



CORSO DI ALTA FORMAZIONE

**LA PASSIONE DI CRESCERE
SOGGETTIVITÀ IN MOVIMENTO TRA
CULTURE, GRUPPI E COMUNITÀ**
Il viaggio ininterrotto della soggettività

LUCIANA BIANCHERA



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Città della Luna
cominciamo dai bambini

Prometeo
COOPERATIVA SOCIALE

La passione di crescere
Soggettività in movimento tra culture, gruppi e comunità
Il viaggio ininterrotto della soggettività

Luciana Bianchera

Iniziamo questa relazione, alla fine di un complesso e ricco percorso di formazione inserito nel progetto Riannodare i fili della vita, onorando un'autrice, la psicoanalista Arminda Aberasturi, che durante la sua vita ha dedicato cura, ricerca ed intuizioni profonde alla "passione di crescere, ponendo particolare attenzione alle questioni del corpo, del linguaggio come strumenti e soggetti della crescita, della prevenzione e costruzione della salute a partire dai gesti della vita quotidiana, delle condizioni di sicurezza e giustizia sociale, in situazioni di povertà, emarginazione o migrazione.

Per la Aberasturi, alterità, condizione di minoranza etnica, malattia fisica, già si ponevano come elementi in gioco nel processo di costruzione della identità implicate nel flusso di riconoscimento, materia impalpabile che attraversa le esistenze come presenza o assenza, come supporto o grave ferita, come sostanza che predispone ad un certo sguardo nel mondo.

Lo stesso Hegel affermava che senza riconoscimento si resta senza diritto alla identità e alla vita. Togliere il riconoscimento significa dire ad un bambino o adolescente " tu non sei mio figlio, non hai diritto ad una storia, non sei parte di questa comunità".

La carenza o corrosione del riconoscimento producono altresì un danno sulle domande che un soggetto può farsi in modo riflessivo: chi sono, di chi sono e cosa faccio in questo luogo del mondo? Da dove vengo' quale terra e compito mi ha mandato qui?

Con altri autori parleremmo della esperienza dello s-radimento, dell'essere senza appartenenza di supporto, destinati a coltivare una " doppia assenza " irreparabile, come sostiene Sayed o di "crisi della presenza" come avrebbe detto Ernesto de Martino, nei suoi studi sulla emigrazione italiana.

Immetto molto rapidamente, forse troppo, questi concetti per evocare almeno in parte l'atmosfera e i temi trattati nella prima parte formativa del progetto Riannodare i fili della vita e me ne allontano parzialmente nel tentativo di convocare stamattina anche nuovi pensieri.

Oggi parleremo di identità come frutto di un viaggio, o una serie di viaggi, metaforici e reali, in cui affrontiamo interazioni cosce con potenti aspetti inconsci, interazioni attraversate dalla storia, dalla memoria, dai racconti delle nostre famiglie, dagli spostamenti geografici, dai paesaggi e le architetture, dalle case abitate, oggetti toccati, dalle trasmissioni familiari e comunitarie, avvenimenti che riguardano gli Avi, dalle opportunità ed i traumi che feriscono ma integrano le nostre traiettorie.

Ci porremo da una prospettiva dalla quale i temi che affronteremo abbiano un valore ed un senso per i bambini, ragazzi e famiglie di cui ci si occupa ma li possiamo pensare anche per noi, per le nostre équipes ed istituzioni, per i legami che si dipanano dalle migrazioni e all'accoglienza, negli incontri con le culture e le persone che "fanno concretamente le ore della nostra vita".

C'è una strofa di una silloge di Pedro Salinas che mi pare accenni con potenza a certi nostri incontri professionali e umani:

“ ti ho conosciuto nella tempesta, ti ho conosciuto improvviso, in quello squarcio brutale di tenebra e luce, dove si rivela il fondo che sfugge al giorno e alla notte” (*La voce a te dovuta*, P. Salinas).

Certi nostri incontri, lo sentiremo bene nell'avanzare delle relazioni stamattina, appaiono così: un lampo, sono silenzi e parole da cui traspare un'esistenza in viaggio tra salvezza e rischio di perdizione.

Da qui proveremo a tessere un discorso in cui, con umiltà e senso della complessità, presenteremo pensieri ed esperienze nel campo della etno-clinica, da una attitudine alla “epistemologia convergente”, in cui appaiono saperi e affetti connessi e dialogici, per quanto possibile consapevoli dei nostri etno-centrismi ma incuriositi da culture, leggende, mitologie e cosmologie, come già ci suggerivano, negli anni 90 Bocchi e Ceruti in *Origini di storie*.

Il racconto che ne potrebbe derivare avrebbe la forza di appassionarci all'idea del crescere e abitare un mondo intessuto di meraviglia, possibile solo se sapessimo curare, configurare e mantenere punti di stabilità, ancoraggi di sicurezza articolati con trasformazioni linguistiche e relazionali.

Questo potrebbe sostenere generatività e vitalità anche nel mondo sfidante, incline alla guerra e alla servitù volontaria (Etienne de la Boitié), al protrarsi della schiavitù e allo sfruttamento.

Per continuare a vedere l'identità come un viaggio, potremmo servirci di uno dei moltissimi termini con cui nella Grecia antica si denominava il mare: Pontes.

Pontes, il mare di partenza e la meta a cui siamo destinati o scegliamo di raggiungere, il mare che prevede le soste, le deviazioni, gli approdi temporanei ed imprevisti.

Il mare che collega i punti del nostro viaggiare-vivere, che introduce alla esperienza intersoggettiva e interculturale in cui spazio e tempo sono gli organizzatori della narrazione come pratica di soggettività.

Ma Pontes significa anche ponte, struttura di separazione e collegamento, allude dunque al concetto di lingua.

E in questo mare di esperienza che passa davanti ai nostri occhi e nelle nostre menti condividiamo narrazioni che talvolta si interrompono per ostacoli linguistici, epistemologici, giuridici, per mancanza di tutti i supporti della mediazione così preziosi ed imprescindibili.

Queste narrazioni sono allora dense della “confusione delle lingue” di cui Sandor Ferenczi ci ha parlato nei suoi scritti trepidanti di vita ed emozione, di viaggi e sofferenza fisica.

Per lui la confusione delle lingue è la duplice referenza di senso presente nel linguaggio: erotizzato e alludente alla sessualità, quello dell'adulto che, quando impropriamente utilizzato con bambini porta con sé un carico di implicazioni seduttive rischiose e talvolta conclamanti nell'abuso.

Confusione delle lingue non tanto dunque come potremmo approfondire nel magnifico testo *La Babele dell'inconscio*, di Amati Mehler, Argentieri e Canestrari ma come possibilità reale che intorno al corpo dell'infanzia si addensino pericoli, intenzioni, traumi che comprometterebbero l'esperienza della crescita, il discorso del soggetto e dei suoi legami, provocando quelle interruzioni che noi conosciamo come effetti del trauma.

Come leggere allora la confusione delle lingue in una scena dominata da molteplici culture, distinti ed intrecciati valori, rappresentazioni dell'amore e dell'educare in cui ripetizioni involontarie di

traumi, trasmissioni transgenerazionali di lutto ed umiliazione possono, nel tempo, esserci incapsulate in una Cripta, per riprendere il concetto di Abraham e Torok, nel loro testo *La scorza e il nocciolo*.

Si delinea un compito per Servizi ed Istituzioni veramente importante, un lavoro per trasformare conflittualità bloccate ed incistate, di nuovo esplose in guerre, per rimettere a tema la funzione degli adulti e delle istituzioni in un'epoca in cui, ancora una volta, i padri mandano a morte i loro figli, attraverso guerre e stermini, come già aveva affermato Luigi Pagliarani.

Qui ci viene in soccorso, è proprio il caso di dirlo, Tobie Nathan, che configura la clinica necessaria come Clinica dell'Ospitalità, a partire dal suo testo non siamo soli al mondo: "è un imperativo nella produzione di cura e conoscenza, quello di non appropriarsi di idee di universalità, di non approfittare della vulnerabilità dell'altro per convertirlo alla nostra religione disciplinare, culturale o valoriale." Questo rappresenterebbe a breve il nostro stesso vulnus.

Nella clinica dell'ospitalità o come cominciamo a declinare con un caro amico e collega spagnolo Antonio Tari, nella clinica dell'intimità, avranno accesso anche Spiriti, antenati, forze mistiche, ritmi e musica. Troveranno accoglienza gli Invisibili, che strutturano il tessuto identitario delle nostre biografie e di quelle dei nostri interlocutori.

Allora Umani e Non umani, vivi e morti, accederanno alla soglia della nostra accettazione e comprensione, soggetti attivi o silenti nei colloqui, tramiti tra geografie e tempi lontani ma presenti, riannodati nella speranza di sostenere il senso del viaggio, delle lontananze, delle pause.

Gli Invisibili potrebbero esserci così amici che, dopo aver trasformato il Perturbante, oggetto di studio in Freud, potrebbero soffiarcì all'orecchio una intuizione, un insight, una emozione che si era in noi congelata, così da poterla offrire allo straniero come spazio confortevole di sosta.

Da lì un viaggio interrotto e spezzato dal dolore potrebbe ripartire, da lì potremmo scorgere più facilmente la presenza di invii che provengono da così lontano.

Nella clinica dell'ospitalità e della intimità si tratta di de-qualunquificare l'altro nel processo di accoglienza, pedagogico, medico, direbbe di nuovo T. Nathan. La risultante di questo processo incuriosito avvolge chi lo pratica, restituisce processi di umanizzazione e di identità e come ci suggerivano già Guattari e Deleuze, mantiene in vita percorsi istituenti nelle organizzazioni, nei servizi, nei nostri legami e scambi di pensiero, così compromessi dal lavoro che abbiamo scelto di fare.

Nel pensare ad oggi e ad altri momenti di ricerca in ambito etno-clinico, mi ritrovo ostinatamente a cercare concetti del mio schema di riferimento, la psicanalisi gruppale, che contengano in nuce suggestioni in dialogo con punti cardine di altre culture.

Alcuni materiali stanno aparendo ma oggi con voi in particolare riprendo un concetto da Sandor Ferenczi, che approfondendo la questione del trauma come esperienza di passaggio anche verso la creatività, parla di Orpha. Si tratta di una intuizione che io trovo straordinariamente "transculturale".

Per Ferenczi, Orpha è uno stato psichico che lui comincia a tratteggiare nel trattamento di una donna, Elizabeth Severn, straordinaria artista, sofferente a causa di traumi che si svilupperanno in lei con connotazioni drammatiche.

Ferenczi osserva attraverso Elizabeth i potenti processi dissociativi che hanno permesso alla donna la creazione di uno spazio psichico “ esterno “ , per certi versi dissociato ma in grado di garantirle la sopportazione e la elaborazione del dolore.

Lì, Ferenczi comincerà ad osservare nella donna la comparsa di allucinazioni del tutto particolari, una specie di Angelo Custode, una luce, talvolta una voce avvertita come una sorta di incoraggiamento e sostegno, protezione e benessere temporanei, necessari per avanzare nella esplorazione del lavoro clinico.

Nel tempo Ferenczi osserverà che i pazienti che vivranno l’esperienza di Orpha potranno sviluppare potenziali di cura di tipo taumaturgico.

Come non pensare qui, allora, alle pratiche di preparazione di curanderos di differenti luoghi del mondo, di tutti quei native doctors che implicano la propria esistenza alla cura dell’altro attraverso durissime pratiche in cui sopportano situazioni limite, stati alterati di coscienza, l’accesso a dimensioni cosmologiche ampliate, in cui il mondo vegetale e quello animale costituiscono altrettanti soggetti della cura.

Orpha dunque come ulteriore capacità di trasformazione, di attraversamento di situazioni estreme, simile per caratteristiche intrinseca ad opere di possessione.

Un angelo custode che utilizza le forze rimaste, fisiche e psichiche, in modo più ampio di come noi sapremmo fare nella nostra vita ordinaria, forze fatte di frammenti della personalità, dello psichismo e nutrite da aspetti di autoconservazione.

Il cinema e la letteratura si spingono in più occasioni nel tentativo di catturare Orpha.

Penso a Rafael Iglesias , che in seguito ad un gravissimo incidente automobilistico da cui esce salvo, trova il suo modo di raccontare la propria esperienza di superstite. Grazie ad una ricerca che attiva sui vissuti psichici dei sopravvissuti a disastri aerei fatti di coraggio che pare essere molto frequente, di altruismo che sembra attivarsi nelle situazioni limite, scriverà “Fearless”, romanzo per noi estremamente interessante.

Il personaggio Max, nel film interpretato da Jeff Bridges, nel momento culminante del disastro aereo vedrà una luce potente baluginare fuori dall’oblò e da quel momento avrà cura dei viaggiatori terrorizzati, in uno stato completamente pacificato e potenziato.

Da lì nessuna paura ma un potente sentimento di essere vivo e morto contemporaneamente..

Potremmo raccontare qualcosa di speciale anche a proposito della vita di Cat Stevens, probabilmente egli stesso potrebbe aver attraversato l’Orpha, non abbiamo tutto questo tempo, oggi.

Negli studi di Ferenczi, dunque Thanatos ed Orpha ci aprono delle piste intriganti per il pensiero a cui si aggiunge ad un certo punto della sua ricerca Astra, che potremmo chiamare il trascendente, ovvero il punto in cui è possibile l’ingresso nella morte o il ritorno alla vita da parte di chi abbia rasentato, quasi toccato la morte.

Al cospetto della morte del corpo, con Astra Ferenczi spiega un momento particolare dell’essere che diventa consapevole di qualcosa di più grande di sé, un tutto, un essere terra mare e cielo, stelle. Una esperienza che potrebbe trasformare la drammatica della vita in dinamica, come direbbe José Bleger, una poetica del rivivere e del ri-amare.

Ritessere piccole quote di fiducia e speranza.

Thanatos, Orpha e Astra potrebbero essere punti di contatto con ciò che per altre culture noi chiamiamo possessione, riti di possessione e da qui possiamo gettare pontes culturali e costruire nuove forme di esperienza e comprensione.

Cremona, 28 febbraio 20234

Luciana Bianchera

VIAGGIO NELL'ETNOCLINICA

Esperienze di formazioni e sperimentazioni
nella cura dei contesti interculturali

A CURA DI LUCIANA BIANCHERA,
GIORGIO CAVICCHIOLI, RACHELE BERTELLI

Contributi di:

Alba Marina Ospina, Salvatore Inglese, Raffaele Bracalenti,
Michela Da Prato, Leonardo Montecchi, Simona Di Marco,
Giuseppe Cardamone

Gilgamesh  Edizioni

Ringraziamenti e speranze

*L'acqua che assaggio è calda
e salata
come il
mare,
e viene da un paese
lontanissimo
come la salute
(Sylvia Plath)*

Ancor prima di addentrarci nella scrittura, vogliamo esprimere immensa gratitudine per tutte le persone che hanno partecipato alla realizzazione di questo testo.

Ringraziamo i responsabili delle istituzioni partner di progetto che, sfidando un tempo duro ed inclemente attraversato dalla pandemia e da emergenze di ogni tipo, hanno investito su una idea che inizialmente poteva apparire fragile o delicata per la sensibilità del periodo in cui ci muoviamo.

Ringraziamo i formatori, i docenti, il nostro supervisore che con estrema generosità ci hanno accompagnato nella organizzazione ed espansione dei pensieri, degli studi e della Ricerca in corso.

Ringraziamo ancora tutti i partecipanti ai corsi, ai tavoli territoriali, alle persone che hanno accolto l'idea di co-costruire con noi la pratica delle attività sperimentali. A loro sappiamo di dovere moltissimo: senza questo contributo attivo e appassionato, il progetto non si sarebbe intessuto di affettività, fiducia, e cooperazione così come invece è stato.

Infine dedichiamo l'intero progetto e questo testo ai migranti ed agli stranieri con i quali abbiamo condiviso esperienze di sradicamento e ri-radimento, dolori e cenni di gioia, dai quali abbiamo appreso l'infinita umanità che viene portata attraverso viaggi da luoghi estremi, che si incontra nelle situazioni di marginalità e che attraverso i principi dell'Etnoclinica, rimette al centro la giustizia sociale.

In ognuno dei colloqui che abbiamo effettuato, dei gruppi che abbiamo condotto, delle culture con cui abbiamo conversato, abbiamo appreso qualcosa dell'Altro e di noi stessi in termini di riconoscimento, reciprocità, rispetto e responsabilità.

Siamo fiduciosi che, quanto abbiamo costruito potrà restare nel tempo non

solo attraverso i dispositivi sperimentali ideati ma grazie a rinnovate attitudini e disposizioni nei porci nelle comunità come soggetti aperti, dialoganti e colmi di curiosità per il Tempo che si presenta.

Per il Progetto

*Luciana Bianchera, Gianluca Ruberti, Giorgio Cavicchioli, Rachele Bertelli,
Elena Mattioli*

Indice

Presentazione del volume <i>Luciana Bianchera, Giorgio Cavicchioli, Rachele Bertelli</i>	11
Presentazione del Progetto FAMI “Ca.Re. Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili” <i>Andrea Caprini</i>	15
Il Progetto “Ca.Re.” <i>Mariangela Remondini</i>	17
Etnoclinica e lavoro di rete nei servizi di salute mentale che operano con i migranti <i>Piero Antonio Magnani</i>	23
Il passaporto del Progetto <i>Gianluca Ruberti</i>	27
Questioni di vita e di salute mentale comunitaria nelle società multiculturali <i>Raffaele Bracalenti</i>	37
Il programma di formazione del Progetto “Ca.Re.” <i>Giorgio Cavicchioli e Luciana Bianchera</i>	41
Dal seminario del 7 aprile 2021 <i>Salvatore Inglese</i>	47
Scritti dai percorsi di formazione <i>Luciana Bianchera, Giuseppe Cardamone, Giorgio Cavicchioli, Michela Da Prato, Simona Di Marco, Salvatore Inglese, Leonardo Montecchi, Alba Ospina Dominguez</i>	53

Un breve sguardo sulle attività sperimentali del Progetto <i>Luciana Bianchera</i>	119
Dagli incontri distrettuali di Mantova, Guidizzolo e Asola	123
Testimonianze	131
Voci dai territori	131
Conoscere per conoscersi	139
Conclusioni <i>Salvatore Inglese</i>	141
Bibliografia	151

Gli Autori

...
Ti regalo...non so.
Il necessario per sorridere
anche senza sapere perché.
Prendi...! Ti regalo, sì,
una arancia
una arancia andalusa
profumata di zagare
dove la mano del sole non è assurda.
Prendi! Questa arancia
universale, rotonda, insensata,
agrodolce e giovane.
Gioia della terra grata
Per i giorni di inverno
Per i giorni in cui si prosciuga la speranza
Per i giorni in cui ti svegli infreddolito.
(Carmen Yáñez)

Bianchera Luciana

Psicopedagogista, formatrice, supervisore. A Solco Mantova è responsabile scientifica Area formazione e coordinatrice dell'equipe etnoclinica del progetto Fami "Ca.Re.". Co-direttrice e docente al Corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione" – Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia. Docente al Corso di laurea in educatore sanitario – Facoltà di Medicina di Brescia

Cavicchioli Giorgio

Psicologo, psicoterapeuta psicoanalitico, formatore, supervisore. All'Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia è Direttore, docente e supervisore della Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica e co-direttore e docente al Corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione". Consulente e membro dell'equipe etnoclinica del progetto Fami "Ca.Re." presso Solco Mantova

Bertelli Rachele

Dottoressa in psicologia di comunità, si occupa di etnopsicologia e relazioni di fine vita; collaboratrice e membro dell'equipe etnoclinica del progetto Fami "Ca.Re." presso Solco Mantova

Inglese Salvatore

Psichiatra, etnopsichiatra, psicoterapeuta, fondatore e direttore scuola di specializzazione in psicoterapia – Centro Studi Sagara di Pisa. Responsabile Scientifico Progetto Fami "Ca.Re."

Bracalenti Raffaele

Medico e psicoterapeuta a indirizzo psicoanalitico, Presidente e socio fondatore dell'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali di Roma. Dal 2021 direttore editoriale di "DROMO. La Rivista per un terzo Pensiero"

Montecchi Leonardo

Psichiatra e psicoterapeuta, Direttore del Centro Studi e Ricerche "Jose Bleger" di Rimini

Da Prato Michela

Psicologa e psicoterapeuta sistemico relazionale, Centro di psicoterapia The-sis di Lucca

Di Marco Simona

Psichiatra, psicoterapeuta presso CSM – AUSL di Rimini

Ospina Dominguez Alba

Psicologa sociale, specializzata in Studi Interculturali presso l'Università di Padova, operatrice legale e psicosociale nei Centri di Accoglienza e Sprar di Mantova; membro dell'equipe etnoclinica del progetto Fami "Ca.Re."

Cardamone Giuseppe

Medico psichiatra e psicoterapeuta, Direttore UFC SMA Prato e Direttore Area Salute Mentale Adulti, DSMD Azienda USL Toscana Centro

Presentazione del volume

Questo testo, che a più mani abbiamo composto, risponde a precisi criteri scientifici e narrativi.

Dal punto di vista narrativo abbiamo, fin dal primo momento della attivazione del Progetto, sentito la necessità di mantenere in vita le vicende che sarebbero avvenute, gli incontri che avremmo potuto realizzare, l'evoluzione dei processi che avremmo messo in campo e la concatenazione tra loro.

Un progetto, nella nostra visione, è sempre per certi versi frutto di un grande lavoro che è stato già realizzato in precedenza, dopo che si siano state poste le condizioni per "sognare", fantasticare l'avvenire di una serie di fenomeni. Per certi versi progettare significa avere già accumulato pratiche, esperienze, materiali che sfocino nella desiderabilità di un nuovo agire, di un nuovo osare percorsi di trasformazione della realtà.

Un progetto arriva dopo un lungo lavoro su determinati compiti, sulla pratica di scavo sulle difficoltà a realizzarli, su come connettere le nostre attività con le domande delle persone che serviamo.

Così, Fami Care arriva dopo circa sette anni di esperienza di accoglienza di donne e uomini migranti, dopo aver sperimentato molteplici sfaccettature del migrare, aver costruito una équipe di studio e approfondimento intorno agli enigmi, ai misteri, alle tecniche che rendono plausibile l'accoglienza, analizzabile la sofferenza dei migranti e delle loro famiglie, feconda la fatica di tanti operatori impegnati nella ricerca di sé attraverso la cura dell'altro.

Ma arriva anche dopo aver vissuto intensi periodi di fascinazione antropologica, un vero, profondo, sostanziale interesse per un mondo interculturale, interdisciplinare, aperto, in cui sia possibile analizzare i fenomeni, avvicinarsi ad altre culture, indagare la nostra storia e metterla in gioco.

Non si può progettare senza conoscere ma si progetta anche per aumentare la conoscenza, per intessere legami, per stabilizzare delle metodologie ed analizzarle con sistematicità.

Eccoci ora alle ragioni scientifiche: questo progetto è stato attivato con il metodo della ricerca intervento, ogni atto di lavoro si proponeva di esplorare una quota di realtà con la consapevolezza che nell'esplorazione avremmo apportato delle modifiche, un cambiamento alla strada che stavamo percorrendo.

Nella ricerca-intervento dare testimonianza ai e con i soggetti coinvolti è fondamentale; il lavoro psico-sociale ha bisogno di pensiero e la scrittura sostiene

ogni processo di pensiero possibile. Eccoci dunque al nostro Viaggio, che come tale ha caratteristiche di mobilità, attraversamenti, incontri, pluralità di voci che intessono la trama del racconto. Vogliamo presentarvi questo viaggio come ancora in corso, non vogliamo in nessun modo trasmettervi l'idea di una fine, quanto piuttosto di un fine, come direbbe Enrique Pichon Rivière: il fine è la contaminazione delle idee e la nascita del desiderio di continuare a collaborare, a progettare, ad indagare.

Il fine è capire sempre meglio come attivare realmente l'integrazione sociale degli stranieri, come aprire le porte delle nostre comunità, strutture, istituzioni ad una ventata di eccitazione che spesso l'apprendimento sa conferire alla vita. Ecco allora una piccola guida, dopo questi primi pensieri, per favorire la lettura del testo.

Le prime parti consistono nelle presentazioni del progetto da parte di rappresentanti delle Istituzioni implicate: ogni presentazione, come scoprirete, annuncia aspetti peculiari del lavoro, sottolinea e individua aspetti plurali.

Le presentazioni avvicinano, forniscono elementi tecnici, ci aiutano a muoverci nel complesso arcipelago della realizzazione dei progetti e nella geografia dei territori e dei soggetti istituzionali coinvolti.

Le presentazioni che leggerete sono piccole porte attraverso le quali entrerete nel vivo della esperienza di questi due anni e mezzo, che fatalmente hanno coinciso con la pandemia.

Alcune delle presentazioni vi illustreranno la struttura organizzativa del Fami Care, le sue fasi, le sue azioni, diversificate e complesse.

Nel capitolo di Raffaele Bracalenti sarete rapidamente messi di fronte al tema della salute nelle società multiculturali, delle implicazioni tra fenomeni comunitari ed esperienza della salute o della malattia.

Nel capitolo due troverete uno dei cuori pulsanti del progetto: la formazione che è stata realizzata in molteplici edizioni e con diversi soggetti istituzionali per co-costruire uno schema di riferimento concettuale che ci permettesse di entrare nel discorso etnoclinico. La formazione ci ha aperto ad un mare di nuove conoscenze sul nostro stesso territorio: operatori, colleghi, Servizi, progetti già in corso, una ricchezza straordinaria di esperienza da anni in via di realizzazione. Come lo abbiamo chiamato in alcuni incontri un patrimonio di esperienza, in parte non ben conosciuta da tutti noi.

Possiamo dire di aver appreso molto dai docenti che ci hanno accompagnato ma altresì di aver scoperto porzioni di realtà che non conoscevamo, sebbene si trovassero a pochi passi da noi.

Attraverso la formazione siamo anche entrati nel vivo della gruppaltà, sebbene in buona parte on line e abbiamo conosciuto storie di migranti e stranieri che hanno iniziato ad essere i protagonisti del nostro ricercare e praticare.

A loro tutto questo lavoro, come avremo modo di dire, è dedicato, con loro vogliamo creare sempre maggior comprensione muovendoci gli uni verso gli altri. Avrete poi un intero capitolo, scritto a più mani, che raccoglie le lezioni che sono state tenute nei percorsi di “Elementi di etnopsicologia e antropologia culturale”: nozioni, autori, tematiche, processi si dipanano e sviluppano davanti a noi per essere trasformati successivamente nelle Attività Sperimentali, previste dal progetto: il gruppo di parola, le consultazioni etnocliniche e i colloqui di sostegno psico-pedagogico in chiave etnoclinica.

Nel passaggio da una fase all’altra e di conseguenza da un capitolo all’altro, la storia si è concretizzata anche in una serie di incontri territoriali nei quali, dopo molti mesi di frequentazione on line nella formazione, ci siamo incontrati, ascoltati, raccontati i bisogni rispetto le persone, le famiglie, i gruppi di stranieri con cui ogni realtà sta lavorando.

Gli incontri distrettuali, ripetuti per diverse volte, hanno permesso il sostanzarsi della fiducia, di una affettività che dà vita alla ideazione, alla costruzione di tessiture per realizzare le azioni sperimentali, per ri-analizzarle, per preparare i materiali che poi avremmo portato nelle supervisioni e trasformato in metodologia e nuovi modelli interdisciplinari.

Il progetto diventa così una spirale che sale verso la ricerca di respiro dei problemi e delle angosce e affonda nella esplorazione delle resistenze, delle paure, delle ricchezze che noi e i migranti di cui ci occupiamo possiamo mettere insieme per creare una realtà rinnovata ed in grado di sconquassare la logica binaria del ragionare sociale.

Le ultime pagine del testo riportano voci dal territorio, voci di colleghe che si sono dedicate a ripensare alla esperienza, dopo essersi tanto spese e ora stimolano, suggeriscono, constatano: pensano insieme. Troverete infine una scrittura conclusiva, di Salvatore Inglese, che ha rappresentato il testimone ed il punto scientifico di ancoraggio per tutti noi in questi due anni.

Vi auguriamo una lettura buona, arricchente e poetica, perché, come Holderlin sosteneva, poeticamente abita l’uomo.

Luciana Bianchera, Giorgio Cavicchioli, Rachele Bertelli

Presentazione del Progetto FAMI “Ca.Re. Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili”

Andrea Caprini

Assessore al Welfare, Terzo Settore, Immigrazione

Comune di Mantova

Il progetto “Ca.Re. Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili”, avviato a febbraio 2020 grazie a un importante finanziamento ministeriale a valere su fondi FAMI, nasce essenzialmente come progetto di *capacity building*, per ripensare e riprogettare i servizi territoriali rivolti a migranti che presentano situazioni di vulnerabilità psico-sociale, a partire da un approccio etnopsichiatrico e multi-culturale che provi ad avvicinarsi a una più profonda comprensione dei bisogni profondi di questo specifico tipo di utenza.

Per questo motivo, è importante ricordare come si sia costituita una rete di partner di progetto che annovera sia Enti Locali, quali il Comune di Mantova con ruolo di capofila, il Comune di Cremona e il Comune di Desio (MB), sia Aziende Sanitarie, in particolare ASST Mantova, ASST Cremona, ASST Monza e ASST Spedali Civili Brescia, sia Enti del Terzo Settore, quali Sol.Co. Mantova, Sol.Co. Cremona, Consorzio Comunità Brianza e Mestieri Lombardia.

Questa rete, territorialmente articolata su 4 province lombarde, rappresenta un tentativo di far lavorare insieme tutti gli attori coinvolti nella presa in carico della specifica utenza del progetto. Ciascuno dei partner, per quanto di propria competenza, incontra e incrocia migranti vulnerabili e li accompagna per un piccolo pezzo del loro percorso.

Ma quello che si è riusciti a costruire grazie al progetto, e che forse prima mancava, è stata anzitutto una visione complessiva in grado di ricomporre e riconsiderare la persona nella sua totalità, a partire dalla condivisione dei servizi erogati dagli Enti Pubblici preposti o messi in campo dalle realtà del Terzo Settore, recuperando anche una dimensione di prossimità verso i migranti con vulnerabilità, superando la frammentazione.

Il progetto ha avuto quindi il grande merito di creare anzitutto una forte rete tra gli attori coinvolti nella presa in carico dei migranti sofferenti e vulnerabili. Ha certamente accresciuto le competenze degli operatori sulle difficoltà di ordine psico-sociale che i migranti possono incontrare nel loro percorso, fornendo loro un quadro di riferimento organico entro cui condividere procedure

operative per una presa in carico più efficace. Ha fornito agli operatori un *toolkit* di strumenti concreti, un patrimonio condiviso di conoscenze, migliorando l'integrazione fra i livelli sanitario e sociale, creando una modalità di lavoro nuova che avrà sicuri effetti nella gestione di casi complessi, con ricadute positive sui territori.

Oltre ad offrire occasioni di confronto e *benchmarking* fra realtà con storie e pratiche differenti, considerando le specificità di ciascun territorio, il progetto ha dato vita ad iniziative pilota differenziate, con l'attivazione di percorsi di integrazione di servizi a bassa soglia e servizi specializzati per una presa in carico psicosociale e riabilitativa rivolta a un numero circoscritto di soggetti vulnerabili in condizioni di vulnerabilità sociale (territorio di Mantova); oppure con l'attivazione di uno spazio di azione a responsabilità condivisa tra servizi sociali, privato sociale, servizi psichiatrici territoriali, servizi etnopsichiatrici che consente di attivare con flessibilità interventi di sostegno psicologico e/o psichiatrico, di integrazione sociale, di formazione professionale e di avvio al lavoro (territori di Cremona e Mantova); ovvero attraverso la sperimentazione di un servizio di accoglienza a bassa soglia per persone in uscita da percorsi terapeutici, per facilitare il buon esito di percorsi di integrazione socio-lavorativa (territorio di Monza-Brianza).

Il tutto, senza trascurare la fatica della fase di emergenza sanitaria, che ha inevitabilmente ridimensionato e diluito nel tempo certe azioni, nonché costretto gli operatori a trovare comunque tempo ed energie da dedicare all'implementazione del progetto nonostante lo sforzo di intensità straordinaria cui la pandemia ci ha sottoposto.

Se è vero che a una prima impressione le azioni di *capacity building* sembrano rivestire una dimensione rivolta verso l'interno, in verità il progetto ha prodotto disseminazione e ricadute positive tangibili, dando vita a una forte e coesa attività di rete fra gli operatori, i quali hanno co-progettato e collaborato intensamente, arricchendosi vicendevolmente delle competenze dei partner. L'auspicio resta quello di essere riusciti a trasferire nella pratica quotidiana un sapere e un approccio metodologico coerente, in grado di permettere agli operatori sanitari e sociali di migliorare l'efficacia della cura e della presa in carico dei migranti vulnerabili.

Il Progetto “Ca.Re.”

Mariangela Remondini

Responsabile del Progetto FAMI “Ca.Re.”

Dirigente del Settore Welfare Servizi Sociali e Sport

Comune di Mantova

Le migrazioni sono da sempre fibra nel tessuto della storia dei popoli.

E, da sempre, l'ente locale ritiene di esaurire i compiti legati all'accoglienza, con la semplice, che poi tanto semplice non è, risposta ai bisogni primari.

È dall'osservazione delle crescenti e non sempre evidenti vulnerabilità della popolazione migrante che nasce, nel 2019, il progetto “*Ca.Re. Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili*”, che vede la luce grazie alla condivisione di lavoro e di obiettivi di una rete del territorio Lombardo (Mantova, Cremona, Monza, Brescia, Desio), composta da 11 partner del mondo delle istituzioni e del Terzo settore, con capofila il Comune di Mantova.

L'intento è quello di formulare una risposta ampia e di sistema ai bisogni che rilevano in ordine alle diverse forme di vulnerabilità psicosociale dei migranti, in particolare di quelli che gravitano attorno all'apparato dell'accoglienza strutturale o informale, con l'obiettivo comune di intervenire sul sistema complessivo di presa in carico della vulnerabilità psico-sociale.

Il progetto vede la sua realizzazione attraverso un'azione di *capacity building*, non incidendo direttamente sui migranti intesi come destinatari finali: Ca.Re. mira a promuovere azioni preliminari, propedeutiche e necessarie al fine di incidere sul metodo e sulla capacità complessiva di presa in carico, clinica e sociale, della vulnerabilità da parte degli attori del sistema di intervento psicosocioriabilitativo nei territori del progetto.

Obiettivo non meno ambizioso è quello volto a rafforzare i percorsi psicosocio-riabilitativi, attraverso la modulazione, o rimodulazione, degli interventi tarate sulle esigenze dei singoli e sull'efficacia trattamentale delle azioni di presa in carico.

La scelta di coinvolgere nel *partenariato* Enti Locali, Aziende Sanitarie e organizzazioni del Terzo Settore nasce dalla consapevolezza che per sostenere i percorsi di integrazione dei migranti, specialmente dei più vulnerabili, è essenziale tenere sempre congiunta l'azione di tutte le tipologie di attori, il cui intervento ha un peso diverso nelle varie fasi dei processi di integrazione.

Le attività di progetto, incluse specifiche attività formative, hanno in effetti portato ad un'evoluzione dei modelli di presa in carico adottati e ad una cre-

scita culturale dei servizi, arricchiti dal confronto reciproco, dalla formazione condivisa, e dal dialogo continuo e costante nell'ottica della condivisione, con reciproco interesse, di ogni passaggio del processo di rete.

Il progetto Ca.Re. ha inteso sperimentare e modellizzare forme di integrazione tra interventi di presa in carico allo scopo di completare il necessario *continuum* socio-assistenziale per rispondere con flessibilità e appropriatezza a specifici, e non sempre facilmente espressi, bisogni del migrante forzato in condizione di vulnerabilità e nell'ottica della altrettanto necessaria evoluzione, non sempre e necessariamente lineare, di ciascun percorso e di ciascun carico di vita.

Nella narrazione progettuale, *l'analisi del contesto* è imprescindibile: territori del progetto, e più in generale il territorio Lombardo, sono caratterizzati da una pluralità di attori e di servizi rivolti ai cittadini che fanno e hanno fatto efficace opera di accoglienza e integrazione per i cittadini immigrati e che assicurano attive ed idonee azioni di *welfare*, nell'accezione più universalistica del termine, a tutta la popolazione residente.

In questi contesti l'integrazione tra attori del privato sociale e servizio sociale professionale territoriale è assai avanzata, e spesso anche l'integrazione socio-sanitaria sperimenta condivisioni e servizi di qualità; non solo, esiste già una rilevante consuetudine a lavorare in una dimensione sovra-comunale e talvolta anche sovra-provinciale.

Tuttavia, l'impetuosa crescita di numeri e fragilità del sistema dell'accoglienza non sempre permette di costruire prassi di lavoro integrate tra strutture di accoglienza e gli altri attori territoriali, e questa distanza dal baricentro del sistema di accoglienza risalta con maggior forza proprio per l'alto livello di integrazione e sinergia che invece si sperimentano in altri servizi.

Il dialogo tra la componente più sanitaria e quella più sociale dei servizi psicosociali, ancorché ampio e costruttivo in generale, non riesce a raggiungere quegli standard necessari al perseguimento dei doverosi obiettivi di riabilitazione e reintegrazione psicosociale auspicati, anche in ragione di una cronica insufficienza di risorse di personale delle strutture sanitarie, della medicina di base, dei servizi territoriali, impegnati anche su altre importanti partite.

Il legislatore regionale si è spesso interrogato anche sulla difficile sostenibilità di un sistema di servizi per la salute mentale che vede nella "risposta residen-

ziale” l’impegno di spesa più rilevante, ai danni, necessariamente, dei percorsi di cura e di presa in carico territoriale, conseguentemente depotenziati e impoveriti. In Lombardia si è registrato negli ultimi anni un incremento significativo delle prestazioni dei servizi di salute mentale per gli adulti, della neuropsichiatria e delle prestazioni farmacologiche.

A fronte di un aumento dei bisogni e delle richieste di interventi complessi ed articolati nell’area della salute mentale, il rischio riscontrato è che il sistema dei servizi si orienti verso risposte standardizzate, settoriali e scarsamente integrate, senza riuscire a coinvolgere effettivamente ed efficacemente gli utenti e le loro reti naturali nella definizione di percorsi individualizzati a partire dai loro bisogni reali, spesso trasversali a più servizi, che agiscono di norma con tempi, modalità e risposte diverse.

Il sommarsi delle fragilità in argomento, unite agli effetti avversi della normazione dei Decreti cd Sicurezza, con la possibile fuoriuscita di soggetti fragili dal sistema dell’accoglienza, ha comportato e rischiato di comportare in misura crescente esiti negativi nella costruzione di interventi di riabilitazione sociale e psichiatrica, o, anche, la mancata presa in carico di soggetti che di quegli interventi hanno grande necessità.

L’insufficiente integrazione tra servizi sociali e psichiatrici conduce spesso al fallimento dei progetti trattamentali posti in essere, proprio perché per essere efficaci l’uno ha bisogno dell’altro.

Inoltre, la mancata integrazione tra sistema dell’accoglienza e quella dei servizi in generale crea, di fatto, fori evidenti nella maglia dei servizi in cui scivolano i soggetti più fragili.

Il tema della vulnerabilità psichica investe un arco di interventi che va dalla dimensione più strettamente trattamentale, anche di tipo farmacologico, sulla quale non mi soffermerò, ad interventi prettamente sociali, dei quali, nel tempo, abbiamo sperimentato effetti altalenanti e non sempre felici e completi. Ancora, la dimensione trattamentale e riabilitativa può dipendere dal grado di complessità che il soggetto rivela da un punto di vista sociale: nei casi in cui la persona ha un buon “ancoraggio sociale” in termini relazionali, lavorativi, di integrazione, la dimensione trattamentale può limitarsi anche al solo intervento farmacologico di stabilizzazione; quando invece l’estensione sociale sfocia nel disagio, più o meno conclamato, la risposta deve essere in primo luogo di tipo sociale per poi valutare i bisogni da trattare in ambito clinico.

Come è evidente, nel caso delle vulnerabilità psicosociali dei migranti “forzati” ci troviamo nella fascia decisamente più debole e a rischio della popolazione, poiché in questo caso alle fragilità già ricordate si somma l’assoluta

manca di una rete relazionale che possa offrire sostegno alla persona in difficoltà, da aggiungere alla barriera linguistica e, non da meno, culturale. Il rischio che nei territori aumenti il numero di soggetti fuori dal sistema dell'accoglienza in condizioni di marginalità sociale senza *chance* occupazionali e con problematiche psichiatriche significative, è alto e quanto mai probabile. In questo contesto nasce "Ca.Re."

Il progetto si articola in tre livelli di obiettivi specifici:

- La *Governance* da costruire, e co-costruire, per la ridefinizione e il ripensamento delle prassi di lavoro condivise nell'ottica di un'efficace azione di *screening* e prevenzione a partire dalle strutture di accoglienza per arrivare ad una migliore definizione dei percorsi di riabilitazione psico-sociale. Un lavoro per giocare d'anticipo sui possibili effetti avversi della mancata integrazione. Nel percorso si è definito un Protocollo di intesa tra servizi sociali, privato sociale, servizi psichiatrici territoriali, e strutture di accoglienza, con specifica volontà delle parti di promuovere sul territorio un sistema integrato a maglie strette e in grado di fornire risposte adeguate e qualificate alla popolazione *target* del progetto.
Si è condiviso l'obiettivo di crescita dell'integrazione dei servizi sociosanitari a livello dei singoli enti, ma soprattutto a livello sovra-territoriale per superare la parcellizzazione degli interventi.
- Le *Competenze*: l'azione di *capacity building* ha portato ad accrescere le competenze degli attori sui temi dell'etnopsichiatria e del disagio psicosociale dei migranti, nello specifico di quelli forzati attraverso una coerente lettura "culturale" del disagio e dell'intervento clinico, con l'obiettivo di giungere all'implementazione/organizzazione di servizi psico-riabilitativi integrati, pertinenti ed efficaci
- I *Servizi*: il progetto si è caratterizzato in particolare per elementi di innovatività e sperimentazione di servizi differenti e complementari nei diversi territori coinvolti, legati tra loro e ispirati ad un medesimo disegno finalizzato, da un lato, a qualificare il sistema complessivo di presa in carico della vulnerabilità psico-sociale, e, dall'altro, a sviluppare e condividere competenze, nonché a connettere servizi in un'unica filiera e trasferire quanto

sperimentato con successo agli altri territori coinvolti. E questo, secondo il principio dei cerchi concentrici, esteso anche a livelli territoriali più ampi.

Le attività del progetto sui vari territori hanno permesso di testare le modalità di costruzione di un intervento integrato *multi-stakeholder* su una complessità di casi e situazioni sufficientemente variegata ed ampia da consentire di affinare una nuova logica di intervento.

Ha previsto attività sovraprovinciali ed attività territoriali.

Dati i livelli multipli di responsabilità coinvolti, sono state dedicate alcune attività di confronto di raccordo sovraprovinciali, anche singole, sia ad Enti locali che ad Aziende Sanitarie, e a realtà del terzo settore, mentre altre attività corali hanno coinvolto in modo trasversale tutti i *partner*.

La sinergia costante tra le tre diverse tipologie di stakeholder ha rappresentato invece l'elemento caratterizzante delle attività territoriali.

Il progetto ha anche consentito di sviluppare le competenze degli operatori dei servizi che concorrono alla presa in carico attraverso moduli formativi *online* (l'avvio del progetto ha visto la luce poco prima dell'ondata pandemica) e in presenza e relativa supervisione metodologica.

Ogni territorio ha poi individuato priorità di intervento specifiche: Mantova si è concentrata sulla sperimentazione di percorsi di presa in carico integrati rivolti a soggetti in condizione di grave vulnerabilità sociale, incrociando il percorso di aggancio ed aiuto dell'unità di strada; Mantova e Cremona hanno guardato insieme nella direzione del rafforzamento delle competenze etno-cliniche e sperimentazione di percorsi di presa in carico integrata tra servizi pubblici e servizi privati; il territorio di Monza-Brianza si è concentrato sul tema dell'occupazione e dell'occupabilità e ha creato percorsi di integrazione socio-lavorativa per persone in uscita da percorsi di cura.

Per quanto riguarda i *Servizi pilota*, anche qui abbiamo registrato percorsi differenti, sia pur paralleli: Mantova si è resa protagonista di un'esperienza pilota di integrazione di servizi a bassa soglia e servizi specializzati di presa in carico psicosociale e riabilitativa rivolta a un numero circoscritto di soggetti fragili e in condizioni di vulnerabilità sociale; Mantova e Cremona hanno attivato uno spazio di azione a responsabilità condivisa tra servizi sociali, privato sociale, servizi psichiatrici territoriali, servizi etnopsichiatrici al fine di attivare con flessibilità e in modo contestuale interventi di sostegno psicologico e/o psichiatrico, di integrazione sociale, di formazione professionale e

di avvio al lavoro; il territorio di Monza-Brianza ha sperimentato un servizio di accoglienza a bassa soglia per persone in uscita da percorsi terapeutici per facilitare percorsi di integrazione socio-lavorativa.

Con Brescia si è attivata una sperimentazione trasversale sui territori attraverso l'utilizzo di uno strumento finalizzato ad effettuare uno screening sui principali disturbi mentali nella popolazione dei richiedenti asilo ed inviare in questo modo i soggetti positivi al test al sistema di assistenza sanitaria primaria.

Etnoclinica e lavoro di rete nei servizi di salute mentale che operano con i migranti

Piero Antonio Magnani
Direttore Area della Salute Mentale
ASST “C. Poma” di Mantova

La variegata composizione culturale della nostra comunità porta con sé principi, idee e *modus vivendi* che vanno ad influenzare molteplici aspetti della nostra esistenza, soprattutto si infiltrano negli spazi comuni gestiti e organizzati tramite prassi e regole pre-condivise.

Se sfogliamo dizionari, testi scientifici o manuali di una qualsiasi disciplina umanistica troveremo definizioni di ciò che è cultura tra loro differenti: da lunghissimi elenchi di oggetti o processi di origine culturale fino ad arrivare a formule matematiche che implicitamente dimostrano le fondamenta razionali del nostro concetto di competenza.

Per le persone provenienti da queste culture differenti e portatrici di un disagio, sembra che la pertinenza riconosciuta ai nostri Servizi di Salute Mentale si limiti all’aspetto puramente curativo, ovvero farmacologico, dell’assistenza; mentre gli altri versanti, terapeutici e psicosociali, sembrano essere destinati a un mancato riconoscimento di utilità e competenza rispetto al disagio esperito. In questa ottica i nostri servizi sembrano spesso accogliere nei migranti, un riconoscimento solo in termini di “contenimento dell’urgenza sanitaria e/o sociale”.

Tuttavia questo “spaesamento” vissuto nei migranti può naturalmente manifestarsi in molteplici forme di sofferenza, sia fisica, sociale oltre che affettiva. In particolare i centri di psicoterapia che già si occupano della sofferenza legata al processo migratorio hanno delineato, alla base di molte situazioni di difficoltà, un fenomeno psichico definito *clivage* (sfaldatura), soprattutto tra le persone che migrano sole senza l’appoggio in loco di familiari e quindi per questo, affettivamente più vulnerabili. Tale meccanismo psichico richiama a una sorta di scissione nei due mondi di riferimento dell’individuo: quello del paese attuale di residenza che rappresenta la quotidianità reale, soprattutto lavorativa del migrante, e quello del mondo di provenienza in cui l’individuo rimane affettivamente legato, perché laggiù risiedono ancora per lui le relazioni e gli affetti che definiscono la sua identità e il suo ruolo nella società. Le ricerche etnopsichiatriche ci forniscono chiavi di lettura e di operatività

preziose per il nostro incedere. Allo stesso modo consideriamo l'utilità che tali esperienze possono produrre nella cura e presa in carico delle persone straniere che migrano verso l'Europa.

Il migrante, come ognuno, porta testimonianza di una sofferenza e di una necessità di cambiamento. Il percorso migratorio implica rischi concreti e momenti di crisi per la ridefinizione culturale del proprio Sé e della propria storia familiare. Per questo motivo la migrazione mette alla prova strenuamente le capacità di resilienza della persona, soprattutto se parliamo di una migrazione solitaria, disperata e non accompagnata dalla famiglia. Questa sofferenza può esprimersi in forma psichica, ma, soprattutto per i migranti di origine africana che provengono dalle zone rurali del continente, si osserva spesso uno sviluppo psicosomatico del disagio. La predilezione per l'espressività corporea rimarca la natura culturale e non universale del concetto di mente, e detta le norme di esplicazione del malessere. Ciò mette in evidenza la differenziazione espressiva del disagio psichico a seconda dell'ambiente culturale di riferimento.

Il migrante tuttavia, rappresenta un elemento eccezionalmente stressante del nostro sistema di assistenza e di cura. L'eccezionalità appartiene ad oggettive situazioni critiche di bisogno dovute allo sradicamento sociale e familiare che incontriamo frequentemente nelle storie delle persone migranti, soprattutto se l'esigenza di migrazione nasce da condizioni emergenziali: siano esse di natura politica, familiare o climatico/economica.

L'eccezionalità dello sforzo che la persona migrante richiede agli operatori impegnati nel sistema sociale e sanitario, non si esaurisce però all'interno di una dimensione quantitativa, bensì conduce a una riflessione su aspetti organizzativi e metodologici.

Di fatto è grazie all'arrivo della persona proveniente "*da fuori*", e alla "*perturbazione*" da essa provocata, che gli operatori di un sistema precostituito hanno sentito l'esigenza di aprire una riflessione su aspetti organizzativi e metodologici del lavoro di rete.

Per questi motivi il lavoro del tavolo di governance costituitosi nel corso del Progetto FAMI "Ca.Re.", ha rilevato il bisogno di sviluppare un percorso di formazione: un essenziale lavoro di incontro e confronto dove operatori coinvolti nell'assistenza e cura della persona migrante, hanno potuto apportare le loro riflessioni, esperienze e osservazioni. Grazie a questi momenti di condivisione operatori di enti e servizi diversi hanno potuto delineare le proprie criticità in una forma nuova, secondo i principi della conoscenza etnopsichiatrica, e al tempo stesso comunicare attraverso un linguaggio comune, e con-

diviso sulla base dell'analisi dei bisogni riscontrati da ogni singolo operatore. Tali conoscenze e condivisioni sono divenute poi "pratica comune" grazie alla collaborazione all'interno dell'équipe etnoclinica, che ha fatto incontrare e collaborare tra loro professionisti esperti del settore, provenienti da ambienti pubblici o privati differenti.

La partecipazione periodica e regolare ai lavori, ha potuto far conoscere ai rispettivi partecipanti, peculiarità, ruoli e risorse dei singoli enti rappresentati rafforzando la condivisione di intenti, metodologie e obiettivi riguardo i singoli casi oggetto di approfondimento. Questo lavoro ci ha consentito di ripensare alcuni casi che hanno fatto "scuola" nel recente passato, (una sorta di test per la collaborazione interistituzionale applicata), apportando nuove prospettive nella lettura di situazioni di criticità attuali e pregresse.

Alla luce di queste considerazioni concludiamo affermando come le conoscenze etnocliniche sviluppate nel corso di questo progetto, potranno aiutarci a gestire un cambiamento e una ridefinizione dei ruoli competenze all'interno dell'organizzazione dei servizi pubblici di salute mentale e delle agenzie sul territorio, che si occupano dei percorsi di presa in carico del migrante, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione e i percorsi di cura e assistenza.

L'incontro con l'altro si configura quindi come una preziosa opportunità di crescita da contrapporre a un istintivo irrigidimento, dettato da esigenze protettive che ci porterebbe a una disumanizzazione della sofferenza espressa dalla nostra comunità.

Il passaporto del progetto

Gianluca Ruberti

Direttore Area Formazione e Lavoro – Solco Mantova

Probabilmente, lavorare a favore dei migranti forzati, al di là della loro vulnerabilità specifica, mi porta a ritenere utile costruire una sorta di documento di sintesi dell'identità di questa iniziativa, una sorta di passaporto, che consenta al lettore di inquadrare velocemente il contesto in cui si sono sviluppate le azioni che intendiamo, con questo scritto, salvaguardare dall'oblio della quotidianità lavorativa.

È stata indubbiamente un'esperienza forte, vissuta intensamente a tutti i livelli in cui si è articolata, dall'azione diretta a favore dei destinatari finali, al lavoro di coordinamento tra operatori anche di servizi diversi, alla facilitazione della relazione tra Istituzioni che afferiscono comunque a logiche e politiche altre quali,

- l'Accoglienza di persone migranti che vede il mondo della Cooperazione sociale agire per conto del Ministero dell'Interno e le sue articolazioni territoriali,
- la loro Salute psico-fisica affidata invece a Regione Lombardia ed alle ATS e ASST sul territorio
- la loro Cura sociale ed assistenziale guidata invece da politiche e strategie in capo ai Comuni e loro Ambiti distrettuali

In estrema sintesi quindi e con lo scopo di contestualizzare i contributi che di seguito verranno esposti, trovo utile riprendere i contenuti espressi nel Progetto che è stato candidato e che ha vinto il bando nazionale di riferimento intervenendo nelle note a pie di pagina con commenti e contestualizzazioni.

Bando/canale di finanziamento:

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo nazionale ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria

Titolo Progetto:

CA.RE. Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili

Rete dei partner:

Capofila:

- *Comune di Mantova*
Partner:
- *Comune di Cremona, Comune di Desio,*
- *ASST di Mantova, ASST di Monza, ASST di Cremona, ASST Spedali Civili Brescia,*
- *Sol.Co. Cremona, Consorzio Comunità Brianza Sol.Co. Mantova, Mestieri Lombardia,*

Durata del progetto: 24 mesi da gennaio 2020 prorogati causa Covid fino a giugno 2022

Finalità:

... (da progetto).... costruire una risposta integrata e di rete alle esigenze poste dalle diverse forme di vulnerabilità psicosociale dei migranti e, in particolare, di quelli ospitati nel sistema dell'accoglienza.

Tale obiettivo sarà raggiunto attraverso la realizzazione di un'ampia azione di capacity building volta ad incidere:

- 1) sulla capacità complessiva di presa in carico clinica e sociale della vulnerabilità da parte degli attori del sistema di intervento psico-socio-riabilitativo nei territori del progetto, in modo che tali attori sappiano modulare l'intervento sulle esigenze del singolo;*
- 2) sull'efficacia trattamentale degli interventi attraverso un rafforzamento dei percorsi psico-socio-riabilitativi;*
- 3) sul consolidamento del lavoro di rete, in una logica multi-agency e multi professionale;*
- 4) sul miglioramento delle competenze etnocliniche del sistema.*

Azioni progettuali

AZIONE 1. GOVERNANCE:

a. A livello sovra-provinciale:

A questo livello di governance verrà tessuta una rete di collaborazione inter-territoriale per una crescita complessiva del sistema in termini di competenze, operatività, modelli, sinergie locali, anche con altri progetti già in essere.

Tale rete, coordinata dal Comune di Mantova e composta da tutti gli attori che compongono il partenariato (ASST, Enti Locali, Enti del terzo Settore) coinvolgerà le figure dirigenziali sul fronte sociale e sanitario in tavoli di governance e attraverso la definizione di protocolli di intesa e un attento lavoro di indirizzo che mirerà a:

- 1) garantire una integrazione ancora più profonda rispetto ai percorsi di presa in carico psico-socio Trattamentale;*
- 2) modificare la logica dominante attuale che attribuisce la responsabilità delle prestazioni, in ragione della preminenza sanitaria o sociale dell'intervento in favore di risposte flessibili ed integrate. (WPI-TSK1.1)*

b) A livello territoriale:

in attuazione delle linee di indirizzo sopra definite, saranno ripensate le prassi operative e le modalità di relazione dei servizi tra loro e con l'utenza. Si procederà in ciascuna provincia interessata dal progetto alla costituzione di tavoli di lavoro comune a livello locale che coinvolgeranno gli operatori dei servizi dell'accoglienza, socio assistenziali e sanitari con l'obiettivo di rafforzare la cooperazione tra gli attori del territorio; condividere punti di forza e criticità degli interventi; definire prassi di lavoro comuni, procedure e strumenti; individuare percorsi più adeguati a rispondere alle esigenze dell'utenza.... (WPI-TSK 1.3,1.4).

a. A livello sperimentale:

L'attività di governance prevedrà, oltre alla condivisione di modalità e prassi operative, la concreta sperimentazione delle stesse attraverso la costruzione di un repertorio di interventi, che vanno dalla visita ambulatoriale di tipo psichiatrico, alla consultazione etno-psicologica, a forme di residenzialità terapeutica o sociale; a percorsi formativi; a forme di sostegno psicologico o affiancamento/tutoraggio sociale; etc.

Tale sperimentazione coinvolgerà: gli attori del livello sovra territoriale per l'individuazione dei segmenti di servizi che entreranno a far parte del voucher; gli attori a livello locale, sul versante delle pratiche operative per un

intervento integrato. Il repertorio di risorse sociali e ciniche, attivabili nei diversi territori del progetto, verrà reso disponibile per l'utenza costruendo veri e propri voucher che concorreranno alla costruzione dei percorsi di presa in carico e riabilitazione degli utenti, i quali potranno accedere a servizi sull'intera area su cui insiste il progetto.

La sperimentazione dei voucher consentirà anche una valutazione del costo sociale dell'intervento in ragione dei livelli di complessità dell'utenza, superando la logica della molteplicità di interventi che sovente si realizzano sulla medesima utenza spesso in modo non sinergico e difficilmente misurabile (WP1- TSK 1.2).

AZIONE 2. SVILUPPO DI COMPETENZE:

L'azione di sviluppo delle competenze coinvolge gli operatori dei servizi che compongono la rete degli attori che concorrono alla presa in carico (Comuni, ASST, Terzo Settore) con l'obiettivo di promuovere un processo di trasformazione culturale che incida sul piano dell'operatività concreta. L'attività di capacitazione utilizzerà più strumenti di lavoro (formazione, consulenza e supervisione) e coinvolgerà ambiti professionali differenti per costruire modalità di lavoro multi-attore e multidisciplinare e trasferire competenze su approcci e strumenti che si dimostrano particolarmente efficaci nell'intervento con categorie vulnerabili di utenti migranti.

In particolare, l'azione formativa toccherà i seguenti ambiti teorico-metodologici:

a) MODULI ONLINE E IN PRESENZA (WP 2):

- Case management*
- Competenze etnopsichiatriche (per operatori dei servizi sociali, sanitari e dell'accoglienza);*
- Funzionamento del sistema di accoglienza dei richiedenti asilo e rifugiati;*
- Gruppi di parola nell'intervento con i migranti vulnerabili.*

b) SUPERVISIONE METODOLOGICA sui casi presi in carico nell'ambito dei 4 servizi sperimentali allargata a tutti gli attori coinvolti nel caso e agli operatori interessati di Comune e ASST (WP 3).

AZIONE 3. SERVIZI PILOTA

Per portare un più alto grado di innovazione nei servizi, il progetto avvierà iniziative pilota con l'obiettivo di verificare se ci possano essere elementi innovativi di servizio che le amministrazioni pilota possono pensare di mantenere (WP 3):

- *MANTOVA: si esploreranno due distinte iniziative: la costruzione e la messa in rete di una équipe etnoclinica in grado di affiancarsi e supportare le situazioni di vulnerabilità che emergeranno dai territori e l'affiancamento ai servizi che hanno in carico queste situazioni; la sperimentazione di "gruppi di Parola" intesi come strumenti di prevenzione o primo sostegno alla vulnerabilità dei migranti forzati*
- *CREMONA E MANTOVA: si esplorerà un servizio specializzato alla presa in carico etnoclinica che opererà in rete con i servizi della filiera con l'obiettivo di capire come operativamente possa essere promossa l'integrazione tra i servizi pubblici e i servizi privati e la compenetrazione delle competenze e dei saperi di attori (pubblici) che Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 adottano approcci clinici di tipo tradizionale e attori che utilizzano approcci clinici di orientamento etnopsichiatrico.*
- *MONZA-BRIANZA E MANTOVA: esperienza pilota di integrazione di servizi a bassa soglia (che rispondono ad un'esigenza abitativa) e servizi specializzati di presa in carico psicosociale e riabilitativa. Il servizio, rivolto a un numero circoscritto di soggetti vulnerabili, fuori dal sistema dell'accoglienza, in condizioni di marginalità sociale (ad es. senza fissa dimora) ospiti in una struttura dormitorio situata nel territorio di Monza Brianza, sperimenta una presa in carico H24 per evitare precorsi di istituzionalizzazione in strutture terapeutiche residenziali.*
- *NEI DIVERSI TERRITORI: kit di Voucher/prestazioni attivabili per servizi in ambito, sociale, lavorativo, formativo oltre che sanitario, clinico, riabilitativo.*

Approccio metodologico

L'architettura metodologica del progetto mira a dare piena attuazione al sogno di Basaglia di ri-consegnare al territorio (ai Dipartimenti e Centri di salute mentale, ai servizi di diagnosi e cura e, più in generale, a tutti gli attori che concorrono all'intervento clinico, sociale e riabilitativo) la responsabilità di presa in carico della vulnerabilità superando qualunque logica istituzionalizzante.

All'interno della comunità esistono alcuni gate-keeper specializzati (servizi sociali, privato sociale, servizi sanitari territoriali) che intercettano diverse forme di sofferenza e bisogno sociale e a cui spetta la responsabilità di accompagnare l'utente nella rete dei servizi e degli attori, affinché essi, coordinandosi, disegnino il percorso di presa in carico e attivino gli attori della comunità, interni ai loro servizi o esterni ad essi, necessari alla sua realizzazione. Maggiore è la fragilità dell'utente, maggiore sarà il livello di accompagnamento, di indirizzo, di sostegno anche nella relazione con gli attori necessari a dare corpo ai processi di integrazione psico-sociale. Più il soggetto è vulnerabile e fragile maggiore sarà l'attenzione a stimolarne la partecipazione ai processi decisionali (l'empowerment), che costituisce l'essenza del processo di reintegrazione.

Questa logica di lavoro, fortemente integrata, multi agency e multi professionale, opera assumendo un approccio orientato al risultato che presuppone una responsabilità condivisa e non delegabile tra le Istituzioni a partire da una ridefinizione degli elementi che fondano l'intervento tanto più con i soggetti vulnerabili migranti e che riguardano:

✓ La costruzione delle reti che connettono attori diversi: reti sinergiche di lavoro, che, oltre a raggiungere obiettivi di integrazione socio-sanitaria dei servizi rispetto ad una utenza aspecifica, sappiano rispondere alle specifiche esigenze dell'utenza migrante e delle categorie più vulnerabili di tale utenza.

✓ Le dinamiche di responsabilità tra gli attori della rete a partire da una ridefinizione del concetto di case management e del ruolo del case manager come il soggetto a cui spetta la responsabilità di negoziare l'intervento individualizzato con gli altri servizi della rete.

✓ Lo sviluppo di competenze degli operatori attraverso la pro-

mozione delle loro capacità di operare nel e come sistema e di leggere il disagio pesando adeguatamente gli elementi sociali e psichici e con una interpretazione dei sintomi che tenga conto del background culturale dell'utente.

✓ L'empowerment dell'utente per aumentare il grado di responsabilità che lo stesso assume rispetto al proprio percorso e di partecipazione attiva nel definirlo. Sono proprio questi gli elementi che rendono l'intervento proposto una vera e propria azione di capacity building, azione che insiste su tutti i nodi della rete, compreso l'utente con le sue conoscenze e competenze relative ai servizi e al progetto che lo riguarda.

Risultati attesi

Tutte le azioni realizzate nell'ambito delle linee di progetto mirano a:

- *Una più efficace presa in carico dei soggetti nelle strutture di accoglienza per richiedenti asilo*
- *Maggior numero di soggetti migranti inseriti in percorsi socio-riabilitativi e meno soggetti migranti coinvolti in percorsi psichiatrico/farmacologici.*
- *Maggiori competenze in ambito etnopsichiatrico tra gli operatori dei sistemi di intervento socio-sanitario e riabilitativo e rafforzamento delle competenze etnocliniche nella presa in carico ad alta complessità etnopsichiatrica.*
- *Migliore integrazione tra servizi sociali e sanitari-riabilitativi e di accoglienza*
- *Migliore integrazione tra servizi pubblici e privati*
- *Incremento degli interventi etnopsichiatrici*
- *Aumento dei migranti vulnerabili presi in carico nell'ambito di percorsi socio-lavorativi.*
- *Riduzione del rischio di una eccessiva medicalizzazione degli utenti a ragione di una non adeguata comprensione delle diverse forme di diversità culturale.*
- *Miglior utilizzo delle risorse (umane ed economiche) dei diversi soggetti partner*

Destinatari delle azioni

Destinatari diretti:

- *WP 1: 20 figure apicali dei servizi socio-sanitari coinvolti nel progetto (comune di Mantova, comune di Cremona, Comune di Desio, ASST Mantova, ASST Brescia, ASST Monza) e degli Enti del Terzo Settore (Sol.Co Mantova; Sol.Co Cremona; Consorzio Comunità Brianza, Mestieri Lombardia) che parteciperanno alle azioni di rafforzamento della governance sovra territoriale (Tavoli di lavoro di rete).*
- *WP 1: 60 operatori pubblici dei servizi socio-sanitari (comune di Mantova, comune di Cremona, Comune di Desio, ASST Mantova, ASST Brescia, ASST Monza, altro Enti Pubblici coinvolti nella rete) che parteciperanno alle azioni di rafforzamento della governance territoriale (Tavoli di lavoro operativi a livello locale).*
- *WP 1: 100 operatori del privato sociale e del terzo settore (Solco Mantova, Solco Cremona, Consorzio Comunità Brianza, Mestieri Lombardia) altre realtà del terzo settore che entreranno nelle reti di governance territoriali e parteciperanno alle azioni di rafforzamento.*
- *WP 2: 120 operatori pubblici e 150 operatori del terzo settore beneficeranno degli interventi di formazione e aggiornamento professionale di cui il 70% completerà il percorso di formazione.*

Destinatari indiretti:

- *WP 3: Verranno attivati 4 servizi pilota in 5 sedi (2 a Mantova, 1 Cremona, 1 Monza Brianza, voucher di servizi accessibili nei diversi territori) che realizzeranno piani di presa in carico psico-socio sanitaria integrata per 60 cittadini di Paesi Terzi in condizioni di vulnerabilità.*

Quanto sopra, in sintesi, è la sfida che ci ha impegnato in questi lunghi mesi, già complessa in sé e ulteriormente ostacolata dalle difficoltà imposte dalla pandemia.

Fare formazione e partecipare a tavoli di governance, talvolta costretti ad uti-

lizzare la comunicazione on line, eppure riuscire a co-costruire un protocollo di intesa tra istituzioni che travalica la fine del progetto ed a sperimentare l'efficacia delle prassi e delle teorie di riferimento apprese in formazione è di per sé un indicatore importante della partecipazione e dell'impegno che tutti i partner locali e i loro operatori hanno messo in campo.

Questo è sicuramente un risultato importante, nuovo e che non verrà meno con la fine del progetto, tra gli altri risultati che di seguito verranno proposti nei contributi che seguono questa introduzione.

*Si incontrano nella somiglianza le differenze,
come tutti i colori del bianco.*
(Wisława Szymborska)

Questioni di vita e di salute mentale comunitaria nelle società multiculturali

Raffaele Bracalenti

Non stupisce che la figura del migrante abbia, storicamente, un valore perturbante nelle nostre società se, come ricorda Simmel, egli è lo straniero che è venuto per restare. In sostanza qualcuno che è, al tempo stesso, altro da noi e parte di noi. E tuttavia non tutti i migranti sono uguali: potremmo dire che coloro che sono nei sistemi di accoglienza sono stranieri tra gli stranieri, costretti a lungo a una sospensione dell'esistenza, come se fosse possibile sospendere il tempo della vita. Come se lo spazio e il tempo della vita fosse un immenso palcoscenico teatrale in cui si recita costantemente Becket. Cosa vuol dire interagire per gli operatori sociali con queste presenze aliene, queste figure in cerca di un permesso per poter vivere? Quali esigenze vengono poste a chi opera in un sistema la cui straordinarietà è in primo luogo dovuta all'indeterminatezza del mandato e all'irrazionalità delle regole? In sostanza di quali strumenti concettuali ci si è dotati per leggere, interpretare, considerare i bisogni del migrante che la locuzione "forzato" relega già in una condizione di assoggettato, limitato, impossibilitato a farsi agente della propria vita? Così si potrebbe dire che la drammatica distanza tra i migranti economici e i migranti forzati è che i primi si collocano all'interno del mercato del lavoro in una logica di più o meno razionale negoziazione, nei secondi si tratta di ricostruire una capacità di agency che è data dalla necessità di soddisfare bisogni primari, socialità, affettività, e, quindi, la possibilità di proporsi come *homo oeconomicus*.

In questo scenario, il tema della tutela della salute e della salute mentale in particolare dei migranti forzati pone di fronte ad alcune sfide specifiche, soprattutto se in qualche modo facciamo coincidere la salute mentale come la capacità di preservare la propria salute, amare, entrare in relazioni sociali, autodeterminarsi. Talora infatti ci si trova davanti a un'urgenza posta dalle persone visibilmente provate dall'esperienza di torture, di guerre, di viaggi particolarmente traumatici. In questo caso, la dimensione del bisogno di salute

è dominante e si impone su tutto il resto. Ma quando ci muoviamo da questo gruppo, che segnala il suo bisogno di salute in modo chiaro e netto, ci si trova di fronte a un'esigenza di cura non espressa, o espressa in maniera più confusa, in cui non è facile orientarsi. Magari emergono solo sintomi generici di malessere fisico, che non vengono colti come segnali di quella sofferenza psichica che, non sorprendentemente, può caratterizzare un migrante forzato e anzi a volte vengono più o meno consapevolmente minimizzati da parte degli operatori. Tende infatti a riemergere la costruzione mentale che ruota attorno al concetto di "effetto migrante sano", secondo cui i migranti che arrivano nel nostro Paese sono quelli più sani e più forti delle loro comunità, i più adatti ad investire in un progetto migratorio, e che la loro salute semmai va peggiorando nel tempo a causa delle condizioni di vita e di svantaggio in cui la permanenza in Italia li costringe. Questo modello, che descriveva bene il quadro della prima migrazione economica a cui si assisteva in Italia, non è più coerente con percorsi migratori molto più complessi, in cui volontarietà e costrizione si intrecciano in modo spesso inestricabile, e che implicano comunque viaggi lunghi e rischiosi, densi di violenza assistita e subita.

Perché dunque questa riluttanza a abbandonare l'"effetto migrante sano" nella cultura dei servizi per migranti forzati? Probabilmente perché si tratta di una lettura che ha il vantaggio di proteggere il migrante dallo stigma sociale di essere additato come colui che arriva da fuori portando rischi e pericoli per la nostra comunità. È una lettura rassicurante per la società che accoglie, che tende a minimizzare i rischi e a mettere in evidenza i vantaggi connessi all'immigrazione.

Come fare dunque a conciliare l'esigenza di cogliere positivamente le opportunità dell'accoglienza e dei percorsi di integrazione con una considerazione più attenta e realistica dei bisogni di salute di chi arriva? E quanto è tollerabile, anche per gli operatori coinvolti, avere a che fare con un corpo malato? E soprattutto, come districarsi di fronte alla sofferenza psicologica, quando tutto ciò che costituisce l'esperienza di vita dei migranti costruisce alienazione e indebolisce la possibilità di disporre della propria vita, dei propri affetti, dei propri amori? Fin dove il mandato della cura attinge pienamente al sistema di accoglienza o ai servizi per l'integrazione, e quanto piuttosto al sistema sanitario? Gli operatori fanno fatica a collocarsi in una dimensione di intervento che riguarda la salute; sentono di muoversi in un terreno che non è di loro competenza.

Il migrante sofferente pone questioni che non sono totalmente nella disponibilità degli operatori, a partire dalla difficoltà di rapporto con gli altri servizi.

Questo è l'aspetto in cui ci si è imbattuti con maggiore difficoltà in questi anni. È vero infatti che, in linea teorica, per le questioni che riguardano la salute gli operatori potrebbero limitarsi a effettuare una segnalazione al servizio sanitario, ma è la corretta lettura del bisogno di salute che mette in difficoltà il sistema. E ancor più è la considerazione che non è possibile scindere un bisogno dall'altro, soprattutto quando si parla di salute mentale. La lezione di Basaglia non dovrebbe essere dimenticata anche perché, almeno teoricamente, è quella che informa l'approccio dei servizi.

La strada, così, non può che essere quella di un lavoro di rete più integrato, una crescita della cultura di tutti i servizi coinvolti per far sì che gli operatori affinino la loro sensibilità e favoriscano l'emersione dei bisogni nei tempi e nei modi che consentano una presa in carico adeguata, prevenendo quelle acuzie che mettono in crisi il sistema. Il progetto Ca.Re. ha lavorato in questa dimensione e in particolare qui a Mantova si sono sperimentati strumenti importati: i gruppi di parola, la formazione comune, l'equipe etnoclinica.

Tutte queste nuove dimensioni di lavoro diventano di per sé curative, anche perché contribuiscono a superare il fraintendimento culturale che così spesso si frappone tra operatore e migrante, aprendo la strada a una comprensione più corretta, presupposto per una relazione di fiducia.

Questa prospettiva comporta che in qualche modo si accetti che i luoghi dell'accoglienza sono a tutti gli effetti anche luoghi di cura, in senso ampio: non luoghi riservati a chi è malato, ma luoghi in cui quella cura che si costruisce nella comunità, con l'appropriato coinvolgimento e responsabilità di chi ne ha le competenze, possa avvenire, in una piena integrazione socio-sanitaria. Luoghi insomma da cui chi è portatore di sofferenza non debba essere espulso, che nessuno umano potrebbe trovarvi accoglienza, ma come invece, purtroppo accade, nei confronti di alcuni su cui si abbatte lo stigma della malattia, come purtroppo ancora oggi frequentemente avviene, ma possa essere accompagnato adeguatamente nel suo percorso verso l'autonomia.

Il programma di formazione del Progetto “Ca.Re.”

Giorgio Cavicchioli e Luciana Bianchera

*Oh cuore, fa' conto d'avere tutte le cose del mondo
fa' che tutto ti sia giardino delizioso di verde,
e tu su quell'erba verde
fa' conto d'esser rugiada
gocciata colà nella notte, e al sorgere dell'alba svanita
(Omar Khayyam)*

L'ampio spazio, all'interno della complessiva cornice progettuale, occupato dalla formazione è motivato dal fatto che la costruzione di competenze del sistema territoriale dei servizi deriva in buona parte dalla possibilità di condividere concetti comuni, nozioni con le quali pensare e articolare interventi coerenti perseguendo finalità ed obiettivi specifici.

In questo caso si è trattato frequentemente di sperimentare attraverso la formazione un riapprendimento di se stessi in rapporto ai legami che stabiliamo con l'ignoto, lo sconosciuto, l'altro da sé che ci interroga profondamente sia in termini personali che professionali, sul piano individuale e collettivo.

Infatti è stato possibile rilevare, sui territori del Progetto, una pluralità di bisogni presenti negli operatori, nei loro gruppi di lavoro e nelle istituzioni a cui appartengono. Tali bisogni riferiscono della presenza di competenze e strumentazioni che si riscontrano in modo eterogeneo e a livelli molto diversi per quanto riguarda il possesso di approcci, metodologie, strumenti e tecniche specifiche per il lavoro di presa in carico di stranieri finalizzata alla promozione e tutela della loro salute psicofisica e del loro ambientamento.

Nelle fasi avanzate della progettazione e dell'assestamento delle linee progettuali, per quanto riguarda gli interventi di carattere formativo è apparsa evidente la necessità di programmare un lavoro di formazione ampio e complesso, che potesse tenere conto di una molteplicità di soggetti fruitori nella loro dimensione di singoli operatori, in quella di equipe di servizi ed anche sul piano delle diverse istituzioni che a vario titolo e con diverse competenze e ruoli concorrono alla cura delle persone straniere presenti nella comunità locale.

Abbiamo adottato così un approccio e una strategia di lavoro formativo a più livelli che fosse in grado di attuare una azione “a cerchi concentrici”, dal singolo servizio alla rete inter-istituzionale, dal micro-territorio alla dimensione

inter-distrettuale e provinciale. Questo ha portato ad un aumento della sensibilizzazione della curiosità antropologica e ad una elevata consapevolezza dell'importanza del lavoro di gruppo per occuparsi di utenti o pazienti stranieri e non.

Altro elemento caratterizzante la programmazione e l'approccio adottati per l'attuazione delle azioni formative è legato alla complessità interna del Progetto Ca.Re.: infatti in esso, diverse tipologie di azione concorrono alla finalità generale. Queste azioni (i diversi WP) hanno ognuna una propria specificità. In particolare, risulta essenziale considerare l'interconnessione di senso e di operatività soprattutto tra le prime tre macro azioni progettuali: azione di governance e formalizzazione della collaborazione tra diverse istituzioni nella rete territoriale; l'azione formativa; la progettazione e attuazione di azioni sperimentali quali l'attivazione di una equipe etnoclinica per la consulenza ai servizi e la realizzazione di percorsi di consultazione culturale dei migranti e la realizzazione di gruppi di parola, dispositivo negli anni ampiamente sperimentato in Sol.co per dar voce ai vissuti e alle esperienze traumatiche e desideranti di diversi gruppi di migranti.

Si comprende, quindi, come l'azione formativa sia stata pensata ed attuata in modo tale da ottimizzare e integrare gli interventi e le attività previste sia al livello della governance interistituzionale, sia sul piano delle azioni sperimentali. In altri termini, una parte degli esiti e delle ricadute che progressivamente si sono configurate nello sviluppo del Progetto hanno trovato luoghi di riflessione e di ricerca sul campo in alcune delle fasi più laboratoriali, a volte finalmente in presenza, in cui i partecipanti alla formazione hanno cominciato a trasformare la teoria, gli approcci, in una visione operativa parzialmente rinnovata del proprio agire, un agire pensante e rimodellizzato attraverso una rottura di approcci binari sostituita con maggior attenzione alla ricombinazione di campi del sapere. Come si vedrà in seguito, infatti, le azioni formative non sono state configurate semplicemente secondo un approccio frontale; è stato invece privilegiato un modello di apprendimento basato sulla centralità del gruppo in formazione, sebbene frequentemente in Zoom, e quindi sull'attivazione di processi che si avvalessero delle dinamiche di elaborazione che i gruppi di operatori mettevano in atto proprio durante la formazione stessa.

Riportiamo qui di seguito alcuni elementi progettuali e di impostazione generale dell'approccio teorico e metodologico adottati nelle azioni formative; elementi che possono far comprendere meglio il tipo di lavoro che si è ritenuto opportuno mettere in campo.

1. Approccio epistemologico al progetto formativo

Vista la finalità complessiva del progetto, ovvero elaborare, predisporre ed applicare sistemi interconnessi di sostegno psicosociale culturalmente orientati e realizzati attraverso le capacità della rete interistituzionale, appare evidente la necessità di ri-organizzare un approccio alla cura all'insegna di una **epistemologia convergente**.

In questo modo si renderà possibile l'integrazione di molteplici punti di vista, approcci, dispositivi, modalità di funzionamento ma soprattutto sarà possibile **aprirsi ad una visione antropologica della salute e della malattia**, della lettura dei processi di migrazione.

Questo permetterebbe di **ristrutturare il sistema delle competenze** necessarie ad interloquire con pazienti, gruppi e famiglie in maniera interistituzionale, interdisciplinare e interculturale. In questo interloquire riteniamo fondamentale incidere sui processi di ascolto che talvolta nelle istituzioni risentono di una certa superficialità e attribuzione di modelli di comportamento precostituiti e rispondenti a quelle che sono normalmente le procedure standardizzate dei servizi. *Ascoltare davvero* nel nostro caso significa tenere in conto il rapporto con prossemiche diverse, una lingua differente, la presenza di una lingua ponte, la produzione di significati simbolici afferenti a contesti culturali diversi e, non per ultimo, un frequente conversare compiacente, da parte dello straniero, per rientrare nei canoni dell'accoglienza e del funzionamento delle nostre istituzioni.

Questa tipologia di ascolto può aprire alla ricodifica continua di processi di lavoro, di modelli operativi ed atteggiamenti centrati sul compito di cura e meno cronicizzanti, insieme alla declinazione di dispositivi con cui questo può avvenire.

2. Orientamento alla ricerca-azione

Un secondo aspetto che vediamo come premessa di approccio e metodologia dell'intera esperienza di formazione è **l'accompagnamento e il monitoraggio costante dei percorsi di formazione**, nonché degli altri W.P. con una attività di **osservazione e rilevazione dei processi in entrata, in divenire ed in uscita di tutte le azioni formative**.

Il modello formativo in cui si coniuga la teoria con l'attivazione di processi gruppali consente un potenziamento degli apprendimenti affinché effettivamente si **trasformino in competenze reali ed operative**. Questo significa anche una particolare attenzione ad analizzare le resistenze al cambiamento e a sperimentare modelli di comunicazione a tutti i livelli che rimettano in

gioco in modo nuovo e diverso la costruzione di capacità di integrare le differenti culture. Questa modalità di lavoro potrebbe garantire che le competenze maturate, le attitudini sviluppate durante lo svolgimento del Progetto, si mantengano nel tempo e si trasformino in **nuove modalità di cura e prevenzione anche successivamente alla conclusione del progetto.**

Questa parte del lavoro ci sembra particolarmente connessa alla sperimentazione di una comune progettualità, alla realizzazione dei gruppi di parola e della équipe etno-clinica, alla modellizzazione di una euristica transculturale, e alla sedimentazione e trasmissione dei saperi acquisiti attraverso l'esperienza progettuale.

3. La sofferenza psicologica come emergente comunitario e istituzionale

Una terza considerazione che ci sembra costituire ulteriore elemento di premessa nell'impostazione dell'intera azione formativa, è l'esplicitazione di una visione della sofferenza psicologica. Queste manifestazioni sintomatiche sono a nostro avviso da intendere anche come emergente di disfunzioni comunicative o relative alle situazioni economiche, alla mancanza di relazioni di sostegno, alla presenza di situazioni traumatiche di difficile elaborazione. Tutto questo porta necessariamente a rivedere le comuni rappresentazioni di umanità, civiltà, motivazioni, identità e famiglia.

Destinatari degli interventi formativi

È stata individuata una **pluralità di soggetti destinatari** della Formazione, per certi versi corrispondenti a ruoli e funzioni dispiegate nella rete territoriale di riferimento del progetto.

✓ **Dirigenti delle istituzioni implicate**, con l'obiettivo di sensibilizzarli al tema dell'intervento interculturale ed interistituzionale. In questo spazio formativo questi soggetti sono stati accompagnati a pensare quali operatori, con quali titoli e ruoli potessero essere coinvolti nella realizzazione operativa del progetto, e quale potesse essere il livello di ingaggio delle loro istituzioni di appartenenza nell'intera progettualità.

✓ **Operatori delle istituzioni aderenti al Progetto**, che possono realisticamente diventare soggetti attivi nel sistema di rete e soggetti invianti alle attività sperimentali. La formazione ha dato loro strumenti e competenze per operare con approccio etnoclinico.

✓ **Operatori e professionisti impiegati nelle comunità locali e territori di riferimento** provenienti da organizzazioni del pubblico, privato sociale, vo-

lontariato, associazionismo, etc. Questo processo formativo ha consentito collaborazioni, scambi, invii, confronti sulla situazione generale e su casi o progetti gestiti in partnership.

✓ **Operatori che hanno costituito l'equipe etnoclinica.** Questo gruppo ha allestito uno schema di riferimento comune per pensare all'ascolto, all'osservazione e al trattamento integrato di individui o famiglie straniere. Oltre al percorso formativo è stata riservata anche una pratica di supervisione e monitoraggio delle modalità di funzionamento.

Aree tematiche-formative

Sono quindi state individuate, fin da subito, alcune aree tematiche che riportiamo qui di seguito e che poi si ritroveranno, nelle sezioni successive di questo testo, nella loro trattazione più esaustiva.

✓ **Antropologia e sociologia delle migrazioni.**

Cenni storici e attualità, elementi giuridico-normativi, processi geopolitici, paesi coinvolti, cenni alle culture.

✓ **Psico-antropologia della salute**

Come si producono salute e malattia, rappresentazioni e schemi di riferimento. Confronti interculturali sul processo dell'ammalarsi, del curarsi. Il concetto di farmaco, ritualità curanti, sortilegio, malattia e guarigione. Il significato del sintomo in differenti culture e biografie, individuali e gruppal. Come si lavora con le "malattie degli altri", dialoghi e narrazioni interculturali alla ricerca della relazione curante.

✓ **Individuo, gruppo, istituzione e comunità: il rapporto con la salute in una visione transculturale**

Il processo psicologico nella Teoria degli Ambiti. Individuo, gruppo, istituzione e comunità alle prese con una visione transculturale della salute, della malattia, dei processi di comunicazione tra le diverse parti sociali, dell'influenza dei pre-concetti e pregiudizi nell'allestimento di una atmosfera ospitante o respingente.

✓ **Teorie e tecniche dei processi gruppal, istituzionali e del lavoro di rete**
Le differenti immagini culturalmente connotate di socialità, gruppalità e rapporto con le istituzioni. Costruire alleanze e aumentare le competenze operative.

✓ **Elementi di psicologia e psichiatria culturale, ed etno-clinica**

La rappresentazione dell'altro e del legame con le alterità. Approcci culturalmente orientati nella gestione dei setting psico-socio-sanitari e riabilitativi. Elementi di psico-patologia culturale.

*Frugo gli angoli della notte –
il tuo gomito, il tuo ginocchio,
il tuo mento.
Rotolano pietre.
Senz'alcun rumore.
Dove sei?
(Ghiannis Ritsos)*

Dal seminario del 7 aprile 2021

Salvatore Inglese

Sono particolarmente felice di partecipare a questa giornata perché il momento inaugurale di un percorso complesso è, in realtà, molto di più. Ogni parola pronunciata da qualunque soggetto è sempre *competente*, vale a dire, implicata nel problema posto in essere, capace di trasmettere quei frammenti o sistemi organici di conoscenza che la nostra posizione soggettiva nel mondo ci permette di mettere in movimento, soprattutto quando si danno occasioni di scambio, come quella di oggi. Il progetto di cui stiamo discutendo allarga le sue braccia intorno al mondo e tenta di portare il mondo verso se stesso: dopo oltre 40 anni di migrazioni internazionali, questi decenni hanno portato nei nostri territori il mondo intero. Non c'è alcuna porzione del pianeta, per quanto minuscola, che non si sia trasferita nel nostro mondo almeno per un giorno.

È come se i saperi del mondo si fossero rovesciati addosso a noi e ci domandassero “cosa volete fare di questi mondi?”. Le istanze portate dalle persone in migrazione, per quanto solo apparentemente individuali, riguardano insieme collettivi e comunitari. Questo progetto comincia a rendere possibile una nuova coscienza del mondo, una nuova consapevolezza riflessiva nel quadro di una realtà dove i mondi si mettono in rapporto insistito tra loro. Per quanto minime e ordinarie, le nostre esistenze diventano frastagliate ed eterogenee ogni volta che accogliamo persone di altri mondi. Ugualmente, il nostro stesso mondo viene alterato da tali presenze: l'organizzazione sociale delle popolazioni ospitanti muta o è destinato a mutare.

Le politiche dell'accoglienza non soltanto ci dicono qualcosa sulla popolazione ospitata, ma ci comunicano molto anche su come trattiamo le nostre popolazioni. Quanto accade nella popolazione accolta funziona da indicatore.

È vero che stiamo operando nel quadro di un progetto di *capacity building* da finalizzare al lavoro con gli *allogeni*, ma tale programma sonda in profondità la capacità, attuale o potenziale, di lavoro con gli *autoctoni*. Esso propone un'ottica ecosociale nel momento in cui riesce a intervenire e a sensibilizzarci in rapporto al nostro Sé (Self) socioculturale. I progetti applicati a favore di soggettività esterne al mondo culturale ospitante sono anche e soprattutto iniziative che intervengono sul versante interno delle nostre società. Quando ci interessiamo all'*etnopsicologia clinica*, stiamo rivolgendo la nostra attenzione alle configurazioni sociocliniche disfunzionali. Questo ci invita ad apprendere l'individuazione delle forme di disagio endogeno e quelle di disordine reattivo ed esogeno. Ambedue rappresentano il segnale del rapporto specifico con cui il soggetto sviluppa il proprio adattamento relazionale al contesto delle società adottive. Quando cerchiamo di individuare il rapporto fra l'endogeno e la contingenza, attiviamo una concezione analitica e critica in grado di coniugare i fattori strutturali con quelli contingenti in grado di innescare dinamiche di campo peculiari, inizialmente singolari, ma intenzionate ad affermarsi come fenomeni processuali in qualche modo ripetitivi nello spazio e nel tempo. Il conflitto fra endogeno ed esogeno è sempre stato un conflitto tra paradigmi a forte saturazione ideologica e questo ha spesso sbilanciato interpretazioni relativamente fallaci che rischiano di rinviare alla dimensione innata ciò che invece è acquisito.

Gruppi di parola: sono forme interattive che favoriscono la circolazione democratica della parola, quale caratteristica positiva contengono? Sono leve di prevenzione del disagio che vanno meglio articolate perché portano la propria attenzione alle fasi che *precedono* la manifestazione del disagio, ovvero alle sequenze generative di quest'ultimo.

Appare fondamentale concepire i gruppi di parola come *leva di prevenzione* generale. Nella sua forma più radicale, il disagio mentale è fatto per rendere incomprensibile il disagio stesso. A questo punto il gruppo che agisca preventivamente diviene una sorta di laboratorio naturale di ricerca che mette a fuoco la peculiarità del progetto di ricognizione. Esso nasce da persone che non possiedono un sapere compiuto, ma che si impegnano a conquistare la migliore conoscenza possibile sui fenomeni critici.

Equipe etnoclinica: il progetto che vogliamo realizzare metterà capo a forme originali di assistenza, ancora non sperimentate o solo parzialmente validate, che si propongono di giungere all'acquisizione di conoscenze tecniche più avanzate rispetto a quelle già disponibili.

Tavolo interistituzionale: rappresenta un livello ulteriore del progetto com-

plessivo che bisogna preparare a partire dalle prime fasi esecutive. Non è un tavolo in cui esercitare i riti della burocrazia: intorno a esso devono sedere soggettività in grado di rendere vitali le strutture organizzative e amministrative, di concertazione e programmazione. Sono i piani nobili su cui, soprattutto, stipulare e rendere operative alleanze finalizzate alla tutela dei diritti fondamentali di utenti specifici, oltremodo particolari (migranti stranieri). Su questi tavoli si possono elaborare protocolli partecipati e condivisi che si ispirano all'esame ponderato delle criticità, in modo da passare dall'analisi congiunta e multidimensionale delle criticità alla promozione e alla standardizzazione di buone pratiche, *necessariamente* coerenti e sostenibili da parte degli attori istituzionali e professionali.

In tal modo stiamo intervenendo nel *corpo vivo* della società che si eleva a elemento trasformativo della realtà. Stiamo così immaginando la *comunità in divenire*: essa scaturisce dalla cooperazione leale e risoluta tra soggettività eterogenee, impegnate a stringere forme di legame (di attaccamento e di appartenenza) in grado di tenere insieme una società *multiculturale* di fatto (esistente nella vita reale), di principio (costituita per vocazione intenzionale), di diritto (garantito ed esigibile; Kirmayer, Guzder, Rousseau, 2020).

Processo di disseminazione: esso deve diventare una sorta di respiro, efficace e sincronico, capace di ossigenarsi grazie alla dinamizzazione dell'intelligenza sociale (collettiva) e che si muove nella dimensione di una nuova ecologia mentale (Bateson, 1977). Proprio la criticità specifica degli eventi migratori, ci costringe a pensare e immaginare nel modo più creativo possibile. Possiamo contare sul fatto che il territorio in cui agiamo è particolarmente ricco di esperienza rispetto allo specifico del movimento incessante delle popolazioni negli spazi mondiali.

Il sistema istituzionale pubblico, di concerto con quello del privato sociale, deve realizzare autentiche immersioni negli abissi del dolore mentale. Appare piuttosto tonificante rilevare l'esistenza di una tensione pubblica e ideale, etica e politica, che attraversa le varie fasi e articolazioni di tale progetto. Questo pone a fondamento della vita sociale il senso complessivo di un'identità condivisa soprattutto quando quest'ultima viene messa in tensione dalla presenza di gruppi umani che provengono da un altrove geoculturale sempre più prossimo e già inserito, per quanto conflittualmente o solo parzialmente, nella realtà vissuta.

Comunità in divenire: la riflessione generale deve essere portata su questo concetto, dove risalta l'evidenza che tale tendenza sociale inarrestabile rappresenta il risultato composto delle nostre comunità che si associano, siglano

accordi e risolvono criticità con comunità venute da altri luoghi, la cui esistenza è stata solo immaginata in epoche precedenti o fino a un momento prima (Anderson, 1983). L'interazione socioclinica all'interno di un dispositivo gruppale permette di rappresentare *in vivo* queste eterogeneità culturali. Il dispositivo stesso decide di convocarle, riuscendo a farle dialogare secondo modalità pacifiche e produttive. Uno strumento operativo multidisciplinare, multilinguistico e multiculturale permette di esaminare la formazione delle strutture culturali e di capirne coerenze e incoerenze, funzionalità e disordini, alla luce della vita quotidiana sperimentata in concreto, passando dall'idealità della rappresentazione anticipatoria alla realtà dell'esperienza vissuta.

Pandemie, società e culture, tra presente e futuro: nel corso di due anni capitali abbiamo assistito al dilagare di un virus associato alla diffusione irresistibile di un disagio biopsicosociale incontenibile. Tale evento, con l'eleganza fatale di un *cigno nero*, ha forzato lo sviluppo delle culture del mondo, messe sotto pressione da un evento esterno ed esogeno, provocato da un elemento di natura radicalmente differente, installato dentro il corpo sociale planetario in modo persistente. Grazie alla sua azione, ad esempio, l'evento ha costretto i gruppi nativi degli Stati Uniti a sedersi attorno a un tavolo e siglare un patto di alleanza affinché nessuno di essi venisse escluso dall'accesso alle protezioni sanitarie (vaccini). L'evento perturbatore ha quindi innescato un'associazione virtuosa tra istanze tradizionali (cosmovisioni comunitarie) e saperi moderni (tecnologie vaccinali; epidemiologia), modificando il grado di autocoscienza dei gruppi nativi. Ciò ha proposto al centro della discussione sociale, orientando finanche gli studi scientifici e le pratiche sanitarie, il ruolo delle concezioni culturali e delle configurazioni ideologiche emergenti in particolari ecologie sociali. Questi episodi, di certo altamente specifici, hanno corroborato l'insegnamento etnopsichiatrico fondamentale: ogni fenomeno patologico (nella mente, nel corpo e nelle società) avviene all'interno di un contesto culturalmente determinato e ne viene temperato o amplificato. In nessun caso si può esaminare l'evento patologico e psicopatologico separandolo dai cosiddetti determinanti socioculturali (Devereux, 2007).

Empatia e trasmissione culturale: Nell'ambito della psichiatria sociale interculturale il valore dell'empatia, come modificazione della postura interattiva, rappresenta uno dei fattori critici di successo. Se la postura è proattiva e capace di identificarsi con i bisogni dell'altro interagente, oltre che con i suoi desideri, gli esiti delle terapie, le alleanze intergruppi e l'organizzazione dell'ecologia sociale diventano marcatamente migliori. Dal vissuto empatico, proviene una metodologia *calda* con la quale si resta positivamente aperti al-

l'influenzamento e alla capacità dialogica dell'altro. Il lavoro con l'alterità è fatto di legami significativi con questa alterità. Il sapere accumulato nel corso dei decenni può diventare interessante anche per gli altri (migranti stranieri), impegnati in una trasmissione parallela lungo le loro filiere transgenerazionali. Il concetto di trasmissione è molto delicato perché i sistemi che trasmettono concezioni e saperi sono completamente governati dalle matrici culturali attive nei gruppi umani più diversi. Conosciamo i nostri sistemi di trasmissione del sapere ma siamo ignari dalle regole altrui, che possiamo però conoscere avviando, finalmente, un dialogo proficuo con loro.

Scritti dai percorsi di formazione

Luciana Bianchera, Giuseppe Cardamone, Giorgio Cavicchioli, Michela Da Prato, Simona Di Marco, Salvatore Inglese, Leonardo Montecchi, Alba Ospina Dominguez

*...Ho tanta fede in te. Mi sembra
che saprei aspettare la tua voce
in silenzio, per secoli
di oscurità.*

(Antonia Pozzi)

Percorsi formativi di Mantova, Asola, Guidizzolo

ELEMENTI DI ETNOPSICOLOGIA CLINICA E DI ANTROPOLOGIA SOCIALE APPLICATA: verso un'attivazione di reti territoriali competenti

Sintesi degli elementi teorici trattati

Riportiamo in questa sezione una sintesi dei temi e degli elementi teorico-concettuali che sono stati trattati nell'ambito del percorso formativo che abbiamo intitolato: "Elementi di etnopsicologia clinica e di antropologia sociale applicata. Verso un'attivazione di reti territoriali competenti". Questo percorso formativo, composto di 5 incontri di quattro ore ciascuno, è stato realizzato in tre edizioni parallele nei tre territori dei distretti sociali di Mantova, Asola e Guidizzolo.

In ognuno dei tre territori i percorsi formativi sono stati frequentati da gruppi di operatori appartenenti a diversi Servizi e diverse Istituzioni, pubbliche e private, che a vario titolo sono implicati nella salute degli stranieri e nella presa in carico delle loro problematiche.

Qui di seguito si esporranno i temi trattati nei tre percorsi. Questi temi sono stati rielaborati e sono stati integrati i relativi contenuti esposti nelle tre edizioni territoriali degli incontri formativi. Ricordiamo la evoluzione dei temi affrontati nei percorsi formativi e i formatori che hanno condotto gli incontri, che si sono tenuti tra maggio e ottobre 2021.

EDIZIONE MANTOVA

DATA	ARGOMENTO	DOCENTE	CODOCENTE
19-mag ore 9-13	L'approccio metodologico all'etnopsicologia clinica: dall'etnocentrismo all'epistemologia convergente.	Luciana Bianchera	Giorgio Cavicchioli
09-giu ore 9-13	Antropologia e sociologia delle migrazioni.	Salvatore Inglese	Luciana Bianchera
30-giu ore 9-13	Psico-antropologia e pedagogia della salute: rappresentazioni culturali di salute e malattia.	Simona di Marco	Giorgio Cavicchioli
15-set ore 9-13	Individuo, gruppo, comunità e istituzioni nei processi migratori.	Leonardo Montecchi	Luciana Bianchera
06-ott ore 9-13	Il processo grupppale nell'esperienza di accoglienza dei migranti: la variabilità culturale del concetto di gruppo.	Giorgio Cavicchioli	Luciana Bianchera

EDIZIONE CASTIGLIONE/ GUIDIZZOLO

DATA	ARGOMENTO	DOCENTE	CODOCENTE
24-mag ore 9-13	L'approccio metodologico all'etnopsicologia clinica: dall'etnocentrismo all'epistemologia convergente.	Luciana Bianchera	Giorgio Cavicchioli
14-giu ore 9-13	Antropologia e sociologia delle migrazioni.	Salvatore Inglese	Giorgio Cavicchioli
05-lug ore 9-13	Psico-antropologia e pedagogia della salute: rappresentazioni culturali di salute e malattia.	Simona di Marco	Luciana Bianchera
20-set ore 9-13	Individuo, gruppo, comunità e istituzioni nei processi migratori.	Leonardo Montecchi	Luciana Bianchera
11-ott ore 9-13	Il processo grupppale nell'esperienza di accoglienza dei migranti: la variabilità culturale del concetto di gruppo.	Giorgio Cavicchioli	Luciana Bianchera

EDIZIONE ASOLA

DATA	ARGOMENTO	DOCENTE	CODOCENTE
26-mag ore 9-13	L'approccio metodologico all'etnopsicologia clinica: dall'etnocentrismo all'epistemologia convergente.	Giorgio Cavicchioli	Luciana Bianchera
23-giu ore 9-13	Antropologia e sociologia delle migrazioni.	Salvatore Inglese	Luciana Bianchera
07-lug ore 9-13	Psico-antropologia e pedagogia della salute: rappresentazioni culturali di salute e malattia.	Simona di Marco	Giorgio Cavicchioli
22-set ore 9-13	Individuo, gruppo, comunità e istituzioni nei processi migratori.	Leonardo Montecchi	Giorgio Cavicchioli
13-ott ore 9-13	Il processo grupppale nell'esperienza di accoglienza dei migranti: la variabilità culturale del concetto di gruppo.	Giorgio Cavicchioli	Luciana Bianchera

L'approccio metodologico all'etnopsicologia clinica: dall'etnocentrismo all'epistemologia convergente

Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli

Parlare di identità da oggi significherà parlare di come noi ci muoviamo nel mondo, di come noi ci disponiamo nella relazione interpersonale a partire dagli attaccamenti culturali che hanno intriso la nostra identità a partire dal momento in cui siamo venuti al mondo. Che significato ha la cura, la malattia nel contesto in cui viviamo? *Noi siamo il prodotto degli attaccamenti culturali.*

Josè Bleger, psicoanalista che ha lavorato sulle psicosi, ritiene che quando si nasce si viene accolti in una socialità sincretica, quel tessuto identitario, culturale, affettivo comune che gli abitanti di un certo contesto si trovano pervasivamente ad occupare e da cui si trovano ad essere occupati come una sorta di trasmissione culturale di modi di pensare ed esistere che consente ai nuovi nati di essere non solo figli ma affiliati ad una cultura. Va a costituire uno sfondo silenzioso parzialmente inconscio dentro l'individuo che gli permetterà per il resto dell'esistenza di sperimentare socialità, appartenenza, partecipazione. Il linguaggio è una parte fondamentale della socialità sincretica.

Edmond Jabès, parlando del rapporto con lo straniero dice "la domanda che ti rivolgo non è chi sei ma cosa mi porti". La risposta dello straniero è "quello che ti porto è ciò che io sono". *Allo straniero non domandare solo il luogo di nascita, ma occupati del suo luogo di avvenire.* La parola insediamento, per ora, per me è ancora una parola sprovvista di senso. Piuttosto parliamo del mio spaesamento o parlami del tuo spaesamento di fronte a me.

Faremo degli attraversamenti concettuali e parleremo di come si può immaginare un passaggio, una trasformazione da una posizione etnocentrica ad una più orientata alla epistemologia convergente. L'identità ha a che fare con i nostri attaccamenti culturali, che sono rappresentati da quella complessa serie di elementi che ci vengono trasmessi dal momento in cui nasciamo.

Piero Coppo parla di attaccamenti culturali. Noi siamo quello che abbiamo sentito e vissuto. Siamo la rappresentazione di significati che ci è stata trasmessa nel corso del tempo. Entra dentro di noi un attaccamento culturale, ciò che ci radica. In rapporto con l'avvenire, troviamo residui importanti delle esperienze religiose e culturali che ogni cultura trasmette e sviluppa attraverso la trasformazione inter e transgenerazionale.

L'attaccamento culturale dell'altro mette in movimento, inquieta il nostro stesso attaccamento culturale.

Due parole sull'etnocentrismo: si è iniziato a parlarne tra '700 e '800, ne parlò Gumpłowicz e poi lo riprese William Graham Sumner.

Nel momento in cui eserciti la tua identità a partire da un attaccamento culturale ti capita di pensare che il mondo giusto sia quello che vedi tu. Il modo di impostare e risolvere i problemi, è in quest'ottica quello che utilizziamo noi. L'etnocentrismo è diventato etnocentrismo occidentale poiché è nell'occidente che si sono strutturate determinate forme dominanti. Possiamo parlare di politiche post-coloniali, colonialismo, ci troviamo di fronte a migrazioni di portata enorme. Le parole dell'antropologo *Ernesto De Martino*, che ha studiato i migranti italiani che andavano all'estero: il viaggio etnografico si colloca nel quadro dell'umanesimo moderno come il rovesciamento totale del viaggio che mistici e maghi compiono per recuperare lo smarrirsi della presenza. Nel viaggio etnografico non si tratta di abbandonare il mondo ma semplicemente di una presa di coscienza di certi limiti umanistici della propria civiltà e di uno stimolo ad andare al di là della propria circoscritta umanità. È attraverso la socialità sincretica, di cui parla J. Bleger che ci sentiamo parte di un determinato mondo e modo di intendere noi stessi, gli altri, il vincolo tra noi e gli altri.

Nella relazione con l'altro siamo mossi, inquietati nei tre piani di cui parla E. Pichon-Riviere: mente, corpo e relazioni.

Sebbene il nostro apparato disciplinare abbia fatto del suo meglio per irrigidirsi (dunque porre la realtà sotto una unica luce), se noi osserviamo un oggetto riflettere la sua luce da un punto di vista differente noi vedremo che questo oggetto riflette una luce diversa. La realtà non è univoca, non contempla una immacolata percezione, è molto più complessa.

Gaston Bachelard era interessato agli aspetti poetici della vita, ed ha parlato di ostacoli all'apprendimento. Per arrivare ad un'immagine di epistemologia convergente abbiamo due grandi ostacoli da superare. Per primo un sapere, che noi abbiamo, che può diventare un muro, un sigillo, un materiale non poroso. Un sapere, per esempio, che applica una diagnosi rigida in un solo linguaggio o codice. Si tratta quindi di un ostacolo epistemologico, legato alle caratteristiche della conoscenza e del sapere, che sono sempre situati in una determinata cultura.

L'altro è l'ostacolo affettivo. È l'ostacolo o difficoltà o resistenza che si crea per effetto delle dinamiche emozionali ed affettive che si attivano di fronte all'altro. Affetti talvolta difficili ma che devono essere attraversati per vivere l'incontro. Senza quegli affetti non si creano legami, noi non siamo più nulla. Estran-io diceva Jabès, ci invitava a riflettere sul fatto che in fondo noi non

sappiamo di noi stessi ogni cosa e per conoscere dobbiamo aprirci all'alterità, all'estraneità che è sempre anche parte di noi stessi.

L'idea di epistemologia convergente mette in campo un possibile dialogo su tre livelli: interdisciplinare, interistituzionale, interculturale. Per capire follia, salute, migrazione, abbiamo bisogno di far dialogare le discipline proprio perché utilizzare una sola lente uccide il fenomeno, ne consente una visione parziale e settoriale, quindi non integrata. C'è in questo approccio di epistemologia convergente un alto tasso di democraticità. La realtà viene guardata da diversi punti di vista e ognuno di essi ha la stessa dignità, valore, potere. È una spinta verso un'apertura al dialogo con tutte le istituzioni, anche se talvolta le istituzioni non parlano fra loro o parlano lingue diverse.

Sayed ci invita a chiederci cosa succede a noi stessi quando ci gettiamo nel mare aperto della epistemologia convergente. Parla allora di crisi dell'assenza e di doppia assenza: è un'esperienza dell'io lacerato, è uno strappo in cui il soggetto sente che non può più appartenere alla cultura di origine perché i suoi fondamenti sono stati erosi dalla decisione di partire. Ma non sente nemmeno di aderire totalmente alla cultura di arrivo, poiché è ancora ignota.

De Martino: tutto ciò che è assenza ci rimanda a tutto ciò che è stato presenza. È la capacità di conservare nella propria coscienza le memorie per rispondere in modo adeguato.

La presenza significa dunque esserci, esser-ci. Talvolta l'uomo per esserci ha bisogno di creare dei riti. Il rito aiuta l'uomo a sopportare la crisi della presenza. Noi la stiamo vivendo dal febbraio 2020, con l'avvento della pandemia. I comportamenti rituali offrono tra l'altro rassicuranti modelli e copioni prevedibili che aumentano il senso di sicurezza. La perdita dei riti è quindi una perdita di sicurezza.

Ne "La fine del mondo" De Martino racconta di una volta quando cercando una strada in Calabria lui e i suoi collaboratori diedero un passaggio a un pastore affinché desse loro indicazioni. Il pastore provò una angoscia territoriale non appena dalla sua visuale sparì la vista del campanile. Egli si sentiva realmente spaesato, stava sporto dal finestrino. Quando vide il campanile, il suo viso si riappacificò.

La crisi della presenza caratterizza quelle condizioni diverse in cui l'individuo sperimenta una crisi radicale, una incertezza del suo essere storico. Non possiamo pensare al mondo senza i pensieri degli altri. Abbiamo bisogno di chiedere che cosa pensano gli altri, da soli non facciamo intercultura. L'essere umano è fatto profondamente del suo invisibile. Delle dimensioni spirituali a cui tutt'ora appartiene o a cui ha rinunciato.

La cultura è per noi come l'acqua per i pesci, dice qualcuno.

Tobie Nathan ci fa pensare che nulla è semplice e nulla è come appare nelle migrazioni. La percezione che le cose siano come appaiono è frutto del fatto che siamo nel nostro attaccamento culturale.

Elvio Fachinelli propone che dovremmo pensarci e pensare a noi come ad operatori senza fissa dimora in una dimensione erratica. Errare, perlustrare il territorio ma anche sbagliare. In questo modo possiamo lavorare con le lacerazioni.

Antropologia e sociologia delle migrazioni

Salvatore Inglese

Prima parte

Appartenendo noi a una certa comunità di esperienza non abbiamo troppo da dire sul qui ed ora, ma quando troviamo la variabile straniera che è una variabile vissuta da individui concreti, non è detto che queste soggettività in movimento condividano con noi il qui e l'ora. Quando noi facciamo un intervento sulla realtà dobbiamo tener presente che il qui non è il qui condiviso tra noi e loro e che l'ora, cioè un elemento di contemporaneità, non è lo stesso tra noi e loro.

Non vanno dati per scontati i parametri che costituiscono la nostra realtà. I parametri fondamentali all'interno dei quali una persona vive una realtà vanno discussi, allineati. A vari livelli noi abbiamo sempre a che fare con la Storia (gli eventi macro che ad esempio influenzano una migrazione) e con la storia (microstoria, la narrazione che riguarda l'esistenza minuta ma decisiva di ciascuno di noi).

Abbiamo almeno tre direttrici: chi si occupa dell'accoglienza, chi della tutela giuridica, chi della sofferenza degli stranieri. A qualunque livello noi abitiamo, il progetto tenta di costruire legami tra l'uno e l'altro livello.

Ciascuno di noi può dare un appuntamento clinico o giuridico ad uno straniero, che però magari non si presenta. Egli si presenta alla fine del turno di lavoro con un altro operatore antipatizzato da questa indolenza. In questi casi, l'evento banale non può essere lasciato passare inavvertito: tornando a casa, confrontandoci con i colleghi, l'elemento banale va discusso. Io ho dato una disponibilità, e costui cosa ne ha fatto? Ha vissuto il tragitto come un labirinto? Non posso derubricare l'evento come necessariamente patologico ad esempio, sottolineando come possa avere una depressione che lo rallenta e ne dilata il periodo del risveglio. Noi dobbiamo chiederci, se diamo un appuntamento, come viene interpretato nella misura in cui ha un giorno, un luogo e un'ora?

Quando l'Europa incontra la presenza straniera, trasforma il proprio sé. La Parigi di oggi non è più quella della Belle Epoque.

Il tempo dobbiamo farlo giocare a nostro favore, tenendo conto che questo tempo dobbiamo discuterlo. Ipotizziamo di trapiantare noi in un villaggio africano e vedere cosa succede: se noi fossimo dei soggettisti di programmi televisivi, potremmo fare un reality transculturale. Il punto cardine sul piano

delle pratiche diventa “quanto tempo dedichiamo nell’ufficio pubblico al spiegamento ed alla rappresentazione del funzionamento delle nostre società”. Il nostro avversario non è l’ignoranza, il fatto di non sapere qualcosa, ma sono le distorsioni che si raccolgono nel processo di migrazione. Non siamo abituati ad una pedagogia interculturale. Con l’aiuto degli stranieri si tratta di attivare delle modalità comunicative specifiche che temperino il conflitto ove esso viene a generarsi. Si tratta di spiegare collaborativamente e correggere tutti gli elementi in discussione.

Seconda parte

Facciamo di tutto per negare le differenze anche se veniamo torturati dalle differenze. Antropologia e sociologia servono a raccogliere nella loro ridondanza questa differenza e a farne qualche cosa dal punto di vista delle pratiche istituzionali, che sono pratiche sociali e anche ideologiche e valoriali. Nell’erogare prestazioni trasmettiamo ideologie e valori, oltre a un certo tipo di etica. La corrente mainstream predica in modo ipocrita la somiglianza, a partire da una concezione ugualitaria, cioè ci occupiamo di tutti perché tutti sono uguali. Ma l’altro ci dice che l’uguaglianza può essere una buona impostazione politica ma anche un’allucinazione. L’altro, a partire dalla sua apparenza somatica, ci ricorda che non siamo affatto uguali. Tu padrone di casa stai dicendo che siamo due padroni della stessa casa?

L’azione pratica ha senso, può essere guidata verso scopi convalidabili se tenuta in piedi da una buona teoria, una teoria miope, che riesce cioè a vedere da una distanza ravvicinata. Tante teorie miopi che collaborino, riescono a trovare un focus distinto sull’oggetto al punto che finalmente colgono l’oggetto problematico. La sociologia da sola non è sufficiente, poiché se nell’altro vedessimo solo il prodotto sociale che viene da un’altra società, non ci prenderemmo mai cura della persona. Non ci prendiamo cura delle società astratte, le distinguiamo ad esempio in società democratiche e non democratiche. La sociologia non basta se la assumiamo come analisi della categoria astratta di società.

Sappiamo controllare l’antipatia culturale? Tutti sono bravi a proclamare l’empatia culturale. Ma mettersi nei panni dell’altro è un esercizio torturante. Ricordiamo il brivido che sente il povero quando sente il tessuto del buon samaritano. Nel venire a contatto tramite l’oggetto buono esso scatena una reazione di sorpresa, stupore e disagio e chi riceve questo contatto deve avere il tempo, il luogo e la relazione perché quell’oggetto buono divenga autenticamente buono.

Immaginiamo cosa succede quando due lingue radicalmente diverse entrano in quell'urto in cui vengono compresse nell'incontro con un migrante straniero. È inutile che anche verso lingue affini si dica "derivano dal latino": se io parlo con un francese di Borgogna, non capisco nulla. Cerco i punti di convergenza e somiglianza tra le fonetiche ma alla fine anche nel caso in cui dicessimo la stessa cosa, stiamo certi che la separazione ha portato a una tale divergenza che una parola in un determinato ambito significa una cosa, da un'altra parte ne significa un'altra.

Il qui e ora è alla fine una camicia di forza, un cristallo polarizzatore. Proviamo a immaginare uno schiavo portato dall'Africa, cosa si vede nel qui e ora? Un uomo spaventato e svestito. Ma se io voglio conquistare il senso della persona posso eseguire questo solo posizionando la persona su una trama storica di lunga durata. Quando incontrassi Giorgio gli chiederei non chi è lui ma a chi appartiene, a quale famiglia appartieni. Il suo significato non è dato in sé ma da generazioni e generazioni che si sono succedute di cui cerco di afferrare l'ultima parte.

Pensiamo alla potenza evocativa che si ottiene situando in una trama storica una persona per poi trasportarla su una trama mitica. Chi pratica terapie familiari sa quanto sia importante la costellazione dei miti familiari nella determinazione dei comportamenti dei membri reali.

Quando costringiamo l'altro a una prova di realtà, intendiamo la nostra realtà: ma devo accettare i limiti delle mie dimostrazioni, la realtà valida per tutti non esiste per gli altri, non ha senso. Ci sono dei gruppi umani che si impediscono di dormire e sognare: temono queste realtà seconde più di quanto temano le realtà prime. Costoro preferiscono affrontare i giaguari piuttosto che le creature che appaiono chiudendo gli occhi nel sonno.

Anche i rapporti spaziali rimarcano diversità: pensiamo al rapporto, alla dinamica città-campagna. Ma ad esempio in Africa la dinamica fra città e villaggi rurali non è la medesima che è da noi, ed è produttivo astenersi dal sovrapporre immediatamente nei termini delle somiglianze fra le due realtà. Le nostre migrazioni sono le nostre migrazioni, non quelle degli altri.

L'attenzione decisiva è quella rivolta al cambiamento delle menti con lo spostamento del corpo. Di fatto, ogni migrante va considerato nella sua imperfezione e vulnerabilità costitutiva. Pensiamo a parti invertite se ci venisse richiesto di adattarci alla burocrazia ed alle istituzioni ad Addis Abeba, probabilmente non resisteremmo o faremo molta fatica. Quando incontriamo uno straniero, anche se è l'ennesimo, porterà a noi stessi la verità che ci riguarda, verità che se noi cercassimo di carpire non raggiungeremmo mai. Come fac-

ciamo a spiegare il senso di una regola a un altro che viene da un altro mondo: pensiamo a spiegare il welfare state. Come possiamo spiegarlo a chi proviene da uno stato che non contempla minimamente un concetto simile?

Terza parte

Quando un essere umano si insedia in un territorio di fatto è autorizzato a considerarlo sempre e comunque un territorio di confine o addirittura una frontiera. Possiamo parlare di “Clinica alle frontiere” intendendo con questo quel tipo di assistenza e cura intesi come tutela a più livelli, tutela globale, riconoscendo quindi una persona nella sua costituzione personale e strategia esistenziale. L’intersezione culturale è un incontro. Soprattutto nelle città i soggetti si sentono al centro di qualsiasi cosa, tuttavia il centro delle città non è solo veramente un centro ma altresì una frontiera o un confine.

L’istinto alla conoscenza, l’istinto epistemofilico caratterizza gli esseri umani, spingendoli a oltrepassare la frontiera. Esse, le frontiere, sono però elevate anche come barriere di esclusione, pensiamo a Ilio difesa da potentissime mura. L’astuzia di un sovrano, Ulisse, viola le mura e riduce Troia in cenere. Nel contrasto fra frontiera che attrae e frontiera che respinge, la dinamica è sempre una dinamica aperta. I gruppi migrano in gruppi, nessuno migra avendo una idea desocializzata di se stesso, e gli altri sono esseri reali o immaginati: i vecchi viaggiatori del Mediterraneo portavano nei loro bagagli le loro divinità e funzionavano come accompagnatori anche dell’umano più atomizzato. Sempre rimanendo alla pagina mitica, quando Ulisse arriva in una delle tante isole in cui si trova gettato, ci sono momenti in cui viene rappresentato completamente da solo. I suoi ospiti a questo punto gli domandano, ripetutamente, chi sei. La sua solitudine, che storia ci racconta? Gli ospiti lo interrogano per capire se è umano o immortale, se è qualcuno che proviene da un contesto divino. Oltre alla obbligazione alla ospitalità c’era l’istinto di conoscere la storia dell’altro, il tramite per conoscere gli altri mondi. Nella relazione con un paziente, egli diventa l’interazione con un altro mondo.

Parlando di esperienze in territorio africano con Piero Coppo - Centrale è fare articolazioni tra prospettive teoriche diverse sul territorio: il pagamento del riscatto al guaritore tradizionale per liberare il paziente è un esempio di articolazione. Trovavamo dei guaritori che ci dicevano come questi pazienti andassero invece tenuti alla catena. Ma come si articola un’alleanza? Conoscendo. Il guaritore ci dice che la follia è pericolosa, ma quale criterio usa per dirlo? Usa il frame della pericolosità sociale, o quando parla di pericolo intende qualcosa di diverso? Abbiamo imparato a relazionarci con prassi

sconosciute guadagnandoci molto. Nella relazione con l'altro dobbiamo immaginarci la visione della nostra istituzione come lui l'ha appresa nel luogo di origine e nella sua esperienza.

Psicoantropologia e pedagogia della salute: rappresentazioni culturali di salute e malattia

Simona Di Marco

In apertura si delinea la questione di quali siano i nostri schemi di riferimento, come siamo collocati noi operatori in relazione ai nostri schemi, spesso molto articolati e radicati in strutture e protocolli. È necessario partire da chi siamo. L'incontro con l'altro è una grande sfida, le persone che ci troviamo ad incontrare sono portatrici di storie difficili e ciò implica una ridiscussione ed un ripensamento del setting dentro le istituzioni.

Per cura non si intende solo cura sanitaria ma anche cura mirata all'accoglienza, al contesto sociale, presa in carico globale. Il lavoro è multidisciplinare, interistituzionale e interculturale: se il setting di partenza fosse già interculturale, il processo sarebbe indubbiamente più semplice. La relazione di aiuto sicuramente crea interrogativi rispetto alla nostra collocazione. In questa relazione vengono messi in moto processi immancabilmente transferali, che hanno a che fare anche con l'istituzione stessa. Guattari aveva definito il transfert e il controtransfert istituzionali: una serie di vissuti che vengono proiettati a vicenda tra chi è utente e chi è dentro l'istituzione stessa. Patologizzazioni o meccanismi espulsivi possono prodotti da meccanismi della istituzione.

La messa in discussione di un paradigma, il nostro, è il punto di partenza: esso è, necessariamente, culturalmente orientato.

Il transfert è un concetto che si adatta a tutte le forme di relazione, non soltanto a quella analitica. Per quanto riguarda il lavoro con i migranti, il migrante può sviluppare un transfert molto intenso che può costituire una difficoltà se non riconosciuto.

Il controtransfert culturale, definito da Devereux, ha a che fare con l'incontro con l'altro, diverso per cultura (sia il razzismo che la fascinazione hanno a che vedere con questo tipo di controtransfert). Sono quelle emozioni intense che si mettono in moto in relazione alla diversità culturale, diversità di codici e appartenenze. Ha a che fare anche con delle fantasie e aspettative collettive. Ci sono elementi controtransferali che se non riconosciuti e contenuti possono generare reazioni violente ed espulsive.

Ragioniamo su come i setting integrati debbano essere ripensati con altre dimensioni della malattia e della cura: in primis, la concezione operativa di

gruppo ci aiuta a considerare il contesto come fondamentale, e sia i disturbi che la terapia vanno letti in un'ottica di contesto. Questa teoria che nasce con i maestri argentini parte dalla concezione di come la malattia nasce da un contesto e dunque va considerato come espressione di una dinamica gruppale. Pichon-Riviere diceva già che i criteri di salute e malattia non sono assoluti bensì relativi. L'altra concezione teorica è quella dell'etnopsichiatria e della etnopsicoanalisi, che prenderei in considerazione come messa in discussione delle certezze, come sosteneva Nathan. La citiamo in tal caso come leva per mettere in discussione le nostre pratiche. Anche la cura nell'ottica di un'interpretazione della malattia come disequilibrio con il contesto e con il mondo invisibile, va visualizzata come ricostituzione di questo equilibrio.

Agli inizi del '900 Kraepelin, psichiatra tedesco, va a Java a visitare un ospedale psichiatrico e si accorge che quello che vede nelle manifestazioni psichiatriche della popolazione locale è molto differente da ciò che vede nella sua pratica quotidiana.

Devereux inizia a lavorare negli anni '50 con i nativi americani e sente la necessità di mettere in discussione alcuni aspetti della psicoanalisi dell'epoca; qui nasce un concetto fondante: il complementarismo. Per spiegare un fenomeno complesso sono necessarie più discipline; è un concetto che ci è fondamentale anche nell'ottica di equipe multidisciplinare. Si inizia a creare un dialogo tra la psicoanalisi e altre discipline, con la convinzione che le variabili culturali abbiano essenziale rilevanza; l'antropologia e la sociologia hanno in questo un ruolo essenziale. Devereux si accorge di come la psicoanalisi entri in difficoltà, motivo per cui da sola non basta, ma è necessario aggiungere discipline in grado di rilevare le suddette variabili culturali. Anche la psichiatria come noi la intendiamo è da ridiscutere, nella consapevolezza che essa riflette i nostri paradigmi.

Tobie Nathan, che è allievo di G. Devereux, in Francia alla fine degli anni '70, in una realtà immigratoria particolare, mette in discussione radicalmente la psicoanalisi tradizionale, allargando il setting e utilizzando un nuovo dispositivo con le persone migranti che consenta un recupero della parte culturale. Crea questo dispositivo dialogico in cui il paziente è considerato il principale conoscitore di se stesso e della propria cultura e viene aiutato a rintracciare questi aspetti per impostare poi una cura.

Nel nostro DSM c'è un grande contributo della psichiatria transculturale canadese, e nella quinta edizione compare un'attenzione agli aspetti culturali. Queste persone molto spesso portano con sé storie traumatiche, gli studi ci

dicono che spesso troviamo violenze e torture, quelli che cioè vengono definiti traumi estremi.

Molti programmi sulla vulnerabilità sono centrati sull'intercettazione del disagio precoce. Sappiamo che tutti i richiedenti asilo sono portatori di una vulnerabilità. Forse quello che noi vediamo è qualcosa che probabilmente ha iniziato a rompersi in terra di origine, ed abbiamo a che fare con una grande complessità. Dal 33% al 75% delle persone che hanno a che fare con traumi estremi sviluppano un disturbo psicopatologico. Il disturbo post-traumatico da stress si manifesta con molti sintomi. C'è un disturbo post-traumatico più grave, dissociativo, che si traduce in aggressività, comportamenti dissociati. Ci troviamo a notare che le manifestazioni che vediamo nel disturbo post-traumatico complesso sono associate a una serie di disturbi anche cognitivi, che associati all'insonnia sono tra le manifestazioni più frequenti. Ci sono basse scolarità che altresì rendono difficile l'apprendimento della lingua. L'insonnia, spesso difficile da trattare, è uno dei tratti più comuni, gli incubi, le angosce rivissute che si presentano. Spesso incontriamo sintomi legati a un mondo invisibile, stregoneria, spiriti, e spesso è assai difficile se non impossibile affrontare ciò nei nostri setting tradizionali.

La domanda relativa alla presa in cura di un disagio o un conflitto andrebbe analizzata utilizzando un setting innanzitutto di gruppo. Potrebbe essere utile dunque un approccio multidisciplinare. Devereux diceva che dai dispositivi che mettiamo in atto dipende l'interpretazione del fenomeno ma anche la cura. Se mi limito a vedere il tutto in una forma duale del vincolo psichiatra-utente, sarà più difficile mettere in atto una cura culturalmente orientata. Nell'ultimo libro di Leonardo Montecchi egli scrive come la richiesta fatta da un operatore è un sintomo che va collocato nell'ambito che le è proprio, altrimenti diviene impossibile intercettare la domanda latente, che non appartiene solo all'individuo che la manifesta. Il dispositivo di gruppo permette l'osservazione e l'analisi della domanda, consente di comprendere le ansie di contesto e quali sono gli interventi da effettuare sul contesto per ridurre tali ansie e rendere più efficace la comunicazione. Ha inoltre il vantaggio di evitare che l'interpretazione di un fenomeno venga dalla messa in atto di un dispositivo rigido. Un metodo efficace è quello di incontrare l'equipe che fa la domanda in un setting di gruppo allargato (operatori dell'equipe che fa la domanda, operatori di diversi ruoli dunque multidisciplinare nel senso del complementarismo). Benché non sia sempre possibile, sarebbe ottimale avere un mediatore, che lavora sulla relazione, come spiega Nathan, ed è un ponte tra le culture. Il mediatore è un co-terapeuta, di fatto. Favorisce il dialogo sul fenomeno tra

utente, clinico che osserva o operatore in generale, spiega cioè come l'utente e il suo gruppo culturale di appartenenza e l'operatore con il gruppo culturale di appartenenza vedono e interpretano ciò che sta succedendo. Il lavoro di gruppo nell'incontro con l'equipe che porta il problema ha proprio il compito di costruire insieme una visione del problema.

Il gruppo è un dispositivo che protegge gli operatori, una protezione emotiva dagli aspetti transferali che possono generare rotture relazionali ed altresì protettivo nei confronti degli utenti che incontriamo rispetto a tutte quelle risposte istituzionalizzate e patologizzanti. Permette inoltre la cosiddetta sicurezza culturale: viene dalla psichiatria transculturale canadese ed è stato elaborato da alcune infermiere che lavoravano con i Maori ed ha a che fare con un atteggiamento che cerca di ridurre le disparità di potere nella relazione.

Il gruppo garantisce attraverso una relazione intersoggettiva e dialettica la tutela della relazione stessa. Il discorso della disparità di potere è un concetto importante e da tenere in conto.

Un altro impiego del setting di gruppo parte dalla concezione di Nathan di inserire più operatori, più figure con ruoli e competenze diverse; si crea un setting a più voci, contemplando anche i guaritori tradizionali. Questo setting è sicuramente difficile da realizzare ma è da portare ad esempio come manifestazione di una gruppalità interculturale che abita un setting di intervento.

Individuo, gruppo, comunità e istituzioni nei processi migratori

Leonardo Montecchi

Josè Bleger negli anni '60 divenne il preside della nascente facoltà di psicologia in Argentina. Le facoltà di psicologia nascono relativamente tardi come struttura accademica, attraversando, prima, altre facoltà. Una delle poche cattedre di psicoanalisi è stata tenuta da Ferenczi a Budapest ma durante un breve periodo rivoluzionario che ci fu in Ungheria; l'istituzione della psicoanalisi come disciplina all'interno di un percorso classico di formazione è risultata sempre molto difficile. Nel testo "Psicologia della condotta" c'è la descrizione della psicologia degli ambiti di Bleger. Questa psicologia degli ambiti è parte di un pensiero migrante.

Si sente molto parlare della psicoanalisi argentina ed è dunque identificabile un passaggio della psicoanalisi dall'Europa all'America. Fra le possibili destinazioni dell'esilio di Freud c'era anche Buenos Aires, che aveva una comunità ebraica molto grande. In particolare va richiamata alla memoria la figura interessante di Marie Langer, nata a Vienna, medico e psicoanalista ed anche militante comunista, la quale partecipava ad un movimento che si occupava anche di effettuare aborti. Da Vienna andò a partecipare alla difesa della Repubblica spagnola, partecipò alla guerra civile e poi fuggì prima a Montevideo poi a Buenos Aires.

Altra figura importante è quella di Enrique Pichon Riviere, che nasce in Svizzera, a Ginevra, ma è di famiglia francese. Con la sua famiglia non va a Buenos Aires ma nella parte nord dell'Argentina, che anche oggi è piuttosto selvaggia; all'epoca era una frontiera e vi abitavano i Guarani, i nativi del luogo. La prima lingua che ha imparato Pichon Riviere dopo l'emigrazione è stata proprio il guarani.

Era, oltre che psicoanalista, anche psichiatra con un ruolo istituzionale importante, cioè direttore di manicomio. Era uno psichiatra come poteva essere Basaglia, cioè non dalla parte dell'istituzione in quanto tale.

Pichon Riviere, in contatto con gli indios Guarani, descrive nel testo "Il processo gruppale" il suo contatto profondo con loro, con i quali ha imparato i miti sulla vita e sulla morte, la lingua. Partecipava anche al movimento surrealista che era attivo a Buenos Aires, movimento che egli studiò e che contribuì a produrre le sue teorizzazioni sul processo creativo.

In manicomio si trova davanti allo sciopero degli infermieri e dunque si trova a dover gestire l'ospedale con una grande problematica istituzionale. Si do-

manda a questo punto se i malati possano autogestirsi. Comincia a riflettere e a pensare che il gruppo ha una capacità di funzionamento operativa e di gestione; inizia dunque a parlare di gruppi operativi, che di fatto mettono insieme psicoanalisi e marxismo. L'individuo isolato e astratto, di fatto, non esiste. Esiste invece un individuo che è sempre sociale, ed egli è al centro della teorizzazione di Pichon Riviere. Bleger è suo allievo, ed egli cerca di mettere insieme degli ambiti su cui si possa lavorare concettualmente e operativamente tenendo presente la complessità.

Nella psicoanalisi sin dagli anni '20 si sono sviluppate due correnti: una più legata alla dimensione individuale ed una invece che non intendeva la clinica come unicamente ascolto del paziente sul lettino, ma intendeva invece avvicinarsi a confini che parevano inesplorabili, ad esempio la clinica della psicosi, o la psicoanalisi dei bambini. Con gli psicotici secondo Freud era impossibile il trattamento psicoanalitico in quanto la regressione ad uno stadio di narcisismo primario impedisce il transfert. Melanie Klein applica poi invece il trattamento psicoanalitico agli psicotici e ai bambini, per i quali lei scopre un altro setting. Freud ha lavorato con i bambini, come il piccolo Hans, ma solo attraverso i genitori.

Wilhelm Reich aveva costruito un movimento che ha chiamato Sexpol, sesso e politica, che affrontava temi come la masturbazione, la sessualità, la liberazione e l'educazione sessuale, proprio perché pensava che le nevrosi derivassero dalla repressione sessuale. Reich racconta in "Saggio di sociologia marxista" di un paziente che va a fare la seduta e incomincia a dire che vorrebbe, al posto di partecipare alla seduta, partecipare allo sciopero anti-fascista. A quel punto Reich accompagna il paziente nello sciopero ed ha un occhio psicoanalitico nell'analizzare la situazione, una visione comunitaria di ciò che stava accadendo. Venne espulso dal partito comunista in nome della repressione stalinista.

L'individuo va dunque ad inserirsi in una dimensione gruppale di riferimento, come può essere la famiglia: Pichon Riviere tematizza il fatto che il soggetto sofferente è l'emergente di un processo più vasto: non si può intervenire chiudendo il paziente in struttura pensando che curare il solo individuo funzionerà. In questa concezione il soggetto è un soggetto sociale e ciò che avviene nel soggetto va contestualizzato nel contesto di riferimento. Pensare alle relazioni sociali è centrale in questo approccio. Il modo di considerare le istituzioni riguarda però non l'istituzione in sé ma l'interazione degli individui e i gruppi con essa. Bleger, a tal proposito, definì l'istituzione un "gruppo di gruppi". C'è un autore contemporaneo a Pichon Riviere che si chiama Elliott Jacques,

che lavorava in Inghilterra e faceva parte della scuola di Melanie Klein. Egli si occupava di istituzioni, definendo le istituzioni come sistema di difesa dall'ansia persecutoria e depressiva; in fondo cos'è un funerale? Un'istituzione che trapassa individuo e gruppo, una serie di riti concatenati.

Cosa accade quando l'istituzione è distrutta anche nell'edificio che la identifica? Un terremoto che distrugge il Comune, ad esempio. Re-istituire l'istituzione anche nella tenda è un provvedimento di grande contenimento. L'istituzione è sì legata all'edificio, ma può essere ricostituita nella sua valenza psicologica.

Bleger scrive "Psicologia della condotta" dopo essere divenuto direttore della facoltà di psicologia. Dentro questo testo, che potremmo considerare un manuale, c'è la descrizione della psicologia degli ambiti: individuale, gruppale, istituzionale e il quarto è quello comunitario. Qui possiamo inserire il tema della migrazione, in relazione alla comunità.

Tönnies individua nella comunità (*gemeinschaft*) il luogo dove esiste uno scambio di affetti e di sentimenti, dove le persone si conoscono e scambiano affetti e sentimenti. La società (*gesellschaft*) invece è il fatto che gli individui si incontrano sul mercato per un dare ed un avere, che dunque non veicola affetti.

La teoria degli ambiti e le sue connessioni con il lavoro di cura degli stranieri verrà ripresa nel prossimo incontro.

Il processo grupppale nell'esperienza di accoglienza dei migranti: la variabilità culturale del concetto di gruppo

Giorgio Cavicchioli e Luciana Bianchera

L'idea da cui è partito Bleger è un'idea molto correlata al lavoro orientato in termini etnoclinici, la necessità di collocare lo studio e l'intervento sui comportamenti umani all'interno del contesto. Per noi collocarci nei contesti significa collocarci al livello della cultura; quanto riguarda l'uomo, le relazioni interpersonali, la salute, la patologia, sono tutti elementi che vanno fortemente considerati nel e nei contesti, quindi nelle culture. Una delle questioni che anche dal punto di vista etnopsichiatrico ha attivato molto lavoro è il fatto di riconoscere una serie di manifestazioni di disagio che tendono ad acquisire un certo tipo di significato se considerate nell'ambito di altre culture, in relazione quindi alla necessità e alla difficoltà di mettere in un rapporto dialettico elementi appartenenti a contesti culturali diversi. Gli ambiti nella definizione di Bleger sono quattro grandi "contenitori" di studio ed intervento su fenomeni psico-sociali, e sono:

✓ **Ambito individuale:** l'individuo è considerato nell'ambito delle sue relazioni intersoggettive, a partire dall'idea che il singolo soggetto è un'astrazione se non visto all'interno dei vincoli relazionali entro cui si definisce, fin dall'inizio della vita.

✓ **Ambito socio-dinamico o grupppale,** dove il comportamento viene considerato in quella declinazione della soggettività che è la gruppalità. Anche la famiglia è considerata un gruppo; a questo livello di ricerca e di intervento, si considerano i fenomeni come processi di soggettività plurali, gruppi, appunto, e si lavora non sui singoli ma sui gruppi.

✓ **Ambito istituzionale,** dove l'attenzione è posta sul piano dei fenomeni e dei processi istituzionali, ovvero quel livello che comprende gli aspetti più sincretici della socialità. Nell'ambito istituzionale, l'istituzione non è intesa in senso sociologico, ma in senso psicologico, ovvero come un livello di funzionamento della personalità; quel livello dove, nelle organizzazioni di lavoro o sociali o politiche si depositano le ansie primarie. L'istituzione è anche vista da Bleger come un "gruppo di gruppi", un contesto intersoggettivo che funziona come un "macro gruppo" composto da tutti i gruppi che si trovano al suo interno. È quindi un grande contenitore che avrebbe lo scopo di mantenere al sicuro gli elementi emotivi più primitivi, quali il senso di sicurezza, di integrità e di abbassare le ansie persecutorie, confusionali e depressive. Nella

lettura dei funzionamenti istituzionali vediamo però, spesso, che questi processi di difesa o rassicurazione possono essere carenti o anche assenti, contribuendo a produrre stati disagio che si manifestano a livello individuale o gruppale.

✓ **Ambito comunitario**, cioè quel campo di fenomeni e processi psico-sociali che riguardano la comune appartenenza a una comunità locale, un territorio. Questo ambito è quello che probabilmente esprime in modo più diretto alcuni aspetti della cultura, poiché la co-appartenenza all'interno della comunità viene vissuta anche a partire da molteplici elementi appunto comuni tra i soggetti: lingua, paesaggio, abitudini alimentari e di cura, riti e rituali che accompagnano la vita, rappresentazioni di uomo, donna, genitore, figlio, famiglia, sessualità, salute, malattia, ecc. la presenza di diversi gruppi culturali all'interno di una stessa comunità è sempre un fattore che dinamizza potentemente la vita stessa del contesto comunitario, attivando tutti i processi che hanno a che fare con l'integrazione o la segregazione, il conflitto e la conoscenza, la tradizione e l'innovazione ecc.. I fenomeni e i comportamenti di reciproca conoscenza e "contaminazione" tra soggetti sociali diversi all'interno della comunità producono processi di transculturazione ovvero di creazione di neo-culture che derivano dall'incontro e dalla trasformazione delle culture precedenti.

È inoltre importante segnalare che Leonardo Montecchi propone anche un quinto ambito, definito ambito globale, che si situa al livello dei fenomeni psico-sociali della globalità e della co-appartenenza alle reti sovra-comunitarie. Bleger ci dice che dobbiamo pensare alla costruzione del soggetto non come un processo che va dall'individuale al comunitario, ma in direzione opposta: la costruzione della mente e della soggettività trova nella appartenenza comunitaria il primo livello di genesi, che poi si sviluppa in ambiti istituzionali, gruppali e infine individuali. In questo senso, come anche altri autori soprattutto di scuole psicoanalitiche hanno dimostrato, arrivare all'individuazione, alla costituzione dell'individuo, è un obiettivo evolutivo e non un presupposto. Di conseguenza, l'approccio culturale ci fa pensare che non ci basti rappresentarci un soggetto nella sua dimensione intrapsichica senza considerarne i diversi contesti di vita gruppali, familiari, istituzionali e comunitari.

Il focus duplice del tema in oggetto riguarda da un lato una riflessione sulla connessione tra il gruppo e la cultura, che sarà articolata vedendo i rapporti tra gruppo, istituzione e comunità. Ciò ci consentirà di affrontare il secondo focus che riguarda un aspetto più metodologico e operativo, dove alla luce di

tutto quello che abbiamo visto fino a qui cerchiamo di condividere alcuni basilari elementi di gestione del dispositivo gruppale, con una attenzione particolare agli elementi tecnici e metodologici della gruppalità interistituzionale, cioè quella particolare tipologia di gruppi di lavoro che sono composti da differenti istituzioni.

L'idea di una variabilità culturale del gruppo: un primo pensiero è che questa tematica, dal punto di vista psicologico, configura un campo ancora abbastanza nuovo di ricerca, cioè non c'è ancora tanto in letteratura che abbia indagato questa questione. Ne va tenuto conto in quanto si tratta di uno di quegli aspetti che ci dicono come il lavoro fatto sul campo tocca delle frontiere di ricerca dove si va a produrre conoscenza e apprendimento anche per effetto del lavoro stesso. Nell'ottica della ricerca-azione, i due poli sono sempre in effetti in una dimensione dialettica, ed ogni volta che operiamo apriamo contemporaneamente nuovi campi di ricerca, che producendo conoscenza forniscono attivamente elementi conoscitivi su come lavorare.

Altro elemento che ci è utile da questo punto di vista lo recuperiamo da Armando Bauleo, che studiando e lavorando nei gruppi anche istituzionali e non solo terapeutici ha proposto un'idea che ci è molto utile per pensare alla variabilità culturale del gruppo, ed è quella di considerare su due piani differenti il "fare gruppo", cioè, da un lato, *l'esperienza* che tutti hanno seppur in maniera soggettiva del fatto di essere in un gruppo, e d'altro lato il *concetto* di gruppo, cioè quel lavoro conoscitivo che ci consente di rappresentare e definire i gruppi che ci troviamo ad attraversare nella vita. Da un lato quindi facciamo esperienza dei gruppi, dall'altro attiviamo un pensiero conoscitivo del gruppo: esperienza ed episteme. Questo duplice livello ci interessa in quanto sul piano del vissuto all'interno di un gruppo troviamo alcuni elementi universali, non vincolati strutturalmente a elementi di tipo culturale, poiché alcune cose che succedono nei gruppi sono universali; alcuni processi della gruppalità, processi di identificazione, processi emotivi che si creano sono fenomeni legati allo statuto sociale del soggetto, nella sua socialità generale. Ciò che invece cambia in modo più radicale in base alle diverse matrici storico-culturali può essere il modo di concettualizzare e rappresentarsi la gruppalità: essa è influenzata da variabili storico-socio-politico-culturali, e dunque è necessario considerare il fatto che noi impattiamo su rappresentazioni della dimensione gruppale della soggettività che sono profondamente diverse l'una dall'altra, quando interagiamo con culture diverse.

Tutte le persone formano in sé stesse delle aspettative e delle idee riguardo come stare nei gruppi e che cosa essi siano; queste idee sono chiaramente le-

gate al sostrato culturale. Tutti coloro che lavorano in una dimensione professionale di cura hanno a che fare con la dimensione gruppale pur avendo competenze specifiche molto variabili o addirittura carenti. Risulta perciò molto importante dotarci di competenze relativamente alla gestione delle gruppalità; è chiaro che quando parliamo di gruppo non parliamo solo del fare interventi gruppali, ma parliamo di una dimensione più ampia che comprende la possibilità di leggere i fenomeni alla luce di tutti gli ambiti di cui abbiamo parlato. La nostra soggettività si forma infatti all'interno di dimensioni gruppali e istituzionali, a partire dalla famiglia, che è la prima istituzione e il primo gruppo che conosciamo. Ci sviluppiamo attraversando poi gruppi nel percorso formativo, lavorativo, scolastico ecc. Questa dimensione è ontologicamente connaturata all'essere umano, è centrale. Le caratteristiche delle culture vanno a influenzare le rappresentazioni delle gruppalità che ciascuno ha e dunque si possono produrre rappresentazioni e idee sul gruppo anche molto differenti in funzione delle diversità culturali.

Nella cultura occidentale, si crea una particolare questione che connota in modo molto forte il modo di vivere la gruppalità oggi: da un lato sappiamo che la dimensione gruppale è fondante dell'identità del soggetto, a partire dalle dimensioni familiare e comunitaria. Contemporaneamente abbiamo però nella cultura occidentale uno sviluppo che ha molto puntato sull'individuo. Tutto ciò porta a vedere come poi si creino processi di modificazione e deterioramento dei legami sociali. Tutto ciò determina delle differenziazioni piuttosto marcate tra il modo di vivere la gruppalità e i legami comunitari nella nostra cultura occidentale rispetto a culture che invece non hanno tale configurazione.

Da un lato quindi l'appartenenza comunitaria, che nella nostra società va trasformandosi da almeno un secolo in senso individualista, configura nella sua stessa composizione una serie di legami anche di tipo affettivo finalizzati alla protezione e al mantenimento della salute. Contemporaneamente, questa configurazione dei legami all'interno della comunità determina anche una dimensione di vincolo e controllo sociale, che possono arrivare ad ostacolare movimenti divergenti rispetto alla cultura maggioritaria e tradizionale. Sono, questi, due aspetti dell'appartenenza comunitaria. Una comunità che abbia una caratteristica di legami comunitari molto forti e chiusi come potrebbe essere una comunità rurale, può veicolare un modo di stare nella società fortemente influenzata da questa caratterizzazione. Diversa è una situazione metropolitana, dove evidentemente questo assetto di legami sociali comunitari ha preso forme molto diverse.

Passando ad un livello più operativo e metodologico, un importante elemento da tenere presente quando utilizziamo un dispositivo gruppale è tenere conto delle conoscenze che gli individui hanno riguardo l'oggetto di lavoro. Dobbiamo dunque considerare: che tipo di schema di riferimento si mette in atto? Per quanto riguarda un'equipe, ad esempio, risulta molto importante che essa possa sviluppare uno schema di riferimento condiviso, un insieme cioè di conoscenze teoriche e tecniche condivise. Dobbiamo tenere conto anche di come si muovono i ruoli all'interno dei gruppi, anche a livello di potere (ad es. se c'è un coordinatore, avrà un potere funzionale maggiore rispetto agli altri ruoli nel gruppo di lavoro). Questo può essere un aspetto critico nel caso di un lavoro inter-istituzionale: come viene gestito e strutturato il coordinamento? Se questa funzione viene lasciata vacante o non definita, nei gruppi di lavoro interistituzionali, si avrà il rischio di una scarsa efficacia e di un funzionamento non ottimale del gruppo rispetto al compito.

È importante anche nel lavoro con gli stranieri che si produca un processo di epistemologia convergente, cioè che il gruppo possa produrre processi di convergenza conoscitiva ed operativa sull'oggetto del lavoro. Ogni gruppo è sempre un gruppo interculturale: all'interno di ogni gruppo si incontrano culture soggettive o professionali diverse. Nella situazione del lavoro di rete, dove si incontrano culture istituzionali diverse, tutti questi temi divengono elementi particolarmente critici e dunque molto importanti sul piano delle attenzioni metodologiche. Nel lavoro interistituzionale dobbiamo partire dall'idea che la complessità di quel gruppo è al massimo livello: avremo un concentrato di pluri-appartenenze che dovranno convergere e sviluppare un'appartenenza condivisa allo stesso gruppo inter-istituzionale, ciò che Bauleo chiama il passaggio dalla dimensione *multi* alla dimensione *inter*. In tal caso dobbiamo avere ancor più attenzione alla costruzione del setting, che è ovviamente più complesso in una dimensione inter-istituzionale. La rappresentazione del compito in un'equipe interistituzionale risente quindi delle provenienze degli operatori, che sono configurazioni culturali, istituzionali ed affettive al medesimo tempo.

Altro tema importante e critico, come accennato più sopra, è quello del coordinamento del lavoro interistituzionale. Se già per un gruppo intra-istituzionale il tema del coordinamento è di per sé molto complesso, in quello inter-istituzionale lo è ancora di più.

I gruppi, senza setting e coordinamento, senza un criterio di strutturazione e gestione del dispositivo, semplicemente non funzionano. Se vogliamo che un lavoro inter-istituzionale funzioni, dobbiamo dedicare una parte del lavoro

allo studio del suo funzionamento; lavorare in assetto inter-istituzionale richiede un tempo dedicato e una strumentazione funzionale, ovvero uno schema di riferimento concettuale ed operativo che consenta un lavoro sufficientemente buono su questo compito iper-complesso.

ELEMENTI DI ETNOPSICOLOGIA CLINICA E ANTROPOLOGIA SOCIALE APPLICATA: verso un'attivazione di reti territoriali competenti nella presa in carico delle famiglie straniere

Sintesi degli elementi teorici trattati

Riportiamo in questa sezione una sintesi dei temi e degli elementi teorico-concettuali che sono stati trattati nell'ambito del percorso formativo che abbiamo intitolato: "Elementi di etnopsicologia clinica e di antropologia sociale applicata. Verso un'attivazione di reti territoriali competenti nella presa in carico delle famiglie straniere". Questo percorso formativo, composto di 5 incontri di quattro ore ciascuno, è stato realizzato in una unica edizione alla quale hanno partecipato operatori appartenenti ai tre territori dei distretti sociali di Mantova, Asola e Guidizzolo.

La scelta di attivare questo modulo formativo, all'interno delle azioni previste dal WP2 del Progetto, è stata dettata dalla rilevazione di una domanda specifica. Molti operatori, appartenenti a diversi servizi psico-sociali hanno infatti segnalato l'esigenza di poter fruire di una esperienza formativa che approfondisse in particolare le questioni legate alla presa in carico non di singoli individui ma di gruppi familiari di stranieri. Ci è sembrata una esigenza importante a cui rispondere con un'attività formativa specifica, che potesse integrare l'approccio e i contenuti già previsti nelle altre edizioni dei moduli formativi precedentemente programmati, con una serie di nozioni ed elementi metodologici rivolti proprio alle specificità delle questioni familiari nel rapporto con nuclei appartenenti a culture diverse da quelle maggioritarie nel contesto territoriale.

Questo modulo formativo è stato frequentato da un folto gruppo di operatori psico-sociali appartenenti a diversi Servizi e diverse Istituzioni, pubbliche e private, che a vario titolo sono implicate nella salute degli stranieri e nella presa in carico delle loro famiglie.

Qui di seguito si esporranno i temi trattati nel percorso. Questi temi sono stati rielaborati e sintetizzati, in modo da rendere fruibile la lettura sia da parte di chi ha frequentato il percorso formativo, sia per coloro che leggeranno questi contributi senza aver vissuto l'esperienza di formazione.

Ricordiamo, nella tabella seguente, la programmazione del percorso formativo, che è stato realizzato tra giugno e ottobre 2021.

DATA	ARGOMENTO	DOCENTE	CODOCENTE
21/06 ore 9-13	L'approccio epistemologico alle questioni di etnopsicologia: dall'etnocentrismo alla epistemologia convergente. Un primo sguardo sulla famiglia straniera.	Luciana Bianchera	Giorgio Cavicchioli
06/09 ore 9-13	Lettura della famiglia in chiave trans-culturale: quesiti relativi alle pratiche di adattamento attivo.	Michela Da Prato	Luciana Bianchera
21/09 ore 9-13	La trasmissione inter e transgenerazionale nelle famiglie straniere: manifestazioni.	Michela Da Prato	Luciana Bianchera
05/10 ore 9-13	Elementi di analisi istituzionale e trans-culturale nel trattamento delle famiglie migranti.	Giuseppe Cardamone	Luciana Bianchera
20/10 ore 9-13	La famiglia come processo grupppale: risonanze emotive nei gruppi di lavoro e nelle istituzioni.	Giorgio Cavicchioli	Luciana Bianchera

L'approccio epistemologico alle questioni di etnopsicologia: dall'etnocentrismo alla epistemologia convergente. Un primo sguardo sulla famiglia straniera.

Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli

È da valutare la nostra postura etnocentrica, cioè la convinzione che il nostro modo di essere nel mondo sia quella corretta, giusta, normale, appropriata. Pensiamo, così, che ciò che noi vediamo e valutiamo, nel modo in cui lo vediamo e valutiamo, sia il giusto e il normale. La questione del lavoro con le famiglie migranti ci mette nella condizione di sperimentare e mettere in discussione tale attitudine etnocentrica. Questo tema dell'etnocentrismo va assolutamente riconosciuto poiché è alla base, spesso anche inconscia degli atteggiamenti e degli assetti del lavoro di presa in carico delle famiglie straniere.

Nella seconda metà del 1800 abbiamo due autori che ci avvertono di tale rischio: Gumpłowicz e William Graham Sumner, che ci dicono di come l'etnocentrismo abbia a che fare non solo con gli aspetti psico-sociali del lavoro ma anche con la politica; pensiamo a come l'atteggiamento etnocentrico abbia sostenuto il colonialismo, ad esempio.

Diviene dunque molto interessante vedere cosa accade se ci disancoriamo da quella che può essere una postura etnocentrica e cominciamo a pensare a come si lavora orientandosi invece ad un approccio basato su una epistemologia convergente, ovvero superando degli stereotipi culturali, emotivi, concettuali e lasciandoci andare alla possibilità di avvicinarci alla realtà culturale dell'altro e di stabilire un vincolo con essa. A partire dall'essere consapevoli del fatto che, nel momento in cui analizziamo la realtà, la modifichiamo. La realtà è continuamente modificata dall'osservatore.

Abbiamo quindi bisogno, per implementare un'epistemologia convergente che le istituzioni lavorino in un assetto inter-istituzionale, ed altresì le discipline, che sono utili nella misura in cui lavorano insieme e dunque evitano stereotipi, etichettamenti e soprattutto dinamiche di potere e gerarchia che si mettono implicitamente in atto per effetto di credenze ancorate alla cultura. Altro principio fondamentale ai fini di un'epistemologia convergente è quello inter-culturale: tenere sempre in campo la presenza di culture diverse che operano su un oggetto o compito comune. Si tratta di modificare un assetto, di vacillare su ciò che credevamo di sapere con certezza in quanto ci avventuriamo in un campo molto complesso. In questo assetto, alcuni autori fra cui

G. Bachelard ci dicono che dobbiamo superare due grandi ostacoli e ciò richiede una messa in gioco della soggettività e della gruppalità: il primo ostacolo è epistemologico, dobbiamo superare le sicurezze legate all'aver imparato le cose in un certo modo. L'altro ostacolo è affettivo, muoversi nel campo del complementarismo (Devereux) significa superare anche questo tipo di ostacolo, derivante dalle difficoltà che viviamo sul piano emotivo-affettivo nei vincoli con persone straniere. È la possibilità di superare questi ostacoli che ci permette di aprirci ad altre visioni di ciò che incontriamo e quindi a nuove modalità di operare sui compiti di cura. Il lavoro con le famiglie straniere ci cambia se siamo disposti a vacillare e ci cambia anche perché tale incontro ci fa sperimentare e riconoscere la parte straniera che c'è in noi stessi. Tutto ciò che ci è profondamente estraneo ci fa dubitare delle nostre certezze e della nostra stessa capacità di pensare. Per questo stesso motivo, naturalmente, attiva anche potenti resistenze e difese che dobbiamo saper riconoscere e almeno in parte superare.

Molto frequentemente abbiamo potuto osservare come dalle migrazioni provengano arricchimenti disciplinari, intuizioni geniali, pensiamo alla stessa psicoanalisi, costituita in buona parte da studiosi di origine ebraica che dunque hanno dovuto spostarsi e affrontare le difficoltà del sentirsi avversati ed estranei. L'umanità in tutta la sua lunga storia non ha fatto altro che vedere spostamenti di individui, di gruppi, di famiglie e di popolazioni. La migrazione ci è molto familiare, benché curiosamente sul piano tecnico sia divenuta estremamente sinistra e complessa da trattare.

Consideriamo più da vicino alcune questioni che riguardano le famiglie che migrano. La prima precisazione è che i meccanismi che andiamo ad evocare non son gli unici possibili ma sono quelli che nel tempo hanno colpito maggiormente gli studiosi che li hanno messi a fuoco; in secondo luogo, data l'esperienza traumatica dello sradicamento, ha senso domandarsi se gli individui si trovino in una situazione patologica. Non siamo automaticamente di fronte a una patologia nelle situazioni di migrazione. L'esperienza di sradicamento insita nelle migrazioni risulta, in ogni caso, una condizione di forte impatto psichico che comporta perdita di habitat e riferimenti, cambiamento di attaccamenti culturali. In tale cambiamento dell'attaccamento culturale cosa accade? Può succedere che gli individui vivano un surplus di eccitazione, un'ansia stabile, un blocco della capacità di rappresentazione come se divenisse difficile pensare a ciò che sta accadendo, una confusione di luoghi e tempi. Affascinante è la rappresentazione degli oggetti interni: cosa dicono i nostri antenati della migrazione, ci sostengono?

Tutti abbiamo un sentimento di continuità interiore: alcune migrazioni rompono però tale senso di continuità, che porta segni molto forti. Uno dei segni è l'emersione dello straniero che è in noi: normalmente ignoriamo o tolleriamo questa parte. Di fronte allo sradicamento non è possibile ignorarla. Se troveremo degli interlocutori accoglienti, questa parte potrebbe integrarsi, mentre di fronte alla chiusura potremmo trovarci in grave difficoltà con questo aspetto e conseguentemente prendere la via dell'emarginazione.

Vediamo a tal proposito tre meccanismi o modalità di compensazione degli effetti dello sradicamento che gli individui e le famiglie vivono per effetto delle migrazioni. Un primo meccanismo comporta che la famiglia si ripiega su se stessa, si chiude, alla ricerca di una bolla al riparo dall'esterno; in questo può esservi un recupero di antiche tradizioni o rituali, che vengono riscoperte, anche dopo essere state dimenticate. La vita quotidiana di queste famiglie potrebbe far emergere atteggiamenti regressivi: ci troviamo di fronte a una famiglia che cerca di ricreare un suo proprio mondo staccato da quello socio-comunitario e culturale in cui si trova dopo la migrazione. Una comunicazione che potremmo ricevere da questo metodo di compensazione potrebbe essere l'atteggiamento del debito, cioè di sentire di aver diritto ad un risarcimento, una ricompensa per ciò che è stato perduto.

Un secondo meccanismo produce una condizione analoga a quella che Winnicott ha descritto come "falso sé": una sorta di iperadattamento rapidissimo e acritico al nuovo contesto, in una forma di assimilazione caricaturale della nuova cultura, senza implicazione né elaborazione dei tratti della nuova cultura, e senza una vera elaborazione del distacco e della perdita della cultura di origine. C'è una parte del sé, individuale e familiare, che rimane oscurata e non dialoga con l'altra. Il vero Sé rimane segretato, perde il contatto con il resto dell'identità e la parte più adattata cerca di proteggerlo con un effetto collaterale piuttosto grave: un impoverimento forte della soggettività e delle capacità di apprendimento, trasmissione, relazione con l'altro. Il falso sé assume atteggiamenti di civile convivenza, eppure è una convivenza disposta alla sottomissione, in un'ottica essenzialmente inscritta a un ordinamento culturale che colonizza il migrante.

La terza modalità di compensazione dello sradicamento è il ricorso all'antemato nel processo di adattamento. Il primo movimento che permette ai soggetti di uscire dallo stato di trauma è il fatto di ritrovare un senso in tutto ciò che si sta vivendo a seguito della migrazione. I soggetti e le famiglie possono a un certo punto del processo migratorio sviluppare atteggiamenti attivi e di partecipazione socio-culturale. Questo sembrerebbe accadere con più facilità

quando i migranti riescono a riconnettersi con una esperienza simile realizzata da un avo, da un membro della loro storia familiare che abbia effettuato spostamenti o migrazioni e abbia in questo avuto successo o sia riuscito a ricostruire condizioni di salute.

Cosa possiamo fare per costruire un assetto di presa in carico funzionale e culturalmente orientato delle famiglie straniere? Possiamo ascoltare, ovvero chiedere veramente, non fare domande di routine o severamente burocratiche. Attivare un ascolto che sia basato su un vero interesse per la realtà e i vissuti di quelle famiglie. Prendere contatto con gli aspetti a noi sconosciuti, mettendo in gioco anche l'effetto perturbante che ciò comporta. In effetti, un ascolto e un contatto autentico mette in movimento e fa emergere la parte sconosciuta che è dentro di noi: possiamo tollerare di confonderci, di essere confusi, di non avere tutto sotto controllo? Possiamo aprirci alla ricerca degli oggetti trans-generazionali e culturali della famiglia che stiamo ascoltando approfittando dell'occasione per "dare un'occhiata" ai nostri oggetti trans-generazionale e culturali. Possiamo poi utilizzare l'esperienza di relazione con gli stranieri per una ricerca sulla nostra cultura. Infine, e si tratta di un aspetto essenziale, dobbiamo agire tutto questo in gruppo, dobbiamo cioè avere e cercare di far funzionare al meglio un'equipe che, come vedremo nel seguito del percorso formativo, dovrà essere un gruppo di lavoro con caratteristiche interdisciplinari, interistituzionali ed interculturali.

Lettura della famiglia in chiave trans-culturale: quesiti relativi alle pratiche di adattamento attivo

Michela Da Prato

Dovendo affrontare la questione della lettura in chiave trans-culturale della famiglia, un primo punto di partenza è sicuramente quello di accordarci su cosa si possa intendere per ‘cultura’ e, a partire da questo consenso, proporre un modo di procedere e una prassi operativa che da questa si possa muovere per leggere i fenomeni culturali in generale così come le traiettorie delle famiglie e dei soggetti che ne fanno parte.

Potremmo iniziare a parlare di ‘cultura’ partendo dal considerare due funzioni fondamentali che la interessano. Una prima funzione essenziale è la funzione *antropopoietica*: la cultura (per mano di un gruppo umano specifico) costruisce, fabbrica, dà vita ai suoi membri a partire da un dato sistema di coerenze che ha a che fare con i luoghi, il territorio, la lingua, le visioni di salute e di malattia e così via.

Insieme e strettamente connessa alla funzione antropopoietica, un discorso sulla cultura si dispiega anche attraverso una seconda funzione essenziale, ovvero quella *patoplastica*: ogni gruppo umano condivide e produce una specifica visione della malattia, del patologico, dell’origine del male (eziologia) e, insieme, definisce anche i rimedi e le terapie, i sistemi e gli strumenti terapeutici in grado di rispondere ad una domanda di cura specifica.

Questa premessa sulle due funzioni della cultura citate ci interessa, nell’ambito del nostro argomento, in quanto la famiglia è il gruppo di appartenenza primario coinvolto nella loro realizzazione.

Prima di procedere conviene ricordare che l’etnopsichiatria, disciplina e sguardo sul mondo che ispira queste considerazioni, riguarda sostanzialmente tutti i gruppi umani, non solamente i gruppi migranti. Ovunque nel mondo, anche nel nostro mondo, il fatto di divenire membro di un gruppo culturale è un atto costitutivo cui partecipa tutta la comunità; è un atto ed un processo culturale ben contestualizzato. I diversi luoghi di origine, per l’azione dei gruppi localmente situati e l’ethos che li specifica, diventano quindi scenari dei processi di iscrizione e affiliazione (che, come vedremo, sono processi implicati e attivi nel lavoro con le famiglie).

Potremmo aggiungere che in questo processo di iscrizione e affiliazione è coinvolta l’identità tutta, e il corpo come terreno sul quale sono compiute le complesse operazioni della funzione antropopoietica; si pensi, ad esempio,

alla cura del corpo del neonato nelle varie società, o ai rituali di vario genere che – nel sistematizzare un'azione sul corpo - tendono a siglare e promuovere un momento di trasformazione dell'identità, sia individuale che collettiva e sociale.

In questa visione il luogo delle origini, i territori, acquistano un'importanza particolare. Pensiamo, ad esempio, al termine 'ethos', parola che richiama nel suo significato etimologico sia il 'posto da vivere' che la 'disposizione' e il 'temperamento'. Potremmo dire che il termine ethos riassume in sé proprio il luogo (il dove) e l'identità (il come, il 'chi si è'). Pensare a questa sorta di tensione tra il luogo/territorio e l'identità non significa promuovere una visione della cultura e dei processi di costruzione dell'umanità in chiave deterministica, affermando troppo semplici e lineari equazioni che connettano insieme l'origine e l'identità. La relazione tra l'identità e i luoghi è, per contro, una dinamica in continuo movimento; è spiegata nella pluralità e molteplicità delle esistenze possibili; si dà nei processi trasformativi che si mettono in moto, ad esempio, nel percorso di migrazione e di transito da un luogo ad un altro, nel contatto/contrasto tra più luoghi, ethos, declinazioni locali della funzione strutturalmente antropopietica della cultura.

Tutto ciò riguarda e interessa molto da vicino il lavoro con le famiglie in generale, e con le famiglie migranti nello specifico del nostro focus. Nell'approfondire questa specificità lo sguardo etnopsichiatrico ben si articola con lo sguardo sistemico relazionale, fornendo spunti utili sia dal punto di vista teorico che metodologico.

La relazione tra la funzione strutturale della famiglia e le possibili declinazioni culturali e territoriali, del Luogo, ci viene chiaramente rappresentata da Salvador Minuchin nel testo *'Famiglie e terapia della famiglia'* (Astrolabio, Roma, 1976) nel quale la famiglia è descritta come 'un'unità sociale che deve affrontare una serie di compiti evolutivi (che) variano a seconda dei parametri culturali, ma hanno radici universali' (p. 24). I modelli transazionali che definiscono la struttura della famiglia sono regolati da due sistemi di costrizione: in primis, un sistema generale fatto di regole universali necessarie per l'organizzazione familiare (es. gerarchie, poteri, autorità, complementarità ecc.); in secondo luogo, un sistema specifico per le singole famiglie, con modelli di funzionamento peculiari e culturalmente situate nell'affrontare cambiamenti, deviazioni, problematiche e quanto altro il gruppo familiare si troverà a fronteggiare nel suo ciclo di vita.

Prendendo spunto dai contributi di Michel Foucault (in particolare, *(Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, BUR, Milano, 1978) po-

tremmo considerare il sistema generale universale come ciò che pre-esiste al soggetto, una sorta di criterio preliminare condiviso; la lettura strutturalista ci evidenzia ancor più l'interesse per le posizioni, per gli spazi occupati e necessariamente da occupare, per gli ordini discorsivi che saranno poi localmente declinati (potremmo dire, in ordini morali locali).

Proprio in quanto figli di ordini morali locali, complessi e articolati, ognuno di noi 'proviene da' e 'appartiene a' una molteplicità di livelli sistemici: familiari, sociali, culturali, storici (biografie situate). Questo ci suggerisce la necessità di trovare un modo per lavorare la natura profondamente relazionale delle identità e delle sue vicende; un lavoro che riesca ad essere incisivo ed efficace in quanto operativo sulle appartenenze a mondi relazionali, sociali, culturali differenziati, molteplici, competitivi.

Vedremo come nel lavoro con le famiglie migranti lo sguardo etnopsichiatrico e quello sistemico relazionale possano ulteriormente essere accoppiati e giustapposti per informarci sui processi di trasmissione inter e transgenerazionale, in particolare in quei casi in cui il processo è produttore di disagio e profonde conflittualità.

La trasmissione inter e transgenerazionale nelle famiglie straniere: manifestazioni di disagio e tracce del passato

Michela Da Prato

Lasciando sullo sfondo come acquisite le questioni già discusse sulla cultura e le sue funzioni fondamentali (antropopoietica e patoplastica), e ricordando i sistemi di costrizione brevemente presentati, possiamo spingerci ancora più in là introducendo il concetto di lealtà, così come compare nel pensiero di Boszormenyi-Nagi che intende la lealtà come forza sistemica. Potremmo dire che universalmente la famiglia, intesa come sistema multi-personale, sia costituita da modelli di rapporti multi generazionali che si fondano su gerarchie di obblighi reciproci, aspettative visibili o implicite, un dato computo del dare e avere, degli obblighi, una certa idea di giustizia e di equilibrio (giustizia inter e transgenerazionale). Tutto questo rientra nel concetto e nel vissuto di lealtà (di ogni membro rispetto alla sua famiglia o gruppo di riferimento).

Il concetto di lealtà ci è utile in quanto mette insieme le vicende del 'qui ed ora' (ad esempio della migrazione) con le vicende del 'là ed allora' (nel paese di origine, oppure rispetto alla famiglia di origine, al gruppo delle origini). Nel caso del lavoro con famiglie migranti ciò implica la realizzazione di prassi e aggiustamenti operativi che permettano il presentificarsi delle famiglie e lealtà originarie e quella data visione di giustizia ed etica delle relazioni in essa contenuta (Quali obblighi? Quale computo del dare ed avere? Quali sospesi e costrizioni in gioco?). Mantenendo in tensione lo sguardo etnopsichiatrico potremmo effettivamente affermare che il concetto di lealtà familiare si possa poi estendere alla lealtà culturale (rispetto a ciò che ha costruito quell'individuo come appartenente, affiliato, membro iscritto in un dato gruppo umano, in un dato luogo nel mondo).

Nell'ambito di un lavoro clinico psicologico, come risalire la corrente delle lealtà?

Si tratta sicuramente di un lavoro che deve riuscire a tener conto delle questioni inerenti la trasmissione e le istanze di attaccamento culturale, nella dinamica non sempre pacifica tra inculturazione e acculturazione (nel contesto della migrazione; es. gli equilibri delicati delle lealtà in bilico dei cosiddetti migranti di seconda generazione) così come delle questioni che interessano la filiazione. Quest'ultima rappresenta un processo non esclusivamente biologico che si appoggia su processi culturali (iscrizione genealogica che comporta atti specifici espliciti come i rituali di passaggio o il posizionamento in

seno alla famiglia in funzione degli specifici sistemi di parentela, così come atti impliciti non sempre consapevolmente in circolazione nel gruppo familiare).

La migrazione pone una questione sulla trasmissione e sulla costruzione di memorie familiari fondamentali; essa, quindi, pone delle questioni anche sul piano delle eredità. Nel caso delle famiglie con figli nati in Italia o arrivati molto piccoli si pone, ad esempio, un problema di reciproco riconoscimento sul piano dell'identità: semplificando i termini, il genitore può sentire il figlio come parte della propria linea di filiazione ma anche altro da sé; così come il figlio può trovarsi stretto in un conflitto di lealtà (lealtà verso il mondo culturale e le memorie familiari, lealtà verso il mondo nuovo vissuto nel presente).

Dobbiamo inoltre considerare che l'esperienza di migrazione pone delle questioni specifiche anche sul piano della lingua, o meglio delle lingue: nel lavoro clinico sarà quindi fondamentale predisporci ad un lavoro a partire anche dalla lingua di origine, necessità che – come già discusso altrove – dovrà aprire i setting e i dispositivi clinici al coinvolgimento di soggetti di mediazione (es. professionalità come quella dei mediatori linguistico culturali, ma anche saperi come quello antropologico) all'interno di servizi sempre più in grado di compiere ampie operazioni di mediazione di sistema (mediazione tra visioni del mondo, di salute, di malattia e cura).

Nel caso specifico delle famiglie migranti il lavoro clinico, a partire dagli elementi teorici e metodologici brevemente presentati, potrebbe così favorire la ricostruzione di uno scenario familiare e relazionale capace di contenere e articolare la molteplicità degli attaccamenti culturali in gioco, così come nuovi sistemi di alleanze (rispetto all'ethos, agli oggetti di attaccamento) proprio come esito di un lavoro iniziato per rispondere e risolvere situazioni di crisi e disagio.

Elementi di analisi istituzionale e trans-culturale nel trattamento delle famiglie migranti

Giuseppe Cardamone

Da tempo i servizi pubblici di salute mentale si occupano di prendere in carico anche persone che provengono da altri mondi culturali.

La prima questione che si pone è quella di prendere in considerazione non solo gli stati psicopatologici ma anche i bisogni di salute mentale che si profilano alla luce dei mondi che queste persone hanno abitato e che sono portati alla nostra attenzione in quanto operatori sanitari. Sono necessarie conoscenze di cui spesso gli operatori sono sprovvisti; è così necessario che la formazione sia implementata e integrata con altre conoscenze e le pratiche siano condivise con altri soggetti, ad esempio quei soggetti in grado di compiere fondamentali operazioni di mediazione.

Parliamo di mediazione in senso molto ampio, dalla puntuale mediazione linguistico-culturale ad una mediazione di sistema. Per raggiungere questo obiettivo abbiamo bisogno di sviluppare progettualità in grado di rispondere alle esigenze dei molteplici gruppi e questo richiede il consolidamento di alleanze di vasta portata. Sia il punto di vista che le esigenze e gli obiettivi portati dagli utenti comprendono elementi che non hanno soltanto una rilevanza clinica. Le risorse tecniche e specialistiche presentano un'efficacia parziale rispetto alle questioni di salute mentale; occorre ogni volta individuare i bisogni e le intenzionalità che muovono gli utenti e da lì provare a costruire alleanze tecniche, politiche, antropologiche e sociali. Spesso queste alleanze si formano sulla base di un'attività di mediazione e negoziazione e tutto ciò conserva molti dei principi che hanno sostenuto la Riforma psichiatrica italiana.

Particolari necessità e bisogni sono presentati dai richiedenti asilo e rifugiati; nel tentativo di rispondere a questi bisogni e sostenere i servizi pubblici di salute mentale, e non solo, in questa impresa è stato promosso nel territorio regionale toscano un progetto FAMI che dal 2018 in poi ha permesso di integrare le equipe dei servizi con professionalità e competenze apposite (Progetto Sprint, Sistema di protezione interdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati, che nel 2021-2022 è arrivato alla sua seconda edizione).

Lo sviluppo di progettualità *ad hoc* e sempre aggiornate è un'operazione in continua evoluzione. Ad esempio, appena abbiamo appreso dell'arrivo dei profughi afgani abbiamo proposto una collaborazione attiva per organizzare

l'accoglienza di queste persone; inoltre, abbiamo organizzato un percorso formativo nel tentativo di accrescere negli operatori il grado di consapevolezza e capacità di previsione delle difficoltà e dei processi che si possono attivare nei percorsi di accoglienza (nella cornice del fondamentale diritto ad una buona accoglienza).

Sempre per restare nell'attualità e nel costante monitoraggio dell'esistente (ad esempio, per quanto concerne i processi di uguaglianza e disuguaglianza o l'equità nella fruizione dei servizi) la pandemia stessa sembra testimoniare un totale sconvolgimento del contesto e di certo anche un fattore di moltiplicazione delle disuguaglianze. Tutti questi fenomeni delineano un'atmosfera apocalittica che si sta traducendo in un sentimento di insicurezza. È suggerita a tal proposito la lettura del libro "Tracciare la rotta" di Bruno Latour.

Nella cornice di questi scenari brevemente delineati (buona accoglienza, uguaglianza/disuguaglianza, fruizione dei servizi, buone pratiche di salute mentale ecc.) abbiamo bisogno di sviluppare pratiche efficaci e adeguate alla presa in carico del soggetto e dei gruppi in relazione con noi, con i servizi.

In questo senso, la mediazione etnoclinica rappresenta l'asse intorno a cui possiamo far ruotare il riconoscimento di tutte le affiliazioni che innervano l'organizzazione specifica di ogni famiglia ed ogni gruppo umano; la lingua delle origini è al centro di ogni possibile discorso trasformativo e le prassi operative che comprendono un lavoro in équipe con i mediatori linguistico culturali ci consentono di non ripiegarsi nel nostro mondo (di teorie, linguaggi, etiologie, visioni della salute, della malattia e della cura).

Il mediatore evita, quindi, che noi ci rifugiamo nel nostro mondo. Egli interrompe la comunicazione e fa parlare "la lingua della lingua", in quanto si colloca fuori da una tradizione di traduzione propriamente intesa; sposta in effetti parte del processo di comprensione, lo stesso incontro antropologico, nel mondo dell'origine (con, appunto, le sue teorie, i suoi linguaggi, le sue etiologie, le sue visioni della salute, della malattia e della cura).

La funzione di mediazione intesa in tal modo riguarda tutto il sistema clinico. Se operatori e mediatori hanno un background comune (ad esempio formazione congiunta o assiduità nella collaborazione) tutta una serie di operazioni tecniche possono essere facilitate. In questo ambito di lavoro costruire setting e progetti appropriati per individui e famiglie che provengono da altri mondi è importante, così come è essenziale un approccio di tipo comunitario. Tutto ciò spinge gli operatori ad aprirsi ad alcune discipline come l'etnopsichiatria ma anche l'antropologia, l'etnografia, la sociologia, il diritto internazionale, la scienza delle religioni e così via.

Per quanto riguarda il lavoro con le famiglie, dobbiamo per necessità tenere presente che il perno dell'intervento deve ruotare intorno al concetto di filiazione. Per 'filiazione' si intende un processo di iscrizione genealogica caratterizzato da aspetti specifici che, approfondendoli e comprendendoli, ci aiutano a rispondere alla domanda 'Come si costruisce un figlio?'.

Considerare e lavorare la questione della filiazione è fondamentale quando i migranti di seconda e terza generazione diventano portatori di una sfida evolutiva rivolta a tutta la famiglia; la sfida si esprime attraverso l'interrogazione esplicita o implicita delle dinamiche di filiazione e acculturazione, spingendo alla creazione di qualcosa di nuovo, di nuove identità (processo sicuramente affascinante e complesso, non di rado produttore di conflittualità in seno ai gruppi familiari). E allora diventa decisiva la questione di come si accompagnano le famiglie alle prese con questo lavoro complesso?

Un punto centrale è sicuramente quello di assegnare una centralità operativa alla lingua originaria che, in contesto di migrazione, possa trasformare l'iniziale difficoltà nell'interazione (anche clinica) nell'opportunità di costruire pratiche reali di mediazione, incontro e cambiamento, anche reciproco.

Il mio punto di vista è quello di un operatore dei servizi pubblici di salute mentale da anni implicato nel promuovere e costruire siffatte pratiche di mediazione e di trasformazione reciproca; proprio in virtù di questa mia esperienza, auspico che questa disponibilità alla mediazione sia allargata anche a contesti e territori dove non ci sono necessariamente molte presenze straniere. I riconoscimenti del mentale e il culturale come nuclei fondanti e interagenti dell'individuo sociale è, in effetti, un percorso e un processo che interessa tutti e da questo lavoro, volto alla costruzione di sistemi di ampie alleanze, i servizi pubblici di salute mentale ne possono trarre globalmente beneficio. Possiamo pensare questa operazione come uno stimolo al rafforzamento di un welfare di comunità che, come abbiamo visto nel periodo della pandemia e dell'emergenza sanitaria, deve essere riportato al centro delle nostre intenzioni operative e agende politiche e programmatiche.

La famiglia come processo grupitale: risonanze emotive nei gruppi di lavoro e nelle istituzioni

Giorgio Cavicchioli e Luciana Bianchera

Una chiave di lettura, un tema trasversale da tenere presente è rappresentato da una sorta di figura chiasmatica: da un lato continueremo a lavorare sulla famiglia come istituzione, ma contemporaneamente terremo aperto anche un piano che ribalta la prospettiva. Pensiamo cioè anche alla istituzione come famiglia. Dobbiamo ammettere la presenza di una dinamica emotivo-affettiva che si mette in campo all'interno delle istituzioni, che nel nostro caso assume valenze, caratteristiche particolari se ci concentriamo sul livello grupitale-familiare.

È interessante notare come molti temi affrontati colpiscano inevitabilmente in maniera personale e ciò ci ricorda che la nostra identità professionale è fortemente connessa a tutto il resto della nostra identità, per quanti sforzi possiamo fare per scindere i due piani. Quello che noi vediamo nella lettura psicologica ed anche culturale della famiglia dobbiamo tenerlo valido almeno a un certo livello anche quando ci fermiamo a pensare a cosa ci succede quando siamo al lavoro. Un tema importante è il fatto che spesso le equipe si concentrano molto sull'utente ma non sempre c'è un'attenzione posta nella lettura di ciò che succede agli operatori stessi; c'è da chiedersi anche cosa accade all'istituzione quando prende in carico una famiglia. La condizione della grupitalità, in un gruppo di lavoro istituzionale, contiene e struttura dinamiche psichiche ed emotive inconsce legate al compito che si porta avanti, ad esempio la presa in carico di famiglie straniere. I processi emozionali si strutturano ad un livello diverso da quello della consapevolezza, ciò presuppone una dimensione inconscia del lavoro e del lavoro di gruppo in generale.

Il contesto in cui stiamo vivendo e la pressione istituzionale nel lavoro interculturale, che cosa sta producendo nella comunità? Ciò che stiamo vivendo produce in alcuni momenti e per certi soggetti una dinamica mortificante, quando si è soggetti, ad esempio, a politiche di tagli economici o riassetto organizzativi che peggiorano le cose. Può però anche esserci un vissuto diverso, derivante da una consapevolezza che i processi transculturali che inevitabilmente caratterizzano la società di oggi possano, come esito più auspicabile, portare a eventi di trasformazione delle istituzioni e della comunità. Possiamo anche dire che ciò che ognuno fa all'interno delle istituzioni, va ad influenzarne i processi, il modo e i contenuti del pensiero istituzionale, creando effetti

su come esse agiscono; non è il solo fattore, ma contribuisce a definire l'esito di tali processi.

Nel momento in cui la equipe di un servizio lavora per occuparsi di una famiglia attiva un campo che non è solo inter-individuale ma anche inter-grup-pale, nel senso che si attiva un vincolo tra il gruppo di lavoro istituzionale e il gruppo familiare. Quando noi attiviamo processi inter-gruppali in una comunità o un territorio stiamo facendo un intervento di tipo comunitario. Quando mettiamo in rapporto soggetti sociali gruppali stiamo attivando un processo nell'ambito comunitario. Questo è evidente ricordando la teoria degli ambiti di J. Bleger, che individua quattro ambiti di osservazione e intervento sui fenomeni umani: individuale, grup-pale/familiare, istituzionale e comunitario. Il lavoro di ogni singolo servizio non ha mai una valenza chiusa dentro al servizio, c'è sempre un impatto sul piano comunitario. Dobbiamo abbracciare un'ottica più complessa rispetto all'idea di presa in carico della singola persona. Quando attiviamo quel setting di lavoro produciamo conseguenze che hanno a che fare con gli ambiti gruppali e comunitari, e questo ci mette nella condizione di pensare inevitabilmente quali obiettivi vogliamo perseguire a questo livello di intervento. Se mai dovessimo avere in mente degli obiettivi legati alla prevenzione, ad esempio, dobbiamo tenere conto che il campo operativo che massimamente ci permetterebbe di raggiungere degli obiettivi è quello dell'intervento comunitario, che vuol dire lavorare sui processi e i vincoli tra i gruppi in un territorio. Una famiglia che accede ad un servizio non è una famiglia che vive nel vuoto; quella famiglia non è una monade, è sempre un soggetto sociale e grup-pale che sta in una comunità. Così come quando facciamo la presa in carico di una persona straniera subito ci dobbiamo occupare di come è la sua grup-palità, allo stesso modo quando vogliamo occuparci di una famiglia dobbiamo occuparci anche dei rapporti che questa famiglia ha con altri soggetti comunitari.

Quando siamo all'interno di un gruppo di lavoro e ad una istituzione, questa nostra appartenenza, pur collocandosi sul versante professionale, attiva in noi l'umano sentimento di appartenenza e coinvolge tutta la nostra soggettività. Ci viene in aiuto l'idea di transfert: quei copioni che tutti quanti ci portiamo dentro e che tendiamo a riattivare in ogni nuovo incontro, in qualche modo entrano in campo anche nelle appartenenze istituzionali. Possiamo cioè dire che gli operatori attivano elementi di tipo transferale e quindi affettivi, nei confronti delle istituzioni di cui fanno parte e a cui appartengono. Il punto interessante è considerare la istituzione di lavoro come se fosse una famiglia nell'incontro con un'altra famiglia e contemporaneamente tenere conto del

modo in cui le famiglie utenti si rapportano alla famiglia-istituzionale del Servizio. In questo, dovremmo considerare come le famiglie straniere attivino modalità caratteristiche del loro transfert istituzionale, cioè l'attivazione di istanze inconscie nell'incontro con l'operatore dell'istituzione. C'è il rischio che gli schemi più o meno consapevoli di lettura e diagnosi che un'equipe mette in campo con famiglie omoculturali, vengano messi in campo anche con le famiglie di cultura diversa. Spesso ciò non è una scelta consapevole, ma semplicemente un'azione, un mettere in atto un modo di approcciarsi alle famiglie straniere come se fossero famiglie appartenenti alla stessa cultura degli operatori. Ciò può accadere non tanto a livello consapevole, poiché tutti gli operatori sanno che famiglie di altre culture portano elementi profondamente diversi, quanto a livello più inconsapevole e istituzionale. Ad esempio, si può notare palesemente questa dinamica quando vediamo che per incontrare una famiglia straniera viene utilizzato lo stesso setting e gli stessi dispositivi operativi che quel servizio utilizza nell'incontro con famiglie italiane. La differenza culturale tra il gruppo di lavoro del servizio e il gruppo familiare può portare a forme di impossibilità di comunicare, non solo di parlare, ma di intendersi ad esempio rispetto al compito. Cosa significa prendersi cura di una famiglia migrante in cui qualcuno manifesti ad esempio una rottura psicotica? La sensazione, a volte, è proprio quella di non comprendersi. La risonanza spesso è disagiata, può attivare stati emotivi di frustrazione e di rabbia. Si attiva un set di risonanze emozionali spesso non semplici da elaborare, che se lasciate a sé possono diventare un ostacolo formidabile rispetto alla costruzione di un'alleanza di lavoro. Alcuni interventi che hanno come esito l'allontanamento della persona dal contatto diretto col servizio possono essere condizionati dalla difficoltà di fronteggiare queste risonanze emozionali. In qualche modo ci si sente talmente in difficoltà e non in grado di lavorare sul proprio compito che si produce inconsiamente una forma di espulsione e allontanamento. Di fronte alla diversità culturale problematica, un movimento controtransferale molto presente e impattante è proprio questo, cioè quello di sentire il desiderio di allontanare l'altro. Quando sentiamo questo è importante esserne consapevoli poiché il rischio è quello di non riuscire a fare ciò che dovremmo fare, il nostro compito di cura e di presa in carico. Un aspetto metodologico ci viene in aiuto: l'integrazione tra i servizi nella presa in carico interistituzionale. In situazioni di sofferenza e disagio, un elemento centrale è quello di attivare dispositivi che siano integrati, interistituzionali, interdisciplinari e interculturali. Mettere in campo questo modo di lavorare è tutt'altro che scontato. Quando ci attiviamo in tal senso dobbiamo

tenere in conto alcuni elementi metodologici; il rischio è di fare come se un gruppo di lavoro possa funzionare di per sé, senza elementi di gestione e metodologia specifici.

Spesso questa condizione di non sufficiente cura dei dispositivi di funzionamento del lavoro di gruppo si attiva in maniera disfunzionale quando ci troviamo in situazioni di emergenza e organizziamo un incontro fra servizi diversi. Tutto ciò che noi sappiamo del lavoro di equipe e delle competenze che dobbiamo avere per far funzionare il lavoro di equipe, tutto ciò lo dobbiamo riposizionare nel lavoro di equipe interistituzionale. In tale ambito mettiamo in oscillazione elementi di appartenenza e mandato degli operatori, che arrivano da istituzioni altre e diverse tra loro. Che tipo di campo si viene a creare? A partire da appartenenze e da identità professionali diverse tra loro noi dovremmo costruire un processo che attivi un livello di appartenenza comune, innanzitutto a partire dalla definizione di un compito comune e da un livello di schema di riferimento operativo condivisi. Ogni istituzione difatti produce una propria cultura istituzionale, con propri e specifici schemi di riferimento e definizioni del compito. Fondamentale sono la costruzione e la condivisione delle condizioni che ci permettono di lavorare, cioè il setting. Il setting va quindi ripensato affinché sia funzionale al lavoro interistituzionale. Altro elemento fondamentale è relativo al coordinamento e quindi al processo di gestione del lavoro sul compito all'interno di una equipe interistituzionale. Il processo di lavoro sul compito richiede una coordinazione, una funzione di gestione e "manutenzione" del gruppo stesso, del suo modo di funzionare. È necessaria cioè una funzione e un ruolo dedicati al pensiero rispetto a che cosa si sta producendo, al perché si sta producendo una certa cosa e al come si vuole procedere. Per esempio, un tema centrale di una equipe interistituzionale è quello di porsi la questione del come conoscere le famiglie straniere, cioè di quali strumenti e approcci di conoscenza e di valutazione dotarsi per leggere l'oggetto del lavoro.

Quando ci rapportiamo con il concetto di famiglia, ci sono concetti più o meno impliciti che agiscono negli operatori, sulla loro rappresentazione di cosa sia una famiglia e di cosa sia la salute o la patologia familiare. Per esempio, ci sono idee sulla generatività, sulla genitorialità, sui vincoli di filiazione, di alleanza, sui vincoli inter e trans generazionali, sui diversi compiti che una famiglia può avere, sulle differenze di sesso e generazione. Tutti questi concetti, naturalmente, non in tutte le culture sono identici; variano anche i modi di intendere i valori, l'intimità, vicinanza o lontananza, erotizzazione, significati relativi al parto, alla salute, alla malattia, alla morte, agli attaccamenti,

alla rappresentazione degli antenati, dei soggetti invisibili, ecc... È quindi necessario partire dall'assunto della differenza culturale nei modi di rappresentarsi e di vivere la famiglia. Il lavoro di equipe interistituzionale, interdisciplinare e interculturale nella presa in carico delle famiglie straniere può quindi iniziare quando il gruppo di lavoro assume e problematizza le differenze culturali, a partire dalle differenze che ci sono anche dentro al gruppo stesso, e attiva, in funzione di ciò, delle opportune trasformazioni nei dispositivi, negli approcci e negli strumenti di intervento.

Corso di formazione per la sensibilizzazione ad elementi etnoclinici per gli operatori delle R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere (MN)

In una serie di incontri di analisi della domanda e di chiarimento sulle necessità formative relative al trattamento di pazienti autori di reato provenienti da altre culture e Paesi, scaturisce l'ipotesi di realizzare un percorso di sensibilizzazione a culture altre rivolto agli operatori delle R.E.M.S.

In relazione alle opportunità espresse dal Progetto Fami "Ca.Re.", si tratta di attivare una occasione per affinare le competenze di comprensione di comportamenti, segnali e sintomi che appaiono nella vita quotidiana dei pazienti in carico, e per i quali gli operatori possono avvalersi di una lettura transculturale. Questo potrebbe, nello svolgimento delle attività, facilitare il lavoro degli operatori che lavorano in queste strutture: Infermieri Professionali, Operatori Socio Sanitari ed Educatori Professionali Sanitari, Assistenti Sociali, Psicologi e Psichiatri.

Alcune questioni come l'attribuzione di significato al reato commesso, l'accettazione delle misure di restrizione, il dialogo e gli strumenti di supporto, la lettura delle modalità di esprimere sofferenze psico-sociali, il rapporto con la legge, contengono implicazioni etno-psicologiche molto intense che, se esplorate ed analizzate nei gruppi di lavoro, possono permettere una gestione della convivenza e dei gesti della vita istituzionale arricchita in termini riabilitativi. Pertanto, il compito individuato per il percorso formativo consisteva nell'avvicinare gli operatori alle nozioni etnocliniche di supporto per la gestione delle relazioni con gli ospiti stranieri e la ricostruzione delle loro narrazioni con nuove consapevolezze, possibilmente affacciate a prospettive di cambiamento.

La programmazione formativa che ne è scaturita è stata la seguente:

✓ 11/10/21 dalle 15 alle 18, docenti Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli. Migrazione e sradicamento. Il significato psichico dello sradicamento ed i principali meccanismi di compensazione, individuali e gruppal.

✓ 25/10/21 dalle 15 alle 18, docenti Alba Ospina e Luciana Bianchera. Elementi normativi e giuridici in materia di migrazione: terminologia, status e aggiornamenti legislativi. La violazione della norma e la legge del padre. Il reato come espressione di disadattamento, sindrome post traumatica e incomprendibilità della realtà di accoglienza.

✓ 15/11/21 dalle 15 alle 18, docenti Leonardo Montecchi e Luciana Bian-

chera. La percezione culturale del reato a partire dalle diverse esperienze. Violenza e aggressività come emergenti di “doppia assenza” (Sayed), crisi della presenza (De Martino), incapacità di mentalizzazione e rappresentazione di futuro. Quali processi di presa di coscienza sostenere.

✓ 29/11/21 dalle 15 alle 18, docenti Salvatore Inglese e Luciana Bianchera. Elementi di etnoclinica: dall’etnocentrismo alla trans-culturalità. La lettura culturale dei sintomi, segni e comportamenti tra il visibile e l’invisibile. Transfert e contro-transfert culturale, il vissuto degli operatori e delle équipes nella relazione con l’ospite straniero. Aspetti linguistici, valoriali, costruzioni di senso in un’ottica complementarista.

Qui di seguito vengono sinteticamente riportati i principali contenuti trattati nei quattro incontri formativi.

Migrazione e sradicamento

Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli

Il percorso formativo che inizia oggi viene inquadrato nel contesto più ampio del Progetto Fami “Ca.Re.” e nelle sue finalità generali e specifiche di implementazione delle competenze del sistema psico-sociale nella presa in carico integrata e interistituzionale delle vulnerabilità dei migranti presenti sul territorio mantovano. Questo progetto è quindi già di per sé una rete interistituzionale. C’è una forte centratura su tutti i processi che hanno a che fare con le dimensioni interistituzionale, interdisciplinare e interculturale.

Ci concentreremo non solo sulla presa in carico del singolo, ma cercheremo di vedere ogni percorso di presa in carico come un percorso che sta in una rete più ampia. Questo progetto è composto da una serie di azioni; un’azione di governance che ha visto le istituzioni firmatarie operare un protocollo di intesa; altra azione è quella di formazione e sviluppo di competenze a vari livelli, nonché di sviluppo e potenziamento del sistema di collaborazioni con anche una attivazione di punti di vista teorico tecnici comuni tra diverse discipline e diverse istituzioni relativamente al modo di intendere la presa in carico, perlomeno quella parte di presa in carico che possiamo vedere integrata tra diverse istituzioni; infine, la sperimentazione di interventi innovativi che sono delle attività di gruppo con i migranti, attraverso gruppi di parola e l’attivazione di una équipe di consultazione etnoclinica integrata ed interistituzionale.

Oggi partiamo con questo concetto importante messo a fuoco da molti autori che si sono occupati di migrazione: lo sradicamento.

Per poterne parlare, è importante parlare di radicamento, cioè quell’esperienza attraverso la quale fin dalla nascita le persone vengono sottoposte attraverso la famiglia e la cultura alla possibilità di sviluppare legami di attaccamento. A noi interessa non solo l’attaccamento familiare ma anche quel tipo di attaccamento che chiamiamo culturale; nel momento in cui si viene al mondo in una famiglia, essa vive già una sua forma di memoria storica e biografica. La famiglia è impregnata dalla cultura in termini linguistici, di rappresentazioni simboliche, di rappresentazioni del giusto e dell’ingiusto che vengono costruite nelle diverse culture. Il contesto culturale specifico determina la nostra identità. In qualche maniera noi costruiamo una forma identitaria estremamente complessa ma sempre culturalmente determinata. Ciò prende forma attorno a quattro livelli identitari: il polo comunitario, il polo istituzionale, il

polo gruppale, l'ambito individuale, richiamando lo schema contenuto nella teoria degli ambiti di J. Bleger. Noi continuamente produciamo identità culturale passando da un ambito all'altro. In questi transiti, in questi movimenti tra contesti diversi, in questo radicamento succede che, in tutte le culture, si produce un fenomeno molto interessante che si chiama etnocentrismo. Ovvero, con il nostro radicamento al modo di pensare, alla cultura, alle idee, all'idea del giusto, produciamo una sorta di attaccamento che progressivamente ci porta a svilupparci in termini etnocentrici. Cosa significa? Significa che rischiamo di infilarci in una prospettiva dalla quale guardiamo il mondo come se le cose corrette, la giusta prospettiva fosse solo la nostra. Quella delle altre culture c'è, ma in linea di massima è in qualche modo minoritaria. In etnopsichiatria, etnoclinica e non solo, l'etnocentrismo è un fenomeno di cui dobbiamo prendere atto; dobbiamo prenderne atto e, inoltre, non rinnegare i nostri punti di riparo, gli aspetti della nostra identità legati ai nostri attaccamenti culturali, che ci forniscono sicurezza.

Risulta inoltre molto importante aprirsi ad una dimensione epistemologica che viene definita epistemologia convergente. Come se potessimo parzialmente sradicarci dalla fissità etnocentrica per metterci in un sistema epistemologico, clinico, linguistico e metodologico orientato alla complementarità tra le discipline e i punti di vista, che possano appunto convergere su prospettive integrate, dialoganti, non scisse e conflittuali.

La prospettiva di epistemologia convergente è un modo di afferrare la realtà utilizzando un paradigma che si organizza coniugando almeno tre particolari attitudini o atteggiamenti:

1. renderci conto che non esiste mai una monodisciplinarietà, tutto è interdisciplinare;
2. se vogliamo capire i fenomeni migratori, dobbiamo metterci in un atteggiamento anche transculturale, che significa mettersi di fronte all'altro come se avessimo qualcosa da imparare da lui;
3. interistituzionalità: non è praticabile una etnoclinica se non ci mettiamo in un'ottica interistituzionale. Incuriosirci su quello che fanno, come operano, cosa accade nelle altre istituzioni.

Da un atteggiamento di epistemologia convergente possiamo riparlare di sradicamento, perché in questo atteggiamento epistemologico stiamo in qualche modo sperimentando una sorta di sradicamento da precedenti schemi di riferimento etnocentrici.

Per passare dall'etnocentrismo alla epistemologia convergente dobbiamo tollerare che alcune radici saltino. Cominciamo cioè a vedere i nostri stereotipi. Lo sradicamento in termini psichici è tradotto in crisi della presenza, tema introdotto da De Martino. La persona che per un periodo di tempo non ha radici si trova in una crisi della presenza.

L'"organo" della nostalgia è quel sistema di percezioni psichiche ed emotive che fanno sì che noi ci sentiamo di essere presenti in un certo luogo che avevamo dentro di noi, oltre che davanti agli occhi. Nella crisi della presenza tutto ciò viene meno. L'"organo" della nostalgia dunque si infiamma moltissimo perché è come se le persone sentissero di non essere più presenti a loro stesse. Tutti i campanili, tutte le moschee, tutti i paesaggi, gli affetti familiari, temporaneamente non ci sono più.

Sayed parla invece di doppia assenza, parlando di sradicamento e migrazione. Dice che il migrante vive una doppia assenza in quanto non è più là, ma nemmeno qui. Non è abitante integrato del luogo di arrivo e non lo è più del luogo di partenza. La doppia assenza produce un fenomeno di disorientamento psichico che può portare gli individui e i gruppi anche a forme di attaccamento estremamente pericolose perché è come se intaccasse il sentimento del giusto e dello sbagliato, del bene e del male che era stato costruito. È il momento di massimo rischio psicopatologico.

Un autore di cui teniamo a parlare è Alberto Eiguer, psicoanalista di Parigi, che parla di sradicamento come esperienza traumatica ed immediatamente connessa ad un rischio psicopatologico. Tra le rappresentazioni differenti dello sradicamento possiamo trovare un surplus di eccitazione, un blocco della capacità di rappresentazione, di pensiero, una perdita del senso del limite, un trascinarsi verso qualsiasi forma di appartenenza, qualsiasi gruppalità che fornisca l'immagine di una appartenenza. Altre reazioni tipiche dello sradicamento sono: confusioni di luogo e di tempo, dolore, trauma, nostalgia, paura della vendetta degli oggetti interni, quali Il padre, la madre, i nonni, i bisnonni, gli antenati. La persona sradicata sollecita la organizzazione del sé attraverso la rottura del senso di continuità dell'identità.

Quello che succede in queste situazioni è che, per la persona che vive lo sradicamento, non c'è solo la percezione dell'altro come straniero, ma finisce per vivere se stesso come straniero, come non-sé. La persona sradicata vive come se avesse uno straniero che abita dentro di lui. La colpa sperimentata rinforza lo sradicamento. A quel punto ci troviamo di fronte ad una persona che potrebbe variare da sentimenti di carattere depressivo, aggressivo, o di disconoscimento della realtà.

Eiguer parla di tre tipi di meccanismi di compensazione a seguito delle esperienze di sradicamento.

✓ L'individuo, il gruppo o la famiglia si ripiega su se stesso. Lo stato d'animo che prova è prevalentemente quello di rifiuto della nuova realtà. Cerca di creare una bolla al riparo dall'esterno. Può essere che antiche tradizioni vengano riscoperte e ripraticate. Può portare alla riscoperta di pratiche religiose anche estreme o scelte fondamentaliste come reazione al senso di perdizione che si sta vivendo. Potrebbe portare a una mescolanza di rabbia, rivendicazione, adesione meccanica a comportamenti di sottomissione. Incapacità di distinguere il bene dal male, che diventano in questo meccanismo qualcosa di estremamente confuso, con cui non è più possibile fare dei conti adulti e maturi. Potrebbe comparire la ricerca di qualcosa di divino che orienti le pratiche e le decisioni o che giustifichi le azioni. Potrebbero emergere atteggiamenti regressivi, repressivi, se parliamo di famiglia potrebbero essere evidenti atteggiamenti repressivi degli adulti nei confronti dei figli adolescenti. Potremmo assistere a un fenomeno di isolamento, la proiezione sarebbe di tutto il male all'esterno e tutto il bene all'interno. Una volta che è così, fare azioni malvagie non ha più alcun significato né un costo, a tal punto essendoci una forte scissione non si attiva il senso di colpa.

✓ Altra modalità di compensazione, di adattamento richiama il concetto winnicottiano di falso sé. In questo secondo meccanismo di compensazione, c'è una sorta di iperadattamento passivo ad un nuovo contesto, una sorta di assimilazione quasi caricaturale della nuova cultura senza vera elaborazione della cultura di origine e di quella che stiamo per assimilare. La persona si martirizza al fine di essere accettato, mentre un'altra parte di sé più interna, il vero sé segreto, continua a esistere ma purtroppo rischia di perdere il contatto con il resto della identità, come se visse segretamente per i fatti suoi. La parte più adattiva cerca di proteggere questo sé segreto, ma noi assisteremo ad un impoverimento della soggettività e dell'identità, schiacciata da potenti scissioni e disintegrazioni dell'identità. Ad un certo punto l'identità rischia di collassare. Atteggiamenti disposti verso la sottomissione implicano che da un momento all'altro potrebbe accadere che questa parte apparentemente sottomessa si risvegli e diventi violenta. Esteriormente il soggetto è una copia conforme e robotizzata del cittadino medio della cultura ospitante. Il disorientamento successivo allo sradicamento non è stato superato, ma può essere considerato un progresso rispetto al primo, quasi come un tentativo di emergere dallo stato precedente.

✓ Il terzo meccanismo di compensazione, è visibile e manifestato attraverso

il ricorso all'antenato nel processo di sradicamento. Perché è così importante? Perché ci dà la misura che quell'individuo o quella famiglia hanno la percezione della loro radice di fronte allo sradicamento. In esso, seppur vissuto con brutalità e anche con abuso, succede che la persona o il gruppo che riescono a fare ricorso ad un antenato "sufficientemente buono"; riescono così maggiormente a far fronte ai sentimenti di estraneità e di vuoto derivanti dalle conseguenze dello sradicamento. L'individuo "sradicato" ha così la possibilità di sentire un'appartenenza, un legame che sopravvive, tutt'ora presente anche a migliaia di chilometri di distanza dal proprio paesaggio culturale di origine. Le emozioni sono presenti ma più accettabili. Il soggetto riesce ad uscire, magari supportato, dalle conseguenze più negative del trauma nel quale è stato per un certo tempo e riesce a ritrovare un senso nei gesti che compie, nel tempo che scorre, nello spazio che percorre, nel paesaggio che i suoi occhi perlustrano che diventa percorribile e sensato. Lo sradicamento non è da interpretare esclusivamente come trauma. Il ricorso all'antenato, ad un significato che si può ritrovare all'interno della storia familiare, rimettono in contatto con una forma desiderativa e intenzionale. Può esserci anche un parallelismo con imprese migratorie simili realizzate da avi, con altri spostamenti, altre migrazioni realizzate nel passato familiare. La famiglia può riconoscere che il soggetto migrante ha voluto in qualche modo identificarsi con altri soggetti familiari che lo hanno preceduto.

C'è in lavorazione uno studio sui tempi delle migrazioni che sembrerebbero cinque invece che tre (presente, passato, futuro): ad essi si aggiungono il tempo della nostalgia e il tempo del sogno. Gli antenati in questi casi diventano degli alleati nei conflitti, nei dolori, nelle fatiche che la famiglia sradicata deve vivere. In tali casi diventa importantissima la rappresentazione transgenerazionale, il legame che abbiamo anche coi membri della famiglia che non abbiamo conosciuto. Nello sradicamento così vissuto diventano più accettabili vissuti di disaccordo o sentimenti di ambivalenza che i migranti possono vivere. Ecco allora che l'antipatia culturale può progressivamente trasformarsi invece in una simpatia. Lo sradicamento, se fronteggiato attraverso meccanismi adattativi, può generare un nuovo attaccamento culturale. Nel momento in cui tutto questo accade non avremo più un soggetto rigido e stereotipato, ma potremmo avere una persona che in qualche modo impara dall'altro la diversità e allo stesso tempo mette a disposizione dell'altro la propria diversità.

Elementi normativi e giuridici in materia di migrazione

Alba Ospina Dominguez e Luciana Bianchera

Focalizzandoci in apertura su un'analisi di contesto, possiamo evidenziare come sia volontà degli operatori acquisire ed approfondire alcune conoscenze in materia amministrativo-legale dei loro utenti, in particolare relativamente alle diverse configurazioni del permesso di soggiorno per dunque poter interpretare e valutare il disagio psico-sociale provocato dallo status legale della persona.

Gli obiettivi di questo appuntamento formativo si configurano nella creazione di una mappa concettuale delle diverse modalità di soggiorno in Italia e nell'analisi delle implicazioni psicologiche, antropologiche e comunitarie della posizione giuridica nella persona: barriere e potenzialità.

Occorre avere uno sguardo multidisciplinare nell'analisi del diritto al soggiorno del cittadino extracomunitario. Sebbene si tratti di una materia legale, le procedure amministrative e giuridiche richiedono un approccio che comprenda sia l'orientamento giuridico, sia l'orientamento psico-emotivo ed altresì quello socio-culturale. Tale necessità deriva dal forte impatto psico-sociale che il diritto al soggiorno ha negli stranieri.

Da un punto di vista legale, il permesso di soggiorno è un'autorizzazione rilasciata dalla Polizia di Stato, che deve essere richiesta dai soggetti extracomunitari per poter soggiornare nel territorio per più di otto giorni, oppure di novanta giorni se in possesso di visto d'ingresso per motivi di turismo.

Il diritto al soggiorno è una fattispecie giuridica relativamente recente che nasce nel 1928 nella Conferenza degli Stati Americani, dove si sancisce il diritto di ogni singolo Stato di fissare le condizioni di ingresso e di permanenza degli stranieri nel proprio territorio (G. Sciortino, 2000). Osserviamo dunque come si tratti di un fenomeno che ha delle radici storiche recenti, derivate dalla necessità di controllare il movimento delle persone nel corso della Prima Guerra Mondiale.

Da un punto di vista antropologico, il permesso di soggiorno è un artefatto culturale. Secondo Cole gli artefatti sono ideali, ovvero contengono in forma codificata le interazioni di cui erano parte in precedenza e che ora mediano nel presente. Sono materiali per il fatto che sono incorporati in *artefatti*. Osserviamo allora che, in occidente, viene concesso un peso simbolico molto forte al permesso di soggiorno, artefatto culturale che dà accesso a tutta una serie di diritti. Ci sono numerosi aspetti culturali nel registro anagrafico che

non sono affatto universali: l'età anagrafica, i dati del passaporto, il fatto di avere una carta di identità, lo stesso concetto di "nome e cognome", cambiano a seconda della cultura e hanno delle ripercussioni diverse nell'identità sociale degli individui.

Da una prospettiva psicologica osserviamo che il permesso al soggiorno dei richiedenti asilo mette lo straniero in una situazione di vulnerabilità. Tale vulnerabilità non deriva soltanto dall'esperienza di sradicamento psicologico derivante dal processo migratorio, ma soprattutto dall'instabilità della sua posizione giuridica nel paese di accoglienza. Le persone manifestano frequentemente sintomi di depressione e di ansia, prodotti dall'attesa del raggiungimento di un riconoscimento dello status giuridico in Italia. Tale osservazione porta alla identificazione di una categoria psico-sociale che denominerei identità burocratica. Tale identità ha tre componenti fondamentali che riguardano la complessità della situazione dei richiedenti asilo.

Il primo elemento è di carattere istituzionale: nel caso della richiesta d'asilo sono le Commissioni Territoriali le prime istituzioni chiamate a concedere tale identità. La "regolarizzazione" consente alla persona di essere riconosciuta come soggetto attivo nello spazio sociale e di agire nel territorio. La mancanza di tale riconoscimento porta al contrario a quello che Ricoeur chiamerebbe "disconoscimento". Si richiamano a questo proposito le parole di un ragazzo durante un colloquio: "Senza i documenti sei metà umano; sei vivo, ma non sei riconosciuto come tale."

Il secondo elemento riguarda la sfera sociale-comunitaria. Avere uno status giuridico comporta un riconoscimento da parte della comunità di persone che ti circondano; implica l'opportunità di trovare un lavoro e di avere il libero accesso ai servizi di welfare. Solo così la società, la comunità, la famiglia e il gruppo di pari ti riconoscono come soggetto attivo e partecipante.

Il terzo elemento riguarda una componente psicologica. Da un punto di vista simbolico l'identità burocratica rappresenta il riconoscimento della propria esistenza dentro il territorio, di uno stile di vita e di una serie di valori ai quali la persona vuole appartenere. In questo senso, i "documenti" sono la chiave di accesso alle possibilità di ricostruzione del percorso di vita e, dunque, alla attivazione di un percorso di resilienza. I documenti sono anche la prima meta da raggiungere nei centri di accoglienza, il primo ostacolo da abbattere nel nuovo territorio, la chiave per cominciare una nuova vita.

Esistono diverse modalità di permesso di soggiorno.

Qui di seguito vengono illustrate nei loro aspetti fondamentali.

L'asilo politico

Il permesso di soggiorno per asilo viene rilasciato a chi è perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese. Il permesso per asilo politico: ha una durata di 5 anni; è rinnovabile, previa verifica dell'attualità delle cause che hanno consentito il rilascio; consente l'accesso allo studio; consente lo svolgimento di un'attività lavorativa (subordinata o autonoma e pubblico impiego); consente l'iscrizione al servizio sanitario.

La protezione sussidiaria

La protezione sussidiaria è uno status, al pari di quello di rifugiato, che viene riconosciuto dalla Commissione territoriale competente in seguito alla presentazione di domanda di protezione internazionale. Si tratta di uno status attribuibile qualora il richiedente non possa dimostrare una persecuzione personale ai sensi della Convenzione di Ginevra, che definisce chi è rifugiato, ma si ritiene che se ritornasse nel Paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno per i seguenti motivi:

- a) La condanna a morte o all'esecuzione;
- b) La tortura o altra forma di pena o trattamento inumano o degradante ai danni del richiedente nel suo Paese di origine;
- c) La minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale».

Il permesso per protezione sussidiaria: ha una durata di 5 anni; è rinnovabile, previa verifica dell'attualità delle cause che hanno consentito il rilascio; consente l'accesso allo studio; consente lo svolgimento di un'attività lavorativa (subordinata o autonoma e pubblico impiego); consente l'iscrizione al servizio sanitario.

Il permesso di soggiorno per richiesta asilo

Al richiedente la protezione internazionale è rilasciato, dalle Questure, un permesso di soggiorno per richiesta asilo, valido nel territorio nazionale per sei mesi, rinnovabile fino alla decisione della domanda o comunque per il tempo in cui è autorizzato a rimanere nel territorio nazionale.

Il permesso di soggiorno per richiesta asilo: ha una durata di 6 mesi; è rinnovabile (rinnovabile fino alla decisione della domanda); consente l'accesso allo studio; consente lo svolgimento di un'attività lavorativa (dopo due mesi dalla domanda di protezione internazionale); consente l'iscrizione al servizio sanitario.

Il permesso di soggiorno per «cure mediche»

Il permesso di soggiorno per cure mediche, è richiesto dallo straniero (e dall'eventuale accompagnatore) che intende sottoporsi ad un trattamento medico in Italia, presso istituzioni sanitarie italiane pubbliche o private accreditate. Le novità della legge 173/2020 ha creato delle modifiche all'Art.19 d-bis T.U in cui si definisce: «*gli stranieri che versano in gravi condizioni psico-fisiche o derivanti da gravi patologie, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato*». Il permesso di soggiorno consente l'attività lavorativa, è *convertibile in permesso per lavoro*, non supera la durata di un anno ed è rinnovabile finché persistono le condizioni di salute debitamente certificate.

Numerosi percorsi di ricostruzione del progetto di vita degli utenti sono compromessi dagli aspetti burocratici legati al permesso di soggiorno. Tale sofferenza ha anche un impatto psicologico nel personale che deve intervenire su queste situazioni di crisi. Osserviamo inoltre che la REMS è uno spazio dove spesso l'*agency* dei soggetti viene ulteriormente bloccata dalle istituzioni creando "un'invalidità" che compromette i percorsi educativi mirati al reinserimento sociale degli utenti.

alcune strategie di intervento possono essere utili per favorire l'*agency* degli stranieri. La prima strategia è dare *informazioni* riguardanti l'iter legale della protezione internazionale e su diritti e doveri come richiedenti asilo. Occorre seguire la persona in tutte le fasi. In ogni tappa devono essere elencate le opportunità del territorio e le possibili strategie da intraprendere. Tale accompagnamento è fondamentale da un punto di vista psicologico poiché permette al richiedente di avere *aspettative realistiche* sia sulla procedura legale che sulle risorse e ostacoli. Comunicare con i richiedenti asilo significa renderli attori attivi, soggetti di diritto. Comunicare dunque aumenta la loro percezione di *autoefficacia*: la persona è in grado di soppesare meglio qual è la strategia più adeguata per il suo futuro. In questo modo, il richiedente passa da una situazione di stallo e d'impotenza creata da un mondo giuridico che non conosce a essere un soggetto attivo consapevole delle risorse e degli ostacoli che può trovare. Tale situazione promuove la fiducia in sé stesso e abbassa signi-

ficativamente i sintomi d'ansia e di depressione che emergono dal sentimento di impotenza causato da un mondo che non riesce a comprendere e che spesso lo rifiuta.

Un altro strumento è *l'ascolto attivo*. È fondamentale che la persona senta che ha uno spazio di parola in cui sia il suo disagio come le sue risorse siano ascoltate, comprese e valorizzate. L'ascolto attivo è inoltre l'ingrediente base per creare una *relazione di fiducia*. È molto frequente trovare nei colloqui le risorse che permettono alle persone di essere resilienti: la famiglia, la religione, le esperienze di successo dei connazionali, la speranza di una vita migliore, la rete di supporto in Italia e, soprattutto, le saggezze provenienti dai detti della cultura popolare. Evidenziare tali risorse nella rielaborazione della narrazione della storia di vita argina il rischio di cadere nella trappola istituzionale in cui loro sono visti come delle vittime.

La percezione culturale del reato a partire dalle diverse esperienze

Leonardo Montecchi e Luciana Bianchera

Avevo pensato di organizzare una prima parte di lavoro riguardante la equipe al lavoro e il lavoro d'equipe. Ho l'impressione che vi sia una diminuzione del lavoro di equipe o quantomeno un'adesione all'equipe in versione mono-professionale. La connessione tra le diverse professionalità tende ad essere fatta con protocolli e poco c'è la cultura di equipe multidisciplinare. Pensavo di introdurre una prima parte su questa problematica.

L'autore a cui facciamo riferimento per la teoria dei gruppi è Armando Bauleo. Egli propone di tenere conto della distinzione tra esperienza di gruppo e concetto di gruppo; quest'ultimo è l'elaborazione dell'esperienza stessa. Il concetto di gruppo operativo è introdotto da Pichon-Riviere, nato nel 1907 in Svizzera, a Ginevra, da famiglia francese. Dalla Svizzera francese hanno migrato nel nord dell'Argentina in uno stato piuttosto selvaggio (il Chaco). Lui racconta nel suo libro "Il processo gruppale" che, dopo il francese, ha imparato il guaraní, non lo spagnolo. Andava a giocare con i nativi e racconta che aveva appreso la lingua ma anche il fatto che vivevano molto di più l'aspetto comunitario. Se lo vogliamo raffigurare, pensiamo all'arte: fino al 1300 vediamo che gli affreschi sono quasi tutti di soggetto religioso e raramente viene presentata una figura isolata. Dal 1400 invece vengono rappresentate figure singole, ritratti, soggetti singoli che emergono un po' fuori dal contesto gruppale. Lo sviluppo individuale, nella nostra civiltà, è molto forte, mentre in altre civiltà l'aspetto gruppale è molto più decisivo. Pichon Riviere si trova a dirigere un manicomio, molto grande, che constava di più di 2000 persone: si trova negli anni '40 a fronteggiare uno sciopero degli infermieri. In quella circostanza lui pensò che l'ospedale poteva essere gestito dai pazienti e questa scommessa funzionò. Da questa iniziale, mitologica esperienza, nasce il concetto di gruppo operativo; il gruppo riesce cioè a fare più cose del singolo individuo. Il gruppo non era tanto fondato da un leader ma da un compito. Lui ha pensato che il motivo che fonda il gruppo è il compito. In quel caso i gruppi che vede, osserva e teorizza, sono gruppi che successivamente Bauleo ha organizzato secondo uno schema triangolare, che oggi ricordiamo come "il triangolo di Bauleo", dove si trovano ai tre vertici, rispettivamente, il gruppo, il compito e il coordinatore.

Possiamo trovare una rappresentazione cinematografica di questo processo gruppale nel film "Lista de Espera": ci sono delle persone a una stazione del

bus, è una situazione di aggruppamento, non vi è nulla che li lega. Il bus si è rotto e le persone aggruppate devono risolvere il problema; cominciano cioè a stabilirsi delle relazioni. Cercano a questo punto di risolvere il compito, così si attiva un processo di gruppo. Il coordinatore viene visto non tanto come il leader del gruppo, ma come colui che osserva il rapporto tra il gruppo e il compito e segnala gli ostacoli al gruppo nel processo di lavoro sul compito, pur non dirigendo direttamente il gruppo stesso. Egli pensa con il gruppo ma non per il gruppo. Da dove viene il qualcosa di più che caratterizza il gruppo, che è più della somma degli individui? C'è un autore che si chiama Gustave Le Bon che si era interessato, all'inizio del secolo scorso, della psicologia delle folle; prova a pensare se le folle hanno una psicologia a sé. Lui diceva che nella massa accadono fenomeni e processi che fanno sì che la singola coscienza morale scompaia o regredisca. Diceva che le masse erano molto suscettibili di essere manipolate e regredire a un livello molto primitivo. Lo sviluppo successivo di queste teorie è fatto da un lavoro di approfondimento di Freud, "Psicologia delle masse e analisi dell'io", nel quale collega direttamente la psicologia del singolo alla psicologia delle masse. Nel singolo ci sono delle diverse istanze, una è l'io e l'altra l'ideale dell'io; nel gruppo succede che la persona si identifica nel leader, mette cioè il leader al posto del suo ideale dell'io, come accade nell'ipnosi e nell'innamoramento. Queste persone che si identificano nel leader hanno una identificazione laterale, producendo un pensiero di massa sovraindividuale che identifica tutte queste persone nel fatto di sentirsi parte di un sé collettivo. La psicologia individuale è direttamente psicologia sociale. Se per esempio prendiamo un episodio della Bibbia, c'è l'esercito Assiro che sta invadendo Israele, capitanato da Oloferne. Di notte Giuditta taglia la testa di Oloferne. Tutto l'esercito di Oloferne si disperde, le persone ritornano singoli. Nel gruppo esiste una mentalità sovraindividuale. A differenza di Freud, Pichon Riviere definisce che il gruppo si forma attorno a un compito e non attorno a un leader. Il coordinatore dice se il gruppo si incaglia, trova ostacoli, in questo modo cerca di aiutare il gruppo a lavorare col suo compito. Se trasferiamo questo discorso su una equipe possiamo pensare che essa viene formata da una istituzione e il compito viene chiamato a questo punto mandato sociale. La equipe istituzionale messa sulla carta a un certo punto viene riempita da singole persone. Mi è capitato spesso di fare supervisione in servizi differenti e chiedere che le persone si presentino. Al primo giro si presentano con il ruolo che hanno nel servizio. Nel caso dei pazienti, con le diagnosi. Le persone si presentano con quello che fanno o con quello che gli altri dicono che sono, c'è una analogia tra queste presen-

tazioni. Come se quel tratto esaurisse l'identità. Rispetto al compito, ciò potrebbe diventare anziché un aiuto un ostacolo. In che modo? Se l'appartenenza disciplinare anziché convergere attorno al caso diventa un mezzo per discutere in astratto, se il metodo diventa inconsapevolmente una sorta di epistemologia divergente significa che non si riesce a trovare il modo di lavorare assieme su quel caso. Prendiamo una squadra di calcio o un gruppo di attori: se uno recita a caso i pezzi senza avere una consapevolezza di come le cose vanno collegate le une con le altre, non se ne va a capo; va invece trovato uno schema concettuale e operativo per lavorare. Ci sono delle equipe che si riuniscono e producono un modo di pensare. L'equipe comincia quindi a produrre un po' di pensiero. Come tutti i gruppi è necessario che le persone si vedano. Per fare questo è necessario che il gruppo, operi all'interno di certe costanti, soprattutto di tipo organizzativo. Bisogna, ad esempio, fissare uno spazio. La riunione di equipe dove la facciamo? Lo spazio è bene che sia costante, il tempo, anche. La riunione quanto dura? Per una riunione di equipe bisogna dare un tempo di inizio e uno di fine. È consigliabile vi sia un coordinatore che non necessariamente deve essere il responsabile del servizio. C'è bisogno di uno che all'orario stabilito si mette seduto e sta lì, per mantenere il setting. Difficilmente non c'è nulla da dire, anche se all'inizio può sembrare. La contaminazione delle diverse discipline produce qualcosa di nuovo, una trans-disciplina. Un coordinatore deve cercare di far parlare tutti, fare in modo che non venga monopolizzato il dibattito. Egli deve garantire un clima per cui le persone devono sentire di avere, tutte, il diritto di parola. Può attivarsi una situazione problematica quando una equipe funziona: inizia a pensare e risolvere problemi, pensare a dei cambiamenti; dopo un po' l'istituzione può opporsi a questo. A volte riesce a rispettarle, ma altre volte tenta in qualche modo di chiuderle. Il rischio è di guadagnarsi la simpatia dei pazienti e un po' meno quella dell'istituzione. Nel testo "L'ombra dell'angelo" (di L. Montecchi) vengono trattate queste tematiche dell'equipe al lavoro e del lavoro d'equipe.

Vediamo ora un caso di studio. George, ragazzo nigeriano, venuto in Italia in aereo perché chiamato dalla madre, che era già in Italia, lavorava nelle Marche, sposata con un pastore di una chiesa. Ad un certo punto qualcosa non ha funzionato e la signora è andata via. Il pastore si è risposato e George è rimasto a casa con il padre. A un certo punto ha iniziato ad avere un atteggiamento fuori dal controllo del padre ed egli lo spedisce dalla madre, che a sua volta lo manda a lavorare in una industria metalmeccanica; ad un certo punto questa

industria va in progressiva riduzione di personale e lui rimane senza lavoro. Il ragazzo inizia a bere e in mezzo a questa situazione viene visto da un servizio di salute mentale che però non rileva nulla di particolarmente importante. Ad un certo punto va in una armeria, prende due machete e gira per questa cittadina con due machete, aggredisce un agente e viene ferito ad una gamba. Viene portato in carcere e viene poi visto da psichiatri. Viene chiamato da una voce, dice, non aveva bevuto. Al momento di commettere il fatto non era capace di intendere e volere, viene inviato in un Opg e poi in una Rems. Questa Rems era per tossicodipendenti complicati. Questo ragazzo un po' faceva paura per via del timore della aggressività. È stato già piuttosto complesso che questa equipe accettasse di instradare al reinserimento questo ragazzo. Era complicato anche capire la diagnosi. Veniva inviato con una diagnosi di psicosi schizofrenica. Lui entra nel centro osservazione e diagnosi, vengono fatti colloqui, terapia farmacologica, terapia familiare e tutto questo materiale viene discusso nelle equipe. Nel caso di George la situazione era complicata, bisognava tenere conto della provenienza. Sentiva musica rastafariana, proveniva da una famiglia religiosa ma la madre della madre era di una religione tradizionale che fa riferimento al vudù. Si fa riferimento ad una religione di possessione, di trance come stato modificato di coscienza, una ritualità caratterizzata da possessione, con musicanti che cadenzano il ritmo, dei profumi e delle illuminazioni particolari e in cui si viene posseduti da una divinità di quell'universo culturale. Un soggetto posseduto diventa un dio, non è più lui. Avendo qualche nozione di questo, sapendo che questo ragazzo veniva dalla zona dove questo tipo di religione è presente sotto qualche forma, veniva da pensare che fosse connesso a questi aspetti culturali delle sue origini. C'era un dio della guerra che poteva averlo ispirato, lui sentendosi emarginato, espulso, senza lavoro, ha rivendicato: "Io sono questo, io sono un guerriero". La mamma diceva che lui era posseduto dal diavolo. tradizionalmente, quando un soggetto è posseduto dal diavolo deve essere esorcizzato. Il trattamento tradizionale di una religione come quella del vudù non è l'esorcismo ma è quella di addomesticarlo, farlo entrare in una normalità, farlo diventare una risorsa. Riuscire a lavorare sull'aspetto dell'orgoglio e della dignità. Il tema non è quello di esorcizzare, ma di addestrare lo spirito che da persecutore può diventare uno spirito benefico.

Elementi di etnoclinica: dall'etnocentrismo alla transculturalità

Salvatore Inglese e Luciana Bianchera

I luoghi psichiatrici e psichiatrico-giudiziari segnano il destino della storia sociale di un territorio. Fare qualcosa che riguarda l'intervento etnoclinico significa essenzialmente mettere in connessione vari elementi, per esempio l'istituzione ospedaliera con il territorio in cui essa si è sviluppata e trasformata in quanto la Rems è lo stadio finale di un lungo processo storico che ha visto l'istituzione, l'Opg, venir inventato, aver vissuto, e infine essere stato estinto tramite un decreto legislativo. Cessa così di esistere nella forma storicamente conosciuta, fra l'altro una forma che non esisteva prima.

L'Opg a fine Ottocento viene creato dopo che un forte partito della magistratura del tempo chiede degli spazi contenitivi ma anche rieducativi dove allocare quelle persone che avevano compiuto delitti più o meno gravi che però non potevano essere sanzionate in ragione del delitto compiuto. L'Opg nasce su un'istanza del potere giudiziario dell'allora regno d'Italia, non nasce nel mondo psichiatrico. Nasce per una istanza esterna. L'istanza esterna in realtà proponeva ai direttori degli ospedali psichiatrici di tenere all'interno delle loro unità divisionali anche questi pazienti che avevano nella loro anamnesi una traccia riguardante un delitto per i quali non li si poteva imputare e sanzionare.

Questa proposta delle magistrature del tempo viene fino ad un certo punto accolta, fino al punto nel quale i direttori degli ospedali psichiatrici ritenevano che le loro istituzioni fossero essenzialmente contenitive. Ancorché i disturbi mentali avessero una distinzione abbastanza labile: l'obiettivo di Kraepelin era quello di dare una struttura scientifica alla classificazione delle malattie mentali, organizzando i reparti concordemente al tipo di patologie ospitate. Rendere concorde cioè l'istituzione con la teoria clinica di riferimento fu lo sforzo capitale che vide impegnati psichiatri come Kraepelin tra fine '800 e primi del '900. Fatta questa sistemazione sorgeva un problema: se si voleva passare dalla funzione custodialistica contenitiva per pensare a come curare i disturbi e riabilitare le persone, il problema diventava che organizzando gli spazi per la cura e la riabilitazione i direttori lamentavano con il sistema giudiziario il fatto che avendo malati macchiati di reati, queste figure impulsive non possono stare in ambienti in cui intendiamo far circolare strumenti di lavoro capaci di offendere il corpo delle persone. Se noi vogliamo introdurre la disciplina del lavoro come strumento terapeutico, non è possibile avviare

alla ergoterapia persone che abbiano utilizzato protesi a scopo offensivo. Comincia un grande dibattito che mette capo ad una separazione tra mondi. I mondi della follia vengono scissi al loro interno nel momento in cui cominciano ad essere comprensibili, quando rivelano cioè un sistema ordinato del disordine mentale. Il mondo disordinato della follia è in realtà estremamente rigoroso, retto da leggi rigorose che danno alla follia una particolare forma che poi gli esperti debbono trattare.

Il reo folle viene quindi avviato alle attenzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Assocerei questa ricostruzione ad un ricordo personale. Assieme a Piero Coppo un tempo in Africa trovammo una persona in catene legata al motore di un camion di grandi dimensioni, interrogando coloro che vigilavano, risposero: “Noi trattiamo così i parricidi folli”. Il fatto stesso di aver levato la mano contro il genitore equivaleva all’essere colpiti da un qualche disordine mentale. Non ci si chiedeva se fosse complicato da una condizione psicopatologica. Per la clinica psichiatrica del luogo esisteva una equivalenza tra il gesto e la patologia. Nessuno avrebbe chiamato una autorità clinica ad esercitare una capacità diagnostica perché immediatamente il reato veniva giudicato un reato folle. Questo per rispondere alla questione rilevante che andrebbe trattata oggi, ovvero se esistono dei nessi tra cultura ed effettuazione dei delitti. La etnoclinica inizia e finisce nella capacità di applicare un metodo che coniughi insieme gli aspetti culturali e gli aspetti psicopatologici dei comportamenti umani. Eseguire un intervento etnoclinico significa attrezzare un gruppo di conoscenze che servono a questi osservatori che entrano nel campo clinico per decidere di cosa siano fatti quei fenomeni clinici. Dotarsi delle conoscenze antropologiche, etnologiche, etnografiche che riguardano la persona di cui vogliamo esaminare il comportamento e poi integrarlo all’aspetto clinico, della “sofferenza rasoterra”. Gli psichiatri da sempre sono stati chiamati ad esercitare una clinica eretta, in piedi, spesso in movimento o addirittura una clinica da inseguimento, a inseguire le manifestazioni del disordine mentale nel momento in cui si rappresentavano in un dato territorio.

La clinica è da immaginarsi distesa, orizzontale, rasoterra. La clinica che invece si realizza in psicopatologia è tutt’altro che rasoterra. L’accoppiamento di cultura e psicopatologia è quello che definisce forse meglio l’aspetto della cosiddetta etnoclinica, e dunque vi servono delle discipline capaci di interrogare la struttura sociale della persona sofferente, tanto più se la persona diviene autrice di reato. Senza questo, il reato diverrebbe sostanzialmente incomprensibile. Se ci si muove nelle aree estreme come la Papua Nuova

Guinea ci si accorge di come là l'infanticidio non venga considerato psicopatologico o meritevole necessariamente di rifiuto di una ragione razionale; all'interno di quel gruppo umano, l'infanticidio è un modo di regolare il rapporto tra demografia e territorio. Queste istanze non necessariamente mettono capo a quell'atto efferato che a casa nostra convocherebbe immediatamente una perizia psichiatrica.

Allo stesso tempo le tribù minoritarie possono mettere in atto dei rapimenti per compensare lo svantaggio demografico. Questo per riflettere come oggi la spiegazione di processi socioculturali è necessaria per spiegare fenomeni che altrimenti ci sembrerebbero patologici o psicopatologici.

Molto tempo addietro una coppia di africani lascia il proprio figlioletto a casa di amici bianchi e va via; rende visita ai propri parenti laggiù, ma per una serie di ragioni specifiche non fanno rientro nel nostro paese. Tecnicamente il minore diviene un minore abbandonato su cui deve essere esercitata una tutela giudiziaria. Al tempo stesso, il comportamento viene stigmatizzato come incapacità genitoriale. Quando poi ritornano trovano avverse ad essi tutte le istituzioni del nostro paese che da quel momento in poi accendono un conflitto giudiziario. È molto facile, in quella cultura, affidare senza troppi formalismi l'infante a coloro i quali si ritengono essere membri effettivi di una famiglia. Questo comportamento soggettivo è estremamente diverso dal comportamento soggettivo di noi tutti.

Nella incapacità di comprendere gli accadimenti subito li sanzionavamo come inadatti alla genitorialità.

Nel nostro contesto, allo stesso modo, i poveri estremi vedono arrivare a piedi uniti uno stato che associa incapacità materiale a incapacità morale: trattiamo i nostri stessi gruppi, se sono economicamente svantaggiati, con la stessa asprezza che utilizziamo verso gruppi stranieri come nel caso citato.

Ad un certo punto, una delle difficoltà maggiori nelle fasi applicative delle sanzioni è se i comportamenti che vengono classificati come antisociali siano dei comportamenti correttamente compresi dal lato delle nostre autorità: questo tipo di problemi affrontati nelle Rems sono stati problematizzati all'interno della psichiatria soprattutto quando essa si è dovuta esercitare all'esterno, ad esempio nel periodo coloniale, dove gli psichiatri dovevano prendere in considerazione atteggiamenti sconosciuti. Da un lato abbiamo esperienza dei mondi altri secolare, ma allo stesso tempo abbiamo una capacità di discutere questi argomenti ancora molto scarsa.

Nel momento in cui esercitiamo la cura, non la esercitiamo in modo ingenuo ma siamo condizionati dal cosiddetto invio, che ha deciso quale tipo di iden-

tità del reo folle vengono ad affidare. In questi ambienti poi si vede la trama profonda del comportamento antisociale ed è proprio in questo nuovo tempo che gli elementi culturali devono essere rievocati. Allora, di quali strumenti ci dotiamo per tenere insieme l'istanza della protezione sociale e l'istanza della cura? È come se si inaugurasse un terzo tempo del giudizio trattamentale cioè del giudizio che si esercita come attività quotidiana all'interno della quale ciascuno di noi è chiamato a diventare soggetto specifico di questi processi.

Un breve sguardo sulle attività sperimentali del Progetto

Luciana Bianchera

*... Noi abbiamo chiuso gli occhi
e frugato in ogni silenzio
abbiamo adagiato le parole sulle ombre
le abbiamo lasciate per i viaggiatori...
(Manuela Pasquini)*

L'Equipe etnoclinica

Il progetto Fami Care concatena, come già accennato, una serie di azioni che avrebbero trovato la loro maggior espressione in quelle che abbiamo definito le attività sperimentali. Pertanto, dopo un lungo e intenso processo formativo, integrato con percorsi di attivazione di reti e con l'esplorazione delle risorse presenti nel territorio abbiamo costituito in primo luogo una equipe etnoclinica composta da differenti rappresentanti delle istituzioni implicate nel progetto con il compito di produrre un pensiero e una pratica di lavoro orientate all'attitudine interculturale e all'ascolto delle diversità. L'equipe si è trovata circa settimanalmente e si è data il compito di studiare, ricercare, analizzare casi di migranti segnalati dai differenti servizi, progettare gli incontri territoriali e tenere il più possibile i legami con le grandi istituzioni di riferimento. L'equipe si è avvalsa in buona parte della sua attività della supervisione del professor Salvatore Inglese e ha rappresentato il luogo in cui venivano presentate e analizzate le ulteriori azioni sperimentali. Nel suo svolgersi, questo processo di gruppo è stato raccolto in una sorta di diario di lavoro che attualmente costituisce un punto di riferimento concettuale e operativo a cui attingere in caso di necessità e di disseminazione delle intuizioni e degli apprendimenti effettuati. L'equipe etnoclinica rappresenta anche il punto di saldatura tra l'esperienza dell'accoglienza (centri di accoglienza straordinaria e sistema di accoglienza e integrazione) e il divenire dei processi di assunzione di cittadinanza attiva da parte dei migranti e stranieri tramite il coinvolgimento delle istituzioni sanitarie, psicosociali, lavorative. Pertanto lo sguardo dell'equipe si svolge verso un orizzonte di prevenzione, promozione dei legami comunitari, supporto dei movimenti interculturali e dove sono necessari interventi etnoclinici.

Il Gruppo di parola

Il gruppo di parola coincide con la volontà di praticare l'esperienza gruppale come occasione di conoscenza della realtà degli altri, scambio di significati, processo di supporto di soggetti e gruppi in difficoltà, collegamenti tra le situazioni portate al gruppo ed ulteriori sviluppi possibili grazie all'interconnessione istituzionale. Nel nostro caso ci riferiamo brevemente al gruppo di parola effettuato presso il dormitorio comunale della città di Mantova. Praticare il gruppo all'interno di una istituzione ci ha permesso di attivare processi di analisi della domanda, di osservare la peculiarità della vita comunitaria in situazioni estreme e di ipotizzare un seguito dell'attività a partire ad esempio dall'istanza lavorativa. Il gruppo si è articolato in sei appuntamenti serali di circa due ore l'uno, ha visto la partecipazione di persone di diversa nazionalità tra cui uomini italiani, di diversa età e con uno sfondo di complessità esistenziale estremamente intensa. La tenuta del gruppo è stata decisamente incoraggiante. La pratica discorsiva è andata nella direzione di accogliere parti di biografia dei partecipanti, lavorare alle diverse modalità di costruzione dell'identità maschile nei vari paesi di origine, fino a pensarsi come soggetti attivi nella propria vita in grado di ridarsi qualche obiettivo per migliorare la propria condizione.

Le Consultazioni etnocliniche

Quest'azione parte dalla richiesta di operatori di differenti servizi sociali che di fronte alla problematicità culturale di alcuni nuclei famigliari o individui seguiti si sono rivolti all'equipe etnoclinica per un confronto, la possibilità di acquisire nozioni culturalmente connotate per pensare "il caso" applicando dove possibile gli apprendimenti praticati nella formazione. Una interessante caratteristica di queste richieste è che frequentemente arrivano con una formulazione già interistituzionale, per cui è stato possibile più volte incontrare gruppi di operatori appartenenti a diverse realtà. Valutiamo questo processo come profondamente incoraggiante rispetto le indicazioni di interdisciplinarietà contenute nel progetto.

I Colloqui etnoclinici di sostegno individuale

Questa azione coincide con l'attivazione di setting etnoclinici per accogliere uomini, donne o coppie, dietro segnalazione di servizi sociali o centri di accoglienza straordinaria. Le persone segnalate manifestano già sintomi che possono essere più o meno organizzati e persistenti. Si applica anche in questo caso il dispositivo gruppale incontrando le persone a partire da almeno due

operatori disponibili. I colloqui possono arrivare fino a sei, sette appuntamenti ed hanno il compito di ascoltare, osservare e analizzare il senso di quel sintomo, di quei comportamenti e manifestazioni di sofferenza rispetto la storia del soggetto nel paese d'origine, il percorso di migrazione, le attese rispetto il paese di accoglienza e le condizioni vissute nell'attraversamento di differenti Stati.

Ci rappresentiamo queste attività come la cerniera tra l'ideazione del progetto, il protocollo di intesa, la formazione e la trasformazione idealmente desiderata nella modalità di occuparsi di pazienti e ospiti stranieri.

In tutto questo interviene proficuamente l'ampliamento della rete dei servizi provinciali, l'intensificazione delle pratiche di contatto e segnalazione attivate, l'aumento della conoscenza di colleghi, gruppi, istituzioni ed associazioni operanti nel nostro territorio.

Dagli incontri distrettuali di Mantova, Guidizzolo e Asola

*...eppure io sento che nel mio gesto
esiste il tuo gesto
e nella mia voce la tua voce
Io ti lascerò
Tu andrai,
e accosterai il tuo viso a un altro viso
le tue dita allacceranno altre dita
e tu sboccerai verso l'aurora
ma non saprai che a coglierti
sono stato io...*
(Vinicius De Moraes)

Riportiamo qui di seguito una sintesi delle riflessioni e degli emergenti che abbiamo raccolto in alcuni incontri di carattere laboratoriale, realizzati tra la conclusione delle attività formative e l'avvio delle azioni sperimentali del Progetto. Questi incontri sono stati organizzati in collaborazione con le reti territoriali dei Servizi e delle Istituzioni coinvolte nelle attività progettuali ed hanno avuto l'obiettivo di creare momenti di riflessione comune sull'implementazione dell'approccio di lavoro orientato alla visione etnoclinica, sui diversi territori della provincia di Mantova.

Gli elementi di seguito riportati riflettono il carattere gruppale del lavoro svolto e vengono presentati senza particolari rielaborazioni, al fine di mantenere la vivacità delle elaborazioni e degli apporti che in questa fase di lavoro progettuale sono emersi dal lavoro comune delle reti dei Servizi che hanno partecipato a queste sessioni operative.

Distretto Sociale di Mantova

SN: La domanda centrale è come possiamo operativamente migliorare e trarre giovamento da questo percorso.

LP: Se si parla di deterritorializzazione dei servizi, nascono due problemi. 1- occorre riconoscere figure istituzionali che possono legittimare questo sconfinamento; 2- porrei anche il tema della clandestinità. Forse lo sconfinamento lo agiamo ogni giorno ma lo operiamo in clandestinità. Come può essere veicolo di nuove competenze?

Nella maniera clandestina di lavorare, succedono delle cose che divengono poi ufficiali, divengono oggetto di lavoro.

LB: Mi pare una reazione alla deterritorializzazione importante. Sarebbe importante dirci che in tutto ciò che avviene con la migrazione c'è un sommerso. C'è una parte visibile del lavoro, ma c'è un movimento potente di attività, visioni, accadimenti che non stanno nel formale, ed è un sommerso poderoso. Credevamo all'inizio che i migranti esistessero solo quando li vedevamo noi. Ma loro esistono indipendentemente da noi. Il visibile è la parte più piccola, l'invisibile che esiste a prescindere da noi è invece sempre più ampio. La visione va costruita sul come operare ma anche sul ricostruire quelle visioni altre che sono frutto dell'incontro con la diversità.

GB: Lo sconfinamento di cui parlava L. porta con sé anche la capacità di reinterpretare il proprio ruolo. Un passaggio dai luoghi di cura alla cura dei luoghi.

LD: Mi veniva in mente a proposito delle premesse l'importanza di capire chi fa che cosa, la conoscenza del territorio. Cosa possiamo fare nel nostro piccolo, aprendoci all'incontro dell'altro ed alla conoscenza di chi e come opera nella realtà. Se sconfinare vuol dire venirci incontro, perché no?

GC: Collegherei questi pensieri a un livello di legittimazione che è sostanzialmente presente nel Fami, cioè la stipula di un protocollo interistituzionale già formalizzato che credo debba essere percepito come una legittimazione a procedere e lavorare in un certo modo.

LP: Quanto, però, come operatori siamo disposti all'invasione del nostro spazio? Quando parliamo di sommerso: quanto serve formalizzarlo? Quanto è soggetto a delle regole?

Non istituzionalizzare il sommerso e accettare, in modo arricchente, di farci invadere. Occorre un cambiamento di mentalità sostanziale.

SN: Nel momento in cui si lavora insieme, considero la rete come terra di tutti, dove non ci sono confini e dove c'è invece un argomento comune. In tal senso rimetto alle competenze che ci sono e ai ruoli che ciascuno ha e non mi faccio carico in solitudine dei bisogni.

Dobbiamo trovare un punto mediano tra organizzare tutto come un protocollo e come si cambia una mentalità. Giocare, nel senso nobile, sugli sconfinamenti, sulla creatività, sull'accettare che l'altro si avvicina, che sarebbero poi i principi dell'etnoclinica, dove nessuno sta nel suo. È una clinica che ha a che fare con la cura dei luoghi, far entrare nel luogo di ascolto la cultura dell'altro, è una clinica che ci mette in una situazione di ritessitura di un contesto sociale in cui nel procedere alla cura dell'altro, curiamo anche noi.

I pensieri vanno nella direzione di riconcettualizzare alcuni interventi in cui da un lato si diceva della necessità di dotarsi di una forma istituita del nostro lavorare in rete. Dall'altro sarebbe interessante mantenere un certo sconfinamento.

mento. Stare in equilibrio tra una dimensione di istituito e una di istituyente, mantenere aperta la oscillazione, in una dinamica di accoglienza dell'altro. L'altro punto è il legittimarsi alla clinica, al pensare che se noi ragioniamo in termini di etnoclinica come campo non solo psichiatrico ma psico-socio-sanitario e ci mettiamo in rete, possiamo avere cura dei luoghi, adottare una tendenza a praticare luoghi gruppali e dunque più facilmente entriamo nella cultura dell'altro. È un lavoro di domande che riusciamo a prendere in carico solo in un territorio geografico, istituzionale e teorico-tecnico comune. Altro principio portante dell'etnoclinica è il fatto che mentre noi curiamo l'altro, l'altro ci fornisce l'opportunità di curare noi stessi, cioè di prenderci cura dei nostri dispositivi e dei nostri schemi di riferimento operativi. Il lavoro con gli stranieri è occasione per mettere in moto la creatività degli operatori, delle équipes, dei servizi, delle istituzioni.

La domanda di fondo è sempre: come facciamo?

LP: I protocolli che funzionano sono quelli che partono già da qualcosa che si fa.

GC: C'è un livello del protocollo di intesa in cui gli enti legittimano un certo gruppo di lavoro. Noi operatori forse siamo più veloci e disponibili a cambiare mentalità rispetto alle nostre istituzioni. Questo Fami ci sta dicendo di concentrarci sui casi che abbiamo già per poi eventualmente ampliare il campo e trovare nuove risorse. Passare dall'idea che il caso sia "mio o tuo" a "nostro", attivare, cioè, un livello di presa in carico interistituzionale, interdisciplinare e interculturale. Servirebbe, a questo scopo, anche una formazione ai livelli apicali, un coinvolgimento ampio delle istituzioni in modo che non si risolvano nel predisporre atti formali.

EC: Un piano è come possiamo lavorare meglio in rete alla base, con le risorse che abbiamo. Da cosa partiamo per dirci che serve un protocollo operativo? Come monitorare un protocollo? A chi spetta farlo conoscere?

GC: Cosa ci si può aspettare materialmente dalle équipes? Forse possiamo vedere in progress un elemento della operatività, potrebbe essere utile rappresentarci la figura di questa équipe non solo come un servizio, ma come una sorta di laboratorio per una sperimentazione della possibile metodologia. La équipe etnoclinica del Progetto rappresenta peraltro uno spaccato della rete. L'ottica con cui possiamo guardare e sperimentare è di messa in campo di un approccio attraverso il lavoro dell'équipe, proprio come una sorta di laboratorio metodologico. Vivere questa esperienza come un provare insieme a fare qualcosa. Non c'è un gruppo esperto che risolve dei problemi, c'è un laboratorio metodologico che legge situazioni di bisogno a partire da un certo

schema di riferimento e progetta possibili linee di intervento.

EC: Da quello che già si fa, arriviamo a costituire un protocollo, non il contrario.

Trovare la continuità in ciò che stiamo generando assieme è un problema da porci insieme e vuol dire anche andare a costruire le condizioni per cui ciò non sia una semplice sperimentazione con un inizio e una fine.

GC: Vedrei anche l'importanza che i membri dell'equipe si impegnino nel restituire elementi di apprendimento alla propria istituzione di appartenenza. Ognuno dei membri dell'equipe è mandato nell'equipe come rappresentante di una istituzione. Sappiamo che uno dei punti non semplici del gruppo interistituzionale è la ricaduta sui luoghi di provenienza, cosa torna alle istituzioni di appartenenza. Si tratta di aspettarci che la equipe e i singoli membri possano attivare un processo di restituzione. Non si deve rischiare che ciò che accade dentro l'equipe resti lì, poiché si rischierebbe di limitare molto la portata del possibile cambiamento a livello del sistema istituzionale.

LB: Si attiva un sentimento di implicazione nel progetto, fare cose su cui sperimentiamo. Se noi ci impliciamo, ragioniamo sul fatto che ciò che impariamo non ce lo teniamo per noi, perché cadrebbe il presupposto del progetto, che è quello di contaminare le comunità. Abbiamo molte cose da imparare dagli altri.

SN: Mi domando, arriviamo a fine Progetto con una prassi che possiamo mettere in atto a prescindere da eventuali finanziamenti? Inoltre, come si attiva l'equipe, quale è il modus operandi?

LB: In un'ottica di prossimità, si prende contatto con un membro dell'equipe e attraverso uno scambio di comunicazioni formali si porta la situazione al gruppo di lavoro, che la analizza e decide come muoversi, quali azioni intraprendere. Abbiamo deciso, sul piano operativo, che l'equipe incontra sempre gli operatori che hanno a che fare con il caso, valutando in seguito se e come agire direttamente sulle persone oggetto della segnalazione. C'è una parte stabile dell'equipe e una parte "mobile", che può integrare, ad esempio, gli operatori dei servizi che seguono il caso.

Il protocollo di intesa ha fatto sì comunque che nessuno potesse chiamarsi fuori, tanto più che il protocollo non scade.

L: L'etn clinica per come l'abbiamo studiata, non è in capo ad un individuo ma ad un gruppo.

Si definisce l'idea di co-costruzione di un percorso con i servizi e con la persona, senza processi di standardizzazione ma con un sentimento ed una pratica di implicazione comune.

Distretto Sociale di Guidizzolo

Si richiedono chiarimenti su natura e modalità della equipe etnoclinica.

Le persone che vengono segnalate per l'attivazione dell'equipe sono individui o famiglie che presentino caratteristiche di vulnerabilità psicosociale, difficoltà di comunicazione, difficoltà con il contesto. Per esempio, sono state segnalate donne, mamme che vivevano la maternità in modo particolare, in quanto la loro cultura avrebbe implicato un'accezione particolare. Oppure soggetti con complicanze dovute a un non superamento di un trauma.

L. spiega che l'invio può avvenire attraverso modalità diverse, può ad esempio iniziare con una telefonata seguita da una mail formale per tracciare il contatto ed il lavoro. In generale, l'equipe, dopo aver analizzato la richiesta, incontra gli operatori dei servizi invianti e non direttamente i soggetti segnalati.

GB: Ci siamo chieste come segnalare, come raggiungere la equipe. Inoltre per noi è importante capire come si può radicare nel territorio questo approccio metodologico. Emerge la possibilità nella fase di segnalazione di coinvolgere anche gli altri servizi. Esempio: il comune che deve fare la segnalazione potrebbe avvisare ad esempio il Cps. Ci si chiede, di fatto, come attivare il territorio. Allo stesso modo, se il Cps contatta l'equipe su un caso di un determinato territorio si può coinvolgere il territorio stesso.

Rispetto al gruppo di parola, riferisce G., la fatica era quella dell'accessibilità e della vicinanza territoriale.

RP: C'è la possibilità di partecipare ad un incontro con l'equipe per entrare nel linguaggio ed in un modus operandi nuovo?

LB: In effetti, dal momento dell'analisi della domanda, non si mettono vincoli sul numero di partecipanti ai lavori di equipe.

Entrare nella mentalità del lavoro di rete interistituzionale. Ottica del lavoro di rete e condivisione del bisogno sul territorio. Mettere a conoscenza il sistema ed il territorio di una determinata iniziativa o caso.

L.: se quando viene fatta una richiesta alla equipe etnoclinica esiste già una conoscenza trasversale nel territorio tra diversi operatori e servizi significa che è già presente una dimensione di rete attiva che si implica sul bisogno.

È inoltre importante, quando si inizia ad avere a che fare con un utente, provare a chiedergli se ha qualcuno con cui vuole condividere il proprio racconto, qualcuno da portare con sé durante i colloqui.

GB: L'idea che ci era venuta era la presenza nell'equipe etnoclinica di qualcuno che rappresenti effettivamente il territorio distrettuale. L'idea della stabilità era legata al dopo Progetto, quindi prevedrebbe la presenza di qualcuno che fosse sopra le parti e stabilmente operativo.

GB: Se c'è una cosa che ha messo in luce questa progettazione è che c'è una mancanza, sul territorio, su questo tema. L'intercultura è un tema sia provinciale che distrettuale. Anche se avessimo utenti per il gruppo di parola che si svolge a Mantova, non riusciremmo a portarveli. Come possiamo capire cosa è un gruppo di parola e capire se può esserci utile?

Il gruppo di parola abbiamo iniziato a praticarlo sei anni fa. Abbiamo fatto 8-10 gruppi prevalentemente maschili e uno con le donne vittime di tratta. Mediamente vediamo i partecipanti in incontri che possono durare anche due ore o più. Il compito del gruppo è favorire una comunicazione aperta sui vissuti che i migranti stanno sperimentando in questa terra che non è la loro terra. Si attivano pensieri sul senso di salute, malattia, coppia, amore, contesto, paesaggio, luogo, ecc. Normalmente gli appuntamenti sono 6-8, ogni due settimane. In alcuni casi, ad esempio con le donne, siamo partite dal disegno, non si parte mai dal trauma. Il gruppo di parola femminile è quello che ha dato di più sulla esperienza corporea della migrazione. Con le donne il tema diviene spesso il fatto stesso di essere donna e le difficoltà di emancipazione. Nel gruppo si crea un'atmosfera molto particolare.

Le persone sentono che la loro cultura interessa a qualcuno. Le culture di riferimento sono gemme preziose e grandi occasioni di apprendimento. La cultura viene riconsegnata come una cosa di grande valore. Altra cosa molto potente è che il gruppo sprigiona una fonte di sostegno notevole. Loro diventano i mediatori, si inseriscono nel gruppo verso di noi o verso altri membri del gruppo con un atteggiamento di mediazione.

Dato che emergono aspetti che in altri luoghi non emergono, spesso c'è un confronto anche con altri colleghi, come ad esempio i colleghi della prefettura o di altre istituzioni del sistema socio-sanitario.

DD: Che percezione e accettazione hanno i partecipanti del gruppo?

LB: Essendo invitati ad andarci da persone con cui sono in rapporto, di norma l'accettazione è buona.

Si chiede se è una risorsa realizzabile online. Luciana sottolinea che online ci si può coordinare con gli operatori che vogliono mettere in atto dei gruppi di parola, ma non fare effettivamente i gruppi di parola.

Dal dialogo gruppale, alla conclusione dell'incontro, emergono tre temi:

L'importanza della continuità dell'attività sperimentata dopo la conclusione del progetto;

la possibilità di individuare un operatore che rappresenti il territorio distrettuale all'interno della équipe etnoclinica;

la possibilità di progettare un gruppo di parola fruibile sul territorio.

Distretto Sociale di Asola

Dal confronto gruppale emergono i seguenti temi e riflessioni.

Sconfinare: in più occasioni ci siamo detti “non sto nel mio ruolo ma sconfinare”, ma fa parte del nostro modo di essere e della nostra peculiarità. Sentiamo spesso il bisogno di contaminarci con altre situazioni, altre professionalità ed altri ruoli.

La necessità di contaminazione. Per tanto che si voglia applicare il metodo scientifico all’ambito sociale, esso si basa sulla relazione, e dunque è più funzionale aprirsi a forme di contaminazione, cioè di reciproca influenza, diversamente da ambiti operativi come quello medico dove i protocolli basati sull’evidenza sono molto forti. Il sanitario ha forse iniziato a scoprire questa cosa tardi, dato che il tempo delle risorse infinite è terminato si è accresciuta questa necessità di contaminazione.

Iniziamo a mettere al centro una questione epistemologica, che ruolo diamo alla relazione nella cura. Questa epistemologia in questa rete è convergente? Un pensiero in cui ci imbattiamo frequentemente e che andrebbe decostruito: ancora possiamo parlare di scienze dure e di non-scienze, quelle che si occupano di comunicazione e relazioni? Il lavoro relazionale non prevede l’applicazione di un protocollo rigido, ma si basa su un modello di lavoro che prevede la necessità di sperimentare la teoria nella pratica. Nel momento in cui le scienze diventano scienze di riferimento delle istituzioni rischiano di irrigidirsi e non contaminarsi più. In etnoclinica non vale la ripetizione meccanica di protocolli, ma c’è un continuo implicarsi e rompere gli schemi.

La distribuzione dei poteri in quest’ottica è estremamente paritaria, in un’ottica “inter”.

Sapere situato. Io so perché ho vissuto e posso sapere ciò che ho sperimentato. C’è sfiducia a comprendere e accettare che il modo di vivere di una cultura sia diverso, ma anche questo ha una rilevanza scientifica. A volte il mediatore serve solo alla lingua mentre non riusciamo spesso ad accedere a questi saperi situati nelle culture.

Il discorso della sincronia tra le varie equipe è fondamentale: gli attori coinvolti spesso sono molti, ma è importante saper fare rete riguardo le situazioni che trattiamo. Questo tema della sincronia è fondamentale ed è veramente difficile da mettere in pratica.

Il ruolo e la presenza della psichiatria è ancora una volta individuato come un nodo essenzialmente problematico, in certi casi vissuto proprio come assenza di possibilità di lavorare insieme.

È obiettivo della rete agire sul piano comunitario. Risulta molto importante

la valenza politico-comunitaria della rete, in quanto naturale sarebbe che possa produrre pensiero, progettualità che vadano ad incidere su alcuni elementi e processi comunitari. Il focus di lavoro della rete e della equipe di rete non è mai solo l'utente, ma anche (soprattutto in questo periodo storico) la comunità, anch'essa è utente della rete. In questa ottica dovrebbero essere coinvolti anche i vertici istituzionali. I territori possono esprimere degli elementi di apprendimento che possono stimolare anche le decisioni socio-politiche. Anche una condizione di carenza di risorse in qualche modo può stimolare dei processi generativi. Questo lo possiamo usare, anche per non vivere solo il lato svantaggioso.

Gli stranieri che arrivano nei servizi provengono da culture dove gran parte delle decisioni vengono prese insieme, condivise. La modalità di lavoro che questa esperienza ci offre è anche una possibilità di immedesimazione. Più abbiamo chiaro che uno straniero non è mai da solo, più capiamo che è opportuno attrezzarsi analogamente.

Importanza della figura del mediatore: è fondamentale includere questa figura negli ambienti sanitari proprio per decifrare aspetti che altrimenti rischiano di sfuggire o rimanere completamente sommersi.

Testimonianze

*Le rondini quando migrano
non cercano la primavera
cercano lo stupore.*
(Vera Lucia de Oliveira)

Voci dai territori

*“Interventi di cura in rete per migranti vulnerabili nel territorio mantovano”
A cura di: Marta Balasso, Direttrice SAI Enea – Consorzio Progetto Solidarietà Mantova; Grazia Bedulli, assistente sociale Comune di Castiglione – Ufficio di Piano Ambito di Guidizzolo; Graziella Bonomi, assistente sociale specialista Comune di Mantova, referente tecnico progetto Fami “Ca.Re.”; Denise Nicoletti, assistente sociale Ufficio di Piano Ambito di Asola; Alessandra Romagnoli, Coordinatrice Ufficio di Piano Ambito di Guidizzolo*

A partire dall’analisi del contesto e delle criticità del locale sistema dei servizi che hanno motivato la progettazione, il nostro contributo intende riflettere su:

1. l’elaborazione di un protocollo d’intesa tra gli enti promotori del progetto (Comune di Mantova, Dipartimento di Salute Mentale-ASST Mantova e Solco-Mantova) e le Associazioni dei Comuni di tre distretti mantovani,
2. l’esperienza della formazione,
3. l’esperienza di partecipazione all’equipe etnoclinica.

Il progetto Fami è stato ideato nel 2019, ovvero nel periodo di piena trasformazione del sistema di accoglienza conseguente all’entrata in vigore dei decreti sicurezza con i quali i richiedenti asilo venivano esclusi del sistema SPRAR, riservato ai titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, e venivano modificati i presupposti per il rilascio del titolo di soggiorno per protezione umanitaria. Contemporaneamente venivano ridimensionate drasticamente le risorse attribuite ai Centri di accoglienza straordinaria (CAS) con la conseguente eliminazione di servizi per l’inclusione sociale e di figure professionali tra cui quella dello psicologo. Il clima culturale di quel periodo generava marginalizzazione degli operatori dei servizi di accoglienza e criminalizzazione del migrante. Gli effetti di quelle disposizioni

uniti al clima culturale di quel periodo determinavano la fuoriuscita dalla legalità di quote di stranieri, costretti alla clandestinità per la perdita del titolo di soggiorno, indebolimento delle reti territoriali, esclusione di migranti dal sistema di accoglienza e da percorsi di integrazione con aggravamento delle situazioni di vulnerabilità.

Il progetto FAMI partiva dalla rilevazione delle criticità del sistema dei servizi territoriali, evidenti ancor prima della trasformazione di cui sopra, particolarmente impattanti per i migranti vulnerabili, sostanzialmente sintetizzabili in:

- esistenza di barriere culturali negli addetti ai servizi che, in assenza di adeguati supporti formativi anche in senso etnoclinico, si traducono in forme di discriminazione e nell'adozione di strategie di allontanamento del migrante vulnerabile,
- difficoltà dei servizi a riconoscere e a leggere il bisogno di cura del migrante vulnerabile, soprattutto il bisogno psicologico che non si esprime in maniera acuta, e a predisporre percorsi non standardizzati, adeguati agli specifici bisogni psico-sociali del migrante e condivisi con lui,
- debolezza delle reti territoriali di intervento sulle singole situazioni (potenzialmente composte da Medico di Famiglia, Servizi Psichiatrici, Servizi dell'accoglienza, Servizi sociali comunali, Servizi del Terzo Settore, dell'Associazionismo e del Volontariato), strutturate prevalentemente sull'emergenza ma non consolidate come metodo di lavoro,
- mancanza di accordi inter-istituzionali formalizzati a garanzia e supporto del lavoro di rete tra i servizi territoriali, necessario per regolare il reciproco invio e la progettazione di percorsi socio sanitari e riabilitativi integrati.

Il progetto FAMI, in quanto progetto di capacity building, mirato a promuovere una significativa azione di formazione degli addetti ai lavori sul territorio e a sperimentare modalità innovative di presa in carico interculturale, aveva lo scopo di dare il proprio contributo al superamento delle criticità e al miglioramento del sistema.

Il Protocollo di Intesa tra Comune di Mantova, Dipartimento di Salute Mentale-ASST Mantova, Solco-Mantova e Associazioni dei Comuni di Mantova, Asola e Guidizzolo.

Uno degli aspetti più qualificanti ma anche più impegnativi del progetto FAMI va individuato nella costruzione di una relazione stabile tra i tre soggetti promotori, Comune di Mantova, Dipartimento di Salute Mentale-ASST e Consorzio Solco Mantova, espressa soprattutto all'interno della cosiddetta cabina di regia che ne ha accompagnato la realizzazione sin dalla fase iniziale. Dopo pochi incontri, prima che il progetto venisse declinato nelle sue azioni concrete, si è valutato utile il coinvolgimento dei Comuni associati nei tre distretti sociali mantovani coincidenti con l'area di competenza dell'Unità operativa di psichiatria 1 dell'ASST di Mantova. La cabina di regia è stata quindi allargata ai direttori degli Uffici di Piano di Mantova, Asola e Guidizzolo e, grazie al loro contributo ed esperienza, ha potuto ampliare lo sguardo sull'area tematica dei migranti vulnerabili nel concreto delle diverse realtà territoriali. Si è avviata così la costituzione di uno spazio istituzionale di confronto, formazione e approfondimento tra enti e soggetti, a diverso titolo impegnati sulla tematica, riuniti dagli obiettivi progettuali condivisi e impegnati nel cercare di renderne possibile la realizzazione.

Le difficoltà dovute a rigidità nelle visioni e ad aspettative tra gli enti non sempre realizzabili sono state affrontate e gestite, forti del convincimento che per occuparci efficacemente dell'integrazione dei migranti fragili era anche necessario contemporaneamente costruire integrazione tra le istituzioni del territorio e tra queste e gli altri attori della comunità. Anche i ruoli dei diversi attori istituzionali dettagliati nella scrittura del progetto FAMI non risultavano sempre facilmente ed immediatamente traducibili in azioni e connesse assunzioni di responsabilità. È in questo contesto che si è intravista la necessità di un protocollo di intesa co-costruito tra tutti i soggetti appartenenti alla cabina di regia che traducesse le finalità progettuali in obiettivi perseguibili e declinasse chiaramente ruoli, funzioni e compiti di ciascun soggetto.

Il protocollo è stato un primo esito del lavoro della cabina di regia nel suo insieme e nelle sue diverse componenti: dopo aver concordate finalità e struttura dello strumento, ciascuna componente (Comuni-ASST- Terzo Settore) ha svolto un lavoro di analisi, confronto, definizione e scrittura del proprio ruolo e delle azioni attivabili, nel rispetto delle linee guida progettuali, successivamente condiviso da tutti.

Sono stati esplicitati i diversi livelli di coordinamento, sovra-provinciale e sub-provinciale, le diverse responsabilità e compiti relativamente alla elabo-

razione, organizzazione e promozione delle azioni formative e degli interventi sperimentali ridefiniti come “gruppi di parola” ed “equipe etnoclinica di consultazione”.

Dato l’impegnativo lavoro svolto e l’efficacia del risultato ottenuto si è valutato di dare allo strumento una durata temporale triennale (scadenza dicembre 2023), prevedendone la rimodulazione allo scadere del progetto FAMI (giugno 2022), sulla base degli esiti della sperimentazione.

Elaborato nella fase iniziale del progetto Fami e costruito con i caratteri della concretezza e della sostenibilità, il protocollo rappresenta un’esperienza di cooperazione tra enti pubblici e tra questi e il Terzo settore, resa possibile dalle dimensioni limitate della realtà sociale in cui è stata prodotta e dalle condizioni di prossimità e relazionalità tra i componenti della cabina di regia. Auspichiamo quindi che alla conclusione del progetto FAMI gli enti sottoscrittori del protocollo diano continuità all’esperienza realizzata, favorendone lo sviluppo ed istituendo un luogo di confronto sulla tematica migratoria, raccordo e coordinamento provinciale delle politiche locali in ambito sociale, socio-sanitario e dell’accoglienza, che coinvolga istituzioni, terzo settore e comunità locali, con la partecipazione della Prefettura quale espressione del governo nazionale sul territorio provinciale. Forse si tratta di riconoscere e valorizzare il lavoro svolto in un periodo del recente passato dal Sottogruppo del Consiglio Territoriale delle migrazioni, istituito e coordinato dalla Prefettura di Mantova, spesso ricordato da chi vi ha partecipato come esperienza generativa che ha ispirato e stimolato alcune successive progettazioni territoriali.

L’esperienza della formazione

Momento centrale del progetto Fami Care è stato il percorso di formazione nei gruppi territoriali, quale occasione per condividere linguaggi comuni, teorie di riferimento e approcci operativi differenti tra persone appartenenti ad enti diversi: ASST, servizi sociali comunali, Enti di Terzo Settore e privato sociale, soggetti pubblici e privati del sistema dell’accoglienza. La composizione dei gruppi ha considerato le specificità locali includendo talvolta altre componenti ritenute significative per la costruzione delle reti territoriali, quali gli enti di formazione a Castiglione, i mediatori culturali a Mantova.

La scelta di una formazione rivolta a figure professionali diverse (assistenti sociali, educatori professionali, mediatori culturali, volontari, medici, infermieri, psicologi,...) appartenenti ad enti ed organizzazioni diversi, con livelli di esperienza e competenza nell’area della migrazione altrettanto differenti

ha certamente rappresentato una sfida, ma ha consentito la costruzione delle premesse per la nascita e lo sviluppo di reti territoriali competenti nella presa in carico del migrante vulnerabile. Va evidenziato che in qualche realtà essa ha rappresentato la prima opportunità di incontro tra servizi ed enti operanti sulla tematica seppur a titolo diverso. La formazione quindi è stata occasione di conoscenza, confronto e dialogo su contenuti e temi, talvolta anche emotivamente intensi data l'alto livello di implicazione personale degli operatori, nonché opportunità di riflessione su uno schema di riferimento che dovrà venire meglio condiviso ed esperito nel lavoro quotidiano.

Dal distretto di Asola alcuni operatori osservano che questa formazione ha fornito ai partecipanti la possibilità di interrogarsi e ampliare lo sguardo nell'ottica della cura e della presa in carico dei migranti vulnerabili; ha indotto l'operatore e l'équipe a interrogarsi non solo sull'altro ma anche su se stessi e se stessi in relazione all'altro; ha permesso di esplorare alcune modalità operative alla ricerca di un cambiamento continuo della propria posizione cercando maggiore duttilità e dialogo gli uni con gli altri; ha consentito la condivisione di competenze specifiche dei formatori e dei partecipanti e promosso la collaborazione fra gli stessi. Durante il corso è emersa la necessità che sia il sociale sia il sanitario acquisiscano maggiori competenze sulle tematiche affrontate, attraverso una stretta e necessaria collaborazione interdisciplinare ed un processo di contaminazione con modi e culture diverse del prendersi cura degli altri e di se stessi.

Dall'Ambito territoriale di Guidizzolo si rileva che, pur con tutte le fragilità della formazione a distanza e la complessità della materia, "territorialità e competenza" sono state attenzioni specificatamente perseguite; in particolare:

- a. è stata valorizzata l'ampia diversità di appartenenze dei soggetti presenti in formazione: nell'ottica di una continuità riteniamo interessante e opportuna la partecipazione anche di mediatori linguistico-culturali, poiché tali figure sono a nostro parere fondamentali nella presa in carico di soggetti di culture diverse e, quindi, la loro presenza al tavolo potrebbe portare dei punti di vista importanti e permettere di conoscersi e contaminarsi in modo forse più profondo;
- b. abbiamo riscontrato grande disponibilità delle persone dei professionisti che hanno partecipato, dimostrando interesse e volontà di confrontarsi, di mettersi in gioco e di acquisire nuove competenze;

c. il tema dell'intercultura e comunque il desiderio di riuscire ad interpretare e conoscere al meglio le culture diverse che si incontrano e si scontrano nei nostri servizi e nei nostri territori è un tema "diffuso" e sentito in modo trasversale da tutti, indipendentemente dalla competenza o dal posizionamento nel sistema del welfare; rileviamo inoltre la necessità di una presa in carico grupppale.

Tutto ciò ci ha reso più consapevoli e più desiderosi di sperimentare nella quotidianità questo approccio interculturale, trasversale, multiplo e integrato; tuttavia, questa consapevolezza ci ha portato anche a porci alcuni interrogativi, che possono trovare risposta, o comunque uno spazio di accoglienza e confronto, grazie alla presenza di un protocollo che rimane valido anche dopo la chiusura del progetto. Di seguito alcuni possibili punti possibili di sviluppo:

- declinare e radicare gli apprendimenti nei territori e nei servizi, così che le conoscenze teoriche possano trasformarsi in prassi operative e il "sapere" diventi un "saper fare" nelle varie situazioni;
- consolidare la composizione dell'equipe etnoclinica, le sue modalità di attivazione e il suo innesto nei gruppi territoriali;
- programmare una formazione permanente, una sorta di "manutenzione della formazione e delle relazioni" tra gli operatori coinvolti così da favorire un costante apprendimento dalla pratica alla teoria e viceversa".

Altri operatori del distretto di Mantova osservano che la declinazione nella pratica quotidiana delle competenze teoriche acquisite nella formazione potrà utilmente trovare spazio di sperimentazione e consolidamento nell'equipe etnoclinica. La partecipazione alle attività dell'equipe da parte dei servizi che hanno la titolarità della presa in carico del migrante vulnerabile costituisce occasione di ulteriore riflessione e condivisione dell'approccio etnoclinico. L'equipe quindi potrà assumere anche una valenza in termini formativi e di supervisione del lavoro delle reti territoriali.

L'esperienza di partecipazione all'equipe etnoclinica

Il Protocollo di Intesa, parte integrante dello sviluppo della progettualità FAMI, ha previsto che una delle azioni di sperimentazione fosse la costituzione di una équipe multi professionale di consultazione a favore di persone “migrate” con bisogni inseriti all'interno di contesti sociali mutevoli e di complessa interpretazione, segnalate dal sistema locale dei servizi.

L'equipe di consultazione etnoclinica si configura quale setting interdisciplinare, organizzato su competenze psico sociali antropologiche e sanitarie.

Le attività previste da protocollo dell'equipe sono:

- Valutazione etnoclinica;
- Co-progettazione di interventi personalizzati con la persona migrante vulnerabile ed il suo nucleo familiare/gruppo di riferimento e con la rete dei servizi territoriali, titolare della presa in carico;
- Collaborazione ed affiancamento nella realizzazione dei percorsi di cura e di presa in carico.

Gli obiettivi indiretti dell'equipe etnoclinica possono essere sicuramente individuati nelle finalità stesse del Protocollo:

- Confronto tecnico – culturale al fine di un miglioramento delle competenze etno-psico-sociale degli attori dei servizi territoriali;
- Implementazione del sistema integrato a rete;
- Miglioramento delle capacità di risposta a bisogni di complessa lettura da parte del sistema dei servizi territoriali.

Crediamo che tra gli obiettivi indiretti della sperimentazione dell'equipe etnoclinica (tra i quali innanzitutto la sperimentazione territoriale in risposta a bisogni complessi di “migrati” in condizioni di vulnerabilità psichica) si possa evidenziare anche la possibilità di praticare analisi del bisogno inedite e di conseguenza smobilitare risorse in un processo ecologico di sistema, che tiene dentro il “diverso”.

Il processo di attuazione progettuale, attraverso l'attività della cabina di regia ed i percorsi formativi territoriali, ha nel tempo evidenziato la necessità di inserire all'interno dell'equipe etnoclinica una figura di raccordo con i servizi sociali degli enti locali. Essa è stata individuata all'interno dell'Ambito di Mantova, che ha stratificato competenze specifiche interculturali ed interdi-

sciplinari nella presa in carico di migranti forzati, attraverso le progettualità di cui è titolare ed i progetti SAI.

All'interno di una costruzione multilivello degli interventi dei vari enti e partner coinvolti, la costruzione del protocollo di intesa, sintesi del complesso lavoro di rete tra gli enti territoriali, ha rappresentato il mandato istituzionale su cui l'equipe etnoclinica di consultazione si è orientata, nella sperimentazione di una prassi.

Nella pratica e nell'esperienza diretta di questa figura, l'equipe etnoclinica ha rappresentato:

- Un obiettivo del protocollo di intesa;
- La pratica di un mandato istituzionale e progettuale;
- La risposta ad una aspettativa dei sistemi territoriali;
- L'esperienza di dialogo e interazione tra linguaggi e culture istituzionali diverse;
- Il consolidarsi di una prassi territoriale di risposta a nuovi bisogni, che facilita e accompagna percorsi di cambiamento concreto (quale sintesi di processi di apprendimento istituzionale e territoriale nella fase di autovalutazione delle proprie competenze per la trattazione bisogni specifici e complessi).

L'attività formativa prevista tra le azioni di progetto, che ha preceduto e accompagnato le azioni dell'equipe etnoclinica, ha sicuramente permesso la definizione di un contesto più protetto e di auto riconoscimento in cui permettere il dialogo tra appartenenze istituzionali, culturali e di mandato diversificate. L'attività di mediazione e traduzione praticata nella prassi dell'equipe è resa più complessa con l'introduzione di categorie interpretative e simboliche altre, necessarie al fine di un'analisi più efficace del bisogno. Il contesto formativo è sicuramente stato elemento di contenimento nella difficile ma necessaria esperienza di dialogo e comunicazione multiculturale (culture istituzionali diverse, cultura umane diverse). Contesto teorico che ha saputo tenere dentro la diversità ed il complesso.

L'esperienza pratica consente di mettere in evidenza le seguenti potenzialità di un'equipe etnoclinica di consultazione territoriale:

- Attuazione pratica del mandato di progetto e istituzionale, nella costante necessità di negoziazione delle coordinate istituzionali, di competenze e simbolico culturali- "Dalla definizione teorica

di rete territoriale all'efficacia di un 'equipe operante". Luogo in cui misurare i limiti di un dialogo tra "culture di appartenenze diverse";

- Apprendimento operante ed attuazione di un processo di cambiamento nelle pratiche di presa in carico integrata di vulnerabilità multi-strutturate in contesti multiculturali;
- Luogo di convergenza tra prassi di cooperazione di agenti diversi e specificità dei territori di riferimento. L'equipe può configurarsi mobile nella composizione in coerenza con la specificità del territorio di riferimento;
- Possibile luogo di confronto e consultazione per la trattazione di vulnerabilità specifiche, spesso frutto di percorsi migratori che producono traumi plurimi e marginalità sociale, a cui gli operatori e le agenzie sociali a vario titolo sono esposte;
- Prassi in cui sperimentare lo spostamento del focus da "utente" a "cittadino". Varie agenzie territoriali possono ingaggiare la consulenza dell'equipe, favorendo indirettamente l'ispessirsi di una rete sociale di cura.

Conoscere per conoscersi

Roberta Rosa

Coordinatore infermieristico - SPDC

S. C. di Psichiatria Mantova I - DSMD

ASST "C. Poma" Mantova

Il termine "etnoclinica" è entrato a far parte del nostro vocabolario alcuni mesi fa; oggi grazie all'equipe di Sol.Co cominciamo a concretizzarne il significato, la vastità e l'importanza nell'ambito della clinica psichiatrica.

Poter iniziare una collaborazione con la Dott.ssa Bianchera e il Dott. Cavicchioli è stata sicuramente, per il nostro servizio di Diagnosi e Cura, un'opportunità di crescita importante. Ciò che ci ha avvicinati in questa collaborazione è stato proprio il bisogno di "conoscere", di poter costruire strumenti che ci permettano di migliorare la qualità assistenziale e la presa in carico dei pazienti migranti, persone straniere non migranti e minori istituzionalizzati in fase di scorporo di etnie differenti.

La proposta formativa che con la dott.ssa Bianchera abbiamo prontamente organizzato, dopo esserci conosciute, è stata realizzabile nell'ambito del Progetto CARE finanziato dal FAMI.

Le tematiche proposte hanno dato spazio all'ascolto del vissuto del lavoro clinico con i pazienti stranieri mettendo in evidenza le principali criticità e difficoltà riscontrate. Ciò ha permesso di aprire un solido confronto tra l'istituzione curante e professionisti competenti che hanno ben compreso le problematiche e le emozioni degli operatori derivanti da queste ultime. Inoltre è stato acquisito l'approccio metodologico all'etn clinica, dall'etnocentrismo all'epistemologia convergente.

Ci siamo trovati d'accordo sull'importanza della promozione e della tutela della salute mentale e del benessere psico sociale nelle persone di cultura clinica e civica diversa, per la valorizzazione della persona nel rispetto delle differenze socio-culturali. Collaborare insieme ci permetterà sicuramente di poter realizzare questo grande obiettivo poiché la formazione e l'educazione interculturale è oggi indispensabile per il rispetto dei diritti di ognuno.

Questo approccio, permette l'emersione e il confronto fra i diversi punti di vista, la diversa cultura e i diversi significati che ogni etnia assegna allo stesso gesto/comportamento/parola, rendendo possibile la costruzione e la definizione del problema con la partecipazione attiva dell'utente, insieme ad un'Equipe curante preparata integrata alla rete territoriale dedicata.

Un ringraziamento particolare alla Dott.ssa Bianchera e ai suoi collaboratori che mi hanno accolto nell'equipe etn clinica dandomi l'opportunità di "conoscere" e far conoscere alla mia equipe.

Concludo con una frase, seppur semplice ma piena di significato che mi ha detto Luciana al nostro primo incontro, la quale mi ha portato a riflettere e a dirigermi verso un punto di vista differente:

“Loro sono stranieri per noi, allo stesso tempo, Noi siamo stranieri per loro”

Grazie.

... Restituita dall'esilio al tuo sorriso
Tornerò semplice,
giusto un filo la voce della mia ombra
nel tuo specchio.
Ti parlerò dei nostri
dei,
dei nostri codici,
di questo mondo e questi gesti...
(Carmen Yáñez)

Conclusioni

A sigillo provvisorio di anni incredibili e senza fine

Salvatore Inglese

Trasformare la necessità indesiderata in opportunità trasformativa: questa formula potrebbe sintetizzare la metodologia generale del Progetto al quale ho cercato di imprimere una direzione scientifica distintiva, forgiata sull'alleanza disciplinare tra antropologia e psicopatologia delle migrazioni. Il Progetto era finalizzato a costruire e incrementare le capacità (*capacity building*) con cui la rete dei servizi di alcune aree lombarde accoglie e assiste gli stranieri migranti, profughi e rifugiati. Il cantiere progettuale è stato aperto in anni incredibili, addirittura *terribili*, capaci di gettare a terra e *atterrire* società scosse da un ciclo infausto, che ha sostituito i cartelloni del dramma di un'emergenza epidemica con quelli di una tragedia a trama marziale allestita sullo stesso teatro planetario.

Gli scritti raccolti in questo volume imprimono i segni leggibili di numerose voci dialoganti, convocate nelle varie fasi di questo Progetto di fondazione, sviluppo, innovazione istituzionale e performativa. Essi trascrivono altrettante battute recitate dagli attori sociali implicati a interpretare, in modo originale e consapevole, il compito ineludibile di edificare *nuove* società multiculturali inevitabilmente conseguenti al vigore delle migrazioni intercontinentali.

Tali movimenti irresistibili, in tutte le direzioni geografiche, sono sostenuti da fattori di *spinta* e di *attrazione*. La spinta all'emigrazione spesso diventa fuga coatta e indifferibile per crisi ambientali, demografiche, politiche, economiche, ideologiche, il più delle volte intrecciate in un groviglio di sequenze causali. L'attrazione risucchia le popolazioni migranti verso società con eco-

nomie sviluppate o che promettono l'acquisizione di diritti civili e politici, insieme a migliori livelli di salute, istruzione, lavoro. In tali orizzonti, spesso idealizzati, gruppi umani in sofferenza credono di mettere in sicurezza e soddisfare le aspettative di vita delle generazioni discendenti senza effettiva ponderazione delle loro effettive possibilità di successo.

Le società risultanti da tali processi configurano grandi insiemi dove i fattori trasformativi sono più potenti di quelli di conservazione o restaurazione. Non solo: in questi ultimi venti anni, esse scaturiscono dal trapianto di quote significative di popolazione al culmine dello stillicidio demografico dei decenni precedenti, durante i quali si era già inaugurato l'ingresso in Italia di gruppi oltremodo eterogenei per caratteristiche storiche, sociali e culturali. La loro eterogeneità costituisce il tratto distintivo delle migrazioni internazionali che, fin dagli anni Ottanta, hanno attraversato il nostro Paese.

Una peculiarità dello scenario migratorio nazionale risiede nell'estraneità reciproca tra popolazioni ospitanti e immigrate. Come dire: la distanza geografica viene raddoppiata da quella culturale, imposta dalla varietà di lingue, costumi, organizzazioni sociali, valori, concezioni del mondo e della vita.

Nei residenti e ospitanti, questa evidenza ha catalizzato un apprendimento obbligato delle differenze evidenti tra le popolazioni ospitate. È divenuto anche chiaro che apprendere qualcosa su un gruppo umano proveniente da un altrove geoculturale non assicura l'accostamento efficace a un secondo gruppo appartenente a un diverso ambiente ecosociale.

L'apprendimento sociale ha interessato i migranti stessi nei confronti dei residenti nazionali e degli altri stranieri addensati nelle stesse nicchie sociali.

Si è così verificato uno slittamento progressivo lungo superfici transculturali che sprigionano attriti specifici, a causa dei conflitti innescati da pregiudizi, stereotipi e malintesi. Essi incidono sulla condizione mentale degli individui e delle collettività oltre che sui loro comportamenti sociali. Per imparare qualcosa sullo straniero, i gruppi umani devono predisporre all'ascolto panoramico dei vari partecipanti al rapporto sociale, ormai influenzato da una tensione interculturale strutturale.

Per questa ragione, le discipline mobilitate sull'accoglienza e sulla cura devono avvalersi di metodi attraverso cui decifrare gli idiomi specifici della sofferenza socioclinica, aggiornando le modalità con le quali le istituzioni esercitano la loro presa funzionale sulle realtà cogenti.

L'ispirazione generale delle istituzioni chiamate a confrontarsi con le alterità migranti deve necessariamente inclinarsi verso la *mediazione* interculturale che, a sua volta, incorpora il punto di vista degli altri per facilitarne l'innesto

equilibrato nelle società adottive. Il Progetto ha inteso scongiurare il rischio immanente di una *babelizzazione* dei codici linguistici, dei fenomeni clinici e dei comportamenti sociali che, altrimenti, sono destinati a moltiplicarsi e a restare incomprensibili.

La sua realizzazione ha puntato alla creazione di *tavoli interattivi* intorno ai quali invitare un ventaglio aperto di attori istituzionali e sociali, risorse essenziali di un territorio dato, per avviare insieme un'opera vasta e protratta di decodificazione di configurazioni esistenziali multiformi.

Al centro dei tavoli sono stati apparecchiati una serie di oggetti culturali - lingue, costumi, visioni del mondo, progetti di vita - autorizzandone la circolazione e lo scambio.

Ascoltando le lingue originarie degli ospiti e i codici operativi delle istituzioni, siamo passati dall'esercizio dell'*interpretazione* linguistico-culturale alle iniziative di *mediazione* sociale. L'interpretazione rende possibile il riconoscimento reciproco del senso delle interazioni tra stranieri e attori sociali locali; la mediazione lavora sulla compatibilità delle diverse aspettative, in modo da ridurre le incomprensioni e le difficoltà nei confronti di richieste svincolate da istanze realistiche e praticabili.

Giunti al primo traguardo di un'attività impegnativa e coinvolgente, si può sostenere di aver guadagnato una migliore dotazione costruttiva e incominciato a elaborare strategie che governano o neutralizzano i potenziali fattori di disgregazione della coesione sociale dalla quale dipende la vita quotidiana di individui e famiglie, gruppi e istituzioni, comunità e popolazioni.

Un risultato promettente del Progetto si è consolidato dello spirito di partecipazione espresso dai destinatari delle iniziative di formazione del personale, di concertazione istituzionale e di iniziativa professionale. Fin dal primo momento e, tanto più, in questa fase conclusiva, si sono manifestate intenzioni collaborative tra i vari partecipanti: dai quadri delle istituzioni pubbliche a quelli del cosiddetto privato sociale; dalle agenzie territoriali di assistenza sociale ai funzionari di governo delle migrazioni.

Ogni partecipante è stato considerato *protagonista* del processo di gestione delle popolazioni straniere e l'atmosfera di lavoro si è ossigenata con la valorizzazione dei fattori esperienziali preesistenti, dotandoli di filtri interpretativi ed esplicativi di natura *culturale* e di impronta *democratica*.

Tali membrane analitiche funzionano sul principio che sia necessaria una conoscenza approfondita dei mondi di provenienza degli stranieri e che bisogna interagire in modo accorto e preciso sulle manifestazioni comportamentali, emozionali e relazionali emergenti quando i migranti, i profughi e i rifugiati

si trasferiscono per caso o per intenzione in un mondo ignoto: l'Italia non è né può essere uguale a nessun'altra regione d'Europa; il Settentrione è diverso dal Meridione; la vita urbana è differente da quella rurale; la cittadinanza giuridicamente garantita non corrisponde a quella contrastata da condizioni di irregolarità o clandestinità; l'integrazione si oppone alla marginalità sociale; il riconoscimento della pari dignità degli esseri umani si contrappone alle pulsioni xenofobe o agli antagonismi razzisti; le generazioni discendenti, ancora straniere, nutrono desideri e praticano comportamenti sociali non sovrapponibili a quelli dei residenti appartenenti alle stesse classi d'età; la conoscenza dell'italiano offre opportunità relazionali e prospettive di integrazione sociale precluse a chi resti chiuso nella propria provincia linguistica....

Le varie articolazioni del Progetto hanno fatto leva sulle differenze presenti nelle società adottive, aumentando la forza delle proposte di formazione e armonizzando le conoscenze acquisite in politiche di concertazione interistituzionale per ridistribuire i compiti operativi secondo matrici di responsabilità partecipata. La partecipazione alla formazione è stato un passaggio straordinario ed è presto diventata una sorta di *formazione alla partecipazione*.

Il Progetto ha impiegato la metodologia sistematica dei processi gruppali, rinviando ogni partecipante alle proprie relazioni di appartenenza (professionale, socioculturale, istituzionale) in cui rinasce come soggetto *collettivo* (*Io si identifica nel Noi*) e *plurale* (*Noi incontriamo Loro*), fino a generare un nuovo insieme in grado di comprendere *Tutti*. Ricollegare l'identità soggettiva alla matrice collettiva riduce il senso di sproporzione operatoria tra l'individuo e il suo compito sociale. Ciò vale soprattutto nelle situazioni in cui la criticità presentata da un postulante problematico pone in condizioni di svantaggio esecutivo colui che è chiamato a rispondervi. Bisogna infatti attenuare la percezione dolente di questa distonia ed evitare che il soggetto *in azione* possa sentirsi *solo e isolato* nel fronteggiare il problema insorgente. Questo vale soprattutto quando i fenomeni sui quali intervenire presentano scabrosità affilate e dilemmatiche. Bisogna quindi scongiurare la solitudine dell'operatore e alleviare quella del suo interlocutore conflittuale. Appare inoltre necessario evitare che, per quanto robusta e attrezzata, un'istituzione fronteggi senza alleati i problemi che si espandono da una dimensione all'altra della criticità manifesta.

Immaginiamo un bozzetto situazionale, clinico e sociale: richiedente asilo, a riconoscimento giuridico sospeso o negato; depresso o a diagnosi incerta; attinto da una condizione post-traumatica e con una patologia somatica aggraviata; sul punto di essere ricoverato o appena dimesso, a convalescenza

protratta e richiedente cure supplementari; gravato dall'angoscia per i congiunti, a rischio oltre frontiera; recalcitrante o reattivo a causa di abuso momentaneo o ripetuto di sostanze (alcoliche o stupefacenti); ingiuria in una lingua cacofonica e incomprensibile....

Questa illustrazione patobiografica sgrana un rosario infinito di doglianze che richiedono di essere ascoltate, allineate e risolte dalle istituzioni della società adottiva. Per reazione comprensibile, l'istituzione interessata e l'operatore incaricato potrebbero rassegnarsi alla resa di fronte alle difficoltà multiple, spesso subentranti, esibite da una contingenza tanto stratificata.

In tale situazione, sospesa tra urgenza e cronicità, acuzie e inabilità, risposta immediata e gerarchizzazione dell'intervento, ogni istituzione, per quanto organizzata, deve essere soccorsa e integrata dalle forze di un'altra. L'attore professionale in prima linea si scontra con i limiti della propria specialità operativa e invoca l'intervento di un secondo ausiliario forse esistente al di fuori del proprio servizio. Nella realtà quotidiana la domanda assistenziale non presenta caratteri discreti e classificabili con certezza quando viene proposta da una persona proveniente da un mondo allogeno e cifrata in forme inusuali e controverse.

Il Progetto ha adottato una strategia di concertazione degli interventi tra i soggetti partecipanti alla relazione assistenziale (clinica e sociale), promuovendo l'accordo motivato tra le istituzioni in modo da facilitare risposte coerenti e concrete lungo il periodo necessario a risolverne gli aspetti problematici. Esso ha quindi rimesso al centro il confronto interistituzionale democratico, ricercando la stipula di protocolli fattuali e l'individuazione di *buone pratiche* per raggiungere in tempi ravvicinati: una corrispondenza tra domanda del postulante e risposta del competente; una sincronizzazione tra gli interventi sociali e sanitari; un'empatia *interistituzionale* (riconoscimento dei limiti e disponibilità doverosa a erogare le proprie risorse); un'empatia *culturale* rispetto alle criticità del sofferente, reinterpretata alla luce dei codici espressivi radicati nei mondi allogeni.

Il Progetto ha abbracciato la sfida della complessità inerente alla molteplicità delle identità funzionali, proponendo la messa alla prova sperimentale di dispositivi gruppali innovativi: *équipe etnoclinica*, attraverso cui procedere a pratiche di *consultazione culturale*, e *gruppi di parola*.

Il riconoscimento del pluralismo identitario considera i soggetti operativi e quelli richiedenti attenzione assistenziale in quanto espressioni singolari dei relativi gruppi di appartenenza. Questo attiva interazioni attraverso dispositivi che favoriscono la circolazione della parola in ambienti *popolati*, dove *gruppi*

interagiscono con gruppi e in cui ogni individuo viene rimesso in connessione *con gruppi per mezzo di gruppi*. Questa socializzazione immanente e progressiva diventa propulsiva se la metodologia gruppale viene praticata sistematicamente oltre che ridisegnata sulle capacità di apprendere dall'esperienza da parte dei gruppi coinvolti. Sgravare l'individuo dal fardello di presentificare le proprie disavventure esistenziali, in prima persona e in solitudine, offre una riserva di forza psicosociale che gli permette di dilatare i propri limiti e di attingere alle energie di quanti si stringono intorno a lui, quasi a costituire una sorta di *comunità terapeutica* virtuale e vitale.

In tali gruppi la parola circola secondo l'orientamento della democrazia *rap-presentativa* (mediata) e di quella *diretta* (immediata): prendo la parola in prima persona, ma supero l'estraneità comunicativa (dovuta alla mia lingua straniera) elevando a rappresentante colui che riesce a transitare da una *prima* lingua (di certo *mia*, ma già *nostra* se condivisa con il *tuo* interprete) a una *seconda* (di certo *tua*, ma di nuovo *nostra* se condivisa con il *mio* interprete). La funzione di collegamento viene assicurata da un *messaggero* in costante pendolarismo idiomatico, di andata e ritorno, dotato di un'abilità quantomeno bilingue. Egli è dunque più *ricco*, sul piano discorsivo, degli interlocutori che è chiamato a servire. Questa proprietà non deve essere reificata come prestazione strumentale. Bisogna invece ridefinirne il valore peculiare quanto forma di partecipazione personalizzata, motivata e intensa, che richiede all'intercettore linguistico di abitare almeno due ambienti idiomatici e culturali reciprocamente indipendenti. Nella sua posizione di *mezzo* e *intermediaria*, questo terzo attore si impegna a concordare tra le parti il senso da assegnare alle parole significative, fissando il valore medio che consente la comprensione interpersonale. I valori negoziati devono essere *apprezzati* dai partecipanti: questo richiede un lavoro supplementare e costante di verifica dei significati in transito, soprattutto quando una prima traduzione lascia un margine di indecisione, ambiguità o ambivalenza in merito al senso comunicato. Si tratta di un passaggio mai ultimato del tutto, dunque *imperfetto*, che si avvia in giri sempre più stringenti di approssimazione fino a stabilizzare un significato pattuito tra le parti ingaggiate nello scambio.

La dinamica interattiva corrisponde a quella che governa la soluzione di un qualunque conflitto intersoggettivo: le parti devono cedere *sempre* qualcosa, nell'ordine dei significati possibili, per acquisirne una più redditizia, funzionale alla soddisfazione del bisogno e alla risoluzione del conflitto tra interessi altrimenti unilaterali e inconciliabili. Essa inaugura una sorta di *diplomazia* laica tra i soggetti in gioco, ma senza mandato né vincoli imposti da entità

superiori poiché i membri coinvolti sono, al tempo stesso, *rappresentanti e portatori* del loro interesse prevalente. Si esprimono pertanto come esseri sovrani, autorizzati dalla necessità che la loro parola venga capita e sia compresa l'istanza con cui si identificano. Sono soggettività integrali, entità micropolitiche compiute che cercano di salvaguardare la loro pienezza e di espanderne l'influenzamento sulla realtà *in essere e in divenire*. La pratica democratica continua nel momento in cui anche il ricevente ufficiale della società adottiva è accompagnato da un gruppo multidisciplinare, multilinguistico, multiistituzionale. Tutto questo dilata i confini delle interazioni intersoggettive oltre il raggio corto della relazione interpersonale duale, a cui si sostituiscono nuovi rapporti funzionali tra portatore dei bisogni e gruppi multiprofessionali in grado di soddisfarli. In tale quadro, ogni soggetto professionale viene indotto a saggiare i fondamentali sociali e culturali che hanno reso possibile l'invenzione delle discipline osservate e le hanno incardinate dentro specifici dispositivi istituzionali.

La pratica del confronto dialogico, aperto e mediato, ha consentito di ottimizzare le risorse complessive del territorio regionale, prendendo coscienza del grado di sviluppo raggiunto, delle criticità sussistenti e del rinnovamento necessario per renderle maggiormente corrispondenti ai compiti di accoglienza sociale, tutela giuridica e assistenza sanitaria in favore degli stranieri. Tale confronto ha inoltre sollecitato azioni puntuali per ridurre le barriere artificialmente interposte tra dimensioni mentali e somatiche, oltre che culturali e materiali, tra individui e comunità, bisogni e desideri.

La realizzazione del Progetto è avvenuta grazie alla ricchezza socio-istituzionale disponibile nel territorio di applicazione. Un simile patrimonio storico, frutto dello spirito d'iniziativa e della creatività dei gruppi umani, richiede di essere ricapitalizzato e reinvestito affinché non venga dissipato anche solo per difetto di aggiornamento progettuale. Al contempo, esso non è sempre distribuito omogeneamente in ogni ambito socio-istituzionale. Il Progetto ha riscontrato significativi gradienti di differenza all'interno del territorio, soprattutto nella fase in cui la pandemia ha sottratto energie e messo a dura prova l'efficienza dei servizi regionali. L'ordalia costituita dal ritiro dei corpi concreti dal campo d'azione, arretramento prescritto dalle decretazioni sanitarie, ha provocato la chiusura, la riduzione o il differimento delle attività prestazionali, costringendo operatori, funzionari e professionisti a rimodulare o modificare la loro attività. La persistenza dell'emergenza ha obbligato a ridefinire le priorità funzionali e ha spostato in ambienti virtuali molti scambi di lavoro. Tutto questo ha complicato, senza inibirle, le pratiche e le iniziative

progettuali. Ciò rappresenta un indicatore affidabile della capacità di tenuta dell'intero sistema dei servizi territoriali, insieme ai quali abbiamo continuato ad ampliare il fronte della proposta progettuale verso altri ambienti funzionali.

Ci siamo spinti fino alla soglia delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) chiamate a gestire, con un grande sforzo riformistico, la sofferenza psicopatologica complicata dalla sanzione giudiziaria. Altrettanto, la sperimentazione dei gruppi di parola all'interno dei luoghi in cui si accoglie la marginalità estrema (es., Dormitorio pubblico), ha applicato pratiche inclusive in ambiti dominati dal destino implacabile dell'esclusione sociale.

Questi apprezzamenti derivano dalla percezione di una modifica straordinaria e beneaugurante dell'atmosfera salutare in cui ogni settore sollecitato dal Progetto - Servizi socio-assistenziali dei Municipi; Sistemi di Accoglienza per profughi, rifugiati e migranti; Servizi di Salute mentale; Cooperative sociali e rete dei mediatori linguistico-culturali - ha lavorato contro ogni avversità, maggiore e minore, occasionale o persistente. In tali ambiti istituzionali, abbiamo visto all'opera la volontà di riaffermare i principi fondamentali dell'*etica pubblica* e di battersi per la tutela del *bene comune*. Queste conclusioni provvisorie non intendono trascurare l'essenziale fattore critico di successo progettuale, costituito dalla potenza vitale del fattore umano, culturalmente ricco e tecnicamente competente. Ogni partecipante ha offerto testimonianza diretta di sé stesso e della propria storia. I protagonisti del Progetto - donne e uomini, giovani e meno giovani - hanno liberato una disponibilità generosa e incondizionata nel riconoscere l'esistenza piena degli *altri*, affini o dissimili. Essi hanno anche schierato il desiderio di rigenerare tale esistenza quale risorsa fondamentale di una piattaforma di emancipazione per *tutti* i soggetti riuniti in uno spazio sociale condiviso.

La frase iniziale di queste note ha richiamato la trasformazione della necessità in opportunità.

La pandemia ha investito il nostro Progetto già nella sua fase preliminare e, ancor più, in quelle di applicazione e sviluppo. Questo *cigno nero*, per quanto esotico e sinistro, ha provocato una condizione inedita e di portata generale. Esso ci ha ammonito sul fatto che non esistono aree geoculturali costitutivamente invulnerabili a impatti socio-clinici di grande intensità. Il trauma imprevisto ha fatto crollare l'illusione che esista sempre una linea di demarcazione tra vittime sofferenti e soccorritori efficaci. In determinati scenari di crisi profonda o di vera catastrofe, i *samaritani* possono soccombere

al fattore di perturbazione e diventarne vittime. In questo consiste l'insegnamento più crudo e indimenticabile dell'evento pandemico. Nella grande comunità degli operatori dedicati alla cura e all'accoglienza coinvolti nel Progetto, l'incidente globale ha rinforzato una maggiore sensibilità rispetto alle sofferenze che costituiscono il viatico amaro dei migranti. Questo sentire diffuso ha incrementato la loro autenticità personale e la prossimità esistenziale alle peripezie degli stranieri; risultato niente affatto scontato in epoche di crisi o di transizione. Ciò lascia intravedere l'emersione di un nuovo *ethos*: una carta di valori che rilancia la centralità di un *destino condiviso* all'interno di una stessa *casa comune*. In questa dimora e nelle stagioni a venire bisogna cooperare alla realizzazione del miglior benessere possibile a vantaggio del genere umano, abbracciato nella sua totalità, ben al disopra di differenze accidentali che solo una stoltezza esecrabile vorrebbe trasformare in *antagonismo della specie contro se stessa*.

*Costruirò un ponte d'acciaio sopra il mio bisogno!
Costruirò un rifugio antibomba sopra il mio cuore!
Ma il mio futuro è un segreto.
È timido come una talpa.
Cosa è successo
al mio bisogno di te...
Io sono la perla urticante
e tu sei il necessario guscio.
(Anne Sexton)*

Bibliografia

- Abraham N., Torok M. (1978), *La scorza e il nocciolo*, Borla, Roma, 1993
- Abu-Lughod L. (1991), *Writing against culture*.
- Agamben G. (1990), *La comunità che viene*, Einaudi, Torino.
- Algini L., Lugones M. (1999), “Emigrazione Sofferenze d’Identità”, in *Quaderni di Psicoterapia Infantile 40*, Borla, Roma.
- Anderson B. (1983), *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*, Verso, New York.
- Barth F. (1969), *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Basaglia F. (2018), *Conferenze brasiliane*, a cura di Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M.G., Cortina, Milano.
- Bateson G. (1977), *Verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bauleo A. (1974), *Ideologia, gruppo e famiglia*, Feltrinelli, Milano, 1978.
- Bauleo A., De Brasi M. (1994), *Clinica gruppale, clinica istituzionale*, Il Poligrafo, Padova.
- Baumann Z. (2003), *Vite di scarto*, Laterza, Napoli.
- Bianchera L., Cavicchioli G. (2014), *Il lavoro psicosociale con le famiglie vulnerabili. Clinica, teoria e racconti*”, Unipress, Padova.
- Bianchera L., Cavicchioli G. (2017), Angoscia, apprendimento e spazi di pensiero. Sostenere la speranza nelle istituzioni curanti, Riv. Gli Argonauti, n.154 settembre 2017 pp. 281 – 300.
- Bianchera L., Cavicchioli G. (2021), *Nel tempo capovolto della pandemia. Pensieri e gesti di una comunità che si cura*, Quaderni della Formazione, Sol.co. Mantova, N. 01/2021.
- Bianchera L., Cavicchioli G. (a cura di), (2017), *Istituzioni, apprendimento e nuovi emergenti sociali. Tras-formazioni necessarie*, Unipress, Padova.
- Bianchera L., Cavicchioli G., Lovisatti A.R., (a cura di), (2018), *Transizioni e sconfinamenti: cambiamenti culturali nell’avventura delle migrazioni*, Quaderni della Formazione - Solco Mantova, n.1/2018.
- Bion W. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1997.
- Bleger J. (1963), *Psicologia della condotta*, Armando, Roma, 2018.
- Bleger J. (1966), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, Lauretana, Loreto, 1989.
- Bleger J. (1967), *Simbiosi e ambiguità*, Armando, Roma, 2010.

- Boas F. (1911), *L'uomo primitivo*.
- Castiglioni M. E., Del Rio G., Servida A., Terranova-Cecchini R. (2018), *Culture che curano*, Borla, Roma.
- Cavicchioli G. (2013), (a cura di), *Io-Tu-Noi. L'intersoggettività duale e grup-pale in psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano.
- Cavicchioli G. (2015), *Curare il corpo curante. La supervisione dell'èquipe*, in Cavicchioli G. (a cura di), *Curare chi non può guarire*, Franco Angeli, Milano.
- Cavicchioli G., Bianchera L. (2020) Migration e soin de l'autre entre individu, groupe et institution, Riv. Le divan familial. Revue de therapie familiale psychoanalytique, n. 44/ printemps 2020, pp. 151-167.
- Cavicchioli G., Bianchera L. (2020), Ospiti o nemici? Esperienze nei gruppi di formazione e di supervisione degli operatori che si occupano di accoglienza dei migranti. Riv. Gruppi. Nella clinica, nelle istituzioni, nella società - Open Access, [S.l.], n. 1, ott. 2020. ISSN 1972-4837.
- Clastres P. (1974), *La società contro lo stato*, Feltrinelli, Milano.
- Clifford J. (1986), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche dell'etnografia*, Meltemi, Roma, 1998.
- Coppo P. (2003), *Tra Psiche e Culture*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Martino E. (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- De Martino E. (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Roma.
- Devereux G. (2007), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma.
- Duran E. (1995), *Native american post colonial psychology*, State University of New York.
- Eiguer A. (2018), "Meccanismi di Compensazione nell'Esperienza di Sradicamento", in Bianchera L., Cavicchioli G., Lovisatti A.R., a cura di, 2018.
- Esposito R. (2002), *Immunitas*, Einaudi, Torino.
- Fanon F. (1961), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino.
- Fanon F. (1965), *Il Negro e l'Altro*, Il Saggiatore, Roma.
- Fanon F. (1971), *Opere Scelte vol. 1 e 2*, Einaudi, Torino.
- Fornari F. (1970), *Psicoanalisi della guerra*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. (1961), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1963
- Foucault M. (1978), *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, BUR, Milano.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, in *Opere* vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Geertz C. (1973), *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna.

- Inglese S. (2008), Conferenza sull'Etnopsichiatria, *Psychiatry On Line Italia*.
- Inglese S., Cardamone G. (2011), *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Colibrì Edizioni.
- Inglese S., Cardamone G. (2017), *Déjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Colibrì Edizioni.
- Jabès E. (1991), *Il libro dell'ospitalità*, Cortina, Milano.
- Kirmayer L., Guzder J., Rousseau C., (2020), *Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Edizioni Colibrì/Centro Studi Sagara, Paderno Dugnano/Pisa.
- Kopenawa D., Albert B. (2010) *La caduta del cielo*, Figure nottetempo.
- Lévi-Strauss C. (1958), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Roma.
- Lussier M. (2012), *Terra d'asilo, terra di lutto. Il lavoro psichico dell'esilio*
- Minuchin S. (1976), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Montecchi L., "Dalla massa alla moltitudine", disponibile in Area3.org.es il 13/05/2022.
- Montecchi L., (2021), *L'ombra dell'Angelo*, ed. Sensibili alle foglie.
- Nathan T. (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Pichon Rivière E. (1971), *Il processo gruppale*, tr. it. Lauretana, Loreto, 1985.
- Reich W. (1933), *Psicologia di massa del fascismo*, Einaudi, Torino.
- Risso M., Böker W. (1964), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, Liguori, Napoli, 2000.
- Sayad A. (1999), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina, Milano, 2002.
- Shmitt C. (1950), *Il Nomos della terra*, Adelphi.
- Sciortino G. (2000), *L'ambizione della frontiera: le politiche di controllo migratorio in Europa*, Franco Angeli, Milano.
- Silvestri, A., Aprea, A., Bianchera, L., Montecchi, L., Cavicchioli, G., Mennella, S., & a cura di Alessandra Furin. (2021). Gli operatori della gruppaltà al tempo delle grandi migrazioni: prime riflessioni epistemologiche sulla formazione. *Gruppi - Open Access*, (2). <https://doi.org/10.3280/gruoa2-2020oa12580>, riv. Gruppi n. 2/2020.
- Sow I., (1977), *Psichiatrie Dynamique africane*, Payot, Parigi.
- Terranova-Cecchini R. (1991), *L'Io Culturale: luogo del pensiero, luogo dello sviluppo*, in Inghilleri P., Terranova-Cecchini R. (a cura di), (1991), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Tylor E.B. (1871), *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art and Custom*.



Puoi visitare il sito internet di Sol.Co Mantova

**Scansionando con il tuo cellulare il Qr-code
riportato qui in basso**



Sol.Co Mantova
Territorio, cooperazione, persone

Finito di stampare nel mese di giugno 2022
per conto della Gilgamesh Edizioni
presso lo stabilimento di
Via Galileo Galilei 15/1
Lavis (TN) - Italy