



ARTICOLO ORIGINALE

ACCOGLIENZA DI POPOLI IN FUGA E SALUTE MENTALE. PROPOSTE PER L'ITALIA

Sergio Zorzetto¹, Salvatore Inglese², Giuseppe Cardamone³

ISSN: 2283-8961

Abstract

Nell'articolo vengono avanzate alcune riflessioni e proposte per la tutela e la promozione della salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati nell'ambito del sistema di accoglienza italiano, mettendo in evidenza il ruolo che possono svolgere i servizi sanitari pubblici. La relazione di cura e assistenza viene collocata nell'ambito delle relazioni di potere statale che investono i migranti forzati e gli stessi operatori, mentre le strategie terapeutico-assistenziali vengono ripensate alla luce degli attuali scenari geopolitici globali.

This essay proposes some reflections about refugees and asylum seekers' mental health in the context of Italian social protection system, highlighting the role of public health services. Its focus is the general power relations between forced migrants and health operators that influence healing strategies in the present-day geopolitical scenarios.

¹ Psicologo clinico e Psicoterapeuta, Firenze. szorzetto@virgilio.it

² Medico. Specialista in Psichiatria, Catanzaro

³ Psichiatra e Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Azienda USL 9 Grosseto (Regione Toscana). g.cardamone@usl9.toscana.it

Key words:

Rifugiati e richiedenti asilo, sistemi di cura, servizi di salute mentale, biopolitica, geopolitica, etnopsichiatria.

Refugees and asylum seekers, healing systems, mental health services, biopolitics, geopolitics, ethnopsychiatry.

Note preliminari sull'accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo

In questo contributo verranno avanzate alcune considerazioni relative alla presa in carico delle problematiche di salute mentale di titolari/richiedenti protezione internazionale, tenendo conto delle dimensioni istituzionali attraverso cui si realizza la loro accoglienza. Da questo punto di vista, l'attenzione sarà posta particolarmente su coloro che sono inseriti in strutture dedicate. D'altra parte, occorre osservare che questi ultimi non rappresentano la totalità e neanche la maggior parte dei richiedenti o titolari di protezione internazionale presenti in Italia.

A fronte di coloro a cui il sistema di accoglienza nazionale riesce a dare una risposta, si possono individuare quelli che non sono ancora accolti in un qualche tipo di progettualità, insieme a coloro che non lo saranno mai o che ne sono già usciti. La situazione di queste ultime quote di popolazione rifugiata presenta caratteri variegati e mobili: completa autonomia lavorativa ed abitativa; ospitalità più o meno temporanea offerta da parenti o amici; inserimento presso strutture che contrastano fenomeni di marginalità sociale o particolari situazioni di vulnerabilità (es., donne con minori), disoccupazione, vita di strada o in alloggi occupati. Le considerazioni che sviluppiamo valgono anche per questi gruppi che continuano ad essere esposti a importanti fattori di rischio psicosociale.

Altra indispensabile premessa riguarda il fatto che le discipline psicologico-psichiatriche sono interessate allo *status* di rifugiato in quanto *indicatore* di una storia individuale e collettiva vissuta all'interno di contesti sociali a potenza traumatica capaci di generare disturbi psicopatologici: violenze ideologiche, torture, scenari di guerra.

Tuttavia, l'insieme di coloro che usufruiscono di una forma giuridica di protezione internazionale non è completamente sovrapponibile a quello di coloro che testimoniano una storia di violenza politica. Di fatto succede che un titolare di protezione internazionale non abbia una storia personale segnata dalle suddette vicende traumatiche; viceversa, tali vicende possono aver tormentato la vita di un migrante per cause socioeconomiche. Questa evidenza viene frequentemente riscontrata nei servizi pubblici di salute mentale, soprattutto quelli per l'infanzia e l'adolescenza. In questi ultimi casi, pur in presenza di sindromi cliniche o subcliniche a carico del genitore esposto in passato a violenze intenzionali, la domanda di cura viene avanzata se si manifestano problematiche psicopatologiche a carico delle generazioni discendenti proprio quando, ad esempio, queste frequentano un nuovo ambiente istituzionale (scuola). A questo punto, però, il passato traumatico – segreto, sottaciuto o espresso nella memoria familiare – rischia di rimanere silente durante il dialogo clinico, producendo sviamenti e incomprensioni nell'attivazione del processo diagnostico e terapeutico.

La presa in considerazione delle problematiche di salute mentale derivanti da violenze intenzionali di origine politica pone il clinico di fronte ad una popolazione assolutamente variegata e ad una pluralità di biografie. È dunque necessario risalire il flusso esistenziale di ogni migrante (forzato o meno), al fine di individuare eventuali fattori di rischio o francamente patogeni riscontrabili nella loro storia individuale e collettiva, così come nei contesti passati o presenti. Le categorie giuridiche di rifugiato o richiedente asilo rinviano solo indirettamente a simili biografie: costituiscono tuttavia un utile indice capace di orientare l'ascolto e la comprensione oltre che di prevenire sviamenti iatrogeni di simili processi, grazie alla valutazione del portato e degli effetti delle persecuzioni effettivamente subite sul funzionamento mentale delle persone. Del resto, le suddette categorie giuridiche possono irretire il ragionamento clinico all'interno del passato traumatico dell'interlocutore, lasciando inesplorato il ruolo degli effettivi e presenti assetti di potere in cui il migrante si trova collocato, seppure con finalità d'accoglienza. Posture rivendicative ed oppostive, in questo senso, possono non essere indicative di peculiari funzionamenti personologici, ma rinviare piuttosto al confronto individuale e collettivo con i processi di istituzionalizzazione disciplinare in atto nell'ambito delle strategie statuali di gestione dei flussi migratori internazionali.

Il lavoro clinico non si svolge mai nel vuoto né fuori dal tempo. Al contrario, le dimensioni spaziali e temporali dell'organizzazione e della burocrazia costruite "intorno" al rifugiato costituiscono un fattore di forte perturbazione della relazione di cura oltre che della vita stessa delle persone.

Diventa necessario, pertanto, riuscire a costituire l'organizzazione complessiva dell'accoglienza come fattore di promozione o, almeno, di protezione della salute mentale dei migranti forzati. D'altra parte, a livello nazionale, la parola *accoglienza* si declina in luoghi, processi e obiettivi assai diversi, in alcuni casi privi del connotato ospitale che essa evoca.

Se l'Italia può essere considerata la principale porta di accesso dei flussi migratori provenienti dalla sponda sud del Mediterraneo, è altrettanto vero che il nostro Paese articola al suo interno una serie di soglie e frontiere, coincidenti con le diverse e parallele modalità di accoglienza, una parte delle quali rimane legata alla "*forma-campo*", sperimentata alla fine della Seconda Guerra Mondiale come strumento *militare* di gestione e controllo delle *displaced persons* (Malkki, 1995; Scieurba, 2009).

Benché i diversi dispositivi di accoglienza (dalle grandi strutture ai piccoli appartamenti) debbano essere considerati e criticati separatamente, ciascuno avendo caratteristiche ed obiettivi differenti, occorre tuttavia analizzarne l'effetto complessivo. Le persone transitano, infatti, dall'uno all'altro contenitore istituzionale, manifestando i segni di questi passaggi sia nelle loro modalità interattive con il contesto di accoglienza che nella configurazione psicopatologica (Cardamone e Zorzetto, 2012). Porsi in un'ottica di promozione e difesa della salute mentale significa comprendere come la psicologia e la psicopatologia sensibili alle *metodologie critiche dell'etnopsichiatria* possano analizzare e conoscere le logiche complessive e concrete dell'accoglienza al fine di contribuire al benessere delle persone ospitate (Cardamone e Zorzetto, 2000; Inglese, 2005; Inglese e Cardamone, 2010).

Tenendo in considerazione le suddette premesse, l'attenzione sarà posta su due temi principali. In primo luogo, su cosa comporti introdurre la logica della cura delle eventuali problematiche di salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati nell'organizzazione delle strutture e dei progetti di accoglienza. In secondo luogo, sullo scenario geopolitico globale nel cui ambito operano le discipline psicologico-

psichiatriche e che si pone come fattore condizionante delle strategie di cura di simili popolazioni vulnerate e vulnerabili (profughi, rifugiati, richiedenti asilo).

Effetti di collocazione del potere sovrano

Negli ultimi anni, gli operatori dedicati all'accoglienza hanno avvertito l'esigenza di affrontare le sofferenze psicologiche o francamente psicopatologiche dei *migranti forzati* perché ne misuravano l'effetto distruttivo sui percorsi di autonomia di tali popolazioni vulnerabili e, ancor prima, sulla possibilità di instaurare con esse una relazione positiva. Questa presa di coscienza degli operatori ha inaugurato tentativi locali di approntare risposte adeguate, così come l'implementazione, da parte del livello centrale, di progettualità in favore della salute mentale di tali gruppi a rischio (Van Aken, 2008; Servizio Centrale, 2010; Farotti e Olivieri, 2011). Questi progetti possiedono gradi diversi di stabilità, oltre che di definizione degli indirizzi comuni, e si sviluppano in funzione delle rispettive linee di finanziamento dedicato (progetti del Fondo Europeo per i Rifugiati vs. progetti del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati). Il loro risultato si è concretizzato in una pluralità di esperienze le cui caratteristiche dipendono da un insieme eterogeneo di variabili: formazione professionale del gruppo che ha dato origine all'iniziativa (clinica vs sociale); condizioni del contesto locale istituzionale (in funzione degli indirizzi politico-economici del Sistema Sanitario Regionale, della situazione organizzativa delle singole aziende sanitarie, sino alla presenza di disponibilità/interesse da parte di singoli o di gruppi di operatori pubblici di salute mentale); impronta ideologica, competenze ed esperienze espresse dalle risorse istituzionali o del privato sociale del singolo territorio; programma delle reti nazionali in cui le singole esperienze sono inserite.

È possibile analizzare i progetti di accoglienza ricercando l'intreccio locale fra le diverse logiche e intenzioni che ne informano l'organizzazione e l'operatività. Tutte le esperienze devono comunque confrontarsi con una *logica*, questa volta *generale*, riguardante l'azione esercitata dallo Stato *su tutti i migranti* e, contemporaneamente, *sulla popolazione autoctona*. Essa si riconosce come logica dell'*ordine pubblico interno* allo Stato, o all'Unione di Stati, che agisce sui confini geopolitici, materiali ed

immateriali, per identificare e controllare chi prova a varcarli senza esservi autorizzato insieme a chi vi risiede di diritto.

Tale *logica di sovranità* consiste nel tentativo di *impedire o limitare* l'attraversamento delle frontiere politiche ed esercita il proprio potere decisionale sulle soglie immateriali (amministrative): ad esempio, autorizzando il passaggio da una situazione di irregolarità ad uno *status* giuridico legalmente riconosciuto, attraverso la collocazione delle persone in un qualche tipo di centro di accoglienza.

I confini geopolitici, legittimati dalla giurisdizione internazionale, non delimitano semplicemente il dominio spaziale su cui viene esercitata la sovranità statale e garantita, oppure interdetta, la vigenza di determinati diritti individuali. L'azione di tali confini riposiziona le persone nello spazio politico e ne amministra il destino di vita rispetto alla loro facoltà soggettiva di acquisire diritti costituzionalmente garantiti nel contesto di specifici *rapporti di potere biopolitico*. I confini operano bipartizioni successive collocando le persone *all'interno* o *all'esterno* del territorio sovrano. Si tratta di un'azione che ha effetti performativi su chi viene mantenuto al di fuori della linea di confine e su coloro ai quali viene permesso di varcarla. Quando operano verso l'esterno i confini producono effetti anche su chi è già al loro interno. Ogni linea confinaria ha innanzitutto un *effetto di collocazione* delle persone e delle popolazioni su entrambi i versanti. Questo effetto è *indipendente e indifferente* rispetto al posizionamento soggettivo poiché si configura come *elemento strutturale* della relazione o come quadro sovraordinato nel cui ambito avviene la relazione. Una relazione sociale – educativa, legale, assistenziale – presuppone questa distribuzione posizionale e le dinamiche di ciascuna configurazione relazionale ne sono influenzate e subordinate.

In altri termini, non si è davanti al confronto del migrante forzato con il principio astratto della sovranità statale. Al contrario, lo scenario dell'accoglienza geopolitica è composto da una concatenazione di *relazioni di potere* che, da una parte, determinano la riproduzione puntuale dei confini, definendone il *luogo di demarcazione* e, dall'altra, sono da questi ultimi determinate. Queste relazioni di potere sono la risultante di un dominio statale che si articola e si scompone, passando da individuo ad individuo, secondo una concatenazione che arriva alle estremità geografiche e funzionali del sistema di accoglienza. In questi passaggi, non c'è appropriazione di

potere da parte degli individui né avanza un processo di *empowerment* a loro vantaggio. C'è piuttosto un effetto di potere che vincola l'azione e inquadra reciprocamente le controparti delle successive e concatenate relazioni attraverso cui esso si articola. È questo il senso dell'effetto di collocazione sprigionato dalla sussistenza e dalla consistenza di confini materiali e immateriali.

Allo stesso modo può essere compresa l'osservazione etnografica secondo la quale il migrante forzato presenta modalità di apprensione dell'interlocutore, oltre che di relazione con esso, improntate alla *resistenza*. L'attrito di una simile relazione sociale è del tutto indipendente dal fatto che l'interlocutore sia un funzionario dell'ordine pubblico, un membro delle Commissioni Territoriali, un operatore dell'accoglienza o un clinico. In parallelo, si possono comprendere le difficoltà vissute dagli operatori nell'instaurare una relazione di fiducia con le persone accolte. La parola "resistenza" deve essere intesa nell'accezione con la quale Foucault (1998) sostiene che la *politica diventa la continuazione della guerra con altri mezzi*. Bisogna pertanto inquadrare le tattiche di resistenza adottate dai migranti forzati nell'ambito della corrispondente relazione di potere instaurata dalla dislocazione geopolitica a cui sono obbligati. Tali tattiche consistono nello sviamento, mimetismo, occultamento, invenzione di trame narrative intorno alla biografia personale e di gruppo o sulla storia locale del mondo originario della persona in fuga (Devereux, 2000 e 2001).

Logiche della cura e logiche dell'accoglienza

Tutto ciò presenta importanti ripercussioni sulle *tre logiche* che informano il sistema di accoglienza e infiltrano il lavoro con richiedenti asilo e rifugiati, coincidenti con le *tre aree di intervento* nei confronti dei migranti forzati: *logica giuridica*, *logica dell'inclusione sociale* e *logica sanitaria*. Sono logiche che hanno una loro peculiare temporalità interna, ma plasmano il sistema complessivo di accoglienza e le singole esperienze locali secondo una diversa scansione temporale.

La *logica giuridica* risponde alla necessità di sancire l'esistenza del diritto ad un qualche tipo di protezione. Se l'organo esecutivo, attraverso l'azione delle Commissioni Territoriali, assolve il compito del giudizio di merito, le organizzazioni del privato sociale si sono fin dall'inizio occupate di supportare il migrante nella sua

richiesta di protezione e di svolgere un'azione di *advocacy*. In altri termini, hanno svolto un'azione politica relativa al miglioramento del diritto d'asilo in Italia ed all'effettivo godimento dei diritti civili e sociali dei titolari di protezione internazionale nel loro complesso.

Da questo punto di vista, la logica giuridica si connette strettamente a quella *sociale* che si focalizza sulla realizzazione a livello locale di un *sistema integrato ed intersettoriale di presa in carico*. Tale sistema si articola attraverso accordi formalizzati fra strutture di accoglienza, risorse territoriali pubbliche, privato sociale, in modo da favorire il percorso di autonomia delle persone attraverso la loro inclusione sociale (AAVV, 2011). Le concrete possibilità messe a disposizione dei migranti forzati, durante il periodo di accoglienza, dipendono da molti fattori che concernono sia l'impostazione e la metodologia dell'organizzazione incaricata dell'esecuzione dei progetti che le risorse attive nel territorio in cui si realizza il progetto. Al di là del posto letto, del vitto e del *pocket money*, i progetti di accoglienza si differenziano in funzione dei servizi offerti per l'autonomia e l'inclusione sociale, ovvero per promuovere l'acquisizione di informazioni, conoscenze e competenze tali da aumentare la capacità e la probabilità del migrante forzato di costruire i propri percorsi di autonomia economica ed abitativa nel contesto adottivo. Tali possibilità possono essere promosse e gestite direttamente dalle strutture di accoglienza, oppure essere messe a disposizione a livello territoriale nella rete costituita dai servizi pubblici, dal privato sociale e dal volontariato. Un progetto può così mirare a una funzione di collegamento ed interconnessione fra migrante forzato e realtà territoriale, orientandolo sulle opportunità disponibili (lavorative, formative, socializzanti) oltre che aiutandolo ad attingervi. Esso può accoppiare a tale azione l'organizzazione e la gestione in proprio di determinati servizi (corsi di lingua e professionali, *stage* lavorativi, attività di socializzazione e riabilitazione, ricerca del lavoro), ricorrendo ad altre linee di finanziamento dedicate o meno ai rifugiati. Il risultato complessivo è la fornitura ai migranti forzati di un'assistenza derivata da varie fonti, la cui parte preponderante è rappresentata da linee di finanziamento specifiche per i richiedenti asilo e rifugiati (Ministero dell'Interno), mentre una parte residuale viene garantita da linee di finanziamento nazionali o locali non specifiche (afferenti alla quota universalistica del Welfare state). Queste ultime offrono opportunità nei più svariati settori (contrasto alla povertà, formazione professionale, sostegno all'occupazione,

cultura e sport), a cui i migranti forzati riescono eventualmente ad accedere allo stesso titolo di altri cittadini o di altre categorie svantaggiate. Se si considerano i casi in cui i regolamenti locali prevedono che i migranti forzati inseriti in progetti di accoglienza non possano ricorrere al servizio sociale, ma esclusivamente ad altri settori dell'amministrazione comunale (Assessorati all'immigrazione o Dipartimenti della Sicurezza sociale), si comprende come il risultato complessivo definisca un *welfare* sostanzialmente dedicato a questa fascia di popolazione e separato da quello in favore della popolazione generale.

Per quanto riguarda la *logica sanitaria*, la situazione è diversa a seconda che si considerino le problematiche mediche generali o quelle psicopatologiche. Nel primo caso, il sistema sanitario pubblico riesce a garantire un'offerta universalistica estesa alla popolazione rifugiata. Questo dato empirico concerne soprattutto i migranti forzati inseriti in progetti di accoglienza che in tal modo possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, vedersi assegnato il medico di medicina generale e accedere ai servizi specialistici ed ospedalieri. A ciò si aggiunge il supporto garantito da progetti di copertura delle spese mediche che consente, di norma, accessibilità alle cure e prepara le condizioni strutturali per un'aderenza al trattamento da parte del migrante forzato. Tale aderenza è ulteriormente sostenuta dal fatto che i progetti di accoglienza forniscono la necessaria mediazione linguistico-culturale qualora essa non sia garantita dal servizio sanitario pubblico. Problematiche specifiche e difficoltà puntuali possono insorgere nei casi in cui non siano reperibili mediatori per lingue scarsamente diffuse sul territorio, non vicariabili da lingue veicolari, nei casi di patologie mediche ad andamento cronico e in quelli in cui l'inquadramento diagnostico risulti problematico, il trattamento inefficace o non risolutivo (dolori cronici, allergie, ecc.) e, infine, dove la problematica medica si accoppia ad abuso di sostanze, disturbi alcol-correlati o francamente psicopatologici. Non bisogna sottovalutare il fatto che, anche per le patologie propriamente mediche, l'accesso alle cure e l'aderenza al trattamento dipendono da fattori socioculturali (Quaranta e Ricca, 2012). A tal proposito si rammentano, da una parte, le particolari valenze morali di una specifica malattia che possono stigmatizzare ed emarginare coloro che ne siano affetti (es., sindromi HIV); si sottolinea, dall'altra, la peculiare interazione fra trattamento medico, visioni della malattia e della cura proprie dei migranti (Good, 1996; Nathan e Lewertowski, 1998; Quaranta, 2006).

L'unica eccezione alla capacità del Sistema Sanitario Nazionale di rispondere in modo appropriato alle necessità poste dall'accoglienza dei richiedenti asilo è rappresentata dalle certificazioni delle sequele fisiche di torture, presentate a corredo della domanda di protezione internazionale.

Molti progetti, infatti, più che ai medici del servizio pubblico, si rivolgono ad associazioni a carattere professionale impegnate specificatamente in questa attività o comunque a professionisti di comprovata esperienza e competenza in materia.

Questa peculiarità dei comportamenti assistenziali all'interno dei progetti di accoglienza è stata determinata, storicamente, dall'assenza di competenze avanzate nel servizio pubblico e, in misura minore, da problemi relativi alle tempistiche di risposta rispetto a quelle dell'iter di riconoscimento dello status di rifugiato.

Prospettive di articolazione fra sistema di accoglienza e Servizi pubblici di salute mentale

Contrariamente a quanto avviene per gli aspetti medici, ma in accordo con quanto avviene rispetto all'attività sociale in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale, i progetti di accoglienza presentano una varietà di tattiche e strategie d'azione per garantire la tutela della salute mentale dei loro destinatari. Queste prevedono il ricorso al servizio pubblico, a realtà associative e cooperative, convenzionate o meno con le Aziende Sanitarie, a singoli clinici (in forma volontaria o remunerata). Anche in questo caso, i servizi sono attivati grazie a linee di finanziamento dedicate ai rifugiati (Ministero dell'Interno) o generali (Assessorati alla Salute delle Regioni, Fondo 8 per mille). Dal lato dei Dipartimenti di Salute Mentale, questa situazione è ascrivibile ai loro obiettivi e modalità di funzionamento, riflettendo un portato storico relativo alle evoluzioni della psicopatologia delle migrazioni, della psichiatria transculturale, dell'etnopsichiatria nei servizi pubblici e del sistema universitario (Inglese e Cardamone, 2010; Zorzetto e Cardamone, 2012). Nello specifico di questo lavoro è utile sottolineare che alla base delle varie esperienze si ritrovano due questioni fondamentali di ordine teorico e operativo.

Sul piano teorico, il dibattito scientifico riguarda la necessità e l'opportunità di ripensare teorie e metodologie empiriche alla luce dei problemi posti dal lavoro clinico

con i *migranti forzati*, considerata la loro doppia costituzione di *migranti* e di *gruppi forzati alla fuga*. In altre parole, le discipline psicologico-psichiatriche devono rispondere alla necessità di prendere in esame la funzione della dimensione culturale in salute mentale (Devereux, 2007; Inglese, 2005; Nathan, 1995) incrociandola con la peculiarità delle condizioni *psicotraumatiche* causate da *violenze intenzionali* (Nathan e Zajde, 2012; Sironi, 1999, 2007).

Tali problematiche determinano le modalità dell'alleanza operativa fra gli attori effettivi dei progetti di accoglienza e i Dipartimenti di Salute Mentale, condizionati dai rispettivi vincoli organizzativi e funzionali. I progetti di accoglienza vengono spesso realizzati da operatori scarsamente professionalizzati sulla salute mentale, sulla riabilitazione psicosociale e psichiatrica. Essi sono inoltre caratterizzati da modalità e finalità di lavoro focalizzate sulla logica giuridica, oltre che sociale e, pertanto, devono agire in modo complementare insieme agli esperti in psicopatologia. Perché ciò si realizzi, occorrono opportuni aggiustamenti organizzativi e funzionali nei Dipartimenti di Salute Mentale.

Sul piano politico, inoltre, è opportuno che i Piani Sanitari Regionali individuino la salute mentale delle popolazioni rifugiate e richiedenti asilo come un obiettivo concreto del servizio pubblico. Le Aziende Sanitarie e i Dipartimenti di Salute Mentale devono rivolgere la loro attenzione verso questa fascia di popolazione e sulle condizioni che potrebbero favorire un'effettiva connessione con i progetti di accoglienza: bisognerebbe affiancare il lavoro clinico con rifugiati e richiedenti asilo agli interventi sulle strutture di accoglienza attraverso consulenze sui singoli casi e sul gruppo di persone accolte nel loro insieme. Le professioni cliniche, infine, devono maturare l'interesse per il lavoro con le *vittime di violenza politica* in quanto problema "straordinario" di salute pubblica, in modo da creare nuove e necessarie capacità professionali.

A questo riguardo, le riflessioni teoriche e metodologiche di derivazione etnopsichiatrica appaiono quanto mai feconde, considerando che recenti indagini qualitative su scala europea testimoniano le difficoltà a condurre in modo corretto ed efficace il processo diagnostico o ad instaurare una relazione clinica fiduciaria, consapevole e consensuale, in grado di indirizzare il processo terapeutico verso un esito felice (Sandhu et al., 2013).

Nell'ambito del sistema di accoglienza complessivo, i progetti dedicati a richiedenti asilo e rifugiati con problemi di salute mentale possono mettere a disposizione risorse in grado di approntare risposte di cura maggiormente calibrate sulla dimensione *culturale* e su quella *geopolitica*. Tuttavia, presentano il limite della temporaneità – propria dei *finanziamenti a progetto* – costringendo ad uno stato di precarietà gli interventi messi in atto e le esperienze accumulate. I servizi pubblici di salute mentale, al contrario, garantiscono la continuità del loro intervento, ma propendono per un universalismo metodologico che non prende in considerazione le differenze in gioco nella presa in carico dei migranti forzati. La sfida, allora, consiste proprio nell'individuazione di formule di collaborazione che permettano di massimizzare i rispettivi punti di forza e minimizzare quelli di debolezza.

Dalla Riforma Psichiatrica alla contemporaneità globale

La rivoluzione psichiatrica italiana è stata agevolata e finanche resa possibile dalle innovazioni psicofarmacologiche degli anni '50. Sul piano concettuale e politico, deve tuttavia la sua possibilità di realizzazione a quell'insieme variegato di azioni e riflessioni teoriche che hanno criticato, oltre che minato, l'assetto istituzionale dell'ospedale psichiatrico, innescando il processo tecnico e giuridico, sociale e culturale, il cui prodotto eccellente è stata la riforma dell'assistenza psichiatrica promulgata nel 1978. In tal modo si è compiuto un ulteriore passo per sottrarre le persone in stato di sofferenza psichica al dominio giuridico strutturato per la tutela dell'ordine pubblico, direttamente gestito dagli organi di governo e polizia.

La stagione riformistica ha inoltre tentato di emancipare quelle stesse persone dal potere psichiatrico che agiva in funzione e a favore delle strategie di controllo sociale. Sebbene questo secondo passo sia sempre più esposto a poco meditate proposte di revoca, il percorso storico disegna una traiettoria progressiva di allargamento dei diritti delle persone con problematiche di salute mentale. Le politiche di revoca sono contrastate dalla critica della conoscenza scientifica in quanto elemento su cui si basa il potere psichiatrico (Foucault, 2003).

In questa direzione si muovono i contributi metodologici ed epistemologici dell'etnopsichiatria insieme a quelli di alcuni filoni della filosofia della scienza,

orientati al ripensamento del ruolo ed alla ricollocazione dei fruitori delle discipline psicologico-psichiatriche.

La riflessione e la prassi critiche della psichiatria antiistituzionale e riformata sono andate nel senso di una battaglia per il riconoscimento di una parte oppressa e discriminata della popolazione. Il riconoscimento è stato attuato attraverso una serie di azioni orientate in senso giuridico, sociale e comunitario, ed è stato accompagnato da una riflessione autocritica delle stesse discipline psicologico-psichiatriche sul loro ruolo nella società, sulle conoscenze maturate e sugli strumenti utilizzati. Le azioni hanno cercato di allargare lo spazio dei diritti e di potere delle persone con problemi di salute mentale limitando quello di reclusione ed esclusione, insieme al potere di ricovero coatto in quanto atto di privazione della libertà individuale, rifiutando pratiche psichiatriche repressive e coartanti, promuovendo forme di sostegno all'autonomia economica (es., attraverso forme di lavoro cooperativo) ed alloggiativa, costruendo nuovi luoghi di interazione (sociale o terapeutico-riabilitativa) capaci di innescare fra i soggetti interessati (utenti, famiglie, curanti, società civile) forme inclusive di relazione (comunità terapeutiche, gruppi di auto-aiuto, associazionismo e *class actions*).

Parallelamente, procedeva una critica globale della psichiatria che ne metteva in evidenza la funzione e le metodologie repressive. Essa stigmatizzava la violenza intollerabile di alcune tecniche cliniche inflitte al malato nei luoghi stessi della cura mentre elaborava, al tempo stesso, alternative operatorie capaci di restituirgli parola e libertà di azione nel contesto socioassistenziale. Queste ultime prevedevano l'adozione di una prospettiva psicoterapeutica (individuale o gruppale) nel lavoro istituzionale per ispirare la cura a teorie psicologiche e modalità relazionali più umane, meno coercitive e maggiormente contrattualistiche. Grazie alla Riforma del 1978 (Legge 180 e 833), l'Italia viene vista come il "paese di Basaglia" e il mondo intero ammira l'impresa collettiva in favore di un inedito modello di salute mentale (Babini, 2009).

È possibile, tuttavia, indicare un altro tipo di connessione fra le vicende della psichiatria italiana e il contesto globale in cui essa ha giocato un ruolo di avanguardia nei confronti dei sistemi assistenziali pubblici dell'Occidente. L'evento riformistico, emergente a livello *locale* (Italia) ha avuto risonanza *globale*, alimentando il dibattito politico e la riflessione tecnico-scientifica internazionali, contribuendo ad una

sintonizzazione planetaria delle strategie di riforma della psichiatria o della sua critica disciplinare. Viceversa, il termine *globalizzazione* possiede anche una *vettorialità centripeta* lungo la quale assetti e processi geopolitici globali influenzano sempre gli eventi locali.

Questa evidenza su vasta scala rivela l'articolazione più fine e interstiziale di una *mondializzazione a geometria variabile*, produttrice di esiti eterogenei, imprevedibili e indesiderati. La demolizione del Muro di Berlino chiude l'epoca bipolare e viene ingenuamente esibita come il simbolo festoso della nuova globalizzazione dispiegata. Ciò che accade subito dopo, però, non appare come una più evoluta e pacifica unità cosmopolitica del pianeta. Al suo posto si afferma un processo di frammentazione generalizzata (caotizzazione) che innesca una *desincronizzazione* ed una divergenza degli assetti politici, ideologici, giuridici delle diverse regioni geopolitiche (Colombo, 2010). Il mondo si è ritrovato disunito, disarticolato lungo linee geopolitiche che definiscono aree regionali con interessi e conflitti specifici, alimentati da logiche di sovranità e di imperio che spesso sconfinano nella violenza.

I processi di emancipazione rimangono conchiusi all'interno di confini regionali e sono contraddistinti da finalità e linguaggi circoscritti che non producono alleanze generali. Si assiste alla potenza diffusiva di alcuni processi rivoluzionari che, sovvertendo i regimi stabilizzati dall'epoca bipolare, desiderano conquistare interi popoli alla democrazia occidentale ma rimangono immediatamente dopo interdetti rispetto alle alleanze da stipulare. Nella fase della sollevazione si apprezza la partecipazione entusiastica al processo di liberazione popolare da sistemi oppressivi, ma questi stessi processi vengono infine catturati da logiche politiche, interessi e cosmovisioni che ambiscono all'egemonia e pretendono non tanto una condivisione ideale quanto, piuttosto, una conversione ideologica o, finanche, una sottomissione a trasformazioni autoritarie inclinate verso ulteriori forme di totalitarismo (Inglese, 1997, 2008; Khosrokhavar, 2003; Mejri e Hagi, 2013).

Sebbene gli stati possano sempre decidere di appoggiare una parte o l'altra ingaggiate in quei conflitti, sulla base di convenienze strategiche politico-economiche oppure di principi giuridici e ideali, le popolazioni difficilmente troveranno in quei conflitti quadri di riferimento politici e culturali condivisibili o convenienti. È anche in questo senso che l'attuale fase della globalizzazione sembra caratterizzata dalla disunità.

Ad esempio, a causa di vari eventi biografici e storico-politici, un giovane hazara dell'Afghanistan può essere riconosciuto come rifugiato in Europa dopo aver abbandonato il proprio paese esclusivamente per ragioni politico-culturali “neutre” (ricerca di lavoro in Iran). Quando infine ottiene protezione internazionale da parte di uno stato europeo, in ragione della situazione di guerra ed oppressione nel paese di origine, il suo trasferimento all'estero viene sanzionato dagli anziani della famiglia come cedimento alla corruzione morale esercitata dall'Occidente (la libertà lo indurrebbe a consumi illeciti: alcol, musica...). Di fatto, una divergenza familiare rispetto alle prese di posizione politiche di un proprio membro può essere considerata un'evenienza tipica: o perché quelle posizioni mettono a rischio le relazioni di parentela o perché esse divergono da quelle degli altri suoi componenti. In questo caso, emerge l'ascrizione del gesto individuale a quadri di riferimento diversi: religioso in un caso e politico nell'altro. Questa diversa ascrizione alimenta una disunità immediatamente visibile dalla prospettiva del contesto originario, in cui la distinzione tra sfera politica e religiosa non ha lo stesso significato di quella esistente nel contesto adottivo.

Quando i nostri servizi di salute affrontano questi esempi di disunità contemporanea vengono meno i loro valori costituzionali, elaborati a partire dalle distinzioni vigenti in un mondo *bipolare* e, ancor più, *manicheo* (demarcazioni antagonistiche tra mondi liberi e oppressi; autonomi e subalterni; avanzati e arretrati; *caldi* e *freddi*) che sembrano non aver corso nella dimensione storica dominata dal *molteplice* e dal *pluriverso*, irriducibili ad un'unità comprensibile e condivisa. In tale presente, inoltre, i conflitti non scaturiscono da *coppie* di blocchi sociali, valori etici, elementi etnici puri, tutti in contrasto tra loro. Tali blocchi, valori, ed elementi non sono più coerenti con la corrispondente matrice sociologica e ideologica originaria in quanto essi si sono scambiati e contaminati vicendevolmente, divergendo dal loro originario momento costituente.

Entro uno scenario siffatto l'offerta di un'ideale ed emancipatrice “terapia della libertà” – di ascendenza basagliana – viene proposta a gruppi sociali che non provengono dalla stessa formazione ideologica, per cui non riescono immediatamente a concepirla quale strumento di partecipazione attiva al *Progresso ecumenico dell'Umanità*. In effetti, la *fine* della *contrapposizione bipolare* e il *principio* di un'*era multicentrica* richiedono un ripensamento generale del modo in cui il binomio

liberazione-progresso agisce sulle molteplici configurazioni geopolitiche attualizzate dal movimento inarrestabile della mondializzazione. Non solo, esiste un effettivo rischio storico che le prospettive stesse delle dinamiche di liberazione possano sconfinare nell'ineffettualità o addirittura commutarsi in esiti tragicamente regressivi: regimi di oppressione instaurati al culmine della potenza espansiva del carisma affabulatorio incarnato da personalità messianiche e trasmesso da ideologie assolutiste.

In questo complesso scenario, i modelli teorici e tecnici adottati appaiono insufficienti rispetto ai compiti di cura imposti da una situazione generale lontana da ogni auspicabile equilibrio. Tale impotenza affligge tanto i modelli psicopatologici "sovrani" dell'Occidente (impostazioni biomediche e biopsicosociali) quanto quelli complementari di ispirazione transculturale che si lasciano attrarre nel campo di influenza del neopositivismo neuroscientifico.

Se si analizza la Riforma psichiatrica italiana da un punto di vista geopolitico, si osserva che essa è caratterizzata da un'alleanza tra gli operatori di salute e la variegata, oltre che numerosa, popolazione dei folli. Tale alleanza si è iscritta nel conflitto sociale ancora attivo alla fine del Novecento: epoca in cui la "follia" (piuttosto che la malattia mentale) viene fatta derivare direttamente o indirettamente dalle condizioni di vita materiali nell'ambito delle società capitalistiche. Tale concezione promuove una critica dei dispositivi istituzionali di controllo della follia, eretti a scopo autodifensivo da parte di una *maggioranza deviante*, assumendo il punto di vista e partendo dalla condizione concreta del folle (privo di diritti, senza nome né biografia perché coartato nella gabbia asilare). L'interprete principale dell'esercizio critico è stata la leva psichiatrica progressista dell'istituzione asilare, collocata all'estremo "socialista" del campo bipolare mondiale. Essa si è sentita investita di una delega etica e politica da parte del popolo degli esclusi (i folli) insieme ai quali sperimentava il regime della segregazione seppure dal lato opposto delle inferriate manicomiali (Basaglia e Basaglia Ongaro, 1975).

La contestazione dell'istituzione totale si è poi proiettata nel campo aperto della vita sociale e l'azione di cura (a valle) è stata indirizzata (a monte) verso l'eliminazione (o, più realisticamente, verso la riduzione) dei fattori psicopatogeni generali e specifici: svantaggio economico, disuguaglianza sociale, vulnerabilità somatica, sanzione

morale, marchio ontologico (stigma). È stata proposta ai folli una forma specifica di alleanza terapeutica, non fondata soltanto su una presunta competenza nella gestione tecnica della malattia, ma preconizzando una convergenza verso un progetto generale di salute mentale (culturale, politico e sociale) riguardante l'intera società, a cui bisognava conquistare ogni ceto e ordine istituzionale (lavoro, giurisprudenza, istruzione).

Etnopsichiatria dei popoli in fuga

Questa dinamica riformatrice, inaugurata all'epoca del bipolarismo, incrocia fatalmente le migrazioni delle popolazioni straniere nel tempo della globalizzazione e ci consegna una situazione dei servizi pubblici di salute mentale caratterizzata da una crisi dell'assetto universalistico del diritto costituzionale alla salute (esito evidente dello sfaldamento dello Stato sociale) e da quella della proposta di un'alleanza universalistica (conseguenza diretta della *disunità* post-bipolare del mondo globalizzato). L'etnopsichiatria nathaniana si è sviluppata lungo questa faglia di crisi, ingaggiando una revisione critica delle pratiche cliniche, finanche riformate, che orbitano intorno all'ipostatizzazione di un *soggetto universale* agente in un *mondo dalla natura uniforme* (ad una dimensione: *universo*). La critica si è appuntata sul riconoscimento condizionato di questo stesso ente intenzionale. La prima condizione essendo il suo mostrarsi desideroso di stipulare un'alleanza terapeutica a due soli termini (medico-paziente) e la seconda la sua disponibilità ad accordarsi ed allearsi contro un solo e formidabile avversario comune – il male sotto forma di malattia – esistente in un luogo interno al paziente dove avrebbe la *sostanza dura* della biologia (Kraepelin) o quella altamente *volatile* della psicologia (Freud) (Inglese, 2011; Nathan e Stengers, 1996; Nathan, 1996).

L'analisi nathaniana, aperta alla pluralità e alla diversità strutturale dei mondi (umani e non umani) oltre che fieramente contestatrice dell'egemonia ideologica occidentale esercitata dal vertice di un soggetto universale, spiega perché la riflessione antropologica ed etnopsichiatrica di Ernesto de Martino non abbia giocato alcun ruolo nella costruzione della psichiatria riformata italiana. Il progetto demartiniano di propugnare per via scientifica un riscatto culturale dei mondi subalterni collideva con

le visioni dominanti e antagoniste che vincolavano quello stesso riscatto alla sovranità dell'ideal-tipo universalista.

Il fastidio di “sinistra” e di “destra” verso l'etnopsichiatria di Nathan, finanche avverso al sostegno epistemologico ad essa offerto da ricercatori radicali, quali Isabelle Stengers e Bruno Latour, deriva dal fatto che questa metodologia critica si oppone creativamente alle teorie della cura elaborate nell'epoca bipolare. A differenza di queste ultime essa preconizza una nuova alleanza terapeutica fondata sull'irriducibilità contestativa dei mondi dalle molteplici nature e a più dimensioni – *pluriverso* – disinteressati alla conquista dell'egemonia assoluta (Zorzetto, 2010). Essa è stata formulata in un'epoca storica ormai anteriore, quando i flussi migratori favorivano il movimento di popolazioni africane nella cui memoria storica e corpo collettivo l'oppressione del colonialismo europeo aveva scavato pozzi di sofferenza senza fondo. A distanza di anni è comunque opportuno ripensarla nell'ambito di relazioni geopolitiche e flussi migratori che trasferiscono in Italia patrimoni storico-culturali viventi ancora più complessi e meno conosciuti.

A nostro avviso, oggi, le caratteristiche geopolitiche rilevanti per la tutela della salute mentale sono costituite da:

- frammentazione degli interessi, non più ricomposti da una visione generale del mondo;
- frammentazione del coinvolgimento e dell'aggregazione attorno a simili interessi, con riduzione della possibilità di convergenze fra interessi diversi;
- convergenza su un interesse specifico di un aggregato di persone che invece diverge su altri piani (es., assetto politico, concezioni ideologiche, pratiche culturali);
- astenia generale dei soggetti politici e delle configurazioni ideologiche di fronte alla gestione economicista e burocratica dei servizi pubblici e privati;
- disallineamento tra l'antropologia della cura proposta dai servizi rispetto alle visioni ideologiche e alle concezioni culturali dell'utente straniero (individuo, gruppo, comunità);

necessità di una funzione di *mediazione diplomatica* con i pazienti, i loro familiari ed il generale contesto sociale, rispetto alla molteplicità di antropologie della cura a cui essi si riferiscono.

I servizi pubblici di salute mentale operano attualmente in un contesto generale che oscilla fra *frammentarietà* (versante negativo) e *molteplicità* (versante positivo). Nell'epoca bipolare il paesaggio sociale e culturale non era affatto uniforme, ma la molteplicità trovava una sua peculiare ricomposizione nelle grandi contrapposizioni ideologiche, sia rispetto alla lettura teorica del reale che rispetto alle alleanze fra individui e gruppi. Venuta meno questa possibilità unificante, la molteplicità rischia di trasformarsi in una *frammentarietà metastatica* che richiede un lavoro diffuso allo scopo di realizzare ricomposizioni puntuali; ad esempio, relativamente alle alleanze stipulabili con i diversi gruppi di popolazione che interrogano i servizi di salute mentale (migranti economici, rifugiati, prime, seconde e terze generazioni...).

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2011) *Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali. Conoscere e applicare le linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale*, Parma, Fondo Europeo per i Rifugiati.

Babini, V.P. (2009) *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino.

Basaglia, F., Basaglia Onagro, F. (1975). (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi.

Cardamone, G., Zorzetto, S. (2000). *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Milano, Franco Angeli.

Cardamone, G., Zorzetto S. (2012). Per una deistituzionalizzazione dell'accoglienza ai migranti. In: Geraci S., Russo M.L., Affronti M. (a cura di), *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Bologna, Edizioni Pendragon, 2012, pp.121-124.

Ciardi, A., Hagi, A., Matteini, M., et al. (2012) Depressione post-partum: una review in prospettiva transculturale. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici – Rivista Online di Psichiatria*, 6, 20 dicembre.

Colombo, A. (2010) *La disunità del mondo. Dopo il secolo globale*, Milano: Feltrinelli.

Devereux, G. (2007 [1973]). *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Editore Armando.

Devereux, G. (2000 [1967]). La rinuncia all'identità: difesa contro l'annientamento (prima parte). *I Fogli di Oriss*, 13/14, pp.185-208.

Devereux, G. (2001 [1967]). La rinuncia all'identità: difesa contro l'annientamento (seconda parte). *I Fogli di Oriss*, 15/16, pp.163-186.

Farotti, S., Olivieri, M.S. (2011). La salute mentale dei rifugiati: un nuovo disegno per l'accoglienza. In: *Quaderni del Servizio Centrale*, Roma.

Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil.

Foucault, M. (1998). *“Bisogna difendere la società”*, Milano, Feltrinelli.

Good, B.J. (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità.

Inglese, S. (1997). About creolizing world. *I fogli di Oriss*, 7/8, pp. 139-148.

Inglese, S. (2005). A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti. In: Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O., *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 61-163.

Inglese, S. (2008). Anche Hitler accarezzava i bambini: lineamenti paranoicali del terrorismo totalitario. In: Callieri B. e Maci C. (a cura di), *Paranoia. Passione e ragione*, Roma, Anicia, pp. 389-428.

Inglese, S. (2011). 4 Way Street: le matrici epocali dell'etnopsichiatria. *Il vaso di Pandora*, 4, pp. 13-43.

Inglese, S., Cardamone, G. (2010) *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.

Inglese, S., Zorzetto, S., Cardamone, G., Mastamho (2010). Psicopatologia transculturale dei disturbi dell'umore. In: Inglese S., Cardamone G., op. cit., pp. 185-202.

Khosrokhavar, F. (2003), *Les nouveaux martyrs d'Allah*, Paris, Flammarion.

Malkki, L.H. (1995). Refugees and exile: from “refugee studies” to the National order of things. *Annual Review of Anthropology*, 24, pp. 496-523.

Mejri, O., Hagi, A. (2013). *La rivolta dei dittatoriati*, Messina, Mesogea.

Nathan, T. (1995). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.

Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri.

Nathan, T., Zajde, N. (2012). *Psychothérapie démocratique*, Paris, Odile Jacob.

Nathan, T., Lewertowski, C. (1998). *Soigner: le virus e le fétiche*, Paris, Odile Jacob.

- Nathan, T., Stengers, I., *Medici e stregoni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
- Quaranta, I. (a cura di). (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I., Ricca M. (2012) *Malati fuori luogo*, Milano, Raffaello Cortina.
- Sandhu, S., Bjerre, N.V., Dauvrin, M., et al. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 48, pp. 105–116.
- Sciurba, A. (2009). *Campi di forza. Percorsi confinanti di migranti in Europa*, Verona, Ombre Corte.
- Servizio Centrale (2010). L'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale con disagio mentale, in *Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale*, Roma, Aggiornamento agosto 2010.
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives. Essai de psychologie géopolitique clinique*, Paris, Odile-Jacob.
- Van Aken, M. (a cura di) (2008). *Rifugio Milano. Vie di fuga e vita quotidiana dei richiedenti asilo*, Roma, Carta Edizioni.
- Zorzetto, S. (2010). Dalla continuità disciplinare alle discontinuità etnologiche. La comparazione fra culture in un'ottica etnopsichiatrica. *Archivio di Etnografia – speciale Etnopsichiatria*, V, 1-2, pp. 39-60.
- Zorzetto, S., Cardamone G. (2012). Salute mentale di comunità. Osservazioni etnopsichiatriche. In: Cozzi D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia, Morlacchi Editore, pp. 225-238.