi;
- il sostegno a persone prive di reti familiari o relazionali.

L'orientamento che emerge è chiaramente critico nei confronti di ogni forma di segregazione e sollecita lo sviluppo di alternative territoriali dignitose, in coerenza con i principi della riforma Basaglia. A partire dai primi anni Novanta, Caritas Italiana avvia un'azione di sensibilizzazione rivolta alle Caritas diocesane e alla comunità cristiana attraverso strumenti formativi e pubblicazioni, tra cui:

- l'opuscolo del 1995 *La sofferenza psichiatrica*;
- il volume del 1997 *I malati mentali. Dall'esclusione alla solidarietà*.

¹⁷ <https://www.caritassardegna.it/sassari-presentazione-del-xx-report-su-poverta-ed-esclusione-sociale-e-del-ix-rapporto-annuale-2025/>

¹⁸ <https://www.italiacaritas.it/blog/blog/parliamone-la-salute-mentale-e-la-storia-di-tutti/>

¹⁹ Servizio documentazione di Caritas Italiana.

Anni 2000: strutturazione dell'ascolto e prime posizioni

Con l'inizio del nuovo millennio, i Centri di Ascolto Caritas registrano in modo sistematico la presenza di disturbi mentali gravi, spesso non trattati, mettendo in luce il nesso strutturale tra povertà multipla (economica, abitativa e relazionale) e disagio psichico.

In questo contesto, Caritas partecipa indirettamente al dibattito nazionale sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) attraverso reti del Terzo Settore e tavoli di confronto con Fio.PSD. Il DPCM del 1° aprile 2008, che trasferisce la sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale attribuendone la responsabilità alle Regioni, viene accolto favorevolmente sul piano dei principi, ma accompagnato da una valutazione critica rispetto a ritardi attuativi, sottofinanziamento e inadempienze²⁰.

L'indirizzo espresso è quello del superamento degli OPG come strutture totali e di un investimento prioritario nei servizi di comunità e nei percorsi territoriali, evitando la creazione di nuovi contenitori istituzionali.

2010–2014: verso il superamento degli OPG

Nei *Rapporti Povertà*, che valorizzano l'esperienza delle realtà diocesane, emerge con chiarezza come la salute mentale rappresenti un fattore che amplifica marginalità ed esclusione sociale. Parallelamente, si rafforza la collaborazione con i servizi sanitari e con l'ambito della giustizia minorile e adulta.

Il confronto parlamentare culmina nell'approvazione della Legge 81/2014, che sancisce la chiusura definitiva degli OPG e introduce le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Nei tavoli istituzionali e negli interventi pubblici, Caritas manifesta:

- sostegno alla chiusura degli OPG;
- attenzione critica al rischio di nuove "istituzioni totali" in assenza di adeguati servizi territoriali;
- centralità della presa in carico personalizzata e del ruolo della rete comunitaria.

²⁰ Elisabetta Laganà, "Curarsi 'dentro', diritto senza risorse, ItaliaCaritas 10/2009, pag. 18-20; https://archivio.caritas.it/materiali/Area_riservata/promozione_umana/carcere/Italia_Caritas_ottobre2009.pdf

2015–2017: chiusura degli OPG e avvio delle REMS

La chiusura formale degli OPG si realizza nel 2017. A livello territoriale emergono tuttavia numerose criticità: persone sottoposte a misure giudiziarie prive di un adeguato accompagnamento, ritardi nell'accesso alle REMS e casi in “bilico” tra ambito sanitario, sociale e giudiziario.

Le valutazioni espresse da Caritas mettono in evidenza i rischi del modello REMS, in particolare la possibile continuità con le logiche degli OPG (“mini-OPG”) se non sono integrate in una rete territoriale di servizi, e la necessità di politiche orientate alla casa, al lavoro e al reinserimento personalizzato²¹. La chiusura degli OPG viene ribadita come un passaggio di civiltà, ma senza servizi domiciliari, budget di salute e soluzioni di housing supportato il rischio è l'abbandono delle persone più fragili. Centrale resta il ruolo della comunità locale come spazio di cura non clinico.

2018–2020: crisi economica e fragilità mentali diffuse

La crisi economica accentua fenomeni di ansia, depressione e doppia diagnosi tra le fasce più vulnerabili. Le Caritas diocesane documentano un aumento di situazioni caratterizzate da precedenti giudiziari e problematiche psichiatriche non adeguatamente seguite.

La Caritas ribadisce la necessità di:

- investire sul “dopo OPG”;
- evitare che le REMS si trasformino in strutture chiuse e sovraccariche;
- rafforzare i servizi territoriali multiprofessionali.

2020–2023: pandemia e nuova centralità della salute mentale

La pandemia da Covid-19 determina un incremento significativo del disagio psicologico, in particolare tra giovani e lavoratori poveri. L'azione di Caritas nelle comunità locali garantisce continuità sociale e supporto concreto (accesso ai farmaci, accompagnamento alle visite, raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale). Parallelamente, il dibattito pubblico riporta al centro la questione della saturazione delle REMS.

La posizione sostenuta valorizza la salute mentale come bene comune, critica approcci esclusivamente emergenziali e ribadisce la necessità di rafforzare il

²¹ *Ospedali psichiatrici giudiziari: chiusura, superamento, illusione, inganno?*, Caritas Roma, 2015.

modello territoriale post-OPG attraverso investimenti strutturali e politiche sociali inclusive.

2023–oggi: salute mentale e povertà strutturale

I Rapporti Povertà e le pubblicazioni del periodo 2023–2025 dedicano ampio spazio al disagio psichico, individuando tre criticità principali:

- difficoltà di accesso ai servizi;
- interruzione della continuità delle cure;
- assenza di percorsi integrati per persone sottoposte a misure giudiziarie.

L'orientamento attuale può essere sintetizzato in alcuni punti chiave:

- la chiusura degli OPG è irreversibile e rappresenta una conquista civile;
- le REMS devono rimanere strutture di piccole dimensioni, temporanee e orientate al reinserimento;
- la comunità (famiglie, volontariato, Terzo Settore) è parte integrante dei percorsi di cura;
- priorità a interventi di comunità, housing supportato, budget di salute e cooperazione stabile tra DSM, servizi sociali, Terzo Settore e famiglie.

1.2. Lo stile delle Caritas diocesane in risposta alla sofferenza mentale: approcci e modalità di intervento²²

La rete Caritas opera prioritariamente nei contesti della povertà, dell'esclusione e delle fragilità sociali. In questo quadro, la salute mentale è considerata una dimensione strettamente intrecciata alle condizioni di vita delle persone, capace di incidere sull'accesso ai diritti, sulla partecipazione sociale e sul rischio di marginalità. In tal senso, nel lavoro quotidiano sui territori, le Caritas diocesane offrono un contributo peculiare e complementare agli altri attori del sistema di welfare (Dipartimenti salute mentale, servizi sociali comunali, Terzo settore), in particolare:

²² Il testo del paragrafo che ripercorre lo stile delle Caritas diocesane è tratto dal contributo di Laura Bianchi (Responsabile Servizio Promozione Opere Italia di Caritas Italiana) dal titolo "Sofferenza mentale: la risposta delle Caritas diocesane attraverso i progetti 8xmille 2024" in Caritas Italiana, 2024, *Fili d'erba nelle crepe. Risposte di speranza*, Teramo, Palumbi.

- intercettano situazioni di disagio psichico nei percorsi di ascolto e accompagnamento;
- facilitano l'orientamento e l'accesso ai servizi pubblici competenti, sostenendo la continuità dei percorsi di cura;
- promuovono la tenuta sociale delle persone attraverso interventi mirati su casa, reddito, relazioni, mediazione con i servizi e accompagnamento nei passaggi più fragili della vita;
- contrastano stigma e isolamento, favorendo esperienze di prossimità, comunità e volontariato;
- raccolgono e restituiscono letture territoriali che mettono in evidenza criticità sistemiche, come la frammentazione degli interventi o la difficoltà di presa in carico delle situazioni più complesse;
- nei contesti di emergenza e di povertà estrema, contribuiscono a garantire condizioni di sicurezza, continuità terapeutica e una rete minima di sostegno
- aiutano a ricostruire percorsi di accompagnamento per quelle persone che faticano ad accedere o a mantenere un rapporto stabile con i servizi istituzionali.

Una visione integrale di salute mentale

La salute mentale è intesa come una condizione che consente alla persona di riconoscere e sviluppare le proprie capacità, affrontare le sfide della vita quotidiana, lavorare in modo dignitoso e partecipare alla vita della comunità. Promuovere e tutelare la salute mentale, per Caritas, significa prendersi cura del benessere individuale e collettivo, rafforzando legami, opportunità e contesti inclusivi. E in tal senso, il suo impegno si traduce in percorsi integrati di accompagnamento, sostegno e inclusione, nei quali la comunità ecclesiale e le istituzioni sono chiamate a essere protagoniste attive, affinché la sofferenza mentale non diventi mai motivo di esclusione o perdita di dignità.

Dall'analisi dei progetti realizzati dalle Caritas diocesane, anche grazie ai contributi del Fondo CEI 8xmille, emergono alcuni elementi comuni che delineano uno specifico “stile Caritas” nell'approccio alla sofferenza mentale:

1. Centralità della persona e della famiglia

Gli interventi si inseriscono in una presa in carico globale della persona e del suo nucleo familiare, integrando azioni diverse per rispondere in modo più efficace ai bisogni complessi e contrastare le condizioni di esclusione sociale e di deprivazione materiale che spesso accompagnano la sofferenza mentale.

2. *Lavoro di rete*

La collaborazione con i servizi pubblici e con le realtà del privato sociale del territorio è un elemento strutturale dei progetti, con l'obiettivo di costruire risposte integrate, continuative e non settoriali.

3. *Sensibilizzazione e coinvolgimento della comunità ecclesiale*

L'impegno nella sensibilizzazione è fondamentale per ridurre paure e pregiudizi, sostenere le famiglie e promuovere una cultura della corresponsabilità, contrastando dinamiche di isolamento e delega.

Tipologie di intervento

Gli interventi rispondono ai bisogni rilevati nei territori e assumono forme diverse. In alcuni casi si rivolgono in modo specifico a persone con sofferenze mentali; in altri si inseriscono in progettualità più ampie dedicate a persone con disabilità o in condizioni di emarginazione e grave deprivazione sociale, spesso strettamente connesse anche al disagio psichico. Tra i principali strumenti di intervento si possono segnalare:

- laboratori pratici per l'acquisizione e il rafforzamento delle autonomie;
- attività ludico-ricreative e sportive inclusive per promuovere benessere e socializzazione;
- esperienze di accoglienza in co-housing per sostenere l'autonomia abitativa;
- tirocini di inclusione e contratti di lavoro protetti per favorire l'inserimento lavorativo;
- orientamento ai servizi del territorio, supporto psicologico e spazi di confronto dedicati alle famiglie.

1.3. Pratiche che parlano: esperienze e progettualità della Caritas diocesana di Palermo e della Caritas diocesana di Trento

L'individuazione dei progetti da raccontare non è mai semplice. Le esperienze promosse dalle Caritas diocesane a sostegno delle persone e delle famiglie che affrontano situazioni di sofferenza mentale sono infatti numerose, così come molte sono le diocesi che hanno presentato richieste di contributo sul Fondo CEI 8xmille 2025 per la realizzazione di interventi in questo ambito specifico. Ciascuna di queste esperienze è portatrice di una significativa ricchezza, fatta di azioni concrete e attenzioni mirate, che contribuiscono a restituire la complessità e la varietà dei bisogni e delle risorse che caratterizzano il mondo della salute mentale.

Il progetto “Wellness: promozione della salute” della Caritas diocesana di Palermo²³

Il progetto si inserisce in continuità con l’esperienza avviata nel 2024 nell’ambito della salute mentale, rispondendo a un bisogno ancora molto rilevante e in parte sommerso nel territorio di Palermo e provincia. Le principali criticità affrontate riguardano le difficoltà di accesso ai servizi per le fasce più fragili della popolazione, la disomogeneità nell’erogazione delle prestazioni da parte del sistema pubblico, lo stigma legato alla salute mentale, la carenza di personale qualificato e la limitata possibilità di vivere percorsi di cura in contesti non esclusivamente clinici. In collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell’ASP di Palermo, il progetto mira a consolidare e sviluppare un *modello di intervento comunitario*, fondato su una rete territoriale ampia e integrata che coinvolge cooperative, associazioni, aziende e realtà locali. I Centri di Ascolto della Caritas diventano presidi di prossimità e “sentinelle” capaci di intercettare il disagio e facilitare il collegamento con i servizi specialistici.

Le azioni previste comprendono:

- *Percorsi di riabilitazione psicosociale* per 30 persone seguite dai 6 Moduli Dipartimentali del DSM di Palermo e provincia, attraverso tirocini formativi e contesti comunitari a forte valenza relazionale, nei quali valorizzare talenti, capacità e competenze.
- *Attivazione di 6 tirocini formativi* finanziati interamente dal DSM.
- *Presa in carico psicoterapeutica di 3 persone* in condizioni di svantaggio socio-economico, con difficoltà di accesso ai servizi pubblici, in collaborazione con l’“Ambulatorio Popolare di Psicoterapia Sicilia”.
- *Ascolto, sostegno e accompagnamento* delle persone con disagio psichico e delle famiglie presso 2 centri di ascolto, con particolare attenzione alle famiglie in condizioni di fragilità sociale ed economica.

Il progetto pone al centro i concetti di cura, benessere, responsabilità, libertà e solidarietà, promuovendo l’integrazione tra pubblico e privato e sperimentando forme innovative di governance territoriale. La persona è considerata nella sua dimensione umana, relazionale e comunitaria, superando una visione individualistica e burocratica della presa in carico.

²³ Si ringrazia per la collaborazione Anna Maria Rita Cullotta. Per approfondimenti sul progetto si rimanda a: www.caritaspalermo.it

I risultati attesi includono:

- per i beneficiari: miglioramento delle life skills, delle competenze emotive e relazionali, dell'autostima, dell'autodeterminazione e della capacità di affrontare la vita quotidiana;
- per la comunità: maggiore consapevolezza sul tema della salute mentale, riduzione dello stigma e rafforzamento del senso di corresponsabilità.

Il progetto intende così promuovere una prassi operativa centrata sulla persona e sulla comunità, capace di mobilitare le potenzialità di tutti gli attori coinvolti e di rispondere in modo articolato e inclusivo ai bisogni di salute mentale del territorio.

Il progetto “Esperti nel supporto tra pari” della Caritas diocesana di Trento²⁴

Il progetto nasce per rispondere alle crescenti difficoltà vissute da persone senza dimora e richiedenti protezione internazionale con disagio psichico, che vivono in strada, in strutture di bassa soglia (dormitori, case comunitarie, sportelli) o in percorsi di abitare accompagnato. Le condizioni di precarietà abitativa, economica e relazionale, unite a barriere linguistiche e alla scarsa conoscenza del territorio, rendono per queste persone particolarmente complesso l'accesso ai servizi sociali e sanitari, criticità che si accentua in presenza di problematiche di salute mentale. La Fondazione Caritas di Trento, attraverso la gestione di numerosi servizi di accoglienza (dormitori, case comunitarie, Housing First, abitare accompagnato, accoglienza richiedenti protezione), ha rilevato un aumento significativo della vulnerabilità e della complessità psicosociale delle persone accolte. Il progetto si inserisce in una rete territoriale strutturata, che coinvolge APSS, l'Associazione “Il Cerchio” (ente accreditato per servizi socio-sanitari in ambito salute mentale), il Comune di Trento, cooperative sociali, strutture di bassa soglia e le linee pastorali diocesane, tutte orientate alla promozione della dignità umana, dell'inclusione sociale e al contrasto dello stigma. Elemento qualificante del progetto è la selezione, formazione e inserimento di 4 Esperti nel Supporto tra Pari (ESP), scelti tra persone senza dimora e/o richiedenti protezione internazionale con disagio psichico, in condizioni socio-economiche fragili ma con buone competenze

²⁴ Si ringrazia per la collaborazione Raffaele Michelotti. Per approfondimenti sul progetto si rimanda a <https://www.diocesitn.it/area-testimoniaza/attivita-servizio-caritas/>

relazionali. Gli Esperti, grazie al loro *sapere esperienziale*, svolgono un ruolo di mediazione relazionale e culturale affiancando operatori e servizi nei contesti di bassa soglia, sanitari e sociali. Il progetto si configura quindi come un intervento innovativo di comunità, capace di valorizzare le risorse delle persone più fragili, trasformandole in attori attivi di inclusione e di cura, e rafforzando la coesione sociale del territorio.

Destinatari:

- Diretti: almeno 4 persone senza dimora o richiedenti protezione internazionale inserite nel percorso ESP;
- Indiretti: 8–10 persone adulte senza dimora o richiedenti protezione con problemi di salute mentale, ospitate nelle strutture di accoglienza, che beneficeranno dell'affiancamento degli ESP.

Finalità e obiettivi:

- promuovere percorsi di recovery, empowerment e autonomia;
- facilitare l'accesso e la continuità della presa in carico nei servizi di salute mentale e di bassa soglia;
- ridurre il rischio di crisi psichiatriche e ospedalizzazioni;
- rafforzare il lavoro di rete tra servizi sanitari, sociali e di accoglienza.

Risultati:

- Per gli Esperti di supporto tra Pari: sviluppo di competenze relazionali e professionali, maggiore autonomia personale ed economica, rafforzamento dell'autostima e possibilità di integrazione lavorativa nel medio-lungo periodo;
- Per gli utenti affiancati: miglior accesso ai servizi, maggiore adesione ai percorsi di cura, riduzione delle emergenze psichiatriche e miglioramento della qualità della vita.

2. Il disagio mentale nelle persone che chiedono aiuto al circuito delle Caritas diocesane e parrocchiali

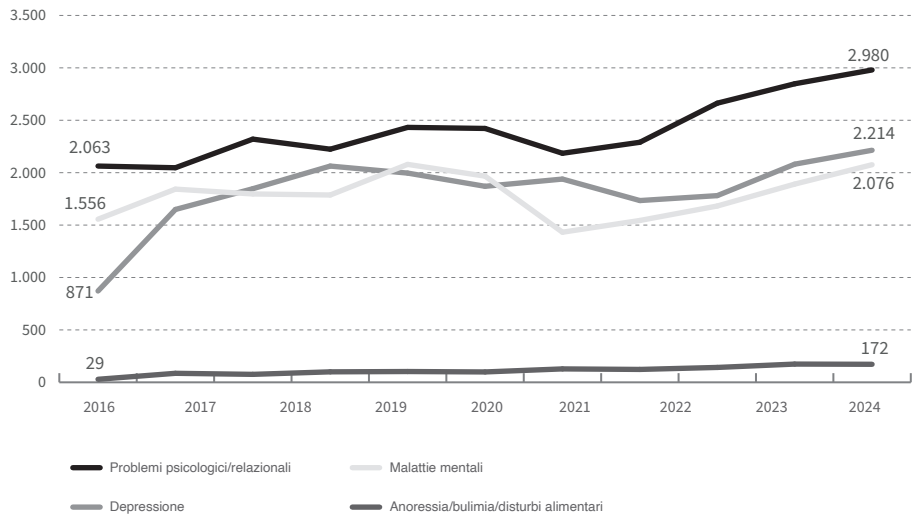
Nel corso del 2024, le persone che si sono rivolte ai centri di ascolto e ai servizi della rete Caritas in Italia sono state complessivamente 277.775. All'interno di questo bacino, il 14,6%²⁵ ha manifestato una condizione di vulnerabilità sanitaria, segnalando come la salute rappresenti una dimensione rilevante delle fragilità intercettate. Restrungendo l'attenzione alle problematiche riconducibili alla sfera psicologica e al disagio mentale, la quota si riduce al 4,4%²⁶. Questo dato, sebbene quantitativamente contenuto, richiede una interpretazione attenta. Per volontari e operatori dei centri di ascolto infatti non è sempre agevole cogliere forme di disagio psicologico, soprattutto quando si presentano in modo lieve, sommerso o latente; a ciò si aggiunge la persistente presenza di stigma sociale e di sentimenti di vergogna che circondano il disagio mentale, fattori che spesso inducono le persone a non esplicitare talune difficoltà durante i colloqui; un ulteriore elemento critico riguarda infine le modalità di contatto con i servizi: a volte l'ascolto avviene una sola volta o in maniera sporadica, limitando la possibilità di costruire una relazione continuativa che consenta una lettura più approfondita del vissuto e delle condizioni di fragilità psicologica.

Nel complesso, nel corso del 2024, la rete Caritas ha incontrato 7.742 persone che presentavano una forma di sofferenza psicologica. Il profilo che emerge è caratterizzato prevalentemente da difficoltà meno severe, ma comunque significative sul piano del benessere individuale e delle capacità di autonomia (Graf.1). La tipologia più diffusa riguarda infatti le problematiche psicologico-relazionali (2.980 casi, pari al 38,5%), che comprendono difficoltà emotive, relazionali e di adattamento spesso legate a eventi critici della vita. Seguono i disturbi depressivi, con 2.214 casi (28,9%), che costituiscono una componente importante e solo in terza istanza si collocano le situazioni riconducibili a vere e proprie patologie psichiatriche che toccano 2.076 assistiti (26,8%); i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) risultano residuali, confermando una presenza marginale all'interno dell'utenza complessiva (Graf. 1).

²⁵ Il dato è calcolato sul numero di persone per le quali è stato registrato almeno un bisogno, pari complessivamente a 168.678 (non 277.775)

²⁶ Vedi nota 26.

Graf. 1. Persone ascoltate per tipologia di disagio psicologico/psichiatrico - Anni 2014-2024 (v.a.).



Fonte: Caritas Italiana.

Le tre principali tipologie di disagio psicologico presentano oggi un peso sostanzialmente equilibrato, una configurazione che non si riscontrava un decennio fa, quando i casi di depressione risultavano nettamente minoritari. Nel periodo 2014–2024, a fronte di un incremento complessivo del 62% del numero di persone prese in carico, i disturbi depressivi hanno registrato una crescita particolarmente marcata (+154%), evidenziando un’espansione significativamente più rapida rispetto all’utenza complessiva. Al contrario, i disturbi psicologico-relazionali e le patologie psichiatriche, pur mostrando un andamento in crescita, presentano incrementi più contenuti, rispettivamente pari al +44% e al +33,4%. Questo trend indica una progressiva emersione di forme di sofferenza prevalentemente riconducibili al disagio emotivo e depressivo, verosimilmente legate ai profondi cambiamenti e alle numerose crisi socio-economiche e relazionali che si sono susseguite nell’ultimo decennio. Tale lettura appare coerente con quella della statistica pubblica (vedi cap. 2).

Un altro elemento chiave che emerge dall’analisi dei dati è che la sofferenza psicologica non si presenta quasi mai come un problema isolato, ma va a intrecciarsi con altri bisogni fondamentali – economici, lavorativi, abitativi e relazionali – dando origine a situazioni di fragilità complesse (Tab.1). Tali vulnerabilità non si sommano in modo lineare, ma interagiscono tra loro amplificandosi reciprocamente, contribuendo alla costruzione di traiettorie di esclusione difficili da interrompere. Quasi l’80% delle persone che si rivolgono alla Caritas e che presentano un problema di natura psicologica, cumula tre o più dimensioni

di bisogno, evidenziando un livello di complessit  significativamente superiore rispetto ad altri profili di utenza. La stessa quota scende infatti al 58,5% tra le persone che sperimentano esclusivamente problemi di salute fisica e al 21% tra coloro che non presentano alcuna patologia sanitaria, n  fisica n  mentale.

Tab.1 Persone ascoltate secondo la presenza di fragilit  sanitarie per numero di ambiti di bisogno (%) - Anno 2024.

	1 ambito di bisogno	2 ambiti di bisogno	3 o pi� ambiti di bisogno	Totale
Persone senza fragilit� sanitarie	52,2	26,8	21,0	100,0
Persone con fragilit� sanitarie generiche	16,1	25,5	58,5	100,0
Persone con sofferenza mentale	5,7	15,6	78,7	100,0

Fonte: Caritas Italiana.

Entrando nel dettaglio delle singole dimensioni di bisogno (Tab. 2), le persone con sofferenza mentale mostrano incidenze sistematicamente pi  elevate in ambiti chiave quali l’occupazione, la condizione abitativa e la salute, oltre a una maggiore presenza di problematiche familiari e relazionali; a queste si aggiungono, con maggiore frequenza, bisogni connessi all’istruzione, alla disabilit  e alle forme di dipendenza, a conferma di una vulnerabilit  che si estende trasversalmente a molteplici sfere del quotidiano.

Tab.2 Persone ascoltate con/senza sofferenza mentale per tipo di vulnerabilit  (% sulle persone) - Anno 2024.

	Persone CON sofferenza mentale	Persone SENZA sofferenza mentale	Totale persone
Povert� economica	77,2	78,3	78,3
Problemi di occupazione	53,1	44,2	44,6
Problemi abitativi	37,6	22,0	22,6
Problemi di salute	72,8	12,3	14,6
Problemi familiari	41,8	12,7	13,9
Problemi legati all’immigrazione	5,6	10,3	10,1
Problemi di istruzione	11,1	8,0	8,1
Handicap/Disabilit�	13,3	2,9	3,3
Detenzione e giustizia	8,0	3,0	3,2

Dipendenze	16,6	2,6	3,2
Altri problemi	52,0	4,0	5,9
Totale persone	6.567	161.301	167.688

Fonte: Caritas Italiana.

Non si può parlare di un rapporto di causa-effetto bensì dell’attivazione di circoli viziosi in cui ciascuna forma di fragilità alimenta le altre, rendendo sempre più complesso il percorso di uscita dallo stato di bisogno. In questa prospettiva si colloca il concetto di “povertà cumulata”, una delle forme più gravi, persistenti e spesso meno visibili dell’esclusione sociale che si manifesta quando una persona o una famiglia sperimenta simultaneamente più condizioni di svantaggio che interagiscono e si rafforzano reciprocamente, producendo un impatto complessivo superiore alla somma delle singole difficoltà e innescando processi regressivi difficili da interrompere.

Un terzo elemento da sottolineare riguarda, infine, la cronicizzazione dello stato di bisogno che risulta particolarmente marcata proprio tra gli individui con sofferenza mentale. Le informazioni sulla durata dell’accompagnamento confermano infatti che tra le persone con problemi di salute, oltre un terzo è seguito dai servizi Caritas da un periodo prolungato, quota che aumenta ulteriormente se si considerano nello specifico le persone con fragilità psicologiche/psichiatriche (Tab. 3). Le difficoltà tendono così a stabilizzarsi nel tempo, trasformandosi progressivamente in condizioni strutturali di povertà ed esclusione sociale, che richiedono interventi continuativi e di lungo periodo.

Tab.3. Persone ascoltate con fragilità sanitarie e non per storia assistenziale (%) - Anno 2024.

	Nuovi ascolti	1-2 anni	3-4 anni	5 anni e più	Totale
Persone senza fragilità sanitarie	39,4	23,8	11,9	24,9	100,0
Persone con fragilità sanitarie generiche	31,0	22,2	12,2	34,6	100,0
Persone con sofferenza mentale	29,8	19,3	11,2	39,8	100,0

Fonte: Caritas Italiana.

All’interno di questa logica di accumulo e persistenza degli svantaggi, risulta particolarmente utile il riferimento al contributo di Serge Paugam (2005; 2013), che interpreta la povertà, nei suoi esiti più estremi, come un processo di “*squalificazione sociale*”. In questa prospettiva, la povertà non si riduce alla sola

carezza di risorse materiali, ma comporta una progressiva perdita di riconoscimento sociale, di reti di sostegno e di fiducia nelle proprie capacità di riscatto. La povertà cumulata che caratterizza frequentemente le persone con sofferenza mentale rappresenta una manifestazione evidente di tale processo: l'intreccio di deprivazioni economiche, lavorative e relazionali tende, infatti, ad autoalimentarsi nel tempo, contribuendo a stabilizzare le condizioni di esclusione e marginalità. Questa interpretazione si colloca in continuità con i processi di *“disaffiliazione”* descritti da Robert Castel (1991), attraverso i quali l'indebolimento progressivo dei legami sociali e professionali conduce alla perdita di status, alla fragilizzazione delle traiettorie di vita e, infine, all'emarginazione sociale.

3. Salute mentale e povertà: il punto di vista degli operatori e delle famiglie

3.1. Premessa metodologica

Dopo aver delineato le caratteristiche del fenomeno emerse dall'analisi quantitativa dei dati, si propone un approfondimento qualitativo per dare spazio alle voci e alle esperienze di operatori, famiglie e persone coinvolte, restituendo la complessità del legame tra povertà e disagio mentale.

La finalità ultima della ricerca qualitativa è dare voce a chi rischia di diventare invisibile: le persone con disagio mentale, le loro famiglie. Tuttavia invisibili sono anche gli operatori che ogni giorno se ne prendono cura, in particolare nei servizi Caritas, insieme ad altri presidi territoriali. Si tratta di persone che spesso si muovono in un contesto segnato da fatica di cura, scarsità di risorse economiche e frammentarietà dei servizi, condizioni che alimentano isolamento, impotenza e senso di solitudine.

La ricerca mira da un lato a riconoscere e ascoltare le esperienze e i bisogni di chi vive sulla propria pelle la congiunzione tra povertà e disagio mentale, dall'altro a valorizzare il patrimonio di osservazioni, intuizioni e pratiche maturato dagli operatori e dai volontari Caritas.

Gli effetti cumulativi delle crisi economiche, sociali e sanitarie degli ultimi anni hanno aggravato le disuguaglianze e moltiplicato i fattori di rischio per la salute mentale, in particolar modo per chi vive già in condizioni di povertà. In questo scenario, il disagio mentale può diventare un fattore che accresce l'esclusione dai diritti, dal lavoro, dalla casa, dalle relazioni personali e comunitarie. Lo studio intende mettere a disposizione della Chiesa, delle istituzioni, dei policy maker, della comunità uno sguardo più profondo e realistico su una

fragilità che interroga la giustizia sociale e la capacità di prendersi cura dei più vulnerabili in modo sempre più integrato e olistico.

Per cogliere la complessità del rapporto tra povertà e disagio mentale servono storie, parole, immagini, emozioni, perché è nel racconto di sé che si rende visibile ciò che spesso resta ai margini degli indicatori quantitativi ma che può fornire nuovi elementi per conoscere e per agire. La scelta di una ricerca qualitativa risponde a questa esigenza di ascolto profondo, capace di restituire sfumature, contraddizioni e risorse, difficili da cogliere in altro modo.

Per l'indagine si è scelto di utilizzare i focus group con gli operatori, per approfondire il fenomeno, le criticità e le modalità operative attraverso una lettura condivisa; e i colloqui in profondità con le famiglie dei beneficiari per entrare con delicatezza nel vissuto quotidiano del disagio mentale, esplorando percezioni della malattia, impatti sulle relazioni, ostacoli nell'accesso ai servizi.

La ricerca ha, dunque, previsto la realizzazione di:

- 6 Focus group realizzati online nelle 5 macroaree del Paese (Nord Ovest, Nord Est, Centro, Sud e Isole) con operatori e volontari di 35 Caritas diocesane ²⁷, che nei diversi territori intercettano situazioni di disagio mentale nei servizi di prossimità, in particolare nei centri di ascolto, nelle mense, in servizi di accoglienza, nei dormitori o in servizi dedicati. È stato, inoltre, previsto un approfondimento nazionale sulle condizioni di salute mentale dei migranti attraverso una specifica traccia con operatori dei servizi di ascolto, accoglienza o di servizi specialistici.
- 15 colloqui in profondità in cinque Caritas diocesane (Aversa, Genova, Palermo, Perugia, Trento²⁸), distribuite in diverse macroaree del Paese, rivolte a familiari di persone con disagio mentale che hanno avuto contatto con i servizi Caritas.

²⁷ Si ringraziano i referenti che hanno partecipato ai focus delle Caritas diocesane di: Agrigento, Alghero-Bosa, Ancona-Osimo, Aosta, Asti, Aversa, Bari-Bitonto, Bergamo, Bologna, Cagliari, Catania, Cassano allo Ionio, Cerignola-Ascoli Satriano, Cosenza-Bisignano, Cremona, Cuneo-Fossano, Firenze, Gaeta, Genova, Iglesias, Messina, Milano, Napoli, Nuoro, Otranto, Palermo, Perugia-Città della Pieve, Pescia, Concordia-Pordenone, Ragusa, Roma, Reggio Emilia e Guastalla, Tortona, Tricarico, Verona.

²⁸ Si ringraziano per la collaborazione: Silvia Bagnarelli, Anna Culotta, Emilio Di Fusco, Cristian Gatti, Giuseppe Giambusso, Margherita Goretti, Giulia Pongiglione che hanno realizzato i colloqui in profondità nelle cinque diocesi.

Per gli operatori e i servizi Caritas, la ricerca ha perseguito gli obiettivi generali di:

- definire la percezione il disagio mentale nei contesti territoriali;
- analizzare il target e i bisogni che arrivano nei servizi;
- cogliere il nesso tra povertà e salute mentale
- comprendere quali percorsi si attivano per accompagnare i beneficiari
- analizzare le collaborazioni con i servizi sociali e sanitari
- rilevare proposte e suggerimenti per migliorare la condizione di chi vive il disagio mentale.

Per le famiglie gli obiettivi conoscitivi sono stati:

- approfondire la percezione della malattia mentale e il modo in cui il disagio condiziona la vita quotidiana, le relazioni familiari;
- individuare criticità ed ostacoli nell'accesso ai servizi, nei percorsi di cura e nel sostegno economico, abitativo e lavorativo;
- far emergere proposte per migliorare il supporto alle famiglie.

3.2. La prospettiva degli operatori

La percezione del disagio mentale

Quando si parla di disagio mentale è frequente che ci sia una certa ambiguità nel linguaggio comune: non sempre sono chiari i limiti e la definizione, si sovrappongono malattie, mal di vivere contemporaneo, disturbi psicologici, gravi patologie.

Gli operatori interpellati hanno chiaramente associato il disagio mentale alle persone che incontrano quotidianamente nei loro servizi, delineando un quadro di complessità da cui emergono dei fili rossi comuni abbastanza forti.

La percezione del disagio mentale da parte degli operatori Caritas restituisce un quadro complesso in cui dimensione individuale, relazionale e sociale risultano strettamente intrecciate. È stato possibile individuare quattro nuclei semantici principali:

- Difficoltà a sostenere la quotidianità.
Gli operatori fanno riferimento alla “difficoltà ad affrontare le questioni della vita” e alla “difficoltà estrema nell’adattamento alle aspettative della società”, fino a considerarlo un “elemento di vulnerabilità sostanziale” che limita la capacità di orientarsi, prendere decisioni, definire i percorsi di vita e mantenerne continuità. In questa prospettiva il disagio mentale appare come una

condizione di ridotta tenuta esistenziale, in cui le persone faticano ad attivare risorse, strategie e reti di supporto.

L'immagine che emerge è quella di un funzionamento quotidiano fragile, esposto al rischio di cronicizzazione in cui il disallineamento tra richieste della società e risorse personali alimenta un circolo vizioso di fallimenti, ritiro e ulteriore perdita di fiducia in sé.

- Solitudine e fatiche nelle relazioni.

La sofferenza psichica è fortemente associata alla solitudine e alle fatiche relazionali, che riguardano tanto le relazioni familiari e amicali quanto i rapporti con i servizi. Le persone con disagio mentale e le loro famiglie risultano spesso isolate, con una scarsità di sostegno emotivo e pratico; la solitudine viene descritta come esperienza esistenziale (*“baratro”*, *“vuoto”*) ma anche come condizione sociale di mancanza di prossimità e accompagnamento.

Gli operatori evidenziano anche forme di *“incomunicabilità”* e di *“incomprensione”* dovute alla distanza che non si riesce a colmare in quanto condizioni impenetrabili.

Il disagio mentale appare quindi come esperienza di povertà relazionale: la fragilità psichica non solo incrina i legami, ma rende più difficile anche l'accesso e la permanenza in relazioni di cura significative, compresi i rapporti con le istituzioni che dovrebbero offrire sostegno, acuiti dalla difficoltà ad avere rapporti di fiducia, rendendo la presa in carico talvolta più complicata.

- Stigma ed esclusione sociale.

Un terzo asse interpretativo riguarda i concetti di stigma, esclusione sociale e mancanza di diritti. Il disagio viene spesso catturato da etichette che rimandano alla figura del “matto”: si parla di *“etichetta e anche estrema emarginazione”* e di *“stereotipo”*, alimentando la percezione che le persone con disturbo mentale siano prive di competenze e di un ruolo sociale possibile. Il disagio mentale viene associato alla figura del “matto”, percepito come pericoloso, imprevedibile o privo di competenze, e ciò produce un doppio effetto: distanza sociale da parte della comunità e autoesclusione o ritiro da parte delle persone direttamente coinvolte. Lo stigma è descritto come un “acceleratore della situazione di esclusione sociale”, tanto da far dire che queste persone “sono estremamente escluse”, fino a sperimentare una vera e propria negazione di diritti (*“l'esclusione e la mancanza di diritti”*).

- Sofferenza e vulnerabilità.

La sofferenza viene citata come criterio centrale per riconoscere il disagio mentale: *“sofferenza come prima cosa perché penso che sia quell'indicatore che*

può far dire che un problema sia da cogliere come problematico quando provoca sofferenza”.

Questa categoria definisce il disagio mentale come esperienza interna di dolore, fragilità e difficoltà esistenziale, caratterizzata da una vulnerabilità soggettiva, riconosciuta sia come espressione di una diversa modalità di vedere il mondo, sia come condizione che può comportare sofferenza intensa, rischio di cronicizzazione e bisogno di cura specializzata.

Il nesso tra disagio mentale e povertà: un rapporto circolare e complesso

Dall'esperienza degli operatori interpellati nei focus group, appare netto il nesso tra povertà e salute mentale, descritto come un rapporto circolare e complesso. Negli interventi ricorre l'idea di un doppio movimento: da un lato, condizioni di deprivazione economica, abitativa e lavorativa, così come la grave marginalità adulta, vengono descritte come fattori che accelerano o fanno “esplodere” fragilità psichiche preesistenti, o contribuiscono all'insorgenza di forme di disagio quali depressione, ansia, dipendenze; allo stesso tempo, una patologia psichiatrica o un disagio mentale possono interrompere percorsi lavorativi e biografie “lineari”, portando a perdita di reddito, casa, relazioni e quindi a una progressiva caduta in una povertà che spesso tende a divenire cronica.

In diversi passaggi emerge anche l'attenzione a non trasformare automaticamente ogni condizione di povertà in un problema psichiatrico, e viceversa: più volte si dice che non esiste un legame per cui disagio mentale significhi sempre povertà o che povertà significhi sempre malattia mentale.

“La malattia mentale è molto democratica... colpisce i ceti sociali indifferentemente... Io non confonderei nel senso di dire che quindi loro [i benestanti] non sono colpiti. E la povertà secondo me bisogna definire... c'è una povertà umana, culturale, di relazioni, di capacità di guardarsi dentro, educativa... al pari della povertà economica, per cui sempre più persone che non hanno problemi economici importanti hanno, però, un problema di salute mentale”. (Caritas Milano)

Tuttavia, è fortemente condivisa l'idea che la povertà non sia solo quella materiale: ricorrono, infatti, riferimenti a povertà relazionale (assenza di reti di supporto, solitudine, isolamento), povertà educativa e culturale (mancanza di strumenti per leggere il proprio disagio e attivare richieste di aiuto, povertà valoriale), nonché povertà di accesso a opportunità e diritti (difficoltà a entrare nei circuiti lavorativi, abitativi, formativi). In questa dimensione più ampia della definizione di povertà, è possibile riconoscere il disagio mentale anche in

contesti non economicamente poveri, ma segnati da carenze di cura, di riconoscimento. In tal senso, la relazione povertà–salute mentale viene letta come intreccio tra condizioni materiali, qualità delle relazioni e disponibilità di risorse istituzionali. “La povertà è sinonimo di mancanza” di risorse economiche, di relazioni, di costanza, di costruire un futuro.

“Abbiamo situazioni al centro di ascolto dove non possiamo affermare che è presente una povertà di tipo economico, bensì si evince una povertà di tipo relazionale e di autogestione delle risorse... povertà è sinonimo di mancanza, che non è meno grave, anzi molto rilevante. D'altro canto abbiamo altre situazioni dove invece una povertà di tipo economico... scaturisce in una depressione, quindi in una tendenza anche alle dipendenze”. (Caritas Asti)

“Una condizione di grave deprivazione economica o comunque di povertà importante va a incidere in maniera profonda sulla salute mentale delle persone che intercettiamo... è un acceleratore per una condizione di fragilità. E l'altro livello è che quando c'è una persona con una condizione di salute mentale di partenza fragile... può incorrere in una condizione anche di povertà”. (Caritas Aversa)

Emerge anche una povertà dei servizi in termini di strumenti e di accesso: difficoltà di arrivare ai CSM, tempi lunghi, soglie alte, costi di comunità e percorsi psicoterapeutici, impoverimento dei servizi pubblici e “istituzionalizzazione mascherata” vengono letti come forme di povertà strutturale che colpiscono in modo particolare chi ha disturbi psichici. La disuguaglianza socio-economica si traduce in una forte differenza delle possibilità di cura e di accompagnamento della persona, in particolare in alcuni contesti territoriali in cui i servizi appaiono fortemente sottodimensionati e, chi può, ricorre alle strutture private che pare siano spesso orientate ad una nuova istituzionalizzazione (ad es. le cliniche psichiatriche di grandi dimensioni)

“In Calabria abbiamo un quadro di grandissima povertà dei servizi, di povertà dei centri di salute mentale... che poi detta anche un aggravamento delle condizioni psichiche... rende le persone con sofferenza psichica ancora più povere di possibilità di cambiamento”. (Caritas Cosenza)

“Le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori... che incidono molto anche sui problemi di salute mentale, quindi disuguaglianza socioeconomica che espone poi a disuguaglianze di opportunità di cura e anche opportunità di vita... e condiziona anche la crescita dei bambini che se crescono in contesti poveri hanno maggiori pos-

sibilità di sviluppare anche una serie di sofferenze psichiche, oltre poi ad avere anche poca possibilità di accedere alle cure adeguate". (Caritas Bergamo)

La relazione tra povertà e salute mentale si presenta inoltre stratificata lungo l'asse delle generazioni: tra i giovani e i giovani adulti, gli operatori riportano un incremento di disturbi d'ansia, attacchi di panico e forme depressive "ad alto funzionamento", spesso legate a precarietà economica, povertà di strumenti familiari ed educativi, solitudine e all'impatto della pandemia sui processi di socializzazione.

"Mi vengono in mente due piani... con chi vive la grave marginalità [...] L'altro piano è quello che ho scoperto con mano negli ultimi anni col servizio civile... un disagio mentale un po' più nascosto, disturbi dell'ansia, attacchi di panico... dove ci sono un sacco di ragazzi che per mancanza di strumenti anche economici e per povertà, non solo economica, a volte relazionale, in famiglia... lasciano molto correre rispetto a certe fragilità che poi invece esplodono". (Caritas Tortona)

Fig. 1 - Sintesi delle dimensioni chiave del nesso povertà e disagio mentale.

Povertà economica

Perdita del lavoro, lavoro povero, separazioni, sfratti e redditi insufficienti sono vissuti come stressor che alimentano depressione, ansia, uso di sostanze o fanno "esplodere" fragilità preesistenti.

Povertà relazionale e solitudine

L'isolamento è un tratto centrale del disagio mentale; la mancanza di rete familiare o comunitaria rende più probabile sia il peggioramento della sofferenza che la caduta nella marginalità estrema.

Povertà di servizi

Difficoltà di arrivare ai CSM, tempi lunghi, soglie alte, costi di comunità e percorsi psicoterapeutici, impoverimento dei servizi pubblici.

Povertà giovanile

Per giovani e giovani adulti (studenti, volontari in servizio civile) vengono segnalati ansia, attacchi di panico, depressioni "ad alto funzionamento", accentuati da precarietà economica, povertà educativa e dall'impatto della pandemia.

Le persone con disagio mentale intercettate da Caritas

I profili delle persone con disagio mentale, incontrate dagli operatori Caritas descrivono biografie, traiettorie di vita in cui fratture lavorative, familiari e di salute si intrecciano in modo tale da rendere difficile distinguere ciò che viene “prima” e ciò che viene “dopo”.

Nella narrazione degli operatori, le persone incontrate sono soggetti che hanno vissuto sequenze di eventi critici o eventi “svolta” – lutti, separazioni, migrazioni traumatiche, fallimenti scolastici e lavorativi, crolli delle reti di sostegno – che nel tempo hanno intaccato la loro autonomia economica e toccato la salute psichica. La povertà appare come l’esito visibile di processi lunghi, nei quali la sofferenza mentale si configura tanto come effetto quanto come fattore che alimenta ulteriormente la caduta.

Tra le persone incontrate alcuni profili sono ricorrenti. I più numerosi sono i senza dimora o la grave marginalità adulta in particolare uomini soli senza dimora, spesso con lunga storia di strada, dipendenze (alcol, crack, poliuso) e disturbi psichiatrici non sempre diagnosticati. La numerosità è certamente dovuta alla forte presenza di servizi a bassa soglia presso le Caritas. Si tratta di uomini che arrivano al dormitorio o alla mensa spesso con dipendenze da alcool, situazioni che mettono in evidenza come la strada *“nuoccia gravemente alla salute”* e al tempo stesso sia spesso esito di un lento scivolamento fuori dalle reti familiari e lavorative. Tra le situazioni più complesse, si evidenzia la presenza di donne senza dimora, talvolta di coppie, con problemi psichiatrici importanti, frequentemente non riconosciuti dal sistema sanitario e quindi non presi in carico, con una sovraesposizione a violenza e sfruttamento, come le vittime di tratta. Le biografie dei senza dimora intercettate da Caritas si collocano all’interno di un quadro ben documentato anche dalla letteratura, che segnala una prevalenza significativamente più alta di disturbi psichiatrici gravi, abuso di alcol e di sostanze rispetto alla popolazione generale, con rapporti che in alcuni studi risultano almeno doppi. In linea con quanto rilevato da fio.PSD²⁹ nelle analisi sulla grave emarginazione adulta, la homelessness appare come l’esito di traiettorie segnate da povertà economica, traumi infantili, rotture familiari, carcerazione, uso di sostanze e problemi di salute mentale, in cui ciascun fattore rinforza gli altri in un circuito cumulativo di vulnerabilità³⁰.

²⁹ Federazione Italiana Organismi per le persone senza dimora; cfr. <https://www.fiopsd.org>

³⁰ Fio.PSD, *“Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia”*, Accordo Stato–Regioni, 2015; M. Cortese, *“Povertà e grave emarginazione adulta in Italia”*, fio.PSD, 2018

*“Incontriamo diverse persone senza dimora, con problemi di dipendenza ad alcol... uso di sostanze e disagio mentale vanno a braccetto, o comunque uno scatena l'altro”.
(Caritas Reggio Emilia)*

“Le donne vittime di violenza... presentano una forte componente depressiva dovuta al cambio di vita... e alla preoccupazione per il futuro, soprattutto quando non hanno mai lavorato”. (Caritas Cosenza)

Una categoria di persone abbastanza presenti nei servizi Caritas è rappresentata dalle persone con storie di migrazione che hanno vissuto i traumi dei viaggi o il fallimento del sogno migratorio tanto da generare disturbi psichiatrici significativi³¹.

Una quota rilevante di beneficiari è composta da adulti e over 55enni soli, uomini e donne che vivevano con i genitori anziani e che si trovano improvvisamente esposti a povertà economica, abitativa e psichica. Sono prevalentemente uomini per i quali la famiglia aveva il ruolo di contenimento di disturbi psichiatrici, a volte non diagnosticati.

Si tratta soprattutto di *“cinquantenni e sessantenni che perdono i genitori... rimasti per una vita protetti in casa... senza aver affrontato le proprie fragilità, né acquisito un'autonomia economica”*, che, alla morte dei genitori, precipitano sulla strada o nei centri di ascolto con quadri depressivi gravi, forti ansie, tratti psicotici e una totale impreparazione alla gestione della vita quotidiana. Le storie di over 55enni e anziani soli intercettate da Caritas – vedove, vedovi, ex caregiver di lunga durata che, alla morte del coniuge o dei genitori, precipitano in condizioni di povertà economica e di sofferenza psichica – si collocano in un quadro più ampio di invecchiamento ‘in solitudine’, nel quale la rottura di legami significativi e l'isolamento sociale rappresentano fattori di rischio riconosciuti per lo sviluppo di sintomi depressivi e ansiosi. Allo stesso modo, la letteratura sui caregiver familiari evidenzia come anni di cura continuativa di un anziano non autosufficiente si associno frequentemente a stress cronico, burnout, solitudine percepita e alti livelli di sintomi depressivi nel caregiver stesso, soprattutto in assenza di reti di sostegno formali e informali³².

Un'altra area riguarda famiglie fragili e caregiver sovraccarichi: madri sole, donne vittime di violenza, padri separati working poor, nuclei con figli con di-

³¹ Vedi approfondimento dedicato p. 150.

³² *“Anziani, sempre più soli e in un caso su tre (anche) depressi”*, in «Sanità Informazione», 22 aprile 2025 (dati COIN sulla solitudine e sintomi depressivi negli over 70 in Italia); Istituto Superiore di Sanità, *“Stress, salute e differenze di genere nei caregiver familiari”*, 2024.

sturbi neuropsichici. Le storie richiamano giovani donne che arrivano ai servizi dopo percorsi di violenza domestica, *“con una forte componente depressiva dovuta al cambio di vita... e alla preoccupazione per il futuro”*, spesso senza esperienze lavorative pregresse e quindi con un duplice carico – psicologico e di costruzione dell’autonomia. Altre narrazioni si concentrano su padri separati, tra i 40 e i 50 anni, occupati ma impoveriti dalla separazione e dal mantenimento, che chiedono contemporaneamente un sostegno economico e un aiuto psicologico.

“Negli ultimi due anni stiamo vedendo tante donne... dai 55 anni in su, sole, con evidenti disturbi”. (Caritas Bologna)

“Un tema su cui stiamo molto ragionando è quello dei padri separati... uomini tra i 40 e i 50 anni... working poor... che si presentano al servizio reclamando un sostegno psicologico oltre che economico”. (Caritas Aversa)

Emergono anche famiglie in cui un figlio o più figli sono in carico alla neuropsichiatria infantile. Su questo punto più diocesi riportano la percezione di un aumento delle diagnosi e degli invii: disturbi specifici dell’apprendimento, disturbi del comportamento, quadri ansiosi e depressivi in età sempre più precoce, spesso in contesti familiari segnati da povertà educativa, precarietà lavorativa dei genitori e fragilità di coppia. In alcuni casi, Caritas entra in gioco attraverso doposcuola e altre attività educative, intercettando minori “in contatto con la neuropsichiatria infantile” e famiglie che faticano a orientarsi fra servizi, scuola e percorsi di cura.

“Sappiamo... che parecchie famiglie hanno bambini, ragazzi che sono in contatto con la neuropsichiatria... aumentano le casistiche e il personale dedicato non è in aumento come le situazioni”. (Caritas Cremona)

Tra le persone intercettate, si segnalano anche giovani e giovani adulti, per i quali si registra un aumento significativo di situazioni di sofferenza psichica, non solo in contesti di marginalità estrema (giovani senza dimora, ex minori non accompagnati, ragazzi con percorsi migratori traumatici) ma anche in altri contesti (studenti, giovani in servizio civile o volontariato). In più diocesi si parla di giovani tra i 18 e i 25 anni, privi di rete, difficili da agganciare e collocati in una zona grigia fra servizi sociali, psichiatria e SERD. Allo stesso tempo, operatori che lavorano con scuole e gruppi giovanili riportano la percezione di un *“disagio galoppante”*, con classi in cui *“più di metà dei ragazzi ha un mix di famiglie disastrose, tentativi autolesivi, inserimenti in comunità”*, e famiglie che faticano a svolgere una funzione di contenimento. Alcuni accenni alle experien-

ze di giovani in servizio civile o studenti universitari – italiani e internazionali – con disturbi dell’ansia, attacchi di panico, forme depressive ad “alto funzionamento” confermano un quadro di sofferenza diffusa.

La fragilità adolescenziale riporta all’interpretazione di Recalcati, secondo cui l’adolescenza contemporanea è attraversata da nuove forme di sofferenza (depressione, dipendenze, attacchi al corpo, esordi psicotici e panico) dentro un contesto povero di riferimenti simbolici e fortemente orientato al consumo e al godimento immediato³³.

D’altra parte, si osserva il ruolo indebolito degli adulti e, talvolta, la difficoltà delle famiglie a svolgere una funzione di contenimento del malessere giovanile in un contesto sociale sempre più complesso. Siamo di fronte – secondo Pellai – a una generazione di genitori ‘adulescenti’, spesso essi stessi fragili in una società che sollecita consumi, prestazione, immediatezza più che responsabilità e limiti. Genitori che talvolta sono in difficoltà nel porre limiti e nel reggere la frustrazione dei figli, con il rischio di aumentare ansia, bassa autostima e ricorso a dipendenze comportamentali (uso compulsivo dei social, gaming, ecc.)³⁴.

I servizi pubblici: la Caritas un ponte con la comunità

I servizi pubblici appaiono come un sistema essenziale ma fragile, attraversato da carenze strutturali, da discontinuità territoriali che pesano in modo particolare su chi vive povertà ed estrema marginalità. L’accesso alla salute mentale e al welfare di base è spesso descritto come un percorso ad ostacoli, fatto di liste d’attesa, rimbalzi tra uffici, resistenze nell’assunzione di responsabilità, in cui le persone con disagio psichico – soprattutto se senza dimora, migranti, con “doppia diagnosi” – rischiano di rimanere ai margini o fuori dai servizi.

Dal punto di vista delle criticità, gli operatori raccontano, innanzitutto, la fatica quotidiana dell’accesso: psichiatrie sottodimensionate, prese in carico difficili e molto basate sui farmaci, servizi che tendono a “riclassificare” i casi complessi come “solo sociali” per non aumentare le liste di attesa, residenze anagrafiche negate o concesse con grande cautela, segretariati sociali per senza dimora aperti poche ore alla settimana e privi di reali capacità di presa in carico.

³³ Recalcati M., *“Destini del desiderio. Fenomenologia psicopatologica dell’adolescente contemporaneo”*, IPRS, Roma, 2018

³⁴ Pellai A., *“E ora basta! Come proteggere i nostri figli dalle dipendenze digitali”*, Feltrinelli, Milano, 2013; Pellai A. - Tamborini B., *“Esci da quella stanza. Come e perché riportare i nostri figli nel mondo”*, Mondadori, 2025

In questo scenario, le Caritas assumono un ruolo che può essere descritto come un “ponte” tra persone e istituzioni: intercettano situazioni sommerse, stimolano la rete, costruiscono ponti tra cittadini e istituzioni, sperimentano pratiche di prossimità e di advocacy che, in alcuni contesti, diventano il presupposto stesso perché il sistema pubblico possa funzionare.

Gli operatori raccontano un lavoro quotidiano di relazioni, segnalazioni, incontri di rete, telefonate, in cui Caritas diventa il luogo in cui convergono le informazioni provenienti da dormitori, mense, centri di ascolto, parrocchie, strada; a partire da questo osservatorio, si attivano contatti con assistenti sociali, CSM, SERD, scuole, case della comunità, spingendo il sistema pubblico a prendersi carico di persone che altrimenti rischierebbero di rimanere invisibili. In diversi territori, questo posizionamento si traduce in forme di coprogettazione stabile (tavoli multidisciplinari, protocolli condivisi, ambulatori integrati), altrove in una sostituzione più marcata rispetto alle mancanze dei servizi.

In questo ruolo il vissuto soggettivo degli operatori è intriso di sentimenti di frustrazione e di fatica di fronte alla lentezza o alla chiusura dei servizi, al rimpallo delle responsabilità tra sociale e sanitario, alla gestione di situazioni psichiatriche molto complesse senza adeguato supporto specialistico; si parla anche del rischio per la sicurezza di operatori e volontari e del carico emotivo nel trovarsi a reggere solitudini radicali, storie di violenza, tentativi di suicidio, ricadute improvvise.

Al contempo, dove le reti funzionano, gli stessi operatori raccontano la soddisfazione di riuscire ad includere professionisti dei servizi, scuole e associazioni, e di poter vedere, pur in un contesto difficile, percorsi che si aprono, condizioni che migliorano, legami di fiducia che rendono le persone meno sole di fronte al proprio disagio. In questo senso, il rapporto di Caritas con le istituzioni non è soltanto tecnico e procedurale, ma anche profondamente esperienziale.

“È molto complesso, almeno sul territorio di Cuneo, dialogare con la psichiatria [...] oserei dire che il dialogo è quasi nullo, non riusciamo ad interagire”. (Caritas Cuneo)

“Noi generalmente siamo il collettore, non solo della domanda, ma anche della tenuta della rete”. (Caritas Pescia)

“Facciamo relazioni, segnalazioni, incontri di rete continuamente e anche noi siamo quelli che la rete la tengono un po' insieme, nel senso che quando qualche pezzetto si perde stiamo lì a dire, ma allora richiamiamo, rifacciamo, riscriviamo, eccetera”. (Caritas Perugia)

“Ci sono dei CSM in delle zone con cui si lavora benissimo [...] In altre zone c'è assolutamente [...] una cultura che osteggia ad esempio le persone senza dimora o le famiglie più in difficoltà”. (Caritas Roma)

La prevenzione del disagio mentale in chiave comunitaria e corresponsabile

La prevenzione del disagio mentale, nei contesti Caritas, può essere intesa come un insieme di interventi che agiscono su più livelli e su più attori contemporaneamente: persone, famiglie, comunità e servizi.

In questo contesto le attività di prevenzione del fenomeno assumono particolare importanza, sia per la percezione di un dilagare del disagio mentale, sia per la consapevolezza che non si tratta solo di una “malattia” legata al malfunzionamento degli organi del corpo, ma di una condizione che affonda le sue radici anche nel contesto sociale e culturale, e che è ancora segnata da uno stigma persistente che ostacola l'emersione del malessere, la richiesta di aiuto e la possibilità di cura e di accompagnamento adeguati. In questa prospettiva, rientrano nella prevenzione tanto gli interventi che promuovono benessere e contrastano lo stigma nei luoghi ordinari di vita (scuole, parrocchie, quartieri), quanto le attività di prossimità che permettono di cogliere precocemente i segnali di sofferenza e di attivare percorsi di cura, fino alle azioni che cercano di limitare gli effetti del disturbo già presente, prevenendo la cronicizzazione, la rottura dei legami e la perdita di diritti abitativi, sanitari e lavorativi.

Sono state individuate cinque macroaree tematiche per affrontare il disagio mentale in termini preventivi.

a. Promozione culturale e sensibilizzazione

Un primo ambito riguarda le azioni orientate a trasformare culture, rappresentazioni, linguaggi e competenze diffuse sulla salute mentale. Non si tratta solo di informare sulle patologie, ma di incidere sui codici con cui nelle comunità si nomina il disagio, si interpreta la sofferenza, si legittima (o si scoraggia) la richiesta di aiuto. In questa prospettiva, la formazione di volontari, operatori pastorali, insegnanti e genitori assume un ruolo fondamentale: da un lato introduce elementi di base su sintomi, fattori di rischio e possibilità di cura; dall'altro aiuta a riconoscere il proprio modo di guardare alla “follia”, agli “equilibri” familiari, alle fragilità dei giovani, e dunque a prendere distanza da stereotipi.

Rientrano in questo ambito i percorsi rivolti alle comunità cristiane (parrocchie, gruppi, associazioni), le iniziative nelle scuole su emozioni, gestione dello stress, uso consapevole dei servizi e narrazioni della sofferenza, le cam-

pagne promosse da Young Caritas e da altri soggetti ecclesiali per promuovere linguaggi che non riducono la persona alla diagnosi, per introdurre la salute mentale come componente normale del benessere e non solo in riferimento a “casi gravi”, per mostrare che chiedere aiuto non è segno di debolezza ma di responsabilità verso di sé e gli altri.

“Migliorare lo stile di vita, pensare appunto, lavorare quindi sui bambini, sugli adolescenti [...] con lo sport, migliorare lo stile di vita, lo stile alimentare. [...] Lavorando nelle scuole, implementando, migliorando lo stile di vita dei bambini, dei ragazzi [...] li allontanano da certi ambienti e quindi migliori anche lo stile di vita, lo stile alimentare. [...] Seguendoli nell'ambiente sportivo, intercettando le obesità, i disturbi di anoressia, si vedono già lì, aiutarli già in quel contesto per non arrivare a essere bullizzati e ad affrontare situazioni molto stressanti”. (Caritas Tricarico)

b. Costruire presidi di prossimità per l'emersione del disagio

Un secondo ambito riguarda i presidi di prossimità – centri di ascolto, portierati sociali, punti di comunità, mense, unità di strada – che funzionano come luoghi di emersione delle difficoltà psichiche. In questi contesti il disagio mentale si manifesta frequentemente intrecciato ad altre domande (debiti, lavoro, casa, documenti) e può essere riconosciuto, collegato a reti formali e informali di cura. A questo livello si collocano anche sperimentazioni più strutturate, come le équipe multidisciplinari di salute mentale di prossimità, gli ambulatori con specialisti volontari e i protocolli condivisi con i Dipartimenti di salute mentale, che cercano di rendere più efficace il passaggio tra osservazione sul campo, invio e presa in carico, tenendo conto di paure, resistenze e sfiducia nei confronti dei servizi.

«Caritas ha fatto appunto dei progetti di portierato sociale [...] punti di riferimento nel quartiere dove le persone possono rivolgersi per qualsiasi tipo di problematica personale, familiare, sociale e quant'altro [...] la prevenzione principale, quella primaria, è quella lì di intervenire sul minore il prima possibile e quindi anche tramite ad esempio i pediatri o le insegnanti stesse». (Caritas Roma)

«Sicuramente l'informazione, la divulgazione, proporre conoscenza a livello di prevenzione primaria sarebbe ciò che andrebbe fatto. In secondo luogo, per quanto riguarda la prevenzione secondaria, si dovrebbero fare delle attività a volte per evitare la cronicizzazione di un problema, ad esempio attività sportive, attività laboratoriali. Il più delle volte noi ci ritroviamo a dover invece contenere il problema, quindi parliamo di prevenzione terziaria: c'è un problema che ormai è cronicizzato e noi

a volte basta semplicemente essere lì, essere lì per loro, sostituirci a ciò che manca in loro, e l'unica forma di prevenzione possibile è semplicemente quella di essere lì per loro". (Caritas Catania)

c. Sostegni materiali per ridurre la vulnerabilità

Un terzo ambito mette al centro il nesso tra condizioni materiali, accesso ai diritti e i rischi del disagio psichico. La perdita dell'abitazione, del lavoro, della residenza anagrafica, del permesso di soggiorno o del medico di base agisce come moltiplicatore di rischio, soprattutto per chi presenta già una vulnerabilità psicologica o psichiatrica. Di qui l'attenzione a interventi "prima della rottura" – sostegni economici e abitativi prima dello sfratto, accompagnamento ai servizi educativi e sanitari, supporto al reddito in fasi critiche – e a percorsi di housing sociale integrati con i servizi di salute mentale.

d. Sostegno alle relazioni

In questa area rientrano anche gli interventi rivolti a caregiver e familiari, i gruppi di autoaiuto e le azioni che favoriscono l'accesso ad attività sportive, gruppi e spazi di socializzazione: tutti dispositivi che rafforzano i legami, contengono solitudine e ritiro, sostengono nel tempo i sistemi di cura informali e riducono il rischio di cronicizzazione e di esclusione estrema.

e. Sperimentare modelli integrati di intervento

Un ulteriore ambito riguarda i progetti che, nei diversi territori, mettono insieme più dimensioni della prevenzione (culturale, sociale, sanitaria) e per questo possono essere letti come "laboratori" di intervento integrato. In alcuni casi il fuoco è sulla vicinanza ai luoghi di vita delle persone – per esempio équipe che si muovono sul territorio, portierati sociali di quartiere, punti di incontro aperti e a bassa soglia – e che permettono di intercettare il disagio dove nasce, senza attendere che arrivi ai servizi. In altri casi l'attenzione è rivolta soprattutto ai giovani e alla scuola, attraverso azioni di Young Caritas e percorsi di educazione al benessere nelle scuole secondarie, che combinano sensibilizzazione, ascolto e aggancio a eventuali risorse di cura. Altri progetti ancora lavorano sul raccordo con la sanità, come gli ambulatori con psichiatri volontari o le comunità di pratica con i Dipartimenti di salute mentale, che costruiscono canali più fluidi tra il "mondo Caritas" e il sistema dei servizi. Pur essendo molto diversi tra loro, questi esperimenti hanno alcuni elementi comuni: partono dai luoghi ordinari di vita, si fondano su reti tra soggetti diversi (formali e informali), prestano

attenzione alle disuguaglianze di accesso e trattano la salute mentale non come settore separato, ma come chiave trasversale che attraversa e orienta l'insieme del lavoro di contrasto alle povertà.

«Il discorso della prevenzione è a 360 gradi [...] non ci possono essere persone sane, passatemi il termine, se non c'è una società sana, accogliente. [...] Non ci possono essere i giovani educati se non c'è una comunità educante. [...]. Un'azione di prevenzione è la rete». (Caritas Cagliari)

“La prima cosa da fare, quella più semplice, [è] parlarne a tutti i livelli, fare in modo che comunque la malattia mentale a qualsiasi livello non venga stigmatizzata e questo si può fare solo se tutti ne sono a conoscenza e quindi comunque partire dalle scuole elementari e poi via via salire di grado”. (Caritas Agrigento)

“[...] E poi la seconda cosa [...] rafforzare la rete [...] noi comunque questa rete da questo punto di vista non ce l'abbiamo molto forte, e quindi mi trovo a sostenere fortemente questa necessità di fare rete tra i servizi, di fare rete tra tutti”. (Caritas Messina)

Suggerimenti e proposte

Nella parte conclusiva dei focus group è stato chiesto agli operatori di formulare suggerimenti e proposte, sia rispetto agli strumenti di cui sentono il bisogno nel lavoro quotidiano, sia rispetto alle indicazioni da rivolgere alle istituzioni pubbliche e alla stessa Caritas, con particolare attenzione al ruolo delle reti territoriali.

I suggerimenti alle istituzioni convergono sulla richiesta di un rafforzamento strutturale dei servizi di salute mentale: incremento stabile del personale sanitario e sociosanitario, potenziamento di strumenti riabilitativi e di inclusione (abitare, lavoro, socialità), maggiore continuità tra neuropsichiatria infantile e servizi per adulti, integrazione operativa tra DSM, SERD, servizi sociali e scuola, nonché implementazione effettiva di sostegni come i budget di salute in una prospettiva esplicitamente basagliana. Alle istituzioni viene inoltre chiesto di riconoscere Caritas e il privato sociale come partner di progettazione e di lettura del territorio, e non solo come risorsa residuale chiamata a “tamponare” le situazioni più complesse.

Le indicazioni rivolte a Caritas Italiana (e a cascata anche alle Caritas diocesane) sottolineano la necessità di definire un quadro di riferimento nazionale

sulla salute mentale, attraverso linee guida condivise, priorità di azione e chiari orientamenti di advocacy, che aiutino a leggere il fenomeno e le differenze normative e territoriali. Gli operatori chiedono a Caritas Italiana di offrire un quadro di riferimento in cui muoversi, valorizzando il ruolo specifico di Caritas nell'animazione di comunità e nel raccordo tra sanitario, sociale e tessuto ecclesiale, e di utilizzare in modo strategico, nei tavoli istituzionali, i dati raccolti dagli Osservatori e dai centri di ascolto.

Sul piano degli strumenti, emergono tre ambiti fondamentali: formazione, supervisione e strumenti operativi interni. La formazione viene richiesta come percorso strutturato e continuativo su disagio/salute mentale, rivolto a operatori, volontari, orientato alla lettura dei segnali di sofferenza, alla gestione delle crisi, al lavoro con famiglie e giovani, e al raccordo con i servizi. La supervisione clinico-relazionale, individuale e di équipe, è percepita come essenziale per sostenere il carico emotivo, rafforzare le capacità di lettura delle situazioni complesse e ridurre il rischio di risposte difensive o potenzialmente dannose. Vengono inoltre auspiccate linee guida e procedure interne per l'accoglienza delle persone con sofferenza psichica, criteri condivisi per il coinvolgimento dei servizi pubblici e strumenti di documentazione dei percorsi.

Infine, gli operatori attribuiscono un ruolo centrale alle reti, intese sia come reti tecniche sia come reti di comunità. Sul versante tecnico, vengono citati protocolli stabili con DSM, SERD, servizi sociali, consultori, UEPE e scuole, l'utilità di sportelli di "back office" sanitario per consulenze rapide rivolte agli operatori Caritas, e il valore di gruppi interservizi di autoformazione e confronto sui casi più complessi.

Sul versante comunitario, sono valorizzate esperienze di portierato sociale, equipe multidisciplinari di prossimità, gruppi multifamiliari, tavoli territoriali con terzo settore e università, insieme a luoghi di socialità inclusiva (mense, centri d'incontro, feste di quartiere) che configurano la comunità locale come contesto ordinario di relazione e di cura per le persone con disagio mentale e per le loro famiglie.

3.3. La prospettiva delle famiglie

I 5 colloqui in profondità hanno coinvolto per lo più nuclei familiari seguiti dalla Caritas con figli con disagio mentale molto differenziato: dall'autismo alle dipendenze, all'anoressia, all'udire voci, alla schizofrenia, disturbi depressivi o cognitivo-comportamentali, ecc.

Peraltro spesso, questi disturbi si intrecciano con disturbi psicologici dei caregiver o dei fratelli che vanno dall'ansia alla depressione e si sviluppano nel tempo, proprio per l'esposizione prolungata a situazioni così complesse e difficili.

L'intervista era rivolta ai caregiver ma in due casi sono state intervistate direttamente le persone con disagio mentale che hanno chiesto esplicitamente di essere ascoltate.

La maggioranza delle famiglie si colloca in una condizione di povertà o forte precarietà con redditi bassi o assenti, lavori discontinui o sfruttati, periodi di disoccupazione prolungata; dipendenza da sussidi, bonus, aiuti economici di Caritas o altri enti; in alcuni casi pensioni (di vecchiaia o di invalidità) che costituiscono la principale o unica entrata, da cui dipende l'intero nucleo. Ci sono anche due nuclei che non presentano difficoltà di tipo economico ma si trovano a gestire solitudini e povertà relazionali.

Nelle narrazioni degli intervistati il disagio mentale è descritto come una condizione continua e totalizzante, che influenza la quotidianità e attraversa in profondità l'esperienza personale e familiare. La malattia viene percepita come un elemento che riscrive i tempi, gli spazi e i progetti di vita.

È spesso descritto con immagini di spazio o di movimento (ponte, abisso, tunnel, scala, puzzle), che rendono l'idea di una fatica che non ha fine, di una strada lunga, incerta, complessa. Il disagio mentale è un "ponte" sotto il quale si rimane con i figli, un "abisso" dentro se stessi, un "tunnel" da cui uscire ogni volta, una "scala molto lunga" da salire gradino per gradino, un "puzzle" fatto di pezzi diversi da comporre.

In queste immagini ricorrono la profondità della sofferenza, la percezione di una condizione che non ha fine e l'idea di un percorso, di un processo che deve essere affrontato giorno per giorno.

La percezione della malattia è segnata inoltre da una forte oscillazione fra buio e speranza. Accanto a immagini di chiusura ("abisso", "buio", "orizzonti che non ci sono") emergono con insistenza riferimenti alla possibilità di resistere, uscire, "aggrapparsi alla vita", salire un gradino alla volta, credere in un futuro diverso. Questa ambivalenza attraversa tanto le situazioni in cui la malattia è vissuta in prima persona, quanto quelle in cui riguarda un figlio, un coniuge, un genitore anziano. Il quadro che emerge è molto vicino all'idea di cronicità e complessità descritta dagli operatori in termini più tecnici (co-occorrenza, cumulo di vulnerabilità, carichi di cura), ma qui appare nella forma concreta con immagini, metafore e vissuti quotidiani.

“Lo descriverei come un ponte perché avere un disagio proprio economico è una cosa molto brutta perché comunque ci vivi tutti i giorni [...] spesso e volentieri immagino un ponte dove io sto sotto con i miei figli. C’è sempre un abisso dentro di me, non c’è un sole che emerge”. (Caritas Aversa)

“Userai un puzzle, che è anche il simbolo utilizzato a livello nazionale e internazionale per indicare questa fragilità, proprio perché ogni pezzo di un puzzle è diverso dall’altro”. (Caritas Genova)

Un passaggio delicato riguarda il momento della diagnosi della malattia. Soprattutto quando si tratta di figli, la prima reazione è spesso descritta come “smarrimento”, “paralisi”, difficoltà ad accettare parole che fanno paura (“disabilità”, “spettro autistico”, “anoressia”). Con il tempo, però, emerge anche una progressiva rielaborazione: il riconoscimento che dare un nome a ciò che accade può aiutare a capire meglio il comportamento del proprio caro, a cercare strumenti adeguati. In altri casi, soprattutto nelle malattie dell’età adulta e anziana, prevale una postura di accettazione necessaria che convive con sentimenti di perdita, rabbia, ingiustizia rispetto alla vita immaginata.

“All’inizio rimani imbambolato... è come stare in mezzo, in balia delle onde, non riuscendo a trovare il capo della situazione... eravamo praticamente usciti da un tritacarne”. (Caritas Perugia)

“La sensazione iniziale è smarrimento... la parola 104, la parola disabilità, la parola spettro autistico ti paralizza, ti fa paura, è una paura immensa”. (Caritas Genova)

Le preoccupazioni espresse dalle famiglie sono legate principalmente al futuro, al “dopo di noi”, alla la paura di ciò che accadrà quando i genitori non ci saranno più o non saranno più in grado di occuparsene, pur riconoscendo talvolta l’esistenza di una rete familiare. L’interrogativo non è solo materiale (“chi se ne occuperà?”), ma riguarda la possibilità che il figlio continui ad essere accompagnato, compreso, riconosciuto nelle sue specificità.

Ci sono poi le preoccupazioni che nascono da sensi di colpa, paura, frustrazione e impotenza. Alcuni familiari dichiarano la difficoltà di accettare la malattia mentale, il timore di aver sbagliato qualcosa, di non aver visto o agito in tempo, di non sapere come interpretare comportamenti che non dipendono dalla sola volontà della persona malata. Questi stati emotivi rischiano di bloccare la capacità di aiutare e di cercare sostegno, aggiungendo un ulteriore carico alla cura quotidiana.

Ci sono poi le preoccupazioni legate alla gestione della quotidianità e alle relazioni: chi vive in prima persona il disagio tende a minimizzare le paure “rispetto alla malattia” e a insistere sull’idea di affrontare le difficoltà man mano che si presentano. In questi casi ciò che preoccupa di più è la possibilità che la propria fragilità pesi sui legami, non aiuti le persone care, renda instabile la convivenza.

“Il dopo di noi, come immaginano tutte le persone che hanno un familiare con delle difficoltà, soprattutto quando si ha un familiare minore... sapere cosa ci sarà quando non ci saremo più noi”. (Caritas Genova)

“No, perché affronto, paure no. Se c’è il tunnel dico: aspetta, io esco sempre dal tunnel... però le difficoltà nell’affrontare le persone, tante responsabilità, le litigate in famiglia... non è sempre facile, è difficile”. (Caritas Aversa)

Nel vissuto delle famiglie il disagio mentale non riguarda mai solo la persona direttamente interessata, ma entra nella trama dei rapporti di tutti. La quotidianità viene riorganizzata attorno alla malattia, che tende a diventare il principale criterio di distribuzione di tempi, energie, attenzioni e decisioni all’interno del nucleo.

Un primo elemento riguarda la pressione sul quotidiano. La casa, gli orari, le abitudini vengono adattati alle esigenze del familiare con disagio, con la sensazione che “tutto ruoti” attorno a lui o a lei e che resti poco spazio per altro, compresi i bisogni degli altri membri. Le famiglie descrivono giornate segnate da momenti critici ricorrenti, con una gestione logorante.

“Nel nostro vissuto familiare i momenti più critici sono quando arrivano le bollette ogni mese... lì cado proprio in un baratro, perché sai che non sai come uscirne e fai mille pensieri”. (Caritas Aversa)

In questi nuovi equilibri la centralità di chi vive il disagio, in alcuni casi, mette in ombra gli altri figli che rischiano di rimanere più meno visti, meno accompagnati. Alcuni genitori esprimono la consapevolezza di aver dovuto concentrare le energie sul figlio più fragile, con il timore che questo abbia comportato una trascuratezza, seppur involontaria, nei confronti degli altri. La reazione degli altri figli può essere caratterizzata da conflittualità, rabbia magari nelle fasi adolescenziali e, a volte, eccessiva responsabilizzazione.

I legami familiari appaiono ambivalenti: conflittualità, tensioni e allo stesso tempo, in modo generalizzato, i familiari raccontano gli sforzi quotidiani per proteggere, tenere insieme. Il legame è “peso” e “risorsa” contemporaneamente è faticoso ma permette di “reggere”.

In qualche storia la situazione ha contribuito alla rottura della coppia o alla modifica degli equilibri: padri che “non hanno resistito” e hanno lasciato il nucleo, madri che assumono la quasi totalità del carico di cura.

Il disagio mentale in famiglia, in qualche modo, ridefinisce i ruoli: genitori anziani continuano a prendersi cura costantemente di figli adulti, fratelli assumono responsabilità “da grandi” verso fratelli o genitori fragili, coniugi riorientano le proprie scelte di vita in funzione delle esigenze del partner malato.

“Quando in casa c’è una malattia così, tutto si concentra su chi sta peggio... gli altri figli finiscono per essere messi un po’ da parte, non perché non li ami, ma perché non ce la fai a stare dietro a tutto”. (Caritas Perugia)

L’identità personale si lega al ruolo di cura: ci si descrive attraverso ciò che si fa per l’altro, più che attraverso il proprio progetto di vita. Molti aspetti che gli operatori riconoscono in termini di “famiglie sovraccariche” o “caregiver esausti” qui emergono come esperienza vissuta di cambiamento degli equilibri, di centralità della malattia.

Un’esperienza appare particolarmente significativa: attraverso gruppi stabili di mutuo aiuto tra le famiglie, luoghi di ascolto, di condivisione e riflessione, si forniscono strumenti per acquisire consapevolezza sulle ripercussioni familiari e per non farsi fagocitare totalmente, preservando se stessi e per quanto possibile gli equilibri familiari.

“Io ho dovuto rivedere il mio ruolo di padre... per anni tutto è stato centrato su di lui, sugli incontri, sulle crisi, sulle ricadute. La famiglia cambia assetto, che lo voglia o no”. (Caritas Trento)

In generale, come accennato, un elemento che ha accomunato quasi tutte le famiglie è lo “smarrimento” di fronte alla diagnosi del disagio dei figli, dei familiari, non solo in termini di reazione psicologica ed emotiva ma anche rispetto ai servizi e alle possibilità concrete: un momento in cui non si sa cosa fare, non è chiaro a chi rivolgersi, quali passi fare, quali diritti esistano. La diagnosi non sempre coincide con una presa in carico strutturata e continuativa da parte dei servizi e richiede alle famiglie tanti tentativi, esitazioni, ricerche su internet. A volte si inizia con un supporto di psichiatri o di servizi privati, che tuttavia nel tempo si rivela spesso troppo oneroso e non ad ampio spettro come può essere una presa in carico pubblica. Appare evidente una disuguaglianza dovuta non solo alle risorse economiche, ma anche alla conoscenza dei servizi e alle risorse personali nel reperire informazioni o attivare reti di conoscenze, che possono cambiare notevolmente il percorso delle persone in situazione di disagio men-

tale. La fase di smarrimento infatti può ritardare l'accesso a percorsi adatti, continuativi o a terapie mirate.

Il rapporto con i servizi pubblici appare articolato. Alcune famiglie raccontano percorsi di presa in carico strutturata da parte del sistema sanitario: accesso alla neuropsichiatria infantile, a centri accreditati, ai servizi di salute mentale, attivazione di sostegno scolastico e di operatori socioeducativi, partecipazione a gruppi per familiari. In questi casi, l'accesso pieno nella rete pubblica viene vissuto come una svolta che alleggerisce il carico economico (riduzione delle spese private per terapie) e organizzativo (coordinamento con la scuola, programmazione degli interventi), rendendo più sostenibile la gestione quotidiana.

“Quando finalmente ci hanno preso in carico è cambiato tutto... le terapie, i collegamenti con la scuola, le comunicazioni, non dovevamo più essere noi a fare da tramite per tutto. È stato tutto più semplice, studiato per il bene del bambino”.
(Caritas Genova)

Tuttavia, l'accesso a questo livello di supporto è spesso preceduto da liste d'attesa lunghe, da valutazioni di gravità inadeguate che ritardano la presa in carico, da periodi in cui la famiglia è costretta a pagare privatamente logopedia, psicomotricità o supporto psicologico, con la consapevolezza che “chi non può permetterselo resta indietro”.

In altre storie il supporto pubblico è descritto come scarso, discontinuo o puramente formale. Vengono raccontati percorsi che si interrompono per il pensionamento di uno psichiatra senza che venga proposto un nuovo medico; accessi ai centri diurni che si bloccano quando la persona “non si trova bene” e non vengono date alternative; interventi domiciliari affidati a operatori percepiti come poco qualificati. Anche nel campo scolastico, il sostegno e la presenza di operatori socioeducativi arrivano talvolta tardi o in misura insufficiente, con un carico di mediazione che ricade sui genitori.

“Quando sono venute persone a casa per seguire mio figlio non sono mai state persone qualificate... ragazzi incompetenti, che non avevano voglia di lavorare vicino a lui. “Non basta che uno faccia le ore e se ne va...”. (Caritas Aversa)

In questo quadro, i servizi pubblici appaiono come una risorsa importante ma non scontata, il cui effettivo utilizzo dipende dalla capacità delle famiglie di informarsi, insistere, sostenere costi nell'attesa, attivare reti personali o dall'essere stati intercettati da professionisti che le inseriscono in percorsi efficaci e adatti.

“La cosa importante è essere presi in carico dal sistema sanitario nazionale... prima facevamo tutto privatamente, con le terapie a 40 euro tre quarti d'ora, due-quattro

ore a settimana. Chi non lo può fare crea dei danni enormi, perché le terapie sono vitali e più passa il tempo senza, più i problemi aumentano". (Caritas Genova)

Emerge anche una frammentarietà dell'accompagnamento alle famiglie, come se l'accesso, ad esempio, ai centri di salute mentale, alle terapie, ai sostegni scolastici fossero aree a sé, scollegate ad esempio dalle pratiche burocratiche per ottenere le certificazioni, i permessi per la viabilità, i contributi specifici. I bisogni delle famiglie non vengono considerati nella loro complessità. In particolare si evidenzia il legame tra disagio mentale e povertà che è innanzitutto economica ma in alcuni casi relazionale.

La presenza di disagio mentale rende più fragile la posizione economica della famiglia: genitori che devono lasciare il lavoro o ridurre drasticamente l'occupazione per essere presenti 24 ore su 24, difficoltà a mantenere impieghi stabili quando si convive con sintomi invalidanti, costi aggiuntivi per terapie private o spostamenti verso i servizi. Le difficoltà economiche sono descritte come fattori che alimentano ansia, depressione, senso di fallimento: bollette che arrivano ogni mese, lavoro che non si trova o è sfruttato, impossibilità di garantire ai figli ciò che si ritiene "minimo" vengono percepiti come cause dirette di sofferenza psichica.

Alcune famiglie esprimono il desiderio di percorsi che offrano non solo aiuto psicologico, ma anche opportunità di lavoro dignitoso e stabile, percepito come condizione indispensabile per uscire dalla povertà e, al tempo stesso, per migliorare il benessere psicologico. In questa prospettiva, povertà e disagio mentale non sono due problemi separati, ma due facce della stessa fatica di "stare al mondo" che le famiglie chiedono di poter affrontare contestualmente.

La Caritas viene considerata come luogo di supporto su più piani. Per molte famiglie è anzitutto un aiuto materiale: spesa, pagamento di bollette, vestiti, piccoli contributi che consentono di non precipitare nella totale impossibilità di far fronte al quotidiano. Ma Caritas è descritta anche come spazio di relazione e riconoscimento: un posto in cui ci si sente "di casa", dove l'ascolto e la vicinanza degli operatori hanno un valore oltre quello immediatamente economico. In alcuni contesti la Caritas offre inoltre percorsi specifici legati al disagio mentale – colloqui psicologici, presenza di uno psichiatra, accompagnamento continuativo della persona e della famiglia – percepiti come particolarmente efficaci. La presenza di operatori che aiutano a "non sentirsi soli", che affiancano nelle pratiche e nei passaggi tra servizi, fa emergere la Caritas come luogo in cui trovano risposta anche bisogni meno visibili, legati alla comprensione della situazione e al sostegno umano.

“In Caritas abbiamo la porta aperta per tutto... mio figlio è sempre stato seguito da psicologi, ma non come adesso: prima lo facevano giocare al computer, invece qui parla, si esprime, quando finisce la terapia si sente un altro ragazzo, lo vedo col sorriso, come se fosse rinato”. (Caritas Aversa)

“Non è che non ci siano servizi, è che ogni cosa è a compartimenti: uno per la salute mentale, uno per l'assistenza economica, uno per la scuola. Il problema è collegarli, e questo spesso ricade tutto sulla famiglia”. (Caritas Perugia)

“Qui c'è il medico, ma il resto – trasporti, aiuti in casa, chi ti spiega le pratiche – è un labirinto. Ti senti dire di portare questo o quel documento, ma nessuno ti accompagna davvero nel percorso”. (Caritas Palermo)

Alla luce di questa complessità gli intervistati manifestano alcuni bisogni invisibili, ovvero bisogni poco intercettati, meno evidenti perché non rientrano tra le tradizionali richieste di prestazioni sanitarie, di contributi economici, ecc.

A partire da suggestioni e bisogni “invisibili” è stato possibile immaginare un sistema ideale (integrato) di prossimità e di cura che:

- sia continuativo e accompagni nel tempo, non solo nella fase acuta, ma attraversando le varie fasi della vita per orientarsi tra diagnosi, scuola, lavoro, diritti della persona, diritti del malato, diritti economici, e per essere sostenuti anche nella fase del “dopo di noi”;
- rivolga attenzione specifica ai caregiver, ai fratelli e alle sorelle: il supporto psicologico resta in gran parte a carico delle famiglie (bonus, privato, buona volontà di singoli operatori). I fratelli e le sorelle in particolare appaiono quasi del tutto fuori dai percorsi formali, pur essendo profondamente coinvolti. Sarebbe invece necessario prevedere specifici momenti strutturati di informazione e aggiornamento per i familiari;
- integri i bisogni connessi alla povertà a quelli legati alla malattia mentale: il nesso tra condizioni economiche e salute mentale è evidente per molte famiglie nella vita di tutti i giorni ma è difficile trovare luoghi in cui questi piani vengano affrontati insieme. Si tende a separare il piano clinico da quello materiale, manca uno spazio che tenga insieme lavoro, reddito, cura e progetti di vita della persona e del nucleo.
- abbia disponibilità di educatori e di operatori formati, seguiti e stabili, capaci di gestire le crisi, di collaborare con i familiari e di costruire attività significative (sport, socializzazione, sollievo) sul territorio;

- immagini forme di sollievo strutturato (comunità, centri residenziali o semi-residenziali vicini) che permettano pause temporanee senza rompere i legami familiari (ad es. per trascorre fuori un paio di notti e dare sollievo ai familiari);
- preveda la sensibilizzazione e il coinvolgimento della comunità, con percorsi di informazione e formazione rivolti al territorio e occasioni di incontro tra persone con disagio, famiglie e comunità (attività sportive, culturali, di volontariato).

DISAGIO MENTALE E PERCORSI MIGRATORI: voci dal territorio

di Manuela De Marco¹

Il focus group condotto con operatori provenienti da Caritas diocesane di diversi territori italiani, impegnati in servizi rivolti ai cittadini stranieri (dall'accoglienza, al servizio psicologico per diverse tipologie di destinatari, all'area sanitaria)² ha restituito una rappresentazione complessa del disagio mentale nella popolazione migrante. Le testimonianze raccolte mostrano una pluralità di situazioni, nelle quali traumi pregressi, fragilità sociali, dinamiche familiari e difficoltà di accesso ai servizi concorrono a modellare forme di sofferenza radicate nei percorsi migratori e nei contesti di accoglienza.

In molti centri di accoglienza, soprattutto quelli di grandi dimensioni (Milano), si incontrano donne segnate da violenze subite lungo il percorso migratorio, esperienze di detenzione o tratta, e da separazioni dolorose dai figli rimasti nei paesi d'origine. Accanto a loro emergono uomini la cui sofferenza è aggravata dall'inattività, dalle responsabilità verso le famiglie lontane e dall'impossibilità di sostenere economicamente i propri cari. Anche i bambini presentano forme di vulnerabilità specifiche: sono frequenti diagnosi precoci di disturbi del neurosviluppo o difficoltà legate all'adattamento linguistico e scolastico.

In altre realtà territoriali (Firenze), la fragilità riguarda gruppi minoritari privi di reti comunitarie, come giovani somali esposti alla marginalità urbana, a condizioni di vita estreme e a una solitudine strutturale. In alcuni servizi a bassa soglia (Roma), si rileva invece un numero crescente di migranti presenti da molti anni in Italia che, dopo aver perso lavoro, documenti o stabilità economica, scivolano nuovamente nell'irregolarità: una caduta che produce un "secondo trauma" e acuisce i disturbi psichici. Un ulteriore ambito critico riguarda le situazioni di "doppia diagnosi", cioè di disagio mentale associato a dipendenze, spesso originate da trattamenti farmacologici somministrati durante la detenzione in Libia, Tunisia o nei CIE (Centri per l'identificazione e l'espulsione) italiani. Per questi casi, la presa in carico risulta particolarmente complessa: i servizi di salute mentale e i SerD tendono a rimpallarsi le responsabilità,

¹ Referente Senior Servizio Advocacy di Caritas Italiana.

² Al focus group, svoltosi nel novembre 2025, hanno partecipato operatori e responsabili di servizi dedicati ai cittadini stranieri delle Caritas diocesane di: Verona, Roma, Milano, Pordenone, Ragusa, Firenze, Cagliari. Ringraziamo tutti per la preziosa collaborazione.

lasciando le persone in condizioni di forte vulnerabilità e in un sistema in cui, come raccontano alcuni operatori, *“chi si salva si salva”*.

Che cos'è la salute mentale per gli operatori dei territori

All'interno del focus, gli operatori hanno restituito una definizione di salute mentale che nasce direttamente dall'osservazione quotidiana delle persone che incontrano: una salute mentale intesa come possibilità di restare *“in piedi”* pur vivendo ai margini sociali (Milano), spesso dopo esperienze segnate dal terrore del viaggio o della detenzione (Roma, Ragusa). Una definizione che non coincide con categorie cliniche astratte, ma con la capacità di mantenere continuità nella propria storia, di non scivolare in quella *“frattura”* (Milano), o *“deriva”*, ovvero in *“un processo lento, ma inesorabile, di trascinamento verso il mare aperto, di allontanamento dalle rive della sanità mentale, andando al largo senza la possibilità di essere più raggiunti”* (Milano, Ragusa) che molti operatori riconoscono nei percorsi di chi, dopo aver perso lavoro, documenti o reti familiari, si ritrova nuovamente alla partenza.

Gli operatori ricordano come *«si parte sani, ci si ammala durante il viaggio, ci si ammala qui»* (Milano), sviluppando forme di sofferenza mentale solo dopo anni di precarietà, violenze, rifiuti istituzionali e solitudini accumulate. In questo senso, la salute mentale è percepita come un bene che si consuma sotto il peso delle condizioni di vita traumatizzanti, più che come una condizione preesistente.

Viene definito “stress transculturale” lo scontro tra culture che vivono molti migranti, per il disagio di doversi reimpiantare.

Per molti, la salute mentale è anche una questione di tempo e di spazio: un *tempo* necessario per prendersene cura (Pordenone) e uno *spazio* emotivo, relazionale e istituzionale. È ciò che manca quando i servizi sono *«sempre più in difficoltà»* (Milano) o *«completamente sovraccarichi»* (Milano), quando l'accesso si frammenta e l'utente non trova continuità.

Il tempo è evocato anche come fattore che innesca la sofferenza mentale, o comunque non aiuta a risolvere situazioni di fragilità, soprattutto attraverso il *“logorio dell'attesa”* (Verona), nelle lunghe procedure in cui si rimane impantanati per l'ottenimento del permesso di soggiorno.

La mancanza di spazio si traduce in esclusione: nel rifiuto implicito, nell'impossibilità di essere accolti se non si rientra nelle macro-diagnosi, o nel rischio di essere trattati come meri destinatari passivi.

Gli operatori descrivono la salute mentale come qualcosa che si costruisce dentro relazioni affidabili. È la possibilità di essere ascoltati senza cadere nel rimbalzo tra servizi, quella dinamica di *«ping-pong»* (Roma) che caratterizza soprattutto le situazioni di doppia diagnosi, dove nessun servizio si riconosce competente. In questo senso, la salute mentale è anche continuità, assenza di fratture nei percorsi di cura: possibilità di non essere abbandonati nel passaggio da un ente all'altro.

Infine, gli operatori sottolineano come la salute mentale sia un equilibrio fragile in un sistema che spesso non riesce a sostenere chi ha meno risorse (*“è un problema di differenza di opportunità”* – Roma). Lo raccontano parlando di «tentativi vani» (Pordenone) nel costruire reti solide nei territori più fragili, o di persone che, nel disinvestimento generale, finiscono per affidarsi solo a sé stesse (Roma). Una fragilità accentuata dal peso dello stigma e dai pregiudizi, come riconosce un'operatrice osservando che *«l'argomento persona-immigrato esiste»* (Milano) e continua a condizionare profondamente l'accesso alla cura.

Minori e giovani: dimensioni emergenti di vulnerabilità

Una parte centrale del confronto ha riguardato i minori e i giovani, considerati dagli operatori come la fascia più fragile e al tempo stesso meno visibile. Le situazioni emerse sono molteplici e composite: di seguito sono riportate le principali tipologie di criticità evidenziate dai partecipanti al focus group.

- *Minori non accompagnati con precedenti situazioni di maltrattamento*

Numerosi territori (Pordenone) segnalano la presenza di ragazzi provenienti da Egitto e Albania arrivati senza che la famiglia fosse a conoscenza della loro partenza. Questi giovani hanno spesso alle spalle contesti familiari caratterizzati da violenza, rigidità o abbandono, e presentano già nel paese d'origine forme di ritiro o difficoltà relazionali. La migrazione agisce come amplificatore di tali fragilità, rendendo complesso instaurare relazioni di fiducia con gli adulti o con gli operatori.

- *Giovani mandati avanti senza progetto migratorio*

Accanto al quadro precedentemente descritto, v'è anche quello riportato da chi (Verona) segnala nel territorio l'arrivo di giovani tra i diciotto e i vent'anni, soprattutto tunisini ed egiziani, privi di una reale consapevolezza del proprio progetto migratorio (quando il progetto migratorio c'è, viene descritto come *“fattore di protezione”* della salute – Roma). Spinti a partire come *“delegati familiari”*, vivono lunghi periodi di disorientamento, passività e ritiro sociale, e *“sembrano proprio estranei anche tra gli stranieri, tra i migranti”* (Verona). In diverse situazioni, però, dopo mesi o anni si osservano improvvisi cambiamenti positivi: accelerazioni nell'apprendimento della lingua, inserimenti lavorativi rapidi, recupero di autonomia e capacità progettuale (Verona).

- *Figli ricongiunti: tra fratture affettive e mancanza di narrazione*

Un'altra categoria particolarmente esposta è quella dei minori arrivati tramite ricongiungimento familiare (Roma). In molti casi, questi bambini e adolescenti non hanno partecipato al progetto migratorio dei genitori e si trovano a vivere una rottura affettiva: spesso erano cresciuti con nonni o parenti che per loro erano figure genitoriali a tutti gli effetti. L'arrivo in Italia può così tradursi in una doppia perdita. A questo si aggiunge il fatto che molte famiglie, nel tentativo di proteggere i figli, non

condividono le ragioni o le difficoltà che hanno portato alla migrazione (*“le famiglie hanno quella convinzione, quel pensiero, che non spiegandogli, non parlandogli, è come se pensassero di proteggerli...per cui manca tutto quel condividere con loro i motivi della fuga, che rende zoppi i minori”* - Pordenone), generando nei giovani un senso di vuoto narrativo che rende più difficile costruire una continuità identitaria.

- *Controllo familiare e pressioni sulle scelte di vita*

In alcuni contesti rurali o comunitari (Ragusa), il disagio giovanile di figli di famiglie che lavorano nelle aziende agricole del territorio, è alimentato da forme di controllo familiare particolarmente strette: imposizioni sulla rinuncia a percorsi scolastici o limitazioni nelle attività sociali scolastiche, lavoro non retribuito finalizzato al sostegno economico della famiglia, scelte matrimoniali non negoziabili con familiari o conoscenti in patria. Tali dinamiche generano distacco dai coetanei italiani, esclusione dai contesti informali e forme di ritiro, depressione o conflittualità che possono sfociare in rotture profonde con le famiglie, in *“quell’aperta ribellione che però produce fratture”* (Ragusa).

- *Disagio trasversale agli adolescenti italiani e stranieri*

Alcune forme di sofferenza psichica sono comuni a tutti gli adolescenti: ansia, paura del futuro, ritiro sociale. In contesti urbani o semi-urbani si rileva anche la formazione di gruppi giovanili che non rispondono più tanto alla logica etnica quanto a dinamiche trasversali di riconoscimento reciproco (Pordenone). Tuttavia, in altre realtà (Ragusa) l'appartenenza comunitaria continua a giocare un ruolo importante nelle aggregazioni e nei conflitti giovanili.

L'accesso ai servizi: un percorso ad ostacoli

Uno dei temi più ricorrenti riguarda la difficoltà nell'accesso ai servizi di salute mentale. Da più territori emergono criticità strutturali ripetute:

- tempi d'attesa di diversi mesi
- richiesta rigida della residenza
- scarsità o totale assenza di mediatori culturali
- scarsa esperienza transculturale degli operatori
- rifiuto implicito o esplicito della presa in carico di utenti stranieri.

In alcuni territori, gli operatori descrivono un quadro nel quale *«siamo sempre più in difficoltà»* (Milano) e *«i servizi sono completamente sovraccarichi»* (Milano), con una generale percezione di progressivo impoverimento dell'accessibilità.

In alcune situazioni vengono segnalati episodi in cui le domande rivolte alla persona vengono invece poste solo all'operatore che la accompagna, trattando l'utente come soggetto passivo (*“le domande vengono fatte all'operatore e la persona viene in un*

secondo momento ed e' un grosso problema perché molto spesso l'operatore non sa tutto" - Pordenone). In altri casi, ai progetti di accoglienza viene delegata una parte del lavoro clinico e sociosanitario che dovrebbe essere di competenza dei servizi pubblici, come la somministrazione quotidiana della terapia o il monitoraggio del rischio (Pordenone). Le testimonianze mostrano un sistema pubblico che, pur differenziato da territorio a territorio, presenta ovunque forme di inaccessibilità crescente. In più territori, gli operatori riferiscono che «*non si riesce a trovare nessuno*» (Roma) per una presa in carico tempestiva, e che molti tentativi di attivare percorsi risultano «*tentativi vani*» (Pordenone). Nelle grandi città (Roma, Milano) la difficoltà si acuisce a causa della frammentazione tra i diversi distretti sanitari e della scarsa interoperabilità tra DSM (Dipartimento di salute mentale) e SerD (Servizio per le Dipendenze Patologiche), soprattutto nei casi di doppia diagnosi. In assenza di risposte istituzionali, l'intero carico viene spesso sostenuto dalle reti informali costruite dagli operatori, strumenti preziosi ma estremamente vulnerabili ai cambi di personale.

Reti, collaborazioni e buone pratiche

Nonostante le criticità, molte esperienze territoriali mostrano forme creative di risposta. A Roma, un ambulatorio di salute mentale dedicato ai migranti presso il Policlinico Umberto I facilita l'accesso attraverso un canale diretto di comunicazione che consente di superare le barriere del CUP. Sempre su Roma si riporta anche la positiva esperienza del SaMiFo (Salute Migranti Forzati, n.d.r.), che opera nel territorio di competenza dell'Asl Roma 1 ed e' un servizio integrato fra azienda sanitaria e Centro Astalli che crea una sinergia positiva fra pubblico e privato. A Cagliari, un ambulatorio Caritas con la presenza di due psichiatri volontari offre un sostegno immediato alle persone in attesa della presa in carico pubblica. Nel territorio di Ragusa, la collaborazione con altre organizzazioni, come Medu ed Emergency, permette di integrare mediazione culturale e competenze cliniche in un dialogo produttivo con il DSM.

In altre aree, la vicinanza a servizi universitari specializzati rende possibile una presa in carico più tempestiva e «*di primissimo livello (...) Il problema e' che e' un privilegio*» (Verona). Viene inoltre ricordata l'esistenza dei GRIS (Gruppi Immigrazione e Salute)³,

³ Si tratta dei Gruppi Immigrazione e Salute costituiti dalla S.I.M.M. (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) in diverse regioni italiane per ottimizzare percorsi assistenziali, promuovere politiche ed iniziative per «una salute senza esclusione». La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.), nata nei primi anni '90 per tutelare il diritto alla salute degli immigrati in un periodo in cui era spesso negato, è oggi una rete nazionale di professionisti e servizi impegnati nello scambio di dati, esperienze e buone pratiche sulla tutela sanitaria dei migranti. Riunita in gruppi territoriali autonomi ma coordinati, la SIMM promuove attività sanitarie in favore degli immigrati, sostiene ricerca e formazione specifica, e lavora per garantire percorsi di cura accessibili, equi e culturalmente adeguati.

attivi in alcune regioni, e della rete nazionale di supporto per le persone sopravvissute a tortura, strumenti che potrebbero essere ulteriormente rafforzati come spazi di confronto stabile tra pubblico e privato sociale.

Linee di sviluppo e piste operative

Dal dialogo tra operatori e operatrici impegnati nei territori emerge con grande chiarezza che la salute mentale delle persone migranti – e in particolare di minori e giovani – non può essere affrontata senza ripensare l'accessibilità e l'organizzazione stessa dei servizi. Le esperienze condivise, seppur provenienti da contesti molto diversi, convergono infatti su una serie di criticità strutturali e di bisogni non soddisfatti, che richiedono risposte coordinate, competenze specifiche e un rafforzamento delle reti territoriali.

Quello che segue non è un elenco di richieste astratte, ma una sintesi narrativa delle intuizioni più forti emerse nella discussione, ricondotte alle evidenze presentate dai partecipanti.

Rafforzare la competenza transculturale dei servizi

È una linea che attraversa quasi tutti gli interventi. La mancanza di competenze culturali specifiche – in particolare nel pubblico – emerge come uno dei fattori che più ostacola l'efficacia della presa in carico. Secondo alcune testimonianze (Pordenone), molti professionisti «non sono formati» ad affrontare le declinazioni culturali della sofferenza psichica, non dispongono degli strumenti per interpretare correttamente linguaggi, simboli e sistemi di riferimento, e restano spesso all'«ABC» del lavoro con persone provenienti da altri mondi culturali.

Al contrario, dove è presente la mediazione – come in alcuni Centri Psicosociali in Lombardia (Milano) – gli operatori riferiscono una maggiore capacità di ascolto, comprensione e continuità terapeutica.

Dalla discussione emerge quindi la necessità – non più rinviabile – di una transculturalità strutturale all'interno dei servizi, che non può essere affidata alla buona volontà dei singoli e che si espleta nel bisogno di:

- inserire mediatori culturali in modo stabile;
- offrire formazione continuativa al personale sanitario, scolastico e sociale;
- sviluppare approcci realmente transculturali alla salute mentale.

Non si tratta, a parere degli intervistati, di un suggerimento opzionale, ma di una condizione preliminare per rendere i servizi capaci di accogliere e comprendere la complessità delle traiettorie migratorie.

Strumenti mirati per minori e giovani: la fascia più fragile e meno visibile

La sofferenza dei minori e dei giovani emerge come una delle aree più delicate e, allo stesso tempo, meno adeguatamente intercettate dai servizi.

Le situazioni presentate dai partecipanti delineano un quadro variegato: minori non accompagnati che fuggono da famiglie violente o da situazioni di grave vulnerabilità nel Paese d'origine; adolescenti ricongiunti che arrivano senza aver compreso il motivo del trasferimento e faticano a ricostruire la relazione con i genitori, spesso percepiti come estranei; bambini molto piccoli che assumono precocemente ruoli di cura verso genitori affetti da depressione o disturbi post-traumatici; giovani investiti da aspettative familiari immense – come il “prescelto” incaricato di garantire il riscatto economico dell'intera famiglia – che poi si scontrano con barriere linguistiche, frustrazione sociale e impossibilità di inserirsi nel mercato del lavoro; ragazzi costretti a vivere tra controllo familiare rigido e esclusione sociale, impossibilitati a partecipare alla vita dei coetanei, con conseguenti fenomeni di alienazione, depressione e ribellione.

In molti racconti emerge inoltre una dimensione trasversale: la sofferenza dei giovani stranieri presenta elementi comuni a quella dei pari italiani – ansia, paura del futuro, ricerca di gruppi di pari, dinamiche di aggregazione anche conflittuali – ma su un terreno più fragile, perché segnato da precarietà identitaria, sovraccarico familiare, assenza di riferimenti stabili.

Da tutto ciò deriva un'indicazione condivisa: occorrono strumenti specifici per minori e adolescenti migranti e figli di migranti. Strumenti che includano:

- sostegni socioeducativi alle famiglie ricongiunte
- spazi di gruppo e attività per adolescenti
- supporto alle scuole nella lettura delle difficoltà legate alla migrazione
- percorsi di accompagnamento nelle dinamiche familiari e intergenerazionali.

Ridurre le barriere amministrative per l'accesso ai servizi

Pur non tematizzato in forma teorica, il nesso tra condizione amministrativa e salute mentale appare fortissimo in numerosi interventi.

È stato riferito dagli intervistati che molte persone intercettate dai loro servizi non hanno la residenza, dispongono solo di codici STP o ENI⁴, oppure vivono in una precarietà documentale che impedisce loro di accedere ai servizi territoriali.

⁴ Le persone straniere presenti sul territorio italiano prive di permesso di soggiorno e/o indigenti possono ricevere cure urgenti ed essenziali con l'attribuzione del codice ENI (se cittadini comunitari) o del codice STP (se extracomunitari), come discende dall'art. 35 del Testo Unico sull'immigrazione e dalla successiva normativa di dettaglio.

Un ambulatorio specializzato descritto a Roma si trova regolarmente a seguire persone che, in assenza di residenza, non avrebbero alcun CSM (Centro di salute mentale) di riferimento: un vuoto istituzionale che produce esclusione e sofferenza. Altri operatori raccontano casi in cui anche interventi minimi – come un abbonamento ai mezzi di trasporto per raggiungere il CSM – diventano impossibili da garantire.

La dimensione burocratica, quindi, non è neutra: è parte integrante della vulnerabilità psicologica, perché determina in modo diretto l'accesso o l'esclusione dai servizi di cura. Per questo, dal confronto emerge una richiesta chiara: riconoscere l'impatto psicologico delle barriere amministrative e lavorare affinché non rappresentino un ostacolo alla tutela della salute mentale.

Superare il vuoto operativo nelle situazioni di doppia diagnosi

Unanimente viene riportata la crescita preoccupante dei casi di giovani uomini migranti con una doppia diagnosi: fragilità mentale e uso di sostanze (o abuso di psicofarmaci non prescritti), in cui spesso una condizione è conseguenza dell'altra (ad es.: si inizia ad assumere sostanze psicotrope per sopportare traumi e forti disagi causati dal viaggio o dal percorso migratorio, e poi si scivola nella patologia psichiatrica).

Il problema, però, non è solo clinico. È organizzativo. La doppia diagnosi provoca un rimpallo tra servizi: la presa in carico dipende da quale dimensione (mentale o da dipendenza) viene considerata prioritaria.

In più testimonianze, gli operatori raccontano come i pazienti arrivino da viaggi e detenzioni segnate da «*pacchetti di farmaci che diventano dipendenze*» (Roma), che aggravano ulteriormente il quadro.

A questo si aggiunge un ulteriore ostacolo: se la persona non presenta una delle «macro-diagnosi» riconosciute, come la psicosi, il DSM non riesce a prenderla in carico. Come sintetizzato da un'operatrice, «*non entri nel DSM se non hai una diagnosi grossa*» (Milano–Pordenone), creando una forma di esclusione clinica che amplifica la vulnerabilità e il rischio di rimbalzo tra servizi.

Questo crea una zona grigia in cui molti giovani, proprio nei momenti di maggiore vulnerabilità, finiscono per non ricevere un percorso di cura integrato fra le due patologie: o si cura una o l'altra.

A partire da queste criticità, emerge una direzione condivisa:

- servono tavoli istituzionali congiunti tra salute mentale e dipendenze, capaci di superare il vuoto di responsabilità e costruire protocolli comuni di presa in carico.

Sostenere gli operatori dei servizi e dell'accoglienza

La narrazione collettiva lascia emergere, tra le righe, anche la fatica e la fragilità degli operatori.

Alcuni (Pordenone) parlano della “preoccupazione” di lavorare con casi molto complessi senza avere alle spalle una formazione adeguata; altri (varie sedi) descrivono percorsi faticosi, carichi emotivi rilevanti e situazioni che richiedono costantemente di “industriare” soluzioni in assenza di riferimenti stabili.

La dipendenza dalle reti personali (“*se cambia l'operatore, si ricomincia da capo*”) crea ulteriore precarietà.

Per questo emerge la necessità di:

- spazi di supervisione
- formazione continua
- strumenti di sostegno per prevenire il *burn out*.

Si tratta di un bisogno trasversale, che non riguarda solo l'accoglienza ma anche il servizio pubblico, spesso sopraffatto da carichi impraticabili.

Tuttavia, viene anche sottolineata l'importanza che il terzo settore continui a contribuire nell'ambito delle proprie competenze, senza che venga sommerso di compiti e responsabilità esorbitanti, mentre al pubblico e' richiesto che individui forme e modalità per andare incontro, conoscere meglio e più da vicino i bisogni e le situazioni delle persone che hanno necessità di rivolgersi (Ragusa).

Rafforzare e stabilizzare le reti territoriali

Forse la convergenza più forte emersa dal focus riguarda il ruolo cruciale delle reti territoriali. I partecipanti sottolineano che la qualità della risposta al disagio mentale dei migranti dipende in modo decisivo dalla solidità e dalla funzionalità della rete locale, la cui costruzione è spesso fragile e dispendiosa.

Ci sono esperienze virtuose in cui collaborazioni storiche con centri universitari o servizi specialistici rappresentano una risorsa preziosa (Verona), ambulatori di eccellenza hanno aperto canali diretti per facilitare l'accesso (Roma – Policlinico Umberto I), e il terzo settore integra il pubblico offrendo competenze specifiche (Cagliari, Ragusa con Medu–Emergency).

Al contrario, in alcuni territori il collegamento tra servizi è talmente debole da costringere gli operatori a ricominciare da capo ogni volta che cambia un paziente, un medico o il responsabile di un centro di accoglienza (Milano, Pordenone). In questi contesti, la continuità dei percorsi di cura dipende quasi esclusivamente dall'iniziativa personale degli operatori, in territori in cui – come è stato detto – “*l'argomento persona - immigrato esiste*” (Milano) e continua a rappresentare un ostacolo implicito alla presa in carico.

La situazione varia anche in base al tipo di accoglienza: nei CAS e SAI diffusi, dove gli ospiti vivono in appartamenti distribuiti sul territorio e i medici e psicoterapeuti hanno liste già piene, l'accesso ai servizi e la continuità terapeutica risultano più

fragili. Nei centri più strutturati o convenzionati, la presenza di mediatori culturali stabili, protocolli interni e operatori dedicati favorisce maggiore continuità, riducendo il rischio che la rete crolli a seguito di trasferimenti o cambi di personale.

Da queste esperienze emergono due indicazioni chiave:

- Formalizzare e riconoscere le reti già esistenti ed efficaci, in modo che non dipendano unicamente dalle relazioni personali;
- Promuovere strumenti nazionali, come i GRIS (Gruppi Immigrazione e Salute), capaci di collegare servizi, persone e competenze sociosanitarie e di coordinare meglio ambiti, livelli e prese in carico multidisciplinari.

Le reti non sono un valore aggiunto: sono un prerequisito essenziale per garantire continuità assistenziale e pari accesso ai servizi.

Conclusioni

Il quadro che emerge dal focus group è quello di un sistema nel quale la sofferenza mentale dei migranti non può essere interpretata come fenomeno settoriale. Essa si colloca all'incrocio tra trauma, precarietà giuridica, difficoltà di integrazione, barriere linguistiche e ostacoli burocratici. I minori e i giovani rappresentano la fascia più complessa e meno riconosciuta, e richiedono strumenti dedicati e nuove capacità di lettura.

Di fronte a servizi pubblici sempre più difficili da raggiungere, la risposta più efficace nasce dalle reti locali, dalla creatività degli operatori e dalla capacità dei territori di costruire percorsi di cura capaci di restituire continuità, dignità e futuro.

Rafforzarle significa non solo migliorare la qualità dei servizi, ma anche riconoscere una dimensione fondamentale di giustizia sociale e di equità. È una sfida che richiede visione, collaborazione e un investimento collettivo sul valore dell'inclusione e della salute mentale come bene pubblico.

CAMBIAMENTI CLIMATICI E SALUTE MENTALE: una relazione critica

a cura di Giulia Amerio e Caterina Coughlin, Caritas Internationalis

1. Alcune considerazioni generali

Il cambiamento climatico rappresenta non solo una minaccia ambientale. Rappresenta una crisi complessa che coinvolge la salute, le relazioni sociali e il benessere psicologico delle persone. Non si tratta solo di temperature che aumentano o di ecosistemi che si trasformano, ma di un fenomeno che incide in modo diretto e profondo sull'esperienza umana, sia a livello individuale sia collettivo.

L'innalzamento delle temperature medie, la crescente frequenza di eventi meteorologici estremi, l'aumento del livello del mare e il cambiamento degli ecosistemi hanno conseguenze dirette sulla salute, sulla sicurezza alimentare e sulle condizioni di vita¹. I cambiamenti climatici e gli eventi estremi generano sentimenti di paura, incertezza e vulnerabilità, con ripercussioni significative sulla salute mentale degli individui e sul tessuto sociale delle comunità²³. La crisi climatica agisce quindi come un moltiplicatore di rischi, capace di esacerbare le disuguaglianze preesistenti, mettendo alla prova la resilienza collettiva e minacciando la stabilità emotiva delle persone.

Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha iniziato a indagare in modo sistematico il legame tra il cambiamento climatico e la salute mentale. Studi riportano che le persone esposte a disastri naturali, tra cui le inondazioni o gli uragani, sono maggiormente esposte al rischio di disturbi d'ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico; eventi quali ondate di calore acute, siccità, inondazioni e incendi,

¹ Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press.

² Berry, H. L., Bowen, K., & Kjellstrom, T. (2010). Climate change and mental health: a causal pathways framework. *International Journal of Public Health*, 55(2), 123–132

³ Clayton, S., Manning, C. M., Krygman, K., & Speiser, M. (2017). *Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance*. American Psychological Association and ecoAmerica.

favoriti dai cambiamenti climatici, rappresentano un rischio per la salute mentale causando ad esempio traumi o malattie mentali⁴.

Nel contesto del legame tra cambiamenti climatici e salute sono emersi concetti come *eco-ansia* ed *ecological grief* ("lutto ecologico"), che consentono di descrivere le risposte emotive e psicologiche alla perdita ambientale⁵. Quest'ultima, in particolare, potrebbe rappresentare un ambito di studio sempre più rilevante per comprendere come le persone e le comunità reagiscano alla distruzione o al deterioramento degli ecosistemi con cui hanno un legame profondo. Il termine «eco-ansia», viene utilizzato per descrivere la risposta emotiva e psicologica alle preoccupazioni legate alla crisi ecologica. Non si tratta di una patologia clinica, bensì di una condizione che può comportare paura, ansia, senso di impotenza e disperazione di fronte a un futuro percepito come incerto e compromesso⁶. Secondo Caroline Hickman, l'eco-ansia rappresenta un problema emergente di salute mentale, che si sviluppa parallelamente all'intensificarsi della crisi climatica. Essa riguarda non solo la risposta emotiva a ciò che accade nel mondo a causa del cambiamento climatico, ma anche le reazioni suscitate dall'inerzia di chi potrebbe agire e spesso ignora il disagio delle comunità più vulnerabili. Come sottolinea Hickman, «l'ingiustizia, l'iniquità e la mancanza di cura possono essere strazianti per molte comunità»⁷.

I disastri climatici possono anche mettere a dura prova le relazioni sociali. Le famiglie che perdono la propria casa possono trovarsi ad affrontare trasferimenti ripetuti, con effetti negativi sulla stabilità emotiva e sulle relazioni interpersonali. I bambini potrebbero dover cambiare scuola o interrompere gli studi, mentre i genitori possono ritrovarsi meno capaci di fornire un supporto adeguato. Persino coloro che riescono a rimanere nelle proprie abitazioni possono perdere il senso di sicurezza, con conseguenze sulla coesione sociale⁸.

Oltre agli eventi improvvisi, il cambiamento climatico altera in modo irreversibile paesaggi familiari e molte persone sperimentano un senso di perdita legato alla distruzione o alla trasformazione del proprio ambiente, un fenomeno noto

⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00136-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00136-4/fulltext); <https://www.nature.com/articles/d41586-024-00993-x>

⁵ Cunsolo, A., & Ellis, N. R. (2018). Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss. *Nature Climate Change*, 8(4), 275–281.

⁶ Pihkala, P. (2020). Eco-anxiety and environmental education. *Sustainability*, 12(23), 10149; Coffey, Y., Bhullar, N., Durkin, J., Islam, M. S., & Usher, K. (2021). Understanding eco-anxiety: A systematic scoping review of current literature and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 9636.

⁷ <https://www.unicef.org/blog/what-is-eco-anxiety> (2025)

⁸ Carroll, B., Morbey, H., Balogh, R., & Araoz, G. (2009). Flooded homes, broken bonds, the meaning of home, psychological processes and their impact on psychological health in a disaster. *Health & Place*, 15(2), 540-547

come solastalgia. Questo termine descrive il disagio psicologico, simile a quello provato da chi è costretto a migrare, scaturisce dai cambiamenti gradualmente dell'ambiente locale e si manifesta come dolore e disorientamento⁹. La perdita del legame con il territorio non è un'esperienza marginale, poiché i luoghi offrono stabilità, sicurezza e un senso di identità personale. Il cambiamento climatico mette a rischio questo legame anche attraverso l'aumento delle migrazioni forzate.

Il report *Groundswell* della Banca Mondiale del 2021 riporta che il cambiamento climatico, un determinante sempre più importante per la migrazione, potrebbe costringere 216 milioni di persone in sei regioni del mondo a spostarsi all'interno dei propri paesi entro il 2050¹⁰.

La relazione tra cambiamento climatico e salute mentale riguarda anche la perdita di autonomia, controllo e identità personale. Quando il cambiamento climatico compromette la capacità di vivere in modo indipendente, esso erode i bisogni psicologici fondamentali. Proteggere la salute mentale significa riconoscere anche le minacce all'autodeterminazione e alla storia personale, che aggravano il costo psicologico del dissesto ambientale.

La crisi climatica è intrecciata con vulnerabilità economiche, sociali e di salute fisica, con impatti che si ripercuotono a cascata sulle comunità. Questa consapevolezza permette di integrare la dimensione psicologica nelle risposte ai disastri ambientali, di sviluppare misure preventive volte a ridurre la vulnerabilità della popolazione e di attuare interventi mirati a mitigare gli effetti a lungo termine sulla salute degli eventi meteorologici estremi.

Come ci ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità¹¹, il cambiamento climatico esercita effetti sempre più gravi e persistenti sulle persone, influenzando sia direttamente che indirettamente la salute mentale e il benessere psicosociale. La crisi climatica compromette diversi determinanti ambientali, sociali ed economici, e colpisce in modo sproporzionato i gruppi più vulnerabili, tra cui le persone con problematiche preesistenti legate alla salute mentale.

⁹ Cfr. Cunsolo Willox, A., Harper, S. L., Ford, J. D., Edge, V. L., Landman, K., Houle, K., & Wolfrey, C. (2012). Climate change and mental health: An exploratory case study from Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Climatic Change*, 114(2), 239-246. Silver, J., & Grek-Martin, J. (2015). "Now we understand what community really means": Reconceptualizing the role of sense of place in the context of a disaster. *Journal of Environmental Psychology*, 42, 32-41.).

¹⁰ https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/09/13/climate-change-could-force-216-million-people-to-migrate-within-their-own-countries-by-2050#:~:text=The%20World%20Bank's%20updated%20*Groundswell*%20report%20finds,Africa%20*%20Eastern%20Europe%20and%20Central%20Asia

¹¹ Mental Health and Climate change: Policy brief. WHO 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>

Riconoscere il legame tra crisi climatica e salute mentale è essenziale per sviluppare strategie e interventi che tutelino il benessere e la salute, sia fisica sia mentale, nonché l'ambiente. Solo attraverso un approccio multidimensionale è possibile affrontare il cambiamento climatico non solo come una crisi ecologica, ma anche come una crisi della salute umana. Un approccio che riconosca la minaccia e i danni diretti e indiretti del cambiamento climatico sulla salute mentale e sulla salute in generale, la maggiore vulnerabilità di alcuni gruppi e comunità e che riconosca la necessità di adeguate risorse economiche e di politiche integrate.

2. Il sostegno psicosociale e alla salute mentale (MHPSS) di Caritas Bangladesh nel contesto degli sfollamenti causati dai cambiamenti climatici¹²

Secondo il “Climate Risk Profile report 2024” della Banca Mondiale, si stima che oltre 90 milioni di bangladesi (il 56% della popolazione) vivano in “aree ad alta esposizione climatica” colpite da molteplici pericoli. Secondo il “World Risk Report 2024” dell'Università della Ruhr di Bochum, il Bangladesh è al nono posto nella classifica dei paesi più a rischio al mondo per disastri naturali e climatici nel 2024. Il Germanwatch Global Climate Risk Index 2024 rivela che eventi climatici quali inondazioni estreme, cicloni, siccità, frane e ondate di calore causano una perdita media annua di quasi 3 miliardi di dollari, colpendo oltre 6,3 milioni di persone in Bangladesh. Secondo l'International Displacement Monitoring Centre (IDMC) con sede in Norvegia, circa 2,4 milioni di persone sono state sfollate in Bangladesh nel 2024, che si colloca al quinto posto a livello globale in termini di sfollamenti causati da disastri climatici. In Bangladesh, i servizi MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support) per la popolazione sfollata a causa dei cambiamenti climatici sono stati integrati nel piano nazionale di adattamento e nella pianificazione nazionale per la gestione delle emergenze e dei disastri¹³.

L'esperienza di Caritas Bangladesh in materia di MHPSS è relativamente recente, considerando la sua vasta esperienza in campo umanitario che dura da oltre 54 anni. Caritas Bangladesh ha avviato i suoi interventi di MHPSS nel 2012 per rispondere alle vittime della tragedia dell'incendio della Tazreen Fashion (117 morti) e del crollo dell'edificio Rana Plaza (oltre 1.100 morti).

Caritas Bangladesh aderisce agli approcci della “Bangladesh National Strategy on Internal Displacement Management” (Strategia nazionale del Bangladesh per la gestione degli sfollati interni) per fornire sostegno alle popolazioni sfollate colpite da disastri causati dal clima (frane, cicloni, fulmini, inondazioni, ecc.) e da altri disastri causati dall'uomo (incendi, crolli di edifici, conflitti, ecc.). Le popolazioni sfollate hanno

¹²Testo a cura di Daud Jibon Das – Executive Director Caritas Bangladesh.

¹³Cfr. National Adaptation plan and national emergency and disaster management planning.



Consulenza psicosociale individuale a una donna sfollata a causa dei cambiamenti climatici da parte di un counselor psicosociale (Caritas Bangladesh)



Consulenza psicosociale di gruppo da parte di un counselor psicosociale (Caritas Bangladesh)

bisogno di servizi di sostegno alla salute mentale e psicosociale (MHPSS) durante e dopo le fasi di sfollamento della strategia.

Per rispondere a queste esigenze emergenti, Caritas Bangladesh si concentra sulle popolazioni sfollate che risiedono in insediamenti informali (baraccopoli), campi e centri di accoglienza nelle aree urbane e semiurbane di tutto il Paese.

Ogni anno, Caritas Bangladesh assiste più di 50.000 sfollati, tra cui bambini, adolescenti, tutori/genitori e adulti, compresi i Rohingya di 11 campi e comunità ospitanti a Cox's Bazar, attraverso i seguenti principali servizi MHPSS per le popolazioni sfollate:

- sessioni di sensibilizzazione sul sostegno psicosociale - educazione psicosociale di base su stress, traumi, stigma, meccanismi di coping alle reazioni comuni dopo un disastro (paura, insonnia, tristezza, irritabilità, ecc.) Sessioni di sensibilizzazione a misura di bambino;



Sessione individuale con uomini adulti (Caritas Bangladesh)



Visita dei barefoot consellers casa per casa al campo (Caritas Bangladesh)

- coinvolgimento della comunità nel sostegno MHPSS per promuovere abitudini sane in materia di igiene del sonno, alimentazione, connessione sociale, primo soccorso psicologico, sostegno ai caregiver per specifiche sfide di genere, supporto al collegamento e all'invio ai servizi, ecc;
- sessioni di psicoterapia individuale e di gruppo, comprese sessioni di consulenza di coppia. Collegamento al supporto psichiatrico per la somministrazione di farmaci

con psicoterapia. Supporto in denaro e in natura ai beneficiari del supporto MHPSS per il completo recupero;

- rinvio dei beneficiari del supporto MHPSS a fornitori di servizi, compresi i dipartimenti governativi.

Caritas Bangladesh coordina il sostegno MHPSS collaborando a livello nazionale e a Cox's Bazar con il governo, le Nazioni Unite e le ONG locali; garantisce inoltre il benessere del personale attraverso sessioni terapeutiche.

3. Sfolciati a causa del cambiamento climatico nello stretto di Torres e nelle Isole Fiji¹⁴

Spostarsi: il trauma

Quando le comunità del Pacifico sono costrette a trasferirsi, rischiano di perdere il loro stile di vita e il loro patrimonio culturale. Il loro senso di appartenenza a sé stessi, alle loro comunità e alla natura ne risente profondamente. L'alterazione delle tradizioni culturali legate alla terra porta a segregazione sociale, conflitti e persino violenza. I forti legami socioculturali, religiosi e storici degli abitanti delle isole del Pacifico con le loro case fanno sì che trasferirsi in modo permanente sia una decisione importante che comporta un costo elevato. Non può essere presa alla leggera, come illustrato di seguito.

Gli abitanti delle isole dello Stretto di Torres: un'emergenza sanitaria

Le isole basse dello Stretto di Torres ospitano comunità che vivono in profondo legame con la terra, il mare e il cielo da oltre 65.000 anni. Ora, le maree eccezionali, l'erosione costiera, le inondazioni e lo sbiancamento dei coralli non minacciano solo le case, le vite e i mezzi di sussistenza; anche i luoghi sacri e i cimiteri vengono distrutti e le terre ancestrali vengono sommerse.

Quando ciò accade e devono trasferirsi, "gli aborigeni e gli isolani dello Stretto di Torres si sentono estraniati dagli spiriti della terra" e la loro salute e il loro benessere mentale, spirituale e fisico ne risentono profondamente. Nel 2020, l'Associazione dei medici indigeni australiani (AIDA) ha dichiarato il cambiamento climatico "un'emergenza sanitaria che minaccia la sopravvivenza degli aborigeni e degli isolani dello Stretto di Torres, delle loro comunità e culture, nonché della popolazione in generale".

¹⁴ Testo a cura di *Sophie Jenkins and Connor McBride, Caritas Oceania* Da "Displaced by a changing climate – Caritas Voices: protecting and supporting people on the move" Caritas Internationalis. Pag. 30. Cfr. https://www.caritas.org/wp-content/uploads/2025/11/caritas_climate_full_web.pdf

Gli isolani delle Fiji: la disperazione

Vabea, Waisomo e Narikoso, villaggi dell'isola di Ono nelle Fiji, sono stati tutti devastati dal ciclone Harold nell'aprile 2020. Centinaia di case, centri comunitari, beni culturali e luoghi sacri sono stati danneggiati o spazzati via dall'erosione costiera. Le persone sono state sfollate. Hanno ancora difficoltà ad adattarsi alla loro nuova vita. L'esperienza di sconvolgimento sociale e perdita ha portato alla frustrazione, all'isolamento, alla frammentazione familiare e alla difficoltà a mantenere importanti pratiche tradizionali. Sono malati e stressati, sia mentalmente che fisicamente. C'è un senso di disperazione per il futuro. Le persone sfollate stanno perdendo il loro senso di identità individuale e collettiva; hanno un atteggiamento negativo nei confronti del loro ruolo e del loro posto nella società.