



**UNIVERSITÀ DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA, STUDI POLITICI E  
INTERNAZIONALI

MASTER DI II LIVELLO IN

Salute Collettiva. Teorie e pratiche del community health approach

**DECOLONIZZARE I DISPOSITIVI DI CONSULTAZIONE  
CULTURALE E DI MEDIAZIONE ETNOCLINICA.**

**Analisi antropologica e prove pratiche**

Relatore:

Chiar.ma Prof.ssa

SABRINA TOSI CAMBINI

candidata:

LUCREZIA TRAVELLA

ANNO ACCADEMICO 2024 – 2025



# INDICE

<i>INTRODUZIONE</i> .....	1
<i>CAPITOLO I</i> <i>Nascita e sviluppi della relazione tra sofferenza e differenza culturale</i> .....	6
1. I dispositivi di Consultazione Culturale e Mediazione Etnoclinica: una proposta di analisi genealogica .....	7
2. Medicina e psichiatria coloniali.....	11
3. Psichiatria post-coloniale e la nascita dell'etnopsichiatria .....	18
<i>CAPITOLO II</i> <i>Il contributo critico dell'antropologia alla relazione tra sofferenza e differenza culturale</i> .....	22
1. Gli estremi di un dibattito contemporaneo: antropologia politica e le implicazioni dell'etnopsichiatria .....	23
2. Esercizio di analisi critica del testo.....	29
3. Oltre cultura e stampini per biscotti: una proposta teorica alternativa .....	39
<i>CAPITOLO III</i> <i>Prove sperimentali</i> .....	43
1. Una breve premessa .....	44
2. La semantica del cuore: primo caso.....	45
3. Reificare il piacere: secondo caso .....	53
<i>CONCLUSIONI</i> .....	56
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	61

# **INTRODUZIONE**

Il presente contributo nasce da un'esperienza di stage condivisa che ha visto convergere le formazioni differenti di chi vi ha preso parte, psichiatria e antropologia, nello sforzo comune di sperimentare nei servizi afferenti al DAISM-DP e nell'ospedale di Parma pratiche di mediazione clinica ispirate ai modelli di intervento del Servizio di Consultazione Culturale (SCC) (Kirmayer, Guzder, Rousseau 2020) e della Mediazione Etnoclinica (Bouznah, Lewertowski 2019).

Nello specifico, questa prova sfidante prende le mosse dalla proposta della mia compagna di Master Maria, medico psichiatra, e dal suo lucido e riflessivo ri-posizionarsi nei confronti del "fare cura", del proprio ruolo e del sapere biomedico che quotidianamente pratica. La sua urgenza a decentrarsi, a interrogare l'apparente neutralità degli strumenti diagnostici e dei dispositivi di cura e l'invisibile complicità dei servizi nella produzione e riproduzione di vulnerabilità e disuguaglianze strutturali e, non da ultimo, mettersi in dialogo con saperi ed epistemologie altri, si è rivelata affine al mio desiderio ri-socializzare esperienze di sofferenza e pratiche di cura. Le sono quindi grata per aver reso possibile uno spazio di riflessione e lavoro comune teso a trasformare concretamente la clinica in un luogo di maggiore consapevolezza critica.

Elaborati rispettivamente in Canada e Francia a cavallo tra gli anni Ottanta e Novanta in un fitto dialogo con l'etnopsichiatria e la psichiatria transculturale, i due dispositivi nascono con l'obiettivo di affiancare, su invio diretto, l'attività clinica di professionisti e operatori sanitari e della salute mentale ogni volta che ritengano che lo scarto tra la cultura biomedica e quella delle persone con background migratorio che assistono possa generare momenti di impasse in fase di valutazione diagnostica, del piano terapeutico, nell'adesione alla terapia e più in generale nella relazione di cura (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020). Entrambi i modelli, pertanto, lavorano con l'obbiettivo di rendere istituzioni e spazi della cura culturalmente «competenti» e «sicuri» al fine di garantire il diritto alla salute e a un'assistenza equa e inclusiva a una popolazione interessata da forme di disuguaglianza ed esclusione strutturali. Ad animare i promotori è la consapevolezza che, nella contemporaneità globale caratterizzata da iper-mobilità umane e culturali, ignorare i bisogni di salute specifici delle

persone con background migratorio possa contribuire ad incrementare disuguaglianze di accesso e fruizione ai servizi e, conseguentemente, di salute. Tali considerazioni risultano estendibili anche al contesto italiano, per il quale Mara Tognetti Bordogna nota che al progressivo consolidarsi dei flussi migratori e della presenza di soggetti con background migratorio si accompagna l'emersione, accanto ai tradizionali assi di disuguaglianza in salute (età, sesso, classe, professione e nazionalità), di un ulteriore asse, quello della razzializzazione. Questo asse incrocia e riorganizza i precedenti, contribuendo a strutturare processi sociali e istituzionali di esclusione più complessi: l'origine, il colore della pelle e la provenienza geoculturale diventano principi di differenziazione che, in una lettura intersezionale, producono forme specifiche e persistenti di vulnerabilità nell'accesso ai diritti alle pratiche di cura (Tognetti Bordogna 2013).

Alla luce di queste considerazioni, dell'esperienza di stage svolta e della prospettiva di una futura messa a sistema della pratica di mediazione anche nei servizi sanitari del territorio di Parma, con questo contributo mi pongo l'obiettivo di interrogare criticamente i due dispositivi e il tipo di cura ed efficacia che essi promuoverebbero. L'obiettivo non è valutare l'efficacia tecnica in senso stretto -operazione che peraltro richiederebbe competenze teoriche approfondite che non possiedo- ma piuttosto, esplorarne l'efficacia discorsiva, ovvero la capacità di questi dispositivi di costruire specifici modi di pensare la sofferenza in relazione alla differenza culturale e i soggetti che ne sono portatori. La domanda che muove questa riflessione rispecchia appieno quel «perpetuo principio d'inquietudine, di problematizzazione e di contestazione di ciò che altrove poteva sembrare acquisito» (Foucault 2016, 554) che Foucault riconosce costitutivo all'antropologia. In questa prospettiva, ispirandomi all'approccio genealogico foucaultiano, assumerò il modello della Consultazione Culturale canadese e quello della Mediazione Etnoclinica francese non come strumenti tecnici neutri elaborati in risposta a nuovi bisogni emergenti, ma come parte di un campo di produzione della conoscenza storicamente situato, originatosi all'interno di specifici contesti sociali e politici connotati da specifiche dinamiche di potere. Tenendo dunque conto della storicità e della performatività propria di ogni discorso scientifico, l'analisi parte da una serie di interrogativi

preliminari: in quali condizioni storiche il nesso tra sofferenza e differenza culturale ha cominciato a esistere come oggetto di interesse scientifico? Che tipo di soggetto produce e con quali effetti politici?

La domanda non nasce semplicemente dall'inquietudine metodologica propria dell'habitus antropologico, ma anche da una forma incorporata. La mia posizione di neofita mi ha consentito di avvicinarmi ai due dispositivi attraverso i manuali di riferimento scritti da Kirmayer, Guzder, Rousseau (2020) e Bouznah e Lewertowski (2019) con lo sguardo dell'apprendista e, sin dalle prime letture, ho percepito una sensazione di disturbo, come se dietro quei paradigmi teorici e tecnici raffinati rimbombasse con forza un rimosso: la categoria della *whiteness*. Come osserva Audrey Kobayashi (Kobayashi 2003 in Baldwin 2013, 1477), la *whiteness* può essere intesa come la posizione storicamente costruita di un soggetto associato a potere e privilegio. Questa categoria mi consente di avanzare l'ipotesi che il soggetto prodotto da questo tipo di saperi e pratiche sia un soggetto razzializzato, nel senso di soggetto definito da un'ontologica opposizione a quell'insieme di valori, norme e forme di soggettività che denotano la *whiteness*. Rifacendomi alla prospettiva degli Studi Post-coloniali e della Critical Racial Theory, l'intenzione è quella di far reagire il soggetto che emerge dai volumi di Kirmayer et al. e Bouznah e Lewertowski con il «discorso coloniale» (Bhabha 1994 in Ricotta e Ruocco 2025, 158), cioè quell'insieme di rappresentazioni, pratiche e saperi -a cui le scienze mediche, tra gli altri ambiti, ha storicamente contribuito in modo decisivo- che hanno organizzato l'esperienza e le strutture materiali e simboliche dell'Europa coloniale secondo l'asimmetria Sé-Altro. La disciplina dell'etnopsichiatria, da cui tanto i presupposti teorici della Mediazione Etnoclinica quanto della Consultazione Culturale dichiaratamente derivano, si collocherebbe all'interno di questa genealogia problematica che, a mio avviso, va provocata. Nel primo capitolo ripercorrerò il ruolo della psichiatria coloniale francese e inglese nella produzione della relazione tra sofferenza e differenza culturale e di una rappresentazione dei soggetti coloniali funzionale al consolidamento di quelle differenze e asimmetrie razziali e culturali da cui la *whiteness* prende corpo. La stagione coloniale viene attraversata fino ai lavori di Franz Fanon e Georges Devereux, che

inaugurano la stagione critica della psichiatria post-coloniale. Il secondo capitolo si apre con la critica radicale di Didier Fassin, nei primi anni Duemila, al lavoro etnopsichiatrico di Tobie Nathan che collegherà direttamente all'analisi di alcuni passaggi dei volumi di Kirmayer et al. e Bouznah e Lewertowski. Proverò a far reagire tali passaggi, a mio avviso ambivalenti, con il discorso coloniale e la sua dinamica interna di razzializzazione al fine di discuterne possibili implicazioni e rischi biopolitici. Il terzo capitolo, infine, restituirà le riflessioni condivise relative ai due interventi realizzati, provando a far convergere considerazioni teoriche ed esperienza pratica, aprendo verso prospettive e sviluppi mediativi più critici, posizionati e socialmente sostenibili.

## **CAPITOLO I**

*Nascita e sviluppi della relazione tra sofferenza e  
differenza culturale*

## **1. I dispositivi di Consultazione Culturale e Mediazione Etnoclinica: una proposta di analisi genealogica**

A cavallo tra gli anni 80 e 90, l'elaborazione in Canada del dispositivo di Consultazione Culturale da parte dell'equipe di psichiatri composta da L. J. Kirmayer e J. Guzder e, parallelamente, del modello di Mediazione Etnoclinica in Francia da parte del medico specializzato in Clinica Transculturale S. Bouznah e della medica specialista in Clinica Transculturale C. Lewertowski si accompagna all'emergere di una specifica attenzione istituzionale nei confronti dei problemi dell'esclusione sociale e della sofferenza psichica che coinvolgono le minoranze etniche e le persone con background migratorio. In questo periodo, la congiunzione di trasformazioni demografiche, sociali e politiche più ampie contribuisce, infatti, a rendere la diversità culturale un tema centrale per le politiche pubbliche e, in particolare, per i servizi di salute mentale.

Nel contesto canadese, la sostenuta accoglienza di migranti e rifugiati insieme al rilevamento in studi e rapporti federali delle disuguaglianze e delle discriminazioni razziali subite tanto dai primi quanto dalle comunità native, hanno favorito un progressivo interesse verso la dimensione culturale della sofferenza psichica. L'identità etnica e culturale viene riconosciuta come elemento costitutivo dell'esperienza della malattia, delle sue modalità di espressione, delle strategie di coping, di ricerca d'aiuto e del rapporto con i servizi sanitari (Kirmayer et al. 2020, 31). La nascita del Servizio di Consultazione Culturale si iscrive coerentemente, d'altro canto, nella vocazione multicultural del Paese formalizzata nel *Canadian Multiculturalism Act* del 1988 in cui si promuove il riconoscimento della diversità culturale come tratto fondativo della società canadese. E' Kirmayer stesso a dichiarare che

l'attenzione alla cultura e al contesto è essenziale non soltanto per una valutazione diagnostica accurata e un trattamento efficace; essa è alla base della pratica clinica ispirata a un'etica del riconoscimento [...]

importante per il benessere degli individui: consentire di realizzare la propria identità culturale è un diritto umano fondamentale. (Kirmayer et al. 2020, p. 18)

Il dispositivo della Consultazione Culturale, pertanto, viene concepito come uno strumento in grado di produrre formulazioni cliniche contestuali capaci di integrare la complessità sociale e biografica sottesa alla sofferenza individuale. In Francia, nello stesso periodo, l'attenzione verso le condizioni di vita delle persone con background migratorio si sviluppa all'interno di un quadro ideologico molto differente. Nel contesto di un modello repubblicano universalista che concepisce lo Stato come spazio neutrale e garante di diritti eguali per tutti i cittadini in cui «i legami, le affiliazioni e le preferenze culturali degli individui-cittadini possono da questo punto di vista essere tollerati solo se rimangono confinati su di un piano privato» (Costantini 2009, X), a partire dagli anni Ottanta e in particolare sotto la presidenza di François Mitterrand, prende forma un discorso pubblico incentrato sul diritto alla differenza e sull'idea di una «Francia al plurale» (Larchanché 2010, 3, traduzione mia) in cui «il rispetto della sua diversità preverrà la sua rovina» (Mitterrand in Larchanché 2010, 3, traduzione mia). Le trasformazioni economiche e urbane del periodo rendono sempre più visibili le disuguaglianze sociali e le forme di emarginazione e sofferenza vissute in particolare dai gruppi provenienti dalle ex colonie nordafricane. L'amministrazione promuove una serie di indagini pubbliche in cui si registra l'emergere di nuove forme di sofferenza psichica legate a condizioni di precarietà, disoccupazione e discriminazione razziale che oltre a informare politiche sociali rivolte soprattutto a periferie e quartieri marginali, incoraggiano lo sviluppo dei primi servizi di presa in carico rivolti esclusivamente alle popolazioni migranti. Nel 1980 Nathan avvia il servizio di consultazione etnopsichiatrica alla cui pratica si ispirano, negli anni successivi, le prime sperimentazioni di mediazione etnoclinica di Bouznah finalizzate a offrire una forma di assistenza etnospecifica che medi, in sede clinica, tra le semantiche e le risorse culturali biomediche e quelle alternative dei pazienti e del loro gruppo di riferimento.

In entrambi i contesti, dunque, l'elaborazione di questi dispositivi attesta l'affermarsi di un campo di interesse nel quale la sofferenza delle minoranze etniche e delle persone con background migratorio viene trattata come problema distinto, meritevole di soluzioni dedicate che pongano la differenza culturale al centro di comprensione e trattamento. L'intento di questa riflessione tuttavia è critico e mira a disturbare l'ovvietà su cui il nesso sofferenza psichica-differenza culturale presupposto dai dispositivi presi in analisi, tende a poggiare, smuovendo quel

felice oblio quello di una "domesticità" nella quale mi muovo, e delle cose con i loro "nomi", sonnecchianti nella semioscienza o sprofondanti nell'inconscio, onde ogni cosa "dorme" [...]" (E. De Martino 2002. 244).

In questo lavoro, il nesso non viene considerato come una realtà empirica data, alla quale la Consultazione Culturale e la Mediazione Etnoclinica risponderrebbero semplicemente, ma come il prodotto di un più ampio campo discorsivo storicamente costruito.

Questi dispositivi, infatti, non sono intesi come strumenti tecnici neutri, bensì come modelli teorici e pratici che partecipano attivamente alla costruzione e al consolidamento di un certo modo di pensare la sofferenza degli altri. Essi non si limitano a intervenire su un fenomeno già esistente, ma contribuiscono a costruire una specifica categoria di soggetti di sofferenza rendendoli intelligibili, nominabili e trattabili, stabilizzando così come normale e naturale una specifica relazione tra sofferenza psichica e differenza culturale.

Fondamentale è allora assumere una prospettiva genealogica per interrogarsi sulle condizioni storiche che hanno reso possibile l'emergere di questo modo di pensare la sofferenza dei soggetti migranti ed etnicamente diversi. Se tra gli anni Ottanta e Novanta, in Canada e in Francia, essa diventa oggetto privilegiato di interventi specializzati in salute mentale, questo capitolo intende mostrare come tale configurazione non rappresenti una fase di inizio, ma il momento del rimpatrio e della ri-articolazione post-coloniale di un nesso più antico. Il legame tra sofferenza psichica e differenza culturale trova infatti le proprie condizioni di verità nella lunga storia di produzione scientifica della

medicina e della psichiatria coloniali che, come si vedrà, daranno i natali all'etnopsichiatria e alla psichiatria transculturale post-coloniali che, a loro volta, offriranno solide basi teoriche ai dispositivi di mediazione presi in analisi.

Ricostruire questa genealogia permette di mettere in luce continuità e rotture tra i discorsi contemporanei della mediazione e quelle forme di sapere che, in fase coloniale, hanno contribuito a fissare l'alterità coloniale secondo un'asimmetria razzializzata. Dunque, con questa operazione di recupero genealogico non intendo valutare questi dispositivi in termini di efficacia clinica e nemmeno negare la rilevanza della cultura nel plasmare l'esperienza della sofferenza, ma interrogare criticamente i loro presupposti epistemici e il modo in cui essi hanno contribuito -e potrebbero continuare- a stabilizzare specifici rapporti di potere attraverso il linguaggio della sofferenza e della cultura.

## 2. Medicina e psichiatria coloniali

Se si vuole comprendere perché si pensi alla sofferenza dell'altro come culturalmente connotata, bisogna recuperare il momento in cui questo modo di identificare l'altro ha preso forma per la prima volta: la medicina e la psichiatria coloniali.

Non esiste categoria nosologica o eziologia relativa alla malattia mentale, non esiste forma del soffrire o tecnica terapeutica che non siano connesse al contesto storico-sociale e a precise dinamiche culturali (locali e globali), alle particolari organizzazioni sociali, economiche e familiari o ai nervi invisibili dell'immaginario collettivo. Ciò non significa annegare in un relativismo ingenuo: più semplicemente si vuole indicare dove cercare le matrici di intelligibilità (il senso) di un sintomo, di un sapere, di un gesto di cura, ma anche dei processi istituzionali che orientano e governano il destino e l'uso sociale della malattia, i suoi nomi e la sua produzione, quale che sia il contesto considerato. Etno-psichiatrie non sono, allora, solo le psichiatrie degli altri: anche la psichiatria e la psicologia occidentali, con le loro teorie e le loro strategie di intervento, lo sono in eguale misura (Beneduce 2007, 15).

Con queste parole Beneduce sottolinea, infatti, la necessità, per un'etnopsichiatria -e una pratica di mediazione, aggiungo io- critica che voglia curare senza reificare il soggetto della sofferenza, di interrogare costantemente il proprio posizionamento, riconoscendo riflessivamente come ogni sapere scientifico, pratica o categoria sia prodotto e veicolo di specifiche condizioni discorsive storiche, sociali e politiche che rendono certi modi di nominare, interpretare e trattare la sofferenza non solo possibili, ma anche legittimi e dominanti. Recuperare le matrici epistemiche dell'etnopsichiatria, riconosce l'autore, non è un esercizio nostalgico ma uno scavo necessario affinché bias razzializzanti di origine coloniale non continuino a operare nel presente. Fondamentale allora rivolgere un' «attenzione sistematica ai soggetti di questo sapere» (Beneduce 2007, 19) e alle relazioni che si instaurano tra soggetti e oggetti del discorso, poiché è proprio a questo livello che è possibile cogliere la circolazione del potere all'interno delle pratiche di conoscenza e di cura.

La medicina e la psichiatria coloniali francese e inglese si sviluppano in un dialogo serrato con la neonata antropologia evolucionista e hanno avuto un ruolo importante nell'innestarsi in un campo discorsivo già formato, all'interno del quale l'alterità è costruita come ontologicamente diversa e inferiore attraverso la reciproca interazione delle categorie di razza e cultura, contribuendo a tradurla e fissarla anche in termini clinici. Attraverso le loro produzioni scientifiche autorevoli, tali saperi scientifici hanno contribuito a ribadire la legittimità dell'alterità dentro rigide gerarchie razzializzate, intrecciando le pratiche di classificazione e cura con il governo biopolitico.

Sebbene il termine razza cominci solamente nel XVIII secolo ad essere associato alle differenze morfologiche e sociali registrate nelle popolazioni colonizzate, per poi ottenere piena legittimità scientifica nel XIX secolo, è a partire dalle conquiste spagnole alla fine del Quattrocento che prende avvio quella tipica operazione di alterizzazione dell'altro secondo la quale le popolazioni native vengono considerate e rappresentate in «funzione di "specchio"» negativo (Ricotta, Ruocco 2025, 87) al fine di affermare, secondo una logica di simultaneità dialettica, l'identità moderna europea e le sue forme culturali e sociali come simbolo e misura universali di progresso e civiltà. Ogni aspetto della vita sociale dei nativi assurge a marcatore di differenza investito di volta in volta di valore positivo o negativo, a seconda degli interessi e degli obiettivi materiali degli europei: popolazioni selvagge prossime a uno stato di natura escluso dalla coesistenza che fluttuano senza soluzione di continuità tra bestializzazione e infantilizzazione, tra dissipatezza morale da correggere e spontaneità ingenua da ammirare. Si tratta di quel processo che Said definirà *Othering* (Said 1978) cioè l'idea per cui le differenti rappresentazioni che l'Europa ha prodotto sull'alterità nei più svariati campi di produzione come letteratura, scienze umane, filosofia o racconti di viaggio non consistono in mere descrizioni ma in un folto archivio simbolico reso possibile dalla posizione di potere e dominio dell'uomo europeo che disponeva delle popolazioni delle colonie tanto materialmente quanto narrativamente. Questo ampio corpus discorsivo, però, non si deve pensare nasca *a posteriori* ma, piuttosto, emerge e opera sin dall'inizio, come appena visto, in maniera persistente e diffusa al fine di legittimare

e giustificare l'egemonia politica europea. E' questa declinazione che Homi Bhabha (Bhabha 1994) esprime con il concetto di «discorso coloniale», quell'insieme eterogeneo ma coerente di rappresentazioni, simboli, pratiche e saperi che hanno organizzato storicamente l'esperienza e il mantenimento delle strutture simboliche e materiali del progetto coloniale secondo l'asimmetria Sé-Altro, tanto nei territori colonizzati quanto nelle metropoli europee. A differenza di una concezione puramente testuale, il discorso coloniale viene inteso da Bhabha come una pratica materiale di produzione dei soggetti colonizzati e dell'organizzazione sociale, politica ed economica del dominio coloniale. La funzione strategica principale del discorso coloniale non sarebbe, pertanto, semplicemente descrittiva, ma generativa e biopolitica: attraverso la proliferazione di «immagini dei colonizzati descritti come tipi appartenenti a popolazioni imperfette, inferiori o anche degenerate» (Bhabha 1994 in Ricotta, Ruocco 2025, 158-159), il discorso coloniale produce «uno *spazio materiale* adatto al controllo delle popolazioni assoggettate» (*ivi*). In questo senso, il discorso coloniale non è solo derivazione del potere europeo, ma condizione fondamentale della sua esistenza, veicolo di rappresentazioni e conoscenze che, dalla scienza alla letteratura, dall'arte al senso comune, dall'economia alla politica, contribuisce a legittimare l'egemonia europea attraverso la naturalizzazione delle differenze e delle gerarchie. Centrale nel discorso coloniale è sicuramente la produzione della categoria della razza, inaugurata dalla celebre classificazione dell'umanità presentata da Linné nel *Sistema della natura* (1735): razza bianca europea (razionale ed equilibrata), razza nera africana (pigra e capricciosa), razza rossa americana (irascibile e orgogliosa) e razza gialla asiatica (malinconica e resistente). Il concetto di razza non fa altro che naturalizzare immaginari razziali già in costruzione da almeno due secoli, fissando nel segno fisico l'autoevidenza di una naturale differenza e inferiorità che riorganizza etnocentricamente l'intera umanità. Nell'Europa positivista il concetto di razza troverà una sistematizzazione teorica stabile grazie a opere emblematiche come, ad esempio, l'*Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853–1855) di de Gobineau in cui la dichiarata superiorità della

razza bianca fornisce la giustificazione scientifica al dominio coloniale europeo e alla sua missione civilizzatrice (Larchanché 2010, 51).

Qui entra in gioco la neonata disciplina antropologica che contribuisce a riorganizzare la differenza tra i gruppi umani in termini culturali, adottando la prospettiva evuzionista del darwinismo sociale. Autori come Edward B. Tylor, a cui si deve peraltro la prima definizione antropologica di cultura, concepiscono le differenze non come biologicamente innate ma come emanazione di specifici stadi di sviluppo collocati lungo una scala evolutiva universale che va dalla primitività alla civiltà. Sebbene ciascuno stadio corrisponda a forme di organizzazione sociale, credenze e pratiche variabilmente complesse, la cultura è un insieme di istituzioni cumulativo e incrementabile che può accrescersi guadagnando in complessità così da permettere anche ai gruppi più arretrati di raggiungere, per mezzo della guida europea, il moderno stadio della civiltà. Nel momento esatto in cui tali differenze vengono collocate entro una sequenza evolutiva, la rappresentazione dell'alterità culturale viene strappata dalla coesione europea attraverso una manipolazione "schizogenica" del tempo che dissocia quello dell'osservatore da quello dell'osservato (Fabian 1983), riproducendo così rapporti di disuguaglianza che investono anche le modalità di pensiero. In questo quadro, infatti, il pensiero "primitivo" viene interpretato come una fase arcaica dell'evoluzione mentale dell'essere umano, caratterizzata da animismo, magia e da una presunta difficoltà nel distinguere tra naturale e soprannaturale. Lévy-Bruhl radicalizza questo assunto contrapponendo a una "mentalità primitiva" fondata sulla partecipazione mistica quella razionale e logica europea e suggerisce una corrispondenza diretta tra differenza culturale e cognitiva che sembra riproporre una logica razzializzante, agganciando cultura e biologia.

In questo ricco humus discorsivo prende le mosse la psichiatria coloniale. L'ambivalenza del suo operato è perfettamente colta da Beneduce quando nota che essa opera su due livelli: se da un lato la filantropia e la ragione scientifica la spingono a introdurre nelle colonie forme di assistenza all'avanguardia per occuparsi di popolazioni considerate oppresse da stadi evolutivi arretrati, dall'altro è evidente la funzione politica delle categorie diagnostiche e dei modelli interpretativi

nel favorire e riprodurre l'ordine coloniale. La psichiatria coloniale, infatti, ha sviluppato un ricco linguaggio tecnico utile a inquadrare e gestire medicalizzando questioni centrali per le amministrazioni coloniali come la differenza culturale o la possibilità di trasformazione sociale e politica delle popolazioni coloniali, finendo per tradurre in malattia, devianza o in tipologie della personalità e della psiche razzialmente connotate conflitti sociali, comportamenti religiosi, pratiche culturali e atteggiamenti individuali, a conferma della fondatezza del governo coloniale (Vaughan, 2007 in Larchanché 2010, 54). Ciò ha permesso ad alcuni studiosi di comparare la psichiatria coloniale a un vero e proprio «organo militare» (Keller 2007 in Larchanché 2010, 55) «agli ordini» (Sibeud 2002 in Beneduce 2007, 56) del progetto e delle pratiche imperialistiche di assoggettamento e gestione. Emblematici in questo senso sono il caso francese della Scuola di Algeri guidata da Porot e, sul versante britannico, il contributo dello psichiatra Carothers.

La scuola di Algeri costituisce nel panorama francese un punto di riferimento senza paragoni. Per tutta la prima metà del Novecento lo psichiatra Porot (1876-1965), forte della sua attività a Tunisi e poi ad Algeri, seguirà a riservare per le popolazioni nordafricane interpretazioni razzializzanti e patologizzanti che incideranno profondamente la psichiatria coloniale e, in generale, l'immaginario pubblico francese, tanto che, come nota Larchanché, nella Francia contemporanea persiste la tendenza a sovrapporre indiscriminatamente le categorie di nordafricano, algerino, arabo e musulmano, riattivando nei confronti delle persone con background migratorio vecchie caratterizzazioni razziali (Larchanché 2010, 57). Secondo Porot, l'indigeno nordafricano si distingue per una mentalità primitiva debole «regolata dal diencefalo» (Porot 1935 in Beneduce 2007, 63) che lo predispone a mutevolezza, contraddittorietà, passività, indifferenza all'avvenire e fatalismo, suggestionabilità, fanatismo fino a istinti fisici aggressivi e caotici; un profilo cognitivo e comportamentale che, secondo lui, richiede necessariamente l'implementazione del controllo dell'ordine pubblico, di educazione e civilizzazione.

Non meno significativo è il lavoro dello psichiatra Carothers (1903-1989) nell'esplicitare l'intreccio tra sapere psichiatrico e governo. Su

mandato diretto del *Committee to Inquire into the Sociological Causes and Remedies for Mau Mau*, a Carothers è richiesto di indagare l'origine e il significato del movimento anticolonialista dei Mau Mau in Kenya e di suggerire rimedi. La ribellione armata non viene letta come legittima rivendicazione di soggettività politica ma come il risultato della combinazione tra fragilità emotiva e disorientamento culturale. Le strutture magico-rituali tradizionali africane sono pensate, infatti, come dispositivi capaci di contenere l'ansia e l'incertezza derivate dalle condizioni di vita difficili, generando una forma di precario equilibrio. A seguito del contatto con gli europei, il disfacimento delle strutture tradizionali e l'invidia per le forme di potere bianche unitamente alla tendenza culturale a proiettare colpe e responsabilità su entità esterne, determinano che il caos psicologico irrompa automaticamente in violenza verso gli europei, unico capro espiatorio a loro disposizione considerata la disgregazione culturale dei tradizionali spiriti malevoli. Non sorprende che la diagnosi psichiatrica si accompagni a una prescrizione terapeutica eminentemente biopolitica: la riabilitazione dei soggetti coinvolti che consiste nella proposta di villagizzazione lontana dagli effetti destabilizzanti della città si rivela una strategica tecnica di disciplinamento che mentre ristabilisce la produttività di corpi, garantisce continuità a controllo sociale ed egemonia. Come nota lucidamente McCulloch,

Con la monografia di Carothers la scienza etnopsichiatrica entra formalmente nell'arena dell'azione politica. *The psychology of Mau Mau* mostra come l'etnopsichiatria si adatti alle elaborazioni e alle credenze della gran parte dei coloni sugli africani. Era una scienza capace di fornire una definizione strettamente gerarchica della natura umana, nel senso che era una scienza le cui le parole d'ordine corrispondevano perfettamente alle strutture della società coloniale (McCulloch 1995 in Schirripa 2003, 376-377).

Entrambi gli esempi, in definitiva, dimostrano chiaramente come la psichiatria coloniale non si limiti a studiare l'alterità per fini terapeutici, ma, attraverso il linguaggio medico, la produca attivamente come oggetto di controllo. La sistematica classificazione delle differenze, l'etichettamento di attitudini e stili di comportamento e gli sforzi di fissare

le peculiarità dell'“anima primitiva” tradiscono una meticolosa operazione di costruzione del soggetto africano come un'alterità intrinsecamente vulnerabile, instabile, strutturalmente predisposta al disordine e, conseguentemente, alla tutela esterna; tratti caratteristici di una vera e propria amministrazione biopolitica dell'alterità coloniale che occulta le dimensioni storiche e sociali della sofferenza generata dalle relazioni di potere coloniali, sublimando il conflitto.

Sarà lo psichiatra martinicano Frantz Fanon (1925-1961) a ristoricizzare la sofferenza psicologica dei pazienti magrebini immigrati in Francia e dei pazienti incontrati negli ospedali psichiatrici in Algeria e Tunisia. Evidenziando la connessione intima e controversa tra potere, corpo e identità nelle esperienze dei soggetto colonizzati, Fanon dichiara come la negazione sistematica dell'altro attraverso un concerto discorsivo razzializzante e disumanizzante, esponga i soggetti colonizzati a incorporare una condizione di inferiorizzazione e alienazione che obbliga costantemente a problematizzare la propria identità, a partire dal livello epidermico del colore della propria stessa pelle. Se è il «corpo, attraverso la pelle, a *secernere la razza*» (Grechi 2016, 103), è quello stesso corpo agitato da spasmi, tensioni muscolari e «sogni di azione, aggressivi» (Fanon in Beneduce 2007, 92) a comunicare sovversivamente la «natura politica della malattia» (Lock, Scheper-Hughes 1996, 67, traduzione mia). Parafrasando il contenuto della lettera di dimissioni dall'ospedale di Blida-Algeri, Vergés registra lucidamente la posizione anticolonialista di Fanon:

Dal momento che ‘la follia è uno dei modi che l'uomo ha di perdere la sua libertà’ e il colonialismo consiste nella sistematica organizzazione della sua deprivazione, la cura risulta impossibile finché lo psichiatra non si metta a servizio della lotta per la decolonizzazione (Vergés in Larchanché 2010, 65, traduzione mia).

### 3. Psichiatria post-coloniale e la nascita dell'etnopsichiatria

Bisogna attendere il processo di decolonizzazione e le indipendenze africane perché la psichiatria inizi a interrogarsi in modo epistemologicamente più critico e sistematico sul ruolo della differenza culturale nell'esperienza di sofferenza e nelle pratiche di cura. Nel clima politico e culturale del nazionalismo africano e della *négritude*, le esperienze pionieristiche di T. Adeoye Lambo (1923-2004) e Henri Collomb (1913-1979) segnano una discontinuità significativa rispetto alla psichiatria coloniale poiché, riabilitando i sistemi medici tradizionali e le eziologie locali della sofferenza, propongono modelli di assistenza integrati che si distaccano dalla logica custodialistica del manicomio e dai protocolli biomedici e coinvolgono pratiche e semantiche locali.

Lambo, psichiatra nigeriano formato in Inghilterra, svilupperà la propria idea di «sincretismo metodologico» (Lambo in Beneduce 2007, 149) avviando nel 1954 ad Aro, in Nigeria, il modello del villaggio terapeutico, una forma di assistenza residenziale fondata sull'idea che l'integrazione combinata di sostegno comunitario, familiare e medicina yoruba costituisca una risorsa terapeutica centrale per la guarigione della persona che può, così, curarsi recuperando legami, linguaggi, gesti e simboli sociali a lui familiari. Similmente, Collomb crea a Dakar la Scuola di Psichiatria di Fann fondata su un approccio terapeutico interdisciplinare che metta in dialogo psichiatria, psicologia, filosofia e antropologia, per sviluppare pratiche cliniche collettive sensibili ai contesti culturali locali. Animato dalla convinzione che l'etnopsichiatria sia «il modo in cui società e culture si difendono contro la follia» (Collomb in Beneduce 2007, 153), Collomb riorganizza radicalmente l'assistenza clinica offerta all'ospedale di Fann, ad esempio preferendo alle visite settimanali in corsia e al colloquio con il paziente incontri periodici pubblici secondo i modelli assembleari locali in cui personale, pazienti, familiari e guaritori si riuniscono in uno spazio condiviso di ascolto e negoziazione di rappresentazioni e significati che attraverso la sofferenza del singolo, realizza la ricomposizione simbolica dell'equilibrio per l'intero gruppo. Queste esperienze, nel complesso, hanno il valore inedito di sottrarre la

cura della sofferenza mentale alla sola funzione di controllo delle popolazioni, aprendosi a concezioni relazionali e socialmente situate della malattia. Tuttavia, come recentemente rileva criticamente Edmond Ortigues, filosofo tra i collaboratori di Collomb, tali approcci promuovono la differenza culturale in forme essenzializzanti e prescrittive, finendo per ridurre i soggetti ad appartenenze etniche e culturali mistificanti:

L'etnopsichiatria è una tecnica di psicoterapia fortemente prescrittiva: essa attribuisce sia l'etnicità che una tipologia etnica, mentre il rapporto che un individuo ha con le sue tradizioni può essere estremamente variabile. E' una caratteristica costante del culturalismo quella di imprigionare le persone nelle loro tradizioni. Quando norme culturali o credenze tradizionali sono introdotte in modo volontario e artificiale nel contesto della consultazione, esse diventano desocializzate e assumono un carattere ideologico (Ortigues in Larchanché 2010, 70, traduzione mia).

Rafforzando una concezione positivista di cultura intesa come sistema normativo chiuso, omogeneo e indiscriminatamente condiviso, queste prime sperimentazioni rischiano di conservare quelle logiche di classificazione e gerarchizzazione dell'alterità già operative nel discorso coloniale a cui Bhabha faceva riferimento. In questo senso, la mobilitazione clinica della categoria di cultura e, nello specifico, di cultura tradizionale, mostra la persistenza di un «paradigma primitivistico» (Beneduce 2007, 28) che riattiva grammatiche razzializzanti nelle quali l'Altro è prodotto come figura ontologicamente differente, fissa e conoscibile in funzione alla stabilizzazione del Sé europeo come misura implicita di normalità. È in questo quadro che risulta particolarmente utile la definizione aggiornata che Miles e Brown (2003) danno di razzializzazione, intesa come un «processo dialettico di significazione» (Baldwin 2013, 1477, traduzione mia) attraverso il quale l'attribuzione di senso all'Altro implica sempre la co-produzione del Sé. Così intesa, la razzializzazione non opera esclusivamente attraverso marcatori fenotipici, ma può attivarsi mediante qualsiasi tratto differenziale reso estraneo a quel sistema di valori associato alla «whiteness» (Kobayashi 2003 in Baldwin 2013, 1477), intesa non come evidenza fenotipica ma come soggettività storicamente costruita in

relazione a una posizione di egemonia, privilegio, neutralità e universalità. Nel caso dei modelli proposti da Lambo e Collomb, la mobilitazione clinica delle tradizioni culturali come oggetti di interesse non nomina esplicitamente soggetti razziali ma convoca, implicitamente, la dicotomia *whiteness/blackness*: la razzializzazione non opera più esplicitamente per fenotipi biologici<sup>1</sup> ma viene riassorbita dalla culturalizzazione, cioè dall'attribuzione di differenze culturali che essenzializzano e naturalizzano l'altro come Alterità assoluta non moderna, esclusa dalla coesistenza europea. In definitiva, come si vedrà in apertura al capitolo successivo, la valorizzazione della differenza culturale continuerà a mostrare tutta la sua rischiosa ambivalenza e contraddittorietà anche negli sviluppi etnopsichiatrici più recenti che, depistando dalla potenza riflessiva dell'affondo storico e politico di Fanon, attireranno le critiche severe dell'antropologia.

La sistematizzazione di un'etnopsichiatria epistemologicamente e metodologicamente strutturata e autonoma si deve al lavoro di George Devereux (1908-1985). Tematizzando lucidamente l'azione perturbante dell'etnocentrismo inscritto nei modelli teorici e nelle pratiche dello studioso e del clinico sulla realtà osservata e nella relazione terapeutica - riflesso di un'operazione di difesa e rimozione collettive dell'angoscia dell'incontro- lo psicanalista ungherese assume esplicitamente una posizione anti-culturalista mettendo in guardia rispetto al «narcisismo delle piccole differenze» (Beneduce 2007, 126) che spesso induce il clinico a oggettivare le differenze culturali, ora negandole ora enfatizzandole, fino a farne il principio esplicativo dominante della sofferenza di persone appartenenti a minoranze e gruppi etnici. A tal riguardo, l'elemento maggiormente innovativo del suo contributo è la formulazione del principio del complementarismo, metodologia operativa per cui cultura e psiche non possono essere considerate separatamente ma si implicano reciprocamente nell'esperienza soggettiva. Da qui la

---

<sup>1</sup> Negli anni del secondo dopo guerra, soprattutto dopo lo sterminio nazista degli ebrei, la categoria di razza verrà scientificamente decostruita e squalificata grazie agli sforzi congiunti di differenti ambiti disciplinari, primo fra tutti la genetica.

necessità di un dialogo rigoroso tra psicoanalisi ed etnologia, non simultaneo ma articolato in tempi e livelli differenti, capace di evitare tanto il riduzionismo psicologico quanto quello culturalista. Tale dialogo è reso possibile dalla distinzione fondamentale operata da Devereux tra Cultura (o metacultura) e culture: se la prima intende la condizione umana universale di fare esperienza della realtà attraverso sistemi simbolici socialmente prodotti, con culture si riferisce alle configurazioni storiche in cui tale condizione si esprime localmente. Questa distinzione consente allo psicoanalista di riferirsi alla cultura d'origine del paziente non come matrice sovra-determinante della sua patologia ma come leva transitoria per accedere alle dinamiche universali della psiche, preservando la singolarità del soggetto e sottraendo la clinica al rischio di reificazione del soggetto in appartenenze etniche rigidamente definite.

Tuttavia, come si affronterà nel capitolo successivo, l'equilibrio teorico raggiunto da Devereux si rivelerà fragile negli sviluppi successivi dell'etnopsichiatria. In un mutato contesto sociopolitico che dalle periferie si sposta al centro, dalle colonie all'Europa dei flussi migratori post-coloniali, delle politiche restrittive e del razzismo, il rapporto tra antropologia e psichiatria sarà attraversato dalle tensioni avviate, nel primo decennio del Duemila, dal confronto tra Tobie Nathan e Didier Fassin. Esso suggerirà le coordinate minime per l'esercizio di analisi discorsiva dei due manuali relativi alla consultazione culturale canadese (Kirmayer et al. 2020) e alla pratica di mediazione etnoclinica (Bouznaah, Lewertowski 2019), accompagnando il ragionamento fino alla chiusura con la nostra contro-proposta teorica.

## **CAPITOLO II**

*Il contributo critico dell'antropologia alla relazione  
tra sofferenza e differenza culturale*

## **1. Gli estremi di un dibattito contemporaneo: antropologia politica e le implicazioni dell'etnopsichiatria**

Nell'articolo «Les politiques de l'ethnopsychiatrie» pubblicato su *L'Homme* nel gennaio del 2000, l'antropologo politico Didier Fassin sceglie un sottotitolo eloquente che non lascia spazio a equivoci: «La psiche africana dalle colonie francesi alle *banlieues* parigine» (traduzione mia). Tirando un asse spazio-temporale immaginario che parte dall'ospedale psichiatrico di Mathari, a Nairobi, diretto dal 1938 da Carothers e raggiunge la contemporaneità della *banlieue* parigina di Saint-Denis, Fassin, prende in analisi il modello clinico che l'etnopsichiatra Tobie Nathan sviluppa nel suo lavoro rivolto alle persone con background migratorio per sferrare un duro attacco all'intero impianto teorico della disciplina. Allievo di Devereux, Tobie Nathan, nella lettura che ne dà Fassin, reitererebbe sotto il segno dell'essenzializzazione culturale persistenti logiche di differenzialismo etnico che ripresentano i medesimi effetti razzializzanti e biopolitici impliciti alla psichiatria coloniale. In breve, come riassunto efficacemente da Pino Schirripa (Schirripa 2003), il modello clinico proposto da Nathan mira a rompere il setting psicoterapeutico occidentale tradizionale, fondato sulla relazione duale terapeuta-paziente, per sostituirlo con uno spazio terapeutico plurale e simmetrico ispirato all'integrazione sperimentale di Collomb dei setting collettivi praticati in certe terapie tradizionali africane. Le sedute, infatti, si svolgono alla presenza di più co-terapeuti di diversa origine culturale e linguistica, vere e proprie «mediazioni viventi» (Nathan in Schirripa 2003, 373) in quanto formati nelle discipline psicologiche occidentali e, al contempo, portatori di saperi terapeutici legati ai propri contesti di provenienza; similmente, il paziente può essere accompagnato da familiari o membri della propria comunità di riferimento. In questo spazio clinico organizzato per essere «pluriteorico» (*ivi*) e privo di gerarchie simboliche, tutti i partecipanti intervengono attivamente dal momento che ogni interpretazione del disagio ha pari dignità; intenzione di negoziazione,

quest'ultima, sicuramente di rilievo per provare a riequilibrare i ruoli di potere inscritti nelle relazioni terapeutiche (Kleinman 1978) ma, come si vedrà a breve, non sufficiente a riscattare il dispositivo da dinamiche di potere di altra natura. Di fondamentale importanza al processo è il coinvolgimento della lingua materna del soggetto, considerata dispositivo fondamentale nella costruzione dell'identità personale e, per osmosi, di accesso al senso della sofferenza presa in carico. In questa maniera, Nathan punta a creare una dinamica clinica in grado di passare «incessantemente da un'area culturale all'altra» (Nathan in Schirripa 2003, 373). Queste informazioni minime sul modello di Nathan sono sufficienti a dare un'idea del trattamento che egli riserva al concetto di cultura: un sistema chiuso e omogeneo di semantiche e disposizioni interiorizzato nella struttura psichica del singolo, ugualmente chiusa, estraibile ed esplorabile. La cultura d'origine è una matrice che sostanzia l'apparato psichico e identitario del soggetto e lo mantiene in un equilibrio omeostatico. Come scrive Fassin in un altro articolo del 1999 dal titolo «*L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*»,

[Nathan] stesso offre la seguente definizione: "La cultura è un sistema psicosociologico, non biologico, ma funzionalmente molto paragonabile a una specie biologica" (IG, p. 175). Questa è completata da un'altra definizione: "Una cultura è un'organizzazione trasportabile dell'universo che consente a ciascun membro di una data società di percepire il mondo come autoevidente, come naturale" (IG, p. 179). In breve, una teoria letterale del bagaglio culturale (Fassin 1999, 154, traduzione mia).

E Nathan prosegue:

“Creare un piccolo essere umano non è in alcun modo riducibile a un'operazione biologica. È sempre un'operazione culturale complessa che produce non solo un essere umano, ma un piccolo Soninke, Bambara o Wolof” (IG, p.179) (Nathan in Fassin 1999, 155, traduzione mia)

La condizione umana più naturale, pertanto, è quella culturale condivisa omogeneamente per via della medesima provenienza etnica. Fassin, infatti, argomenta che

È proprio questa nozione [di cultura] a giustificare la segregazione etnica. L'ossessione per la chiusura è, a questo proposito, tanto notevole quanto il leitmotiv della separazione: la cultura è una realtà chiusa, indivisibile, non condivisibile, ed è per questo che le culture devono essere distinte, separate, isolate da confini impermeabili. In questa nuova lotta tra razze non avviene alcuno scambio culturale. (Fassin 1999, 155, traduzione mia)

L'antropologo non parla di «segregazione etnica» e «ossessione per la chiusura» casualmente, ma si riferisce ad alcune dichiarazioni controverse dell'etnopsichiatra, secondo il quale, appunto,

Bisogna consentire alle famiglie di rimanere nei loro quadri culturali per tutto il tempo necessario. In questo modo, risparmieremo alle seconde generazioni, più di quanto siamo attualmente in grado di fare, di sprofondare nella delinquenza, nella tossicodipendenza o, peggio ancora, nell'ideologia [...] È vergognoso che, nella nostra società, i migranti siano infelici a causa della mancanza di rispetto per le loro culture d'origine (Nathan in Fassin 2000, 244)

Fassin, nel complesso, sostiene che, ad essere problematiche non siano esclusivamente le dichiarazioni di Nathan, ma, piuttosto, il nesso stesso sofferenza psichica-differenza culturale a fondamento dell'etnopsichiatria e della sua legittimità scientifica. Anche negli sviluppi più recenti e riflessivi, l'etnopsichiatria non riuscirebbe, secondo Fassin, a redimersi da un impianto epistemologico fin dalle origini compromesso: come egli ricorda, citando McCulloch, «il colonialismo europeo ha fornito il quadro sociale per l'etnopsichiatria, ed è impossibile separare la storia della professione dall'impresa coloniale» (Fassin 1999, 171, traduzione mia).

Per meglio comprendere il «peccato originario dell'etnopsichiatria» (Schirripa 2003, 377), è utile tornare all'articolo del 1999 in cui l'antropologo si interroga sulle ragioni per le quali la clinica etnopsichiatrica contemporanea goda di un inedito riconoscimento pubblico, accademico e istituzionale, fatto decisamente paradossale se si considera il contesto francese, storicamente improntato a un universalismo costituzionale che sospende ogni rivendicazione della differenza culturale.

Secondo Fassin, appunto, un tale seguito sarebbe spiegabile alla luce di quei due processi intrinseci distintivi dell'intero impianto teorico della disciplina e che puntualmente comprometterebbero l'intero progetto: la culturalizzazione e la psicopatologizzazione. Essi renderebbero possibile, sul piano clinico, la gestione delle difficoltà e dei disordini sociali legati alla popolazione immigrata, un ambito rispetto al quale le autorità pubbliche e le istituzioni sociali e sanitarie «prestano poca attenzione o, quando intendono intervenire, non sanno come procedere» (Fassin 1999, 167, traduzione mia).

Nel primo caso, la culturalizzazione consiste nella produzione di un soggetto d'esperienza destoricizzato e naturalizzato in termini di appartenenza culturale. Tale operazione genera, secondo Fassin, quattro forme principali di violenza simbolica. In primo luogo, il soggetto viene sottratto a una dimensione universale poiché è riconosciuto esclusivamente come portatore di differenza, non come parte di un comune orizzonte umano. Simultaneamente, questa riduzione annulla la sua singolarità dal momento che la cultura è trattata come una matrice fissa e omogenea che esaurisce l'agency individuale in modelli identitari standardizzati. In terzo luogo, secondo quel principio di manipolazione schizogenica del tempo già incontrato nel capitolo precedente, il soggetto viene rappresentato secondo una razionalità ontologicamente altra, esotizzata, che lo esclude dall'accesso alle forme di pensiero e di azione associate alla modernità. Infine, e soprattutto, la culturalizzazione oscura la sua posizione storica e sociale, rendendo invisibili le condizioni materiali, economiche e giuridiche che strutturano concretamente l'esperienza di molti soggetti con background migratorio.

La psicopatologizzazione interviene, invece, una volta che il soggetto sia già stato culturalizzato, riconducendo la sua sofferenza a un presunto maladattamento tra sistemi culturali in competizione. Se, nell'impianto etnopsichiatrico, la cultura non solo spiega la psiche ma tende a coincidere con essa, il confronto asimmetrico tra cultura d'origine e cultura occidentale viene interpretato come fonte di disturbi psichici inevitabili. Se, tanto nel contesto coloniale quanto in quello di immigrazione, tale frizione culturale è letta come la causa di comportamenti patologici, ne consegue che il compito del terapeuta sia

quello di sanare questa frattura intrapsichica e di ricondurre il soggetto all'originaria condizione di omeostasi mobilitando la potenza simbolica di quella cerchia invisibile «dei feticci e delle divinità» (Fassin 1999, 161, traduzione mia) che fonda l'integrità psichica e identitaria.

In definitiva, riprendendo il confronto con la psichiatria coloniale di Carothers, Fassin sottolinea come quest'ultimo e Nathan condividano due tratti fondamentali. Da un lato, entrambi culturalizzano un tipo di sofferenza eminentemente sociale traducendola in un conflitto intrapsichico che nega coevità e storicità al soggetto con effetti fortemente razzializzanti. Il culturalismo, infatti, nella sua enfasi sulla differenza culturale si presenta come opposto al razzismo solo in apparenza, limitandosi semplicemente a riassorbire nella categoria di cultura la funzione differenzialista e gerarchizzante di quella della razza (Fassin 2000, 246). Inoltre, tale operazione di de-socializzazione della sofferenza mette a disposizione delle istituzioni un apparato teorico facilmente traducibile in una vera e propria «biopolitica dell'alterità» (Fassin 2001), uno strumento efficace per la de-politicizzazione e il controllo locale di questioni sociali complesse come possono esserlo quelle relative alle condizioni della popolazione immigrata.

Come osserva lucidamente Fassin,

Laddove gli etnopsichiatri dionisiaci ricercano feticci e divinità, i pazienti non hanno più nessuno con cui parlare delle loro difficoltà sociali. L'etnopsichiatria non è solo un'altra istituzione che ignora questa realtà; è soprattutto quella attorno alla quale si organizza il silenzio, quella che permette ad altre istituzioni di voltarsi dall'altra parte, convinte di fare la cosa giusta, quella che legittima il loro disimpegno a favore di un approccio individualizzato e culturalista (Fassin 1999, 169, traduzione mia).

L'etnopsichiatria, in definitiva, dalle colonie britanniche fino alla Francia repubblicana, legittimata dal *topos* etnocentrico dell'assoluta diversità dell'altro a fondamento tanto del discorso scientifico quanto dell'immaginario pubblico occidentale, offre alle istituzioni una strategica modalità di lettura e gestione dei rapporti sociali di disuguaglianza in termini di psicopatologia e cultura, contribuendo così a «una rassicurante sublimazione della conflittualità che è principio della politica» (Fassin

2000, 248, traduzione mia). Una logica circolare tra sapere e potere, sottolinea Fassin, in cui tutti gli attori in gioco trovano reciproco vantaggio non in virtù di calcoli intenzionali o strategie machiavelliche - a maggior ragione nella contemporanea Francia Repubblicana- ma di una felice convergenza tra complessità dei processi sociali e soluzioni istituzionalmente praticabili. Ad ogni modo il nesso sofferenza psichica-differenza culturale si riconferma genealogicamente in tutta la violenza simbolica e materiale originaria, prendendo direttamente parte alla dissimulazione e riproduzione della violenza strutturale cui sono esposte le persone con background migratorio.

A partire da questo spunto critico, ritengo allora necessario interrogare anche l'impianto discorsivo dei due dispositivi al centro di questo contributo: la Mediazione Etnoclinica elaborata da Bouznah e la Consultazione Culturale canadese di Kirmayer e Gudzer, i cui assetti teorici e operativi originano dagli sviluppi in campo etnopsichiatrico di Deverux, Nathan e Moro (Kirmayer et al. 2020, 134; Bouznah, Lewertowski 2019, 24). Analizzarne come il nesso tra sofferenza-differenza culturale viene sviluppato nei testi mi permetterà di esplorare quale tipo di soggetto di sofferenza producono e che tipo di posizione esso assume in relazione a chi parla, per provare a valutare se, similmente, persistono potenziali effetti razzializzanti e biopolitici.

La sezione successiva consisterà pertanto in un breve esercizio di analisi del testo dei due volumi di riferimento: *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale* (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020) e *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire* (Bouznah, Lewertowski 2019).

Per un affondo teorico che discuta approfonditamente funzionamento tecnico e applicabilità dei dispositivi di Consultazione Culturale e Mediazione Etnoclinica, rimando al contributo della mia compagna di stage Maria *I Dispositivi di Consultazione culturale e di Mediazione Etnoclinica come pratiche all'interno di servizi che aspirano ad essere culturalmente plurali.*

## 2. Esercizio di analisi critica del testo

Per affinità di contesto geografico, sociale e politico con la discussione sviluppata da Fassin decido di partire prendendo in analisi il dispositivo di Mediazione Etnoclinica presentato nel volume scritto a quattro mani da Bouznah e Lewertowski *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire*.

Le premesse generali del progetto di Mediazione Etnoclinica esposte da Bouznah e Lewertowski si inscrivono esplicitamente nel solco dell'antropologia medica critica. Esse richiamano aggiornamenti teorici ormai consolidati secondo i quali la malattia non consiste in un dato puramente biologico ma è un'esperienza socialmente costruita che «esiste solo per l'interpretazione che ne viene data» (Bouznah e Lewertowski 2019, 23) e, inoltre, medici e pazienti sono portatori di modelli esplicativi differenti, la cui mancata negoziazione può produrre situazioni di impasse terapeutica (Bouznah e Lewertowski 2019, 24). In questa prospettiva, per gli autori risulta fondamentale riconoscere il paziente come un “esperto” della propria esperienza di sofferenza pienamente legittimato a rivendicare ed esercitare quel «diritto al significato» (Quaranta, Ricca 2012) a fondamento della relazione terapeutica, da intendersi come spazio di co-costruzione e negoziazione di significato che rompa con un assetto strutturalmente asimmetrico (Bouznah e Lewertowski 2019, 26). Gli autori insistono, infatti, sulla necessità di superare quel pensiero binario che oppone «la verità incontestabile del discorso medico e scientifico alla parola del malato» (Bouznah e Lewertowski 2019, 20), riconoscendo che, in tale confronto, «i vinti appartengono sempre allo stesso campo» (*ivi*). Intenzioni, queste, senza dubbio condivisibili. Tuttavia, è proprio nel modo in cui questa critica viene articolata che emerge un primo slittamento. La sofferenza del paziente migrante viene infatti iscritta quasi esclusivamente entro il registro semantico del senso e della significazione mentre resta sostanzialmente assente qualsiasi interrogazione delle condizioni storiche, materiali e sociali che strutturano tali esperienze. Il dispositivo, quindi, sembra riconoscere il paziente come soggetto produttore di senso ma non come soggetto storicamente e socialmente situato.

Questo slittamento diventa particolarmente problematico nel modo in cui il cosiddetto «fatto culturale» viene convocato all'interno del dispositivo. Pur dichiarando esplicitamente di non voler «ridurre una persona alla sua cultura» (Bouznah e Lewertowski 2019, 20) e di rifiutare una posizione culturalista ritenuta «semplicistica e poco feconda per pensare la complessità dei rapporti umani» (*ivi*), il trattamento riservato alla persona con background migratorio finisce per produrre un soggetto fortemente culturalizzato. Mentre l'appartenenza culturale del medico è ricondotta al sapere biomedico e dunque rimane circoscritta a un'affiliazione professionale, parziale nonché reversibile, l'appartenenza culturale del soggetto migrante sembra esaurirne la persona, chiamando in causa lingua materna, cosmologie, reti familiari e appartenenze simboliche. Non a caso, infatti, la lingua materna viene descritta come la chiave per accedere al senso che il soggetto attribuisce a eventi come malattia, sofferenza e morte, rafforzando l'idea di un soggetto integralmente assorbito dalle proprie affiliazioni originarie. La sua parola è ancorata a modelli esplicativi inscritti in «sistemi di pensiero complessi propri a un gruppo» (Bouznah e Lewertowski 2019, 22) che «rispondono a schemi culturali, a volte molto antichi» (*ivi*) e che spesso coinvolgono «legami con i loro morti o i loro santi protettori» (*ivi*). La corrispondenza tra soggetto e appartenenza culturale assomiglia a quell'idea di cultura come matrice totalizzante originaria caratteristica del lavoro di Nathan, al quale gli autori riconoscono esplicitamente il merito di aver riabilitato dignità ed efficacia delle medicine tradizionali nello spazio delle consultazioni cliniche. Tuttavia, anche quando tali pratiche vengono dichiaratamente riscattate dai pregiudizi di “folklore” o di “credenze retrograde”, esse sono simultaneamente dichiarate rappresentare «La realtà delle famiglie» (*ivi*, corsivo mio), finendo per collocare il paziente, le cerchie sociali di riferimento e, per estensione, il luogo d'origine, in un altrove esotico che sembra proprio rinnovare quel “paradigma primitivistico” di matrice coloniale già incontrato nel capitolo precedente. D'altro canto, già il titolo stesso del volume *Quando gli spiriti incontrano i medici* suggella quelle opposizioni ontologiche noi/loro, tradizione/modernità attraverso le quali il «discorso coloniale» (Bhabha 1994) ha storicamente organizzato la rappresentazione dell'alterità.

In questo senso, il dispositivo di mediazione, pur presentandosi nell'intenzione come spazio di riscatto e negoziazione del senso della sofferenza, sembra ugualmente attraversato e sostanziato da una forma di potere razzializzante per cui la differenza culturale continua a essere la chiave privilegiata di intelligibilità dell'altro e della sua sofferenza, contribuendo a negarne storicità e agency. Un'operazione, questa, che appunto rischia di ricalcare, nei termini descritti da Fassin, l'uso della cultura come principio di differenziazione e di governo dell'alterità.

Più politicamente posizionato, al contrario, risulta il contributo canadese di Kirmayer, Gudzer e Rousseau nel ricco manuale teorico dedicato al dispositivo di Consultazione Culturale *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale* (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020).

A differenza dell'etnoclinica francese, l'impianto teorico canadese si presenta sin dalle prime pagine come più esplicitamente posizionato sul piano politico. Mossi dalle persistenti disuguaglianze in salute mentale e dalle barriere di accesso ai servizi generate da forme di razzismo sistemico, Kirmayer, Gudzer e Rousseau rivendicano la necessità di riconoscere la dignità della differenza culturale nel quadro dei principi multiculturalisti che informano il contesto canadese; il riconoscimento e l'espressione dell'identità culturale non è inteso come mera sensibilità interculturale ma come diritto del singolo e condizione necessaria per ridurre le violenze strutturali che riverberano soprattutto nei contesti di assistenza sanitaria e nell'incontro clinico, producendo esiti di disuguaglianza nell'accesso, nella cura e nella salute. Gli autori saldano il proprio posizionamento alle evidenze empiriche rilevate sul territorio del Québec: uno studio comparativo condotto a Montréal metteva a confronto persone di recente immigrazione provenienti da Caraibi, Filippine e Vietnam con i residenti anglofoni e francofoni dello stesso quartiere nati in Canada, evidenziando un significativo sottoutilizzo delle risorse disponibili dovute al timore di stigmatizzazione all'interno delle comunità di appartenenza, barriere linguistiche, culturali e religiose, nonché esperienze o aspettative di razzismo e discriminazione nei setting convenzionali di cura (Kirmayer *et al.* 2007 in Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 31). Ulteriori studi qualitativi, proseguono gli autori,

hanno mostrato l'incidenza dello stress sociale e dei significati culturali dei sintomi nell'influenzare le richieste di aiuto e gli invii ai servizi di salute mentale (Groleau, Kirmayer, 2004; Whitley, Kirmayer, Groleau, 2006a; 2006b in Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 32).

In questa prospettiva, la sofferenza psichica non può essere compresa senza considerare la posizione sociale e culturalmente connotata del soggetto attraverso cui essa viene prodotta, vissuta, narrata e resa intelligibile. Riconoscere l'altro nella sua diversità significa, per gli autori, prendere in considerazione i bisogni, i modelli esplicativi e le affiliazioni identitarie che strutturano la sua esperienza, evitando che la razionalità biomedica si imponga come unico regime epistemico.

La Consultazione Culturale nasce, quindi, con l'obiettivo di spostare l'attenzione dai soli fattori biologici e psicologici ai contesti sociali, locali e globali, delle famiglie, delle comunità e delle reti in cui gli individui vivono, riconoscendo che la salute mentale non può essere compresa senza tali dimensioni. Nel volume, la cultura viene definita come «lo sfondo, la matrice e il medium di ogni esperienza» (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 11) e il dispositivo di consultazione invita a non ignorarne l'«ubiquità» (*ivi*) combattendo la tendenza a considerarla una caratteristica che qualifica solo l'alterità naturalizzando, invece, come oggettivo e scientifico il sapere del clinico.

Dal momento che la differenza culturale, ricordano gli autori, è stata storicamente strumentalizzata «per creare e giustificare sistemi di potere e dominio» (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 12) e che le pratiche cliniche costituiscono uno spazio epistemico attraversato da relazioni di potere che possono riprodurre disuguaglianze sistemiche, la “competenza culturale” e la “sicurezza culturale” promosse dalla Consultazione Culturale mirano a riconoscere e problematizzare le «reali posizioni di potere, dominio e subordinazione» (*ivi*) che permeano tanto i processi sociali quanto quelli di cura. In questo senso, è significativo che nel quadro teorico trovino spazio concetti quali violenza strutturale e razzismo istituzionalizzato, insieme a un costante richiamo alla riflessività dei professionisti sanitari.

Le scelte di organizzazione del servizio sembrano rispecchiare appieno queste riflessioni. Infatti, a differenza di approcci etnospecifici

diffusi in altri contesti che puntano sul principio del “*matching* etnico” sviluppando centri clinici specifici per singole comunità linguistico-culturali con personale di medesima appartenenza, gli autori riconoscono il rischio di discriminazione nonché la bassa incidenza sul sistema sanitario generale e optano per un modello ambulatoriale integrato nel servizio pubblico (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 33); questa decisione, motivata dai «valori multiculturalisti e interculturalisti» (*ivi*) del Québec, vuole evitare logiche differenzialiste. Il posizionamento politico è inoltre reso evidente anche dalla dichiarata attività di advocacy. la Consultazione Culturale, infatti, «identifica problemi strutturali e sistemici di disuguaglianza, discriminazione e violenza che richiedono una risposta politica capace di produrre un cambiamento sociale» (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 13) e utilizza i casi individuali come occasione di formazione, ricerca e influenza sulle politiche sociali e sanitarie.

Tuttavia, per quanto le premesse siano teoricamente e politicamente solide, nell’architettura discorsiva del dispositivo emerge una tensione analiticamente rilevante. L’attività di formulazione culturale dei singoli casi consiste appunto nella raccolta qualitativa delle «informazioni necessarie a situare i problemi e le angustie dei pazienti nel contesto sociale e culturale» (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020, 65) e viene praticata attraverso l’ausilio di uno schema guida strutturato secondo distinti campi come «identità culturale della persona», «gruppi razziali, etnici o culturali di riferimento», «coinvolgimento con la cultura d’origine» con sottocategorie come, ad esempio, «rapporti con familiari o amici nel Paese d’origine» o «norme culturali che regolano struttura familiare, compiti evolutivi e relazioni comunitarie», fino a prendere in analisi i «rapporti con la cultura ospitante» che possono comprendere esperienze stressanti di razzismo e di discriminazione sociale e, più in generale, il livello di coinvolgimento e integrazione con il contesto. Anche nel caso della Consultazione Culturale, la soggettività risulta mappata attraverso una griglia di intellegibilità che presuppone l’esistenza di blocchi culturali circoscritti tra i quali il soggetto si muove e si posiziona non senza frizioni.

La scheda relativa alla formulazione culturale del caso del sig. Smith riportata in appendice esemplifica questa organizzazione (Kirmayer,

Gudzer, Rousseau 2020, 72-75). L'analisi si apre con la voce «IDENTITÀ CULTURALE» e con l'indicazione del «Gruppo/i di riferimento culturale»: haitiano, confessione battista, lingua creola e francese. Seguono sezioni dedicate al «Coinvolgimento con la cultura d'origine», quindi contatti con la famiglia ad Haiti, invio di denaro, partecipazione alla congregazione religiosa, e ai «Rapporti con la cultura ospitante» descritti in termini di interazioni superficiali e scarsa integrazione. La sezione finale «VALUTAZIONE CULTURALE GENERALE» conclude riconoscendo accanto alla diagnosi di disturbo psicotico paranoide l'operato centrale del conflitto religioso interno alla famiglia, segnalando la difficile negoziazione tra credenze divergenti e usi culturalmente connotati di pratiche religiose e rimedi tradizionali.

Insomma, pur coinvolgendo esplicitamente nell'equazione fattori sociali di stress, il bilancio complessivo del caso prioritizza una lettura della sofferenza in termini di conflittualità religiosa. Elementi quali la precarietà lavorativa (impieghi in un autolavaggio, magazzino, negozio di generi alimentari), il possibile declassamento sociale, la pressione economica legata alle rimesse o le difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro canadese rimangono sullo sfondo rispetto alla centralità riservata alla negoziazione psichica tra sistemi di credenze. Similmente al modello di Bouznah e Lewertowski, l'esperienza di sofferenza del soggetto sembra ridotta alla tensione tra universi simbolici irriducibili, tra il presunto «retaggio culturale haitiano» rappresentato dal Vudù a cui il modello esplicativo di Smith aderisce e la spiegazione biomedica della moglie, di fede protestante, piuttosto che come esperienza situata entro rapporti materiali di migrazione, lavoro e vulnerabilità economica.

Se la Consultazione Culturale riconosce in premessa la storicità delle relazioni coloniali e delle disuguaglianze strutturali, la griglia attraverso cui opera sembra continuare a privilegiare una rappresentazione del soggetto con background migratorio come portatore di appartenenze e affiliazioni che totalizzano l'esperienza storica. La soggettività viene articolata lungo l'asse cultura d'origine/cultura ospitante, come se la densità esperienziale del soggetto potesse essere compresa esclusivamente nei termini di transizione tra blocchi culturali omogenei e coerenti. In altre parole, mentre riconosce la persistenza di asimmetrie storiche nelle forme

contemporanee di razzismo e discriminazione sistemiche, quando si trova a dover organizzare il caso individuale, il dispositivo sembra storicizzare esclusivamente l'appartenenza culturale del soggetto e non i suoi posizionamenti socioeconomici concreti, le traiettorie lavorative, le condizioni materiali e le specifiche configurazioni di vulnerabilità che attraversano la sua esperienza.

La storicità viene attribuita all'appartenenza culturale del soggetto più che al soggetto stesso e alla sua singolarità situata. Su questa linea, continua inoltre a sussistere il rischio di scivolare nuovamente nella dicotomia primitivizzante tradizionale/moderno con l'effetto conseguente di razzializzare piuttosto che valorizzare la differenza culturale.

Pertanto, anche nella riscrittura riflessiva e politicamente più consapevole del modello canadese, il soggetto emerge prioritariamente come nodo di appartenenze e intersezione tra sistemi culturali opposti e competitivi. È in questa perversione sottile che si ripresenta quella logica culturalizzante che razzializza soggetti, de-politicizza sofferenza e disuguaglianze strutturali. Anche in questo caso, la differenza culturale rimane la chiave di intelligibilità del soggetto con background migratorio, mentre le condizioni materiali rischiano di scivolare sullo sfondo. Un rischio di «essenzializzazione, commodificazione e appropriazione della cultura» (Kirmayer 2012, 160, traduzione mia) che Kirmayer stesso, peraltro, ammette esplicitamente, riconoscendo come tali approcci vengano spesso accusati di rafforzare stereotipi e depotenziare l'agency dei pazienti. Come alternativa, l'autore propone di spostare l'attenzione verso concetti come «*cultural safety*» e «*cultural humility*» maggiormente centrati sulle asimmetrie di potere negli spazi clinici e istituzionali.

Nei termini del ragionamento che sto provando a svolgere in questo capitolo, la consapevolezza critica di Kirmayer è sicuramente preziosa. Tuttavia, forse, il nocciolo cruciale della questione non risiede tanto nella ricerca di alternative lessicali, quanto, piuttosto, nel mantenere l'enfasi sulla differenza culturale. Concentrarsi sulla differenza culturale nell'incontro con l'altro rimane, a mio avviso, un terreno simbolicamente e materialmente scivoloso. La categoria tende infatti a fissare il soggetto nella differenza, a reificare le appartenenze e a de-storicizzare la sofferenza, traducendo disuguaglianze strutturali in conflitti simbolici. In

questo senso, è utile leggere la tensione che attraversa il modello della Consultazione Culturale non come eccezione isolata ma come riflesso diretto delle contraddizioni che attraversano l'intero impianto ideologico del multiculturalismo da cui, appunto, la Consultazione Culturale prende le mosse. Se, da un lato, Kirmayer e collaboratori si appellano al multiculturalismo come principio capace di contrastare razzismo e disuguaglianze in salute attraverso la promozione della differenza culturale, dall'altro lato la lettura illuminante di Himani Bannerji (2000), ad esempio, rivela come il multiculturalismo statale avrebbe funzionato come «un apparato che riarrangiava questioni di giustizia sociale, disoccupazione e razzismo in problemi di diversità culturale e si concentrava su simboli religiosi e sulla cosiddetta tradizione» (Bannerji 2000 in Thomas-McNeill 2024, 24, traduzione mia). Questioni strutturali come disoccupazione, sfruttamento e razzismo verrebbero così ricodificate come problemi di differenza culturale. Gli immigrati razzializzati vengono classificati in base a etnia e cultura, organizzati in comunità tradizionali e categorie identitarie che dissimulano le disuguaglianze sistemiche (Thomas-McNeill 2024, 24). Secondo Thomas-McNeill, infatti, la politica multiculturalista canadese deve appunto essere letta in continuità diretta con le gerarchie razziali alla base del colonialismo d'insediamento europeo in Canada dal momento che trasforma disuguaglianze sociali strutturali di matrice coloniale in appartenenze culturali da riconoscere, valorizzare e gestire; la retorica della differenza culturale si rivela una tecnica di governo inclusiva solo in apparenza che, in realtà, continua a classificare e segmentare la popolazione secondo linee razziali.

A questo punto, precisa è la lettura post-coloniale della categoria di cultura secondo la quale la sua circolazione non eliminerebbe la logica differenziale e gerarchizzante della razza ma semplicemente la riformulerebbe in termini apparentemente progressisti; accanto ai contributi di Said e Bhabha, particolarmente eloquente è la provocazione sferrata da un'altra influente esponente della critica Post-coloniale, Lila Abu-Lughod, che invita a «scrivere contro la cultura», riconoscendola come «strumento essenziale per costruire gli altri» (Abu-Lughod 1991 in Dei 2006, 45) che opera «esattamente come il suo predecessore, quello di razza» (*ivi*). Come già notato nel capitolo precedente, quindi, le differenze

culturali non consisterebbero in oggettività preesistenti ma nell'effetto di potere di quel «punto nello spazio (bianco) dal quale tendiamo a identificare la differenza» (Carby 1992 in Baldwin 2013, 1477, traduzione mia). L'enfasi riservata alla differenza culturale, lungi perciò dall'essere neutrale, dissimula un'egemonia etnocentrica di fondo fino ad arrivare ad alimentare, come nota Fabio Dei, quelle forme contemporanee di «neorazzismo differenzialista» che discriminano rimpiazzando il biologico con il culturale (Dei 2006, 39).

Ovviamente, affermando ciò non intendo accusare Kirmayer, Gudzer e Rousseau di razzismo o xenofobia ma semplicemente segnalare che l'enfasi sulla differenza culturale, pur animata da premesse condivisibili, riposa su una grammatica discorsiva che continua a produrre l'altro come diversità ontologica producendo effetti razzializzanti con gli annessi rischi biopolitici già discussi.

Alla luce di quanto detto, sorge spontaneo porsi una domanda: la competenza culturale o le sue riformulazioni in termini di sicurezza e umiltà, quindi, possono essere la strada giusta per affrontare le disuguaglianze in salute? Nel contributo di Dimenstein *et al.* «Cultural competence, intersectionality and equity in health» (2025) si suggerisce che il focus sulla cultura tende ad essere insufficiente se non viene collocato dentro un'analisi intersezionale delle strutture di oppressione che incrociano il soggetto. Proponendo un approccio emancipatorio guidato dalla critical race theory, dai femminismi postcoloniali e dall'intersezionalità, gli autori invitano a spostarsi dalla semplice conoscenza delle tradizioni e dei valori di un gruppo alla comprensione di come marcatori sociali quali razza, classe, genere, religione, orientamento sessuale, status migratorio e posizione nel mercato del lavoro si intrecciano producendo quella che Collins e Bilge definiscono «la natura multidimensionale delle disuguaglianze in salute» (Collins e Bilge 2021 in Dimenstein *et al.* 2025, 12, traduzione mia). Un aspetto, questo, che si ritrova sintetizzato anche nei dati commentati da Tognetti Bordogna in merito alle ricerche sulla salute dei migranti in Italia (Tognetti Bordogna 2013). Per quanto il lavoro sia un po' datato, già nel 2013 si mostrava come il progressivo deterioramento delle condizioni di salute fosse riconducibile prioritariamente alle condizioni materiali di vita e di lavoro

nel contesto migratorio: precarietà occupazionale, disagio abitativo, esclusione sociale, vulnerabilità giuridica, barriere organizzative nei servizi.

I dati mostrano che la riduzione delle disuguaglianze di salute per i migranti non può che passare attraverso l'eliminazione delle disuguaglianze sociali [...] Servizi più attenti e culturalmente orientati sono alla base dell'equità nella salute, ma anche buone condizioni di vita e di lavoro risultano essenziali (Tognetti Bordogna 2013, 68)

Queste evidenze, pertanto, ribadiscono come le disuguaglianze in salute si radichino, prima di tutto, in processi storici e globali di sfruttamento, marginalizzazione economica, e razzializzazione strutturale. Un discorso sull'equità in salute, quindi, non può limitarsi nell'efficientare i servizi sanitari per includere la differenza culturale (elemento che, come visto, può scivolare in forme di fissazione identitaria con esiti razzializzanti e biopolitici), ma deve partire dalla trasformazione delle condizioni materiali e delle strutture di potere che producono vulnerabilità differenziali. Un'attenzione esclusiva alla cultura, quindi, non solo è insufficiente ma, culturalizzando il soggetto, va a invisibilizzare proprio quei determinanti sociali che risultano decisivi per l'equità in salute.

### **3. Oltre cultura e stampini per biscotti: una proposta teorica alternativa**

La breve analisi testuale appena proposta ha provato a interrogare il tipo di soggetto di sofferenza prodotto nel campo della mediazione interculturale. Ciò che emerge con una certa evidenza è che la mediazione rappresenta forse il campo analitico più adatto per rendere visibile quel bias razzializzante genealogicamente risalente all'etnopsichiatria e al suo germe coloniale: essendo, per definizione, il luogo dell'incontro con l'altro, il campo della mediazione è più agevole per cogliere esplicitamente gli estremi discorsivi entro i quali si produce e organizza l'alterità. Da entrambi i testi, emergerebbe quindi una grammatica narrativa comune: in un'epoca segnata da globalizzazione e mobilità umana, blocchi monoculturali statici e internamente omogenei vengono perturbati dall'arrivo di soggetti esterni che ne sfidano la coerenza interna; e il conflitto, si è visto, può situarsi a profondità diverse, tanto nel livello intrapsichico dell'individuo quanto in quello semantico della relazione medico e paziente. La persona con background migratorio appare, per sineddoche, un (im)portatore di un intero sistema simbolico originatosi in un "là" che eccede l'ordine domestico e che può essere assimilato solo attraverso servizi e figure specializzate nel fare da ponte tra universi incomunicabili; in questo senso, cruciale è la collaborazione con i mediatori culturali, intesi come persone che condividendo provenienza e lingua del paziente, possiedono medesimi orizzonti culturali (Pellegrino 2007, 6).

Come nota Vincenza Pellegrino, una simile impostazione sembra «far coincidere la parola cultura con quella di nazione o di popolo» (*ivi*), e mette in scena «una crisi dello stato-nazione e delle "grand narratives" di un'identità unitaria ancorata ad un territorio ed una nazione, che la modernità europea aveva posto come universali [...]» (*ivi*). Ne deriva un'immagine della società bidimensionale che perde inevitabilmente di vista «stratificazioni generazionali, di genere, socio-economiche che rendono ciascuna società una realtà dinamica lungi dall'essere una (mono)cultura» (*ivi*). In questo senso, tali dispositivi sembrano costruire

un'idea di cultura simile a un «*ethnic cookbook*» (Stein in Beneduce 2003, 46), secondo il quale

se una donna è cingalese, se un bambino è berbero, basterà guardare nella pagina di un immaginario “libro delle ricette etniche” per capire come è stato cucinato dalla sua cultura quel bambino, quella donna, e trovare così una risposta alle sue domande, ai suoi bisogni, alle stranezze dei suoi disturbi o dei suoi comportamenti, alla sua alterità... (*ivi*).

Una visione della cultura, quindi, infusa di un nazionalismo metodologico (Wimmer e Glich Schiller 2002) che riposa sulla medesima logica razzializzante rintracciata genealogicamente agli albori coloniali dell'etnopsichiatria, cioè, appunto, nei termini posti da Miles e Brown, quel processo che lega necessariamente la significazione identitaria dell'Altro a quella del Sé, facendo sì che il primo appaia ontologicamente differente solo in relazione a una soggettività (bianca) presuntamente neutrale e non marcata (Baldwin 2013, 1477). Pur parlando di pluralismi culturali, è come se anche nel campo dei due dispositivi di mediazione interculturale la cultura continuasse a rimanere prerogativa della vita sociale dell'altro, mentre il “noi” si presenta come neutrale, o meglio, coincidente con l'unico spessore culturale che viene nominato, ovvero il sapere biomedico dello specialista. Che la differenza culturale venga pensata in termini di identità etnica e attribuita alla vita e alla sofferenza dell'altro è testimoniato, a maggior ragione, dal carattere “etnospecifico” dei servizi di mediazione, progettati esclusivamente per persone con background migratorio, a conferma di come essi siano soggetti infusi di cultura.

Pertanto, per evitare di riprodurre una tale riduzione, Maria ed io ci siamo approcciate alla nostra sperimentazione mediativa con una postura metodologica differente. Il primo passo è stato quello di sospendere l'idea di cultura come «stampino per biscotti» (Geertz 1999 in Dei 2006), cioè come matrice predeterminata correlata alla provenienza e che modella automaticamente comportamenti e vissuti. Abbiamo preferito, piuttosto, assumere il soggetto non come (*im*)portatore di cultura ma come agente storico *produttore* di cultura, ovvero un attore capace di produrre senso a partire dalle condizioni materiali e relazionali che incorpora, vive

e attraversa. In questa prospettiva, la cultura non corrisponde più a un repertorio simbolico che il soggetto importa da un altrove originario ma a quel processo di produzione di significati che si generano nell'interazione tra esperienza incarnata, relazioni sociali e configurazioni di potere. Nei due casi presi in carico, quindi, non siamo partite relazionandoci al soggetto e alla sua cerchia familiare presupponendoli come un "altrove" né tantomeno dall'ipotesi di universi culturali in conflitto ma da una presenza più immediata, potente e complessa: il corpo in sofferenza. In questa direzione, guida preziosa è stato il paradigma dei tre corpi proposto dalle antropologhe Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock, uno strumento analiticamente utilissimo per estendere l'idea di un corpo-oggetto di ascendenza biomedica alla dimensione di corpo sociale, esteso, intriso di relazioni, «il terreno più prossimo e immediato dove verità e contraddizioni sociali sono messe in scena, così come il luogo della resistenza, creatività e lotta personale e sociale» (Lock, Scheper-Hughes 1996, 70, traduzione mia).

Mentre il corpo individuale, inteso come corpo *mindful*, cioè spazio di esperienza incarnata in cui mente e corpo costituiscono un'unità intenzionale, è utile per comprendere come la malattia possa configurarsi come un linguaggio fondamentale attraverso cui il corpo produce discorsi sul mondo sociale, dall'incorporazione di rapporti di potere e violenze strutturali a, simultaneamente, espressione di attrito e protesta, il corpo politico ricorda appunto che esso è luogo su cui si esercitano dispositivi di potere, regolazione e controllo che producono fratture sociali e condizioni materiali di vulnerabilità. Infine, il corpo sociale evidenzia che l'esperienza della sofferenza non prende forma se non attraverso semantiche e repertori simbolici socialmente prodotti e storicamente situati che plasmano l'esperienza, rendendola esperibile e intelligibile; trovo importante ricordare come tali cornici, tuttavia, non determinino meccanicamente il soggetto ma forniscano coordinate entro cui egli può negoziare e rielaborare il senso della propria sofferenza: la persona può riattualizzarle, combinarle o ibridarle in pratiche di bricolage. Riconoscere la dimensione simbolica della sofferenza significa, perciò, evidenziare la coesistenza di più realtà del dolore in cui il soggetto è agente capace di negoziare significati e di costruire itinerari terapeutici

(Seppilli 2010, 61) pluralistici. Partendo quindi dalla consapevolezza che la superficie epidermica non confina ma apre, che il corpo non è limite ma contiene e rende accessibili interi mondi sociali, per abbracciare una simile ricchezza siamo partite dall'ascolto delle *illness narratives* (Good 1994), cioè quelle pratiche narrative attraverso cui il soggetto organizza, rende coerente e sensata la propria esperienza di malattia. Dal racconto del paziente abbiamo cercato di rintracciare vissuti, significati e bisogni, tenendoli in dialogo con le prospettive dei familiari proprio perché, come ricorda Alessandro Lupo,

la malattia, anziché un mero fenomeno naturale, è anche -sempre- un fatto sociale che modifica radicalmente le relazioni, gli status e le attività di quanti ne sono più o meno direttamente coinvolti (Lupo 2012, 129).

Queste narrazioni sono state soprattutto messe in tensione con le domande dell'equipe medica da cui la richiesta mediativa è partita, così da coinvolgere anche le interazioni e frizioni tra istanze istituzionali e soggettive, tra *illness*, *disease* e *sickness*.

Per provare a tenere insieme tutti questi livelli, nella fase di raccolta qualitativa e analisi si è rivelato utilissimo ispirarsi al modello della rete semantica elaborato da Byron Good; si tratta di una «ragnatela di parole, situazioni, sintomi e sensazioni che sono associati alla malattia e che offrono un senso a chi soffre» (Good 1977, 39, traduzione mia). Per ciascuna *illness narrative* abbiamo provato a creare una mappatura degli elementi ricorrenti (sintomi, relazioni, emozioni, eventi biografici, aspettative, memorie) provando a valorizzare la malattia non soltanto come evento patologico ma, soprattutto, come «sindrome dell'esperienza» (*ivi*, traduzione mia), cioè una trama dinamica che riunisce e connette vissuti individuali, condizioni sociali e rapporti di potere in una forma dotata di senso e coerenza; la rete semantica può appunto aiutare a mettere in evidenza e fissare l'evento malattia come intersezione storica multifattoriale. Queste premesse di metodo chiudono il capitolo per lasciare spazio all'esplorazione e discussione dei due casi seguiti.

## **CAPITOLO III**

### *Prove sperimentali*

## **1. Una breve premessa**

Come discusso nei capitoli precedenti, la nostra pratica sul campo prende le mosse dai modelli della Consultazione Culturale e della Mediazione etnoclinica che abbiamo assunto come riferimento di partenza per sperimentarne una declinazione mediativa più esplicitamente critica e situata. Le due sperimentazioni realizzate hanno seguito, nello specifico, i passaggi operativi previsti dal modello canadese di Consultazione Culturale e hanno affiancato il personale del Reparto Infettivi dell'Ospedale di Parma per affrontare momenti di difficoltà emersi nel lavoro con persone con background migratorio. Il nostro compito è stato quello di esplorare l'esperienza della sofferenza e del percorso terapeutico in chiave critica e relazionale, immaginando, sul lungo raggio, non solo pratiche risolutive ma anche formative per sensibilizzare lo sguardo biomedico sulle molteplici implicazioni sociali della sofferenza e, conseguentemente, sulla possibilità di co-costruire saperi e competenze capaci di riconoscere e valorizzare le esperienze specifiche e contingenti delle persone con background migratorio. Accanto alle due consultazioni realizzate in ospedale, all'attivo si conta anche l'elaborazione di un progetto di sensibilizzazione rivolto alle équipes territoriali dei SAI presenti sul territorio Valli Taro e Ceno, in provincia di Parma. Tuttavia, non essendo ancora completamente strutturato, in questa sede preferisco discutere solamente le esperienze realizzate.

## 2. La semantica del cuore: primo caso

Novembre 2025. L'équipe del reparto di Malattie Infettive contatta Maria per richiedere supporto rispetto all'iter terapeutico di un uomo eritreo ricoverato presso il loro servizio. Il paziente presenta una grave condizione di cachessia che, secondo i medici, non risulta completamente spiegabile dalla tubercolosi intestinale diagnosticata, ormai in via di risoluzione. Nonostante il successo della terapia antitubercolare, peso e appetito rimangono ai limiti mentre emerge una persistente e marcata apprensione del paziente per le condizioni del proprio cuore. Alla luce della storia riferita di detenzione e violenze subite nel Paese d'origine, l'équipe ipotizza la possibile presenza di una componente psichiatrica alla base del calo (una depressione o una reazione post-traumatica) e richiede una consulenza. Ci accordiamo quindi su un percorso in tre fasi: un primo colloquio online con l'équipe sanitaria per raccoglierne difficoltà e richieste; un confronto, nella stessa occasione ma separatamente dai sanitari, con la sorella del paziente, figura di riferimento e sostegno; infine, un incontro in presenza con il paziente insieme a un mediatore linguistico in tigrino.

Nel colloquio da remoto con i sanitari raccogliamo informazioni anamnestiche e dati personali, ma soprattutto la richiesta esplicita di esplorare il punto di vista soggettivo del paziente sia rispetto al dimagrimento, sia rispetto alla costante attenzione rivolta al cuore. Ci viene raccontato che l'uomo era giunto in Italia a settembre con un visto turistico per sottoporsi a un intervento cardiaco, dopo un infarto avvenuto a giugno. Residente stabilmente in Eritrea, aveva raggiunto la sorella in Italia per questo motivo. Tuttavia, in seguito ad approfondimenti diagnostici effettuati a Parma, l'intervento è stato ritenuto non necessario. Il progetto terapeutico si è così riorientato, dando priorità allo stato di cachessia, alla tubercolosi (scoperta in Italia) e al trasferimento imminente in un reparto di lungodegenza per la riabilitazione.

Nella stessa stanza virtuale contriamo quindi la sorella, chiedendole di raccontarci l'esperienza di malattia del fratello. Nella sua narrazione infarto e dimagrimento appaiono legati da una parola ricorrente: paura. La sorella sottolinea più volte il timore del fratello rispetto all'esperienza

dell'infarto, la difficoltà ad «accettare» la malattia, un'esperienza di «quasi morte» come il fratello le aveva detto. In reparto, prosegue la sorella, ogni sua domanda riguarda lo stato del cuore.

Emerge inoltre che non si tratta della sua prima esperienza migratoria in Italia: nei primi anni Duemila era fuggito dall'Eritrea per sottrarsi alla leva militare obbligatoria, aveva attraversato la Libia dove aveva vissuto violenze e detenzione, per poi giungere in Italia e affrontare difficoltà lavorative che lo avevano infine portato a rientrare nel Paese d'origine. La sorella conclude esprimendo il desiderio che il fratello possa ristabilirsi e tornare in Eritrea dalla propria famiglia, riponendo piena fiducia nell'équipe medica che lo ha in cura.

Dopo questo incontro, la persistenza del tema della paura mi conduce a interrogarmi se, le risposte che stiamo cercando non debbano, forse, partire da una domanda semplice e radicale: cos'è il cuore per questa persona? Cosa sta tentando di dirci attraverso il suo corpo? In attesa dell'incontro con il paziente, abbozzo quindi, in via ipotetica, una prima interpretazione.

Secondo l'antropologia medica, la malattia non è riducibile a una semplice alterazione patologica (*disease*), ma rappresenta un'esperienza di sospensione e di crisi delle coordinate di senso che organizzano la nostra presenza nel mondo (Good, 1994). Seguendo il paradigma dell'incorporazione (Csordas, 1990), l'essere umano non farebbe esperienza del mondo come entità astratta o disincarnata ma come corpo. In particolare, fa esperienza del mondo come corpo «*mindful*», senziente e “pieno-di-mente”, che incrocia il piano individuale con quello sociale e culturale, comunicando attraverso un suo proprio e preciso linguaggio (quello degli organi) producendo veri e propri discorsi sociali (Scheper-Hughes e Lock, 1996).

L'esperienza umana è dunque incorporata: percepiamo, comprendiamo e viviamo il mondo *con e attraverso* il corpo che costituisce la condizione primaria della nostra relazione intersoggettiva e sociale con la realtà. Quando il corpo, il nostro strumento fondamentale dello stare al mondo, viene colpito dal dolore o dalla malattia, il legame tra sé e la realtà si inceppa. Le coordinate ordinarie dell'esperienza si dissolvono e il soggetto si trova a sperimentare una condizione di liminalità, una

sospensione in cui la sofferenza del corpo si fa mondo e il mondo esterno perde oggettività, datità e sicurezza. Questa condizione richiama quello che Ernesto De Martino definisce “crisi della presenza”. Per De Martino, “essere presenti” significa essere nel mondo in maniera intenzionale, agentiva e orientata, cioè sentirsi situati in una realtà dotata di senso, avere la capacità di agire, scegliere, dare significato agli eventi, percependo un “io” stabile che tiene insieme esperienza, corpo e mondo sociale. Il “radicamento” è quindi quella base simbolica e affettiva che ci permette di sentirci parte del reale e di agire dentro di esso in modo coerente, in altre parole, che ci permette di vivere il mondo nei termini di una realtà domestica, stabile, solida e oggettiva. Quando questo radicamento vacilla, la realtà “sporge”, trascende le coordinate di senso e di azione abituali e si crea una frattura tra soggetto e realtà. Il soggetto rischia di sentirsi perdere davanti a eventi che lo travolgono come dolore, malattia o lutto, non riuscendo più a dare significato a ciò che gli accade. Ciò comporta una sensazione di sospensione, disorientamento, frammentazione, le categorie di tempo, spazio e identità perdono consistenza e il mondo non appare più come conosciuto, abitabile ma come estraneo e minaccioso.

Tuttavia, le società umane costruiscono complesse tecniche di difesa, cioè insiemi di strumenti simbolici e pratici condivisi intersoggettivamente che permettono di istituire un orizzonte di pensiero e azione che rappresenti, spieghi, gestisca e trasformi tali sfide. Nel momento in cui gli esseri umani, attraverso strategie culturali efficaci, addomesticano gli accadimenti e le forze esterne, non fanno altro che riaffermare quell’“ethos del trascendimento” di cui sempre de Martino parla, ovvero quel dovere che l’uomo avverte di esserci in un mondo dotato di senso e perciò umanamente abitabile e operabile, trascendendo lo stato di mera vitalità e presenza naturale. Tali complessi sistemi culturali consentono di prevenire o riassorbire questa crisi, restituendo senso e continuità alla presenza individuale e, dunque, al mondo che vive. Lo sforzo di riassorbimento, quindi, non è mai solo individuale, il contesto sociale fornisce risorse e strumenti efficaci per restituire senso e gestire, nel nostro caso, l’esperienza di malattia; ogni contesto istituisce dei sistemi medici che, attraverso precisi codici, saperi, pratiche e operatori,

rendono l'esperienza della sofferenza comprensibile e trattabile. Il processo di ammalamento e cura è un processo eminentemente sociale e culturale che va dalla significazione simbolica del sintomo alla sua presa in carico terapeutica e risoluzione (Kleinman, 1980). Ora, le nosologie della medicina e della psichiatria costituiscono costruzioni di senso occidentali che consentono di rappresentare e spiegare le occorrenze di patologie e sofferenza in maniera esclusivamente bio-psichica così come lo sono le strategie tecniche volte a intervenire. Riconoscere la natura culturale della biomedicina significa comprendere che la diagnosi medica non è mai una mera descrizione oggettiva, ma una pratica interpretativa che attribuisce significato all'esperienza del paziente. Le categorie mediche sono quindi dispositivi di costruzione culturale della realtà clinica che selezionano ciò che viene considerato clinicamente rilevante, spesso trascurando la dimensione esistenziale del vissuto soggettivo (*illness*). In questo quadro, il processo di presa in carico e guarigione equivale a un percorso di risignificazione della realtà: dalla diagnosi (attribuzione di senso al male) fino alla terapia (intervento concreto e materiale con la cruciale funzione simbolica di manipolare e trasformare il corpo malato) la propria presenza viene reintegrata attraverso l'intervento trasformativo sulla sofferenza. Quando tale processo non si compie o, per qualsiasi motivo, si interrompe o fallisce, la fase liminale rischia di non chiudersi, mantenendo il soggetto in uno stato di incertezza e vulnerabilità. È il caso emblematico del dolore cronico descritto da Good (Good 1994), dove la piena guarigione non è possibile e il soggetto resta sospeso in una presenza dolorante, costantemente a rischio di disgregazione esistenziale.

Alla luce di ciò, nel caso del signore preso in carico, l'insistenza nei confronti del cuore potrebbe essere interpretata non tanto come un problema di comunicazione inefficace o gap culturale ma come una crisi irrisolta.

E' utile, prima di tutto, partire osservando che l'infarto rappresenta un evento rilevante tanto a livello patologico (*disease*) quanto sociale (*sickness*) e soggettivo (*illness*). La criticità biomedica della patologia si traduce, socialmente e individualmente in un notevole peso simbolico: essa coinvolge il cuore, organo sede della vita. Se il cuore si ammala, non

si ammala un semplice organo, ma viene messo in questione il principio stesso della vita cioè la possibilità stessa di esistere. L'infarto può essere interpretato come un segnale tangibile della precarietà dell'esistenza, del sottile confine tra vita e morte. Si tratta, pertanto, di un evento biomedicamente critico e, simultaneamente, socialmente drammatico, una quasi-morte appunto, che, in misura maggiore rispetto ad altri quadri patologici, può scuotere esistenzialmente il soggetto e le cerchie sociali a lui prossime, smuovendo insicurezze, paure, inquietudini, bisogni e domande di senso inediti; da indagare è il possibile effetto *trigger* dell'evento malattia con vulnerabilità preesistenti e vissuti traumatici passati, soprattutto in relazione al rapido dimagrimento.

In questo quadro, la costruzione di un progetto terapeutico transnazionale e l'inaspettato cambio di progettualità possono aver assunto un ruolo fondamentale nell'acuire il senso di crisi e insicurezza. Sin dall'inizio, infatti, l'esperienza di malattia dell'uomo assume la dimensione transnazionale tra Eritrea e Italia: prima ancora della costruzione del progetto terapeutico attraverso il consolato, egli riceveva per mezzo della sorella i farmaci dall'Italia, rafforzando presumibilmente l'immagine dell'Italia come luogo di guarigione ed efficienza terapeutica, contrapposto all'inadeguatezza del sistema sanitario eritreo, come la sorella ci racconta. La circolazione transnazionale di medicinali e di progettualità terapeutiche può avere attivato, in parallelo, la circolazione di uno specifico immaginario sulla biomedicina italiana come moderna, tecnologica ed efficace. Un immaginario, questo, che se da un lato si radica in precise culture della migrazione che dipingono, in generale, il Nord Globale come sede di modernità, dall'altro porta con sé aspettative socialmente costruite sul tipo di trattamenti biomedici attesi e sulla loro efficacia. Come mostrano Raffaetà (Raffaetà 2016) e Quagliariello (Quagliariello 2014), tra le popolazioni migranti si osserva una forte domanda di medicalizzazione (più controlli, più esami, più tecnologia), espressione di un desiderio di modernità e sicurezza proiettati sul sistema sanitario occidentale. In questo senso, la programmazione dell'operazione cardiaca in Italia si inserirebbe perfettamente in questo quadro, dal momento che essa rappresentava non solo la soluzione tecnica alla patologia, ma una risposta proporzionata alla criticità patologica ed

esistenziale dell'infarto, un atto materiale e, simultaneamente, simbolico di riparazione del cuore su cui il soggetto avrebbe fondato la sua reintegrazione e ripresa esistenziali, chiudendo la sospensione liminale indotta dalla malattia. L'operazione, in questo senso, assume quasi uno spessore soteriologico.

Quando però il trattamento atteso non si realizza, l'intero sistema simbolico di risignificazione e reintegrazione crolla, amplificando la condizione di paura e insicurezza intrinseca all'esperienza di malattia. La mancata operazione chirurgica e lo spostamento di focus da parte dell'equipe medica sulla tubercolosi potrebbero aver significato per l'uomo la rottura simbolica del patto di salvezza, interrompendo così il processo simbolico di trasformazione della crisi: anche se clinicamente "il cuore sta bene", per lui il cuore rimane malato perché non ha ricevuto la prova concreta della sua riparazione l'operazione promessa rappresentava un gesto riparativo e simbolico, la prova materiale del possibile ritorno alla vita. La sua mancata esecuzione può avere invece prodotto una percezione di de-medicalizzazione e, in parallelo, di tradimento del progetto e delle aspettative, equivalenti a un crollo di senso e fiducia. A ciò si aggiunga la prospettiva del ritorno in Eritrea dove non sarebbe possibile ricevere lo stesso trattamento, riattivando la paura della morte e la sensazione di insicurezza per sé e per la famiglia intera, come la sorella stessa ci riporta.

Il cuore, quindi, può essere interpretato come una semantica specifica attraverso cui l'uomo esprimerebbe la sua condizione di vulnerabilità, la sua domanda di senso e la necessità di una risoluzione simbolica che la pratica biomedica non ha fornito. La sua insistenza non costituirebbe né un caso di comprensione mancata né di negazionismo clinico ma un'evidente richiesta di reintegrazione esistenziale, un tentativo di riassorbire la crisi della presenza che l'infarto ha aperto e che la mancata operazione ha acuito. Il tutto in sinergia, si può ipotizzare, con una preesistente condizione di vulnerabilità dovuta a possibili esperienze di violenza e/o abuso. Finché irrisolta, l'urgenza di reintegrazione non potrà lasciare cognitivamente ed affettivamente spazio alle urgenze specifiche dell'equipe medica, cioè tubercolosi e cachessia. Il cuore diventa il punto di condensazione di paure, aspettative, delusioni e

speranze: «secondo lui, se sistemano il cuore tutto andrà a posto» (intervista, 11-11-2025), riferisce la sorella, esprimendo con semplicità disarmante la complessità dell'evento malattia.

Il focus sull'infarto e sul cuore, infatti, unendo passato, presente, futuro e intrecciando piani individuali e sociali, rivela come la malattia non sia mai un'oggettività biologica isolata nel corpo individuale, ma un'esperienza processuale e profondamente relazionale in cui il corpo è insieme individuale e sociale, biologico e simbolico, vissuto e condiviso.

In questo caso specifico, la mancata chiusura simbolica del processo terapeutico ha lasciato aperti corpo e mondo: finché il corpo non tornerà ad essere "abitabile", la realtà stessa rimarrà in sospenso.

Incontriamo il paziente in un ospedale periferico circa due settimane dopo, in un reparto di lungodegenza, all'ora di pranzo. Lo troviamo mentre sta mangiando: un dettaglio, questo, che ci rassicura alla luce del quadro di inappetenza e deperimento che ci era stato descritto. Ci ritiriamo in una stanza appartata e, con la collaborazione del mediatore culturale di lingua tigrina collegato da remoto, ci presentiamo e spieghiamo che gli abbiamo fatto visita per sapere come sta e se desidera raccontarci la sua esperienza di malattia fino a quel momento.

Dopo una primissima esitazione, parlare di sé e condividere la propria storia sembra metterlo progressivamente a proprio agio, anche grazie alla presenza, seppur virtuale, del mediatore. In fondo, come scrive Unni Wikan, «il malato sanguina storie» (Wikan 2000 in Levy 2005, 14, traduzione mia): la malattia apre una frattura nell'esperienza generando così un forte bisogno di condivisione e racconto. Arthur Frank, a tal proposito, ricorda che ogni evento di malattia è paragonabile a un naufragio che interrompe il senso del sé e del dove si è e che narrare è un'occasione per iniziare a riparare il relitto non solamente reintegrandosi al tempo presente ma anche, e soprattutto, aprendo nuove prospettive per il futuro (Frank in Levy 2005, 16). Così inteso, la disponibilità e l'agio del paziente nel raccontarsi a noi può rappresentare la risposta a quell'urgenza intrinseca di riorganizzare l'esperienza dell'infarto, del dimagrimento e della paura, restituendo al cuore un significato che va oltre l'organo e che tiene insieme corpo, relazioni e progetto di vita.

Le sue parole conducono man mano al cuore della questione che vede proprio il cuore al centro della sua attenzione, della sua motivazione alla cura, e per estensione, al suo futuro. Ci spiega infatti che sta seguendo il regime alimentare prescritto con l'obiettivo di aumentare di peso per potersi finalmente sottoporre all'operazione al cuore, come ancora si aspetta e desidera. In particolare, quando lo invitiamo a dirci cosa significhi per lui l'intervento chirurgico, la risposta si estende oltre il piano organico. Il cuore non è soltanto anatomia ma è il legante stesso della sua vita: è stare bene per poter tornare a casa, per sua moglie, per i suoi figli, è poter essere presente, continuare a svolgere il proprio ruolo per non sottrarsi a legami, affetti e responsabilità. In questo senso, la malattia si rivela come esperienza complessa di un corpo che non è mai soltanto biologico ma costitutivamente relazionale, *condividuale* (Remotti 2022).

Lasciamo quindi il paziente comunicandogli che riferiremo all'equipe medica il suo bisogno e rendendoci disponibili per eventuali ulteriori incontri, qualora ne sentisse il bisogno.

Confrontandoci tra noi, la sensazione comune è che quanto emerso renda visibile uno scarto profondo non tanto tra appartenenze etnico-culturali quanto tra piano dell'*illness* e della *disease* che nella pratica biomedica seguitano a rimanere disgiunti. Se da un lato il sapere biomedico espone il corpo in organi, sistemi e ambiti specifici di competenza (un'atomizzazione che va dal piano di formazione universitario fino all'organizzazione in reparti dello spazio ospedaliero), dall'altro esclude sistematicamente l'esperienza soggettiva, unitaria e densa di significato di chi vive la malattia come evento che investe e totalizza ogni parte del proprio corpo, della propria persona ed esistenza.

Riportate all'equipe le nostre considerazioni, la collaborazione sul caso rimane tutt'oggi aperta.

### 3. Reificare il piacere: secondo caso

Dicembre 2025. Veniamo nuovamente contattate dall'équipe del reparto di Malattie Infettive dell'ospedale di Parma per il caso di un uomo di origine albanese ricoverato per cirrosi epatica esotossica dovuta a dipendenza da alcool. Durante l'incontro di raccolta della richiesta, l'équipe appare visibilmente stanca: nonostante le ripetute spiegazioni, il paziente sembra non riconoscere il consumo di alcool come problema, continuando così a non attenersi alle indicazioni di astinenza totale. Apprendiamo che la situazione clinica è grave e che l'uomo necessiterebbe di un trapianto di fegato ma il consumo persistente rende impossibile l'intervento e, per di più, lo espone al rischio di uno scompenso epatico acuto. Pur avendogli comunicato la severità della situazione, i sanitari faticano a comprendere la persistenza del comportamento e si interrogano, in parallelo, sul significato del fatalismo che l'uomo sembrerebbe esprimere rispondendo alle sollecitazioni con frequenti «speriamo»: non ha forse compreso la gravità? Oppure si tratta di una forma di rassegnazione volontaria, magari riconducibile a un quadro depressivo, considerati anche i precedenti di un progetto migratorio difficile?

Decidiamo quindi di incontrare il fratello, unico familiare che, a detta dell'équipe, mantiene con loro una comunicazione efficace; la moglie, che peraltro non parla bene italiano, lavora molto e in reparto si vede di rado. L'incontro avviene a fine gennaio, in videochiamata. Con piacere apprendiamo che, nel mese intercorso, suo fratello ha smesso di bere, seppur con grande fatica. Chiediamo poi maggiori informazioni sulle sue abitudini di consumo e sulle difficoltà nell'interromperle. Dalle parole del fratello emerge un quadro molto diverso da quello medico e, forse, ben più interessante: il consumo di alcol esiste da sempre e si realizza all'interno di normali momenti di socialità, in famiglia o con amici, come pratica di convivialità e di «piacere», una parola che nel racconto viene ripetuta più volte. Rinunciare a bere alcolici, pertanto, non soltanto comporta l'abbandono della sostanza ma anche quello di una pratica fortemente relazionale. Da ciò che rileviamo non sembrano quindi sussistere quadri depressivi o traumatici alla base.

L'insistenza sulla dimensione del piacere, piuttosto, richiama necessariamente una riflessione sullo scarto tra il modello esplicativo biomedico e i significati socialmente situati rintracciabili nella narrazione del fratello, certamente priva di riferimenti espliciti alla dimensione patologica della dipendenza forse al fine di tutelare il fratello ma, comunque, non per questo meno illuminante nel suggerire le coordinate di senso entro cui il consumo prende corpo. Se per l'équipe, infatti, il consumo di alcool si configura unicamente come comportamento patologico e di responsabilità individuale, dalla narrazione familiare si può recuperare tutto quello spessore sociale escluso dalle valutazioni cliniche. A tal riguardo, risulta utile lo studio etnografico condotto dall'antropologo Philippe Bourgois (Bourgois 1998) a San Francisco sull'economia morale degli eroinomani senza fissa dimora. Il lavoro aiuta a comprendere come comportamenti classificati come autolesivi e irrazionali acquistino senso soltanto se contestualizzati all'interno dei sistemi morali locali che li producono; l'uso di sostanze, anche quando altamente a rischio, non è semplicemente espressione di compulsione individuale ma pratica inserita in relazioni di reciprocità, sopravvivenza e appartenenza. Nel caso analizzato da Bourgois, la persistenza tra i soggetti con severa dipendenza da eroina di comportamenti ad alto rischio di infezione da HIV come, ad esempio, lo scambio di siringhe e materiali per l'iniezione, è da ricondurre a una specifica "morale della condivisione" che nasce dall'intersezione tra precarietà socioeconomica, astinenza fisica, gerarchie interne e bisogni emotivi di sicurezza e appartenenza. Analogamente, nel caso del signore preso in carico, la difficoltà a interrompere il consumo di alcol non può essere liquidata come gesto individuale di rassegnazione o irresponsabilità poiché il bere si iscrive in pratiche di condivisione e socialità che strutturano e riproducono legami.

Come illustrato nel volume collettivo curato dall'antropologa Dimitra Gefou-Madianou *Alcohol, Gender and Culture* (1992), il consumo di alcol è una pratica sociale investita di numerose funzioni simboliche e materiali: da veicolo di appartenenza, strumento di consolidamento di relazioni tanto egalarie quanto competitive, marcatore di identità di genere fino a pratica contestativa e anticapitalista.

Nel caso seguito, dunque, sottrarsi può risultare faticoso non soltanto per la dipendenza fisiologica ma perché implica una forma di auto-esclusione da un circuito conviviale in cui il consumo di alcool rappresenta uno dei mezzi di costruzione, consolidamento e rigenerazione delle relazioni; un elemento questo che può entrare in gioco nel determinare, almeno in parte, la percezione stessa del piacere attribuito al consumo.

Ricondurre dunque tale dinamica a un modello esplicativo basato su responsabilità e autocontrollo individuali non fa altro che restituire, nuovamente, quel bias trasversale alla scienza biomedica e psichiatrica che de-socializza e reifica (Taussig 1980) il soggetto e la sua esperienza di sofferenza, sacrificando complessità semantica e margini d'azione terapeutica.

## **CONCLUSIONI**

Questo contributo è nato dall'esperienza concreta di sperimentare una pratica di mediazione clinica ispirata ai dispositivi di Consultazione Culturale su modello canadese (Kirmayer, Gudzer, Rousseau 2020) e di Mediazione Etnoclinica su modello francese (Bouznah, Lewertowksy 2019) nei servizi territoriali del DAISM-DP e, in via sperimentale anche nell'Ospedale di Parma, nello sforzo congiunto di rendere gli spazi di cura più equi e inclusivi per persone con background migratorio. Il presupposto critico su cui i due dispositivi poggiano è, infatti, che biomedicina e psichiatria, in quanto saperi occidentali egemonici, non siano neutrali ma partecipino alla produzione e riproduzione di disuguaglianze in salute che colpiscono gruppi strutturalmente discriminati e razzializzati. Da qui la necessità di promuovere servizi che rendano l'attività clinica aperta all'inclusione di semantiche del corpo, della salute e della malattia alternative e a una comprensione delle manifestazioni sintomatologiche situata nell'ambiente socioculturale del soggetto.

E' stata appunto l'attenzione a una maggiore equità in salute a rendere per me necessario, prima ancora che una discussione sull'efficacia tecnica, un'operazione critica di esplorazione dei presupposti epistemologici su cui tali dispositivi si fondano.

Partendo quindi dall'analisi genealogica del nesso sofferenza-differenza culturale a fondamento dei loro impianti teorici, ho cercato di mostrare come esso emerga storicamente all'interno di un campo discorsivo egemonico prodottosi all'interno dell'esperienza coloniale europea, dove la categoria di "cultura" è stata mobilitata per organizzare l'alterità secondo un'asimmetria strutturale Sé/Altro. La psichiatria coloniale prima e parte dell'etnopsichiatria poi, hanno contribuito a naturalizzare tale nesso, contribuendo a costruire un soggetto culturalizzato e biopolitico, definito ontologicamente per differenza rispetto alla posizione implicita e non marcata della *whiteness* e, pertanto, reso conoscibile, classificabile e governabile.

Sulla scia delle analisi di Didier Fassin, ho ipotizzato che anche nei dispositivi contemporanei di mediazione, seppur animati da posizionamenti politici e intenti inclusivi, possa persistere una grammatica discorsiva che rischia di culturalizzare sofferenze radicate potenzialmente in disuguaglianze storiche e strutturali, con i medesimi

esiti razzializzanti e biopolitici. Una breve analisi testuale dei manuali di riferimento ha suggerito, infatti, il rischio che il paziente con background migratorio venga prodotto come soggetto ontologicamente infuso di cultura in opposizione a una soggettività domestica non marcata. L'enfasi sulla cultura, tanto nel contesto sociopolitico dell'Universalismo francese quanto del Multiculturalismo canadese, può involontariamente produrre una violenza sottile e duplice: simbolica poiché riduce il soggetto a un'appartenenza culturale collettiva e totalizzante, materiale in quanto tale rappresentazione si presta a pratiche di gestione biopolitica che depoliticizzano la sofferenza riaffermando la riproduzione ordini sociali diseguali.

Mettere sotto scrutinio questi dispositivi non ha significato però squalificarli completamente ma provare, appunto, a disambiguarne le implicazioni. La *pars destruens* del lavoro ha voluto infatti essere propedeutica alla proposta *costruens* di de-razzializzare il concetto di cultura emancipandolo dalla corrispondenza con identità etniche e nazionali irriducibili a quella bianca occidentale, per provare a ripensarla come processo situato, incarnato e relazionale di attribuzione di senso.

Anche le sperimentazioni condotte a posteriori hanno rafforzato la convinzione che un approccio centrato sull'idea dell'appartenenza culturale rischi di risultare depistante, mentre, al contrario, un ascolto critico, attivo e libero da aspettative esotizzanti dell'esperienza soggettiva di *illness* e l'attenzione al posizionamento del soggetto entro reti di potere e disuguaglianza permettono di cogliere la complessità della sofferenza.

I due interventi realizzati, hanno restituito, nello specifico, i limiti simbolici e operativi del paradigma organicista biomedico, ancora fortemente reificante e individualizzante. Nell'incontro con pazienti con background migratorio, infatti, abbiamo osservato come tali limiti rischino di venire spesso inconsapevolmente mistificati dai professionisti attraverso l'alibi della diversità culturale: un'aspettativa esotica che continua a permeare il senso comune e a infiltrarsi nelle pratiche professionali, come emblematicamente restituito dalla delusione di un collega di Maria nell'apprendere che l'incontro con il paziente eritreo non avesse coinvolto feticci, ritualità magico-religiose o entità invisibili; questo episodio restituisce perfettamente la persistenza di un immaginario

razzializzante che anticipa e ordina l'esperienza dell'altro prima ancora di poterla ascoltare.

Se il paradigma brasiliano della Salute Collettiva con cui il nostro percorso di Master ha sempre mantenuto un dialogo dinamico e generativo invita a un cambio epistemico che riconduca la malattia ai determinanti sociali, alle violenze strutturali e ai rapporti di potere, allora anche i dispositivi mediativi non possono limitarsi a un'operazione di inclusione e traduzione della differenza culturale (terreno fortemente scivoloso, come mostrato) ma, piuttosto, possono lavorare per rendere i servizi di cura più prossimi ai bisogni delle persone evitando in prima battuta che essi riproducano, attraverso il lessico della cultura, le stesse logiche di potere che contribuiscono a generare rapporti sociali diseguali, sofferenza e ammalamento.

Se le disuguaglianze che producono barriere e sofferenza derivano soprattutto da assetti materiali e politici che sconfinano lo spazio clinico, quale ruolo può assumere, a questo punto, la pratica di mediazione?

Forse non quello ambizioso di risolvere il problema agendo strutturalmente né tantomeno di compensarne gli effetti con l'approccio cosmetico della sensibilità culturale.

Una pratica mediativa orientata all'equità, a mio avviso, accanto all'inclusione del diritto al significato inteso come la dimensione costitutiva di ogni esperienza di sofferenza e relazione di cura (Quaranta, Ricca 2012), deve anche e forse soprattutto interrogare simultaneamente le condizioni materiali e strutturali che precedono e oltrepassano lo spazio clinico poiché come ribadito da Tognetti Bordogna, il deterioramento delle condizioni di salute delle persone con background migratorio è riconducibile in prima battuta alle condizioni materiali di vita e di lavoro in contesti di destinazione strutturalmente violenti.

La sua funzione può quindi consistere nel lavorare tatticamente dall'interno delle istituzioni di cura creando spazi mediatori di riflessività in cui la sofferenza venga presa in carico in modo integrato, cioè considerando simultaneamente il piano del significato e quello strutturale, così da evitare che il primo oscuri le condizioni materiali e che il secondo sovrasti la voce e l'esperienza del soggetto. Pratiche di mediazione clinica, quindi, come azioni di frizione epistemica in cui saperi e pratiche

istituzionali possano essere temporaneamente interrogati, introducendo elementi di consapevolezza e discontinuità capaci di facilitare una co-costruzione delle risorse terapeutiche situata, sensibile e prossima che non rinunci ai bisogni simbolici, materiali e relazionali del soggetto.

Ma c'è di più. Una pratica di mediazione della riflessività così intesa possiede il potenziale di arrivare a realizzare quel principio comune al paradigma brasiliano di Salute Collettiva e al modello di Welfare Pubblico Partecipativo proposto da Pellegrino e Rodeschini (2024) di «con-senso» (Pellegrino 2024, 16), cioè l'idea di costruzione condivisa e diffusa di significato tra operatori esperti, cittadini e utenti portatori di esperienza. L'idea è quella di estendere il processo di riflessività oltre lo spazio strettamente clinico, secondo un movimento concentrico e osmotico: al lavoro sul singolo caso si possono affiancare spazi collettivi di confronto e dialogo su malattia, sofferenza sociale, cura, che coinvolgano rappresentanti della comunità, operatori esperti, cittadini e utenti portatori di esperienza, permettendo così di raccogliere e far circolare conoscenze, esperienze e riflessioni non soltanto a supporto dell'attività clinica in sé ma anche della promozione di advocacy e di risorse di mutuo aiuto capaci di generare comunità e concreti processi collettivi di consapevolezza e auto-cura.

In questo modo, ogni intervento clinico può idealmente diventare parte integrante di una rete viva, diffusa e complessa nutrita da pensiero, responsabilità e azioni condivisi in grado di trasformare il senso stesso della salute e della cura, contribuendo così a contrastare le derive sociali e culturali di quella iatrogenesi che riduce la salute a «manutenzione tecnica della vita» (Illich 2013, 29) e le persone a consumatrici passive di prestazioni specialistiche.

## BIBLIOGRAFIA

Baldwin A. 2013, *Racialisation and the figure of the climate-changemigrant*, «Environment and Planning A», 45: 1474-1490.

Beneduce R. 2003, *La terza sponda del fiume. Un approccio antropologico alla mediazione culturale* in Andolfi M. (ed) 2003, *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano: Franco Angeli, 39-72

Beneduce R. 2007, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Roma: Carocci Editore.

Bouznah S., Lewertowski L. (2019) *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire*, Milano: Colibrì Edizioni.

Bourgois P. 1998 *The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments*, «Substance Use & Misuse», 33 (11): 2323-2351.

Costantini D., *Introduzione* in Costantini D. (ed) 2009, *Multiculturalismo alla francese? Dalla colonizzazione alla immigrazione*, Firenze: Firenze University Press, IX-XIX

Csordas T. J. 1990, *Embodiment as a paradigm for anthropology*. «Ethos», 18 (1): 5-47.

Dei F., *Multiculturalismo senza culture?* In Nesti A. (ed) 2006, *Multiculturalismo e pluralismo religioso fra illusione e realtà: un altro mondo è possibile?*, Firenze: Firenze University Press, 37-52.

De Martino E. 2002, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Torino: Einaudi.

Dimenstein D. *et al.* 2024, *Cultural competence, intersectionality, and equity in health*, «Estudios de Psicología», 42: 1-16.

Fabian J. 2002, *Time and the Other: How anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press (I ed. ing. 1983).

Fassin D. 1999, *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, «Genèses», 35: 146-171

Fassin D. 2000, *Les politiques de l'ethnopsychiatrie*, «L'Homme», 153: 231–250.

Foucault M. 2016, *Le parole e le cose*, Milano: BUR (I ed. fr. 1966)

Gefou-Madianou D. (ed) 1992, *Alcohol, gender, and culture*, London-New York: Routledge.

Good B. J. 1977, *The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran*. «Culture, Medicine and Psychiatry», 1 (1): 25–58.

Good, B. J. 2006, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino: Einaudi (I ed. ing. 1994).

Illich I. 2013, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano: Red Edizioni (I ed. ing. 1976).

Kirmayer L. J. 2012, *Rethinking cultural competence*, «Transcultural Psychiatry», 49 (2): 149–164.

Kirmayer L. J., Guzder J., Rousseau C. 2020, *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Milano: Colibrì Edizioni.

Kleinman A. 1978, *Concepts and a model for the comparison of medical systems*, «Social Science & Medicine», 12: 85–93.

Kleinman A. 1980, *Patients and healers in the context of culture*. Oakland: University of California Press.

Larchanché S. 2010, *Cultural Anxieties and Institutional Regulation: "Specialized" Mental Healthcare and "Immigrant Suffering" in Paris, France*, Washington University in St. Louis.

Levy J. M. 2005, *Narrative and Experience: Telling Stories of Illness*, «NEXUS», 18: 8-33.

Lock M., Scheper-Hughes N., *A critical-interpretive approach in medical anthropology*. In Sargent C., Johnson T. (ed) 1996, *Handbook of Medical anthropology: Contemporary theory and method*, Westport-London: (pp. 41–70). Greenwood Press, 41-70.

Lupo A., *Malattia ed efficacia terapeutica*, in D. Cozzi (ed) 2012, *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia: Morlacchi, 127-156.

Pellegrino V., *La mediazione culturale: istituire nuove figure professionali? Riflessioni critiche e proposte* in Pellegrino V. (ed) 2007, *Mediare tra chi e cosa? Riflessioni di studiosi e operatori sanitari sull'incontro con il paziente migrante*, Milano: Unicopli.

Pellegrino V, *Introduzione. Criticare lo Stato sociale per dargli consenso collettivo: un'introduzione all'approccio "welfare pubblico partecipativo"* in Pellegrino V. Rodeschini G. (ed) 2024, *Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*, 7-35.

Quagliariello C., *Dal Senegal migrare in Valdelsa. Modelli della nascita a confronto* in Colombo A. (ed) 2014, *Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, Bologna: Il Mulino, 117-149.

Quaranta I., Ricca M. 2012, *Malati fuori luogo, medicina interculturale*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Raffaetà R., *Itinerari medici transnazionali come pratiche d'appartenenza. Curare i propri figli tra Italia, Ecuador e Marocco* in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (ed) 2016, *Salute e inclusione sociale degli immigrati: la sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano: Franco Angeli.

Remotti F. 2022, *Somiglianze. Una via per la convivenza*. Roma: Laterza Editore.

Ricotta G. Ruocco G. 2025, *Pensare, classificare, costruire l'alterità. Percorsi di critica postcoloniale*, Roma: Castelvecchi Editore.

Schirripa P. 2003, La solitudine dei feticci. Alcune considerazioni sulle politiche dell'etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese, «AM», 15-16: 369-386.

Seppilli T. 2010, Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico, «AM», 21-26: 53-80.

Taussig M. T. 1980, *Reification and the consciousness of the patient*. «Social Science & Medicine», 14B (1): 3-13.

Thomas-McNeill K. 2024, *Tugging the Loose Thread of Canada's Political Tapestry: Addressing Settler-Colonial Realities of Multiculturalism and Secularism Within a Bilingual Framework*, York University.

Tognetti Bordogna M. 2013, *Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati*, «CAMBIO», 5: 59-72.

Wimmer A., Glick Schiller N. 2002, *Methodological nationalism and beyond: nation-state building, migration and the social sciences*, «Glob. Netw.», 2: 301-334.