

Corso di Laurea magistrale

Lavoro, cittadinanza sociale e  
interculturalità

Etnopsichiatria luogo di incontro

La cura mentale come strumento per creare  
comunità

Relatrice: Cecilia Jacomuzzi

Laureanda: Alice Vignodelli - 883224

Anno 2021/2022

Introduzione	4
CAPITOLO I	7
PSICHIATRIA COLONIALE	7
1. L'incontro con l'Altro	8
1.1 Incontro tra medicina tradizionale ed occidentale	9
1.2 Esempio di decostruzione della patologia	12
1.3. Effetti sullo spazio colonizzato	14
1.3.1 Urbanizzazione	15
2. Colonizzazione della mente	16
2.1 Violenza simbolica	17
2.1.1 Chirurgia sociale	17
2.2 Uso strumentale della diagnosi	18
2.3 Esempio popolazione Kikuyo, Kenya	18
2.3.1 Lettura occidentale	18
2.3.2 Dalla parte del colono	21
3. Progettare lo stato coloniale, conclusione primo capitolo	23
CAPITOLO II	24
SVOLTA ETNOPSICHIATRICA	24
1. Svolta epistemologica	25
1.1. Da primitivi a motori di rivoluzione	25
2. Scardinare l'approccio colonizzante	27
2.1 Scardinare la doppia alienazione	27
2.2 Scardinare il razzismo coloniale	29
2.2.1 La conclusione del processo dialettico	30
2.3 Scardinare relazione disfunzionale paziente-dottore	30
3. Luoghi della cura e loro evoluzione	31
3.1 Manicomi	32
3.2 Villaggi terapeutici e manicomi della cura	33
4. Nascita etnopsichiatria con focus su Italia	35
4.1. Sradicare la psicologia coloniale, nascita etnopsichiatria	35

4.2. Etnopsichiatria in Italia	36
4.2.1 Efficacia terapeutica del rito	36
4.2.2 Esempio di etnopsichiatria italiana, Risso	39
5. Conclusione	40
CAPITOLO III	42
EREDITA' COLONIALE	42
Introduzione	42
1. Nascita giuridica di stati neocoloniali	43
1.1 Esempio di sconvolgimento città causa decolonizzazione	45
2. Da colonizzati a migranti	47
2.1 Legame tra migrazione e salute	47
2.2 Determinanti di salute	48
2.2.1 Frontiera	51
2.2.2 Accoglienza	53
2.2.3 Migrazione e prostituzione	54
2.2.4 Minori stranieri e violenza.	54
2.2.5 Rifugiati e vittime di tortura.	55
Conclusioni	55
CAPITOLO IV	57
CURA IN EUROPA ED IN ITALIA	57
Introduzione	57
1 Accesso alle cure in Europa	58
1.1 Stranieri non comunitari	58
1.2 Minori irregolari	59
1.3 Stranieri non regolari	59
2. Salute mentale e dispositivi di cura in Europa	60
2.1 Etnopsichiatria per i servizi pubblici	61
3. Accesso alle cure in Italia	62
3. 1 Quadro in Italia della presenza di persone straniere	62
3.2 Quadro normativo sulla salute	63

3.2.1 Accesso a servizi psichiatrici della persona straniera in Italia	65
3.2.2. Cure per irregolari presenti in Italia	65
Conclusioni	66
CAPITOLO V	67
ESEMPI ITALIANI	67
Introduzione	67
1. Centro Fanon	67
1.1 Presupposti nascita Centro Fanon a Torino	67
1.2 Dati centro Fanon	68
2. Centro Masarat di Napoli	68
2.1 Intervista a lavoratrice di Napoli	69
3. Esperienza bolognese	71
3.1 Livello istituzionale	71
3.2 Esperienza informale, Associazione Approdi	71
3.2.1 Intervista Dottor Roberto Maisto, dell'associazione Approdi	72
Intervista:	72
Conclusione	77
CAPITOLO VI	79
DIRITTO ALLA CITTA'	79
Introduzione	79
1. Manifesto della salute	80
1.1 Casa della salute	82
2. Da Casa della Salute a Casa della Comunità	86
3. Diritto alla città	87
4. Conclusioni	89
Bibliografia	91

# Introduzione

In questo elaborato vorrei evidenziare i passaggi che hanno permesso di ripensare l'etnopsichiatria come campo che solleva domande complesse sulle migrazioni, sulla salute mentale, la cittadinanza e l'identità. Quello che intendo proporre è un ripensamento del lavoro clinico come spazio politico. Partirò analizzando le radici di conflitti contemporanei dal punto di vista della psichiatria occidentale. Dalle origini alle attuali elaborazioni di processi che cercano di porre più attenzione al concetto di differenza e di identità, allo status dell'immigrato nella società occidentale, alla dialettica tra diritti umani, cultura e modelli di salute. Tutti temi che sollevano ancora dibattiti, sia sulla cura, che sulla gestione delle politiche migratorie, ma anche sull'accessibilità delle città europee.

Nell'affrontare la letteratura sull'argomento ho colto subito la necessità dell'utilizzo di un approccio storico, che sapesse contestualizzare le circostanze temporali e spaziali riferite ad un determinato soggetto. Questo è stato fondamentale anche per indagare i tipi di approccio usati dal soggetto curante o da colui/colei che produce una diagnosi. Come affermò Devereux (antropologo e psicoanalista ungherese naturalizzato francese, considerato uno dei pionieri dell'etnopsichiatria, maestro di Tobie Nathan) la storia della psichiatria è un ramo della storia della cultura. La malattia non è qualcosa di dato, ma qualcosa che si presenta in maniera differente a seconda di contesti e situazioni<sup>1</sup>. Diversi studiosi di psicologia coloniale che citerò lungo l'elaborato, concordano nell'affermare che non esistono categorie relative alla salute mentale o forme di soffrire o tecniche terapeutiche che non siano connesse al contesto storico-sociale e a precise dinamiche culturali, locali e globali, alle organizzazioni sociali, economiche e familiari. Occorre quindi cercare i perché di un sintomo, di un sapere, ma anche di processi istituzionali che orientano i governi alla cura e all'uso sociale della malattia. Alla diagnosi va aggiunta una attenzione ai rapporti di potere e alla produzione di esclusione sociale.

L'etnopsichiatria nacque in ambito coloniale, per questo per fare riferimento alla prima fase di questa disciplina si usa parlare di psichiatria coloniale. Mi riferisco ad un filone di pensiero nato dal colonizzatore europeo, che vedeva il colonizzato come l'Altro, lo strambo, il primitivo; soggetto controllabile e da soggiogare per i propri profitti.

Più in generale possiamo dire che un certo tipo di medicina arrivò assieme alla colonizzazione. Come si può leggere nel primo capitolo la creazione delle colonie vide l'introduzione di forme moderne di assistenza sanitaria, sviluppate in primis per il colone, ma anche accompagnate dalla narrazione che le descriveva come tentativo di aiuto; possibilità per il nativo di uscire da quel suo stato di ignoranza e prassi di ritualità definita mistica e magica. La medicina aveva sì lo scopo di curare ma anche quello di analizzare e controllare il colonizzato, di capire e frenare quel suo aspetto primitivo. Si pensi anche solo al fatto che il perseverare della salute del colonizzato significava curarsi della salute della principale forza lavoro dell'epoca. Come ricorda Beneduce la cura assume un carattere politico tramite la creazione di categorie diagnostiche, di interpretazioni e di modelli

---

<sup>1</sup> G. Devereux, *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani - Roma, 1984

creati per giustificare l'ordine sociale e per tradurre conflitti sociali o attitudini religiose in equivalenti psicopatologici.<sup>2</sup>

Ho cercato, nello scegliere le fonti, di attingere anche da pensatori e pensatrici che siano lontane dal dispositivo, spesso inconscio, che nelle rappresentazioni, nelle pratiche o nei modelli segue i dogmi della propria cultura di appartenenza. Ho cercato di eliminare il più possibile le influenze non neutre alle quali sottostà la società, come posizione geografica e regolamento normativo. Nelle mie ricerche ho cercato di pormi con fare critico, per non rischiare di riprodurre categorie ingannevoli, o un etnocentrismo che, nella cura della sofferenza psichica, è sempre stato controproducente. Per questo ritengo fondamentali i contributi di antropologia medica, studi sulle colonizzazioni e voci dei colonizzati e comprensione delle loro regole culturali. La psichiatria occidentale si intreccia con la concezione dell'individuo e dei suoi legami sociali, ma anche con il concetto di egemonia/colonizzazione culturale. Ian Hacking (filosofo canadese, specializzato in filosofia della scienza) avvertì del rischio che correvano gli psichiatri di proseguire il lavoro di conversione che un tempo era svolto nelle colonie dai missionari<sup>3</sup>.

L'approccio critico alla produzione di diagnosi e al trattamento di sofferenze psichiche, invece, vedremo che porterà sempre più ad una ridefinizione dell'ordine sociale, dei rapporti di forza e delle forme di violenza presenti, in diverse maniere, ma in tutti i contesti e culture.

Nel secondo capitolo mi focalizzerò sulla ricerca di evidenze dei limiti della psichiatria occidentale e delle sue categorie diagnostiche, dell'ideologia che contrappone la normalità alla devianza. Per questo ragionamento mi baserò sulle ricerche e teorizzazioni dell'etnografia politica della sofferenza, di Frantz Fanon, e la teoria sulle radici della violenza in un contesto coloniale che si ripercuotono anche nei giorni d'oggi. Durante il periodo coloniale e di decolonizzazione, infatti, la psichiatria e la psicologia hanno contribuito ai processi di culturalizzazione delle rappresentazioni razziali. Tutto questo ovviamente influenza ed ha influenzato la formazione dello status attuale delle ex colonie e al funzionamento delle loro istituzioni.

Vorrei, quindi, parlare di etnopsichiatria e psichiatria transculturale in opposizione alla psichiatria coloniale, di quelle forme di resistenza che possono essere state interpretate come indolenza, lentezza, aggressività, ma che invece sono espressione di corpi catturati.

I capitoli successivi, invece riporteranno esempi pratici nati dagli studi della psichiatria coloniale e dal tentativo di scostarsi dalla lettura europacentrica della malattia ai giorni d'oggi in Italia.

Il primo esempio scelto di presa in carico etnopsichiatrica in una città italiana nasce proprio dai valori di uno dei fautori di questa disciplina: il Centro Fanon di Torino. Proseguirò poi con il riportare il frutto di un incontro avuto con Roberto Maisto, che ha portato avanti la sua attività di

---

<sup>2</sup> Beneduce R., *Etnopsichiatria, sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci editore, 2007

<sup>3</sup> Kusch M., *Hacking's Historical Epistemology: A Critique of Styles of Reasoning. Studies in History and Philosophy of Science, Part A*. 2010, p. 158- 173

psichiatra nel Dipartimento di Salute Mentale di Bologna fino al 2018. Nel dipartimento bolognese è stato a lungo responsabile della formazione degli operatori della salute mentale e dal 2001 in particolare ha curato diversi progetti per la cura di pazienti stranieri e migranti, fondando e coordinando il Centro di Consultazione Culturale, centro con una équipe multidisciplinare rivolta al miglioramento della appropriatezza degli interventi dei servizi socio-sanitari locali. Ho trovato interessante fare un approfondimento oltre che su centri che abbracciano il campo dell'etnopsichiatria anche sulla formazione di chi opera in accoglienza.

Da questi confronti nasce il mio discorso su salute mentale e diritto alla città. Diritto che è estremamente legato ad un dignitoso accesso alle cure mentali. La negazione di questo significa vivere in città sempre più multietniche ma non accoglienti, che respingono quindi una parte di popolazione che è attiva e produttiva sui territori.

# **CAPITOLO I**

## **PSICHIATRIA COLONIALE**

Schiavitù, colonialismo, apartheid, razzismo, sono tutti traumi storici, che contribuiscono a generare stili di pensiero, forme di soggettività, habitus di sofferenza  
(R. Beneduce, 1998)

Il medico, se comprende il proprio ruolo, rappresenta il più fondamentale ed efficace dei nostri agenti di penetrazione e pacificazione  
(H. Lyautey, Congresso degli Alienisti e dei neurologi di lingua francese, Rabat, 1933)

Per utilizzare i termini proposti nella seconda metà del XX secolo da Bourdieu, sociologo francese che ha incentrato parte dei suoi studi su un'analisi dei meccanismi di riproduzione delle gerarchie sociali, la psicologia e la psichiatria moderna riflettono valori, rappresentazioni e ideologie della persona, radicandosi fra precisi interessi e altrettanto definiti processi sociali; sono ad uno stesso tempo scienze prodotte, strutturate e insieme strutturanti, generatrici di modelli di comportamento e orizzonti di senso<sup>4</sup>. Questa visione ci aiuta ad allontanarci dal considerare le teorie sulla malattia mentale e le strategie di cura di altre società come non valide, perché lontane da quelle occidentali, considerate vere.

## 1. L'incontro con l'Altro

Le scienze occidentali furono prese come capisaldi quando si iniziò a parlare di cura mentale nelle colonie. Di conseguenza tutto ciò che era presente nei territori conquistati e che seguisse traiettorie di cura e diagnosi lontane dalla medicina occidentale era da eliminare, cambiare, riformulare. Questa fine fecero molte delle tradizioni, anche chiamate stregonerie, abitudini, modi di vivere e di riconoscersi delle persone autoctone. Trattati culturali e stili di pensiero vennero descritti in maniera superficiale, con distacco e considerate espressioni di superstizioni da cui prendere le distanze. L'indigeno e la sua cultura furono catturati nelle maglie di categorie diagnostiche, spesso applicate con metodologie che si scontravano con il modi di agire della società. L'Altro si ritrovò ad essere narrato in maniera deformata, senza che la sua storia e dinamiche sociali venissero considerate, fino ad accostare caratteristiche culturali ad alterità patologiche. La psichiatria coloniale guardava l'Altro, il soggetto colonizzato, attraverso una lente etnico-razziale squalificante, che lo deumanizzava e banalizzava. Da ricondurre al lessico della psichiatria di metà 800 sono i termini dispregiativi. Non raramente un comportamento non conforme a quelli noti ad uno sguardo colonizzatore furono descritti come sintomo di indulgenza, pigrizia mentale, ripetitività. Ovviamente questi termini aiutarono nell'identificazione dei colonizzati come persone semplici, non evolute, senza che venisse presa in considerazione la loro sofferenza. L'Altro quindi venne considerato come una persona di scarsa intelligenza, dalla quale era impossibile apprendere.

---

<sup>4</sup> Bourdieu P., *Sociologie de l'Algérie*, Presses Universitaires de France, 1958

Addirittura ci si sorprese alla presenza di un sentimento complesso come la nostalgia in coloro che venivano sradicati dai loro contesti di vita.

Questa pigrizia e monotonia, come altri concetti di definizione della popolazione colonizzata verranno rianalizzati e risignificati solo molti anni dopo. Per esempio, grazie anche al cambio di paradigma di Fanon, di cui parlerò nel secondo capitolo, si comprenderà che la pigrizia mentale altro non era che il sabotaggio cosciente della macchina coloniale; che la non cooperazione era già atto di ribellione. Stati come l'indifferenza o al suo opposto la violenza, erano segni di una ribellione a volte silenziosa, ma ostinata, che proprio per la sua dimensione occulta spesso dava vita a moti di resistenza.

### 1.1 Incontro tra medicina tradizionale ed occidentale

Per indagare quali fossero le tecniche curative dei nativi di territori colonizzati ho a lungo fatto ricerche, ma ho trovato poco o quasi nessun materiale che raccontasse tecniche curative narrate direttamente da chi le ha ideate e usate. Questo perché spesso la tradizione veniva tramandata per forma orale e poche testimonianze sono giunte a noi e sia perché un processo di colonizzazione dei saperi è stato messo in atto anche per quel che riguarda la medicina tradizionale. La medicina occidentale si impose subito come sostitutiva a quella tradizionale, fino a sovrastarla quasi completamente e a presentarsi come la unica utilizzabile. Solo negli studi post coloniali di fine anni cinquanta del Novecento, medici e ricercatori europei, ma anche di discendenza coloniale, hanno riaperto il filone di studi della cura tradizionale, andando ad indagare quali fossero le tecniche, per che scopi venivano usate e come erano state inglobate e sostituite dalla medicina occidentale. Questa non solo impose nuovi modi di medicalizzazione e presa in carico clinica, ma insinuò un pensiero che indicava la tradizione come qualcosa di primitivo e non funzionale, in modo da poter strumentalmente imporre un modo di fare diagnosi e di interpretare la malattia. Questo vide come conseguenza un accentrarsi di potere nelle mani di medici occidentali che tramite l'uso di categorie proprie si impossessarono degli strumenti per direzionare le cure in società altre.

Per meglio comprendere come fosse impossibile inizialmente una compresenza di due metodi curativi differenti parto da una affermazione riguardo le origini della malattia; punto di partenza che pone in evidenza le differenti basi tra la medicina occidentale e quella tradizionale.

Tra gli scritti dell'équipe di Collomb, psichiatra, medico e neurologo francese, uno dei pionieri della etnopsichiatria del Novecento, furono trovati documenti nei quali erano dichiarati efficaci i metodi del guaritore solo se, tra chi si dedica alla cura, c'è consenso sulle origini della malattia<sup>5</sup>. Questo allo scopo di ricomporre i dissidi e i conflitti, che spesso derivavano dalla società più che da condizioni fisiche, la cui violenza determinava il dolore.

---

<sup>5</sup> Boussat M., (2002), *A propose de Henri Collomb (1913-1979): De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières*, pp.411-424.

Negli studi si scorge il profondo legame tra individuo e società nell'analizzare la malattia<sup>6</sup>. La dimensione somatica della sofferenza e le sorgenti sociali di quest'ultima furono messe in evidenza. Zempléni (1999), studioso postcoloniale che lavorò nello stesso gruppo di Collomb, parlò della cura e della diagnosi nei termini di una esegesi collettiva, tanto più necessaria all'interno di contesti dove l'uso sociale della malattia costituiva la regola, come ci portano a pensare le testimonianze che abbiamo di rituali e metodi curativi. Il gruppo sociale della persona in cura quindi, manipola la storia degli eventi di malattia, e, più in generale, degli eventi sociali o familiari (es..soluzione di conflitti o tensioni..). In molti casi infatti si studiò che i rituali volti a interpretare il senso di sventure familiari, di malattie o morti premature, erano fondati su un dispositivo diagnostico la cui logica non si scostava molto da uno studio storico delle vicende del gruppo<sup>7</sup> (Augé, 2005). In seguito a queste analisi Collomb propose un altro concetto decisivo che come quello di sociosomatica per evidenziare lo stretto legame fra esistenza sociale, vincoli del gruppo, conflitti interpersonali e destino, espressioni della sofferenza o del rischio di morte dell'altro<sup>8</sup>. I conflitti del gruppo e le contraddizioni che ne percorrevano i legami, i sentimenti ambivalenti e le relazioni sociali erano decisivi, secondo Collomb, nel determinare una serie di disturbi comportamentali e somatici: tanto da potere riconoscere nelle trasformazioni sociali e individuali la responsabilità di vere e proprie ferite psicologiche. L'uso sociale della categoria diagnostica apriva quindi una strada per liberare la persona malata dalla responsabilità dei suoi comportamenti, che andava ricercata, invece, in dinamiche collettive.

L'avvento dei coloni, al contrario, portò subito ad un tipo di cura che vide al centro solo l'individuo e la sua fisicità, che prevedeva una semplice analisi dei sintomi e proposta o imposizione di cure, mentre il soggetto veniva staccato dal suo contesto che nel frattempo veniva profondamente modificato.

Il guaritore, spesso individuato sulla base di una divinazione e figura di grande importanza nello svolgimento di pratiche collettive, non era mero portavoce dell'ordine sociale o dell'esigenza di sicurezza, ruolo che invece si intestò lo psichiatra occidentale. Attraverso riti che generalmente prevedevano momenti collettivi o pubblici il guaritore operava ricostituendo la coerenza minacciata, neutralizzando i rischi del conflitto e traducendo i segni in modo che rientrassero in un linguaggio familiare e comprensibile nelle sue cause e significati.

---

<sup>6</sup> Arrivano a questa conclusione anche gli studi di Cannon su stress e morte vodu: la morte biologica è il naturale epilogo della morte sociale.

<sup>7</sup> studio su medicina tradizionale evuzok in Camerun condotto da Lluís Mallart Guimera e in Costa d'Avorio da Augé, Piault e Zempléni

<sup>8</sup> Kleinman usò l'espressione reticolo sociosomatico per indicare l'intreccio fra sofferenza psicologica, disturbi somatici e contesto sociopolitico a Taiwan, un intreccio al cui interno il corpo giocherebbe il ruolo di ponte simbolico che media l'esperienza sociale. In tutti gli studi si scorge il profondo legame tra individuo e società nell'analizzare la malattia

Il potere delle cure tradizionali sembrava quindi trarre i suoi presupposti dall'analisi delle dinamiche relazionali e da una interpretazione condivisa dalla società del male e dell'origine dei conflitti sociali che aveva scatenato il disturbo.

Il fatto che la medicina tradizionale fosse così radicata nelle dinamiche comunitarie tradizionali chiarisce come mai l'avvicinamento ad esse con finalità di introduzione della medicina bianca, si trasformò in una distruzione dell'universo sociale e simbolico di esse. Dorès, studioso della psichiatria comunitaria, credeva nel ruolo sociale e terapeutico dei guaritori, così come insistè sugli abusi della psichiatria. "Riuscire a combinare la logica dei diritti umani e i riferimenti alle tradizioni culturali nel campo dell'interpretazione e della cura dei disturbi mentali non è facile", scriveva ancora Dorès, quasi preannunciando i termini del dibattito contemporaneo sull'etnopsichiatria; "gli equivoci e le contraddizioni che contraddistinguono il rapporto tra medici e guaritori sembrano nascere da una incomunicabilità costitutiva, strutturale. La collaborazione è dunque impossibile senza mistificazioni"<sup>9</sup>.

I guaritori avevano a che fare con tipologie di sofferenza completamente sconosciute al mondo occidentale. Quale significato avrebbe potuto attribuire un colono ad esperienze come quelle di deliri e allucinazioni, sintomatologie che ad uno sguardo occidentale erano indiscutibilmente ricollegate a disturbi di alta gravità? Il potere di vedere quella realtà che le persone "ordinarie" non percepivano era uno degli obiettivi principali del processo di apprendimento dei guaritori <sup>10</sup>.

Si rivelò non funzionale anche l'uso di un metodo comparativo per comprendere cosa stava curando un medico tradizionale. Non portò a risultati la comparazione di sintomi in pazienti appartenenti a diverse culture, per fare parallelismi su malattie che avevano uno sviluppo simile. Questa tecnica venne usata per incentivare l'uso di metodologie occidentali, con la motivazione della somiglianza dei sintomi e del decorso della malattia. È importante ricordare che venne imposta una prassi metodologica in sintonia con i principi della psichiatria occidentale, e che nulla tendeva verso il senso clinico e sociale di una forma di sofferenza in contesti culturalmente diversi. In seguito si riscontrarono differenze negli studi epistemologici relativi alla diversa incidenza di talune sindromi o alla loro diversa evoluzione, senza contare il fatto che il grado di legittimità dei metodi di confronto fra le categorie della psichiatria occidentale e quelle dei sistemi di cura locali è molto bassa. Chi affrontò una ricerca comparativa corse il rischio di distorcere il significato di sintomi, comportamenti, esperienze o narrazioni, finendo con il costituire il maggior limite dello studio. La classificazione di malattie all'interno della tradizione biomedica non ha sempre

---

<sup>9</sup> Dorès M (1981), *La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique noire*, L'Harmattan, Paris

<sup>10</sup> De Rosny E., (1981), *Gli occhi della mia capra (Les yeux de ma chèvre)*, Human Earth Collection, Plon, coll. " Terra umana "

equivalenti in altre società<sup>11</sup>. Molte ricerche dimostrarono inoltre che nelle culture non occidentali venivano utilizzati assi classificatori di ben diversa natura: di genere, spaziale (malattie del villaggio, malattie della boscaglia), temporali (malattie del giorno, della notte..), genealogici (relative a relazioni nel clan..), o morali. La presenza di una componente morale, spesso dominante nella semantica sociale della malattia e della cura, contribuì alla frequente sovrapposizione di termini come salute e salvezza: ciò rese assai ambiguo l'intreccio fra l'ordine diagnostico-terapeutico e ordine morale-religioso, la ricerca della cura e quella del successo personale.

## 1.2 Esempio di decostruzione della patologia

Riporto qui l'esempio di quella che venne definita "black depression" per meglio comprendere alcuni degli errori metodologici causati da tentativi di comparazione delle due discipline curative. In Africa la depressione non esisteva o sembrava rarissima, o almeno così narrò chi portò i primi esempi di cura occidentale nel continente. Una spiegazione di ordine ideologico razziale presumeva l'impossibilità per il nativo di provare un sentimento così tanto complesso. Questo sembrava escludere la possibilità di questa esperienza psicopatologica, considerata al contrario peculiare delle società occidentali moderne e delle loro derive individualistiche. Anche la ricerca di termini riconducibili ad uno stato depressivo nelle lingue locali evidenziava una mancanza di termini corrispondenti a quelli europei; a prova dell'inesistenza del disturbo. Il sistema di confronto, però, si rivelò presto non valido, poiché non affrontava completamente le problematiche legate ad una errata traduzione dei termini relativi a malattie e vissuti di sofferenza<sup>12</sup>. Questa ricerca, ignorando la fenomenologia e le reti semantiche<sup>13</sup>, portava all'inutile affermazione che non esistevano traduzioni alla parola depressione, ma che non si aveva alcun elemento per comprendere con che termini una determinata lingua nominava stati di tristezza o di basso umore o cosa questi stati comportassero per il singolo e la collettività. Zemleni ci aiutò a fare chiarezza su come una determinata patologia è strutturalmente legata al contesto in cui si sviluppa e nel quale i pazienti iniziano a riconoscerla come malattia. Ogni patologia narra uno specifico spazio-tempo<sup>14</sup>. Le società europee, individuo-centriche, della colpa, erano caratterizzate dalla crescente incidenza di sindromi depressive, destinate a rappresentare una delle malattie più minacciose per i suoi elevati costi sociali. Depressione e colpa si può dire che non erano invece ontologicamente impensabili nella società africana. Esse si costituirono all'interno di complesse dinamiche di ordine sociale, familiare, economico, dentro le congiunture che

---

<sup>11</sup> Fiore B., (1992), *Categorie nosologiche della medicina tradizionale dogon (Mali). parte prima. Modalità di classificazione*, La Ricerca Folklorica, No. 26, Grafo Spa, pp. 89-97

<sup>12</sup> Good, B. J., (1997), *Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal*, Ethos, pp. 230-248

<sup>13</sup> Per rete semantica si intende il complesso reticolo di esperienze, contesti, sensazioni, parole che concorrono a definire il significato sociale e individuale all'interno di una particolare cultura.

<sup>14</sup> Zemleni, A., (1985), *La maladie et ses cause*, L'Ethnographie, n. 96-97: 13-44

queste determinarono nei rapporti interpersonali e nel mondo interiore di ciascuno. Hanno costruito una loro specifica forma facendosi manipolare dalla società, fabbricando i modi di esprimere pubblicamente il malessere. Esse potevano quindi svilupparsi anche in Africa: ma ciò non faceva e non fa tuttora necessariamente identiche la depressione in senso clinico e il senso di colpa a quello che intendevano gli europei con queste parole. Da considerare, invece, che questi disturbi si fecero più invasive e presenti in luoghi dove il tentativo di evangelizzazione fu più forte, anche con sintomi e percorsi di malattia simili ad un decorso occidentale. Dal lavoro di Evbelyne Pewzner-Apeloig, psichiatra e docente di psicologia clinica all'Università della Piccardia, "Le fou, l'aliéné, la patient" (1995), l'autrice esplicò che l'esperienza della colpa, nell'uomo occidentale, non avrebbe equivalenti in altre società: "il complesso ellenistico-giudaico-cristiano, l'avvento della riforma protestante e del capitalismo sono le condizioni necessarie perché quella esperienza possa assumere la forma che le riconosciamo nella nostra psicopatologia". Ricercare questo in società che non hanno avuto lo stesso vissuto era vano.

Si può quindi affermare che alcune tecniche andavano verso un eccesso di imperialismo interpretativo nel continuare a vedere le differenti espressioni dell'individuo delle diverse società come semplici varianti di un soggetto universale di matrice occidentale.

Durante la scrittura della tesi ho trovato utile pensare a concetti come follia e colpa e occidente come sistemi da scomporre, così come è stato proposto di fare per concetti come stregoneria e possessione. Come si rivelò utile osservare disturbi e comportamenti all'interno di particolari dinamiche socio-culturali, contraddistinti, quindi, da una peculiare fisionomia sintomatologica. Usando i termini proposti da Yap nel 1960, *culture-bound syndromes*<sup>15</sup>, possiamo affermare che alcune sindromi sono culturalmente situate nel senso che la relativa tipologia sintomatica è determinata da fattori culturali, sia nella forma che nella frequenza<sup>16</sup>. Non a caso fulcro dell'etnopsichiatria contemporanea, di cui argomenterò nel prossimo capitolo, è la rimessa in discussione di schemi e di rispettive tradizioni sia da parte del clinico che del malato in relazione ad avvenimenti storici.

Come anticipavo si iniziò ad ottenere riflessioni e interesse sulla medicina tradizionale più avanti, non esattamente durante l'incontro con esse ma quando da parte degli occidentali nacque un interesse accademico, una curiosità di ricerca; mi riferisco quindi al periodo postcoloniale. Prima certo furono prodotti scritti di descrizione o di etnografia, in seguito, poi, la cura tradizionale venne anche studiata dalla cultura occidentale per la sua valenza sociale e per il suo significato culturale. Come ricordò Luis Mars, psichiatra e diplomatico haitiano,

---

<sup>15</sup> Il termine, coniato da Yap nel 1969, potrebbe essere tradotto con "sindrome culturalmente determinata". Sta ad indicare un insieme eterogeneo di disturbi cognitivi e comportamentali, cosiddetti sindromi, diffusi generalmente in specifici contesti geografici.

<sup>16</sup> Yap P. M. (1965a), *Koro — a culture-bound depersonalization syndrome*. Brit. J. Psychiat., 111: 43.

secondo alcune ricerche il vero fautore del termine etnopsichiatria nel 1946, impiegato nello sviluppo delle scienze dei popoli nativi e nella la ricerca di sistemi medici non occidentali, le tradizioni mediche locali erano fino a quel tempo studiate solo all'interno del campo dell'etnografia. Questa disciplina infatti si rivelò utile per l'incontro con l'Altro, fino a sviluppare una vera e propria metodologia diretta non solo allo studio della disciplina tradizionale, ma si rivelò fondamentale nel processo di integrazione all'interno dei sistemi sanitari nazionali di nuove pratiche e nozioni. Si iniziò a problematizzare su quanto fosse necessario rendere più adeguati ai contesti culturali i modelli terapeutico-assistenziali della psichiatria e delle sue categorie<sup>17</sup>.

### 1.3. Effetti sullo spazio colonizzato

Vorrei in questo elaborato considerare la geografia come disciplina che pone lo spazio al centro delle sue indagini, nel suo tentativo di comprendere, oltre alle caratteristiche del territorio, anche le sue dinamiche relazionali ad esso legate. Da evidenziare che il metodo scientifico positivista nella sua applicazione ha dato modo di effettuare analisi approfondite, ma oggettive. Per questo, negli anni Ottanta, nacque un tipo di geografia che poi venne chiamata umanistica, che recuperò la dimensione soggettiva dell'analisi.

La geografia nacque dalla descrizione dei territori da parte di osservatori e viaggiatori; colonizzatori in questo caso. La conoscenza geografica, invece, secondo Lowenthal, sociologo e filosofo tedesco nato nel 1900, era costituita dalla diversità delle esperienze personali, uniti ai progetti per il futuro e alla memoria del passato. "La geografia", in questo senso, "riconosceva gli aspetti immateriali dello spazio" (De Ponti, 2007, pp. 20-21).

La prospettiva soggettiva fu la principale caratteristica del metodo umanistico della geografia. Mise la percezione del mondo come principale caratteristica da analizzare, fino a giungere alla necessità di indagare le affinità che emergevano con altre discipline psicologiche e sociologiche. Iniziò così tutto un processo che permise di inserire la geografia all'interno di studi culturali, come testimoniano numerosi ricercatori e ricercatrici dei Cultural Studies. Lo spazio, nella prospettiva culturalistica, era costruito socialmente e la materialità del luogo era prodotta dalla società che vi abitava.

Derek Gregory, geografo britannico, nel 1995 ridefinì l'immaginario geografico come la conoscenza spaziale che caratterizzava i gruppi sociali. Andò a ricercare quali potessero essere le pratiche che portavano ad uno uso della geografia come disciplina che tramite l'osservazione produceva interpretazioni dell'agire degli abitanti del territorio. E proprio durante questa analisi inserì quella che fu una delle prime critiche all'etnocentrismo. Gregory affermò che le descrizioni fatte da occidentali riguardo lo spazio occupato contribuivano nella creazione dell'immaginario negativo dell'altro, alimentando certezze riguardo la legittimità

---

<sup>17</sup> Nel 1978 il famoso documento dell'OMS, siglato nella città di Alma Ata, avrebbe dato impulso a questa prospettiva nel settore delle cure primarie, e si sarebbero moltiplicati in Asia e in Africa i centri di ricerca sulla medicina e la farmacia tradizionali, sino alla più recente esperienza del Prometra, in Senegal o al piano quinquennale 2000-2005 realizzato in questo ambito in Asia.

dell'uso di dispositivi di potere sul territorio. Questi studi, ovviamente, sono tutti stati fatti in epoca postcoloniale, poiché l'approccio usato nel periodo di colonizzazione e nei decenni a seguire aveva concezione di spazio semplicemente come terreno di prova e di imposizione dei dispositivi di assoggettamento ad un potere imposto. Un certo immaginario geografico occidentale giustificò abusi di potere. Come scrisse Edward Said nel suo famoso *Orientalism* del 1978, tale processo da una parte era strutturato, e dall'altra strutturava identità condivise. Tesse un filo logico che deresponsabilizzava l'occupazione coloniale e descriveva la vita del colono conquistato come normalizzante rispetto al suo stato di impotenza. Said parlò di "imaginative geography" come proiezione dell'ideologia imperiale. Nei più importanti testi dell'epoca conquistatori e conquistati erano chiamati a riconoscere le proprie storie e identità. I personaggi del racconto erano invitati a riconoscersi nei ruoli attribuiti dal colonialismo, e vennero descritti come tali.

Nei Postcolonial Studies furono enfatizzati temi come identità territoriale, contatto interculturale, esilio, migrazione, dislocazione; fu anche analizzata l'influenza reciproca tra geografia politica europacentrica e colonie. Questo monopolio della descrizione a visione occidentale cessò, anche se non completamente, solo dopo la decolonizzazione. Nelle sue teorie sull'orientalismo (1978), Said sostenne che l'Oriente non esisteva in sé, ma solo come territorio immaginato in base alla descrizione del colono bianco. Il potere dell'invasore, dunque, attraverso le proprie categorie ideologiche definiva le caratteristiche di Oriente e Occidente. Notò che l'egemonia degli europei andava intaccando le relazioni coloniali, sia umane che spaziali. La complessa interazione fra colonizzatori e colonizzati generò uno spazio dove i primi negoziavano la descrizione dei secondi. Sempre Said descrisse l'imperialismo come atto di violenza geografica. Le mappe permettevano di distorcere la geografia, di adottare la visione eurocentrica, di cancellare civiltà o renderle invisibili. Definizione che concordava con quella di Spivak, sulla geografia come costruzione di alterità per il colonizzato, che perdeva punti di riferimento nel suo territorio.

Quindi non ci si servì della geografia solo nella sua forma descrittiva degli spazi, ma anche come strumento di colonizzazione/egemonizzazione, come strategia rappresentativa, ossia che non costituiva semplicemente un elemento esterno, ma piuttosto una costruzione in cui ideologia ed esperienza interagivano.

### 1.3.1 Urbanizzazione

Le città nate in contesti coloniali e la conseguente urbanizzazione furono e sono tuttora specchio dei rapporti economici imposti dal colonialismo.

*Con la costruzione di città e la categorica divisione degli spazi, quelli dedicati ai "bianchi" e quelli dedicati ai nativi originari si crea un appiattimento delle possibilità dello spazio all'interno di una gabbia funzionale che non solo lascia intatta l'ingiustizia, ma anche la riproduce*

Nelle colonie ci si scostò sempre più dal concetto di abitare, che avrebbe dovuto significare pratica relazionale e partecipazione alla vita sociale, non soltanto luogo geografico in cui risiedere.

Lefebvre descrisse i processi coloniali di urbanizzazione come possibilità di negazione della propria appartenenza territoriale. Nelle colonie la città divenne emblema del potere europeo, luogo nel quale la gerarchia era visibile e le relazioni si trovavano sotto il controllo della capitalizzazione. Vedremo più avanti come la popolazione cercò di ribellarsi e la città divennero luogo di ibridazione transculturale, di resistenza.

Si notò come un aumento della urbanizzazione influenzò l'aumento di conflitti di ordine psicologico, economico e sociale, anche e soprattutto nella parte di popolazione che, per lavoro, si trovò ad abitare o ad attraversare le città. Su questo spesso i clinici occidentali videro semplicemente un problema di adattamento a differenti abitudini, tra cui quella dell'alimentazione e dei luoghi di vita e lavoro, senza considerare che i mutamenti socioculturali esercitavano influenze sulla salute mentale.

Porterò un esempio che cerca invece di scardinare questa visione tutta occidentale. Le ricerche, infatti, misero in luce un dato particolare riguardo i bambini. Fu descritta l'evoluzione dell'anaffezione come patologia delle madri strettamente correlata alla qualità della relazione madre-bambino e alla condizione psicologica della madre. La sua incidenza aumentava nelle aree urbane, dove, paradossalmente, l'accesso alle risorse alimentari e ad altri confort avrebbe dovuto essere più facile. Su questi dati si concentrarono le ricerche di Geber, pediatra e psichiatra e consulente dell'Organizzazione mondiale della sanità. Egli sottolineò che nelle lingue locali molte parole che indicavano una particolare malattia avevano al proprio interno un significato che immediatamente richiama le cause sociali di tali malattie. Per esempio quella che venne tradotta con "anaffettività" veniva chiamata "obwosi", traducibile con "malattia del bambino conseguente ad una malattia della madre che lo trascura". L'attacco alle strutture sia familiari che sociali, ma anche urbane e geografiche, generarono crisi definitive delle strutture familiari. La frequenza di "madri anaffettive" in città avrebbe dovuto quindi essere letto non come una incapacità della donna di adattarsi ad un cambiamento di spazi di vita, ma ad una difficoltà legata alla distruzione di quello che per lei era il normale habitat durante il delicato periodo di crescita dei propri figli.

## 2. Colonizzazione della mente

Beneduce scrisse che fino agli anni sessanta del secolo scorso la psicologia praticata nei paesi colonizzati rimase ancorata a stereotipi evolucionistici e a vecchi modelli interpretativi del rapporto

tra cultura e malattia mentale. Questi modelli risultavano essere caratterizzati in larga parte da pregiudizi, da usi opportunistici della parola cultura e da un interesse che mirava di più ad una classificazione di categorie, tecniche e conoscenze, senza quasi accenni a reali esami dei contesti o legami con vicende politiche e sociali. In sintesi le procedure diagnostiche rimasero sorde a contraddizioni economiche, a rapporti di forza e a conflitti morali, come agli effetti della quotidiana violenza materiale e simbolica che le colonie esercitarono sulla mente delle popolazioni dominate. Si assisté ad una accurata classificazione delle differenze, un etichettamento di attitudini e stili di comportamento, creazioni di elenchi di caratteristiche che vennero prese, decontestualizzate e usate per creare la descrizione dell'animo primitivo. Operazioni di così alta pervasività che non raramente si fece riferimento ad una colonizzazione della mente. Ne fu uno dei più forti esempi la contraddizione che portava con sé l'arruolamento di un uomo autoctono nell'esercito colonizzatore. Questa era una posizione sociale che, per quanto non apprezzata dalla popolazione, era comunque ambita, poiché apriva strade verso un nuovo status sociale che fosse più vicino allo standard europeo, nonostante questo confondesse i ruoli, i rapporti interpersonali e familiari. Lo status europeo inoltre, una volta raggiunto, portava con sé ulteriori difficoltà. Intanto il sentimento di superiorità e la speranza di avere un nuovo potere, che distanziava le persone dalla società d'origine. Questo portava con sé anche il carico di diffidenza che la cultura di appartenenza iniziava ad avere. Cynthia Holden Enloe, scrittrice e professoressa femminista, conosciuta per i suoi lavori sul genere e il militarismo, è autrice nel 1980 del libro "Ethnic Soldiers: State Security in Divided Societies", dove racconta di coloro che si arruolarono nell'esercito in maniera volontaria, fortemente sostenuti e gratificati dalla loro nuova identità marziale. Si vennero a creare così forme nuove, attori sociali privilegiati, come accadde in Eritrea in determinate aree protette abitate da cittadini italianizzati, che fungevano da mediatori fra l'autorità coloniale e il resto della popolazione. Oltre al fatto che la somiglianza ad atteggiamenti europei era anche usata per la verifica della presenza di psicopatologia e la conseguente diagnosi; più un atteggiamento era simile a standard europei meno era incidente la diagnosi di eventuali psicopatologie.

## 2.1 Violenza simbolica

In questo paragrafo vorrei evidenziare quelle che furono forme simboliche di violenza relative all'uso di certi dispositivi di cura e di diagnosi della psichiatria coloniale. Noterò come la psichiatria ebbe principalmente la tendenza a culturalizzare e medicalizzare. Tentò, sulla base delle differenze culturali, di spiegare comportamenti individuali e collettivi, sintomi e pratiche rituali dal significato politico e sociale come conflitti psicologici o disturbi del comportamento.

### 2.1.1 Chirurgia sociale

La medicalizzazione senza alcuno studio socio-patologico ebbe l'effetto che alcuni teorici chiamarono chirurgia sociale (termine usato da Chancelé, antropologo e sociologo francese); un uso arbitrario e d'incertezza nella cura mentale ebbe un effetto

bisturi sulla salute mentale del colonizzato, trattato con categorie estranee, che eliminarono completamente le sicurezze culturali e lo tagliarono fuori dal suo contesto abituale. Questa superficialità nella diagnosi era motivata dall'idea di allontanare l'indigeno dalla sua natura barbara e primitiva, che si tradusse in una serie di iniziative deleterie per l'integrità della persona e causa di profonde sofferenze, come il controllo dei matrimoni, la sottrazione dei bambini, la cancellazione della lingua natia.

## 2.2 Uso strumentale della diagnosi

Il lessico medico e psichiatrico non venne usato tanto per curare, ma per categorizzare l'altro. Non di rado veniva a confondersi con discorsi di ribellione e lotta politica. Così follia, alterità psichica e devianza finirono per essere parole usate nella descrizione dell'altro culturale, delle sue resistenze, della sua disobbedienza. Questa tendenza venne teorizzata in parte da Cesare Lombroso, il nome probabilmente più prestigioso della scuola criminologica italiana e massimo promotore della Scuola Positiva, la corrente che si batté per un rinnovamento del sistema penale ispirato alle conquiste delle scienze sperimentali; dove alla classica concezione della colpa, basata sulla responsabilità personale, cui consegue la pena afflittiva, doveva subentrare la categoria della pericolosità sulla base delle caratteristiche bio-psichiche individuali, da contrastare con un insieme di misure preventive, trattamentali e contenitive in un'ottica di difesa sociale. Gli stereotipi del folle e del primitivo furono quindi congiunti, associati sempre più costantemente a parole quali ostile, schiavo indisciplinato e rivoltoso. Si creò così tutto un lessico dove i termini si confusero, sovrapponendo giudizi politici e formule pseudodiagnostiche, una stessa violenza simbolica che rese impossibile il riconoscimento dell'altro, ma che lo inglobò in una descrizione stereotipata. Ad accompagnare questo lessico tutt'altro che medico vanno associati i molti casi di diagnosi strumentalmente sbagliate. Sono del medico chirurgo e psicologo Samuel A. Cartwright gli scritti sulla patologica indifferenza dei nativi di Haiti. Essi si manifestavano in forme di disobbedienza e malvagità e per questi atteggiamenti molti ottennero una diagnosi dove era riportata la loro limitatezza mentale. Venne coniato il termine drapetomania, per definire il comportamento che ogni persona dotata di buon senso si rifiuterebbe di considerare un disordine mentale, come i ripetuti tentativi di fuga dalle piantagioni degli schiavi. All'epoca invece sembrava normale attribuire una diagnosi clinica per spiegare i tentativi di ribellioni e le fughe dei prigionieri. Oggi questo presunto disturbo mentale viene annoverato tra il lessico del razzismo scientifico, assieme alle teorie di Lombroso.

## 2.3 Esempio popolazione Kikuyo, Kenya

### 2.3.1 Lettura occidentale

John Colin Carothers fu uno dei principali esponenti di medicina di colonia e di psichiatria coloniale, che scrisse sulla popolazione di quello che ora conosciamo come Kenia e sulla cultura Kikuyo. Nonostante oggi le sue osservazioni siano state smentite, queste godettero di grande fama alla loro edizione. Il suo contributo fu comunque tra i più decisivi nella storia della psichiatria coloniale. Addirittura il suo più noto lavoro, scritto nel 1953 per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, adottò nel sottotitolo la parola etnopsichiatria ( *The African Mind in Health and Disease. A Study in Ethnopsychiatry*).

Analizzerò tramite scritti di Carothers come fosse così permeante il pregiudizio sulla persona colonizzata che esso rimase anche anni dopo, quando iniziarono ad emergere gruppi organizzati per la liberazione.

Nel 1954 Carothers fu nominato dal governo britannico come commissario speciale al fine di consentire alle autorità coloniali, occupate dal movimento di ribellione dei Mau Mau in Kenia. Fu psichiatra al Mathari Mental Hospital e al H.M. Prison a Nairobi. Lo psichiatra, di origine sudafricana, indagò il comportamento e i riti dei membri del gruppo nazionalista, giungendo alla conclusione che l'adesione alle regole della tradizione aveva permesso alla popolazione locale di contenere l'ansia e l'incertezza derivanti dalle difficili condizioni ambientali. Erano riusciti a fare questo grazie alle credenze animistiche e alle loro spiegazioni rassicuranti e immediate, mancando però una reale integrazione delle forze psichiche una teorizzazione dei loro ideali. "Quando però l'ansia non può essere attenuata da procedure magico-rituali", affermò Carothers, "quando i cambiamenti sociali e il confronto con il mondo dell'europeo finiscono con il disarticolare definitivamente i vecchi schemi interpretativi e le norme di condotta, scatta inevitabile il passaggio all'azione, all'uso della violenza, la lotta"<sup>18</sup>. Il suo esempio mostra come l'uso della variabile cultura fosse dettato dall'esigenza di misurare il senso di strategie anticoloniali, atteggiamenti o atti rituali, o di una presunta psicologia della foresta. L'etnopsichiatria di Carothers venne riportata da Beneduce come del tutto incapace di comprendere le motivazioni politiche e storiche sia dei conflitti, ma soprattutto di quelle che riconosceva come patologie. Contribuì a confermare il carattere primitivo dei nativi.

Carothers pose i suoi studi in una ottica di contrapposizione tra colonizzato e colonizzatore, per dimostrare in maniera oggettiva l'inferiorità del primo. In un rapporto intitolato "The African Mind in Health and Disease" cercò di trovare prove dell'arretratezza dell'africano in base all'assenza di una forma scritta di comunicazione. L'espressione sonora era più usata rispetto alla visuo-spaziale e logica, e da qui trasse conclusioni rispetto all'inferiorità dei kenyoti. Nel mondo africano, ne dedusse, il

---

<sup>18</sup> Carothers, J.C., 1953, Monograph series No. 17

pensiero è comportamentale, cioè strumento pratico quotidiano, quindi lontano da una qualunque capacità immaginativa e quasi anche di ragionamento. Nelle società occidentali, invece, i pensieri non sono visti nella loro componente “comportamentale”, dunque l’uomo diviene capace anche di avere un pensiero su se stesso.

In una monografia del 1953, associò queste caratteristiche all’africano:

Estremamente dipendente da stimolazione fisica ed emotiva; senza spontaneità, previdenza, tenacia, con giudizio inadatto per ragionamenti astratti e logici [...] in generale instabile, impulsivo, inattendibile, irresponsabile e vivente nel presente senza considerare né la propria ambizione né i diritti di persone al di fuori del suo proprio cerchio<sup>19</sup>.

(Carothers, 1953, Monograph series No. 17)

Carothers attribuì le differenze tra Europei ed Africani anche alla mancanza, in questi ultimi, di ciò che lui chiamò “general application” (regole generali) in quanto guidati da interpretazioni sovranaturali che impedivano loro lo sviluppo di curiosità ed iniziativa. Individuò inoltre differenze anatomico-fisiologiche cerebrali riportando nozioni come questa:

Dalla valutazione del peso medio dei nativi e dalla misura della corteccia prefrontale, si può desumere che lo stadio di sviluppo raggiunto dai nativi è quello che gli europei hanno all’età di 7-8 anni. Ci sono comunque cellule immature ed è impossibile dire se possono maturare in condizioni di vita ed educazione differenti da quelle attuali<sup>20</sup>.

(Carothers, J.C., 1951, Journal of Mental Science, 97, 12-48)

Così, Carothers parlò di “ozio frontale” cioè una pigrizia dell’attività frontale nell’africano.

Proviamo ad immaginare cosa può risultare da una considerazione tale dei nativi se si prova ad interpretare la loro organizzazione o addirittura il loro tentativo di rivolta. Il movimento nazionalista interpretato in chiave psicopatologica venne da Carothers così descritto:

*Quali sono le circostanze che hanno dato origine al movimento dei Mau Mau?  
[...] Questo movimento sorse dallo sviluppo di una situazione conflittuale e ansiogena in persone che, a partire dal contatto con una cultura straniera, hanno perduto l’appoggio e le influenze vincolanti della loro propria tradizione ma non i loro modi di pensiero magico.*

(Carothers, 1953, Monograph series No. 17)

---

<sup>19</sup> Carothers, 1953, Monograph series No. 17

<sup>20</sup> Carothers, J.C., 1951, Journal of Mental Science, 97, 12-48

Per Carothers, dunque, i Kikuyu erano naturalmente individualisti ed aggressivi, predisposti alla violenza.

Il gruppo dei Mau- Mau nacque nel 1951, presso la tribù dei Kikuyu, come organizzazione militare ostile agli europei, ma vennero descritti come organizzazione frustrata nella sua aspettativa di riuscire ad emulare gli Inglesi, che avrebbe sviluppato odio verso di loro. Carothers però mai scrisse una parola su quella che era l'ideologia nazionalistica del movimento dei Mau-Mau, né il tentativo di riappropriazione delle terre espropriate, né la formazione dei suoi leader universitari; tutti approfondimenti che, se evidenziati, avrebbero portato alla comprensione di quella che era tutt'altro che una psicologia primitiva.

Nell'interpretazione delle autorità, dunque, le rivolte o le proteste persero un qualunque tipo di motivazioni politiche, nazionalistiche o anticoloniali; tutto aveva radici culturali e religiose. Categorie come cultura o differenza culturale divennero formule ambigue, che occultarono la violenza e l'oppressione di relazioni che disorientando poterono introdurre mutamenti morali, sociali economici e religiosi, che facilitarono appropriazione e governo da parte dei coloni.

In conclusione Carothers non si limitò a suggerire interpretazioni psicopatologiche del movimento dei Mau Mau, ma propose una cura concreta per contrastare la rivolta: la villaggizzazione dei Kikuyu, cioè il concentramento in specifiche aree territoriali, per facilitare operazioni di controllo da parte delle autorità coloniali, e la parallela riabilitazione dei membri del movimento. Nuovamente quindi si presentò l'occasione di utilizzare una mescolanza di categorie psicologiche e strategie politico amministrative, che hanno fatto dire a McCulloch che con la monografia di Carothers la scienza etnopsichiatrica entrava formalmente nel dominio dell'azione politica<sup>21</sup>.

### 2.3.2 Dalla parte del colono

La Gran Bretagna colonizzò il Kenya nel 1895 in seguito al protocollo stabilito nella Conferenza di Berlino del 1884 per la regolamentazione della colonizzazione europea e del commercio in Africa. Dopo la seconda guerra mondiale, il mondo colonizzato fu sopraffatto dai movimenti nazionalisti indigeni che crescevano e chiedevano l'autodeterminazione. In Kenya fu la rivolta dei Mau Mau a determinare l'esito della richiesta di autonomia nazionale e il raggiungimento, nel 1963, dell'indipendenza. Per capire i Mau Mau bisognava comprenderne gli obiettivi nel contesto della dominazione coloniale britannica. Il Mau Mau non era un progetto nazionalista Kenyatta, anzi, viene

---

<sup>21</sup> McCulloch J., (1995), *Colonial psychiatry and the African Mind*, Cambridge, Cambridge University Press

oggi identificato come un movimento che non era solo violento, ma aveva anche le sue idee culturali, ideologiche e politiche uniche per un Kenya libero.

Ngugi wa Thiong'o, scrittore kenyote del saggio "Decolonising the Mind" racconta la sua esperienza personale con la sua lingua madre e la lingua inglese. L'inglese fu costretto nei paesi colonizzati come lingua ufficiale dagli inglesi, che colonizzarono anche la mente dei nativi; anche dopo la decolonizzazione di tali paesi, le persone continuarono a celebrare la lingua britannica e cercarono di imitare gli inglesi.

La sua lingua madre era il gikuyu ed era usata per la comunicazione. Ricorda le serate di narrazione attorno al fuoco con i suoi familiari. Gli adulti raccontavano storie ai bambini e il giorno successivo i bambini raccontavano le storie mentre lavoravano nei campi. Le storie erano narrate in Gikuyu e la maggior parte di esse aveva animali come personaggi principali.

Le storie con gli esseri umani come protagonista avevano un tema centrale: lo stare insieme è il fine ultimo per una comunità. Quelle storie avevano due serie di personaggi umani con tutte le caratterizzazioni positive e umani con caratteristiche negative, che potevano mangiare altri umani. Tali storie coltivavano valori morali tra i bambini.

Thiong'o parlò di narrazione buona e cattiva. Questo tipo di narrazione efficace permetteva ai bambini di comprendere il valore delle parole. L'autore era convinto che il linguaggio non fosse una semplice connessione di parole, ma uno strumento potente. Il linguaggio, dunque, era tutt'altro che usato in forma primitiva.

Durante il periodo scolastico di Thiong'o solo i primi quattro anni di insegnamento furono nella sua lingua madre. Successivamente egli si unì a una scuola coloniale che ruppe l'armonia dell'uso della lingua. La lingua usata per l'istruzione non fu dunque la sua lingua culturale. Dopo la dichiarazione dello stato di emergenza sul Kenya nel 1952, tutte le scuole rientrarono sotto la guida del Distretto Istruzione. Thiong'o afferma che da allora l'inglese diventò più di una lingua in Kenya.

Thiong'o condivide episodi di esperienze umilianti vissute dai bambini di lingua gikuyu a scuola. Furono inflitti diversi tipi di punizioni come colpi di bastone sulle natiche, obbligo di portare una placca di metallo al collo con iscrizioni di "I AM STUPID" o "I AM DONKEY", multe di un costo inaccessibile. A scuola veniva consegnato un bottone a particolari studenti affinché fosse dato allo studente che parlava madrelingua. Alla fine della giornata gli studenti avrebbero dovuto fornire l'elenco degli studenti che avevano il bottone quel giorno, dunque denunciare chi aveva usato la lingua natia. Queste erano piccole pratiche per trasformare gli studenti in traditori della propria comunità. Unito al fatto che anche l'atteggiamento verso la lingua inglese cambiò. Lentamente l'area semantica della lingua inglese venne sempre associata a contenuti di

intelligenza e abilità. Le persone iniziarono a credere che l'inglese fosse la fonte principale per il progresso di un bambino.

Teoria confermata quando, a studenti anche particolarmente portati per lo studio, venne negata l'ammissione ai college universitari a causa del basso livello di conoscenza della lingua inglese. Di conseguenza la letteratura orale nelle lingue keniate si fermò. Questo aumento del divario tra l'uso della lingua madre e l'inglese finì presto nel trasformarsi in una vera e propria sostituzione di saperi. La persona non si sentì più legittimata a mostrare la propria cultura, ma mostrò di avere conosciuto ed accettato quella dell'invasore.

### 3. Progettare lo stato coloniale, conclusione primo capitolo

Nel XIX il potere coloniale era affermato e con il Trattato del 1918 in continenti furono divisi in territori di appartenenza a rispettivi imperi. Le linee di divisione non seguirono appartenenze sociali o storiche, ma furono imposte in base alle convenienze delle forze europee.

Prendendo ad esame i modelli diagnostici maggiormente utilizzati, che troviamo negli scritti di esponenti della psichiatria coloniale come Porot, si evidenzia un intreccio tra dimensione clinica e assistenziale e di dominio coloniale. All'interno delle colonie era possibile distinguere i progetti rivolti ad educare, convertire, civilizzare, amministrare corpi e sessualità, contrastare le malattie, ma anche i processi di colonizzazione della mente. Processi che si articolano ed hanno effetti sui coloni e sui colonizzati. Una disciplina medica che nasce con questi presupposti chiaramente va a scontrarsi con qualunque forma di cura fosse già presente, questo porta ad una incomunicabilità clinica, alla creazione di un sistema disfunzionale.

Vennero effettuate operazioni sistematiche che andavano ad intaccare la quotidianità come l'uso della lingua, l'attraversamento del territorio; tutti questi fattori contribuirono all'incomunicabilità. Affronterò nei prossimi capitoli come solo attraverso cambi di paradigma e di approcci nell'incontro con l'altro riescono a creare una maggiore comprensione, fino alla nascita di discipline che contemplino uno studio culturalmente e storicamente situato dei sintomi del paziente.

# CAPITOLO II

## SVOLTA ETNOPSICHIATRICA

### Introduzione

Abbiamo visto come un uso strumentale della psichiatria fu uno dei metodi che permise il mantenimento del dominio coloniale. La psichiatria fu chiamata coloniale poiché assoggettava a necessità del colono i colonizzati, tramite l'uso di diagnosi, l'annullamento delle tradizioni, la diffusione di descrizioni umilianti, semplificanti e sminuenti. Si inserì come scienza esatta, cancellando le tradizioni di cura e sostituendole con altre a canoni occidentali. Questo creò una destabilizzazione del nativo fino a provocare rotture sociali, causa delle quali la persona non si sentì più proprietaria della propria identità e del proprio territorio.

L'uso non funzionale di una psichiatria imposta, che seguiva canoni non concordi con storia e cultura locali arrivò ad un punto di rottura. In questo capitolo analizzerò alcuni momenti di svolta nell'approccio alla cura nelle colonie, servendomi della proposta epistemologica avanzata da Fanon, che utilizzò una analisi medico-antropologica.

Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale iniziò un lento processo che aveva come obiettivo il distacco dall'ideologia europea e la ridefinizione dell'identità di popoli che dopo anni si ritrovavano decolonizzati. Percorso che vide necessario un processo di decostruzione di alcuni concetti fondanti dell'ideologia coloniale, come l'uso di terapie e di relazioni di potere tra medico e paziente, fino ad arrivare alla costruzione di strumenti di riappropriazione del sé. Mi interessa anche portare una breve analisi di come i luoghi di cura, che spesso divennero luoghi di detenzione, facessero parte di questo processo di metamorfosi. Cercherò di portare alcuni degli esempi che furono più espliciti di rimodulamento del luogo della cura e del tentativo di passare da luogo di mera detenzione a luogo che accogliesse processi reali di cura che tenessero conto del contesto in cui la psicopatologia si stava sviluppando.

Anche in Europa questo percorso aprì porte ad una ridefinizione, quantomeno di studi e di approcci, di tutto quello che era tema di colonie. Diversi gruppi di accademici approcciarono la ristrutturazione del pensiero e degli strumenti conoscitivi europei con lo scopo di svuotarli del retaggio colonialista. Cercherò di analizzare questi passaggi durante il capitolo, fino ad arrivare alla nascita dell'etnopsichiatria per come la conosciamo oggi.

# 1. Svolta epistemologica

Frantz Fanon, psichiatra e rivoluzionario della Martinica, fu tra le figure di riferimento degli studi postcoloniali, tanto che molti suoi testi sono ancora discussi. Decise di curare i propri studi partendo non da una analisi dell'altro, delle sue abitudini ed usi, ma dall'analisi di quelli che erano gli effetti prodotti da un incontro di culture. Questa sua scelta si rivelò esplicativa anche del suo percorso di vita. Il suoi primi scritti indagarono sulla reazione della persona nera<sup>22</sup> rispetto alla cultura imposta dagli europei, per poi proseguire con l'abbracciare gli ideali dell'indipendenza algerina trasformandosi in un teorico della rivoluzione terzomondista.

Da giovane Fanon studiò psichiatria in Francia, dove assimilò le teorie della filosofia esistenzialista e del marxismo, da cui trasse il concetto di alienazione. Si trasferì, poi, in Algeria durante il periodo delle sue rivolte indipendentiste, dove trovò modo di unire i suoi ideali politici al lavoro di medico. Produsse numerosi scritti politici, dai quali emersero l'attenzione per gli ideali terzomondisti e il desiderio emancipazione dell'Africa dall'Europa.

Fanon inserì in un contesto politico le sue osservazioni mediche e riportò le sue conclusioni ne "I dannati della terra", scritto nel 1961. Passò da una analisi su nevrosi o psicosi provocate dalla cultura coloniale per arrivare ad elaborare la teoria secondo la quale la resistenza armata altro non era che un mezzo, forse l'unico di liberazione. Non quindi un riflesso spontaneo di persone primitive, istintive ed aggressive, ma un vero e proprio desiderio di resistenza e riappropriazione di autonomia, quindi tutto fuorché un atteggiamento che poteva essere racchiuso in una semplicistica diagnosi psichiatrica.

## 1.1. Da primitivi a motori di rivoluzione

Dopo aver lavorato come psichiatra per diversi anni in Francia, Fanon si trasferì nel 1953 in Algeria, dove venne assunto all'ospedale Blida-Joinville, fuori Algeri. Scopri una società manichea composta soltanto in minima parte da francesi che vivevano in maniera completamente differente rispetto alle masse arabe e cabillie<sup>23</sup>. Quando nel novembre 1954

---

<sup>22</sup> Userò le parole bianco e nero per rimanere nel linguaggio usato da Fanon. Oggi la dicotomia bianco-nero non sarebbe corretta date le ormai consolidate società multietniche, all'epoca era invece netta la distinzione, come ci tengo a sottolineare, anche tramite un certo uso del linguaggio.

<sup>23</sup> Si chiamavano Cabili (fr. Kabyles) gli indigeni algerini che abitavano i gruppi montuosi del Djurdjura e della Chaine des Babors. Essi possedevano un grande passato avendo dominato nei secoli X e XI il Maghreb. I Cabili erano divisi in piccole tribù indipendenti, amministrate democraticamente per mezzo di un consiglio (la giana'ah), che applicava il diritto consuetudinario (Quanun). L'organizzazione in piccole tribù indipendenti originò il nome dato loro dagli Arabi: Kbail (al-quaba'il, "le tribù"), trasformato dagli Europei in Cabili

scoppiarono le prime rivoluzioni, guidata dal neonato Fronte di Liberazione Nazionale (FLN), Fanon appoggiò gli obiettivi del movimento rispondendo in prima persona alla chiamata della lotta armata. Unì così lavoro psichiatrico e militanza rivoluzionaria. Nel pratico assunse il rischio di nascondere in ospedali militanti dell'FLN e curò vittime di stupro e tortura da parte dei coloni, oltre ad intervenire nei dibattiti politici interni all'FLN. Praticando i legami tra psichiatria e visione politica osservò analogie tra le società sotto il dominio coloniale e i pazienti psichiatrici che necessitano di cure. Tramite la sua pratica terapeutica Fanon cercò di modellare politiche di libertà. Non si limitò quindi ad affrontare la patologia da curare, ma osservò che la restituzione di libertà funge come cura e che alcune patologie non erano più considerabili tali se alla persona veniva permesso di riappropriarsi della propria vita e indipendenza.

Fanon discusse il ruolo giocato da aspetti culturali, quali la religione nelle nazioni musulmane, il differente senso del tempo di europei e nordafricani e il modo di autodefinirsi di famiglie, clan e comunità. Cercò le basi culturalmente fondate di comportamenti o atteggiamenti evidenziando la loro incompatibilità con la cultura imposta. Anziché indagare come mai non c'era adattamento indagò sull'incapacità della cultura occidentale di leggere e interpretare atteggiamenti attraverso una lente non solo europa-centrica, così da riuscire a dare significato ad atteggiamenti senzò incomprensibili. Fanon usò come esempio il frequente rifiuto dei colonizzati di confessare i crimini ad un tribunale di coloni, anche di fronte a palesi prove di colpevolezza. Questa indagine permise di analizzare l'accettazione o meno di contratti sociali con il gruppo che esercitava potere. Fanon giunse alla conclusione che una mancanza di legame con il contratto sociale imposto dava anche spazio a interpretazioni delle norme, quindi ad una interpretazione su cosa sia la colpevolezza o meno e la possibilità di vedere, ad esempio, il reato contestato come un non reato. Come sottolineò, la confessione dipendeva da un riconoscimento precedente: non avrebbe potuto esserci reintegrazione se non c'era mai stata integrazione. Dal momento che il contratto sociale escludeva la popolazione nativa, questa sentiva di non avere l'obbligo di obbedire alle norme giuridiche o legali imposte. Confessare un reato avrebbe significato riconoscere la legittimità della norma; l'accettazione di un contratto sociale. Negare il reato significava rivendicare la propria autonomia normativa. All'occhio del colone la negazione appariva semplicemente come stupidità, cattiveria, incapacità del rispetto di norme sociali, quando invece questa era sintomo di ribellione ad uno status imposto.

Il rifiuto della confessione, concluse Fanon, era un atto di rivolta e il soggetto colonizzato avrebbe potuto dunque essere la forza d'avanguardia nelle lotte per la trasformazione sociale.

Questo avvenne anche in campo medico. Il soggetto colonizzato produsse una serie di meccanismi sabotanti tali da rendere inefficace un approccio psichiatrico di matrice occidentale. Al fine di curare, la medicina colonizzante, non ha avuto effetti fino a che il soggetto sfruttato non ha fatto emergere l'importanza di uno studio sulle origini e sulla contestualizzazione della vita nelle colonie.

## 2. Scardinare l'approccio colonizzante

### 2.1 Scardinare la doppia alienazione

Questo fermento nelle terre colonizzate avvenne in contemporanea, e sicuramente ne è influenzato ed ha influenzato, ad un momento di rimodellamento della politica europea. Fanon si trovò accanto al tentativo rivoluzionario dei colonizzati algerini mentre, al contrario, la sinistra europea mostrava tutta la sua passività. Il governo francese supportò una guerra imperialista contro la rivoluzione.

Fanon espresse le sue idee, "I dannati della terra", tanto che spesso gli studiosi lo descrissero come un testo che voltava completamente le spalle all'Europa. Al contrario, Fanon nel libro ripensò criticamente le filosofie europee, incluso il marxismo. La distruzione delle forme di proprietà comunitaria tradizionali avevano sottosviluppato il continente africano. Attraverso l'estrazione brutale di forza lavoro e risorse naturali l'ordine sociale era stato sconvolto. Non ci fu un avvicinamento a modelli di società industrializzate, o, dove sì, furono principalmente coloni ad entrarci in contatto. Non si costituì mai una classe di lavoratori delle fabbriche che avrebbe potuto puntare alla rivoluzione di classe come in Europa, ma, al posto suo, la massa contadina, sfruttata e socialmente colonizzata, aveva in sé tutte le caratteristiche per diventare la classe rivoluzionaria.

Dalle teorie marxiste Fanon introiettò e riformulò anche il concetto di alienazione, applicandolo sia alla popolazione nativa sia agli occupatori. L'autoctono, dopo anni di definizioni sventanti aveva iniziato a descrivere se stesso e a considerarsi in maniera svalutante e l'uomo bianco aveva assunto come certezza quella della sua appartenenza ad una specie superiore. Fanon, dunque, riprendendo Aimé Césaire, propose un avanzamento rispetto al suo concetto di Negritudine<sup>24</sup>. Tramite una "catabasi psichica<sup>25</sup>", l'uomo nero avrebbe dovuto rompere la descrizione che lo poneva in maniera contrappositiva al bianco.

Fanon cercò di analizzare la reazione della vicinanza tra colono e colonizzato. Quando i primi si avvicinavano ai secondi, si osservava come una reazione di sensibilizzazione: se la struttura psichica si rivelava fragile si assisteva ad un crollo dell'io. Fanon parlò di doppia alienazione:

---

<sup>24</sup> (franc. *négritude*) Movimento filosofico, culturale, letterario e ideologico del mondo nero francofono. Il concetto di n. esaltava l'unicità e l'essenza della natura e spiritualità africane (o negre) rivendicandone la dignità e il valore rispetto alla cultura e alle tradizioni del mondo occidentale. Elaborato a partire dagli anni Trenta del 20° sec. in seguito alla presa di coscienza del fallimento del principio coloniale francese dell'assimilazione, la n. fu il prodotto del pensiero di intellettuali francofoni quali L. Senghor e A. Césaire, che ne furono i principali animatori.

<sup>25</sup> (pron. [ka'tabazi]; dal greco κατάβασις "discesa", da κατα- "giù" e βαίνω "andare") si intende la discesa di una persona viva nell'Ade

follia e differenza culturale. L'elemento chiave della lettura di Frantz Fanon rimase molto più generale e travalicò i confini regionali del Maghreb e dell'Africa del nord: l'elemento chiave fu la follia del colonizzato che si ammalava tanto da cancellare la propria identità e da farsi un ridicolo e controverso emulo del dominatore. Il colonizzato si trovò quindi vittima di una doppia alienazione dovuta alla dittatura della soggettività e alla dittatura del colonizzatore. Il nero fu condannato ad essere paziente psichiatrico molto più di quanto non lo fosse il bianco, soprattutto per la sua alienazione, e allo stesso tempo era allontanato dalle cure proprio perché colonizzato.

Fanon sostenne la propria teoria portando critiche ai test psicologici effettuati senza che venisse anticipatamente fatto un esame al contesto culturale. Affermò così che in ambito coloniale ogni relazione terapeutica era un contenitore di violenza, anche semplicemente perché cancellava le dimensioni che contenevano sofferenze e storia della situazione coloniale. La persona veniva da subito considerata come un Altro particolare della quale è impossibile riconoscere l'individualità, definita solo in base alle evidenti differenze con il bianco. Lo scopo della sua azione sarà quindi, inevitabilmente, l'altro, il colono, poiché rimane l'unico che può valorizzarlo. Fanon arrivò quindi a dichiarare che l'identità culturale di un popolo si definisce grazie alla contrapposizione con l'Altro. La colonizzazione si rivelò per l'inganno generale quale era, comprese le sue forme di cura e di assistenza sanitaria. Inganno poiché si instaurarono con la violenza codici di condotta e scienze mediche che si rivelarono (o lo furono volutamente) escludenti verso l'Altro, tramite l'utilizzo di categorie non decifrabili dalla medicina tradizionale. Il nativo, escluso da queste categorie e, di conseguenza, non classificabile, rientrò nell'ambito del folle. Venne escluso dal campo di cura, all'interno del suo territorio, e descritto come patologico in conseguenza ad uno stravolgimento del paradigma di cura. L'incomunicabilità strutturale fra oppresso e oppressore portò Fanon a scrivere che tra medici coloniali e pazienti colonizzati non ci poteva essere relazione:

La volontà di umiliazione dei primi soffoca le parole: persino il corpo sembra silente, i muscoli rimangono contratti, la visita medica diventa una prova, sfida dalla quale volentieri ci si sottra<sup>26</sup>.  
(Fanon, *I dannati della terra*, 1961)

Da questo momento Fanon cercò di dare vita ad una pratica clinica che tendesse a mettere il paziente nella condizione di scegliere l'azione (o la passività) rispetto alla vera fonte del conflitto, cioè verso le strutture sociali. Ciò che emerse allora fu la necessità di un'azione congiunta sull'individuo e sul gruppo.

---

<sup>26</sup> ibidem

Come psicoanalista, dovrei aiutare il mio paziente a prendere coscienza del suo inconscio e ad abbandonare i suoi tentativi di sbiancamento allucinatorio, ma anche ad agire nella direzione di un cambiamento nella struttura sociale<sup>27</sup>.

(Fanon, *I dannati della terra*, 1961)

Propose terapie che optassero per la centralità corpo, immerso in un mondo ostile, composto da città coloniali che erano sia respinte che desiderate, dove l'organizzazione degli spazi fisici disvelava una precisa topografia del potere, e il potere della topografia.<sup>28</sup>

Fanon ricercò dunque rapporti liberi dall'oppressione, il punto di vista delle minoranze.

## 2.2 Scardinare il razzismo coloniale

Per un ribaltamento delle imposte strutture politiche e sociali, secondo Fanon, era necessaria una trasformazione umana, incominciando ad intaccare la percezione che il nativo aveva di sé come soggetto razzializzato<sup>29</sup>. Lo sviluppo di una coscienza di sé doveva necessariamente passare da una affermazione della propria identità. I colonizzati sarebbero stati liberi solo una volta liberati dalla narrazione bianca, che stava alla base dell'ideologia razzista, che denigra ogni caratteristica direttamente riconducibile a culture altre. Il razzismo, e questo trova validità tuttora, non si limita semplicemente a privare le vittime delle risorse economiche e del loro status sociale, ma le deumanizza e le depersonalizza, lasciando i colonizzati ad abitare in una «zona di non-essere».

Era un dato di fatto, scrisse Fanon, che ci fossero bianchi che stimavano se stessi come superiori ai neri e, allo stesso tempo, neri che volevano riscattare la propria ricchezza culturale.

Lo psichiatra cercò decostruire i processi psichici che portarono all'opposizione tra le diverse culture. Dal punto di vista del mondo nero, analizzò quello che definì il “processo di lattificazione”, cioè quel meccanismo che imponeva una cultura europea. Alcuni aspetti sottolineati da Fanon, come quello dell'uso del linguaggio non proprio e non riconosciuto, come quello occidentale rischiavano di provocare effetti come quello della “nevrosi”, causata da un imposto tentativo di assimilazione destinato a non compiersi mai completamente.

---

<sup>27</sup> Fanon, *I dannati della terra*, 1961

<sup>28</sup> Beneduce R., (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci Editore, Roma

<sup>29</sup> La razzializzazione è il processo attraverso cui un gruppo dominante attribuisce caratteristiche razziali, disumanizzanti e inferiorizzanti, a un gruppo dominato, attraverso forme di violenza diretta e/o istituzionale che producono una condizione di sfruttamento ed esclusione materiale e simbolica. La parola razzializzata/o ci consente di vedere come la razza, che non esiste biologicamente, serve a mantenere rapporti di potere. Quando ad essere razzializzata è la società indichiamo la fase in cui ad essere inferiorizzata è l'intero apparato organizzativo della comunità a cui si fa riferimento.

### 2.2.1 La conclusione del processo dialettico

Per sconfiggere questa nevrosi era quindi necessario, secondo Fanon, che la persona colonizzata trovasse una sua identità che non tendesse all'assimilazione della cultura europea.

Il suo approccio psicanalitico cercò di indirizzare verso una lettura che vedesse la persona nella completezza della sua umanità, quindi plasmata e plasmabile dall'ambiente circostante.

Nell'analisi del momento storico Fanon non si espresse in maniera favorevole ma neanche contraria al processo di lottizzazione. L'obiettivo, spiegano i suoi scritti, era quello di superare la visione manichea e puntare a una sintesi; vista come conclusione di un percorso dialettico. La stessa sintesi che, tutt'oggi si rivela preziosa per gli studi accademici che proseguirono le ricerche tentando di cogliere quali elementi della cultura europea avevano contribuito a mistificare l'immaginario collettivo rispetto al colonizzato.

### 2.3 Scardinare relazione disfunzionale paziente-dottore

Fanon analizzò incontri fra medici francesi e abitanti nativi del luogo con l'intento di capire la disfunzionalità di questi colloqui. Come descrisse, trovò i primi incapaci di riconoscere la sofferenza; la relazione era quasi completamente priva di strumenti affinché potesse essere funzionale. Riporto qui in maniera schematica i risultati ottenuti dall'incontro tra medico e paziente analizzati da Fanon:

- Il comportamento del paziente provocava nel personale medico una attitudine differente su quella che era la realtà della malattia. Il medico quindi non riusciva a fare una diagnosi poiché non trovava una causa organica del male.
- Il paziente precipitava all'interno di un insieme di parole, gesti ed espressioni con significati che lo precedevano e che egli non riusciva a governare e quindi a spiegare.
- Entrambi mostravano la necessità di costruire diverso approccio diagnostico e non riescono a portare avanti la visita.

Come successe nei casi proposti quando la visita si concludeva con un insuccesso diagnostico o un sospetto di simulazione da parte del medico il paziente rischiava di diventare un malato immaginario, senza strumenti per parlare della propria malattia. Divenne necessario quindi mettere al centro il contesto di vita e i suoi mutamenti, cercando di darne una analisi clinica che partisse da dove il soggetto si trovava inserito.

Fanon fu il primo a parlare di relativismo culturale come strategia di lotta per il superamento di un tipo di approccio che vedeva come ovvia la supremazia occidentale. Meglio esplicita

più avanti da Mauss<sup>30</sup> e Balandier<sup>31</sup>: nessuna strategia terapeutica o riabilitativa d'ispirazione occidentale avrebbe potuto essere riproposta all'interno di una cultura differente senza avere effettuato un'analisi critica dell'istituzione medica presente. Fanon mostrò come nella condizione storica del dialogo fra terapeuta e paziente, la relazione di potere era tale da impedire autenticità nelle risposte e vanificare i test. Oltre quindi, a consigliare un approccio che prevedesse una analisi di relativismo culturale, invitò a tenere in considerazione la posizione sociale di chi è osservato, i rapporti di forza, gli effetti di contesto sociale e performance. Solo tenendo conto di queste variabili si sarebbe potuto analizzare il risultato: il disadattamento dei pazienti era il riflesso dell'inadeguatezza dei metodi (Bullard).

La popolazione si sentì inadatta e straniera nel proprio paese. Lo stato di disumanizzazione sistematica era presente in tutti i contesti di vita, compreso quello medico. In una situazione di dominio strutturato le autorità, tra cui anche i medici, inibirono ogni forma di cambiamento, il sentimento di impotenza lasciò ai colonizzati il solo ripiego su valori rifugio, che però non venivano compresi per incomunicabilità culturale.

### 3. Luoghi della cura e loro evoluzione

Nel primo capitolo ho evidenziato come una radicale modifica dei confini territoriali e della geografia dei luoghi abitati abbia contribuito in maniera profonda alla disintegrazione della società tradizionale. Farò ora un piccolo approfondimento su altre modifiche alla geografia di luoghi e spazi. Mi riferisco in particolare ai luoghi di cura, anche questi interessati del processo di colonizzazione e di conseguente decolonizzazione.

Negli anni Sessanta del XIX secolo si intensificarono i percorsi che portano ad interventi sanitari che prevedevano l'internamento. Pratica già in precedenza utilizzata ma in maniera meno sistematica. Anche per indagare queste situazioni è stato pervenuto poco materiale documentabile. Sono stati rinvenuti solo alcuni scritti, relativi a specifiche situazioni. Non ho la pretesa di dare

---

<sup>30</sup> Marcel Mauss (Épinal, 10 maggio 1872 – Parigi, 10 febbraio 1950) è stato un antropologo, sociologo e storico delle religioni francese. Massimo esponente della scuola di Émile Durkheim, i suoi studi si concentrarono soprattutto sulla magia, il sacrificio e sullo scambio del dono. Mauss influenzò profondamente il fondatore dell'antropologia strutturale Claude Lévi-Strauss. Il suo libro più famoso è “Saggio sul dono”, del 1923.

<sup>31</sup> Etnologo e africanista francese (Aillevillers-et-Lyaumont, Haute-Saône, 1920 - Parigi 2016). Le società africane in via di sviluppo, i loro conflitti interni, gli sconvolgimenti provocati dalla condizione coloniale costituirono l'oggetto degli studi di Balandier. Individuò nei mutamenti sociali in atto la chiave d'interpretazione dei problemi delle società preindustriali. Esponente dell'antropologia dinamista, Balandier sostenne che non era sufficiente prendere atto dei guasti prodotti dal colonialismo e quindi studiare separatamente i mutamenti verificatisi nei diversi settori delle culture native; per poter ricostruire la storia di una società occorreva far emergere i dinamismi in essa operanti.

quindi una rappresentazione che possa essere esaustiva per tutte le situazioni, ma sicuramente sono presenti abbastanza elementi utili per comprendere il livello di assoggettamento cui erano poste intere popolazioni e quale grado di distanza ci fosse rispetto a quello che potremmo intendere per cura. E' grazie ad una inchiesta del 1863, aperta dopo la scoperta del libro di Ann Pratt<sup>32</sup>, una ricoverata in colonia jamaicana, che si è arrivati a fare il punto sulle istituzioni manicomiali allora esistenti nell'impero britannico.

### 3.1 Manicomi

L'analisi delle risposte ricevute durante l'inchiesta fece emergere in maniera chiara alcune problematiche: la parzialità delle informazioni, la riluttanza a registrare le carenze, la tendenza a tacere punti che avrebbero potuto essere salienti.

In particolare l'insufficienza delle risposte e la mancanza di informazioni certe contribuirono in parte a verificare che dati come numero di morti, dimissioni e guarigioni, furono interamente omessi in un buon numero di istanze, e che le modalità di segnalazione erano spesso incoerenti. Tutto questo rendeva impossibile la comparazione dei dati, e quindi la possibilità di avere metri di misura clinici sul funzionamento o meno di trattamenti e terapie. Si segnalavano, inoltre, l'esistenza di reparti piccoli e sovraffollati, con spazio insufficiente per ogni paziente, la carenza di personale, oltre alla mancanza completa della possibilità di fare qualunque attività di svago durante la giornata, compresi i servizi religiosi. I manicomi versavano in pessime condizioni tanto da pensare che fossero semplici mezzi di liberazione da una classe fastidiosa, senza alcun interesse per i trattamenti terapeutici.

C'erano manicomi per indigeni in diverse province, nonché prigionieri o celle annessi ad alcuni ospedali, senza contare che alcuni manicomi erano di finanziamento privato, quindi gestiti da soggetti che avevano tutto l'interesse a risparmiare sul personale e a far allungare il più possibile la permanenza dei pazienti al loro interno.

Col passare degli anni i manicomi iniziano ad avere piccole migliorie. Le catene furono sostituite con camicie di forza, il personale medico tentò una più rigorosa registrazione degli accessi e si vide un tentativo di classificazione delle psicopatologie più diffuse e delle loro cause, in particolare ad opera del dottor Sandwith, nel 1887. Nel leggere queste informazioni si è compreso come l'apparato sanitario vertesse più verso la cura del carattere piuttosto che della sintomatologia. Sono la minimissima parte i disturbi classificati per la loro causa esterna, tipo abuso di hashish o di alcol, la maggior parte, invece, vennero etichettate come patologie che riportavano più ad eventi traumatici di vita, come "troppa malinconia",

---

<sup>32</sup> Nel 1860 una paziente del manicomio di Kingston in Giamaica pubblica "Seven Months in the Kingston Lunatic Asylum, and What I Saw There" per denunciare le condizioni spaventose cui gli alienati sono sottoposti; il pamphlet ha vasta circolazione sia nell'isola che presso le autorità coloniali implicate in madrepatria, nella comunità degli psichiatri e tra gli amministratori coloniali

“esposizione ad un marito cattivo”, “troppo tristezza per la perdita di un figlio”, caratteri “idioti” o “affetti da eccitamento religioso”.

Alcuni stati videro un incremento nella costruzione di manicomi più massiccio rispetto ad altri: il Sud Africa, per esempio. Da notare come questo proliferare di manicomi corrispose anche ad una razzializzazione della psichiatria. Port Alfred Asylum ad esempio, ospitava “malati cronici, anziani e poveri”<sup>33</sup>; Robben Island, tratteneva “lebbrosi, poveri e criminali”; il Somerset Hospital, accoglieva anche alienati non pericolosi.<sup>34</sup> Le strutture quasi da subito si specializzarono nella cura di soli neri, producendo strutture ghettizzanti. Emersero potentemente, quindi, i tratti di una psichiatria razzista.

Solo dopo il 1930 si iniziò a produrre inchieste e documentazioni risalenti ad incontri istituzionali sulla gestione delle colonie e riguardanti la necessità di valutare la legittimità di un numero tanto alto di internati in manicomio. Si cominciò anche a sottolineare il rischio per la salute mentale di persone non malate che si vedevano costrette a passare molto tempo in manicomi anche a discapito delle cure per i reali malati. Giunsero infine le prime richieste sulla netta separazione tra internati per crimini e internati per patologie; quindi un inizio di riconoscimento sul fatto che il malato mentale non era necessariamente un criminale.

Fino al 1940 continuarono momenti di inchieste nei luoghi di reclusione delle colonie. Si apportarono migliorie, in alcuni luoghi presero piede comunità o villaggi di cura, con all’interno anche medici nativi, o medici che possedevano uno studio su cure tradizionali, da affiancare a quelle di stampo europeo. Si cercò di suddividere gli internati in base alla gravità della patologia. Tutte queste risultarono poi essere migliorie necessarie, ma sicuramente non sufficienti. Purtroppo questo processo verrà rallentato o addirittura interrotto dallo scoppio della Seconda Guerra Mondiale.

### 3.2 Villaggi terapeutici e manicomi della cura

Alcuni tentativi di recupero della tradizione presero vie sperimentali, come quella proposta da Thomas Adeoye Lambo. Lambo fu uno psichiatra nigeriano, uno dei primi operanti in Africa, attraverso i villaggi terapeutici di Aro, finalizzati a far ritrovare ai pazienti, all’interno di un contesto comunitario, i riferimenti perduti e le premesse per una reintegrazione sociale. La metodologia di Lambo era quella del sincretismo metodologico, la fusione, cioè, di modelli derivanti dalla psichiatria occidentale di orientamento comunitario, con quelli della medicina locale. Nei villaggi erano presenti guaritori che ricoprivano il ruolo di capi-villaggio ed offrivano appoggio concreto per problemi quotidiani, oltre alla presenza di intere famiglie che

---

<sup>33</sup> Deacon H, Howard P, Van Heyningen (E., a cura di), (2004), *The Cape Doctor in the Nineteenth Century: A Social History*. *Clio Medica*, no. 74, Wellcome Series in the History of Medicine, Rodopi, Amsterdam.

<sup>34</sup> Greeless T. D., (1910), *Lunacy Administration in Cape Colony*, “Journal in Mental Science”, pp. 261-210

vivendo il villaggio si prendevano cura delle sue componenti. Si cercò di evitare la medicalizzazione il più possibile e si tentò di riparare la frattura che separava il “folle” dalla società. La cura poteva avere successo perché era realizzata secondo tempi, gesti e linguaggi familiari per il paziente. La scelta di Lambo fu quella di una combinazione di psichiatria comunitaria e di valorizzazione dei saperi e tecniche terapeutiche locali, riscoperte dalle tradizioni africane. Quello che si poté potuto osservare fu che i pazienti con disturbi psicotici condotti nei villaggi terapeutici, guarivano meglio e più in fretta rispetto a coloro che erano internati nei manicomi, e che mostravano un minor numero di ricadute e un minor rischio di evoluzione cronica di quelli ricoverati in ospedale. Si ridusse, quindi, il rischio di regressione presente invece frequentemente nei percorsi che prevedevano ospedalizzazioni.

Lambo si rifece ad altri studi, per esempio quelli di Alexander Leighton (studi su indiani Navajo e gli Eskimo), che ponevano l'attenzione sul contesto culturale e sul ruolo che nella produzione di disturbi mentali esercitavano le dinamiche di integrazione e disintegrazione comunitaria. Partendo da una analisi delle diversità culturali Leighton affermò che tutte le persone nelle loro performance sociali alterano e rielaborano rappresentazioni e modelli di comportamento appartenenti alla propria cultura per far fronte alle sfide del cambiamento. Leighton fu uno dei primi ad essere sensibile alla psicologia evoluzionistica, a cogliere il rapporto tra uomo e ambiente come un potenziale fattore di rischio psicopatologico. Leighton spiegò come l'ambiente sociale ed ecologico sperimenta rapidi mutamenti e che l'individuo paga un prezzo psichico considerevole al fine di adattarsi ad un contesto radicalmente diverso da quello nel quale un lungo processo evolutivo aveva consentito un equilibrio e una integrazione efficaci<sup>35</sup>.

I villaggi terapeutici di Lambo si mostrarono utili ma limitati. Furono corretti in parte dal suo successore, Tolan Asuni e dalle mogli di operatori sanitari, che iniziarono ad ospitare i pazienti in casa propria<sup>36</sup>. Si creò così un ambiente domestico di cura. A Fann, in Senegal, dove Collomb ebbe la possibilità di lavorare nel manicomio coloniale, l'assistenza psichiatrica fu rimodellata. Il rituale medico della visita settimanale in corsia venne messo da parte, il colloquio col paziente cedette il posto ad incontri pubblici, ai quali potevano partecipare personale sanitario, paziente e familiari. I camici bianchi scomparirono progressivamente, assieme ad altri aspetti che avrebbero potuto condurre alla medicalizzazione, fino al punto in cui, dopo il 1996 una intera divisione del servizio di psichiatria decise di organizzarsi sul modello del villaggio terapeutico di Lambo. Pazienti e

---

<sup>35</sup> Leighton A. H., Lambo T. A., Hughes C. C., Leighton D. C., Murphy J. H., Mac Macklin B.D., (1963), *Psychiatric disorders among the Yoruba*, Cornell University Press: New York

<sup>36</sup> Nel 1963 Tolan Asuni prese la responsabilità dell'ospedale di Aro ma avvertì subito dei rischi di un interventismo medico centralizzante quale quello che rischiava di dominare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria dei villaggi terapeutici.

infermieri elessero, come alle assemblee di villaggio, un loro leader. Il punto focale era quello di non isolare il malato dal suo ambiente familiare e sociale, di lavorare perché egli partecipasse a pieno titolo alla vita ordinaria della sua comunità. Medici, infermieri, pazienti, familiari, guaritori si incontravano periodicamente, scambiando e apprendendo universi della cura. L'equipe assunse l'effetto curativo che ebbe la rete dei riferimenti per il paziente, come metodologia curativa. Attraverso culti e cerimonie si realizzò la ricomposizione dei conflitti e si restaurò l'equilibrio del paziente. Si cercò di offrire la possibilità di un ritorno all'ordine sociale. La malattia finì con il realizzare, tramite l'uso di riti tradizionali, una paradossale funzione integrativa per l'intero gruppo, separandosi in questo dal significato che aveva la follia in Occidente.

Anche il villaggio, però, terapeutico mostrò le sue debolezze. Il ruolo dell'infermiere divenne cruciale quando il medico iniziò a limitare le sue visite una volta a settimana. Quanto più l'uso del villaggio terapeutico divenne massiccio tanto più questo rientrò nella descrizione di una istituzione ufficialmente riconosciuta (era del 1975 il decreto che istituì formalmente il villaggio terapeutico come strategia di intervento su pazienti psichiatrici). I villaggi perdettero poi la loro efficacia, quando si ritrovarono ad essere una istituzione sempre più chiusa e medicalizzante e si rese evidente la necessità di una evoluzione sugli aspetti di patologia e ambienti di cura.

Su questo aspetto aiutò Collomb, per il quale studiare altri modelli tradizionali era anche una questione di emancipazione dalla dipendenza dai sistemi occidentali. Con lui partì il filone che si occupò di modelli cooperativistici che avevano bene in chiaro le esigenze locali. Collomb concepiva la follia come la parte dell'individuo che resisteva alla socializzazione. Contrariamente a quello che fecero in occidente le terapie dei guaritori africani intendevano curare socializzando la malattia, cosa che in Europa invece, rimaneva una questione privata.

## 4. Nascita etnopsichiatria con focus su Italia

### 4.1. Sradicare la psicologia coloniale, nascita etnopsichiatria

L'etnopsichiatria non nacque semplicemente rivolta a indagare la logica di sistemi medici tradizionali e le dimensioni della cura in società riconosciute come Altre, ma venne applicata anche a problemi di violenza, di conflitto sociale, come una vera e propria strategia di cura della società tutta. Fanon fu protagonista della teorizzazione di questa prospettiva etnopsichiatrica. Questa si discostò dalla psicologia coloniale, ma infine anche dalla psichiatria transculturale. Rinnegò l'idea sostanzialistica di cultura, che non venne più vista come uno standardizzato sistema coerente, chiuso, che al massimo avrebbe potuto tendere verso forme di dipendenza, verso culture altre e altri modelli di comportamento.

Il filone psichiatrico nato in colonia e dal quale ci si iniziò a scostare dopo gli spunti di Fanon, era quello che disconosceva completamente i motivi politici e sociali che operavano sullo sfondo di disturbi psichici e nelle lotte di popoli colonizzati.

Il passaggio ad un diverso uso della medicina psichiatrica fu necessario quando da parte sia di medici che di pazienti si ritenne necessaria una comunicazione. Solo questa necessità portò la cultura occidentale ad orientarsi verso un cambio di paradigma, che rendesse più semplice comprendere l'altro, rimanendo però fedeli ai presupposti politici, morali e culturali delle scienze coloniali.

## 4.2. Etnopsichiatria in Italia

### 4.2.1 Efficacia terapeutica del rito

Con uno studio che si riproponeva attenzione nella comprensione di arti quotidiane, di aspetti religiosi e di riti tradizionali delle classi contadine, De Martino finì con l'incrociare territori utili per una discussione etnopsichiatrica: il senso della crisi, della possessione, la funzione reintegratrice dei miti, il rapporto tra sofferenza e strategie magico-culturali. Ernesto De Martino, nato a Napoli nel 1908, fu un antropologo, storico delle religioni e filosofo italiano. Si soffermò nel guardare la cultura non semplicemente come un fattore da tenere in considerazione durante la ricerca di sintomi o cause di una malattia non nota, ma proprio come un dispositivo che forniva tecniche e che ha la sua essenza nella cura. Con le sue ricerche sul mondo magico e i poteri magici Ernesto De Martino condusse un lavoro pionieristico, parallelo a quello di Lévi-Strauss sulla nozione di "efficacia simbolica"; gli scritti sul cordoglio e la plasmazione sociale del lutto disegnarono un orizzonte etnopsicologico nel quale spiccarono la capacità di cogliere l'efficacia del lavoro della cultura nell'orientare il destino delle

emozioni e l'analisi dell'influenza di vicende storiche (es. ruolo chiesa) nel trasformare queste strategie e il grado della loro pertinenza<sup>37</sup>.

Troviamo tra i suoi scritti:

Ogni civiltà magico-religiosa è un sistema organico di tecniche vitali di difesa inteso ad entrare in rapporto e a recuperare alla storia culturale umana i contenuti psichici traumatizzanti, e al tempo stesso è un sistema organico di tecniche vitali inteso a ridurre il numero e l'intensità dei nuovi traumi che si possono produrre nel corso della storia che è propria in un dato regime (economico e sociale) di esistenza. E' quindi al tempo stesso una terapia e una profilassi esistenziale (o culturale o storica) del rischio di non esserci nel mondo in quei momenti critici dell'esistere nei quali quella civiltà avverte che la storia sporge<sup>38</sup>.

I suoi interessi gli permisero di addentrarsi in campi come quello del folklore, la magia o il rituale. Cercò nei suoi scritti di sfuggire al relativismo culturale e ad un arrogante etnocentrismo che si traduceva nella negazione dell'altro. La sua riflessione sulle categorie della psichiatria e della psicopatologia occidentali, di cui si rivelò attento conoscitore, permisero di esplorarne i limiti, così da poter connotare di fatto un etnocentrismo critico, definito da lui stesso come processo di presa di coscienza critica delle limitate dimensioni della propria cultura, in modo da poter investigare le caratteristiche osservative che lo studioso assume nel principio della ricerca.

Grazie all'opera "La fine del mondo" del 1977, si poté affermare con legittimità che l'autore si pose per intero dentro al paradigma etnopsichiatrico, poiché considerò in modo sistematico il rapporto tra psichismo e cultura. Quasi a voler cogliere i punti in cui esse si incontravano e si confondevano. A partire dalla raccolta di casi clinici, miti e racconti de Martino tracciò il percorso di realizzazione dell'essere umano dentro il suo

---

<sup>37</sup> Ernesto De Martino che ha approfondito i fenomeni etnologici della religiosità popolare utilizzando l'indagine sul posto e studiando le diverse ritualità in modo sistematico e metodico anche a partire dal proprio contesto italiano. I risultati sono contenuti in uno dei testi più conosciuti, *Morte e pianto rituale*, scritto nel 1958. Attraverso l'osservazione diretta di casi reali, utilizzò una tecnica innovativa, poi adottata integralmente dagli studi etno-antropologici come "indagine interdisciplinare". Con il supporto di una équipe composta da un medico, da una antropologa culturale, da un etnomusicologo, da un documentarista cinematografico, da uno psichiatra, da una psicologa e da uno storico delle religioni analizzò con particolare attenzione il fenomeno del tarantismo pugliese. La ricerca di De Martino parte dall'idea che l'uomo sa di dover morire e che per superare questo squilibrio, causa di sofferenza e di preoccupazione, ha la necessità di dotarsi di una sorta di ancora di salvezza costituita dall'aspetto culturale della vita o, meglio, dalla creazione simbolica di un più ampio orizzonte che aiuti l'essere umano a comprendere e a superare la morte per non cadere in preda alla follia: al culmine della sofferenza l'uomo è obbligato a superare la fase di crisi per non rimanervi bloccato.

<sup>38</sup> De Martino E., (1995), *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, Argo, 1995

orizzonte storico. Non considerando semplicemente le caratteristiche culturali (per non ricadere in semplicistiche descrizioni di relativismo culturale), ma analizzando il sapere psicologico e culturale che veniva modulato dai vincoli della storia e dei contesti.

Il giudizio di normalità o anormalità psichica era ed è un giudizio storico. Appropriarsi della storia culturale della persona permise di capire se la crisi che stava vivendo era un avvicinamento verso la cultura che gli apparteneva o un allontanamento direzionato verso una crisi della presenza, quindi vera patologia.

Questo approccio rimane fondamentale anche oggi: il ruolo della storia aiuta a comprendere meglio. Lo psichiatra si è sempre occupato della mente malata e la storia di quella sana, con de Martino si avvertì la necessità di un terreno comune di ricerca interdisciplinare, poiché ogni individuo malato si ammalava in una certa società inserita in una certa cultura e nell'orizzonte di una determinata storia culturale, epoca e civiltà. Tutto questo avrebbe dovuto fare parte del bagaglio di conoscenze dello storico che intendeva impegnare il suo giudizio sulla malattia e sulla sanità. La sempre costante separazione tra esperti della cura e storici finì e rischia tutt'oggi di creare un dualismo tra le due materie, ed di trascurare il rapporto dialettico fra sanità e malattia mentale.

Se la cultura è lotta contro la crisi radicale dell'umano, come potrà lo storico ricostruire la vita culturale prescindendo dal significato che di volta in volta assume questa lotta e come potrà lo psicopatologo comprendere i suoi malati senza una presa di coscienza sistematica della norma culturale e della sua storia?<sup>39</sup>

(De Martino, 1995)

Non era dunque possibile pensare a tecniche magico-rituali come estranee dall'orizzonte storico nel quale erano prodotte, né era possibile condurre una analisi senza essere consapevoli del particolare orizzonte storico dal quale si muoveva il giudizio. L'errore della comparazione tra differenti metodologie contribuì a perdere il senso stesso di tali azioni, che vennero superficialmente descritte senza prestare attenzione alle loro funzioni sociali e curative. Per De Martino l'efficacia tecnica dei riti terapeutici era dovuta ad un contemporaneo funzionamento sia sulla sfera dell'inconscio, sia su quella del presente, del contesto oggettivo e condiviso la cui storicità venne mascherata dal dispositivo stesso della cerimonia (la destorificazione istituzionale), senza che però diventasse mai visibile l'atto di questo occultamento. Ci si affidò quindi all'efficacia terapeutica del rito, il cui compito era di far rialzare la persona facendola ritornare sulla scena della storia proprio attraverso la destorificazione istituzionale. Questo aprì le porte ad una possibile ridefinizione dell'enigma dell'efficacia simbolica: gli atti magici, i riti, le pratiche diagnostiche, i simboli utilizzati potevano rivelarsi efficaci e curare alla stregua di altre forme di

---

<sup>39</sup> De Martino, 1995

psicoterapia, guarire anche perché capaci di operare a livello inconscio. Andando poco oltre De Martino si parlò di dispositivo rituale rivolto a dominare la crisi della presenza. Alfonso Maria di Nola, allievo di De Martino fu uno degli autori che più dominarono la letteratura antropologica italiana ed anche lui può essere indicato tra coloro che più contribuì alla teorizzazione dell'etnopsichiatria italiana. Si interessò di studi sulle religioni e sui significati delle cerimonie ad esse connesse, sui saperi medici popolari, sul valore simbolico dei rituali magici e il bisogno di riscatto che esprimevano espressioni popolari. Investigò la genealogia di quel sentimento di impotenza e passività che nelle classi popolari contribuiva a generare un immaginario subalterno a quello delle classi egemoni ed espressioni peculiari del sentimento religioso. Scrisse che la dipendenza dalle strutture storico-sociali, il perduto controllo sui processi di produzione e sulle dinamiche economiche loro connesse, quindi una estraniamento dalle attività proprie della società tradizionale, portava ad una rappresentazione mitica della natura e della pressione classista come potenze e ad una conseguente serie di atteggiamenti rituali gratificatori e compensativi.

#### 4.2.2 Esempio di etnopsichiatria italiana, Riso

Si arrivò dunque a identificare riti, tradizioni culturali e abitudini come elementi che avrebbero potuto entrare in una logica di cura ed agire a livello inconscio per riparare fratture. Su questa base costruì la propria teoria anche Michele Riso, altro studioso dell'etnopsichiatria italiana che incontrò De Martino. I loro percorsi si intrecciarono in una fase di proliferazione di studi sulla antropologia medica e psichiatria transculturale. Ebbe modo poi di sperimentarsi sul campo lavorando all'interno di una clinica in Svizzera che ospitava immigrati italiani.

Il legame al mondo tradizionale e familiare si presentavano come aspetti che avrebbero potuto determinare la stabilità o il crollo dell'equilibrio psichico dei suoi pazienti. Il risultato del conflitto tra questi che chiamò vincoli sospesi e le nuove esperienze portò il paziente verso la possibilità di trovare una via di affermazione del sé o la crisi e la paralisi dell'agire.

Un esempio del suo lavoro in Svizzera riportò lo spaesamento provato da pazienti che descrivevano la donna svizzera come libera e disinibita, distante dal modello di donna a cui erano abituati. Questo codice comportamentale non riconosciuto portava ad una inquietudine e ad una sensazione di minaccia, ma soprattutto faceva cadere l'uomo in un conflitto contraddittorio tra la sua spinta verso la donna e la difficoltà ad avvicinarsi ad essa completamente diversa dai canoni da lui riconosciuti. Questa lotta trasformativa interna si trasformò in patologia con sintomi visibili a livello somatico e comportamentale. Michele Riso e Wolfgang Boker, lo psichiatra con il quale collaborò, colsero inoltre che i disturbi somatici presenti nei loro pazienti avevano un particolare

idioma della sofferenza che rendeva comunicabile il proprio stato. La sintomatologia corporea era uno strumento reso disponibile dalla cultura del paziente per comunicare uno stato di malessere; diventò quindi mezzo di espressione. I sintomi osservati permisero di identificare una caratteristica sindrome psicopatologica. L'inquadramento diagnostico però, si rivelò difficoltoso. Gli schemi psichiatrici sembrarono non riuscire a codificare quei casi di malattia. Il corpo seguendo una abitudine dettata dalla sua appartenenza culturale mostrava sintomi che sono ben leggibili da chi ha una base culturale simile, ma che non corrispondevano ad alcuna diagnosi contenuta nei manuali di psicopatologia. Gli autori riconobbero che questo orizzonte di significati è in grado di influenzare positivamente il decorso della sofferenza se riconosciuto dal guaritore e dalla comunità entro la quale il paziente viveva. Risso e Boker sembravano trovare nella condivisione di uno stesso universo simbolico una strada per il successo terapeutico. La possibilità che la malattia venisse accolta all'interno del modello culturale aprì la strada alla reintegrazione nella società e alla guarigione.

## 5. Conclusione

Non è stato un caso che solo dopo l'indipendenza dei paesi colonizzati si realizzarono le condizioni minime per avviare percorsi di etnopsichiatria e psichiatria transculturale con metodi più rigorosi, attenti ai contesti, che si distanziassero da contraddizioni coloniali, capaci di scorgere non solo le differenze rispetto l'Europeo da imitare, ma anche i segni di profondi contrasti e trasformazioni sociali. Si avviò un processo di decostruzione che permise finalmente di vedere il colonizzato come soggetto della propria vita che cerca di trovare uno spazio identitario in mezzo ad un mondo che ha subito una reinterpretazione occidentale. Venne letto come figura che cerca di reinventarsi, di trovare una mediazione tra un passato sottratto, tradizioni umiliate e brutalmente cancellate e una nuova ricollocazione e risignificazione di sé nel post coloniale. Si scoprirono territori ormai consumati da conflitti armati e violenze, con nuovi profili, anche psichiatrici, che si intrecciavano nei mutamenti sociali. Le malattie mentali ed i saperi locali dovettero misurarsi sempre più spesso con orizzonti di crescenti disuguaglianze sociali e nuove emergenze. Per chi operava nel campo della salute mentale diventò necessario occuparsi di contraddizioni e lacerazioni. Affinché differenze culturali e ineguaglianze sociali non fossero più trascurate o usate a vantaggio del mantenimento di uno potere colonizzatore fu necessario arrivare ad un cambio di presupposti politici e metodologici. Le categorie diagnostiche usate per categorizzare il colonizzato, l'altro culturale avrebbero avuto effetti di lunga durata, necessariamente da affrontare per risolvere conflitti epistemologici e le controversie che ancora oggi sono la base dell'attuale etnopsichiatria. Fanon fu fondamentale per questo passaggio. Aggiunse alla critica coloniale un aspetto di autoriflessione che portasse ad osservare come il comportamento veniva influenzato dalla cultura

imposta, compresi gli aspetti di psichiatria occidentale. Per una comprensione della storia e per ottenere la possibilità di muoversi nell'oggi con strumenti adeguati fu innanzitutto necessaria una analisi del contesto.

Avere piena coscienza dei modelli sociali imposti, del loro incontro e scontro con quelli pre-esistenti e a quali risultati aveva portato. Comprendere i funzionamenti dell'altro, comprendere i propri e riuscire a creare dialogo e punti di incontro fu requisito fondamentale per poter costruire gli strumenti della nuova società. Fanon avvertì gli stati africani che senza un completo stravolgimento della società avrebbero rischiato di ricreare un altro identico sistema di dominio coloniale.

Affrontare una società ormai sistematicamente modificata, usando solo le proprie categorie di appartenenza avrebbe significato negare il presente, rendere il linguaggio indecifrabile, impossibilitare la comunicazione.

Concludo il capitolo dicendo che alcuni temi sono ancora oggetto di dibattito per quel che riguarda i campi di indagine dell'etnopsichiatria. L'incontro tra culture ancora oggi pone interrogativi, specialmente a proposito di pazienti immigrati e psicoterapia. Le società multietniche hanno già preso forma e stanno imponendo tutto il loro carico di incontri, scontri e trasformazioni, che rendono il campo della cura bisognoso di costante evoluzione e aggiornamento.

# CAPITOLO III

## EREDITA' COLONIALE

### Introduzione

Dopo numerosi passaggi storici, politici ed economici l'espansione europea in aree extraeuropee si rivelò un fenomeno condannabile dalla comunità internazionale. Gli anni di lotte di liberazione, assieme al clima di tensione dovuto agli scontri mondiali misero a dura prova la tenuta delle nazioni. Gli stati europei tentarono, usando prassi giuridiche, di costruire nuove legislazioni per le terre indigene decolonizzate, narrando di una egemonia capace di “acculturare” e di “civilizzare” intere società africane. Processo che si servì di strumenti ideologici e normativi, come vedremo nel capitolo, ma che non portarono ad una completa indipendenza degli stati coloniali, anzi, le nazioni europee non abbandonarono (e tutt'oggi non lo fanno) la possibilità di fornirsi di risorse a condizioni convenienti e la dipendenza dall'Europa rimase un fattore fondamentale del rapporto. Vorrei evidenziare come alcuni processi messi in atto durante il periodo decoloniale fecero in modo che molti territori diventassero luoghi di partenza di migrazioni. Il passaggio da colonizzato a migrante non è quindi casuale ma causale, le cui origini hanno radici profonde, da ricercare nel periodo coloniale e nelle scelte degli stati colonizzatori.

Vorrei quindi passare ad una analisi più attuale sulle dinamiche che spingono oggi una persona a migrare e quali condizioni la accompagnano mentre affronta ostacoli fisici e simbolici che si presentano lungo il viaggio. Cercherò di mettere in evidenza come le frontiere costituiscano uno spazio-tempo le cui caratteristiche sono quelle della diffusione e della durata, che diventano momento fondamentale per il nuovo cittadino, che vede ridefinite le proprie idee di tempi e spazi della migrazione.

Da questo punto di vista, le frontiere, rappresentano un'istituzione non deputata solamente alla delimitazione degli stati e della loro sovranità, ma soprattutto e sempre più mirante a regolare e gestire il flusso umano. La riterritorializzazione delle persone migranti è usata come base di partenza per processi di socializzazione e per l'avvio di nuove pratiche di soggettivazione. Le frontiere definiscono un luogo transnazionale per eccellenza, nella sua composizione umana e nella sua definizione e gestione. Un luogo che, nella sua estensione, si presenta contemporaneamente

come infra e sovra statale<sup>40</sup>. Oltre alla frontiera analizzerò altre caratteristiche che possono rivelarsi strumenti di lettura per individuare quali sono i determinanti di salute di una persona che affronta una migrazione e che cerca di stabilirsi in un nuovo stato.

## 1. Nascita giuridica di stati neocoloniali

Con la Risoluzione 1514 (XV)<sup>41</sup>, nel 14 del dicembre del 1960 le Nazioni Unite cercarono di avviare una operazione che portasse al suo termine l'esperienza coloniale. Questa portò il la politica globale dell'epoca ad affrontare numerosi e impegnativi cambiamenti. Nello specifico si fece menzione dei diritti umani e si considerò una loro violazione qualsiasi atto di dominazione e sfruttamento dei popoli, i quali avevano finalmente riconosciuto il diritto all'autodeterminazione. Le principali operazioni che avviarono il processo furono la nascita della Società delle Nazioni e l'avviata propaganda verso il diritto all'autodeterminazione dei popoli. L'inizio di queste operazioni si ebbe con l'ottenimento dell'indipendenza dell'India nel 1947, e si conclusero nel 1999 con la restituzione dei territori alla Cina. Purtroppo, però, il processo di decolonizzazione si può dire oggi non ancora concluso. Alcune forme di dominio sono ancora presenti; non sotto la forma di schiavitù, ma legato a processi sempre più invasivi di globalizzazione.

Oltre a quello detto su quanto il colonialismo abbia anche definito la “personalità dei nativi” sulla base delle differenze rispetto alla civiltà occidentale, voglio sottolineare anche come esso abbia influenzato la percezione che l'Europa ebbe di se stessa, elevandosi al rango di modello di progresso per l'intera umanità.

Chi ragionò sulle possibili vie di decolonizzazione fu ri-affascinato dal concetto di Eurafica; ciò significava sostenere che la appena nata Unione Europea per proseguire il suo processo di coalizione statale, avrebbe dovuto adempiere ad una annosa missione: la civilizzazione del continente africano.

Emerso negli anni '20, Eurafica era un concetto geopolitico dai contorni vaghi, una delle cui funzioni era quella di adornare di nuove vesti un progetto coloniale sempre più contestato dai colonizzati. Questo concetto si basava sull'idea che l'Europa e l'Africa hanno un destino legato. Si basava anche sulla “superiorità razziale” europea. L'Africa non era più il continente primitivo, bensì una “terra del futuro”, che spetta agli europei attrezzare, popolare e modernizzare. La visione euraficana nacque negli anni Trenta con il politologo francese Eugène Guernier sulla base della

---

40 Zorzetto S., (2016), *Funzione biopolitica delle frontiere nell'accoglienza a richiedenti asilo e rifugiati*, Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali, VI

41 UNGA Resolution 1514 (XV) or Declaration on the Granting of Independence to Colonial Countries and Peoples, 14 dicembre 1960

teoria della complementarità tra l'Europa e l'Africa (Guernier 1933). Tuttavia la dottrina della complementarità, che veniva proclamata sul fondamento di una presunta comunità di interessi, era al contrario un'ideologia che mirava ad assicurare gli interessi della potenza coloniale.

Le precedenti definizioni di eurafrica furono da guida durante la stipulazione della CEE (Comunità Economica Europea) nel 1957 con il Trattato di Roma, costituente della prima forma di Unione Europea. Quando fu creata, la CEE comprendeva non solo Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Olanda e Germania Occidentale, ma anche i possedimenti coloniali dei paesi membri. Essi erano chiamati «Overseas Countries and Territories» e comprendevano il Congo belga e l'Africa Occidentale ed Equatoriale francese, la Somalia sotto mandato italiano, la Nuova Guinea olandese e numerosi altri paesi (Madagascar, Somalia francese e Camerun).

Come affermano Hansen e Jonsson, la CEE «non avrebbe potuto essere realizzata se non fosse stata concepita come un'impresa eurafricana in cui il colonialismo fu europeizzato» (Hansen e Jonsson 2014, p.13). Il progetto dell'Eurafrica consentì alle élites politiche degli Stati africani che ottennero l'indipendenza di realizzare un compromesso con i loro precedenti dominatori coloniali, ma ciò avvenne a danno della maggioranza delle popolazioni africane, per le quali sembrò che la decolonizzazione non fosse avvenuta. All'interno dello stato post-coloniale vennero mantenute alcune strutture create in periodo coloniale le procedure coloniali rimasero alla base dell'amministrazione. Anche le attività economiche e commerciali furono condotte secondo i vecchi modelli. Questa fu la funzione degli accordi di associazione della CEE; attraverso questi accordi l'Europa continuò a mantenere il controllo sulle risorse del continente africano.

L'Europa aveva bisogno dei mercati e delle risorse dell'Africa attraverso una relazione di complementarità geopolitica. In questo suo aspetto di collaborazione a vantaggio tutto occidentale il progetto dell'Eurafrica rappresentò un'alternativa, più consona agli stati europei, alla prospettiva del panafricanismo<sup>42</sup>. Secondo Nkrumah, il primo presidente del Ghana indipendente, il Trattato di

---

<sup>42</sup> Il panafricanismo è un movimento mondiale che mira a incoraggiare e rafforzare i legami di solidarietà tra tutti i gruppi etnici indigeni e della diaspora di origine africana. Sulla base della convinzione che l'unità è vitale per il progresso economico, sociale e politico e mira a "unificare ed elevare" le persone di origine africana. Il termine "panafricanismo" fu coniato nel 1900 dall'avvocato di Trinidad Henry Sylvester Williams, che convocò a Londra una conferenza per "protestare contro il furto di terre nelle colonie, la discriminazione razziale e discutere in generale dei problemi dei neri".

Roma poteva essere considerato come il trattato del Congresso di Berlino nel 1884-1885<sup>43</sup>. Il suo significato fu l'avvento del neo-colonialismo in Africa. Frantz Fanon dichiarò che lo scopo del progetto dell'Eurafrica era quello di trasformare l'Africa in "territorio di caccia dell'Europa" (Fanon 2006, 126). Il progetto dell'Eurafrica lasciò quindi il passo verso altre forme che avrebbero dovuto proteggere lo sviluppo economico interno a fronte della concorrenza estera. Questo ha delle evidenze nella attuale situazione in cui Stati africani sono relegati in un difficile stato di «sviluppo condizionato». Infatti, tali realtà non riescono ad avere gli strumenti economici e finanziari necessari ad ammortizzare gli effetti di shock esogeni quali, ad esempio, la crisi petrolifera dei primi anni Settanta o il Covid-19<sup>44</sup>.

### 1.1 Esempio di sconvolgimento città causa decolonizzazione

Vorrei riportare un esempio, che coinvolge una città specifica, per evidenziare quanto il colonialismo abbia profondamente influenzato le politiche territoriali di aree vastissime, e come, anche dopo le guerre di liberazione questi territori si siano trovati sotto differenti forme di assoggettamento.

Maputo, capitale della Repubblica del Mozambico, fu colonizzata dai portoghesi nel 1907 ed è oggi una città di 1.090.000 abitanti. Fu una città importante grazie alla sua posizione strategica che permetteva un rapido collegamento con le aree minerarie del Witwatersrand in Sud Africa. La città diventò nodo mercantile e migratorio, grazie all'esportazione di manodopera indigena dall'interno della colonia verso le aree minerarie e all'esportazione di manodopera portoghese dalla madrepatria.

Divenne poi oggetto di significativi investimenti nel settore industriale che ne accelerarono l'espansione e la diversificazione economica. Il forte incremento demografico, dalle poche migliaia della fine del diciannovesimo secolo ai circa 750.000 del 1980, vale a dire pochi anni dopo l'indipendenza, non fu accompagnato da un'adeguata capacità pianificatrice da parte delle autorità coloniali. L'espansione della città risultò così fortemente condizionata dalla

---

<sup>43</sup> Berlino, nel 1884, una Conferenza che avrebbe dovuto sancire i diritti dei singoli Stati europei, in un certo modo regolamentando la corsa alla colonizzazione. Nel corso dei lavori, che durarono fino all'anno successivo, i rappresentanti dei sei Paesi europei – Belgio, Germania, Francia, Portogallo, Spagna e Inghilterra procedettero alla divisione del continente senza che ovviamente fosse presente una delegazione africana. Nella conferenza venne di fatto riconosciuto il predominio della forza sul diritto. Il presupposto giuridico che i rappresentanti delle potenze coloniali posero a fondamento del loro agire fu costituito dalla differenza che essi riscontrarono fra i Paesi dotati di un ordinamento legislativo e di una sovranità riconosciuta (dagli stessi europei) e quelli invece che ne erano privi e le regioni dell'Africa rientravano naturalmente fra i secondi. Il continente africano fu insomma considerato privo di personalità giuridica e così, nel breve volgere di alcuni lustri, esso venne quasi interamente occupato dalle potenze europee.

<sup>44</sup> Gozzi G., (2021), *Eredità coloniale e costruzione dell'Europa*, Il Mulino, Bologna

crescente rilevanza dell'urbanizzazione informale e dalla pervasività e dall'influenza degli interessi privati negli ambiti di urbanizzazione formale.

L'avvento dell'indipendenza, nel 1975, raggiunta anche grazie al Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique), avrà effetti importanti sull'evoluzione di Maputo. Negli anni successivi all'indipendenza, oltre 200.000 coloni lasceranno il paese liberando quella che ormai, a causa dell'eccessiva e repentina urbanizzazione, veniva chiamata "cidade de cemento".

Lo stato nazionalizzerà i suoli, le imprese del settore edilizio e gli edifici abbandonati verranno concessi in affitto, come gli alloggi ormai disponibili dall'evacuazione dei coloni. Gli investimenti nel settore edilizio andranno sostanzialmente esaurendosi: a fronte del congelamento dell'attività edilizia formale si registrerà così una consistente espansione di quella informale.

Maputo conoscerà un netto declino dovuto anche all'estinguersi delle funzioni commerciali e direzionali del regime coloniale. Contestualmente, il problema dell'espansione della città informale sarà affrontato per mezzo di assai limitati piani di urbanizzazione primaria di aree destinate all'autocostruzione anche con l'assistenza di organizzazioni internazionali.

La fine della guerra civile determinerà un cambiamento di regime: la Frelimo rimarrà al potere e lo stato diverrà una democrazia liberale multipartito; evoluzione accompagnata dal coinvolgimento del paese nelle politiche di aggiustamento strutturale della Banca Mondiale. Negli anni successivi si vide sempre più un ingresso dei privati nel mercato edilizio, con una crescente serenità delle classi medio-alte, mentre si svilupperà un mercato illegale dei suoli ancora formalmente proprietà dello stato.

Maputo assumerà con sempre più forza la forma di una città divisa fra un mercato immobiliare speculativo riservato alle classi superiori e le immense aree informali che registrano ancora oggi alti tassi di espansione<sup>45</sup>.

Lo spazio urbano si organizzò attorno alle fratture proprie della società coloniale: da una parte l'area centrale, la cosiddetta cidade de cemento - abitata dai coloni portoghesi, dagli altri stranieri e da una ristretta classe di cosiddetti asimilados, cioè indigeni assimilati ai colonizzatori, dall'altra invece, vaste aree periferiche furono abitate dai colonizzati – il cosiddetto canico, ai cui abitanti era vietato il possesso della terra e la costruzione in muratura – dove esisté un'edilizia spesso semi-permanente in condizioni di maggiori o minori livelli d'informalità chiamati slums<sup>46</sup>.

Secondo dati delle Nazioni Unite, l'80% della popolazione del Mozambico viveva nel 2005 in aree considerabili quali *slum* (UN-Habitat, 2007). Le Nazioni Unite definiscono slums aree nelle quali non si verificano almeno due delle seguenti condizioni: accesso all'acqua potabile, disponibilità di un sistema fognario, spazio abitativo sufficiente, durevolezza dell'abitazione e certezza dei titoli d'uso (security of tenure) (UN-Habitat, 2003).

---

<sup>45</sup> Jenkins, P. (2012), Maputo and Luanda. In S. Bekker, & G. Therborn (Eds.), *Capital Cities in Africa: Power and Powerlessness* Human Science Research Council

<sup>46</sup> ibidem

A Maputo, la legalizzazione degli slums procede tuttora con molte difficoltà data la mancanza di un catasto e solo grazie a donatori internazionali che supportano le rappresentanze locali.

## 2. Da colonizzati a migranti

Potremmo dire già scritti i risultati di processi di liberazione che sono in parte direzionati dagli invasori stessi. L'imperialismo moderno mostra tratti appartenenti al periodo coloniale. Il passato, dunque, è presente perché persiste negli schemi della realtà di oggi. Difficile dimenticarsi del passato, a maggior ragione se si studiano dinamiche attuali. Le migrazioni contemporanee svolgono un ruolo fondamentale, i flussi migratori fratturano il senso della divisione dello spazio secondo la logica coloniale<sup>47</sup>.

Tuttavia, in una società neoliberale, intrisa ancora, nonostante i tentativi di occultamento mal riusciti, della logica coloniale, le persone migranti spesso sono viste, dalle odierne società europee, come fastidiose parti da espellere o, nei luoghi appositamente separati, da integrare in modo che siano funzionali alle esigenze economiche delle moderne società capitaliste. Vediamo non di rado la persona migrante venire trasformato in un soggetto che con la sua appartenenza porta con sé e riproduce episodi di illegalità e criminalità.

### 2.1 Legame tra migrazione e salute

Lo sfollamento e la migrazione sono determinanti fondamentali della salute e del benessere non solo per i rifugiati e i migranti, ma anche per le popolazioni dei loro paesi  
(Istituto Superiore di Sanità, 2021)

Dal 1990 al 2020, la popolazione mondiale è passata da 5,3 miliardi a 7,8 miliardi. In quegli anni, il numero totale di migranti internazionali è passato da 153 milioni (2,9% della popolazione mondiale) a 281 milioni (3,6% della popolazione mondiale). Circa il 48% dei migranti internazionali sono donne e circa 36 milioni sono bambini. I maggiori aumenti della migrazione internazionale durante l'ultimo decennio sono dovuti alla migrazione familiare (compreso il ricongiungimento familiare) e la migrazione per lavoro, sebbene le loro proporzioni sul totale siano cambiate di poco. Dall'inizio degli anni 2000, la migrazione circolare è diventata anche più comune, con i migranti che si spostano temporaneamente per opportunità economiche e poi tornano nei loro paesi d'origine, sebbene il numero di migranti circolari annuali rimanga poco chiaro.

---

<sup>47</sup>Chorna L., (2021), *Il passato è presente: il colonialismo e le sue ferite aperte*, Melting Pot Europa, <https://www.meltingpot.org/2021/02/il-passato-e-presente-il-colonialismo-e-le-sue-ferite-aperte>

Il rapporto tra salute e movimento della popolazione è complesso e dinamico e prende varie direzioni. La salute può migliorare quando le persone passano da una situazione di conflitto a una pacifica o da un'area ad alta disoccupazione a un'area in cui abbondano lavori meglio pagati e sicuri. Tuttavia, può verificarsi un peggioramento della salute quando rifugiati e migranti sono esposti a condizioni che compromettono la buona salute durante le diverse fasi della migrazione. Lo sfollamento e la migrazione possono comportare l'interruzione dell'erogazione o del trattamento sanitario, con conseguenti problemi nella continuità dell'assistenza. La migrazione è stata a lungo una questione politicamente controversa. Fenomeni come i conflitti, la disparità di reddito, i cambiamenti economici, l'urbanizzazione e il cambiamento climatico, influenzano inevitabilmente il movimento della popolazione e la sua salute. Abbiamo visto recentemente un esempio delle situazioni di estrema difficoltà che devono affrontare le persone migranti e che vedono coinvolta la loro salute, come l'epidemia da covid-19. Il Dossier Statistico Immigrazione 2020, realizzato dal Centro Studi e Ricerche IDOS in partenariato con il Centro Studi Confronti (presentato il 28 ottobre 2020), la pandemia “ha messo in luce tutte le criticità e le insufficienze del sistema europeo in materia di migrazioni economiche e diritti”. Provvedimenti come la chiusura dello spazio Schengen, il blocco dei voli e le restrizioni sui movimenti hanno avuto un fortissimo impatto sia su alcune economie che sugli stessi migranti coinvolti<sup>48</sup>.

Sicuramente l'arrivo di un gran numero di rifugiati e richiedenti asilo può mettere a dura prova i servizi sanitari e di protezione sociale. Oltre al fatto che aumenta le sfide riguardo l'accessibilità all'assicurazione sanitaria, il superamento delle barriere all'accesso alle cure (tra cui la lingua, le precedenti interazioni con i servizi di assistenza medica e la comprensione delle diagnosi, delle opzioni terapeutiche e dell'uso di medicinali).

## 2.2 Determinanti di salute

Lo sfollamento e la migrazione sono i principali determinanti della salute per un gran numero di persone in tutto il mondo. L'ultimo rapporto WHO descrive in dettaglio vari aspetti della salute e della migrazione, tenendo conto di una serie di determinanti che la influenzano.<sup>49</sup> Comprendere i determinanti dello sfollamento e della migrazione può aiutare i sistemi sanitari, i responsabili politici e gli operatori a salvaguardare e promuovere la salute di rifugiati e migranti. Risulta importante capire innanzitutto chi sono i e le migranti che arrivano in Europa. Innanzitutto da sottolineare che la maggior parte sono giovani, più in grado di migrare a causa dei requisiti sanitari che alcuni devono soddisfare prima della partenza, soprattutto se in cerca di occupazione internazionale. La salute dei rifugiati e dei migranti rispetto a quella delle popolazioni ospitanti dopo l'arrivo è anche in parte correlata

---

<sup>48</sup> Dati Istituto Superiore Sanità 2020, <https://www.epicentro.iss.it/migranti/dossier-statistico-immigrazione-2020-pandemia>

<sup>49</sup> World report on the health of refugees and migrants, World Health Organization 2022

alla salute generale delle popolazioni del paese ospitante, nonché ai servizi a cui i rifugiati e i migranti possono accedere.

Come riassunto nel modello socio-ecologico in Fig. 1, i contesti che circondano la migrazione in tutte le sue fasi, quindi prima, durante, dopo e al ritorno, influenzano la salute di rifugiati e migranti tanto quanto le loro caratteristiche individuali. Le persone possono scegliere di migrare per cercare opportunità economiche, cure mediche, opportunità educative o un migliore tenore di vita. Altri possono invece essere costretti a lasciare la propria abitazione o luogo di residenza. I paesi possono attuare politiche per incoraggiare o scoraggiare la migrazione a seconda delle proprie esigenze, per rispondere alla sensibilità della propria forza lavoro, per sostenere i servizi sociali, per motivi umanitari o in risposta a pressioni politiche. Inoltre, fattori come l'invecchiamento, l'urbanizzazione, i conflitti e il cambiamento climatico possono influenzare le tendenze sia in termini di sfollamento e migrazione sia i bisogni sanitari di rifugiati e migranti. La Fig. 1. illustra i determinanti che possono influenzare la salute e il benessere di rifugiati e migranti a diversi livelli, a partire da quella dell'individuo e intrecciandosi attraverso le fasi dello spostamento e della migrazione. Sottolinea l'importanza dei fattori di livello micro, meso e macro che influenzano le vulnerabilità sanitarie di rifugiati e migranti durante tutte le fasi. Ad esempio, quando qualcuno con una malattia cronica si sposta da un posto all'altro, la sua situazione sanitaria può peggiorare durante la fase migratoria o di transito a causa dell'accesso limitato intermittente ai servizi sanitari.

Questo modello socio-ecologico rappresenta la salute personale come il prodotto di molteplici fattori, a cascata dalle caratteristiche e dai comportamenti individuali alle condizioni sociali ed economiche che modellano la vita delle persone. Determinanti della salute a vari livelli del modello influenzano la salute di rifugiati e migranti in modo diverso durante le diverse fasi di sfollamento e migrazione. Ad esempio, mentre una barriera linguistica potrebbe non esistere nel paese di origine, diventa una barriera relativamente significativa per un rifugiato o un migrante che cerca assistenza sanitaria e utilizza i servizi sanitari. Allo stesso modo, l'appartenenza a un gruppo di minoranza potrebbe portare alla persecuzione e infine allo sfollamento, ma potrebbe anche diventare la ragione più importante per ottenere protezione in un altro paese (status di rifugiato, per esempio). Le intersezioni dei determinanti della salute e delle diverse fasi della migrazione con quelle del corso della vita possono determinare esiti sanitari distinti. Un approccio globale per proteggere e promuovere la salute dei rifugiati e i migranti devono tenere conto dell'insieme completo dei determinanti della salute in ogni contesto, sia durante il processo di spostamento e migrazione che lungo tutto il corso della vita. In molti modi, le politiche che promuovono la salute di rifugiati e migranti promuovono anche la salute della popolazione più ampia, compresa la popolazione ospitante.

L'esperienza dello spostamento e della migrazione è essa stessa un fattore determinante della salute, e l'esame delle diverse fasi dello spostamento e della migrazione aiuta a chiarirne l'impatto. Importanti fattori trasversali includono sesso, età, razza o etnia e una varietà di condizioni socioeconomiche sperimentate durante le fasi della migrazione.

Nei prossimi decenni, diverse tendenze influenzeranno sia lo sfollamento e la migrazione sia i bisogni sanitari di rifugiati e migranti. Queste tendenze sono particolarmente importanti per i responsabili politici che stanno valutando come rifugiati e migranti contribuiscono e richiedono risposte diverse dai sistemi sanitari.

Utilizzo una analisi della Guida Tecnica denominata *Mental Health Promotion and Mental Health Care in Refugees and Migrants* del 2018, per riuscire ad analizzare come si sono sviluppati i servizi di salute mentale per le persone straniere.

Nella guida troviamo raccolte indicazioni sulla promozione della salute e i vari percorsi presenti in Europa, per indirizzare gli stati verso un supporto al migrante. Il presupposto è che per migliorare la salute mentale della persona straniera e degli autoctoni bisogna organizzare un sistema di buone politiche nazionali e buoni piani locali di attuazione, al fine di raggiungere il migliore stato di salute possibile.

Molti studi, uniti ad esami effettuati in sede clinica, hanno confermato come più aspetti della vita del migrante possono essere influenti sul suo stato di salute. Partendo dalle condizioni di vita nel paese di partenza che spesso non sono assolutamente favorevoli ad uno sviluppo sano nel corso della vita. La persona può essere partita da situazioni di guerra, di povertà estrema o di persecuzione. La persona può arrivare avendo già subito processi di esclusione e marginalizzazione anche nel paese di provenienza, e quindi essere già vittima di violenza o avere già subito eventi traumatici. Le difficoltà continuano lungo la tratta migratoria e si ripropongono all'arrivo. L'insediamento sul territorio rappresenta un momento difficile e costellato di fattori, tra cui la richiesta documenti, ricerca casa e lavoro, che possono ulteriormente peggiorare la condizione di vulnerabilità psicologica della persona.

Da una analisi degli ultimi rapporti sono emerse alcune evidenze che caratterizzano l'esperienza migratoria: aumento di disturbi cardiovascolari, tassi di mortalità perinatale più elevati, maggiore presenza di disturbi psicopatologici o numerose espressioni di Disturbo Disturbi da Stress Post-Traumatico<sup>50</sup>.

Diviene sempre più necessario eliminare le barriere che ancora ostacolano o comunque si frappongono ad un corretto ed equo accesso ai servizi socio-sanitari. E' sempre più evidente che sia necessario lavorare in modo mirato e strategico per superare le difficoltà che ancora ostacolano la piena funzionalità della presa in carico della persona straniera sul territorio europeo.

---

<sup>50</sup> Zorzetto S., (2016), *Funzione biopolitica delle frontiere nell'accoglienza a richiedenti asilo e rifugiati*. *Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali.*; VI(12): 215-229. DOI: 10.13128/cambio-20408 | ISSN 2239-1118 (online)

## 2.2.1 Frontiera

La frontiera per come la intendiamo oggi è essenzialmente ibrida. In primo luogo, perché la frontiera non è più solo lo strumento di applicazione del potere sovrano dello stato, ma anche il mezzo ed il luogo di esercizio dei suoi poteri biopolitici e disciplinari sulle popolazioni migranti. In secondo luogo, perché una molteplicità di attori che la regolano: dagli stati, agli enti locali alle organizzazioni non governative. Deduciamo da questo che la frontiera acquisisce quindi una importanza pubblica, oltre che statale. Geograficamente rappresentano l'articolazione dei poteri statali e come questi si applicano ai migranti, non solo il potere di inclusione o esclusione giuridica e sociale esercitato dallo Stato, ma anche l'autorità di decidere le modalità dell'inclusione, dell'amministrazione e del governo delle soggettività migranti.

La frontiera diviene spazio pubblico abitato da differenti attori che portano diverse intenzionalità istituzionali, politiche ed economiche, non sempre compatibili tra loro, anzi, spesso in tensione. La natura ibrida della frontiera, infine, deriva anche dal sovrapporsi di differenti finalità, che vanno da quella assistenziale, a quella di integrazione, dalle sanitarie a quelle di controllo dei flussi. Il sistema italiano di accoglienza di profughi e rifugiati, sin dalla sua costituzione alla fine degli anni '90, ha sempre oscillato fra l'essere un tentativo di rispondere alle necessità ed ai diritti delle persone in modo ordinario e strumento prima straordinario poi sistematico di controllo. Le misure straordinarie, ufficialmente o meno dichiarate emergenziali, hanno cercato di rispondere ai picchi migratori conseguenti alle crisi politiche ed alle conseguenze dei conflitti bellici nella sponda sud del Mediterraneo<sup>51</sup>.

In contemporanea al processo di esternalizzazione delle frontiere e della conseguente rinegoziazione della sovranità statale è necessario prendere in considerazione anche un parallelo processo di internalizzazione delle frontiere, che determina il suo costituirsi particolare spazio-tempo di vita dei migranti. Le frontiere costituiscono un dispositivo capace di produrre segmentarietà a livelli spaziale e sociale; tuttavia, a seconda del punto di vista adottato e del tipo di potere statale preso in considerazione, è possibile mettere in evidenza diverse modalità e forme di segmentazione. Le frontiere creano bipartizioni del tipo cittadino/straniero, migrante regolare/migrante irregolare.<sup>52</sup> Contribuiscono anche a determinare quella fra migranti economici e migranti forzati,

---

<sup>51</sup> Marchetti C. (2014), *Rifugiati e migranti forzati in Italia. Il pendolo tra 'emergenza' e "sistema"*, in «REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.», XXII(43): 53-70

<sup>52</sup> Hyndman J., Mountz A. (2008), *Another Brick in the Wall? Neo-Refoulement and the Externalization of Asylum by Australia and Europe*, in «Government and Opposition», 43(2): 249-269

sulla base delle relazioni geopolitiche fra gli stati messi in relazione dal flusso migratorio<sup>53</sup>.

Le possibilità di analisi delle frontiere sono molteplici, soprattutto se si cerca di comprendere meglio come esse funzionino e lavorino nella produzione dei rifugiati e come, a questo livello ed a tal fine, interagiscano fra loro differenti poteri: sovrano, biopolitico e disciplinare. L'aspetto più interessante dell'osservare le frontiere dal punto di vista della segmentarietà lineare è che esse si trasformano in processi, perdendo il loro ruolo di linee di confinamento territoriale e di appartenenza statale di territori e cittadini. Il potere sovrano viene ad articolarsi in una serie di procedure volte a stabilire esattamente la sussistenza del diritto ad avere diritti e dunque dell'obbligo alla concessione di un qualche tipo di protezione internazionale. In questo senso le frontiere assumono la valenza dell'esclusione verso l'esterno e di riconoscimento dei diritti al loro interno, divenendo pertanto luogo di attrazione per le persone in cerca di protezione<sup>54</sup>. Le riflessioni sul processo di esternalizzazione delle frontiere hanno messo in evidenza questo "allontanamento" della linea di confine tale per cui si verificano una sovrapposizione di funzioni come quella di controllo e quella umanitaria (lo abbiamo visto negli anni passati tramite operazioni di respingimento e quelle come Mare nostrum). Tenendo conto anche della dimensione temporale della frontiera si può notare come essa non solo divide lo spazio, ma si estende nel tempo: crea un periodo di attesa per l'ingresso che può durare mesi o addirittura anni. La frontiera dunque può essere considerata come un processo durevole e non solo il luogo-istante della sua potenza divisoria e dell'eventuale suo attraversamento.

La frontiera, quindi, rappresenta il luogo di esercizio del potere sovrano dello stato, ma anche un luogo in cui la persona che tenta di attraversarla è sottoposta a potere biopolitico. È proprio perché è un processo durevole che la frontiera può assumere una valenza biopolitica, appunto nella versione foucaultiana dell'amministrazione e gestione di uno specifico far vivere. Lo svilupparsi e l'articolarsi delle frontiere in senso spaziale ed istituzionale con una sovrapposizione e compenetrazione fra funzioni di controllo e funzioni umanitarie; il divenire del diritto umanitario quale cifra dei conflitti geopolitici attuali<sup>55</sup>.

La funzione umanitaria della frontiera consente agli stati di collocarsi geopoliticamente all'interno dei conflitti e pertanto contribuisce alla loro definizione identitaria. Le frontiere, in altri termini, hanno un ruolo sia nel definire le politiche interne degli stati, ma anche quelle estere.

---

<sup>53</sup> Ashutosh I., Mountz A. (2012), *The Geopolitics of Migrant Mobility: Tracing State Relations Through Refugee Claims, Boats and Discourses*, in «Geopolitics», 17: 335-354

<sup>54</sup> Müller A. (2013), *Territorial Borders as Institutions. Functional Change and the Spatial Division of Authority*, in «European Societies», 15(3): 353-372

<sup>55</sup> Foucault M., (2021), *Medicina e biopolitica, La salute pubblica e il controllo sociale*, A cura di Paolo Napoli, Collana: Saggine, pp. 176

## 2.2.2 Accoglienza

Le frontiere sono solo i primi luoghi di applicazione del potere dello stato; subito dopo di esse vorrei analizzare la strutturazione di centri e luoghi di accoglienza. Anche essi strumenti del biopotere dello stato, vedono il raggruppamento di migranti soggetti a potere disciplinare statale. La popolazione migrante varca la frontiera per entrare in un percorso a tappe, scandito attraverso il passaggio da una struttura di accoglienza all'altra e da una prassi burocratica all'altra.

Dal punto di vista spaziale, la situazione è alquanto variegata in Europa, anche se esistono alcuni indirizzi generali.

In Italia, ad esempio, sono gli enti locali a decidere della collocazione delle strutture di accoglienza, oltre che del suo finanziamento. Si possono così osservare centri di accoglienza sorgere in zone periferiche o isolate, in paesi in via di abbandono o difficilmente serviti da servizi pubblici per gli spostamenti.

Accanto ad una strategia di integrazione dei migranti, esiste di fatto una logica segregazionista, intenzionale o meno, che crea enclaves con effetti a medio e lungo termine che sicuramente intaccheranno gli aspetti di salute mentale e fisica, oltre che le dinamiche sociali e politiche. Non solo la concentrazione dell'accoglienza risulta problematica e nociva, ma anche la sua eventuale diffusione presenta rischi nella misura in cui sconfinata nella segregazione.

Dal punto di vista sociale l'ingresso in strutture di accoglienza è, in funzione della loro tipologia, preceduto o immediatamente seguito dalla presentazione della domanda di protezione internazionale. La segmentazione sociale rispetto alla generalità dei cittadini è prima di tutto rinvenibile nel fatto che, in larga parte, per questo gruppo di persone, è predisposto un sistema di welfare sostanzialmente separato e dedicato, che vincola l'assistenza alla permanenza all'interno delle strutture<sup>56</sup>. L'abbandono dei progetti non implica automaticamente la presa in carico da parte del welfare generale, che anzi può risultare assai ardua, poiché spesso la presa in carico richiede il possesso di un indirizzo di domicilio. Di fatto, è solo nel caso dell'ottenimento di un lavoro che il rifugiato esce effettivamente dalla fase liminale dell'accoglienza potendo, a questo punto, cercare di partecipare in autonomia al contesto sociale che lo ha accolto. È il lavoro che conferisce autonomia economica e capacità di vita indipendente (alloggio, ecc.), benché occorra poi considerare quali tipologie e forme di lavoro siano rese disponibili o accessibili per questa categoria di manodopera.

---

<sup>56</sup> Zorzetto S., Inglese S., Cardamone G. (2014), *Accoglienza dei popoli in fuga e salute mentale. Proposte per l'Italia*, in «Psichiatria e Psicoterapia Culturale», II(1): 52-72

### 2.2.3 Migrazione e prostituzione

Quando si tratta di immigrazione sempre ci si trova ad affrontare il tema di "donne vittime della tratta". Est dell'Europa o dalla Nigeria sono ad ora i luoghi di partenza della maggior parte delle migranti, seguiti dall'Africa sub-sahariana e dall'America Latina. Nonostante siano stati avviati programmi in accordo al cosiddetto "Articolo 18", trovare occupazione risulta difficile e il permesso di soggiorno tarda a arrivare così che i tempi per raggiungere una reale autonomia o di uscire dai conflitti si allunga enormemente. Nella maggior parte dei casi queste donne sono soggette ad una pressante richiesta di soldi da parte del paese di origine; richiesta che non sente ragioni nonostante le note difficoltà che la donna incontra. Quando una patologia colpisce queste situazioni di già estrema delicatezza è possibile che lo faccia in maniera poco comprensibile ad un occhio occidentale. Le donne nigeriane, per esempio, spesso fanno riferimento a pratiche di culti di possessione, o a vincoli rituali con i gestori della tratta che spesso utilizzano metodi ricattatori e di minaccia.<sup>57</sup> Davanti a questi riferimenti che hanno origine in complesse tradizioni gli operatori e le operatrici necessitano di una formazione che fornisca loro competenza storico-antropologica per poter decifrare i sintomi. Spesso però questa decifrazione non avviene e le pazienti si ritirano dal percorso di cura, nascondendo le ragioni delle loro angosce, fino ad arrivare al punto da richiedere l'ospedalizzazione ripetuta.

Spesso, dunque, per le figure dell'accoglienza diventa complesso costruire interventi riconosciuti dalle pazienti, che rimangono invece all'interno di un codice etico e morale spesso incomprensibile, composto da violenze e soprusi.

### 2.2.4 Minori stranieri e violenza.

Il disagio psichico si presenta in maniera notevole anche e soprattutto nei minori. Sono numerose le forme di disturbo del linguaggio e le diagnosi di autismo. Spesso, però, intorno a questa diagnosi s'ingaggia un vero e proprio conflitto tra servizi e famiglie. Non sono rari i casi in cui la famiglia viene accusata di negligenza e scarsa collaborazione, mentre i servizi si sentono trattati con diffidenza e tenuti a distanza dal mondo privato della famiglia. Questo non è difficile da immaginare se ci si sofferma un attimo ad osservare i lunghi tempi di attesa per l'assistenza e le poche risorse, sia umane che finanziarie, messe a disposizione. Problema particolarmente rilevante è anche quello della violenza subita o agita, sia familiare che non, specialmente quando si tratta di minori non accompagnati.

---

<sup>57</sup> Beneduce R., Taliani S., 2012, *Curare i malati immigrati. I progetti formativi rivolti agli operatori socio-sanitari e ai mediatori culturali all'interno del progetto europeo T-SHaRE: la salute mentale*, Porta di Massa, numero speciale "Il progetto T-SHaRE. A cura dell'Associazione Fanon di Torino

### 2.2.5 Rifugiati e vittime di tortura.

Nonostante non sia ancora completamente chiaro il contesto legislativo e giuridico che riguarda la documentazione di esperienze traumatiche, queste stanno assumendo sempre più rilevanza sia nella richiesta di cura e assistenza<sup>58</sup>. L'esperienza della migrazione dimostra quindi di avere un rapporto strutturale con morte e violenza<sup>59</sup>. Le violenze politiche, morali e sociali sono gli aspetti con cui l'equipe dell'accoglienza e i professionisti di salute mentale sanno di doversi confrontare sistematicamente poiché origine di molti dei disturbi mentali che accompagnano il paziente straniero. Ci troviamo di fronte a situazioni non ancora completamente normate e che dunque sono in balia della formazione e spesso anche della dedizione di operatori ed operatrici. In base alla specifica conoscenza geo-politica e il suo grado di competenze l'operatore può rivelarsi supporto fondamentale o ascoltatore passivo. Sono racconti ricchi di silenzi e cesure, e come tali materiali critici, fondamentali nella costruzione di relazioni mediche da utilizzare nella richiesta d'asilo<sup>60</sup>.

## Conclusioni

Tutto il crescente processo di internalizzazione delle frontiere, oltre a quello della loro esternalizzazione, si configura come conseguenza del tentativo degli stati di reggere l'urto di flussi umani capaci di metterne a rischio la sovranità. La migrazione finisce così per costituirsi come forza che, da fuori, ridisegna il paesaggio istituzionale e lo stesso territorio interno all'Unione Europea ed ai suoi stati componenti ; cioè il suo stesso ordinamento spaziale. Là dove il ridisegnare prende le fattezze di un processo che ha la capacità di rimarcare confini e identità.

La gestione dei progetti territoriali, la dimensione geo-politica degli stati sono tutti elementi che possono influenzare la condizione di salute o malattia della persona migrante. Allo stesso modo il tipo di accesso ai servizi socio-sanitari pubblici, può influire in senso protettivo o dannoso sulla condizione di salute mentale di migranti e richiedenti asilo o rifugiati.

Come scritto, rimangono ancora oggi barriere che non consentono un equo e corretto accesso ai servizi socio-sanitari.

---

<sup>58</sup> Rechtman F., D. and R., (2005), *An Anthropological Hybrid. The Pragmatic Arrangement of Universalism and Culturalism in French Mental Health*. *Transcultural Psychiatry* 42(3):347–366

<sup>59</sup> Beneduce R., Taliani S., 2012, "Curare i malati immigrati. I progetti formativi rivolti agli operatori socio-sanitari e ai mediatori culturali all'interno del progetto europeo T-SHaRE: la salute mentale", *Porta di Massa*, numero speciale "Il progetto T-SHaRE. A cura dell'Associazione Fanon di Torino

<sup>60</sup> Kirmayer LJ, Boothroyd LJ, Tanner A, Adelson N, Robinson E, Oblin C., (2000), *Psychological distress among the Cree of James Bay*. *Transcultural Psychiatry*; 37:35-56

Rispetto all'ambito della salute mentale è interessante quanto riportato nella Guida Tecnica: “vari studi hanno dimostrato che i rifugiati e altri migranti possono incontrare ostacoli all'accesso alle cure per la salute mentale. Questo può ritardare il trattamento, portando potenzialmente a ulteriori complicazioni dei disturbi mentali. Alcune di queste barriere sono comuni ad altri servizi sanitari (ad es. mancanza di conoscenza dei diritti all'assistenza), altri ostacoli, invece, sono più comuni nel campo delle cure di salute mentale e sono collegati ai diversi modi di esprimere le difficoltà psicologiche; attraverso disturbi fisici o tramite l'evocazione di spiegazioni soprannaturali, oppure sono collegati alle paure per la discriminazione subita da alcuni migranti con problemi di salute mentale. Ciò rende meno probabile l'accesso ai servizi di salute mentale e il raggiungimento di trattamenti adeguati e tempestivi”<sup>61</sup>.

In un documento promosso dall'European Knowledge Hub on Health and Migration si raccomanda una particolare attenzione a ciò che succede nel corso delle prese in carico, poiché da un accurato aggancio può dipendere la buona riuscita o meno di un percorso di cura.

Vediamo dunque come esista un filone che collega la persona che in passato ha visto i propri territori aggrediti da una colonizzazione a colei che cerca di ottenere percorsi di cura negli stati ex colonizzatori. Come le difficoltà evidenziate nei precedenti capitoli di relazione terapeutica affrontati nel luogo della colonizzazione siano poi simili a quelle che impediscono un reale accesso alle cure della persona migrante in Europa.

---

<sup>61</sup> estratto da *World report on the health of refugees and migrants*, World Health Organization 2022

# CAPITOLO IV

## CURA IN EUROPA ED IN ITALIA

### Introduzione

Mi interessa in questo capitolo evidenziare quali e quanti fattori influenzino lo stato di salute e come questi si moltiplichino quando la richiesta di cura avviene in un contesto storico-culturale differente rispetto a quello di origine.

In questo capitolo, utilizzando come strumento di lettura dello stato attuale l'ultimo report dell'OMS ( Organizzazione Mondiale della Sanità) e la giurisprudenza in merito alla cura degli stranieri e delle straniere, vorrei dare una panoramica su quali siano i requisiti di accesso alla cura in Europa e poi nello specifico in Italia, focalizzandomi su quella che è la cura mentale. Vorrei evidenziare quali sono le differenti possibilità di presa in carico per la persona straniera, in particolar modo se irregolare.

Inizierò così ad indagare quali dinamiche ruotano attorno al diritto alla cura e come questo sia di più difficile raggiungimento per la persona migrante. L'Europa e l'Italia stanno cercando di compiere il passaggio da una visione della medicina erogatrice di farmaci ad un approccio medico che si vede costretto, per essere funzionale, ad abbracciare le dinamiche storico-sociali che il migrante e la migrante si portano addosso, riprodotte nella malattia e richiesta di cura.

In Italia, in particolare con la legge 40/98 che regolamenta la condizione dello straniero sul territorio, cambia il modo di guardare la persona immigrata, non più vista solo come soggetto da normare, ma anche come portatrice di interessi. Infatti la legge contiene norme che regolano in modo sia teorico che pratico il fenomeno dell'immigrazione, nell'ottica di raggiungere il più ampio livello di integrazione della persona straniera. La società multietnica che si sta delineando in molti centri europei vede più soggetti che, pur provenendo da diversi contesti geografici e culturali, si trovano a convivere e a interagire. Si avviano così processi socio-culturali in cui lo straniero, pur conservando la propria individualità, aderisce al sistema che lo ospita, lo condivide, partecipa ad esso.

Affinché questo processo si realizzi pienamente è necessaria una reale sinergia tra l'operato dello stato ospitante e la condotta della persona straniera.

Sarebbe auspicabile, quindi, avere da un lato istituzioni accoglienti, garanti dei diritti fondamentali della persona umana e, dall'altro, un soggetto immigrato attivo, con l'obiettivo della piena realizzazione del proprio progetto migratorio.

Vorrei poi concludere il capitolo con un approfondimento su quegli aspetti particolari che hanno richiesto e chiederanno uno sforzo di apertura e comprensione alla medicina italiana e in generale ad un paese che vuole essere sanitarimente accogliente.

## 1 Accesso alle cure in Europa

Nel 2020, i migranti internazionali nella Regione europea secondo l'ultimo report dell'OMS (che comprende 53 Paesi) erano oltre cento milioni, che rappresentano il 13,5% della popolazione residente. L'età mediana è di 44,1 anni; il 6,6% di questi migranti sono uomini e il 6,9% donne. Da sottolineare che, in generale, il rapporto evidenzia un problema di “divario di conoscenze” perché spesso rifugiati e migranti non vengono inclusi nelle indagini globali e la cittadinanza non viene riportata nei dati sanitari, rendendo questi gruppi vulnerabili “quasi invisibili”.

Sostenendo che cittadino autoctono e migrante godono degli stessi diritti di salute si cercano di costruire pratiche sostenibili a livello europeo e locale, per rendere operativo un sistema universalistico di assistenza sanitaria e protezione sociale. Le attuali esigenze spingono verso il tentativo di comprendere come tradurre questi principi in politiche e azioni fattive ed efficaci da applicare nei luoghi volti a rispondere ai bisogni di salute dei e delle richiedenti asilo e dei/delle rifugiati/e.

Nella Comunità Europea gli Stati membri per promuovere attivamente la salute dei cittadini e delle cittadine migranti e dei/delle rifugiati/e, devono tenere in debita considerazione i determinanti di salute e vulnerabilità, come vissuti pre-partenza.

Numerosi sono i rapporti che evidenziano quali possono essere i punti critici in materia di migrazione, in particolare status giuridici, accessibilità e fruibilità del sistema assistenziale. Il tentativo di questi documenti è quello di agevolare la creazione di politiche sulla salute che cerchino di introdurre aggiustamenti da proporre ai sistemi sanitari di salute.

### 1.1 Stranieri non comunitari

Il sistema Sanitario regionale concede l'iscrizione a coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno per i seguenti motivi:

- Lavoro subordinato o autonomo
- Iscrizione alle liste di collocamento – Attesa occupazione
- Motivi familiari (visto per ricongiungimento o coesione familiare)
- Cure mediche solo per donne in stato di gravidanza
- Attesa adozione/Affidamento/Recupero psico-fisico del minore
- Soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione.

- Richiesta di Asilo Politico/Umanitario Internazionale
- Asilo politico
- Motivi umanitari
- Protezione Sussidiaria/Internazionale
- Misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali
- Possessori di permesso CE o UE per soggiornanti di lungo periodo (Ex Carta di Soggiorno)
- Familiari di un cittadino straniero in regola

I cittadini stranieri con visto per turismo, per cure mediche o con permesso di soggiorno inferiore a tre mesi non possono iscriversi al Servizio Sanitario Regionale, ma possono fruire a pagamento delle prestazioni sanitarie necessarie.

Vediamo dunque che il possesso di un documento rende accessibili le cure e facilita la possibilità di iscrizione al SSN anche ai familiari in carico che ancora non posseggono documenti ma che si “appoggiano” al permesso di colui che spesso è il capo-famiglia.

### 1.2 Minori irregolari

Al minore viene rilasciata la Tessera Cartacea che attesta l’iscrizione al SSR. Questo documento permette al minore di accedere al pediatra di famiglia o ai Medici Generali. Solo i minori di 14 anni possono fruire dell’accesso gratuito agli ambulatori.

Per i minori dunque, vediamo una buona possibilità di accesso alle cure sanitarie di qualunque tipo, anche in assenza di documenti, che in alcuni casi, però, non prevede l’assegnazione di un pediatra, figura che invece sarebbe fondamentale, anche solo per entrare in un contatto più stretto coi piccoli pazienti.

### 1.3 Stranieri non regolari

I cittadini extra comunitari e non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno hanno diritto alle prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere erogate da strutture pubbliche o private accreditate relativamente a:

- cure urgenti ed essenziali
- tutela della gravidanza e della maternità, tutela del minore
- vaccinazioni, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive
- assistenza farmaceutica
- assistenza protesica

L'accesso alle strutture sanitarie dello straniero irregolare dunque è garantita per le emergenze e le cure essenziali; non è prevista l'assistenza del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta.

Iniziamo a vedere qui che l'accesso alle cure per l'irregolare è garantito, ma con delle limitazioni. Vengono presi in considerazione i casi di urgenza, ma non è garantita una assegnazione del medico di base. Questo permette di tutelare gravi situazioni, ma rischia di invisibilizzare parte della popolazione presente sul territorio che si trova a dovere fare numerosi accessi in pronto soccorso, anche per lievi patologie, come unica possibilità di confronto con figure sanitarie.

## 2. Salute mentale e dispositivi di cura in Europa

La Sanità Pubblica si trova sempre più spesso ad affrontare sfide riguardanti i disturbi mentali, anche per la loro particolare incisività su soggetti svantaggiati. Le nuove guide sono state scritte con la convinzione che investire nella salute mentale sia fondamentale per garantire la sostenibilità dell'apparato socio-sanitario della Regione Europea.

Migranti e rifugiati mettono a repentaglio il loro benessere psicosociale prima e durante il loro viaggio migratorio e, infine, durante il loro insediamento sul territorio di arrivo. I dati della guida parlano di un'ampia gamma di condizioni di salute mentale, tra cui depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico, suicidio, autolesionismo e disturbi psicotici come le problematiche che più frequentemente colpiscono chi attraversa un percorso migratorio. La prevalenza di queste condizioni è molto variabile in quanto dipende da fattori sociali e ambientali, oltre che dall'accesso ai servizi di salute mentale e alla diagnosi. Possiamo quindi confermare il grande impatto che può avere un trattamento accogliente anche dal punto di vista sanitario per la buona riuscita della migrazione.

Molti e molte migranti e rifugiati/e non hanno accesso ai servizi di salute mentale, o almeno non vengono presi in carico prima di avere dimostrato l'invasività della propria patologia, spesso solamente quando questa si presenta in maniera disturbante per la società, sfociando in ricoveri o in trattamenti sanitari obbligatori. I bisogni di salute mentale delle persone migranti, invece, data la vulnerabilità della loro situazione, dovrebbero essere trattati organizzando programmi di promozione e prevenzione inclusivi e accessibili. Si evidenzia quindi la necessità di rafforzare i servizi di salute mentale, assieme ai servizi sanitari generali e di garantire diagnosi, cure e riabilitazione tempestive.

Una recente stima dell'OMS ha rilevato che il peso dei disturbi mentali è elevato nelle popolazioni colpite da conflitti, compresi i rifugiati, in cui la prevalenza di molti dei principali disturbi mentali raggiunge il 22,1%. Alcuni studi condotti su popolazioni di rifugiati reinsediati in paesi ad alto reddito hanno mostrato un aumento del rischio di comportamento suicidario, probabilmente il

risultato della combinazione di svantaggio socioeconomico, esposizione a eventi potenzialmente traumatici, carico di disturbi mentali e mancanza di cure adeguate e accessibili.

Questi disturbi hanno un impatto sproporzionato sulle comunità con risorse limitate e sono collegati ad una complessa gamma di determinanti della salute che si sovrappongono, tra cui la disponibilità di acqua potabile sicura e servizi igienici di base, le condizioni abitative, i rischi del cambiamento climatico, la disuguaglianza di genere, i fattori socioculturali e la povertà, tra gli altri.

## 2.1 Etnopsichiatria per i servizi pubblici

Negli ultimi decenni i servizi pubblici di salute mentale hanno cercato di indirizzarsi verso una prospettiva che portasse allo sviluppo collettivo di pratiche cliniche culturalmente orientate<sup>62</sup>. Questo ha portato ad investire in progetti dove i servizi pubblici e le professionalità competenti potessero coordinarsi e collaborare per costruire laboratori inclusivi di ripensamento dei servizi, per costruire pratiche di presa in carico più adeguate ai nuovi contesti territoriali. Grazie a questi momenti di confronto oggi possiamo trovare ormai consolidata la figura del mediatore culturale e sono ormai costanti gli inviti dalle fonti europee verso percorsi di formazione che aumentino le competenze linguistico-culturali. La giusta metodologia per queste riformulazioni può essere fornita dalle prassi cliniche etnopsichiatriche, per accogliere le nuove sfide che la popolazione migrante pone ai contesti occidentali, poichè permette una mediazione tra sistemi istituzionali e sociali.<sup>63</sup>

Questo dovrebbe aumentare l'accuratezza e l'efficacia diagnostica e terapeutica, tramite il riconoscimento dell'Altro, della sua provenienza culturale e geografica e del suo essere situato. Ciò significa riconoscere l'Altro nella sua rappresentazione e nella trasformazione della sua persona. Questo riconoscimento dell'essere straniero dell'altro dovrebbe allargarsi alle pratiche quotidiane, così come alle strategie generali, del sistema istituzionale di accoglienza.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Borile S., (2020), *Il fattore culturale. Comportamenti violenti culturalmente orientati, fenomeni devianti e disturbi etno-clinici*, ed. Amon

<sup>63</sup> Cardamone G., Zorzetto S., Marranci R. (2019), *La comunità che viene: nuova legislazione e salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati*, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici

<sup>64</sup> *ibidem*

## 3. Accesso alle cure in Italia

### 3.1 Quadro in Italia della presenza di persone straniere

Il “Rapporto statistico immigrazione 2021”, pubblicato a ottobre 2021, fa il punto sulla situazione dei migranti in Italia nel 2020, da tenere quindi in conto che sono stati analizzati periodi particolari, segnati dalla chiusura dei confini causa epidemia da Covid-19. Già qui si potrebbe aprire un capitolo su quanto il trattamento di malattie a livello globale abbia differenti impatti sulle persone in base allo stato di provenienza o in base a quale momento della migrazione sta attraversando. Questa analisi sicuramente aprirebbe il campo a nuove ricerche sull’accesso alla salute globale.

Nel 2020 il numero dei residenti stranieri (5.013.200 a fine anno, l’8,5% dell’intera popolazione residente) registra il calo annuo più consistente degli ultimi 20 anni (-26.400 e -0,5% rispetto al 2019). I motivi sono molteplici, tra questi: è diminuito il numero dei nuovi nati (59.400, 3.500 in meno rispetto al 2019) e aumentato quello dei decessi (9300: +1.900 rispetto al 2019); sono diminuiti, a causa dei blocchi della mobilità internazionale per la pandemia, gli ingressi di stranieri in Italia (177.300 nuove iscrizioni anagrafiche dall’estero, il 33% in meno rispetto all’anno precedente) e sono aumentate le acquisizioni della cittadinanza italiana (+5.700 rispetto al 2019).

I dati, invece, che riguardano le caratteristiche della popolazione straniera indicano che il rapporto tra i generi nella popolazione straniera è sostanzialmente equilibrato, con un leggero sbilanciamento a favore delle donne (51,9%), anche se la percentuale varia molto in funzione della cittadinanza di origine: ad esempio le donne rappresentano l’81% della popolazione russa in Italia, mentre costituiscono il 4,8% dei residenti maliani. L’età media della popolazione straniera residente in Italia è di circa 35 anni (rispetto agli italiani che hanno una età media di circa 46 anni). In linea con la popolazione italiana, sono soprattutto gli uomini ad avere un’età media più giovane, circa 33 anni rispetto ai 37 delle donne. Un quinto degli stranieri residenti ha meno di 18 anni (quasi l’11% della popolazione totale tra 0 e 17 anni), il 37% circa meno di 40 anni, solo il 5,5% ha più di 65 anni.

Dei poco più di 5 milioni di cittadini stranieri residenti in Italia, circa 2,5 milioni sono europei (di cui 1,5 milioni proviene da Paesi appartenenti all’UE), 1,1 milioni provengono dagli Stati africani (21,9%, soprattutto dai Paesi dell’Africa settentrionale e occidentale) e 1,1 milioni (21,3%) dall’Asia. Il continente americano conta circa 369mila residenti in Italia (7,4%), provenienti in prevalenza dal Centro-Sud America (7,4%).

La presenza straniera è maggiormente concentrata nelle Regioni del Centro-Nord (82,9%), e in particolare nel Nord-Ovest (33,9%). La Lombardia è la Regione che conta le maggiori presenze in valore assoluto (1 milione e 143 mila stranieri residenti, il 22,8% del totale), seguita dal Lazio (626mila, 12,5%), dall’Emilia-Romagna (538mila, 10,7%), dal Veneto (481mila, 9,6%) e dal Piemonte (406mila, 8,1%). L’Emilia-Romagna è anche la regione in cui

si riscontra l'incidenza più elevata di cittadini stranieri sulla popolazione (oltre 12 ogni 100 abitanti).

Il quadro delle collettività presenti in Italia è variegato. Riporto qui i dati delle sole comunità che contano un numero di residenti superiore a 100mila residenti. La collettività romena è quella più numerosa con 1,1 milioni di cittadini residenti (il 22,7% del totale). Seguono i cittadini albanesi (410mila, l'8,2% del totale), i marocchini (408mila, l'8,1%), cinesi (289mila, il 5,8%) e ucraini (228mila, il 4,5%). La crescita registrata nel decennio scorso ha subito una profonda inversione di tendenza nel 2020, facendo registrare per tutte una dinamica negativa rispetto al 2019.

È interessante l'aumento dei cittadini del Regno Unito, che con quasi il 10% in più rispetto al 2019, fanno registrare l'incremento maggiore degli ultimi cinque anni. Il motivo più probabile è che a seguito della Brexit molti cittadini già presenti in Italia abbiano deciso di ufficializzare la propria situazione.

Alcune collettività africane, che nel 2018 avevano fatto registrare una forte crescita (Guinea, Gambia, Mali, Camerun, Costa d'Avorio, con incrementi tra il 13% e il 4%), nel 2020 confermano le variazioni negative registrate a partire dal 2019.

### 3.2 Quadro normativo sulla salute

L'immigrazione è un fenomeno che interessa in misura significativa l'Italia dai primi anni '70 del XX secolo, ma è solo più tardi, nel 1986, che il migrante viene riconosciuto come soggetto di diritto, al quale deve essere assicurato, tra gli altri diritti, anche quello alla tutela della salute.

Con la Legge 6 marzo 1998, n. 40, il legislatore “amplia il concetto di accesso alle cure e di tutela della salute, estendendo allo straniero presente sul territorio nazionale, anche non in regola, i programmi di medicina preventiva e, dunque, non più le sole cure essenziali”.

Dobbiamo però aspettare la fine degli anni 90 con il Piano Sanitario Nazionale (1998-2000) nel quale, tra gli obiettivi di salute che lo stato si prefigge di raggiungere nel triennio, vi è anche quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli e, nello specifico, degli stranieri immigrati.

La novità di questo orientamento è di considerare il tema della salute come una questione complessa, bisognosa di un approccio di tipo “olistico”, in cui gli aspetti medico-sanitari si integrino efficacemente con quelli etici, psicologici e culturali. Si inizia quindi ad affrontare la malattia non solo per i suoi effetti fisici od organici, ma a valutare e tutelare tutto l'ambiente bio-psico-sociale nel quale la persona è inserita.

Si vede così che le condizioni che minacciano la salute dei soggetti più fragili della società, attaccano in maniera particolare la persona migrante (alimentazione, abitazione, lavoro e socialità inadeguati e insicuri), vanno considerati fattori particolari legati ad aspetti culturali.

Il diritto degli individui (non solo dei cittadini) di accedere alle cure sanitarie sul territorio nazionale è un principio dettato da diverse fonti normative, in primo luogo nella Costituzione (art. 32) e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35), oltre che in disposizioni di legge ordinaria (DL 25 luglio 1998, n. 286, art. 35, comma 3).

La materia è poi stata oggetto di alcune importanti pronunce da parte della Corte di Cassazione, sicché può affermarsi che l'accesso alle cure è oggi, nel sistema europeo, un vero e proprio diritto fondamentale dell'individuo, che prescinde dalle sue condizioni personali. Tuttavia, è opportuno specificare che le condizioni personali rivestono una certa rilevanza nel determinare l'ampiezza e i termini di esercizio del diritto e, in relazione a ciò, una prima fondamentale distinzione che occorre operare è quella tra stranieri regolarmente soggiornanti e stranieri non regolarmente soggiornanti.

Nel caso invece che il migrante richiedente assistenza sanitaria non parli la lingua italiana, è necessario l'intervento di un interprete e/o mediatore linguistico-culturale al fine di eseguire una corretta indagine personale e familiare, come raccomandato dalla legislatura. Il rapporto medico-paziente è considerato come un vero e proprio contratto, fonte di risarcimento del danno nell'ipotesi di inadempimento<sup>65</sup>.

Nonostante l'accesso a cure sanitarie sia dovuto anche a chi non è regolarmente soggiornante non si può affermare che in Italia l'accesso alla salute sia completamente scollegato dalla regolarità o meno della propria presenza sul territorio. Per gli stranieri regolarmente soggiornanti vige l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (DL 25 luglio 1998, n. 286, art. 34). Con l'iscrizione all'SSN si ha diritto al rilascio della Tessera sanitaria (TS), che viene data allo straniero previa esibizione del permesso di soggiorno. La TS viene consegnata alla sola persona straniera in possesso del cedolino rilasciato dalla Questura o una ricevuta che attesti la richiesta del permesso di soggiorno effettuata. Nel secondo caso è necessario esibire il passaporto e il visto (sullo stesso passaporto), al fine di controllare il motivo di ingresso in Italia. L'iscrizione avviene per un periodo massimo di 3 mesi, prorogabili<sup>66</sup>.

Ai fini del rilascio della TS è necessario che il richiedente dimori abitualmente in un comune compreso nell'ambito territoriale dell'ASL a cui è inoltrata la domanda di rilascio. Anche questo spesso diventa un vincolo che rende più difficile il completo raggiungimento dei diritti di salute, poiché vediamo, in molte storie di persone straniere, l'estenuante rincorsa ai documenti necessari, senza poi contare che spesso la situazione di precarietà porta la persona a spostarsi in città o addirittura stati differenti. Questo quasi sempre significa interrompere procedure, che verranno interrotte o riprese anche anni dopo, a fronte, però, di una situazione mutata. Tutto questo provoca dispersione nella presa in carico e nelle risposte.

---

<sup>65</sup>Stanzione P., Zambrano V., (1998), *Attività sanitaria e responsabilità civile*, Giuffrè

<sup>66</sup> Linee Guida dell'Agenzia delle Entrate

### 3.2.1 Accesso a servizi psichiatrici della persona straniera in Italia

Ernesto de Martino, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, nel 1962 propose di affrontare l'Altro in una ottica di etnocentrismo critico, ovvero un incontro alla frontiera, dove il mettere in causa le proprie categorie esplicative diventava funzionale alla conoscenza di sé e dell'altro.

Il periodo in cui alcune patologie venivano identificate come esotiche "sindromi legate alla cultura" ha lasciato il posto alla valutazione delle implicazioni cliniche che tutte le culture hanno, comprese quelle occidentali. Questo verrà nuovamente affermato, anche nei prossimi capitoli, grazie alle parole del Dottor Roberto Maisto, riportate in una intervista sul suo particolare lavoro nella città di Bologna.

L'influenza della cultura sulla diagnosi è oggi riconosciuta dai due principali sistemi di classificazione psichiatrica; il DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association e l'ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'appartenenza etnica, ed i fattori culturali in generale, rappresentano importanti strumenti interpretativi ed esplicativi della psicopatologia di un o una paziente straniero/a. La condizione della persona migrante può manifestarsi come "insicurezza ontologica", ossia perdita di fiducia nelle proprie origini, come il sentirsi indistinti, nebulosi, privi della rassicurante certezza di ciò che è proprio<sup>67</sup>.

Il Servizio di Etnopsichiatria è sempre più un punto di riferimento nel territorio europeo ed italiano poiché riesce a rispondere ai bisogni di persone straniere che si ritrova senza riferimento territoriale e che avrebbero libero accesso solo alle cure del Pronto Soccorso.

Il Servizio di Etnopsichiatria dovrebbe attuare percorsi diagnostici e farmaceutici, oltre ad offrire assistenza ambulatoriale al fine di ridurre i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso, garantendo una presa in carico della persona sul modello bio-psico-sociale. Dovrebbe prevedere equipe composte da personale qualificato, più multidisciplinari possibile, o quantomeno prevedere la presenza di psichiatri/e, psicologi/ghe, psicoterapeuti/e, assistenti sociali, mediatori e mediatrici.

### 3.2.2. Cure per irregolari presenti in Italia

Agli stranieri irregolari presenti sul territorio sono comunque garantite cure essenziali. L'assenza del permesso di soggiorno, invece, non preclude alle persone straniere di ricevere, nei presidi pubblici e accreditati di ogni ASL, le seguenti prestazioni:

- cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day hospital e pronto soccorso;

---

<sup>67</sup> Sensazioni che abbiamo visto nei primi capitoli assalire anche la persona colonizzata quando si trovava di fronte alla negazione della propria cultura e all'imposizione di una altra.

- cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, compresi i programmi di medicina preventiva e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio e specifici programmi di cura della salute psichica.

Manca, come vediamo, una possibilità di accesso a percorsi che riguardano la cura mentale per la persona irregolare in Italia, a meno che il disturbo non sia riconosciuto come urgente ed essenziale, che verrà, di conseguenza, trattato in maniera emergenziale. Questo approccio si rivela insufficiente, soprattutto nei casi in cui il disturbo non è ancora invalidante ma che può comunque portare gravi disagi nel percorso di vita.

## Conclusioni

Posso quindi concludere che la presa in carico clinica può, anzi, deve assumersi il compito di acquisire in maniera strutturale metodologie di cura. Quindi ridefinire pratiche e setting clinici in funzione del peculiare paziente, considerare centrale la questione dell'alterità culturale e di come essa possa diventare il perno del percorso terapeutico e promuovere, conseguentemente, una pratica terapeutica che metta al riparo il clinico dall'essere orientato esclusivamente dalle sue teorie e che, invece, consenta all'altro di manifestarsi e rendersi presente per ciò che è. Questi accorgimenti possono così facilitare l'evitamento di operazioni in un certo qual modo violente che rischiano di privare la persona delle sue specifiche appartenenze ed affiliazioni e permette, infine, una redistribuzione tecnicamente governata dei poteri e dei saperi, facendo della moltiplicazione dei riferimenti, delle professionalità e delle lingue il centro di complesse operazioni di mediazione. La pratica clinica insegna, a questo proposito, che forse solo in questo modo è possibile instaurare davvero un'alleanza terapeutica con la persona: ovvero a partire dai suoi stessi assunti identitari, riconoscendola pienamente come appartenente ad uno specifico gruppo umano e ponendo al centro del discorso clinico gli ordini morali locali.

Quanto detto sino ad ora si traduce in una consapevolezza: l'utente immigrato affetto da disturbi psicologici può essere accolto e curato efficacemente a condizione di incontrare servizi antropologicamente competenti. Ma la competenza di cui parlo non è solo quella "culturale", l'orientamento di cui si ha bisogno non può limitarsi solo alla "cultura" dell'altro, sebbene questo sia ovviamente indispensabile e preliminare, quanto piuttosto alla totalità del contesto sociale, politico e culturale da cui provengono i cittadini stranieri e dentro cui si sono affrontate sofferenze, e alle società ospitanti dove sfide, violenze, incertezze e conflitti vengono riprodotti. Ultimo ma non meno importante, una attenzione alla produzione sociale e culturale delle nostre categorie e delle nostre pratiche, all'ideologia che le nutre e alle scelte terapeutiche.

# CAPITOLO V

## ESEMPI ITALIANI

### Introduzione

Nel capitolo precedente ho sintetizzato le prime linee strategiche ideate per una presa in carico sanitarmente accogliente, spiegando come i primi ambulatori italiani di etnopsichiatria siano stati ideati e come si inizia a parlare di formazioni ad hoc per il personale al fine di comporre equipe multidisciplinari. Vorrei ora analizzare cosa succede in due città italiane che hanno visto sul proprio territorio nascere attività specifiche sulla presa in carico della salute mentale per lo straniero. Esperienze che nascono da figure specializzate e che vedono nel proprio percorso una collaborazione, o un tentativo in tal senso, con il SSN.

Riporterò una intervista fatta ad una volontaria che opera in un ambulatorio di Napoli, esperienza che segue le direttive del centro Fanon di Torino. Poi una intervista ad un medico bolognese, che negli ultimi trenta anni ha lavorato con migranti sul territorio emiliano e porta l'esperienza di come servizi e territori si siano modificati nel tempo. A concludere una riflessione sull'impatto di queste esperienze sul territorio

### 1. Centro Fanon

Per meglio comprendere il lavoro che viene fatto nella città di Napoli è necessario scrivere una minima introduzione su cosa sia e come operi il centro Fanon di Torino, esperienza guida per la creazione dell'ambulatorio nel sud Italia.

#### 1.1 Presupposti nascita Centro Fanon a Torino

Come ho analizzato in precedenza Fanon si interessò di comprendere le zone d'ombra del potere coloniale e come esso si riproducesse anche nei luoghi della cura, nel linguaggio della psichiatria, nel suo approccio razzista e paternalista.; interrogò i conflitti psicologici e i dissidi caratteristici del rapporto fra colono e colonizzato, ma anche in generale quelli che assediavano la relazione fra Bianco e Nero, i loro riflessi sul mondo emozionale ed affettivo, sui modi in cui reciprocamente si costruivano le immagini dei dominatori e dei dominati e le loro identità. Il suo sguardo mise a fuoco molti dei problemi dell'incontro e dello scontro con l'Altro culturale, la volontà di dominio e di controllo che si insinuava all'interno dei comportamenti, delle relazioni o dei discorsi scientifici.

Il modello di etnopsichiatria al quale fece riferimento ripropone la necessità di ripensare le "culture" come luoghi di conflitto e di cambiamento, di rapporti di forza oltre che di senso, non solo dunque come aggregati omogenei di ideologie, lingue e costumi: l'etnopsichiatria poté allora situarsi proprio nello spazio dinamico di conflitto e di trasformazione che l'incontro fra culture e società generava anche a partire dai processi migratori, giungendo attraverso vie molteplici (quelle della clinica come quelle della ricerca) a definire modalità più efficaci per intervenire sul disagio dei singoli immigrati quanto su quello dei gruppi e delle comunità alle prese con le ferite della propria memoria (non esclusi quelli autoctoni, spesso schiacciati da quei fantasmi della contaminazione, dell'invasione, della delinquenza solitamente associati alle figure dello straniero, del nomade, dell'immigrato).

## 1.2 Dati centro Fanon

Una ricerca sul rapporto salute/migrazione nella città di Torino ha dimostrato come anche i cittadini stranieri aventi diritti non facessero ricorso al Servizio Sanitario Nazionale che nel 50% dei casi (dati del 1994). Un'analoga conclusione si trova nello studio condotto quattro anni dopo sulla stessa città. Per ciò che concerne l'accesso ai servizi di salute mentale, un'indagine limitata ad alcuni servizi di salute mentale della città (sette, per l'esattezza) dimostra inoltre la scarsissima presenza di cittadini stranieri e l'elevata incidenza di drop out già dopo uno o due incontri. Al contrario, al Centro Fanon, nato nel 1997 sotto la supervisione di Roberto Beneduce, il flusso di utenti era stato, nello stesso periodo di tempo, e benché l'orario di apertura settimanale di questo Centro fosse limitato a soli due pomeriggi, ben sette volte più alto di quello del totale di utenti accolti dai sette servizi nel loro insieme. Gli stessi risultati sarebbero stati documentati da un'ulteriore ricerca condotta anni dopo.

## 2. Centro Masarat di Napoli

A Napoli, il giorno 2 Aprile 2019 si è tenuta la conferenza stampa di presentazione del progetto Masarat, rivolto alla cura e all'inclusione sociale di donne straniere, migranti in difficoltà e vittime di violenze, discriminazioni e sfruttamento. La particolarità del progetto Masarat è stata quella di essere il primo centro di etnopsicologia del meridione.<sup>68</sup>

La sua realizzazione è stata affidata dal Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio alla Dedalus Cooperativa Sociale, una realtà già attiva da anni nel settore dell'accoglienza partenopea. Coadiuvata in questa iniziativa dall'Associazione Frantz Fanon di Torino che offre servizio di counseling, psicoterapia e supporto sociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura.

---

<sup>68</sup> Ora l'esperienza Masarat è conclusa in quella che era la sua forma originaria. Le donne accolte ora fanno parte di una comunità di accoglienza per donne e bambini gestite dalla cooperativa Dedalus e il centro di etnopsichiatria continua ad accoglierle al bisogno.

Le parole di operatori ed operatrici che hanno partecipato al progetto nel 2019:

Le donne migranti rappresentano, purtroppo, il cuore della discriminazione sociale non perché vi siano differenze in termini di violenza subita rispetto alle donne italiane, ma di sicuro hanno difficoltà di accesso ai servizi che può offrire una città, trovandosi spesso nella condizione di perpetuare il loro sfruttamento che, come spesso accade, inizia sin dai loro paesi di origine e prosegue anche nei cosiddetti paesi di transito.

Queste parole esplicano chiaramente quale obiettivo Masarat si poneva, ovvero, quello di offrire alle donne non solo un supporto psicologico, ma l'avviarsi di un percorso di affrancamento che consentisse alle donne di conquistare libertà, autonomia ed un effettivo inserimento sociale.

Su questi aspetti aveva insistito lo stesso Beneduce alla fondazione del centro di Torino. A lungo, infatti, durante lo studio delle strategie più pertinenti al nascente centro, si soffermò sul concetto di etnopsicologia, sottolineando la necessità di riflettere su nodi e contraddizioni della società.

Trasformare le diverse appartenenze culturali in una risorsa e non in un ostacolo, non in una curiosità esotica ma in uno strumento di intervento efficace fu la strada seguita. Questo è proprio uno degli obiettivi che il centro Masarat ha cercato di mettere in atto, cioè avviare un confronto continuo tra tradizioni, competenze, lingue, sentimenti di coloro che richiedono aiuto e di chi ha il compito di rispondere, in modo da far emergere risorse nell'altro e non solo portare a galla quel dolore procurato da un vissuto sofferto.

Il centro Masarat di etnopsicologia si presentava, quindi, come un luogo in cui psicologia, psichiatria, antropologia e assistenza si fondevano sotto l'aspetto etnografico, così da affinare le competenze del personale accuratamente formato e impegnato con ampia esperienza presso i centri antiviolenza e le case di accoglienza e protezione. Masarat si proponeva oltre che come centro di accoglienza, anche come polo di riferimento per i servizi territoriali che intercettavano casi di violenza subita da donne straniere, divenendo quindi un luogo a cui rivolgersi per consulenze in merito.

## 2.1 Intervista a lavoratrice di Napoli

*-Ciao, chi sei?*

Gabriella Altecci, specialista in psichiatria. Faccio attività al centro etnopsichiatrico di Napoli, di cui faceva parte anche il centro Masarat. Ho seguito la creazione del centro, ho avuto poi modo di conoscere anche il centro Masarat grazie alle partecipazioni congiunte alle riunioni.

*-Come sono finanziate queste attività?*

Tramite bandi e donazioni. Creiamo progetti e li proponiamo affinché vengano finanziati, non abbiamo alleanze economiche con privati o con il SSN.

*-Come funzionate?*

Al momento si è conclusa l'esperienza del centro Masarat, le donne lì accolte sono rientrate nei servizi per la protezione delle donne, sempre gestito dalla cooperativa Dedalus. Rimane la possibilità di svolgere sedute di conoscenza e di counseling durante le quali sono presenti esperti che possono comprendere il disturbo. Lo stesso Beneduce scende da Tornino ogni settimana per monitorare come procede l'ambulatorio.

Lavoriamo a piccoli gruppi multidisciplinari. In ogni gruppo c'è un conduttore che è la figura più esperta in quel momento, in più cerchiamo sempre di avere la presenza di antropologi ed educatori, e ovviamente mediatori culturali. Essi sono fondamentali sia per un aspetto linguistico che di conoscenza di atteggiamenti culturalmente rilevanti che ad un occhio che non sa cosa cercare sfuggirebbero. Durante gli incontri si cerca di riprodurre un ambiente che sia il più familiare possibile, al fine di entrare realmente in contatto con la sofferenza.

Oltre ad incontri di psicoterapia e psichiatria, abbiamo anche una parte di lavoro che comporta un sostegno a quelle che sono problematiche socio-lavorative, quindi la ricerca casa e occupazione. Queste ultime attività vengono svolte in maniera informale da operatori del centro, senza però che questo sia formalmente riconosciuto.

Dopo i primi colloqui si cerca di capire quali attività cliniche siano necessarie e funzionali. A volte le persone sono già segnalate alla psichiatria, per altre invece è necessario farlo. Per coloro che già possiedono una diagnosi risulta funzionale fare una rivalutazione del caso tramite una elaborazione culturale, per capire se la diagnosi è esatta o se è stata guastata da incomprensioni culturali.

Cerchiamo di evitare il più possibile di seguire un modello categoriale occidentale, ma di orientare antropologicamente la cura.

*-Come arrivano da voi le persone?*

Dato che l'esperienza è ancora agli inizi molte cose vanno avanti quasi in maniera laboratoriale. Come noi modifichiamo il nostro agire, o progrediamo nelle ricerche giorno per giorno, anche l'accesso prende varie vie. Molte persone arrivano sotto consiglio di operatori e operatrici di strutture di accoglienza che le indirizzano da noi, altri tramite il passaparola, altre ancora sono nostre conoscenze personali. Succede anche che a volte sia il SSN a suggerire di passare da noi, ma non tramite canali formali, sempre attraverso la formula di suggerimento/consiglio. Abbiamo ricevuto persone che prima di bussare da noi sono passate per l'SPDC, questo però, essendo un passaggio informale rischia di sedimentare l'abitudine alla delega da parte del SSN.

*-Come vi formate?*

L'organizzazione al momento conta su un buon numero di volontarie volontarie, fondamentali in questo periodo. Anche i volontari ricevono formazioni specializzate. Tutto ovviamente arricchito dai confronti tra personale, anche tenendo conto che ogni settimana figure professionali scendono da Torino per monitorare l'operato e tenere corsi di aggiornamento.

### 3. Esperienza bolognese

Bologna è la mia città natale, sicuramente un contesto che conosco meglio e che meglio ho potuto approfondire in questi anni.

#### 3.1 Livello istituzionale

Il Servizio di Consultazione Culturale è un ambulatorio di psichiatria transculturale che fornisce valutazioni psicologiche e psichiatriche a persone immigrate, richiedenti asilo e rifugiati, accolte all'interno della rete SIPROIMI di Bologna – ASP città di Bologna.

Il Servizio è parte del Servizio Protezioni Internazionali di Bologna ed è disponibile alla valutazione clinica sia di pazienti non in carico al SSN sia di pazienti seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale di Bologna o dalla Medicina di Base.

Il Servizio collabora fattivamente al progetto FAMI Start-Er2 promosso da AUSL Bologna e all'International Consortium for Cultural Consultation della McGill University di Montreal

#### 3.2 Esperienza informale, Associazione Approdi

Approdi è una associazione di volontariato, nata a Bologna nel 2017 dall'incontro di psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, medici, antropologi, educatori, mediatori culturali e operatori del sociale che hanno scelto di donare il proprio tempo e mettere a disposizione le proprie competenze per aiutare chi è appena arrivato in Italia.

Obiettivo dell'associazione è quello di offrire sostegno e cura psicologica a migranti, rifugiati politici e richiedenti asilo – ma anche a tutti coloro i quali, in assenza di un ausilio statale, vertono in una condizione di disagio economico e sociale – costretti a fuggire dalle proprie terre di origine e oggi impegnati nella difficile costruzione o ricostruzione della propria vita.

### 3.2.1 Intervista Dottor Roberto Maisto, dell'associazione Approdi

Roberto vive e lavora a Bologna dove ha svolto la sua attività di psichiatra nel Dipartimento di Salute Mentale fino al 2018. Attualmente lavora privatamente come psicoterapeuta di formazione junghiana ed è stato fondatore con altri colleghi del Centro di formazione e ricerca permanente Metis, partecipando ed organizzando seminari e gruppi di supervisione clinica. È socio fondatore della onlus Metis Africa, attiva in Mali nel paese dogon e in Italia. Nel Dipartimento bolognese è stato a lungo responsabile della formazione degli operatori della salute mentale e dal 2001 in particolare ha curato diversi progetti per la cura di pazienti stranieri e migranti, fondando e coordinando il Centro di Consultazione Culturale, centro con una équipe multidisciplinare rivolta al miglioramento della appropriatezza degli interventi dei servizi socio-sanitari locali. Ha partecipato come delegato regionale alla stesura delle Linee guida ministeriali per la cura dei rifugiati che hanno subito torture e forme gravi di violenza psicologica, redatte nel 2017. Nel periodo 2016-2018 è stato Responsabile della formazione per il progetto regionale Start\_ER per la salute dei richiedenti asilo e protezione internazionale finanziato da fondi FAMI. Al momento in pensione collabora con l'Associazione Approdi e tiene formazioni per operatori e operatrici dell'accoglienza.

Durante l'intervista introduco anche quello che sarà l'ultimo capitolo, dove il diritto alla salute di persone straniere viene analizzato all'interno delle città italiane. Per capire come una attenzione alla salute non solo produce società fisicamente sane, ma anche permette una maggiore autodeterminazione del cittadino. Una città che riesce a produrre determinanti di salute produce cittadini consci dello spazio, delle relazioni, inseriti in comunità facilmente attraversabili, dove il diritto alla città è goduto da ogni sua componente.

Intervista:

*-Di cosa ti occupi nello specifico?*

La parte più informale della mia professione inizia nel 2010, assieme a professori di antropologia medica, colleghi psichiatri e con altri amici che nel mentre avevano creato il CSI (Centro di Consultazione Culturale). Questa è una associazione che lavora in una zona periferica di Bologna, con una équipe composta da psichiatri, psicologi e antropologi e medicina pubblica. Nasce come aiuto ai servizi psichiatrici pubblici, che

hanno la possibilità di inviare schede per casi difficili, di confrontarsi sulla situazione. Le associazioni informali però non riescono completamente a prendere in carico il paziente, perché non hanno né il tempo né le risorse del servizio pubblico. Generalmente però questa collaborazione non ha funzionato perché si è dialogato male con i servizi invianti. La maggior parte degli invii non veniva dai servizi di psichiatria, ma dai servizi sociali, che hanno in questi anni subito di più la restrizione del welfare. Le collaborazioni dunque spesso si traducevano in un invio del paziente e in un lento distacco da parte del servizio inviante riguardo la presa in carico. Molto influenzati dal CSI con gli anni abbiamo messo su l'associazione Appodi.

*Non è sufficiente parlare con persone straniere visitandole solo attraverso canoni occidentali perché si rischia di bloccare la comunicazione, di renderla complessa, rischiando arrivare a diagnosi errate o ad una stigmatizzazione della persona che ha una diagnosi che non si sente sua ma che gli dà una connotazione dentro la società. Tu Roberto cerchi invece col tuo lavoro di dare strumenti sanitari e sociali ad operatori, anche solo per semplificare la comunicazione.*

*-Come avviene l'approccio al paziente?/che cosa è un approccio etnopsichiatrico?*

Il problema è che dobbiamo intendere che l'Altro arriva con i suoi codici, che sono molto diversi dai nostri, quindi cerchiamo di avere un approccio che tenga conto di codici di altri. L'etnopsichiatria si pone come tentativo di dialogare con le altre culture. Tobie Nathan dice noi cerchiamo di lavorare per la pace, non per far la guerra. Questa frase è indicativa di questo approccio. Abbiamo anche la possibilità di usare la nostra di etnopsichiatria, perché anche quella a canone occidentale è una etnopsichiatria, lo dice Beneduce. Anche in Italia abbiamo creato metodologie di diagnosi psichiatrica fortemente connotate dalla nostra cultura, dalle fasi storiche e sociali dei nostri territori. Dobbiamo essere consapevoli che noi solitamente abbiamo la presunzione di pensare con un modo etnocentrico e di pensare quello che noi abbiamo definito depressione, schizofrenia, ansia pensando di avere un codice universale per queste patologie, non è così. L'etnopsichiatria cerca di porsi in dialogo con le altre culture da questo punto di vista. Es. popolazioni che hanno nel loro corpo l'identità di 40 anime e ogni anima parla con un suo linguaggio. Se il paziente dice che ha un dolore che gira nel corpo, noi secondo il codice nostro diciamo che ha somatizzazione di ansia, per lui, invece, sono anime che manifestano la loro presenza e vanno interpretate. Il primo passo dell'etnopsichiatria è rispettare e non giudicare con connotazione negativa. Mostrarsi accoglienti a volte è già risolutivo di alcuni disturbi, o almeno produce un abbassamento della problematicità. Molte altre volte invece è più complicato. Es. persona che parla di un problema che proviene dall'interruzione di una norma ereditaria. In questo caso l'evento problematico della vita del paziente era il passaggio che aveva compiuto il padre passando da una tradizione animista all'islam, una religione con un assetto

moderno visto in maniera negativa dal paziente, legato, invece, alle tradizioni. L'uomo afferma che il mutamento del percorso del padre avrebbe prodotto una frattura e questo avrebbe causato un accanimento delle forze prima pacificate contro il padre, fino alla sua morte, per poi dirigersi verso di lui.

*-L'eventuale irregolarità della persona crea problemi nell'accesso ai vostri spazi?*

No, e in generale non dovrebbe esserlo in nessun luogo di cura. Finché ho lavorato nei servizi pubblici chiunque poteva entrare al Centro di Salute Mentale. Ci si batteva anzi contro la segnalazione degli irregolari tramite la campagna "noi non segnaliamo".

Questa battaglia oggi si può considerare vinta.

Con l'ultima emergenza nord africa l'Italia ha visto un grande incremento degli sbarchi, ha avuto la necessità di riaprire gli hub di accoglienza (parlo del periodo della guerra in Libia dal 2015); si può dire quindi che esplose il problema della migrazione di massa. In quel momento a Bologna si cercò di creare percorsi facilitanti al fine di inserire il tema migrazione nel calderone della vulnerabilità e della bassa soglia, al fine di aumentare le possibilità di servizi.

*-Quando arriva in ambulatorio una persona che ha dato una sua spiegazione al disturbo che prova, ma la società all'interno della quale vive non accetta, non sa leggere la sua interpretazione, come si fa? Ci sono metodi per cui la soluzione non sia una esclusione della persona dalla società o la creazione di ghetti culturali?*

Cerchiamo di capire di fronte a chi ci troviamo. Lui/lei sta cercando una soluzione. Se arriva qui, di solito ha già cercato molto. Io credo che le nostre (nostre intese come occidentali) capacità di terapia sono limitate, quindi ho bisogno di rimandare la persona alla propria terapia tradizionale. Cerco di rimmetterlo in contatto con la visione che è consona alla sua spiegazione, tramite la spiegazione di una cosa che gli appartiene cerco di partecipare alla sua elaborazione, sempre mantenendo la mia identità di medico occidentale, non potrei mai improvvisarmi in un rito. Cerchiamo di costruire un canale attraverso il quale lui/lei possa negoziare nel suo linguaggio una maniera per essere in pace.

*-Il raggiungimento di questo punto di comunicazione come si ottiene?*

Il medico deve saper ascoltare e poi entrambi devono contestualizzare.

Deve esserci un accordo terapeutico; in psicologia occidentale si dice stabilire una alleanza terapeutica. Già il riconoscimento della spiegazione dell'altro è un primo passo per una alleanza tra pari. L'obiettivo è quello di creare una relazione senza creare

differenze di potenziale nel rapporto. Io non rappresento sempre il medico occidentale, sennò demarcherei una differenza di potenziale nel rapporto.

*-Questo tipo di approccio etnopsichiatrico sarebbe funzionale anche applicato in altri ambiti?*

E' uno stile di lavoro che andrebbe utilizzato sempre. Infatti l'etnopsichiatria è una ricchezza anche per la nostra psichiatria. La ricchezza è che questo tipo di atteggiamento anche con gli autoctoni si rivela funzionale, è uno strumento che porta ad un maggiore ascolto. Es. paziente delirante italiano. Lui vive una realtà psichica da lui percepita come estremamente concreta nella quale alcune voci gli parlano. Dare credito a quello che dice il paziente anche non sentendo le voci ci permette di stargli più vicino. Assicurarli di non percepire nessuna voce potrebbe tranquillizzarlo, se si tratta di un paziente che ha accettato di avere una patologia, ma fino a che punto posso considerare questa una cura? Non risolvo la problematica che emerge con il sintomo delle voci. Accogliere invece la sua narrazione e trovare un dialogo che non svaluti il suo sintomo può portare il paziente ad avere più fiducia nella relazione di cura e maggiore disponibilità al dialogo.

*-Parlando invece della quotidianità di queste persone, anche oltre l'aspetto sanitario. Mi interessa capire quanto una buona presa in carico abbia influenze sulle possibilità di viverci la città autodeterminando il proprio ruolo di cittadino. Esiste un legame tra diagnosi e diritto alla città?*

Sicuramente la società è stigmatizzante verso il malato in generale, anche se alcune volte una diagnosi può aprire delle possibilità. Rispetto alle attività che facciamo con Approdi, una diagnosi e una presa in carico può aprire delle strade. Certo, una diagnosi significa mettere in luce delle vulnerabilità, ma la diagnosi permette anche di avere supporto, quasi un ruolo protettivo, un aiuto nell'ottenere i documenti. Approdi, che è una associazione che collabora con varie agenzie, riceve invii da parte anche di assistenti sociali, ASP, operatori SAI. In questi casi solitamente la richiesta è di una certificazione, che se ottenuta può aiutare la persona in commissione, per esempio. Oppure può rivelarsi utile per un ingresso nelle fasce protette del mondo del lavoro. Rimane ovviamente il problema dello stigma, ma quello è un problema generale.

*-Invece ci sono abitudini, atteggiamenti culturali del cittadino straniero che portano a subire una stigmatizzazione? Come se ci si trovasse di fronte ad una persona patologica anche quando non lo è?*

Es. Nel mondo del lavoro il periodo del ramadan è vissuto a volte con fastidio poiché porta per un periodo dell'anno ad avere gruppi di lavoratori più stanchi. Abbiamo visto episodi in cui colleghi o datori di lavoro tentavano di descrivere l'abitudine religiosa come un atteggiamento patologico, con la pretesa di medicalizzare quelle che sono invece differenti abitudini rispetto alle nostre. La nostra società ancora oggi si mostra poco accogliente e poco pronta.

Altro esempio sempre sul ramadan, ma questa volta riguardo l'assunzione di terapie, è quello dei pazienti carcerati. La richiesta di questi era di poter interrompere l'assunzione di metadone durante il mese di digiuno. Fino a che non hanno avuto la conferma da parte di un himam sul fatto che potessero continuare la terapia, non volevano proseguire, nonostante sapessero che sarebbero stati molto male senza copertura medica. Ma l'autorizzazione doveva passare attraverso un canale che fosse, in questo caso, religioso; non era sufficiente il consiglio del medico occidentale.

Altra questione è invece quella della medicalizzazione di atteggiamenti, non propriamente medici, come la sofferenza per la mancanza di una abitazione o di una attività lavorativa. L'ipermedicalizzazione porta a trattare come medici quelli che sono problemi sociali. Situazioni di disagio abitativo o di reddito creano pensieri disturbanti, che possono apparire patologici, che però non ottengono miglioramenti con l'assunzione di terapie senza che si vada ad agire anche sulle caratteristiche sociali e di vita della persona. Sulla popolazione migrante questo è molto usato, ma vediamo casi trattati allo stesso modo anche tra italiani, specialmente con le fasce più povere o con meno risorse della popolazione.

Vediamo quindi poveri e stranieri vedersi prescrivere più farmaci poiché mancano i codici di interpretazione del malessere dell'altro. Questo atteggiamento è rischioso.

- *E' importante la formazione delle figure sanitarie per una buona presa in carico?*

Riporto dei dati di anni passati, che ci aiutano a comprendere la situazione.

All'inizio degli anni 2000 le ricerche indicano che il 30% di utenti passati in un anno dal servizio diagnosi e cura erano stranieri. Percentuale molto alta se si considera che la popolazione straniera complessiva in Italia era circa del 6 %. Dopo 10 anni di formazione come dipartimento di salute mentale, con corsi specifici sulla psichiatria transculturale nella nuova fotografia della società vediamo che i ricoveri si riducono ma aumentano le prese in carico nel CSM. La formazione continuativa riduce quindi la spesa sanitaria, ma anche la pesantezza dell'intervento. I dati evidenziano che all'aumento della popolazione migrante, ma anche della formazione dei sanitari si vede un aumento di interventi meno invasivi e più mirati, che vedono una presa in carico più lunga nel periodo, e una diminuzione di ricoveri, molto costosi per il sistema sanitario. Dunque una buona formazione è importante sia per la presa in carico ma anche per la sostenibilità del SSN.

*-Perché è nata l'esigenza di ampliare i servizi della psichiatria?*

Perché non ci si capiva nulla. Una parte di popolazione rischiava di essere completamente inascoltata. Per me personalmente inizia quando arrivano dei casi sui quali mi trovo completamente impotente.

Porto l'esempio di una donna senegalese che aveva appena partorito. Lei era in Italia da pochissimo, arrivata grazie al ricongiungimento col marito, non conosceva nessuno e non parlava italiano. Quando la conosco era un periodo che effettuava accessi al pronto soccorso tutte le sere poiché diceva di sentirsi male.. Non aveva però nulla dal punto di vista organico. Probabilmente ci trovavamo di fronte a quella che noi chiamiamo depressione post parto, ad un disorientamento in un momento delicato della vita della donna. Si trovava in una situazione di vulnerabilità senza avere un ambiente familiare di riferimento vicino. Il Dottor Merini di Bologna la prende in carico e iniziamo un tentativo di psicoterapia quasi senza parole. Facevamo finta di essere la sua comunità, giocavamo col suo bambino. In seguito la donna venne messa in contatto con altre donne senegalesi che la supportassero. Vedemmo una graduale diminuzione degli accessi al pronto soccorso. Da lì si è poi iniziata non una cura medica, ma un vero percorso di integrazione. Dare un antidepressivo in questo caso sarebbe stato inutile e dispendioso per SSN. Il malessere era dovuto ad un disorientamento in momento delicato.

## Conclusione

E' stato mostrato fino ad ora come pratiche di salute, scelte individuali e collettive di cura, sistemi sanitari organizzati ed approcci preventivi siano strettamente collegati alla cultura in generale. Per aumentare l'efficacia delle cure non si può che comprendere e sentire la cultura portata e vissuta nel contesto del paziente. La negazione della cultura è la più grande barriera alla più alta realizzazione degli standard di salute. La cultura è centrale nel processo di selezione di quali aspetti e quali dimensioni oltre a quello anatomico-fisiologico siano da considerare per una maggiore comprensione. Primo fra tutti da capire è il significato che i pazienti stessi attribuiscono alle esperienze di malattia.<sup>69</sup> Abbiamo visto alcune delle possibilità per rendere più accogliente il mondo della psichiatria occidentale. Abbiamo notato come ormai le società italiane prevedano anche nei

---

<sup>69</sup> Kleinman A., (1980), *Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland. Between Antropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California press, Berkeley.

loro canali istituzionali strumenti specifici ad un approccio con il malessere mentale dello straniero. Non è però sufficiente quanto fatto finora, per cui i territori si stanno attrezzando a livello associativo per aumentare l'inclusività dei servizi; con sperimentazioni diverse a seconda delle esigenze del territorio specifico. Il sistema sanitario non è sufficiente per le poche risorse e la poca formazione, dunque lo vediamo costretto a chiedere supporto al mondo dell'associazionismo, e, anche dal punto di vista di una presa in carico, abbiamo la conferma che nell'offerta istituzionale prevale la medicalizzazione e l'ospedalizzazione. L'apporto di associazioni è fondamentale, sia per una distribuzione dell'utenza, ma anche per la possibilità che ha la persona di incontrare differenti professionisti. Rimangono da risolvere i problemi legati ad episodi di eccessivo affidamento a luoghi informali, spesso fortemente sostenuti da volontari. Chiaro è che a lungo andare, se questi servizi iniziano ad occuparsi di un numero di persone troppo elevato, necessitano di supporto e risorse, oltre che ad una adeguata retribuzione a chi offre tempo e professionalità.

Come cerco di spiegare al meglio nel capitolo conclusivo la strutturazione dei programmi sanitari nelle società italiane si sta lentamente dirigendo verso una visione della cura psichica pubblica come strumento critico di costruzione solidale e democratica della vita cittadina. Dopo la stagnazione di approcci tradizionali, che portano ad una difficoltà relazionale si cerca un'alternativa solida, concreta per riproporre un approccio al dolore psichico fondato sul dialogo tra saperi che si confrontino tra di loro in modo paritario. È necessario uscire da un regime improduttivo, culturalmente e clinicamente settoriale per affermare il pluralismo scientifico dell'approccio multidisciplinare. Questa creatività clinica ad ora risulta molto più visibile nell'informalità piuttosto che nei percorsi tradizionali.

# CAPITOLO VI

## DIRITTO ALLA CITTA'

### Introduzione

Secondo i parametri della valutazione del sistema sanitario, dettati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Italia ha un sistema che è tra i primi al mondo in quanto ad efficacia. Questi parametri sono stati identificati in miglioramento dello stato di salute della popolazione, risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione. Non si possono però omettere quelli che sono i punti di debolezza del sistema, evidenti alla cittadinanza. Parlo di situazioni di estrema inefficienza soprattutto nelle aree del Mezzogiorno, di situazioni nelle quali alcune regioni hanno mantenuto o addirittura implementato modelli organizzativi obsoleti per cui a elevati livelli di spesa corrisponde una bassa qualità dei servizi erogati.

Sempre l'OMS evidenzia altri fattori che interessano il riorientamento del sistema di welfare quali il fatto che la regione italiana è soggetta a grandi cambiamenti demografici, che comportano necessariamente una riformulazione del sistema che sia più coerente con le nuove composizioni territoriali. Queste sono dovute all'andamento della natalità, al mutare delle aspettative di vita e dei flussi migratori, caratteristiche che determinano nuovi equilibri politici ed economici.

L'aumento della popolazione e gli squilibri territoriali produrranno anche nei prossimi anni un aumento della pressione migratoria e un progressivo inurbamento, caratteristiche che andranno nella direzione di città sempre più multiethniche e internazionali.

Come in ambito coloniale si comprese che affinché le cure fossero efficienti era necessaria una rinegoziazione dei saperi e la messa al centro dell'individuo, delle sue specificità e delle sue pratiche relazionali, anche i sistemi di welfare, trovandosi ad orientare una cittadinanza non più geograficamente e culturalmente definita, si trova davanti ad una necessaria riorganizzazione.

Promuovere sistemi di welfare in dialogo col territorio consente di individuare i disequilibri nel raggiungimento dei determinanti di salute e quindi di ideare pratiche che permettano di ridurre la povertà, l'emarginazione e il disagio sociale e anche di incrementare la produttività del lavoro, i tassi di occupazione, la crescita complessiva dell'economia. Allo stesso modo, in una società che intende la salute come benessere bio-psico-sociale, un aumento della qualità del lavoro e delle occasioni di impiego, che renda concreta la mobilità sociale, così che qualunque sia il punto di

partenza di ciascuno, si aumentino le possibilità per tutti di raggiungimento di maggiore salute e benessere psico-fisico.

Dunque possiamo notare una similitudine nella modifica del sistema di welfare rispetto la traiettoria che ha guidato la nascita del filone etnopsichiatrico della medicina; mettendo come obiettivo la centralità della persona sicuramente come soggetto in sé, ma anche con una attenzione alle sue proiezioni relazionali: la famiglia, il lavoro, la comunità e il territorio. Trattare con questi ambiti significa entrare in contatto con i luoghi delle relazioni, dei progetti di vita e degli ambiti relazionali: la complessità della persona.

Cercherò nel capitolo di mostrare come le riforme ai sistemi di cura degli ultimi anni hanno cercato di spostare la definizione di welfare da sistema di tendenza economica-sociale a sistema di cura relazionale e di benessere collettivo. Se l'istituzione pubblica vuole diventare innovativa deve spostare il proprio orientamento dal dentro al fuori, rimanendo a stretto contatto con i bisogni che cambiano, valutando la coerenza dei propri servizi rispetto alle nuove esigenze e l'efficacia sociale delle proprie performance. Per fare questo occorre una spinta verso l'esterno dell'azienda, in modo che la relazione diventi un processo stabile e continuo. Introdurrò quello che è stato il momento di creazione delle Case della Salute, luoghi nati come primo tentativo di agevolare questa spinta verso l'ambiente esterno, fino ad arrivare all'evoluzione in Case della Comunità. Esse devono monitorare, analizzare e rendere pubblici i problemi sociali, assistenziali e sanitari del territorio, indagando sia le dinamiche sociali in essere, sia il tasso di copertura dei bisogni/diritti, sia il profilo di equità e di efficacia dei sistemi. In ambito sociale significa avere una conoscenza sugli indici di fragilità e sui servizi erogati per abitante, sulle reti di connessione sociale esistenti e i cittadini coinvolti. Questo approccio alla società è fondamentale per evidenziare poi quali siano i collegamenti tra accesso alla salute e accesso alla città. L'ultima parte del capitolo e conclusione dell'elaborato vuole essere un piccolo focus sui diritti di cittadinanza e di accesso alla salute, per sottolineare come processi di cittadinanza attiva passano anche dall'erogazione funzionale di cure, e che le ormai consolidate città multietniche devono abbracciare necessariamente la multidisciplinarietà dei servizi se vogliono stare al passo con i mutamenti dei territori e della popolazione.

## 1. Manifesto della salute

Il diritto alla salute non è solo un diritto inalienabile di ogni singolo cittadino, è anche un bene comune che garantisce la serenità e la fiducia nelle proprie forze dell'intera comunità nazionale.

*(La salute è un bene comune. il Manifesto, 27/8/22, articolo di Sarantis Thanopulos, Presidente della Società Psicoanalitica Italiana)*

La salute è un diritto umano fondamentale ed è un bene comune essenziale per lo sviluppo sociale ed economico della comunità. Si conferma nuovamente il concetto di salute come dimensione bio-psico-sociale, non solo come concezione fisica ma come fattore che si crea ed è vissuto negli

ambienti di vita, dove le persone lavorano, imparano, si incontrano/scontrano e crescono. Come affermò nel 1986 l'OMS, bisogna superare l'accezione meramente sanitaria del significato di salute e per farlo bisogna dare valore ai determinanti sociali che incidono nelle esistenze delle persone ed alle responsabilità individuali e collettive. Oggi i pazienti non dovrebbero essere consumatori passivi di prestazioni, ma soggetti partecipi al processo di cura tramite la riappropriazione e ricondivisione dei saperi fondamentali. Come ho sottolineato, abbracciare le prassi etnopsichiatriche significa tentare di ricucire spaccature e distanze sociali, di recuperare coesione sociale tramite l'affermazione di relazioni di reciprocità. La comunità dovrebbe essere vista come capitale sociale che va valorizzato e sostenuto per contribuire al superamento delle diseguaglianze e per arrivare ad innovazioni e benessere.

Le pubbliche amministrazioni dovrebbero quindi mediare tra interessi divergenti, cercando di individuare quali azioni siano capaci di rappresentare l'interesse pubblico generale. Questa mediazione è tanto più complessa quanto le società sono sprovviste di visioni valoriali comuni.<sup>70</sup> Negli anni la struttura di welfare italiano è mutata, come sono mutati i bisogni della collettività. Sono mutate le tecniche e le tecnologie usate dalle organizzazioni del welfare e i processi di lavoro per la produzione di beni e servizi. In Italia il welfare si occupa di fornire prestazioni educative, assistenziali e sanitarie più o meno funzionali, anche se negli anni ha assunto metodologie che ricordano sempre più in una sorta di macro-azienda, piuttosto che tendere ad un meccanismo permeabile e di aperta comunicazione e contrattazione con la cittadinanza. Questa tendenza si è consolidata in risposta a gravi crisi economico-fiscali e politico-culturali degli anni Settanta che ha chiesto come prezzo una significativa ristrettezza economica. L'idea di welfare infatti sembra ancora tendere verso una prospettiva familistica, etnocentrica o nazionalistica, non universalistica, con difficoltà ad estendersi anche agli stranieri sul territorio, che a fatica cerca di interrogarsi sulla presa in cura dei circuiti relazionali di territori specifici. Rimane quindi ancora aperta scommessa non individuo-centrica, dunque, ma in grado di vedere che da sempre gli individui si costituiscono come soggetti sociali solo nel tempo-spazio delle relazioni.

La crisi è divenuta mondiale per l'interconnessione tra le economie nazionali. Come riportato nel Libro Bianco sul futuro del modello sociale del 2019 "la globalizzazione ha accresciuto la ricchezza delle economie e delle società, ampliando le possibilità di commercio mondiale, aumentando i mercati di esportazione, moltiplicando le opportunità di investimento finanziario, ma ha anche dimostrato una estrema vulnerabilità al presentarsi di shock negativi"<sup>71</sup>.

Come ricordava il Dottor Maisto, l'etnopsichiatria sembra la metodologia necessaria alla medicina occidentale per trovare una soluzione sull'incomunicabilità con i pazienti, per superare la sfida della complessità. La risposta dei servizi, però, deve strutturarsi di pari passo con le esigenze di una

---

<sup>70</sup> F. Longo, M. Del Vecchio, F. Lega, (2010), *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Università Bocconi Editore

<sup>71</sup> Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, (2019), *Libro Bianco sul futuro del modello sociale*, scaricabile dai siti [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it) e [www.ministerosalu](http://www.ministerosalu)

comunità in continua evoluzione. Il sistema sanitario quasi sempre non realizza la congiunzione tra salute e diritti, cittadinanza e welfare, accoglienza umana ed efficienza tecnica.<sup>72</sup> L'influenza crescente delle variabili economiche e operazioni come l'assunzione da parte della Banca Mondiale dei ruoli della OMS nel definire le priorità della salute in termini di compatibilità economiche dei costi delle malattie, hanno portato alla scomparsa della salute come diritto in favore di una visione che vede la sanità come insieme di prestazioni ossia come beni commerciali<sup>73</sup>. Questa influenza crescente non ha soltanto un impatto fattuale sulle scelte dei sistemi sanitari ma permea la cultura e i linguaggi della sanità che diluisce e stempera la forza della visione di salute pubblica rischiando di trasformarla in merce anziché in bene pubblico<sup>74</sup>. Si svela quindi lo schema secondo il quale l'offerta di salute non è disegnata sui bisogni dei cittadini, ma i cittadini devono disegnare i propri bisogni ed adattarli alle possibilità di salute offerte dall'azienda. Solo che come abbiamo visto cura e salute non sono la stessa cosa. I bisogni di salute sono interconnessi ai determinanti sociali e si intersecano con i bisogni di integrazione sociale, di giustizia economica, di diritti di cittadinanza. Cercherò di evidenziare come l'ideazione di Case o Comunità della Salute vanno ideologicamente in questa direzione, ma non possono ancora considerarsi completamente funzionali al loro obiettivo.

### 1.1 Casa della salute

Nel luglio 2007 il Ministero della Salute guidato all'epoca da Livia Turco emanò un decreto che prevedeva la sperimentazione del modello assistenziale "Casa della Salute". Alcune regioni hanno provato formule di concretizzazione di questo modello: Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Piemonte, Lazio, Veneto, Friuli Venezia Giulia, cercando di mettere in atto modelli organizzativi di aggregazione funzionale riguardo l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e il coinvolgimento di differenti professionalità.

Con il successivo "decreto omnibus" nel 2012 il Ministro Renato Balduzzi pose particolare attenzione all'assistenza sanitaria territoriale come nodo principale del riordino della rete dei servizi sanitari di base; tentò di rafforzare l'assistenza sanitaria e sociale sul territorio per facilitare il processo di de-ospedalizzazione. Tra i punti del Decreto, infatti, ci sono anche un richiamo alla integrazione sociale e alla rilevanza sanitaria.

Trascrivo qui la definizione che è stata data di Casa della Salute, come inserita nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008: struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni

---

<sup>72</sup> B. Saraceno, (2019), *Psicopolitica. Città salute migrazioni*, DeriveApprodi

<sup>73</sup> G. Tognoni, (2012), *Rapporto sui Diritti Globali*, ed. Milieu

<sup>74</sup> *ibidem* (80)

socio-sanitarie e in grado di rappresentare il centro di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.

Per l'attuazione di queste Case della Salute si è creato il Protocollo d'intesa tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sul "Patto per la Salute del 28 settembre 2006", il Decreto Ministeriale del 10 luglio 2007 prevedeva la sperimentazione del modello assistenziale casa della Salute e la necessità che Governo e regioni concordassero le linee di indirizzo perché le strategie individuate potessero declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e caratteristiche territoriali. In alcune regioni si è scelta la via dell' "aggregazione funzionale" che riguarda assistenza primaria, continuità assistenziale e il coinvolgimento di differenti professionalità. La Casa della Salute o le aggregazioni funzionali territoriali previsti dai due decreti dovrebbero essere interpretate come luogo di identità delle comunità e strumento di coesione sociale in tema salute.

Obiettivi che tuttora non si possono considerare raggiunti appieno causa la mancanza di risorse delle regioni, almeno per la maggior parte degli esperimenti. Causa i pochi fondi le Case della Salute rischiano ad oggi di essere luoghi che riproducono le diseguaglianze in essere sul territorio, dovute alle più o meno vaste possibilità di attuazione per ogni regione. Gli esperimenti tentati hanno sicuramente ampliato l'offerta di servizi medici sul territorio e raggruppato diverse professionalità (mediche) in uno stesso luogo, in modo da garantire la contiguità di servizi, non hanno però ottenuto l'effetto desiderato sulla popolazione. Le difficoltà di accesso alle cure rimangono le stesse, la multiprofessionalità non è stata raggiunta se non nell'introduzione dei soli servizi sociali e i pochi fondi non hanno permesso l'instaurarsi di metodologie di lavoro che fossero accoglienti o che anche solo permettessero di dedicare tempo alla conoscenza del paziente e delle sue problematiche oltre a quelle mediche documentate da referti o diagnosi.

Per quel che riguarda la salute mentale si è proposta una collaborazione tra medici generali e servizi di salute mentale per la cura dei disturbi psichiatrici più comuni. I programmi di intervento personalizzati si devono quindi avvalere di figure di coordinamento con una competenza psicologica capaci di attivare molte risorse di comunità, anche informali.

L'avvio delle Case della Salute aveva come ambizioso obiettivo quello di ridefinire complessivamente il sistema di welfare di comunità, ispirandosi ai criteri della partecipazione, unitarietà, responsabilità sociale, promuovendo il benessere individuale e di comunità, a partire dalle pratiche e dall'idea di comunità come espressione della salute attraverso spazi, percorsi e modalità partecipative, promuovendo da un lato la difesa dei diritti, in particolare dei soggetti più vulnerabili, e dall'altro la corresponsabilità tra istituzioni e di risorse territoriali rispetto alla promozione e tutela della salute<sup>75</sup>.

Per quel che riguarda la salute mentale dovrebbe essere il luogo deputato alla sua completa integrazione nelle cure primarie per coniugare la massima accessibilità alla massima

---

<sup>75</sup> S. Landra, M. Ravazzini, F. Prandi, (2018), *Salute Partecipazione Democrazia. Manifesto per un'autentica casa della salute*, DeriveApprodi

specificità dell'intervento, consentendo sia la riduzione del rischio di stigma sia l'arricchimento della consulenza per problematiche psicologiche effettuate dal medico di medicina generale. A partire dal 2015 è partito il progetto psicologo della Casa della Salute con l'obiettivo di dotare la medicina generale di nuove strategie di identificazione precoce e gestione delle problematiche emotive attraverso l'inserimento di specifiche figure professionali all'interno di un luogo di cura con bassa soglia di accessibilità che possano affiancare con la loro competenze medici di medicina generale e altre figure. Questo progetto dello psicologo della Casa della Salute rende possibile ridurre la spesa farmaceutica, agire efficacemente a livello di prevenzione del disagio, promozione del benessere e, in definitiva, unire nella stessa sede le risposte ai bisogni fisici, relazionali ed emotivi.

Il territorio, dove la comunità vive, dovrebbe dunque essere visto come l'ambito ecologico-sistemico che motiva la presenza degli operatori e delle operatrici sociali perché è in questo ambito che nascono molti problemi, ma dove anche si trovano le risorse per dare risposte.

L. Gui, nel 2004 individua le azioni strategiche di competenza che gli operatori dei servizi sociali dovrebbero avere per essere in sintonia con obiettivi della Casa della Salute:

- Per le persone con le persone, sostegno nello sforzo di decidere, progettare e realizzare attraverso il lavoro di gruppo
- Centrate sulla comunità per sviluppare nuove risorse, creare reti, promuovere iniziative volte all'informazione e sensibilizzazione degli organismi politico-decisionali, riguardo ai problemi presenti nella comunità per ottenere risorse e interventi adeguati alle reali esigenze delle persone, accompagnando la popolazione alla partecipazione

Le definizioni sul senso di comunità sono caratterizzate dalla partecipazione attiva dei componenti della comunità, dalla possibilità di ciascun membro di influenzare le scelte incidenti la vita comunitaria<sup>76</sup>. La valorizzazione di queste dimensioni comporta la transizione da una cultura professionale basata sul bisogno e sulla mancanza ad una cultura fondata sulla promozione delle risorse e delle capacità.

Nella comunità che cura si devono poter comporre competenze e risorse informali in un armonico e continuo confronto. Le case della salute dovrebbero diventare luoghi di regia della cura capaci di vedere, promuovere e avvalersi di risorse tra i cittadini più competenti a occuparsi della salute degli altri, in una ottica di mutualità creativa <sup>77</sup>.

Luoghi dove ricomporre informazioni sulla società, sui diritti e bisogni, sui gap dei servizi pubblici, sui meccanismi di riproduzione sociale privati o collettivi. Per fare questo è importante la partecipazione del cittadino stesso, indispensabile per avere una visione chiara delle domande del territorio.

---

<sup>76</sup> ibidem

<sup>77</sup> S. Landra, M. Ravazzini, F. Prandi, (2018), *Salute Partecipazione Democrazia. Manifesto per un'autentica casa della salute*, DeriveApprodi

La Casa della Salute, puntualmente finanziata, potrebbe davvero essere un laboratorio in cui monitorare sistematicamente i gap tra bisogni/diritti e servizi e interrogarsi su come si potrebbero migliorare, dando risposte pubbliche alle domande della comunità.

Dunque, per non essere semplicemente somma di servizi e professioni, le Case della Salute dovrebbero impegnare ciascuna realtà professionale e di volontariato in esse coinvolte in una profonda verifica e regolazione delle proprie tradizionali modalità operative, determinando modifiche delle consolidate identità organizzative e professionali acquisite nel tempo da ciascun servizio e da ciascun operatore/trice. La definizione condivisa degli obiettivi e progetti di intervento, la prossimità fisica tra vari operatori, l'accesso non specialistico ai vari servizi offerti dalla Casa della Salute comportano un approccio professionale condiviso proiettato verso il prendersi cura, che superi il curare, ovvero l'orientamento che presuppone che l'esperto tecnico sia sempre il pieno controllore della situazione di cura dove prevale lo schema diagnosi/trattamento che guarda solo alla parte biologica dell'individuo. Ci deve essere intesa di contenuto, possesso di conoscenze, una forma mentis transdisciplinare necessaria per dare una base comune a risorse professionali.

E' infine necessario, per una corretta progressione di questi luoghi, capire il rapporto tra salute e sviluppo economico, dato anche che la parte di finanziamento è fondamentale per una buona riuscita del progetto. È la prima a produrre la seconda o il contrario? Joseph Stiglitz, premio nobel per l'economia, nel 2001 afferma che servono politiche per una crescita sostenibile, giusta e democratica. Questa è la ragione dello sviluppo. Lo sviluppo non serve a pochi per arricchirsi, ma a molti per trasformare la società, garantire a chiunque l'accesso alle cure, ai servizi e all'istruzione. Se la salute è il fine occorre domandarsi quale tipo di società è in grado di migliorare la salute di una popolazione. Se la salute è il mezzo la prospettiva è ribaltata. L'attenzione deve essere rivolta alle condizioni di salute che migliorano l'economia. Secondo la pubblicazione del Rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute, pubblicato ad autunno 2013, questa dipende da come è organizzata la società. Le disuguaglianze di salute derivano dalle disuguaglianze sociali, per questo i determinanti sociali di salute dovrebbero entrare nell'agenda politica di tutti i paesi e di tutte le amministrazioni pubbliche. A tal fine servono volontà politiche e azioni guidate non solo dalla mera crescita economica ma da una prospettiva sociale, etica e di comunità. Per curare le malattie è necessario curare la società, intervenire sulle condizioni che provocano malessere, sostenere lo sviluppo di comunità resilienti, rafforzare le capacità autonome delle persone. L'Etnopsichiatria può operare sulla ancora presente inerzia dei sistemi sanitari rispetto al pluralismo culturale e religioso delle nostre comunità e delle persone che sperimentano situazione di fragilità. Sicuramente la direzione è quella di una maggiore tutela del paziente, e nel dialogo con la comunità è necessario creare strumenti per diversificare le metodologie della tradizione medica occidentale. Mediatori culturali o ad ambulatori etnopsichiatrici non sono ancora presenti nelle case, ad indicare che su questo tipo di processo la società italiana è

ancora indietro e aumentare il rischio che il paziente straniero sia ancora colui che trova meno risposte nel sistema sanitario.

## 2. Da Casa della Salute a Casa della Comunità

Con l'insediarsi delle Case della Salute arriviamo all'assunto che la salute non può avere un luogo, essendo uno "status" derivante dal convergere di azioni diverse, educative, culturali, sociali, sanitarie, ambientali, di giustizia sociale e di equità nella distribuzione del reddito. Bisogna puntare su un rafforzamento delle pratiche territoriali.

Il PNRR, Piano nazionale Ripresa e Resilienza, sancisce il passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità. Nella società italiana questo bisogno di linee guida condivise, che abbracciassero la complessità del territorio è emerso chiaramente con l'esperienza pandemica. Questo consente di migliorarne la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un approccio integrato e multidimensionale con il settore sociale. La Casa della Comunità, quindi, vuole essere il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. L'obiettivo è che al loro interno lavorino in modalità integrata e multidisciplinare professionisti non solo dell'intervento sanitario ma anche della progettazione ed integrazione sociale, in modo che cittadini, associazioni, volontari e caregiver si sentano coinvolti appunto come comunità e non come singoli.

Entro il 2030 queste strutture dovrebbero evolvere per garantire in modo sempre più coordinato ai cittadini:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale
- la prevenzione e promozione della salute
- la presa in carico di persone con problemi di cronicità e di fragilità
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali

La centralità dell'equipe territoriale, come nelle Case della Salute, è sostenuta dal principio che la persona sofferente deve essere presa in cura nella comunità in cui vive e sostenuta nel suo diritto di farne parte. L'equipe richiede una buona formazione specialistica di partenza in tutte le sue componenti e l'equiparazione in termini di carriera e di responsabilità nella cura. Le professioni coinvolte nella presa in carico, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione, operatori del privato sociale, sono importanti nelle loro specificità. La Casa non si identifica con una sede, ma

la sua funzione si diffonde nel territorio. Da una parte include nel suo lavoro il gruppo dei pazienti, i loro familiari, le forze culturali e sociali con cui interloquisce; dall'altra amalgama tra di loro le diverse professionalità.

La verifica deve essere basata su dati rigorosi che stabiliscono se vi è corrispondenza tra i parametri che definiscono l'obiettivo della cura e i risultati effettivamente raggiunti. La corrispondenza deve essere leggibile e verificabile da una prospettiva indipendente rispetto all'approccio di cura studiato, per dare indirizzo a un approccio centrato prevalentemente sulla qualità della vita (lo sviluppo dei legami affettivi, della creatività e della libertà di espressione personale) e a uno mirato prevalentemente al contenimento dell'angoscia.

Vediamo dunque come la progettazione di futuri luoghi di cura si stia avviando verso una maggiore apertura alla popolazione. E' il territorio a dettare le linee guida per la costruzione di un meccanismo di cura, non il contrario. La riuscita di questa sperimentazione sarà valutata nei prossimi anni, con la speranza che l'ascolto del territorio sia veramente tale e che, di conseguenza, la multietnicità della società, possa finalmente modellare nel migliore dei modi dispositivi curanti, accoglienti e facilmente raggiungibili, che valorizzino l'individuo non solo come singolo ma come componente di una collettività, la quale deve avere i mezzi per includerlo.

### 3. Diritto alla città

Vorrei così introdurre l'ultima nozione di questo elaborato; la cittadinanza e il diritto alla città. Non esiste un modello integrato di salute che non sia anche un modello di relazioni di cittadinanza, e non esiste una cittadinanza senza territorio, senza dintorni relazionali, senza un impianto che sia sostenibile, anche economicamente, ed efficace.

In Europa, grazie anche alle politiche dell'ufficio europeo della Organizzazione Mondiale della Salute di Copenhagen, è sempre più viva la consapevolezza che la salute non è soltanto l'assenza di malattia. Le esperienze di Health Centers europee che pongono come loro obiettivo fondamentale il mutamento del paradigma e la adozione di un modello di medicina centrata sulla persona cominciano ad essere numerose e rappresentano un passo verso la democratizzazione della salute. Con il mio lavoro ho cercato di dare elementi per la comprensione del legame tra salute, medicina, politiche sanitarie, cura, attraversabilità della città, e quindi vita e i rapporti di potere. Trovo basi teoriche su questo anche prendendo le parole di Marmot<sup>78</sup>, che suggeriva ai governi di migliorare le condizioni di vita quotidiana delle popolazioni (improve daily living conditions) e di risolvere l'iniqua distribuzione del potere, del denaro e delle risorse ( tackle the nequitable distributions of power, money, and resources).<sup>79</sup> L'associazione tra salute e mercato nel condizionare i livelli di

---

<sup>78</sup> Direttore dell'International Institute for Society and Health di Londra. Presidente della Commission on Social Determinants of Health della World Health Organization.

<sup>79</sup>Marmot M., (2016), *La salute diseguale-La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma

salute è nota, si può dunque concludere che la dipendenza dal mercato è in un certo senso uno dei maggiori determinanti sociali di salute.

Nell'analizzare le società italiane di oggi non va dimenticato il processo, complicato e incerto, della formazione delle identità moderne e contemporanee, dove si incontrano genere, etnia e classe. Anche Homi Bhabha, agli inizi degli anni Novanta, riflette sul ruolo cruciale dello spazio colonizzato, attraversato da migrazioni e da nuovi ordini. Il superamento dei confini è assimilato da Bhabha a uno spazio "in-between", che viene denominato "third space". Questo è il cittadino che attraversa i territori nazionali, al quale la sanità deve domandare quale modello di salute perseguire. La città, oltre ad essere inserita in dinamiche di dentro/fuori dall'urbano, è inserita nella dialettica centro-periferie all'interno della quale si può osservare la produzione della marginalità urbana. In molte città europee le periferie sono luoghi che raccontano episodi di moderno neocolonialismo e che necessitano di rimodellamento e riprogettazione tramite nuovi rapporti sociali. Bhabha parla di inedite possibilità "carsiche" di ribaltamento e guarigione dello stato di salute delle città riscontrabili nelle azioni di diritto alla città praticate negli interstizi di marginalità e confinamento urbano.<sup>80</sup>

Il patto sociale per la salute è lo strumento che partendo da una adeguata conoscenza della comunità, delle sue risorse e problemi, promuove cittadinanza e rafforza nesso tra comunità, istituzioni e servizi. Mette al centro la conoscenza e la riappropriazione da parte dei singoli e delle collettività di un disegno sociale in grado di orientare l'insieme delle variabili che influenzano la salute. Così inteso, il welfare, come risorsa della comunità, si avvicina ad essere un esercizio per forme di vita collettive e democratiche.

Sono convinta che la salute nella sua più ampia definizione sia il risultato dei differenti contributi che possono dare i cittadini che partecipano consapevolmente al progetto sociale. La crisi del welfare altro non è che crisi di visioni comuni e di progettualità scaturite da valori socialmente condivisi: questa crisi produce perdita di senso del vivere collettivo, dell'essere comunità. Non è solo carenza di risorse ma incapacità di cogliere le risorse del sistema sociale, di metterle in rete proponendo una nuova dimensione di comunità come bene comune di cui ognuno è responsabile e soggetto protagonista.

Per un approccio democratico alla salute è fondamentali il passaggio da cittadino inconsapevole dei rapporti di cura, a cittadino critico e partecipante della costruzione comunitaria dell'idea di salute.

La conoscenza del contesto intanto permette di sapere quali sono le soggettività con cui ci si relazionerà, e permette anche alla persona di individuare quali sono i luoghi dell'ascolto. Quello che propongo quindi è un percorso che vada verso il protagonismo della persona, il far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza, lo sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura. Per favorire la partecipazione della comunità la

---

<sup>80</sup> Bhabha H. K., (2001), *I luoghi della cultura*, Meltemi Editore, Roma

persona deve sentirsi parte della comunità, quindi i diritti di cittadinanza devono risultare rispettati. Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati è dunque prioritario in un contesto urbano. Il diritto alla salute mentale rientra tra quelli fondamentali, ed è, dunque, un enorme valore politico per la democrazia. Investire fortemente nella salute mentale è necessario alla costruzione di una società democratica, che sappia garantire equità e buona qualità di vita. L'investimento in termini di risorse economiche e di impostazione organizzativa va fatto in modo ragionato e lungimirante, non estemporaneo, se si vuole davvero cambiare prospettiva, e deve dare assoluta priorità al servizio pubblico. Senza il suo buon funzionamento l'intero sistema di cura psichica va in crisi.

## 4. Conclusioni

Provo a tracciare qui conclusioni, prendendo parole e spunti dalle suggestioni fino ad ora riportate. La posta in gioco nel dibattito sulla salute mentale nelle società multiculturali non riguarda soltanto questa o quella tecnica terapeutica, la sua maggiore o minore efficacia, il grado di legittimità di questa o quella interpretazione. Come emerge dall'elaborato quella che si affronta oggi è una questione politica, come lo fu in parte quella riguardante la rivoluzione della cura psichiatrica di Basaglia. Nonostante il tema sia stato molto studiato e dibattuto rimangono ancora nodi da sciogliere sulla questione. Il dibattito ha un respiro ampio, che va oltre 'interrogarsi su quanto sia funzionale o meno realizzare centri specificamente rivolti all'utenza straniera, o se sia clinicamente ed eticamente corretto il richiamo a terapie tradizionali. Rimangono fuori dal dibattito temi centrali come quello della cittadinanza, dell'inclusione, dell'accesso ai documenti e il conseguente accesso alle cure. Partendo dai manicomi coloniali, passando dalle esperienze di villaggi della cura, fino ad arrivare agli attuali centri di accoglienza ho analizzato quelli che sono stati e che sono oggi gli spazi dove si è aperto il dibattito su cura e necessità di controllo e identificazione della persona straniera. L'analisi, partendo dalla nascita delle colonie, ha tracciato un percorso che porta a conclusioni poco positive nei confronti della persona che migra in Europa. Come ci ricorda Bhabha, la verità coloniale, quella di esigenza di controllo e sfruttamento, unita ad una scientifica cancellazione delle identità culturali, è leggibile oggi nel paziente psichiatrico<sup>81</sup>. L'eco di abusi subiti come popolazione si ritrova oggi negli ambulatori e l'incomunicabilità presente nelle colonie spesso si ritrova anche nelle società moderne. Curare gli altri non può essere possibile trascurando che gli immigrati sono anche emigrati, ossia persone provenienti da paesi un tempo colonie, che si recano spesso proprio in quelli che furono i paesi colonizzatori. Si deve tener presente questo aspetto quando si va alla ricerca del malessere e i conflitti delle seconde generazioni, o quando come nei casi riportati nelle interviste non si ha bene chiaro quale sia la provenienza o la causa di un atteggiamento che ricorda quello a cui portano certi disturbi mentali. Importante è comprendere anche in quale contesto queste persone arrivano alla cura. Parliamo di scenari di conflitto, dove la persona che migra deve affrontare i muri del razzismo e spesso anche muri concreti. Società che vedono immagini di

---

<sup>81</sup>Bhabha H.K., (1994), *The location of culture*, Routledge, London-New York

imbarcazioni che affondano in mare, di respingimenti, di numeri anziché nomi, di cure approssimative. Vediamo come spesso le parole criminale e terrorista siano associate non a comportamenti specifici ma semplicemente vengano affiancate alla persona straniera semplicemente perché tale (l'arabo "impulsivo" e "criminale" della psichiatria coloniale di Porot è diventato ora l'arabo terrorista). Questo scenario, nutrito da affermazioni che vanno nella direzione di alcuni politici degli ultimi anni (politiche dei porti chiusi, respingimenti, classificazioni tra migrato con esigenze vere o approfittatore), deve essere materia privilegiata di riflessione per quanti si accingono a lavorare con i cittadini e le cittadine straniere affetti da disturbi mentali<sup>82</sup>.

A maggior ragione tutto questo va tenuto a mente quando ci si sofferma a ragionare su nuove tipologie di welfare. Nella riformulazione del welfare non può la società essere cieca ai propri mutamenti. Avere all'interno delle proprie comunità fette di popolazioni straniere, che tali si sentono anche rispetto all'accesso alla città, allontana il raggiungimento di obiettivi di inclusione e di rafforzamento delle relazioni sociali. Difficoltà di accesso ai servizi, che siano essi lavoro, salute, casa, istruzione crea scollamento con la comunità, e quindi incapacità di lettura dei bisogni e costruzione di risposte non funzionali. Questo porta ad una popolazione non autosufficiente e senza prospettiva o fiducia in sé sul territorio, che indebolisce la coalizione sociale, ma anche tutto l'apparato socio-economico. Andare verso il territorio significa abbracciarne la complessità e richiede una messa in discussione e decostruzione delle proprie categorie, per permettere un incontro, e non solo uno scontro, con teorie ed approcci derivanti da culture altre, geograficamente contestualizzate, e mediate tramite la costruzione di un canale di linguaggio comune. La direzione del sistema di welfare italiano sembra avere colto degli indizi dal mutamento sociale, tanto che la Casa della Comunità pare ad ora il mezzo più avanzato di indagine all'interno della popolazione, anche se come evidenziato, nella sua formulazione sono ancora troppi pochi gli stimoli che vadano verso una cura che abbracci i principi dell'etnopsichiatria a mio parere, invece, fondamentale. Ci si auspica che questo sia solo l'inizio di un percorso e che con l'avanzare delle indagini ci si renda conto che la salute mentale va tutelata a 360 gradi, con la richiesta di uno sforzo maggiore, ma fondamentale, verso l'apertura a canali non tradizionalmente occidentali, che consentono una progressione degli strumenti di accoglienza e inclusione dei futuri cittadini e cittadine della società italiana e in generale europea.

---

<sup>82</sup> Grazia Tatarella, (2010), *Verso la società multiculturale. L'integrazione delle seconde generazioni di immigrati*, Itales, 14 | 149-16

## Bibliografia

Allegri E., (2005), *Il servizio sociale di comunità*, ed. Carocci Faber, Roma

Ashutosh I., Mountz A. (2012), *The Geopolitics of Migrant Mobility: Tracing State Relations Through Refugee Claims, Boats and Discourses*, in «Geopolitics», 17: 335-354

Bagnato B., (2006), *L'Europa e il mondo. Origini, sviluppo e crisi dell'imperialismo coloniale*, Le Monnier Università

Bhabha H. K., (2001), *I luoghi della cultura*, Meltemi Editore, Roma

Borile S., (2020), "Il fattore culturale. Comportamenti violenti culturalmente orientati, fenomeni devianti e disturbi etno-clinici", ed. Amon

Bordieu P., (1958), *Sociologie de l'Algérie*, Presses Universitaires de France

Borile S., (2020), *Il fattore culturale. Comportamenti violenti culturalmente orientati, fenomeni devianti e disturbi etno-clinici*, ed. Amon

Dorès M (1981), *La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique noire*, L'Harmattan, Paris.

Beneduce R., 1998, *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli

Beneduce R., (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore

Beneduce R., Taliani S., (2012), *Curare i malati immigrati. I progetti formativi rivolti agli operatori socio-sanitari e ai mediatori culturali all'interno del progetto europeo T-SHaRE: la salute mentale*, Porta di Massa, numero speciale "Il progetto T-SHaRE. A cura dell'Associazione Fanon di Torino

Bhabha H.K., (1994), *The location of culture*, Routledge, London-New York

Boussat M., (2002), *A propose de Henri Collomb (1913-1979): De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières*, pp.411-424.

Cardamone G., Zorzetto S., Marranci R. (2019), *La comunità che viene: nuova legislazione e salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati*, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici

Carothers, J.C., (1951), *Frontal lobe function and the African*. Journal of Mental Science, 97, 12-48

Carothers, (1953), *Monograph series* No. 17

Césaire A., (1995), *Discours sur le colonialisme*, éditions Présence Africaine, Paris

Chambers I., (2002), *Postcolonial interruptions, unauthorised modernities*, Rowman & Littlefield, London, p. 22.

Coppola A., (2013), Navarra C., *L'eredità coloniale oggi*, sito Urbanistica Informazioni

Coppo P., (2007), *Negoziare con il male : stregoneria e controstregoneria dogon* , Torino : Bollati Boringhieri

Coppo P., (1998), Giannattasio F., Misiti R., *Medecine Traditionnelle, Psichiatrie et Psychologie en Afric*. Milano: Il Pensiero Scientifico

Da Prato M., Zorzetto S., Facchi E., Cardamone G., (2020), *La salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati. Dalle linee di indirizzo sovranazionali alle proposte organizzative locali*, sito <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/salute-mentale-richiedenti-asilo-rifugiati-linee-indirizzo-sovrnazionali-proposte-organizzative-locali>

Da Prato M., Inglese S., Alderighi F., Casadei F., Zorzetto S., Bracci F., Cardamone G., (2009), *Elementi di etnopsichiatria. Sintesi condivisa per la promozione della salute mentale comunitaria in una società multiculturale*. In Harrag. Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura. Paderno Dugnano (MI): Colibri;

Devereux G., (1984), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani - Roma

Enloe C. H., (1980), *Ethnic Soldiers: State Security in Divided Societies*, London: Penguin Books; Athens: University of Georgia Press

Fanon F., (2007), *I dannati della terra*, La Découverte/Poche, Parigi

- Fanon F., (2015), *Pelle nera, maschere bianche*, Ed. ETS, Pisa, trad. Silvia Chiletto
- Fiore B., (1992), *Categorie nosologiche della medicina tradizionale dogon (Mali). parte prima. Modalità di classificazione*, La Ricerca Folklorica, No. 26, Grafo Spa, pp. 89-97
- Foucault M., (2021), *Medicina e biopolitica, La salute pubblica e il controllo sociale*, A cura di Paolo Napoli, Collana: Saggine, pp. 176
- Grenhalgh T., (2018), *Come implementare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza*, Il Pensiero Scientifico Editore Roma
- Gui L., (2004), *le sfide teoriche del servizio sociale*, Carocci Faber, Roma
- Good, B. J., (1997), *Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal*, Ethos, pp. 230-248
- De Rosny E., (1981), *Gli occhi della mia capra (Les yeux de ma chèvre)*, Human Earth Collection, Plon, coll. " Terra umana "
- Gozzi G., (2021), *Eredità coloniale e costruzione dell'Europa*, Il Mulino
- Hyndman J., Mountz A. (2008), *Another Brick in the Wall? Neo-Refoulement and the Externalization of Asylum by Australia and Europe*, in «Government and Opposition», 43(2): 249-269
- Hudis P., (2015), *Frantz Fanon: Philosopher of the Barricades*, Pluto Press
- Jenkins, P. (2012). *Maputo and Luanda. In S. Bekker, & G. Therborn (Eds.), Capital Cities in Africa: Power and Powerlessness* Human Science Research Council
- Kirmayer L.J., Boothroyd L.J., Tanner A., Adelson N., Robinson E., Oblin C., (2000), *Psychological distress among the Cree of James Bay*. *Transcultural Psychiatry*;37:35-56
- Kleinman A., (1980), *Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland. Between Antropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California press, Berkeley.
- Kusch M., (2010), *Hacking's Historical Epistemology: A Critique of Styles of Reasoning. Studies in History and Philosophy of Science, Part A.*, p. 158- 173

Landra S., M. Ravazzini, F. Prandi, (2018), *Salute Partecipazione Democrazia. Manifesto per un'autentica casa della salute*, DeriveApprodi

Lefebvre H., (2014), *Le droit à la ville*, Anthropos, Paris 1968; trad. it., *Il diritto alla città*, Ombre Corte, Verona

Leighton A., (1959), *My Name is Legion. Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*, Basic Books;

F. Longo, M. Del Vecchio, F. Lega, (2010), *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Università Bocconi Editore

Marchetti C. (2014), *Rifugiati e migranti forzati in Italia. Il pendolo tra 'emergenza' e "sistema"*, in «REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.», XXII(43): 53-70

Mbembe A., (2016), *Necropolitica*, Ombre corte, Verona, p. 33.

Marmot M., (2016), *La salute diseguale-La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma

McCulloch J., (1995), *Colonial psychiatry and the African Mind* Cambridge, Cambridge University Press

McWhinney, (2008), *Declaration on the Granting of Independence to Colonial Countries and Peoples*, United Nations Audiovisual Library of International Law

Mellino M., (2013), *Fanon postcoloniale. I dannati della terra oggi*, Ombre corte, Verona

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul futuro del modello sociale*, maggio 2019, scaricabile dai siti [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it) e [www.ministerosalu](http://www.ministerosalu)

Ministero della Salute. (2017), *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*

Müller A. (2013), *Territorial Borders as Institutions. Functional Change and the Spatial Division of Authority*, in «European Societies», 15(3): 353-372

Nathan T., (1986), *La folie des autres. Traite d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris : Borda

- Nathan T., Zajde N., (2012), *Psychothérapie démocratique*. Paris: Odile Jacob
- Ollivier A., (2005), *Entre Europe et Afrique: Gaston Defferre et les débuts de la construction européenne*, *Terrains & travaux* 1/8, 14-33
- Porot A., 1918, *Notes de psychiatrie Musulmane*
- Rechtman F., D. and R., (2005), *An Anthropological Hybrid. The Pragmatic Arrangement of Universalism and Culturalism in French Mental Health*. *Transcultural Psychiatry* 42(3):347–366
- Renault M, Fanon F., (2009) L'essere transitorio del (post)colonialismo, *Studi Culturali*, No.1, p. 31
- Saraceno B., (2019), *Psicopolitica. Città salute migrazioni*, *DeriveApprodi*, 2019
- Said E., (1991), *Orientalismo*, traduzione di Stefano Galli, collana Nuova cultura (n. 27), Bollati Boringhieri, pp. 394 pp.
- Said E., (1998), *Cultura e imperialismo*, Gambetti editrice, Roma.
- Stanzone P., Zambrano V., (1998), *Attività sanitaria e responsabilità civile*, Giuffrè
- Swartz S., (1995), *The Black Insane in the Cape, 1891-1920*, «*Journal of Southern African Studies*», pp. 399-415
- Tatarella G., (2010), *Verso la società multiculturale. L'integrazione delle seconde generazioni di immigrati*, *Italiae*, 14 | 149-16
- G. Tognoni, (2022), *Rapporto sui Diritti Globali*, ed. Milieu
- Wacquant, Loïc (2009). *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*. *Durham*: Duke University Press
- Whitley, Kirmayer, Groleau, (2006), *Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal*, *National Library of Medicine* p. 203
- World Health Organization 2022, *World report on the health of refugees and migrants*
- Yap P. M. (1965a). *Koro — a culture-bound depersonalization syndrome*. *Brit. J. Psychiat.*, 111: 43. Carothers, J.C., 1951, *Journal of Mental Science*, 97, 12-48

Zempleni A., (1982), *Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique*, “Archives des sciences sociales des religions”, n. 54/1, p. 7.

Zempleni, A., (1985), *La maladie et ses cause*, *L’Ethnographie*, n. 96-97: 13-44

Zorzetto S. (2016), *Funzione biopolitica delle frontiere nell’accoglienza a richiedenti asilo e rifugiati*. *Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali*; VI(12): 215-229. DOI: 10.13128/cambio-20408 | ISSN 2239-1118 (online)

Zorzetto S., Inglese S., Cardamone G. (2014), *Accoglienza dei popoli in fuga e salute mentale. Proposte per l’Italia*, in «Psichiatria e Psicoterapia Culturale», II(1): 52-72

Zygmunt B., (2014), *Società incertezza*, Il Mulino

Chorna L., (2021), *Il passato è presente: il colonialismo e le sue ferite aperte*, sito Melting Pot Europa, <https://www.meltingpot.org/2021/02/il-passato-e-presente-il-colonialismo-e-le-sue-ferite-aperte/#easy-footnote-bottom-3-230416>