



# UNIVERSITÀ DI PARMA

Università degli Studi di Parma

Dipartimento di Giurisprudenza,

Studi politici e internazionali

Dipartimento di medicina e chirurgia

Master in Salute Collettiva

## **I Dispositivi di Consultazione culturale e di Mediazione Etnoclinica come pratiche all'interno di servizi che aspirano ad essere culturalmente plurali**

Relatore:

Chiar.mo Prof.ssa

Sabrina Tosi Cambini

Candidata:

Maria Inglese

**Anno Accademico 2024-2025**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO I:</b>	
<b>LA VIOLENZA STRUTTURALE E NUOVI DISPOSITIVI 10</b>	
§ 1.1 - LA VIOLENZA STRUTTURALE	10
§ 1.2 - COS'È UN DISPOSITIVO	30
§ 1.3 - IL DISPOSITIVO DELLA CONSULTAZIONE CULTURALE (CC)	39
§ 1.4 - IL DISPOSITIVO DELLA MEDIAZIONE ETNOCLINICA (MEC)	42
§ 1.5 - LA MEC SECONDO IL CENTRO FRANTZ FANON DI TORINO	50
<b>CAPITOLO II:</b>	
<b>LE APPLICAZIONI</b>	<b>52</b>
§ 2.1 - IN OSPEDALE: UNA APPLICAZIONE DA SPERIMENTARE ATTRAVERSO LE CONSULTAZIONI CULTURALI E IL DISPOSITIVO DI MEC	54
§ 2.2 - LA COMPOSIZIONE DEL DISPOSITIVO E LA SUA ATTIVAZIONE	60
§ 2.3 - CASI PRESI IN CARICO CARICO	65
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>87</b>



# Introduzione

I servizi che si occupano della tutela della salute mentale incontrano in maniera sempre più frequente l'alterità linguistica ed identitaria. Pratiche di 'consultazione culturale' sono ampiamente diffuse nei servizi socio-sanitari attraverso la mediazione culturale e l'interpretariato linguistico; tali prassi si inscrivono nel solco di una ormai consolidata pratica di incontro dell'alterità, della quale esistono progetti strutturati in diverse aziende della Regione Emilia-Romagna. Quello che risulta ancora oggetto di implementazione sono, non solo le attivazioni dei servizi di mediazione culturale nei setting di cura, ma la messa in questione delle stesse nozioni di cura, malattia, follia, terapia e salute. Sia nei soggetti beneficiari degli interventi che in coloro che ne sono gli attori.

Non esistono ad oggi esperienze condivise, procedure o modelli esportabili. Il presente progetto segue come linee di intervento le esperienze trentennali del Servizio di Consultazione Culturale (SCC) secondo il modello canadese (vale a dire le pratiche consolidate dal lavoro di Laurence J. Kirmajer, Jaswant Guzder e Cécile Rousseau) e le pratiche di Mediazione Etnoclinica secondo il modello dell'etnopsichiatria e della consultazione etnoclinica (che

originano dalle équipes di Tobie Nathan, dalla riflessione di Piero Coppo e del Centro Studi Sagara, dall'esperienza di Serge Bouznah e dalla declinazione del dispositivo di mediazione etnoclinica del Centro Frantz Fanon di Torino).

Un SCC intende far convergere le intenzioni del paziente, dell'équipe curante e il contesto socio-familiare su temi culturalmente accettabili, quali malattia e cura, che possono influenzare ad esempio l'adesione e la compliance al trattamento. Aggiungere o meglio definire e stressare la componente 'culturale' della consultazione rappresenta oggi una necessità e un posizionamento etico e professionale. Nell'incontro con l'altro-straniero l'équipe curante incontra infatti altre visioni del mondo, differenti pratiche sulla cura, capacità di contenimento del disordine e della sofferenza. L'équipe incontra inoltre valori e appartenenze, materiali e immateriali, legami familiari-socio-comunitari, ma anche debiti verso gli avi e le potenze invisibili, che possono avere una ricaduta sul percorso di cura.

Scrive Salvatore Inglese nella introduzione al libro *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale* di L. Kirmayer, J. Guzder, C. Rousseau: "la posta in gioco è la vita stessa di gruppi, comunità e popolazioni" (pag. XI). Oggi la posta in gioco nei servizi è come riuscire a tutelare la dignità di esistere

per individui traumatizzati e feriti (nel corpo e nella psiche), per le comunità di appartenenza (ricondotte a conflitti dove c'è un vincente e un vinto) e le identità di popolazioni violate nella propria sopravvivenza (oggi è evidente la sclerotizzazione di identità europee-nazionaliste o l'evaporazione di concetti di appartenenza nella cultura occidentale, vincente, nei confronti di mondi che subiscono le conseguenze di un modello di sviluppo capace di sfregiare il vivente in tutte le sue forme).

Occorre ricordare che la formazione su tali temi è del tutto insufficiente nel nostro paese: nelle scuole di formazione poco (o nullo) spazio viene assegnato all'acquisizione di competenze di base rispetto alla dimensione culturale nell'incontro di cura (nello specifico le professioni mediche, psicologiche, socio-sanitarie, infermieristiche, educative...). Occorre una consapevolezza su tale 'ritardo' ed omissione: oggi la posta in gioco è molto alta, incarna la tutela della salute mentale, della tutela della salute in toto e anche della tutela del diritto a manifestare la propria appartenenza identitario-culturale, oltre al diritto allo spostamento-migrazione (a maggior ragione se riguarda fasce vulnerabili della popolazione mondiale perché colpite da conflitti, guerre, persecuzioni, povertà, carenza di risorse ambientali e mancanza di lavoro dove le responsabilità occidentali sono più o meno evidenti). Scrive ancora

Inglese: “è possibile esercitare una tutela della salute mentale transculturale riconoscendo lo straniero mobile (immigrato, profugo, richiedente asilo) quale titolare legittimo alla salute e al benessere da riparare, restituire o difendere all’interno di uno spazio giuridicamente sicuro” (pag. XIX). La psichiatria moderna inoltre deve fare i conti con “le conseguenze psicologiche delle prevaricazioni coloniali ancora presenti” e con le manifestazioni più o meno esplicite di razzismo istituzionale (la definizione è di Macpherson: “il razzismo istituzionale è il fallimento collettivo di un’organizzazione che non riesce a fornire alle persone un servizio appropriato e professionale a causa del loro colore, cultura, origine etnica. Può essere osservato o rilevato in processi, atteggiamenti e comportamenti che accumulano discriminazioni attraverso pregiudizi inconsapevoli, ignoranza, noncuranza, stereotipi razzisti che danneggiano gli appartenenti a minoranze etniche” (pag. 28).

Alcune evidenze dimostrano che ignorare la differenza culturale nell’ambito dell’assistenza sanitaria può contribuire a creare disparità di salute. Ci sono evidenze che dimostrano che gli immigrati tendono a sottoutilizzare i servizi per la tutela della salute, per scarsa conoscenza ma anche per il timore di una stigmatizzazione da parte della comunità e per la paura di incontrare

barriere linguistiche e culturali, oltre al pericolo della discriminazione e del razzismo istituzionale.

L'importanza alla cultura viene spesso invocata per spiegare i fallimenti di comunicazione tra pazienti-clinici, pazienti/famiglia-clinici, per spiegare la non adesione al trattamento del paziente, o per spiegare la mancata comprensione reciproca tra paziente e clinico.

La cultura medica occidentale 'tende a nascondere' in questo modo un atteggiamento potenzialmente pregiudiziale che la abita, in quanto il concetto di 'derivazione culturale' viene attribuito 'solo' al paziente e/o al suo contesto familiare e sociale. Come scrive Fernando, citato nel manuale dei canadesi, questo occultamento si trasforma in razzismo e discriminazione culturale. Occorre prestare molta attenzione e dare un 'peso' alle nostre ideologie istituzionali, in quanto anche la Medicina è una istituzione culturale, è una costruzione sociale e culturale (pag.4).

Nei servizi di cura registriamo un crescente impatto delle richieste di aiuto e trattamento per persone straniere, in tutto l'arco della vita e con vari bisogni che coinvolgono oltre ai servizi sanitari, i servizi sociali e i servizi educativi. All'interno dei servizi che fanno capo al DAISM-DP (Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale

e Dipendenza Patologica), ad esempio, si evidenziano alcune criticità:

in NPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) la difficoltà di collaborazione tra servizi e famiglie straniere con minori, l'utilizzo di valutazioni e test che sono "occidentalo-centrici"; le urgenze comportamentali in giovani adolescenti, di II generazione, e MSNA;

in PSICHIATRIA ADULTI, la difficoltà ad attivare il servizio di mediazione culturale, la non considerazione del "sapere" del paziente silenziato da dispositivi interpretativi/trattamentali basati sul solo modello biomedico; l'esordio psicopatologico in giovani stranieri che accedono ai servizi di emergenza/urgenza e che subiscono spesso trattamenti non condivisi con il paziente e che violano i diritti all'informazione e alla scelta sui trattamenti (è un dato oggettivo che un giovane straniero "rischia" maggiormente di subire trattamenti sanitari obbligatori e terapie LAI, long acting);

nei SERDP (Servizi per le DIPENDENZE PATOLOGICHE) e per la BASSA SOGLIA: questi servizi, che sono maggiormente esposti alle condotte trasgressive e comportamenti che destano allarme sociale, intercettano precocemente modalità di uso (poliabuso) di sostanze, ad esempio l'uso diffuso tra le persone in marginalità di crack, e che non vengono "presi in carico" da servizi più strutturati;

nel SERVIZIO SPAZIO SALUTE IMMIGRATI (SSI): si tratta di un servizio all'interno dell'azienda USL di Parma deputato alla presa in carico medico-internistica delle persone di recente arrivo, prive di documenti, richiedenti asilo e rifugiati; lo SSI "vede" per primo le persone vittime di violenza e torture; esistono all'interno dello SSI servizi specialistici altamente "in prima linea" come le malattie infettive, la consultazione psicologica-psichiatrica, la pediatria; inoltre i professionisti dello SSI partecipano al CISS- Coordinamento interaziendale tra azienda USL di Parma e l'associazione CIAC che tutela legalmente le persone richiedenti asilo-rifugiati, tale coordinamento permette la presa in carico multidisciplinare e favorisce l'interfaccia con i servizi sanitari e sociali del territorio proprio per le persone con vulnerabilità vittime di violenza e tortura applicando le Linee Guida del Ministero della Salute del 2017;

in CARCERE: tra i detenuti è ormai evidente la presenza di persone straniere con problematiche multiple (mancanza di documenti, di una rete sociale, problemi sanitari, psichiatrici, dipendenze, povertà); la presenza di stranieri si aggira dal 30 al 50%; in carcere è possibile paradossalmente incontrare soggetti che difficilmente accedono ai servizi, per barriere culturali e linguistiche e per la presenza di ostacoli burocratici; il carcere svolge un ruolo di

emersione della vulnerabilità “utile” per tentare di creare legami e percorsi di cura adeguati.

Due concetti, ripresi nel progetto di ricerca, sono alla base dall’esperienza canadese: la “Competenza culturale” e la “Sicurezza Culturale”. Si intende per Competenza culturale il riuscire ad assumere nell’incontro clinico il punto di vista del paziente, che può essere influenzato dalla sua affiliazione originaria (identità culturale, spiegazione culturale della malattia, ambiente psicosociale di riferimento, elementi culturali della relazione medico-paziente); per Sicurezza culturale si intende il saper affrontare gli squilibri di potere nelle istituzioni sanitarie per garantire una base etica all’assistenza sanitaria, quale banalmente la possibilità del paziente di esprimersi nella propria lingua d’origine. Questi aspetti emergono dalla spesso bassa (se non assente) attivazione dello strumento della mediazione culturale nell’incontro con i pazienti (vedi lo studio condotto nei CSM-Centri di Salute Mentale di Parma, pubblicato in Sestante, n.24).

Interrogare e applicare nuovi strumenti e nuovi dispositivi all’interno dei servizi di cura pone sotto la lente di osservazione il ‘sapere’, vale a dire acquisire maggiore competenza culturale nelle pratiche della tutela della salute mentale, il ‘saper fare’ da parte dei professionisti impegnati e interessati a trasmettere le conoscenze

teoriche e pratiche ai colleghi di altri servizi invianti, la ‘coabitazione’ di strumenti differenti, la capacità di ‘lavorare insieme’ tra varie figure professionali (e non solo socio-sanitarie), infine il ‘saper lavorare’ in luoghi dove promuovere una sicurezza culturale per i pazienti e le loro famiglie (dobbiamo essere consapevoli della disparità di potere tra operatori e utenti).

La ricerca e l’analisi prodotti sono state condivise con una collega del master, Lucrezia Travella, antropologa, la quale ha approfondito e “curato” alcune piste che appaiono come un contro-canto rispetto alla parte che procede da un posizionamento clinico e (fin troppo) strutturato. Sono grata a Lucrezia per aver approfondito nella sua ricerca ciò che io faticavo a “vedere”.

# CAPITOLO I

## La violenza strutturale e nuovi Dispositivi

*“Fare mediazione oggi ci obbliga a fare i conti con il nostro rapporto con la quantità di violenza che avviene nel mondo”*

Lelia Pisani

### § 1.1 - La violenza strutturale

Per parlare di violenza strutturale, un tema che è emerso con forza nel master, parto dalla frase conclusiva dell'articolo di Paul Farmer, tradotto da Ivo Quaranta, dal titolo Un'antropologia della violenza strutturale. L'articolo, pubblicato nella versione originale nel 2004, è la trascrizione della Lecture in Anthropology che Farmer tenne nel 2001 dedicata all'antropologo Sidney Mintz. Scrive Farmer nelle righe conclusive: “Il nostro lavoro (come antropologi della violenza strutturale) è quello di documentare, quanto più meticolosamente e onestamente possibile, i complessi meccanismi di un imponente macchinario radicato nell'economia politica che solo un romantico potrebbe definire fragile. A essere fragile piuttosto è la nostra impresa di creare un resoconto veritiero e di combattere l'amnesia.

Aspetteremo ‘l’anomalia della matrice’<sup>1</sup> in modo che sempre più persone possano VEDERE CHIARAMENTE quale sia il costo -non per noi...- ma per chi ancora lotta nell’impossibile obiettivo di vivere con quasi nulla, mentre altri sguazzano nell’abbondanza”.

Questa citazione rappresenta la conclusione di un articolo duro e radicale sui determinanti storici, politici, economici che “l’antropologia della violenza strutturale” deve conoscere per studiare il perpetuarsi di morte e malattia (oltre che fame, degrado, mancata istruzione, violenza ecc...) nei soggetti più fragili. Che si tratti di soggetti lontani (come era nello studio di Farmer, anche se lui era fisicamente dislocato ad Haiti dove questi studi e pratiche sono state realizzate) o vicini a noi, nelle nostre città, periferie, stazioni, servizi sanitari, centri di accoglienza.

Quello che vorrei sottolineare sta nelle due parole “vedere chiaramente”. L’incontro con la violenza strutturale è stato, per me, un “vedere chiaramente”. Aprire gli occhi su una violenza che si agisce nel nostro mondo privilegiato, comodo, pieno di opportunità. E mi appoggio su una immagine, che non riprendo da Matrix (film del 1999 incredibilmente distopico e contemporaneo, citato

---

<sup>1</sup> ci si rifà al film *Matrix* e all’errore del sistema che si manifesta con un *deja vu* e che quindi richiede al sistema un riavvio

nell'articolo), bensì da un altro film, sempre di fantascienza, ancora più vecchio, del 1988, di John Carpenter, *Essi vivono*.



Scena tratta dal film nel quale il protagonista scopre l'effetto disvelante degli occhiali

La storia: un giovane disoccupato, inoperoso e un po' marginalizzato, entra in possesso di uno strano paio di occhiali neri, con i quali scopre che molti esseri umani sono in realtà extraterrestri, un po' zombizzati, che cercano di condizionare l'umanità con messaggi subliminali, nascosti dietro alle copertine di giornali, o ai cartelloni pubblicitari presenti in città. Il protagonista scopre-vede la vera realtà, si tratta di una rivelazione

alla quale non può non rispondere, così intraprende una lotta senza sosta per la libertà.

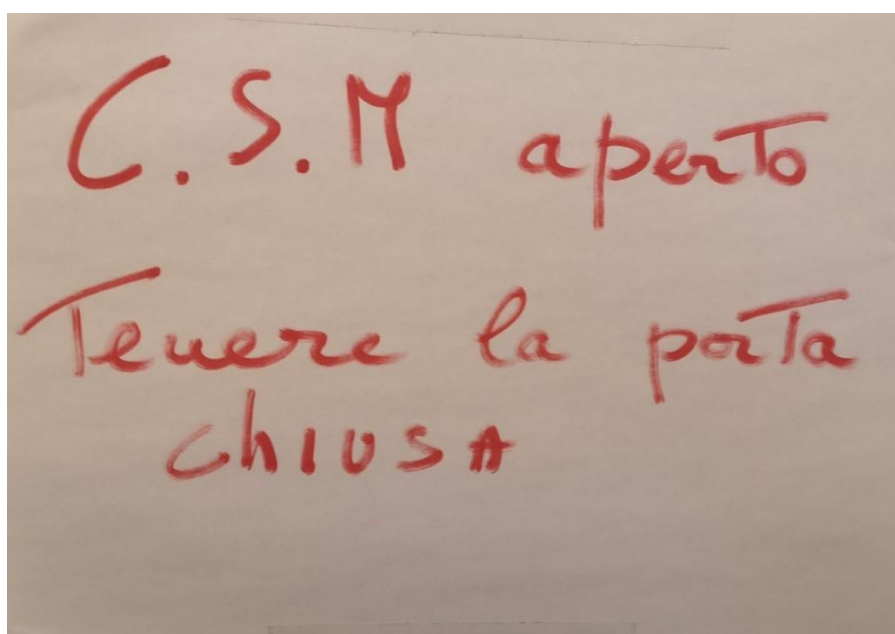
L'effetto che la realtà nascosta, invisibile ha sul protagonista rappresenta perfettamente l'effetto che il disvelamento della violenza strutturale ha (almeno per me lo ha rappresentato) sulla pretesa di verità su quanto incontriamo: nei contesti sociali potremmo dire, ma anche socio-culturali, accademici, sanitari, dove è affermata la nostra scienza pretesa come tale. Si tratta di un vedere oltre, di riconoscere anche nei nostri dispositivi di conoscenza, di comprensione, di cura ciò che non emerge ad un primo sguardo. La fantascienza è un linguaggio utile per questo disvelamento. Permette di avvicinarsi a realtà solo apparentemente lontane, in realtà ci parla da molto vicino, ci dice di noi e della nostra pretesa di conoscenza della realtà come l'unica possibile. La fantascienza permette un dialogo tra qui-ora e là-futuro, è uno sguardo di sbieco, inclinato sulla realtà (si intra-vede qualcosa di inedito, potremmo dire, è un sopra-vedere come essendo in volo sulla realtà). Philip K. Dick descrive in questo modo la fantascienza: è in grado di introdurre l'idea come un principio non statico bensì dinamico, che riesce ad innestarsi (entrare come un virus per rimanere nei temi cari a Farmer) nel reale facendo intuire un altro possibile, dei "futuri possibili" (*Futuri possibili* è il titolo del testo di Vincenza

Pellegrino che contiene un capitolo dedicato alla fantascienza). La fantascienza instaura un dialogo tra il vero e il falso, tra il vero come simulacro di verità e il falso come reale travestito da estraneo. Produce uno straniamento nel lettore-spettatore: ci fa entrare in un mondo alterato (ma quanto dell'oggi che "vediamo" appare più che alterato alle nostre coscienze?), che in realtà ospite messaggi subliminali, ingiunzioni, obblighi, abitato da umani-non umani (nel film di Carpenter sono degli alieni, nelle nostre città sono i gruppi marginalizzati e criminalizzati). La fantascienza ci regala gli occhiali per vedere una realtà occulta.

Incontrare la violenza strutturale come occhiali per leggere il reale ha avuto su di me questo strano effetto: pensare alla verità non come una ideologia statica, bensì dinamica e mai data una volta per sempre, cercare ciò che non si vede e che viene volutamente nascosto, intuire il messaggio-indottrinamento occulto al quale ci si sottomette (spesso) volontariamente.

Torno alla violenza strutturale, al mio personale disvelamento, al mio decentrarmi rispetto al posizionamento da medico occidentale, specialista in psichiatria che "sa" mentre gli altri "credono". Ci sono domande che sono emerse attraverso gli occhiali dell'antropologia della violenza strutturale.

Come vedere meglio la violenza che respiriamo e che riproduciamo quotidianamente? Di quale violenza ci dobbiamo occupare? Chi incontra la violenza nei servizi di salute? Chi l'agisce? Come si agisce questa violenza? Con quali strumenti? I servizi producono-riproducono violenza sui soggetti fragili già interessati da altre forme di violenza?



Questo il cartello appeso sulla porta di un servizio pubblico, esempio di messaggio che ostacola l'accesso

Se applico questi “occhiali” al lavoro clinico con le persone straniere che incontro (invisibili e invisibilizzate), ai rifugiati, richiedenti asilo, alle vittime di violenza intenzionale, di tortura,

quali forma di violenza i servizi “rischiano” di perpetuare? Come “non contribuire” anche noi a forme di ritraumatizzazione?

La definizione di violenza strutturale di Paul Farmer aiuta a riconoscere il pericolo: la violenza strutturale è una forma di violenza indiretta e sistemica, radicata nelle strutture sociali, politiche ed economiche, che danneggia le persone causando povertà privazione di diritti e accesso iniquo alle risorse, perpetuando disuguaglianze e sofferenza, senza che ci sia un singolo colpevole ma è coinvolto un intero sistema. Si manifesta attraverso leggi ingiuste, sistemi economici che sfruttano, istituzioni che negano opportunità, rendendo visibili gli effetti della disuguaglianza sociale. Emergono delle parole chiave: è una violenza indiretta che non necessita di un attore principale, molte volte non si individua un soggetto che la compie; è una violenza sistemica inscritta dentro a processi, nelle normative, nelle leggi, nei regolamenti (vedi il testo *Crimini di pace* di Basaglia e coll.); produce e accentua disuguaglianze e differenze; può nascondersi dietro ad istituzioni che negano opportunità; è una violenza che disvela, rende visibile gli effetti delle disuguaglianze. Si dà per scontata, appare normale: “così è e così è sempre stato, si è sempre fatto così”, una delle frasi che la caratterizza.

La Violenza Strutturale limita la capacità personale dei soggetti, la “capacitazione”, nella accezione di Amartya Sen (*capability*), per il quale lo sviluppo umano non si definisce dalla sola progressione del reddito bensì dalla “libertà di essere e di fare ciò che si vuole”. Il concetto di capacitazione entra nella definizione che l’OMS ha dato di “salute mentale” e benessere. Si definisce salute mentale, infatti, uno stato di benessere in cui l’individuo realizza il proprio potenziale, affronta lo stress normale, lavora in modo produttivo e contribuisce alla comunità. Bella definizione, ma carica di ambiguità da disvelare: come realizzare il proprio potenziale se esistono limiti e ostacoli alla partenza? E se lo stress che si incontra non è normale? Come lavorare in modo produttivo, se il lavoro è sottopagato, implica sfruttamento, non è scelto secondo le proprie competenze e attitudini? Contribuire alla comunità: la stessa che crea soggetti inclusi ed altri che ne sono esclusi, la stessa comunità che perpetua violenza, stigmatizzazione, disuguaglianza che vorrebbe eliminare?

La Violenza Strutturale è una patologia del potere. E, come scrive Ivo Quaranta nella introduzione al manuale di *Antropologia medica* da lui curato, “se la malattia è spesso legata alla violazione dei diritti fondamentali, allora la terapia più adeguata è senza dubbio la promozione di quei diritti e della giustizia sociale” (Pag 264).

Nell'articolo *L'antropologia della violenza strutturale* Farmer parla di ciò che ha direttamente visto, incontrato, studiato e si espone scrivendo in prima persona: è un "io" che parla-studia-critica. Si concentra sull'etnograficamente visibile, individuato con la folla che sosta davanti all'ospedale pubblico che dirige (Farmer oltre che antropologo è medico) e che "deve" attraversare tutte le mattine per andare a lavorare (gli ci vuole un'ora per attraversare i 500 metri che lo separano dal portone dell'edificio). Si sofferma e descrive una storia, di una persona malata, che gli chiede di aiutarla. Nell'articolo Farmer le lascia spazio, le lascia la parola ("Buongiorno le dico bensì sappia che vuole essere lei a parlare"), incarnando un posizionamento che cerca di restituire dignità, protagonismo, fa un passo a lato proprio per dare la parola alla "diretta interessata". Il racconto della malata e le associazioni che Farmer fa sembrano due strade che avanzano parallele. Il registro soggettivo e quello oggettivo (se diamo a questa parola non un criterio di absolutezza, bensì uno sguardo tra altri, proprio per non riprodurre la distanza e la violenza strutturale che anche la scienza compie di fronte al soggetto che parla del suo male, soprattutto se proviene da un altro mondo, ma vale per ciascuna esperienza di malattia) proseguono ma si interrogano. Poco per volta anche il contesto si modifica, la piccola folla confusa intorno al medico e

alla malata diventa un cerchio, abbattendo quindi lo squilibrio di potere che appare implicito. Anche qui Farmer lascia spazio. Lentamente nel racconto della donna, verso il quale gli occhiali del Farmer medico si pongono delle domande che rimangono senza risposte (domande quali: da quanto tempo è malata? come è iniziata la lesione? era una infezione?) si fanno pressanti altre domande, che tengono dentro la vita familiare, le condizioni di lavoro, le risorse economiche, gli aiuti cercati, quelli ricevuti. Dice Farmer: “Questo è il limite oltre cui i dettagli clinici lasciano spazio al racconto reale” (si domanda ad esempio: come occuparsi dei bambini e della mamma malata che dipendono tutti da lei?). Farmer lascia spazio anche alle “credenze” della donna e del gruppo: la “malattia mandata da Dio” come le dicono, una malattia naturale e non dovuta alla stregoneria le dicono altri, una malattia che “qualcuno le ha inviato”, il coinvolgimento di guaritori tradizionali, di guide spirituali, il rivolgersi a “medici che lavorano con entrambe le mani”, vale a dire che sanno comprendere sia la malattia naturale che quella soprannaturale. Nelle parole dell’antropologo non c’è un giudizio né un pregiudizio, sembra al contrario interessato a sapere il tutto possibile di questa donna. “Il cerchio continua a crescere”, il cerchio intorno al dottore e alla donna, ma anche il cerchio di conoscenze, di saperi, di strumenti visibili e invisibili.

Farmer introduce a questo punto del testo le sue conoscenze rispetto al concetto di violenza strutturale, lo fa sempre partendo da ciò che ben conosce: vale a dire la diffusione della tubercolosi e dell'AIDS che ha studiato e trattato ad Haiti. Ne sottolinea il carattere strutturale, quindi indiretto con la quale si estrinseca in contesti di miseria, ma sottolinea anche le forme di resistenza che le popolazioni marginalizzate (anche dalle definizioni) le oppongono: le "armi dei deboli", "gli spazi sociali di animata resistenza". Utilizza una espressione, oppressione, che non può che ricollegarci alla pedagogia degli ultimi di Freire: "la limitazione della capacità di azione è inversamente correlata con la capacità di resistere alla marginalizzazione e ad altre forme di oppressione". E ancora una volta usa un linguaggio inedito per affrontare questi concetti: la necessità di "guardare ai morti e a quelli abbandonati come se fossero morti". Queste parole dialogano a distanza (spaziale e temporale) con l'azione incompiuta di Cristina Cattaneo e il suo Labanof, il laboratorio di medicina forense-legale, che dopo il naufragio dell'ottobre 2013, istituisce il primo ufficio che tenta di dare un nome ai morti nel mare mediterraneo. La Cattaneo utilizza i suoi strumenti da medico forense, l'analisi dei corpi, degli oggetti, il confronto con elementi ante-mortem, con le indicazioni e informazioni dei familiari che li reclamano (quanta violenza nelle

parole di politici che dicevano che si tratta di morti che nessuno sarebbe venuto a cercare!). Cattaneo e il suo gruppo decidono che quei morti sono “i nostri morti”, che dare un nome e una identità a quei corpi serve anche e soprattutto per i vivi, per non rimanere senza risposte, non sapere chi piangere e dove, ma anche per avere un certificato che permetta ai familiari, agli eredi di poter continuare a vivere (testimonianza preziosa quella di Cattaneo in *Naufraghi senza nome*).

C'è in queste riflessioni un monito importante, il riferimento agli oggetti, ai documenti, alle “cose materiali”, l'antropologia della Violenza Strutturale non deve mai perdere di vista le “dimensioni materiali”. Scrive Farmer: solo appoggiandosi alla “materialità del sociale” si eviterà di cadere in una forma di “romanticismo” sterile e inutile. E qui introduce una metafora potente e semplice che ben spiega il suo sguardo sul materiale, utile anche di fronte ai “culturalisti più radicali”: per costruire un edificio abbiamo bisogno di materiali, ogni progetto sociale richiede materiali di costruzione, mentre il progetto di edificazione, quello che pensano-immaginano-sognano architetti, urbanisti e politici, è inevitabilmente sociale e dunque culturale.

Ancora, Farmer si spinge poco dopo ad introdurre altri materiali adeguati a leggere la violenza strutturale appoggiandosi alla storia,

alla cancellazione della storia che viene compiuta dai vincitori sui vinti: “l’erosione della storia è forse il gioco di prestigio esplicativo più comune utilizzato dagli architetti della violenza strutturale”. La metafora della costruzione continua.

Di fronte alle miserie, povertà, all’ammalamento fisico e psichico di popolazioni marginalizzate si evita intenzionalmente di considerare la storia precedente: la si cancella, la si elimina, la si frantende. Non si ricostruisce quindi la storia di ciò che il presente mostra drammaticamente. La storia eliminata sul passato colonizzatore dei paesi europei, ad esempio, non permette di leggere le aggressioni contemporanee e le cause di sofferenza sociale nei paesi già derubati in passato. Haiti ne è un esempio, Farmer lo ricostruisce magistralmente. Ed è qui che occorrono gli occhiali, lo sguardo attento di disvelamento! Occorre “cogliere le vive reti di potere che irretiscono la miseria osservata”. Occorre renderle visibili, svelarle. Usa, anche qui, un’altra potente immagine: “Vediamo le pozzanghere, forse, ma non i temporali e certamente non le nuvole minacciose di pioggia che si stanno addensando”. Lo sguardo dell’Angelus Novus di Klee.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Angelus Novus è un acquarello di Klee del 1920 che Benjamin identificò come “l’angelo della storia”: guarda al passato, vede una catastrofe accumularsi e



Quadro ad acquarello di Paul Klee

Un lavoro, quello dello svelamento, lungo e approfondito, necessario in quanto la posta in gioco è molto alta. In termini di sopravvivenza, di convivenza e di giustizia sociale, di denuncia e di

---

vorrebbe restaurare ciò che è stato distrutto, ma viene inesorabilmente spinto verso il futuro da una tempesta, il progresso

riparazione. Lo spettro che ancora aleggia su tanta sofferenza contemporanea è lo schiavismo, lo sfruttamento, la colonizzazione, il mercato, la globalizzazione, la finanza (non a caso molte di queste forme della modernità non sono ben visibili). Anche se invisibili, rimosse, nascoste, hanno effetti sui corpi soprattutto di chi è più vulnerabile. “La violenza strutturale è strutturata e strutturante (scrive ancora Farmer). Essa limita la capacità di azione delle sue vittime. Stringe un cappio intorno ai loro colli e tale strangolamento determina le modalità in cui le risorse -cibo, medicine, ma anche affetti- sono allocate e vissute”. L’effetto può essere drammatico e improvviso come un bombardamento, ma anche lento e sfiancante come una carestia (“fa appassire i corpi lentamente”). Le disuguaglianze sociali sono il cuore della Violenza Strutturale, il razzismo, le ineguaglianze di genere, la povertà brutale sono causa e risultato.

Un’altra definizione, utile a “vedere” meglio ciò che incontriamo, è quello di “Sofferenza sociale” (concetto di Kleinman, Das, Lock, 1997) ripreso nel manuale di Ivo Quaranta: “La sofferenza sociale accomuna una serie di problemi umani la cui origine e le cui conseguenze affondano le loro radici nelle devastanti fratture che le forze sociali possono esercitare sull’esperienza umana. La sofferenza sociale è la risultante di ciò che il potere politico,

economico e istituzionale fanno alla gente e, reciprocamente, di come tali forme di potere possono esse stesse influenzare le risposte ai problemi sociali. A essere incluse nella categoria di sofferenza sociale sono condizioni che simultaneamente coinvolgono questioni di salute, di welfare, ma anche legali, morali e religiose” (pag. XXI). La sofferenza sociale è esperienza potente, una delle più personali certo, ma non è individuale bensì collettiva. Anche le organizzazioni dei servizi possono creare questa violenza e sofferenza. Possono usare strumenti che “fanno male”, creare differenze di accesso, di utilizzo, valorizzare modalità discrezionali o condizionali. I servizi di cura sono pensati “da chi sta bene” per “chi sta male”: come operano? Spesso con strumenti che accentuano la sofferenza invece di alleviarla. Ad esempio: separando, categorizzando, gerarchizzando (diagnosi per età, per categorie di disagio...), ricreando differenze tra soggetti e tra gruppi, istituendo luoghi, spazi “solo” per certe categorie.

Questi occhiali disvelanti permettono di vedere il reale materiale, i corpi che incarnano la violenza subita, la violenza visibile e quella invisibile. Nello specifico penso al percorso di certificazione di domanda di protezione delle persone richiedenti asilo nel quale si rinnovano le forme di violenza, ad esempio con la stessa azione (buona?) di “emersione della vulnerabilità”, con la preparazione dei

richiedenti asilo alla commissione e alle domande che ripercorreranno la sua biografia e le violenze subite, fornendo una certificazione che “apre” le porte ad alcuni con l’etichetta del vulnerabile (le chiuderanno ad altri), con lo screening sulle vittime di violenza e tortura che obbliga a ”dire” e a dimostrare quanto detto, con servizi che non fanno entrare se non hai una diagnosi se non parli una lingua accessibile (al personale sanitario), e così via. I sistemi di accoglienza-certificazione-riconoscimento legale rischiano di creare ulteriori forme di violenza. Ancora di più, oltre a creare violenza, riattivano traumi e sofferenze legate alla violenza già incontrata, già subita.

Entriamo in quelle che Beneduce e Taliani hanno descritto in un loro potente articolo “Le patologie della cittadinanza”<sup>3</sup>. Denunciano i due autori come le complicità “strutturali” del sapere psichiatrico contribuiscono a processi di creazione degli esclusi. Ma potremmo chiamarli indesiderati, anormali, irregolari, disadattati, elementi di disturbo (come scrive Basaglia e citato nell’articolo). Le patologie della cittadinanza sono espressione di una violenza che si appoggia sulle diagnosi, sulle risposte (non risposte) delle istituzioni, sono “i

---

<sup>3</sup> Contenuto in aut aut n. 398, “La psichiatria e il futuro della salute mentale”, AA. Vari

modi in cui le istituzioni contemporanee continuano a fabbricare il cittadino ideale, normale, al tempo stesso costruendo cittadinanze devianti e invisibili”. Creano, le istituzioni e gli strumenti diagnostici, “zone di non essere” (espressione di Fanon), zone dalle quali donne e uomini (giovani spesso) vengono espulsi dai processi produttivi, incapaci di sostenere spese di alloggio o di cure sanitarie, senza documenti, “respinti in un territorio di inesistenza, condannati ad una attesa infinita e a un’incertezza nella quale è facile riconoscere il lavoro oscuro di devastanti meccanismi iatrogeni”. La violenza istituzionale è apparentemente meno violenta della schiavitù o della colonia, ma è “brutalmente burocratica”, obbliga ad assistere o, peggio, ad essere attori di dinieghi, limiti, esclusione, razzismo. E qui viene da interrogare anche la “nostra” professione al servizio di apparenti dispositivi di liberazione: una certificazione, una relazione, una cura, possono diventare strumenti di esclusione, di espulsione, di mortificazione, in una parola violenti?

Cosa si oppone a questa violenza così sistematica, strutturata, invisibile ma ammalante? Come scrive Gianandrea Franchi nel suo ultimo libro, *Per un comunismo della cura*, la pratica della cura è gesto-azione politica che è capace di narrare un altro modo di “fare mondo”. Il libro si apre con una bellissima citazione di Deleuze sulla

fiducia, esorta ad alimentare fiducia anche di fronte alla sfiducia, magari scegliendo il “piccolo”, il poco come cifra per testimoniarla. Analizza Franchi la parola “rifugiato”, da “rifugio” dal quale i migranti scappano e al quale in fondo aspirano; esplora poi la parola “esule”, un “essere al mondo senza essere a casa”.

E qui emerge la tesi del libro: è la terra tutta ad essere ridotta a un luogo d’esilio. Questo ci accomuna ai profughi ed esuli che incontriamo. Ancora di più, i migranti, “sono messaggeri (per ora) inconsapevoli della condizione storica attuale della terra, della vita e di quella futura, che dall’attuale si sta sprigionando” (pag. 9). Chandra Candiani nel suo libro, potentissimo, *Visitatori celesti*, ci invita a saper accogliere i visitatori che la vita ci manda. Sono appunto “messaggeri” perché portano un messaggio che risveglia, sono “celesti” perché ci aprono la soglia di significati altrimenti ignorati. I messaggeri, i visitatori, sono “intermediari tra i mondi e nel corso della loro esistenza ne incontriamo tanti e spesso sono animali, alberi, creature minuscole e nascoste, ESSERI CHE NON CONTANO” (pag. 11). Trovo in queste poche parole della poetessa un dialogo con la tesi di Franchi. Da questi incontri con esseri umani mortificati, umiliati, nascosti, invisibili riceviamo un messaggio, chiaro e potente: ci stanno mostrando ciò che è poco più avanti di oggi, che ci riguarda, che ci parla. Come la fantascienza, ci parlano

di un altro-ve per dire di noi-qui. Sono i loro corpi che portano questo messaggio, sull'essere esuli, rifugiati, il messaggio dell'ingiustizia, e i corpi sono oggetto delle cure dell'associazione Linea d'ombra, fondata da Franchi e da sua moglie Lorena Fornasir. "Intervenire a partire dal corpo vuol dire partire da una situazione storica nella sua concretezza immediata, partire dal contatto, dallo sguardo, dall'odore...Noi possiamo andare in piazza a incontrare corpi che vengono dal passato e ci indicano il futuro" (pag. 19).

Il tocco, il toccare di Lorena, è stato il gesto che ancora prima delle parole ha fatto accoglienza e cura. Il corpo precede il significato, il pensiero, la parola. E insieme al corpo, al toccare c'è anche una idea precisa di "fare mondo", occupando uno spazio pubblico come una piazza (la Piazza del mondo, così è chiamata la piazza dove si incontrano migranti e volontari a Trieste tutte le sere): occupando un luogo si interrompe la riproduzione del "tempo del dominio", ecco la esortazione al comunismo contenuto nel titolo del libro! Il luogo diventa un nuovo inizio di pratiche di cura e di accoglienza, di politica sociale, di movimenti per la giustizia, un nuovo inizio di spazio e di tempo, fatti, come scrive Franchi, di incontri.

L'unico antidoto alla violenza, testimoniata da questi corpi, dagli sguardi, dalle parole e ancora più dai silenzi, è la cura. Un capitolo del libro porta questo titolo, appunto. La cura è la "base

concretissima dell'agire politico in questa fase" (pag 73). E' azione autorevole, rimanda al vivente, al sapere e al saper fare, ha una intenzione; si avvicina a resistenza e lotta, ma a differenza di queste la cura non è pratica di contrapposizione bensì è totalmente consegnata "alla posizione". Come medici la conosciamo questa posizione, è quella stessa della clinica-inclinazione. La cura è affidamento, è mettere le mani.

## **§ 1.2 - Cos'è un dispositivo**

"La parola 'dispositivo' è un termine tecnico decisivo nel pensiero di Foucault", scrive Agamben nel suo *Che cos'è un dispositivo?* (pagg.5-6), aggiungendo che il filosofo francese non ne ha mai dato una vera e propria definizione, ma qualcosa che vi si avvicina in un'intervista apparsa nel 1977 sotto il titolo di *Le jeu de Michel Foucault (Dits et écrits, Gallimard 2001)*:

"Ciò che io cerco di individuare con questo nome, è, innanzitutto, un insieme assolutamente eterogeneo che implica discorsi, istituzioni, strutture architettoniche, decisioni regolative, leggi, misure amministrative, enunciati scientifici, proposizioni filosofiche, morali e filantropiche, in breve: tanto del detto che del

non-detto, ecco gli elementi del dispositivo. Il dispositivo esso stesso è la rete che si stabilisce fra questi elementi...col termine dispositivo, intendo una specie – per così dire – di formazione che in un certo momento storico ha avuto come funzione essenziale di rispondere a un’urgenza. Il dispositivo ha dunque una funzione eminentemente strategica...”.

In un altro testo esiste un passaggio che chiarisce ulteriormente l’idea del dispositivo secondo Foucault (*Dits et écrits, vol. III, pagg.299-300*):

“Ho detto che il dispositivo è di natura essenzialmente strategica, il che implica che si tratti di una certa manipolazione di rapporti di forza, di un intervento razionale e concertato nei rapporti di forza, sia per orientarli in una certa direzione, sia per bloccarli o per fissarli e utilizzarli. Il dispositivo è sempre iscritto in un gioco di potere e, insieme, sempre legato a dei limiti del sapere, che derivano da esso e, nella stessa misura, lo condizionano. Il dispositivo è appunto questo: un insieme di strategie di rapporti di forza che condizionano certi tipi di sapere e ne sono condizionati”.

Quindi il dispositivo è un insieme eterogeneo, che include, come in una rete e allo stesso titolo, qualsiasi cosa, “tanto del detto che del non-detto”. Il dispositivo ha sempre una funzione strategica in quanto nasce in un preciso momento storico rispetto ad un’urgenza

concreta e vi reagisce. Infine si iscrive sempre in una relazione di potere. Si tratta quindi di strategie di “rapporti di forza” che condizionano e si lasciano condizionare dal sapere.

Scendendo nel particolare, per Foucault i dispositivi sono l'insieme di tecniche che hanno il compito di governare alcuni elementi concreti della vita dei soggetti e delle collettività; pensiamo, ad esempio, alle scuole o alle prigioni, ma anche al manicomio, che nascono e vivono per controllare, orientare e contenere strategicamente le condotte dei soggetti, soprattutto quelle devianti e trasgressive.

Un nuovo dispositivo si forma quando i dispositivi precedenti non sono più adeguati a contenere e orientare le condotte dei soggetti, quando si fa pressante l'urgenza di un cambiamento concreto. È questo il compito ultimo di un dispositivo: dare risposte concrete al nuovo che emerge, all'attuale che si affaccia sul nostro cammino, all'urgenza di un cambiamento, teorico o di governo che sia.

Per ampliare il concetto di dispositivo occorre appoggiarsi al pensiero di Deleuze, riprendendo un breve testo che raccoglie il suo

ultimo intervento pubblico nel corso di un convegno su Foucault, tenutosi a Parigi nel gennaio del 1988<sup>4</sup>.

“Ma che cos’è un dispositivo? È innanzitutto una matassa, un insieme multilineare, composto di linee di natura diversa. Queste linee nel dispositivo non delimitano né circoscrivono sistemi di per sé omogenei – oggetto, soggetto, linguaggio ecc. – ma seguono direzioni, tracciano processi in perenne disequilibrio; talvolta si avvicinano, talvolta si allontanano le une dalle altre. Ogni linea è spezzata, soggetta a variazioni di direzione, biforcante e biforcuta, soggetta a derivazioni. Gli oggetti visibili, gli enunciati formulabili, le forze in esercizio, i soggetti in posizione sono come vettori o tensori” (G. Deleuze, *Che cos’è un dispositivo?* pag.11).

Quindi un ampliamento del discorso sul dispositivo prende qui la rappresentazione, quasi visiva, di vettori, tensori, linee, che tracciano e che tentano di contenere e delimitare, ma che sono in perenne disequilibrio. Tali linee permettono di riconoscere dignità non soltanto al “visibile” ma anche all’invisibile (“tanto del detto che del non-detto” scrive Foucault) e seguono anche le cosiddette linee di frattura, le incrinature che attraversano il terreno del reale.

---

<sup>4</sup> atti pubblicati in AA. VV., *Michel Foucault philosophe. Rencontre internationale, Paris 9, 10, 11 Janvier 1988*, ed. Seuil, Paris 1988

Tutto questo è necessario per riuscire a definire una nuova mappa, una nuova cartografia.

“Sciogliere la matassa delle linee di un dispositivo significa ogni volta tracciare una carta, cartografare, misurare terre sconosciute, e questo è ciò che Foucault chiama la ‘ricerca sul campo’. Bisogna disporsi su quelle linee che non soltanto formano un dispositivo, ma l’attraversano e lo spostano da nord a sud, da est a ovest o in diagonale” (id. pag.12).

In questa nuova mappatura che è il (nuovo) dispositivo si incontrano le prime due dimensioni che lo descrivono (che Foucault stesso descrive), e sono le curve di visibilità e le curve di enunciazione. A queste due ne aggiunge una terza, le linee di forza, e su queste si inserisce quella che per Deleuze sembra avere maggiore importanza, cioè la linea della soggettivazione, in quanto ben rappresenta la lotta e la tensione tra vettori, forze, poteri all’interno di un dispositivo.

“La linea di forze si produce ‘in ogni relazione da un punto all’altro’ e passa per tutti i luoghi di un dispositivo. Invisibile e indicibile, essa si confonde con le altre e tuttavia può esserne separata (...) una linea di soggettivazione è un processo, una produzione di soggettività all’interno di un dispositivo: essa deve farsi, nella misura in cui il dispositivo lo lascia o lo rende possibile. È una linea di fuga, sfugge alle linee precedenti, *se ne fugge*” (id. pag. 15 e 17).

Si introducono quindi le linee di forza che in ogni relazione si producono e che rendono possibile il processo della soggettivazione, elemento centrale in ogni dispositivo di cura e/o di mediazione. Qui si apre un ulteriore passaggio utile alla riflessione che si vuole percorrere attraverso il dispositivo proposto nella mediazione etnoclinica (MEC) ad esempio e che verrà successivamente presentato. La MEC si pone l'obiettivo di 'dare spazio' e voce ad ogni soggettività presente in una situazione di concreto, esplicitato o meno, conflitto. La MEC si propone di presentificare, attualizzare appunto, quelle voci che spesso non sono rappresentate perché non riconosciute, non interpellate, non capite.

“Ciò che (si) soggettivizza sono non soltanto gli uomini nobili, quelli che secondo Nietzsche dicono ‘noi i buoni...’, ma anche, in altre condizioni, gli esclusi, i cattivi, i peccatori, oppure gli eremiti, le comunità monastiche o anche gli eretici: tutta una tipologia di formazioni soggettive all'interno di dispositivi mobili. E dappertutto grovigli da sciogliere: produzioni di soggettività che sfuggono ai poteri e ai saperi di un dispositivo per reinvestirsi in quelli di un altro, sotto nuove forme che ancora devono nascere” (id. pag.20).

Questo tipo di dispositivo si avvicina appunto a quello proposto dalla MEC: qui i saperi che 'sfuggono' sono quelli dei pazienti

stranieri, di gruppi minoritari, di identità meticce, frutto di un'urgenza che nasce dalla condizione di bisogno materiale, di domanda e che si fanno identità mutevole e non declinabili in un sapere unico, omogeneo e non sempre comprensibile. Solo da questa tensione tra linee di soggettivazione in divenire, in-attuali, nasce una declinazione contemporanea del dispositivo clinico, che sia di mediazione o più prettamente terapeutico.

“Noi apparteniamo a dei dispositivi ed agiamo in essi. La novità di un dispositivo rispetto a quelli precedenti, la chiamiamo la sua attualità, la nostra attualità. Il nuovo è l'attuale. L'attuale non è ciò che siamo, ma piuttosto ciò che diveniamo, ciò che stiamo divenendo, cioè l'Altro, il nostro divenir-altro. In ogni dispositivo bisogna distinguere ciò che siamo (ciò che non siamo già più) e ciò che stiamo divenendo: *ciò che appartiene alla storia e ciò che appartiene all'attuale*. La storia è l'archivio, il disegno di ciò che siamo e cessiamo di essere, mentre l'attuale è lo schizzo di ciò che diveniamo. (...) In ogni dispositivo dobbiamo districare le linee del passato recente e quelle del futuro prossimo: ciò che appartiene all'archivio e ciò che appartiene all'attuale, ciò che appartiene alla storia e ciò che appartiene al divenire, *ciò che appartiene all'analitica e ciò che appartiene alla diagnosi* (...) che prende il

posto dell'analisi seguendo altri percorsi. Non predire, ma essere attenti allo sconosciuto che bussava alla porta" (id. pagg.27-29).

Giorgio Agamben fornisce una sua declinazione del concetto di dispositivo, ampliando il riferimento ai processi di soggettivazione dei quali parla Deleuze. Che cos'è quindi un dispositivo, si interroga Agamben (G. Agamben, *Che cos'è un dispositivo?* pag.20):

“Chiamerò dispositivo letteralmente qualunque cosa abbia in qualche modo la capacità di catturare, orientare, determinare, intercettare, modellare, controllare e assicurare i gesti, le condotte, le opinioni e i discorsi degli esseri viventi. Non soltanto quindi le prigioni, i manicomi, il Panopticon, le scuole, la confessione, le fabbriche, le discipline, le misure giuridiche eccetera la cui connessione con il potere è in un certo senso evidente, ma anche la penna, la scrittura, la letteratura, la filosofia, l'agricoltura, la sigaretta, la navigazione, i computers, i telefoni cellulari e, perché no, anche il linguaggio stesso che forse è il più antico dei dispositivi in cui migliaia e migliaia di anni fa un primate – probabilmente senza rendersi conto delle conseguenze cui andava incontro – ebbe l'incoscienza di farsi catturare (...), chiamerò soggetto ciò che risulta dalla relazione e, per così dire, dal corpo a corpo fra i viventi e il dispositivo” (id. pagg. 21 e 22).

Il ‘corpo a corpo’ fra viventi e dispositivo diventa nel pensiero di Agamben una vera e propria lotta tra istanze di soggettivizzazione e processi, massicci e invasivi, di de-soggettivizzazione che sembrano caratterizzare la “fase attuale del capitalismo” nella quale i dispositivi “non agiscono più tanto attraverso la produzione di un soggetto, quanto attraverso dei processi che possiamo chiamare di desoggettivizzazione” (id. pag.30).

Sembra essere questa una domanda ‘urgente’ sulla quale si iscrive la necessità di nuovi dispositivi, quali appunto la MEC, la Consultazione Culturale, nel tempo-secolo del ‘discorso del capitalista’ del quale parla Lacan. L’urgenza è imposta dalla necessità di interrogare i movimenti, di umani e di idee, che si muovono nel ‘contemporaneo’, altro concetto, insieme a quello di ‘dispositivo’, ‘profanazione’, ‘soggettivizzazione’, sul quale Agamben offre un contributo. Si chiede infatti Agamben, nel testo ripreso dalla lezione inaugurale del corso di Filosofia Teoretica 2006-2007 tenuta presso la Facoltà di Arti e Design dello IUAV di Venezia, ‘Che cos’è il contemporaneo?’ (G. Agamben, *Che cos’è il contemporaneo?*). Il contemporaneo è l’inattuale, è l’intempestivo, scrive Agamben, “è, cioè, una singolare relazione col proprio tempo, che aderisce a esso e, insieme, ne prende le distanze; più precisamente, essa è *quella relazione col tempo che aderisce a esso*

*attraverso una sfasatura e un anacronismo” (id. pag. 9). Attraverso le metafore della ‘visione’ e dell’astrofisica Agamben ci propone di essere contemporanei lasciandoci attraversare dal “fascio di tenebra che proviene dal (nostro) tempo” (id. pag. 15), ombre e tenebre che sono appunto la cifra del tempo che ci appare spezzato sulle linee della convivenza impossibile tra umani, tra conflitti non generativi di trasformazione e di cambiamento.*

### **§ 1.3 - Il dispositivo della Consultazione Culturale**

#### **(CC)**

*“L’abilità con cui il terapeuta negozia, insieme al paziente, un significato condiviso dipende non soltanto dalla qualità dell’alleanza clinica, ma anche da come la spiegazione culturale della malattia si adatta alla persona, ai familiari o al suo entourage”*  
Tranulis, Corin, Kirmayer, 2008

Dall’esperienza canadese utilizzo la definizione di Consultazione Culturale che ha trovato applicazione nei servizi sociali e sanitari del paese. Il Canada e l’Australia sono società di immigrazione e di colonizzazione con politiche esplicitamente ispirate al multiculturalismo. In Canada il multiculturalismo è diventato una politica ufficiale dal 1971, con l’obiettivo di preservare le lingue e le culture delle varie etnie, oltre che di combattere il razzismo. Vi

è una grande attenzione alle culture native, minoritarie, in quanto nel paese sono “tutti” immigrati, ad eccezione appunto dei nativi. Il Servizio di consultazione culturale (CCS) istituito dal gruppo canadese permette di affrontare la differenza culturale che i vari professionisti del sociale e del sanitario incontrano e l’obiettivo ultimo è “una valutazione sistematica, finalizzata ad identificare le dimensioni sociali e culturali importanti per il caso e sostenere il clinico inviante oltre che il paziente” (dal manuale citato, pag. 11). Segue alcuni orientamenti fondamentali che gli autori approfondiscono nel manuale (pag. 11-13): viene posta attenzione al contesto sociale nel quale avviene l’incontro clinico e alle difficoltà vissute dal paziente; si riconosce l’ubiquità della cultura nella vita di pazienti, clinici e istituzioni; si opera l’esplorazione della cultura come dimensione esplicita di saperi, valori e pratiche, ma anche come dimensione implicita, incorporata e agita; si assume una prospettiva sistemica e autoriflessiva da cui osservare ad esempio i problemi di salute mentale; viene data importanza alle questioni di potere, alla posizione e alla comunicazione; viene valorizzata la cultura e la comunità in quanto risorse d’aiuto e di cura; si lavora “dentro” il sistema per indurvi cambiamenti con l’advocacy, la formazione e la critica.

La presenza dei mediatori culturali e/o linguistici è un “imperativo etico” nei servizi sanitari, la sua presenza è essenziale, efficace, garantisce un clima di “sicurezza e competenza culturale” (pag. 57), sono persone “che conoscono dall’interno la cultura d’origine del paziente e capiscono a sufficienza le preoccupazioni degli specialisti in salute mentale e del sistema sanitario locale” (pag. 59). Gli autori canadesi hanno elaborato uno schema che aiuta gli specialisti nella valutazione e formulazione culturale. Valuta, tramite domande che possono essere formulate in maniera aperta durante il colloquio clinico, l’identità culturale della persona, le concezioni culturali sulla sofferenza, i fattori di stress psicosociale e le caratteristiche culturali di vulnerabilità e resilienza, le caratteristiche culturali della relazione clinico-paziente e tutte le questioni clinicamente rilevanti, trattamenti e interventi appropriati di gestione emersi durante l’intervista-colloquio. Il DSM V (il sistema diagnostico che l’American Psychiatric Association produce e rappresenta la “bibbia” per gli specialisti in salute mentale, oltre che parametro per le industrie farmaceutiche e le agenzie assicurative) propone una breve intervista (CFI la Cultural Formulation Interview) con 16 domande che possono essere utili per “iniziare” una valutazione degli elementi culturali, sia nel paziente che nell’accompagnatore o familiare.

La tutela della salute mentale multiculturale interna al dispositivo del CCS permette di lavorare nella direzione del dialogo, del pluralismo e dell'inclusione sociale; come scrivono gli autori questo approccio permette di “riconoscere gli altri nella nostra pratica e nelle nostre istituzioni, testimoniare la loro sofferenza, intervenire in modo differenziato, portare con noi nel mondo le implicazioni della loro esperienza, sostenerli in una sfera più ampia, cedergli potere e controllo sulle istituzioni, supportare i loro sforzi nella costruzione di istituzioni sociali, permettere a noi stessi di essere cambiati e trasformati” (pag. 19).

## **§ 1.4 - Il dispositivo della Mediazione Etnoclinica**

### **(MEC)**

*“Esiste una specificità nella relazione di cura in quanto medico e paziente vi occupano posizioni profondamente diseguali. Rimanendo neutri, il rischio è quello di produrre ad libitum questa disuguaglianza. Per far emergere veramente la parola del paziente, dobbiamo assumere il fatto che l'atto della mediazione è un atto impegnato”*

Bouznah, Lewertowski. 2014

*“Nella mediazione dobbiamo assicurarci che TUTTI ci siano! Che tutti abbiano il loro posizionamento”*

Lelia Pisani

La MEC viene formalizzata e descritta in Francia all'interno del dispositivo etnopsichiatrico definito da Tobie Nathan e vede una realizzazione compiuta nell'esperienza di Serge Bouznah, medico di igiene pubblica, che ha fondato all'interno dell'ospedale Cochin di Parigi un centro di mediazione transculturale, il Centre Babel. L'urgenza iniziale nasceva dalla difficoltà, molto concreta, di riuscire a prendere in carico pazienti stranieri da parte delle équipe mediche dell'ospedale e dalla difficoltà dei pazienti nel seguire le indicazioni medico-terapeutiche che venivano loro consigliate. Il dispositivo descritto da Bouznah (vedi il libro *Quando gli spiriti incontrano i medici*) prevede come elemento fondamentale il valore *trasformativo* della mediazione, sia per il paziente che per l'équipe medica coinvolta. La funzione trasformativa è affidata in primo luogo al mediatore etnoclinico, spesso lo stesso Bouznah, che riveste una funzione facilitatrice sul piano della comunicazione tra le parti coinvolte, e risolutiva (nel senso che propone-lascia affiorare possibili soluzioni alternative) dei problemi 'aperti' che possono emergere durante la stessa consultazione. Insieme al mediatore etnoclinico il dispositivo proposto prevede la presenza dei mediatori linguistici e culturali, i medici dell'ospedale (o altre figure sanitarie coinvolte), il paziente e rappresentanti del suo gruppo di appartenenza. Tale dispositivo si avvicina molto a quello

proposto da Tobie Nathan all'interno di una consultazione o terapia etnopsichiatrica/etnopsicologica. La MEC, come le sedute etnopsichiatriche, prevede la presenza all'interno di un dispositivo di tutte le parti coinvolte, 'facilitate' nell'incontro da un mediatore; tutti i partecipanti si posizionano all'interno di una scena che favorisce lo scambio e le interazioni; visivamente si potrebbe descrivere come un cerchio lungo la cui circonferenza i partecipanti prendono posto, una disposizione che permette l'emersione di ciascuna parte all'interno delle pluralità di appartenenze, delle identità sedimentate, delle culture e dei saperi acquisiti e depositati. L'etnopsichiatria essendo posizionata nell'interfaccia tra i singoli e le culture ha la prerogativa di proporre una lettura *anche* politica dei temi contemporanei. Come spiega Piero Coppo nel suo *Le ragioni degli altri*: "il suo (dell'etnopsichiatria) sguardo e la sua intenzione abbracciano cioè immediatamente l'ambito comune, quello della *polis* in cui, necessariamente, evolvono gli umani" (pag. 202). L'etnopsichiatria intrinsecamente si occupa di collettività, della diversità, di gruppi, di appartenenze ed ancoraggi visibili ed invisibili, dei fattori intrinseci ed impliciti ai sistemi di cura tradizionali e scientifici, dell'interazione tra i soggetti e l'ambiente. All'interno del dispositivo della MEC un'altra figura che può essere attivata in funzione della lettura dei saperi messi in gioco è quella

dell'antropologo. Il punto di vista che ci porta l'antropologo è quello che Laura Faranda così descrive: si tratta di portare all'interno del dispositivo di MEC la nostra stessa alterità, la nostra co-presenza identitaria, la "promiscuità del nostro Sé" e, insieme, l'ansia dell'antropologo nell'incontro con l'altro. L'antropologia ci ricorda che noi stessi siamo stati *altro*, che siamo co-presenza di mondi e appartenenze, stratificazioni più o meno armoniose di ancoraggi identitari. La cultura greca classica ha previsto nel proprio Pantheon una posizione anche al dio straniero, al dio Pan, un dio difettivo, metà uomo-metà animale, che nessuno vuole, e che viene cacciato sia dagli dei che dagli uomini. Questa rappresentazione del Pantheon e delle appartenenze interne appare oggi come una delle linee di tensione più attuali, nel momento in cui le nostre comunità sono sempre più abitate sia dall'autoctono che dallo straniero.

In questo dispositivo, tecnico e teorico, l'antropologia fornisce strumenti preziosi per non fuggire di fronte ai fenomeni eccentrici ("non bisogna aver fretta nella diagnostica dell'emergenza, nell'incontro della sofferenza; occorre imparare a rimanere impigliati nella pratica dell'incontro, che diventi spazio di fascinazioni comuni", dice Laura Faranda). Occorre imparare a lavorare con l'identità sospesa, di soglia, che appartiene sia

all'osservato che all'osservatore. Si tratta di una pratica di autodisciplina, ancora una volta teorica e tecnica che, a partire dall'esperienza di spaesamento e di riposizionamento, permette l'emergere di discorsi *altri*, discorsi in ombra, dimenticati, negati o anche semplicemente inascoltati. Per questo appare molto importante, oltre al sapere portato da 'esperti' quali l'antropologo, il medico, lo psicologo, il guaritore, il lavoro della mediazione sia linguistica che culturale, per restituire il significato alle parole che vengono pronunciate. La mediazione deve far emergere i discorsi opacizzati, il sapere profano, tutti gli oggetti culturali attivi quali ad esempio il mito, la farmacomedicina, il rituale.

La MEC offre quindi uno spazio pubblico e nello stesso tempo politico: permette che vi sia una 'scena' dove si compie l'incontro e dove vengono raccolte le narrazioni, offre il terreno per un movimento di trasformazione dei soggetti e delle istituzioni coinvolte.

Di fronte all'indebolirsi dei confini geopolitici e sociali, alle sfide che la distruzione dei legami tra umani sembra realizzarsi quotidianamente nel cuore dell'Occidente, una sollecitazione che il dispositivo di MEC pone è quello di riuscire a dare di nuovo una posizione a chi è *eccentrico* rispetto al modello di umano unico e singolare. Se l'antropologo (e il mediatore transculturale nella

declinazione di Bouznah) si pone il problema di come far dialogare mondi e visioni del mondo diversi, il dispositivo di MEC tenta questo scambio trasformativo tra soggetti e gruppi. La MEC ci pone delle domande che oltrepassano il confine del dispositivo stesso, domande che interrogano il presente, l'attuale, il contemporaneo. Oggi le migrazioni da scelta sono diventate esodi-fughe: non c'è più tempo per chiedere all'altro di tirare fuori la sua alterità, perché *lui* è in cerca di mezzi primari per sopravvivere e per sostenere la sua famiglia. Quindi in questa fase non si può far altro che essere solidali, riconoscere all'altro la possibilità di essere vivo e di restare in vita. Il conflitto sta distruggendo non solo umani ma anche mondi. E lo sguardo non riesce a raccogliere le tante, troppe immagini di violenza e distruzione che "il male della banalizzazione" ci offre quotidianamente. Più vicino a noi ci sono le guerre (a poche centinaia di chilometri di distanza), ma ci sono anche gli arrivi dei migranti (a pochi metri da noi). Oggi occorre uno sguardo sulla migrazione che sappia cambiare le nostre pratiche dell'accoglienza (o "dell'espulsione" come pare più corretto chiamarle). Occorrerebbe adottare una posizione come quella assunta da poche decine di uomini e donne alla fine degli anni '70 verso le istituzioni totali quali il manicomio. Una rivoluzione partita da poche persone, tecnici della salute mentale (allora chiamati

semplicemente dottori o psichiatri) che hanno eliminato un modo di “trattare” la malattia mentale, appunto quello della reclusione manicomiale, per proporre una nuova istituzione, nuova nel senso che venne letteralmente *inventata* (dal titolo del bellissimo libro di Franco Rotelli, *L’istituzione inventata*) perché non esisteva, per occuparsi dei malati. Esiste oggi una evidente analogia tra i manicomi e i CPR (Centri di Permanenza e Reimpatrio) che rinchiudono e privano di diritti i migranti. Così come esiste tra i manicomi, i CPR e le carceri italiane. Dal punto di vista della sofferenza e della salute mentale che senso ha oggi prendere in carico – dal punto di vista psichiatrico – i migranti o i detenuti, quando i problemi che portano sono legati al dispositivo di accoglienza-reclusione, alla sua violenza, alle sue contraddizioni, alla sua implicita violazione dei diritti fondamentali?

Nella MEC si lavora sulla distanza che esiste tra le parti, sull’incomprensione, sulla diversa lingua; ma occorre analizzare anche le forme del conflitto e sapere quali sono le parti più potenti e quelle più deboli in campo. Nella MEC si accetta il conflitto, non si accetta la guerra. Il mediatore, in quanto ‘diplomatico’ (colui che parla anche per gli altri, per il gruppo che rappresenta, per i visibili e gli invisibili) all’interno del Parlamento, deve lavorare per la sua autoeliminazione, deve sapersi togliere dal conflitto, rimandare alle

parti quel che stanno facendo, quel che sanno fare, dare tempo-spazio-ascolto. Il mediatore è il garante della possibilità che le parti si possano parlare. Sempre. Nella MEC, si esplicita quello che si vede. Perché anche il conflitto si può trasformare, essendo parte del dispositivo, può diventare la rappresentazione del molteplice, della pluralità, dei mondi possibili.

La MEC è un dispositivo che permette la messa in parola di conflitti, più o meno esplicitati, tanto tra soggetti che tra istituzioni. Anche le istituzioni (tra le quali i luoghi di cura, gli ospedali e le prigioni) agiscono conflitti: quando funzionano bene le istituzioni esplicitano i conflitti e quindi li mettono in azione; al contrario, se sono agite dai conflitti o li negano, le istituzioni materializzano vie alternative di scontro quali la produzione di una infinita burocrazia o di protocolli e linee guida che penalizzano la creatività e la responsabilità dei singoli (e dei singoli gruppi).

Un pre-requisito dei contesti istituzionali è saper lavorare in gruppo. La MEC valorizza, già nel suo posizionamento, la capacità del pensiero gruppale; il mediatore etnoclinico (grazie all'intervento dei mediatori linguistici e culturali) cerca di "dare la parola a tutti", soprattutto a "chi non ha parola"; il dispositivo di MEC riconosce all'altro fragile e vulnerabile la dignità della parola, anche quando questa parola è un *no* o un rifiuto; il mediatore etnoclinico,

riconoscendo l'altro come parte in campo, pone in essere un processo indispensabile a non disumanizzare l'altro e a non disumanizzare noi stessi. Il mediatore etnoclinico è sempre interessato a quello che l'altro dice, ha fiducia nell'altro. Permette anche di esplicitare verità indicibili o intraducibili nella nostra 'lingua o nei nostri parlamenti' di appartenenza. Il mediatore etnoclinico è un diplomatico nel senso che riesce a far parlare le parti in opposizione tra di loro e permette a tutti di rappresentare il proprio gruppo.

L'incontro con l'altro, soprattutto se non riconducibile al nostro vocabolario e alla nostra grammatica acquisita, rappresenta uno dei pilastri della mediazione, sia clinica che, in una declinazione sociale, rigenerativa. I singoli individui, nella MEC, non portano solo se stessi ma sono rappresentanti di (e quindi convocano nel dispositivo) comunità, culture, genealogie.

## **§ 1.5 - La MEC secondo il Centro Frantz Fanon di Torino**

Per concludere la presentazione dei dispositivi appare utile riportare la declinazione della MEC che il Centro Frantz Fanon presenta. Il centro, nato nel 1997, è diretto da Roberto Beneduce, psichiatra e

antropologo, è stato il primo centro in Italia a sviluppare una strategia di intervento etnopsicoterapeutico basato sulla mediazione culturale e su un approccio etnopsichiatrico alla salute mentale. Eroga assistenza sociale, psicologica e psichiatrica ai migranti, richiedenti asilo, rifugiati e vittime di tortura, forma mediatori culturali, propone corsi di formazione. Coniuga tre direttive: la tradizione etnopsichiatrica francese di Tobie Nathan (in questo si avvicina alla esperienza del Centre Babel di Bouznah), la critica di Fanon ai rapporti coloniali e al loro radicamento nella formazione identitaria e, infine, il processo di deistituzionalizzazione nato in Italia con Basaglia e il suo gruppo.

Nella presentazione del Centro si legge che la “psicopatologia e la cultura non sono due sfere che concorrono alla comprensione escludendosi reciprocamente: esse possono al contrario essere assunte e lavorate nella loro reciproca implicazione, così da fornire a chi esercita il ruolo terapeutico, da un lato, elementi fondamentali per leggere le forme della sofferenza e quanto esse siano influenzate dalle appartenenze culturali, sociali e religiose; e fornendo, dall’altro lato, la consapevolezza della dinamicità di tali appartenenze, per cui i soggetti non solo hanno una cultura che in qualche modo determina comportamenti, azioni e reazioni, ma (i soggetti) sono anche coloro che producono pratiche culturali tramite

le quali si posizionano dentro ai contesti in cui si trovano a vivere ed eventualmente a soffrire, negoziano incessantemente forme possibili di riconoscimento sociale”.

## **CAPITOLO II**

### **Le applicazioni**

Tra gli strumenti utili per interrogare il ‘sapere, il saper fare, la coabitazione e il saper lavorare insieme’ i dispositivi della Consultazione Culturale e della Mediazione Etnoclinica (MEC) appaiono tra i più efficaci. Tali dispositivi possono essere utilizzati in vari ambiti: sanitario, sociale, educativo, lavorativo, giuridico. Tali strumenti cercano di rispondere a diverse domande, si pongono obiettivi generali:

- favorire la crescita di una maggiore sensibilità alle problematiche culturali nei servizi di cura come, ad esempio, i servizi per la tutela della salute mentale, sia nella fase di osservazione e definizione di un inquadramento clinico, sia nei percorsi trattamentali e riabilitativi

- offrire supporto alla definizione di diagnosi, trattamenti (medico-psichiatrici, psicologici e riabilitativi) alle équipes di lavoro presenti nei servizi (del DAISM-DP, dell'azienda ospedaliera, dei servizi di base-medicina del territorio) fornendo uno spazio di dialogo su campi semantici culturalmente significativi (malattia, follia, terapia, cura, salute)
- per i casi complessi il dispositivo di MEC offre risultati inaspettati e spesso risolutivi tutte le volte che c'è un conflitto, una visione del mondo diversa rispetto a quella occidentale ed etnocentrica che è presente nei servizi di cura
- un altro obiettivo è quello di permettere alle varie professionalità di uscire dalla marginalità del sapere e dalla smemoratezza rispetto ai temi della appartenenza culturale che attraversano le istituzioni.

Il progetto vuole applicare gli strumenti della CC e della MEC in alcuni *setting* specifici all'interno dei servizi sanitari e dell'accoglienza per persone di recente arrivo sul nostro territorio. Si intendono privilegiare *setting* per i quali esiste una "urgenza" dal punto di vista della tutela dei diritti e dei bisogni di persone vulnerabili e fragilizzate (anche dai sistemi stessi della cura e

dell'accoglienza) e una necessità di trovare strumenti che sappiano facilitare l'incontro, permettano un riequilibrio di potere tra le parti coinvolte, sappiano dare voce a tutti e soprattutto a chi di solito viene silenziato dai dispositivi conoscitivi egemonici ed europei. Inoltre, permette agli operatori di vedere al proprio dispositivo culturale e non di proiettarlo esclusivamente sull'altro, soprattutto se straniero.

Le sperimentazioni che sono state avviate hanno coinvolto: il setting ospedaliero in due casi, i centri di accoglienza delle persone con richiesta di protezione presenti su un territorio periferico, sul Distretto Valli Taro e Ceno.

## **§ 2.1 - In ospedale: una applicazione da sperimentare attraverso le Consultazioni culturali e il dispositivo di MEC**

I servizi ospedalieri sono terreno d'incontro in cui le persone condividono momenti critici con una disponibilità reciproca creata dall'urgenza della situazione e dall'obiettivo comune di offrire una risposta di cura. L'adeguatezza e l'efficacia di tale risposta dipende dalla competenza con cui sappiamo riconoscere l'individualità dell'altro che, a sua volta, è parte di varie comunità culturali.

Gli strumenti presentati possono fornire un importante contributo alla quotidiana pratica clinica in tutti i reparti ospedalieri, non solo in quelli psichiatrici, supportando il personale sanitario nella gestione di pazienti appartenenti a popolazioni eterogenee. Hanno inoltre una valenza etica, garantendo preminenza e attendibilità alle storie dei pazienti. Sono strumenti per garantire incontri (e non scontri) culturali, considerando che l'urgenza clinica (come spesso avviene nei reparti ospedalieri o, soprattutto, in un PS) non permette l'adeguata organizzazione, messa in azione degli strumenti. Questo può essere utile in seconda battuta, dopo un evento critico o dopo vari interventi clinici che non raggiungono i risultati attesi dall'équipe sanitaria. E' possibile sottolineare infatti che, se da un lato quando sussistono differenze linguistico-culturali sia evidente la maggior difficoltà nella gestione di problematiche sanitarie, soprattutto nell'ambito dell'emergenza/urgenza, dall'altro lato questo dovrebbe essere un buon punto di partenza per riconsiderare le dimensioni positive della cultura, in cui affondano le radici dell'identità e del valore e in cui vi sono le risorse per l'adattamento, la resilienza e la diversità creativa.

La consultazione culturale (CC) è da considerare simile alle altre forme consulenziali, ma si sottolineano alcune problematiche specifiche che ancora ne limitano l'utilizzo:

**Ridotta familiarità degli operatori sanitari nell'identificare l'appropriatezza e la necessità di una CC:** secondo le esperienze già in atto in altri dipartimenti, si evince che nelle prime fasi della messa in atto di un servizio consulenziale di questo tipo, spesso le CC vengono richieste nei casi che presentano una complessità gestionale di tipo socio-assistenziale, piuttosto che di tipo diagnostico. Al contrario tale servizio funge da intervento di mediazione, con il fine di supportare i colleghi, trasmettendo conoscenze e abilità; il servizio potrebbe essere funzionale alla struttura del SSN esistente, migliorare la continuità assistenziale riducendo la frammentazione della cura e favorendo al contrario il dialogo aperto, la collaborazione e le alleanze. Le CC possono generare un effetto di “spillover” che permette ai pazienti di trarre beneficio dalle nuove conoscenze acquisite dai professionisti sanitari. A conferma è noto in letteratura che inizialmente le équipes ospedaliere richiedono diverse consulenze in serie, finché il modello di CC non diviene integrato nella loro pratica clinica tanto da rendere successivamente l'équipe culturalmente competente e capace di esplorare in autonomia.

**Necessità di una gestione tempestiva in caso di gravità clinica dei pazienti:** sicuramente il contesto dell'urgenza non è ottimale per l'attuazione di una consultazione culturale, ma i medici ospedalieri

sono comunque incoraggiati a richiedere tempestivamente la CC per via telefonica, come descritto in seguito. Sicuramente possono essere effettuate consultazioni iniziali più selettive ed incentrate sull'urgenza attuale (il consulente esamina il caso, redige sinteticamente alcune osservazioni e pone le basi per ulteriori approfondimenti successivi).

**Indisponibilità di un ambiente adatto:** creare un luogo sicuro costituisce un intervento decisivo in sé stesso. Nei contesti di urgenza, le prestazioni avvengono prevalentemente per via telefonica in quanto svolgere una CC in un ambiente affollato o troppo ristretto potrebbe essere controproducente ed ostacolare l'instaurarsi della sicurezza culturale. Nei contesti di degenza, invece, si può organizzare una seduta iniziale di Consultazione Culturale all'interno del reparto o in strutture attigue.

**Indisponibilità dei mediatori linguistico-culturali:** spesso nei contesti sanitari si tende ad utilizzare i familiari come interpreti, abitudine che talvolta compromette un adeguato esame psicopatologico perché, soprattutto per disturbi psichiatrici, i familiari potrebbero sorvolare su affermazioni bizzarre o tangenziali, sostituendole con ciò che essi immaginano voglia dire il loro caro. E' infatti molto comune che gli interpreti riferiscano di non riuscire a tradurre pazienti con disturbi formali del pensiero,

mentre i familiari potrebbero avere difficoltà a comunicarlo al personale. La CC si propone di agevolare l'attivazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale da parte dei reparti ospedalieri, fungendo da tramite.

La CC ha lo scopo di affiancare il personale dei servizi ospedalieri nell'affrontare le difficoltà diagnostico-terapeutiche e di elaborazione progettuale in contesti di eterogeneità culturale e marginalità sociale. Non si pone quindi primariamente come un team specialistico direttamente volto all'utenza, bensì come servizio di supporto ai clinici e agli operatori, con il compito di chiarificare gli aspetti culturali del disagio, consolidare la collaborazione in rete dei servizi e delle risorse territoriali, formare gli operatori inviati ad un approccio complesso e integrato. Si vuole contribuire ad ampliare lo sguardo sulle molteplici modalità della sofferenza e a co-costruire con gli operatori forme di sapere e competenze che diano valore all'alterità.

La risposta della CC consiste in interventi volti a gestire bisogni diversificati in modo flessibile e multidisciplinare, che consentano di avvicinare e comprendere problematiche talora estremamente specifiche e contingenti e spesso non sovrapponibili a quelle della popolazione nativa.

Le più frequenti problematiche che possono manifestarsi in un reparto ospedaliero sono:

- difficoltà dei clinici nel comprendere modelli esplicativi diversi rispetto al concetto di salute e malattia
- rifiuto del paziente a trattamenti/procedure necessari o mancata aderenza al trattamento pianificato
- rifiuto del paziente nel modificare il proprio stile di vita, anche in caso di gravi patologie
- chiarimento diagnostico.

A seconda della tipologia di consulenza richiesta e del caso in oggetto, distinguiamo:

**CC in urgenza** (da PS o reparti d'urgenza): avviene per via telefonica; orientata a definire la problematica di maggior attualità e a fornire indicazioni e raccomandazioni al clinico da applicare nel breve periodo. Sarà poi possibile programmare una CC vera e propria in un secondo momento.

**CC in reparti di degenza:** Nel caso dei reparti sia psichiatrici che di altro tipo, il clinico può richiedere la consultazione via mail (o al telefono) compilando una scheda preimpostata con le principali informazioni reperite (Quadro clinico e motivo della richiesta/risorse linguistiche del paziente/appartenenza culturale e comunitaria/tempistiche della degenza/presenza di una stanza

adeguata in cui effettuare mediazione/...). La CC si occupa di organizzare il primo incontro, a cui anche l'inviante è invitato a partecipare. Già dopo questo primo incontro saranno proposte le prime raccomandazioni all'inviante, anche attraverso un rapporto scritto che dettaglia la valutazione culturale. In base alle necessità cliniche, per i casi complessi, sarà possibile effettuare un numero maggiore di incontri o programmare un follow-up (i casi presi in carico in questo progetto ricadono in questa tipologia di intervento). L'attivazione della CC potrebbe esitare in interventi come la MEC, in casi più complessi e dove esiste un chiaro conflitto tra la "visione" dell'equipe sanitaria e quella del paziente e/o del suo gruppo familiare rispetto all'iter clinico, diagnostico o trattamentale.

## **§ 2.2 - La composizione del dispositivo e la sua attivazione**

Il gruppo di lavoro che intende sperimentare il dispositivo MEC è composto da figure sanitarie differenti, secondo un approccio multiprofessionale integrato e formate allo strumento. Fanno parte del gruppo: medici psichiatri, medici psichiatri in formazione, psicologi, TRP (tecnico della riabilitazione), infermieri, assistenti

sociali (affidente al DAISM-DP), educatori. Nella sperimentazione proposta è stata inserita la figura dell'antropologa come co-conduttrice, insieme alla figura del mediatore culturale, che opera a chiamata per l'azienda USL (affidenti alla cooperativa Dimora di Abramo). La partecipazione di altri sguardi (antropologici, filosofici, artistici, come ampliamento del campo nel quale leggere e intervenire) permette di approfondire lo scambio di saperi, il rispetto e la curiosità culturale.

Tra gli obiettivi che il Master ha presentato c'è la necessità di "favorire l'acquisizione di competenze culturali complesse circa le politiche e le pratiche di cura, *collective and community based*". In questa direzione si è orientato il progetto proposto.

Il dispositivo viene attivato su chiamata da parte dei servizi, enti, persone coinvolte.

I passaggi sono: contatto telefonico o via mail alla referente Gruppo Migrazione dell'asl di Parma e parte dell'équipe (mail/telefono); raccolta delle informazioni principali (persone coinvolte, dati, anagrafici, équipe o servizio richiedente); individuazione delle persone coinvolte, tempistica per attivare il dispositivo, costruzione dell'équipe CC o MEC; contatto preliminare (in presenza o da remoto) con l'inviante; contatto preliminare con destinatario/destinatari preferibilmente in presenza presso

ente/servizio inviante con la mediazione e una figura “esterna” (antropologo, artista, filosofo...); organizzazione dell’incontro (sede da definire, a seconda che sia troppo stigmatizzante o schierato si deciderà per una sede più neutrale); verbale congiunto e firmato dai partecipanti nel quale indicare come si è svolto l’incontro e se si è arrivati ad un accordo, e quale con eventuale decisione di rivedersi per un monitoraggio; verbale “interno” per l’équipe con definizione delle fasi dell’incontro di mediazione, partecipazione dei presenti, ostacoli e limiti, squilibri di potere, sicurezza e competenza culturale mantenute o meno, piste individuate, piste trascurate, accordo e osservazione da parte dei partecipanti con particolare attenzione all’osservazione da parte degli “esterni” ai servizi.

Si riproduce di seguito la scheda utilizzata per i casi presi in carico.



## UNIVERSITÀ DI PARMA

Dipartimento Giurisprudenza, Studi politici e internazionali

Via Università 12, Parma



## UNIVERSITÀ DI PARMA

Dipartimento Giurisprudenza, Studi politici e internazionali

Via Università 12, Parma

Parma, data

**Oggetto: Scheda segnalazione caso per Consultazione Culturale**

Servizio Inviante:

Referente caso inviante, contatti:

Informazioni:

- personale sanitario coinvolto (medici di Reparto, assistente sociale AOU, altro)
- anagrafica del paziente e informazioni raccolte dall'èquipe inviante

Quesito per la consultazione:

Riunione di presentazione:

Verbale dell'incontro svolto con l'èquipe

Accordi presi:

-trovare un mediatore

-incontrare i colleghi impegnati sul caso per raccogliere anamnesi, decorso e ipotesi cliniche che non trovano conferma nell'attuale condizione

-incontrare un familiare, care giver del caso

Verbale dell'incontro con èquipe sanitaria effettuato:

Informazioni raccolte:

Colloquio con familiare:

Decisioni concordate:

Verbale incontro con il paziente avvenuto il:

Verifica prevista:

Allegato: documento come la "Semeiotica del cuore" consegnata all'èquipe inviante.

Firme partecipanti Consultazione Culturali

### **§ 2.3 - Casi presi in carico**

Ad oggi la sperimentazione proposta ha effettuato due interventi di CC in ambito ospedaliero, ha raccolto due altre segnalazioni e sta elaborando una proposta di sensibilizzazione con un dispositivo “allargato” rivolto alle équipes territoriali dei SAI presenti sul territorio Valli Taro e Ceno (in provincia di Parma).

Primo caso preso in carico: l'èquipe ospedaliera del reparto Infettivi ci contatta per chiedere un intervento a supporto del percorso sanitario in essere che coinvolge un uomo di origine eritrea, ricoverato presso il loro reparto. Il signore presenta un grave stato di denutrizione solo in parte (secondo i medici del reparto) riconducibile alla patologia organica che lo vede ricoverato, vale a dire una forma di TBC intestinale; gli interventi terapeutici che hanno portato ad una guarigione rispetto al problema infettivo non si accompagnano alla ripresa di peso e di appetito come si aspettavano. Il quesito che viene raccolto in sede preparatoria è che vi sia alla base del calo ponderale una qualche patologia psichiatrica, depressiva o una reazione post traumatica in quanto la persona nel suo paese d'origine era stato incarcerato e avrebbe subito violenza da parte dei carcerieri. Il primo incontro avviene in reparto “solo” con l'èquipe sanitaria, vengono raccolti i bisogni e le

difficoltà dei sanitari nella gestione di persone straniere con non adeguata competenza linguistica italiana e/o inglese; con la collega antropologa presentiamo i dispositivi che possiamo mettere in campo. In quella sede prendiamo il seguente accordo: incontrare l'èquipe sanitaria che segue specificamente la persona (non presente nell'incontro), incontrare la sorella che appare un sostegno materiale e di supporto alla persona, cercare un mediatore in lingua tigrina per evitare di coinvolgere la sorella nel difficile compito della traduzione.

Con la collega antropologa viene deciso di attivare per ora il dispositivo della CC.

Incontro da remoto con l'èquipe sanitaria: presenti due medici del reparto, l'Assistente sociale dell'ospedale coinvolta, la sorella del paziente, che viene incontrata da sola senza i sanitari. In questo incontro viene approfondita la raccolta di informazioni anamnestiche e personali, l'iter clinico effettuato fino a quel momento e evidenziata la "domanda" che l'èquipe pone e si pone rispetto al dimagrimento che continua nonostante il successo terapeutico. La stessa attenzione viene data alla sorella, vale a dire la raccolta di informazioni, l'iter clinico fino a qui svolto e la "domanda" rispetto al dimagrimento che persiste. L'accordo che viene preso è di incontrare, a questo punto, la persona dove si trova,

vale adire in un reparto di lunga degenza dove si cerca di rafforzare le sue condizioni di salute e di provare una riabilitazione sia alimentare che muscolo-scheletrica (l'eccessivo allettamento ha comportato una perdita di forza muscolare e difficoltà nella deambulazione). Al di là della domanda e della spiegazione che l'èquipe sanitaria e la sorella ci hanno posto sorgono in noi ulteriori domande: se vi possa essere veramente una concausa psichica del dimagrimento (come i medici ipotizzano ma escluso dai consulenti psichiatri dell'ospedale che erano stati contattati), cosa sa il paziente della sua malattia o malattie, è consapevole del dimagrimento che tanto allarma medici e familiari, quale storia si porta dietro incarnata nel suo corpo (ci riferiamo al passato in Eritrea, al periodo di detenzione, se ha subito violenze e torture, c'è un passaggio in Libia che ci conferma la sorella) e infine quale progetto di cura e di vita è presente nel paziente.

Viene organizzato l'incontro in ospedale, un ospedale periferico, sentiti i colleghi sanitari, attivata la presenza del mediatore in lingua tigrina. L'incontro si svolge in un clima di collaborazione e rispetto; il paziente racconta la "sua" malattia che non ha nulla a che fare con il problema infettivo (del quale è consapevole ma non se ne preoccupa), mentre emerge il suo vero desiderio di cura: una problematica cardiaca esordita in Eritrea, un infarto cardiaco,

motivo che lo ha spinto a venire in Italia dalla sorella per ricevere le cure adeguate che non erano disponibili nel suo paese. Il “cuore” è al centro del suo interesse, della sua motivazione alla cura, infatti sta seguendo un regime alimentare che gli permetta di aumentare di peso per potersi finalmente “operare al cuore” come si aspetta. Alla fine dell’incontro diamo la disponibilità sia al paziente che all’èquipe sanitari di attivarci se emergessero difficoltà. Un dettaglio ci colpisce: quando arriviamo in reparto il paziente sta mangiando, si dice disponibile al colloquio con noi, ma chiede che gli venga conservato il pasto in modo da poterlo terminare dopo il colloquio. Anche i sanitari confermano che mangia con appetito e che sta lentamente riprendendo peso.

Il caso raccolto sollecita l’antropologa ad approfondire il tema della “semantica del cuore”, che appare centrale nella spiegazione della sofferenza del paziente. Si approfondisce il tema e viene redatto un verbale del percorso che condividiamo con l’èquipe inviante insieme al testo “La semantica del cuore”.

I tempi di attuazione dell’intervento si sono svolti in circa 3 settimane.

Elementi di criticità: poter avere la presenza del mediatore fin dai primi incontri ci avrebbe permesso di scegliere delle piste di approfondimento differenti da quelle che l’èquipe sanitaria ha messo

in campo e poter fin dall'inizio operare in sicurezza e competenza culturale. Inoltre, avremmo proseguito, nei tempi concessi (che non coincidono con quelli di un tempo di ricovero), proponendo un incontro di MEC con l'èquipe sanitaria inviata da una parte e il paziente con la sorella dall'altra.

Il secondo caso viene sempre segnalato dall'èquipe ospedaliera degli infettivi di Parma. Si tratta di un uomo di origine albanese, con buona competenza linguistica nella lingua italiana, ricoverato per una cirrosi epatica esotossica, secondaria ad una dipendenza da alcool non problematizzata. Si programma l'incontro di presentazione della situazione, da remoto con l'èquipe sanitaria. La domanda emergente è che "non si sente un bevitore" e quindi non segue le indicazioni mediche di assoluta astinenza perché corre il rischio di avere uno scompenso epatico acuto, ma non sarebbe un candidato ad un trapianto di fegato (questo lo scenario che si pone di fronte all'èquipe e al paziente) in quanto persiste l'uso di alcool. Decidiamo di incontrare, anche in questo caso, un familiare, il fratello che è ben inserito nel contesto italiano, per raccogliere maggiori informazioni e ipotesi sulla dipendenza da alcool.

La collega sanitaria usa l'espressione che il paziente spesso porta a commento delle indicazioni e prescrizioni dei medici: "Speriamo",

mostrando un atteggiamento fatalistico che trapela anche nel personale sanitario. Infatti, non potendo utilizzare i propri strumenti clinici adeguati fino al trapianto che sarebbe l'indicazione che gli salverebbe la vita, anche il medico auspica che via sia un ravvedimento, un ripensamento personale del paziente rispetto all'astinenza totale da alcolici. Questo aspetto di fatalismo ci interroga, ancora prima di incontrare il fratello, su quale ruolo svolge l'abitudine a bere in contesti di appartenenza sociale.

Decidiamo di incontrare il fratello, senza attivare la mediazione, in quanto parla bene l'italiano e, ci sembra, che il problema non sia culturale ma legato piuttosto ad abitudini di convivialità. Il fratello è muratore, ha poco tempo, ma riusciamo ad organizzare una video chiamata. Nella sua testimonianza ci sorprende in quanto riferisce che il fratello ha smesso di bere, sembra che abbia capito che stava rischiando di morire e abbia deciso di seguire le indicazioni sanitarie. Esploriamo con lui la presenza dell'alcool nella famiglia: è un dato di fatto, una abitudine, che si beva in compagnia di amici e familiari. L'abitudine è diffusa e non viene problematizzata nemmeno da lui. Ci spiega che al momento non ci sono problemi in famiglia, che non sente né lui né il fratello la necessità di fare questo incontro. Ci diciamo disponibili, se volessero, di organizzarlo.

Anche in questo caso la restituzione ai sanitari invianti è stato di mostrare la narrazione speculare che mette in relazione l'èquipe sanitaria e i diretti interessati: l'abitudine al bere è elemento sociale, diffuso nella famiglia, che non trova, per quanto abbiamo potuto analizzare, motivi personali, psicologici, traumatici, viene vissuto come un elemento di socializzazione senza pensare alle conseguenze; “speriamo” è quello che ci dice il medico, “speriamo” quello che ci fa intendere il fratello rispetto alla debole e iniziale collaborazione del fratello al percorso di cura.

L'ultima applicazione dei dispositivi rientra nella richiesta di organizzare una sensibilizzazione sul territorio alle persone accolte nei SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione, il principale programma italiano di accoglienza integrato per richiedenti asilo e rifugiati gestito a livello locale dagli enti territoriali con fondi nazionali che va oltre i semplici CAS)<sup>5</sup> e agli operatori sui temi “salute, salute mentale, dipendenze”, in quanto appare emergente l'utilizzo di sostanze e alcool in molte delle persone accolte, così come l'impressione che vi sia una espressione di sofferenza che non

---

<sup>5</sup> Centri di Accoglienza Straordinaria che accolgono le persone al loro arrivo

trova risposte nei dispositivi di cura che il nostro sistema di servizi presenta. Abbiamo incontrato gli operatori dell'accoglienza in due riunioni, con la presenza dell'antropologa e di operatori dei servizi del DAISM-DP del territorio che hanno seguito la formazione su Etnopsichiatria e competenze culturali. Ne è nata una proposta che vuole perseguire una forma di auto-apprendimento e di co-apprendimento che vede insieme in un dispositivo orizzontale e circolare accolti, operatori, personale dei servizi, mediatori culturali e l'antropologa. Si tratta in questo caso di una proposta di declinazione di un dispositivo che sappia far parlare tutti su temi difficili da nominare e difficili da declinare. L'obiettivo è quello di accrescere una conoscenza reciproca tra servizi e centri di accoglienza, aumentando le competenze nell'utilizzo dello strumento dei mediatori e dei servizi specifici presenti, CSM, SERDP. La proposta, che verrà realizzata nei prossimi mesi, prevede un ciclo di incontri, ciascun ciclo con tre incontri, rivolto a gruppi di beneficiari, operatori e mediatori culturali.

Nel primo incontro verranno affrontati i concetti di "salute, salute fisica e mentale, sostanze/alcool, dipendenze". Si parte dalle domande: "che cos'è salute per te? Cosa significa per te stare bene?" e con materiali concreti, cartelloni, pennarelli, immagini, si comporrà insieme una "mappa della salute" del gruppo. Sempre nel

primo incontro tramite *role playing*, si mette in scena la differenza tra “salute fisica e salute mentale” privilegiando il linguaggio corporeo. Ad esempio: si può chiedere di mettere in scena una situazione che li coinvolge: “non riesco a dormire...ho mal di testa...mi sento irritabile e nervoso...”, con tre partecipanti, la persona, un amico o compagno di accoglienza, l’operatore o il mediatore. “Cosa fai? A chi chiedi aiuto? Cosa faresti nel tuo paese? Con chi ne puoi/non puoi parlare?”.

Usando lo stesso strumento si mette in scena il tema delle droghe e dell’alcool, decostruendo alcuni falsi miti, quali “l’alcool mi aiuta a dormire...smetto quando voglio...è solo una questione di volontà...”. L’obiettivo è attivare i diretti interessati con l’aiuto dei mediatori a dare delle risposte a queste domande o, soprattutto, a porne di nuove.

Nel secondo incontro si tenta di approfondire la capacità di riconoscere segnali di una sofferenza che si esprime in manifestazioni fisiche o comportamentali. Si cerca di riconoscere segnali come: problemi di sonno, fare certi sogni o incubi, difficoltà nell’alimentazione, presenza di dolori, altre manifestazioni somatiche; affrontare il tema degli obiettivi del loro percorso e degli ostacoli che incontrano, quali non riuscire a ottenere i documenti, non riuscire a concentrarsi a scuola, non saper gestire l’attesa e la

noia. Si intende affrontare questi temi in maniera sempre interattiva e non stigmatizzante: costruire un “termometro”, una linea sulla quale porsi rispetto al “dormire, mangiare, pensare troppo, sentirsi solo”. In questo incontro si comincerà anche a dare informazioni su dove andare e a chi rivolgersi, facendo delle simulazioni con la presenza di mediatori-facilitatori e operatori dei servizi. Situazioni tipo possono essere: “il mio amico beve troppo” come posso aiutarlo? Gli operatori dei servizi presentano la “mappa dei servizi” esistenti, sottolineando anche i limiti e gli ostacoli che si possono incontrare.

L’ultimo incontro sarà dislocato, nel senso che si andrà fisicamente nei luoghi illustrati: una visita presso il SERDP e il CSM, incontrando tutta l’èquipe presente alla quale poter fare delle domande, ricevere informazioni e materiale utile.

Questi incontri verranno organizzati a piccoli gruppi, più possibile omogenei per lingua, in modo da facilitare la mediazione linguistica e culturale.

## Conclusioni

Al termine di questo progetto, sulla base delle esperienze proposte (anche se numericamente ancora ridotte) è possibile elaborare alcune piste di approfondimento, criticità, punti di forza e, soprattutto, la peculiarità di tale proposta che non vuole semplicemente applicare modelli e metodi elaborati in altri contesti (quello canadese, francese, italiano) bensì rilanciare una possibile applicazione locale che sappia dare voce a contenuti che la “salute collettiva” incarna.

Orientano, in questa conclusione, i concetti che il master ha proposto e che possono diventare punti per elaborare una proposta “aperta”, inclusiva, democratica, plurale, capace di “parlare e far parlare” tutti. Provo a sottolineare le potenzialità, punti di forza e piste di approfondimento attraverso alcune domande.

*Quali ricadute sui servizi (prevalentemente sanitari privilegiati in questo progetto) a partire dalle esperienze condivise?*

Come insegna l’esperienza della salute collettiva in Brasile, dove è nata, lo sguardo che si intende privilegiare è uno sguardo “interno” ai processi culturali nei quali anche gli interventi sanitari si

pongono. Uno sguardo interno, quindi, dentro il contesto, che guarda al territorio nella sua dinamicità, non dato una volta per sempre, quindi trasformabile. La salute collettiva aiuta a riprogettare servizi, interventi, azioni che oltre a cercare di rispondere direttamente a bisogni espressi si pone l'obiettivo di costruire "nuovi" processi, ancora non strutturati, bensì immaginabili. Tre sono i principi fondamentali di questo modello: la "integralità", la "risolutività" e il "sostegno matriciale".

Siamo "integralità" perché siamo sempre équipe, non si lavora in modo individuale, le équipe sono gruppi multidisciplinari e multiprofessionali che guardano al contesto con "occhio vibratile" (sempre attento, vigile), costruiscono reti vive, le valorizzano e ne attivano di inedite in maniera rizomatica, sono prossime e valorizzano ogni competenza e ogni luogo ("ogni luogo è un luogo giusto") e sono in grado di attraversare confini, tra generazioni, tra professioni, tra servizi, tra gerarchie, tra pubblico e privato.

Siamo "risolutività" in quanto si tenta di dare risposte, si producono decisioni, non si delega ad altri (professionisti, servizi, luoghi) bensì si agisce in quel momento e in quel luogo. Questo approccio si interfaccia sul confine tra fare e sapere e propone una formazione permanente che tenga dentro tutti, senza pregiudizio.

Infine, pratichiamo il “sostegno matriciale” perché ci si aiuta, si chiede aiuto e si fornisce aiuto: chi più ha esperienza sostiene gli altri gruppi nella risolutività; non ci si sostituisce ma si collabora.

*Quali istanze collettive, plurali democratiche incarnano queste pratiche? Cosa sono i collettivi? Come elaborare metodi e modelli?*

Questi gruppi di lavoro sono produttori di sapere ma sono anche forme di resistenza; spesso, infatti, si parte da problemi che riguardano singoli e gruppi già marginalizzati, invisibilizzati e impoveriti, incarnano sofferenze sociali nella declinazione di Kleinman. Proprio perché sono sofferenze sociali incarnate è importante promuovere azioni collettive e plurali, in grado di emancipare, per quanto possibile (ma occorre provarci) soggetti disabilitati, incapacitati, infantilizzati, razzializzati, colonizzati, gerarchizzati.

Il sapere delle relazioni, del dare e avere, crea forme ibride, mescolate di aiuto. “La gente si aiuta”. Ci vogliamo aiutare, ci possiamo aiutare, conviviamo quindi viviamo insieme, abbiamo bisogno di collaborazioni e alleanze. Da questa convivenza solidale e voluta si pratica la cura. Dalle pratiche di cura dobbiamo poi creare modelli e metodo. Dobbiamo apprendere a pensare in maniera complessa, multipla, plurale. Oggi appare necessario apprendere-

riapprendere a pensare, insieme, creando una pratica dal basso che si può definire un'azione collettiva.

Ma cosa sono i collettivi? A cosa servono i collettivi? A quale domanda rispondono?

Il collettivo è “una rete fatta di umani e di non-umani presi in un insieme di relazioni reciproche e in co-evoluzione” (scrive Stefania Consigliere nel suo *Favole del reincanto*) che individua dei fenomeni (ontologia), stabilisce piste di conoscenza adeguate al contesto (epistemologia) e soprattutto definisce condotte coerenti con l'esistenza di quel mondo (etica). Il nostro mondo ci obbliga a queste scelte in tutti e tre i campi. Nei collettivi si pratica e si ospita la co-presenza, come il mondo ci sta drammaticamente mostrando; costringe alla diplomazia, al parlamento e, quindi, alla negoziazione e alla mediazione.

Cos'è un metodo? Metodo significa “dopo la strada”. E' ciò che del viaggio si racconta dopo averlo fatto, come scrive Stefania Consigliere, “a volte nient'altro che un'accozzaglia di eventi capitati mentre eravamo in balia di luoghi, forze e occasioni che non abbiamo capito” (pag. 97).

Quindi il metodo non viene prima del cammino, ma dopo.

Infine, il modello è “pratica in attesa di teoria”, e la teoria è “pensiero sulla pratica” e quindi pensiero sull'attesa di teoria.

Pratiche della cura, quindi come antidoto alla violenza, pratiche collettive da raccontare dopo il viaggio e per proporre nuove teorie.

*Quali criticità mostrano i dispositivi applicati nei setting esplorati?*

Come già scritto, i tempi di costruzione e cura del dispositivo scelto non sempre si coniugano con i tempi dei setting sanitari: ad esempio le èquipe invianti segnalano la situazione dopo vari giorni (se non settimane) di permanenza della persona nei reparti, senza una attivazione precoce nemmeno del mediatore culturale, ci si trova quindi ad intervenire quando “i giochi sono già stati fatti”, è stata fatta una diagnosi, una proposta di trattamento, una prognosi e la persona direttamente interessata non è un vero attore e protagonista. Un'altra criticità è che le èquipe sanitarie cercano principalmente strumenti per far accettare alle persone i loro dispositivi di trattamento, di inquadramento diagnostico non riconoscendo in sé stessi una costruzione culturale degli stessi concetti di malattia, diagnosi, cura. Sarebbe auspicabile avere spazi di co-formazione con le èquipe invianti per predisporre interventi più democratici, allargati, plurali. Non è molto scientifico, soprattutto per le figure di medici e specialisti, accettare che la spiegazione della malattia possa riconoscere nel sapere prodotto dal paziente e dal suo gruppo una spiegazione invisibile, soprannaturale, spirituale o magica.

Infine, la presenza dei mediatori dovrebbe essere di più facile attivazione, preferibilmente in presenza, con lo stesso mediatore in ogni passaggio del percorso di cura, al di là degli strumenti che sono stati proposti.

*Come possono muoversi colleghi che intendono praticare dispositivi che aprono alla pluralità dentro le istituzioni che abitano?*

In questo caso c'è da considerare un tema molto importante che riguarda la distribuzione del potere dentro le istituzioni, ad esempio sanitarie. Le istituzioni sanitarie sono ancora cariche di un potere riconosciuto socialmente che le legittima a definire l'oggetto di intervento, a fare delle scelte, a favorire tecniche e strumenti sulla base di una presunta scientificità, ma anche a fare scelte di tipo economico, razionalizzare le risorse, fare scelte organizzative che sembrano andare incontro ad emergenze-urgenze, costruire servizi che si pensano in grado di rispondere alle domande e ai bisogni della propria utenza. Le istituzioni sono costruzioni umane e sono abitate da umani (non solo). La critica alle istituzioni degli anni '60-'70 in Italia (sostenuta anche dalle riflessioni di teorici come Foucault, Castel, Goffman) ha portato alla distruzione di luoghi come l'Ospedale Psichiatrico, nato per governare la trasgressione e la malattia mentale, e ha dimostrato che si poteva curare i malati

(Basaglia interrogato da Sergio Zavoli nella famosa intervista contenuta nei Giardini di Abele, diceva che era assolutamente più interessato al malato che alla malattia) in un altro modo, “liberando” i malati dalle incrostazioni che l’istituzione totale aveva creato sulla espressione soggettiva degli stessi pazienti. Era possibile, allora, è possibile oggi. E’ in atto una seria messa in crisi delle istituzioni “nuove” create dalla rivoluzione basagliana, un ritorno al passato che viene denunciato da professionisti, pazienti, teorici, quello che manca è la scelta politica per non retrocedere su questa faticosa strada iniziata e mai data per conclusa. Basaglia ha insegnato che la “povera psichiatria” deve necessariamente autointerrogarsi nel suo percorso, anche quando si consolidano strumenti più democratici e positivi (emblematica la riflessione di Basaglia e del gruppo di Gorizia sulla nascita delle prime comunità terapeutiche “dentro” il manicomio; la lettera con la quale Basaglia e il suo gruppo si dimetteva proprio per non tollerare che l’ospedale psichiatrico diventasse più “bello e umano” con le comunità terapeutiche interne assomiglia molto alla lettera di Fanon e alla sua scelta militante di intraprendere la strada della rivolta armata di fronte alla violenza coloniale in Algeria). La questione della distribuzione di potere è urgente. Nelle nostre istituzioni c’è ancora un potere che decide e propone e qualcuno che deve accettare imposizioni, proposte che

hanno il sapore del ricatto e di una logica meritocratica. Tanti percorsi cosiddetti riabilitativi in salute mentale “premano” chi accetta di fare una terapia farmacologica, chi viene regolarmente ai colloqui, accetta tirocini sottopagati in logiche contrattuali che alimentano sfruttamento e incapacitazione. All’interno dei servizi, quindi, appare prioritario smascherare queste forme di assistenza “condizionale”, questo squilibrio di potere. Tutto ciò che viene dato per scontato e ovvio (“si è sempre fatto così, continuiamo a fare così”) può essere decostruito, ciò che si è costruito può essere modificato. Due concetti aiutano nel ridefinire lo squilibrio di potere nei servizi che abbiamo considerato: condizionalità e discrezionalità, presentati nel master e approfonditi nel testo *Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*, a cura di Vincenza Pellegrino e Giulia Rodeschini. Nel capitolo di Daniela Leonardi “Discrezionalità professionale: coordinate teoriche, implicazioni pratiche, spazi di ripoliticizzazione (pag. 75-88) si legge che lo stato sociale attuale pone delle tendenze problematiche: le condizioni di povertà e di sofferenza vengono lette come problematiche individuali e sono inquadrate-categorizzate come esiti dello sfruttamento e della disuguaglianza, senza considerare quindi le cause che le producono. Anche le disabilità, la marginalità

l'improduttività sono ricondotte a problemi individuali, considerate come incapacità di stare nel contesto e mai come esito del contesto stesso. Infine, le categorie con le quali si inquadrano e si decide per la presa in carico di "alcune" di queste condizioni considerano alcune dimensioni e ne tengono in ombra altre. La condizionalità influenza l'accesso a diritti, alla soddisfazione di bisogni, l'accesso a risorse ponendo dei requisiti e dei condizionamenti che vengono imposti, di solito da chi quei condizionamenti dovrebbe rimuovere. Nella condizionalità si pongono dei limiti: "hai accesso a questo diritto o possibilità a condizione che..., devi dimostrare preliminarmente che..., devi essere disponibile a...". La condizionalità impone alla fine uno stile di vita, condiziona la soggettività, l'autonomia, le scelte, il proprio "essere nel mondo". Si parla della trasformazione da welfare dei diritti a welfare condizionale: i beneficiari devono mostrarsi meritevoli del sostegno che possono ricevere; si legge in questo approccio un taglio chiaramente punitivista. Nella direzione opposta si pone l'altro concetto, la discrezionalità, che permette ai soggetti sociali che promuovono interventi di emancipazione, ma anche assistenza e sostegno, di promuovere passi di libertà nel terreno circoscritto di regolamenti e protocolli. La discrezionalità favorisce un certo grado di libertà dentro a costrutti e imposizioni. E' possibile interpretare

le norme, adattarle, anche trasgredirle apertamente. La discrezionalità può rappresentare l'alleanza implicita (ma anche esplicitata) con il beneficiario (cliente, paziente...), può diventare lo spazio nel quale far emergere il punto di vista dell'altro. L'applicazione di norme, leggi, regolamenti può avvenire in maniera molto più creativa ed emancipativa, con margini di trasgressione e di rischio.

Il concetto di salute collettiva si inserisce in questi solchi. Rappresenta una critica alla costruzione naturalistica e biomedica del concetto di salute, ci permette di considerare la salute in modo più ampio e complesso al di là della sola descrizione medica, introduce spazi più "ampi, allargati, democratici" dove confluiscono saperi non solo medici, in maniera orizzontale, senza gerarchie, dove si concepisce la creazione della salute come costruzione sociale sulla quale far confluire tutti i soggetti che vi hanno interesse e che producono conoscenze, favorisce scambi e relazioni, tiene dentro anche i determinanti sociali, gli aspetti materiali e le aspirazioni, i sogni, i desideri dei soggetti.

*Questi strumenti permettono di svelare e contrastare la violenza strutturale dentro le istituzioni?*

Occorrono occhiali per vedere e svelare la violenza strutturale dentro le istituzioni. L'aziendalizzazione e la burocratizzazione sono oggi gli "abiti" puliti che la violenza strutturale indossa. L'applicazione di questi strumenti che "aprono" spazi di dialogo, di confronto, di conflitto all'interno dei setting sanitari, possono aiutare le stesse èquipe di lavoro a riconoscere quello che fa ammalare al di là della narrazione biomedica. Come scrive Framer nell'articolo citato, l'etnograficamente visibile è sotto gli occhi di tutti: un reparto troppo pieno, turni di lavoro stancanti, una gerarchizzazione tra le professionalità, l'utilizzo sistematico delle sole risposte farmacologiche, la patologizzazione di comportamenti che non vengono compresi, e così via. Ma è "l'etnograficamente invisibile" che gli strumenti proposti possono disvelare, non per giudicare e punire, non per colpevolizzare ma per rendere più plurale e democratici i nostri servizi. Dove le parole inclusione, partecipazione, interventi centrati sulla persona (e sul suo gruppo, aggiungiamo?), advocacy, agency, empowerment smettano di essere solo parole, appunto, sui documenti ufficiali delle aziende sanitarie (e sociali).

*Una ultima considerazione: quali applicazioni trovano questi strumenti?*

La salute non è solo medicina, si estende nelle reti nelle quali gli esseri viventi esistono, non solo essere viventi umani, anche animali, vegetali e minerali, atmosferici, perché i problemi del “poter vivere” riguardano oggi tutti i soggetti vivi, esistenti, intenzionali, quindi anche gli esseri invisibili, gli avi, gli attaccamenti, gli dei, i sistemi di protezione. In questo senso i dispositivi che abbiamo scelto di sperimentare sono stati adattati ai luoghi incontrati, attivando le pratiche già attive (confronto in équipe, discussione e presentazione del caso), valorizzando le conoscenze dei professionisti e quelle del paziente e della sua famiglia, decidendo di intervenire sempre nel qui e ora, facendo spazio a tutti senza lasciare indietro nessuno, dando la parola soprattutto a chi è (stato) più silenziato, considerando tutto ciò che “fabbrica l’umano” (tradizioni, leggende, storie, educazione, mandato esistenziale). Tutto questo permette di “fare futuro, fare mondo, fare gruppo”, impedisce di abitare i nostri luoghi di convivenza, come sono anche le nostre istituzioni, come se fossimo l’unico abitante del pianeta. Come scrive Philip K. Dick: “La misura dell’essere umano non è l’intelligenza. Non consiste nell’altezza che può raggiungere in un sistema sbagliato. La misura di un essere

umano è questa: con quale rapidità sa reagire ai bisogni di un'altra persona? Quanto può dare di sé?"<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> citazione contenuta nel testo di V. Pellegrino, *Futuri possibili* a pag. 145

## Bibliografia

- **G. Agamben**, *Che cos'è un dispositivo?*, ed. Nottetempo, Milano, 2006
- **G. Agamben**, *Che cos'è il contemporaneo?*, ed. Nottetempo, Milano, 2008
- **F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di)**, *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Baldini+Castoldi, Torino, 2009
- **R. Beneduce, S. Taliani**, *Patologie della cittadinanza, tecniche della liberazione*, in *La psichiatria e il futuro della salute mentale (AA. Vari)*, Aut aut, n.398, Il Saggiatore, Milano, 2023, pagg. 178-197
- **S. Bouznah, C. Lewertowski**, *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire*, Colibrì, Milano, 2013
- **C. Cattaneo**, *Naufraghi senza nome. Dare un nome alle vittime del Mediterraneo*, R. Cortina, Milano, 2018
- **L. Chandra Candiani**, *I visitatori celesti*, Einaudi, Torino, 2024
- **S. Consigliere**, *Favole del reincanto. Molteplicità, immaginario, rivoluzione*, Derive e Approdi, Bologna, 2021

- **P. Coppo**, *Le ragioni degli altri*, ed. R. Cortina, Milano, 2013
- **G. Deleuze**, *Che cos'è un dispositivo?* ed. Cronopio, Napoli, 2007
- **P. Farmer**, *Un'antropologia della violenza strutturale*, in "Current Anthropology", University Chicago Press, 2004, n. 45/3, pagg. 305-325
- **G. A. Franchi**, *Per un comunismo della cura*, Derive Approdi, Bologna, 2025
- **L. Kirmayer, J. Guzder, C. Rousseau**, *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Colibrì, Milano, 2020
- **A. Kleinman, V. Das, M Lock (a cura di)**, *Social Suffering*, University of California Press, Berkley, 1997
- **M. Inglese, E. Leuci, G. Verdoliva, M. Cavalli, L. Tadonio, G. Pains**, "Centro di salute mentale e utenza straniera", in (AA vari), *Costruire la salute per/con i migranti. Servizi sanitari e socio-sanitari in un welfare di comunità*, Sestante, Numero 12/24 maggio 2023, pagg. 44-48
- **V. Pellegrino**, *Futuri possibili. Il domani per le scienze sociali*, ombre corte, Verona, 2019

- **V. Pellegrino, G. Rodeschini (a cura di)**, *Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*, Franco Angeli, Milano, 2024
- **I. Quaranta**, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina, Milano, 2006
- **F. Rotelli (a cura di)**, *L'istituzione inventata/Almanacco Trieste 1971-2010*, ed. Alpha beta Verlag, Merano, 2015

Alla fine della stesura dell'elaborato, prima di mandare tutto in stampa, si consiglia una revisione globale sull'impaginazione e il controllo che le note siano tutte nella posizione corretta.

Per salvare il documento in pdf, il comando da menù File -> salva con nome -> nome file / Salva come -> PDF