

Salute senza esclusioni



*collana a cura di
Salvatore Geraci*

L'unico vero viaggio verso la scoperta
non consiste nella ricerca di nuovi paesaggi,
ma nell'averne nuovi occhi
(Marcel Proust, 1871-1922)

Quale sguardo sui migranti forzati?

L'esperienza dell'ambulatorio
del Policlinico di Palermo

A cura di
Mario Affronti e Maria Chiara Monti

Mario Affronti e Maria Chiara Monti (a cura di)

Quale sguardo sui migranti forzati?

L'esperienza dell'ambulatorio del Policlinico di Palermo

ISBN 9788865986844

Tutti i diritti riservati

© 2015, Edizioni Pendragon

Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna

www.pendragon.it

INDICE

Presentazione	7
Mons. Gian Carlo Perego	
Premessa	9
Renato Li Donni	
Prefazione	11
Daniele La Barbera	
Introduzione	15
Mario Affronti	
1. Il diritto d'asilo in Italia.	21
Una lunga storia: dal "dis-sistema" dell'accoglienza ai tentativi di sistema degli ultimi anni	
Cristina Molfetta	
2. Guarire dalla tortura	43
Giuppa Cassarà	
3. Il Servizio di Etnopsicologia	49
Maria Chiara Monti	
4. Senza filosofia non si può dominare la stoltezza.	65
Dalla medicina interna all'etnopsicologia: quale strumento utilizzare?	
Mario Affronti	
5. Cure a trame multiple	73
Maria Chiara Monti e Mario Affronti	
6. Appunti di antropologia linguistica clinica	77
Filippo Casadei	

7. Chi ha lingua passa il mare	89
Filippo Casadei	
8. Analisi dei dati del Servizio di Etnopsicologia del Policlinico di Palermo	95
Maria Chiara Monti.	
9. La salute dei migranti forzati ed i falsi allarmismi	103
Mario Affronti	
Bibliografia	109
Appendice	115
Raccomandazioni finali del XIII Congresso SIMM (Agrigento, 14-17 maggio 2014) e dall'VIII Rapporto CRC Capitolo V - Salute e assistenza. Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri.	
Gli autori	125

Presentazione

Mons. Gian Carlo Perego

Direttore Generale Fondazione Migrantes

Chi si occupa di migrazione vive un momento di profondo disagio per diversi motivi.

Mentre iniziavamo un cammino di 'identità e incontro' in Italia alla luce dell'immigrazione, questa ha subito una trasformazione. Gli arrivi cosiddetti economici caratterizzati da strutturalità, desiderio di fermarsi e ricongiungimento familiare, hanno lasciato il posto ad ingenti arrivi di persone in fuga, forzati a partire da condizioni di miseria, di guerra e di violenza, di persecuzione politica e religiosa.

E così a migliaia si riversano sulle coste italiane con barche di fortuna. Arrivano stremati, molti non arrivano. E così siamo stati coinvolti in immagini che devastano le sensibilità: tante morti riverse nella sabbia, tanti corpi in mare, tanti bambini, tante donne, tanti fratelli e sorelle.

Il richiamo alle nostre coscienze è forte. Si urla in faccia all'Europa che questo è un tempo diverso in cui non è solo l'accoglienza ad essere richiesta, ma un impegno preciso a ciascun paese europeo, a ciascun cittadino europeo.

Si era soliti vedere gli sbarchi a Lampedusa. Poi le barche fatiscenti sono arrivate anche a Salerno, Taranto, in Calabria. Oggi assistiamo a nuovi canali di ingresso: centinaia di persone si spostano in treno, a piedi. Alla via del mare si è unita una via terra, che coinvolge soprattutto l'est Europa. Vagano apparentemente in Europa battendo strade precise, perché è in posti precisi che vogliono arrivare. E quei muri il cui abbattimento è costato tante vite e tanti sacrifici ricominciano ad essere innalzati al centro dell'Europa per evitare di "lasciar andare", per impedire un nuovo cammino.

La storia, però, ci insegna altro. L'uomo cerca sempre e comunque di sopravvivere, di trovare la sua felicità, di superare le avversità e di garantire un futuro ai propri figli.

Non è una questione meramente religiosa, non è solo un "mandato" da e per cristiani. La storia va oltre, va al rispetto tra persone, va a toccare corde sottili di sensibilità e di amore per chi è in difficoltà.

Questo volume ci introduce a questo nuovo stato di cose e lo fa descrivendoci un mondo sconosciuto ai più, uno spaccato di umanità sofferente fatto di persone che arrivano affaticate, affamate, assetate, ma sane e che si ammalano durante il loro viaggio, la loro fuga: per non essere accolti, il non sentirsi accettati nonostante i loro diritti, l'essere sfruttati o addirittura violentati.

E la malattia che li caratterizza è la più difficile, perché non tocca molte volte il corpo,

ma arriva alla mente creando disturbi e disequilibri importanti che richiedono tempi di ripresa lunghi e azioni complesse.

Ancora una volta il detto “prevenire è meglio che curare” diventa quasi d’obbligo e ad esso occorre necessariamente affiancare la riflessione su un metodo di lavoro per gli operatori che sia immediato, sicuro e tempestivo.

La Fondazione Migrantes ha voluto sostenere la pubblicazione del presente volume, perché costituisce, pertanto, un utile strumento di conoscenza di un tema sconosciuto ai più, ma per chi invece opera nel settore diventa opportunità di arricchimento e approfondimento, perché il diritto alla salute e alla cura di tutti non venga meno per alcuni.

Premessa

Renato Li Donni

Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Sono provenienti dalla Siria, dall'Afghanistan e dall'Eritrea le 137 mila persone che hanno attraversato il Mediterraneo nei primi sei mesi del 2015. In Italia il maggior numero delle 60 mila persone arrivate sulle coste siciliane provenivano da Eritrea, Somalia e Nigeria: paesi che "sottolineano ancora di più la persecuzione politica e religiosa, soprattutto di Boko Haram". Questi dati (UNHCR, 2015) confermano che si tratta di persone in fuga da guerre e conflitti dimenticati, da persecuzioni e disastri e che occorre rafforzare le forme di protezione internazionale. Per quanto ci riguarda, come responsabili dell'organizzazione, del funzionamento e della gestione nonché della rappresentanza delle aziende sanitarie, noi direttori generali abbiamo il dovere di rafforzare l'accessibilità e la reale fruibilità dei nostri servizi soprattutto nei confronti di fasce della popolazione italiana e non che, per motivi socio-politici o culturali, si trovino in una situazione di esclusione e di privazione. Come ricordato nel volume, per i migranti forzati il problema è il riferimento alla norma rappresentato dall'articolo 10 (*Lo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica*) e dall'articolo 32 (*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*) della Costituzione. Il primo ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui; il secondo, che significativamente parla di individui e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano. La questione non è solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo e di farlo in modo onorevole, per la loro dignità, onorando l'art. 10, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'art. 32. Qui al Policlinico di Palermo l'art. 32 è stato sempre onorato fin dai tempi del compianto prof. Serafino Mansueto mediante la creazione di un ambulatorio-day hospital per l'assistenza agli immigrati irregolari e senza documenti, in ottemperanza, appunto alla legislazione sanitaria nazionale e regionale vigente. Nel tempo sono sorti altri ambulatori, quello ginecologico e poi quello pediatrico nel tentativo di rispondere ad una domanda di salute così complessa e diversificata. La nascita di un ambulatorio di etnopsicologia non è stato semplice nel suo percorso di attivazione ma alla fine nel nostro territorio le fragilità e le malattie psichiche di persone straniere vittime della violenza di oggi, possono avere un punto di ascolto qualificato e capace di erogare risposte di cura all'altezza perché sensibili culturalmente. È un dovere

morale oltre che giuridico in quanto il migrante ha un'alta probabilità di appartenere ai gruppi svantaggiati per ragioni di discriminazione razziale, di livello socio-economico e di barriere culturale e linguistica e non certo per esclusione dal sistema dei diritti essendo la nostra legge in materia sanitaria inclusiva ed improntata al riconoscimento universale dei diritti. Partendo da questi riferimenti l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo ha fin dall'inizio inglobato e fatta sua, dal punto di vista strategico, l'attenzione ai pazienti immigrati ed in generale a quelli svantaggiati, nella consapevolezza che quando si tenta di dare una buona risposta ad una domanda di salute così complessa si cresce umanamente e professionalmente. Si realizza una medicina migliore per tutti. In fondo sappiamo che la qualità dell'assistenza e la sua eccellenza non si misurano solo in termini di alta tecnologia e di alti investimenti ma anche nella capacità di dare risposte adeguate, ed in questo caso, culturalmente sensibili ai singoli individui, ancorché svantaggiati per motivi socio-culturali. Si tratta certamente di una scommessa. Da un lato bisogna razionalizzare e talvolta razionare i servizi sanitari per rendere compatibili i costi della sanità, dall'altro si devono affrontare le nuove domande ed esigenze sanitarie poste dall'emergente e crescente fenomeno dell'immigrazione. Penso soprattutto a quelle persone, non solo della nostra Azienda, che operano nel punto più delicato dell'intero sistema: coloro che quotidianamente si occupano, soprattutto sotto il profilo sociale, della soluzione dei problemi e tutti gli operatori delle strutture sanitarie che giorno per giorno entrano in contatto con un numero sempre crescente di immigrati. Essi rischiano di essere schiacciati tra le pressioni di economicità che insistono sul sistema e le esigenze spesso nuove e inesperte delle persone immigrate. Inoltre si trovano in prima linea nell'affrontare il cambiamento e in questo lodevole sforzo devono essere sostenuti da tutti noi soprattutto nel processo di apprendimento, di acquisizione di nuove conoscenze e di nuove abilità ed in generale nel processo di formazione. Conoscere i problemi per risolverli, conoscere le caratteristiche le aspettative, le difficoltà ed il modo di superarle facilitando così il lavoro degli operatori: sono le idee guida del nuovo ambulatorio di etnopsicologia di cui è testimone il presente volume. Esso rappresenta un contributo per individuare alcuni percorsi metodologici atti a valutare il profilo del bisogno della salute psichica dei migranti forzati, col fine di proporre una strategia efficace di presa in carico. Sono questi i motivi che mi rendono particolarmente gradito presentare questo testo che, sotto forma di fatti, riflessioni ed azioni, raccoglie anni di lavoro sul campo nel tentativo di rendere sempre più trasparenti i nostri servizi nello spirito della nostra meravigliosa legislazione.

Prefazione

Prof. Daniele La Barbera

Ordinario di Psichiatria e Direttore della U.O.C. di Psichiatria dell'A.O.U.P. "P. Giaccone"

Il terzo millennio, qualcuno lo ricorderà, comincia a entrare nella storia, prima che per la tragedia delle Twin Towers, per le immagini, drammatiche e commoventi di circa 800.000 profughi kossovari che, incolonnati in una processione interminabile, cercano rifugio dalla repressione violenta del governo di Belgrado dirigendosi verso il confine con l'Albania. L'insistenza mediatica su quelle lunghissime file di disperati incolonnati con i loro poveri bagagli aveva il sapore di una premonizione perché portava con sé la cifra di quella che sarebbe diventata, negli anni a venire, la più grande emergenza, non solo dei Paesi del Mediterraneo e dell'Europa, ma di tutto il mondo occidentale: l'aumento esponenziale e continuamente crescente dei profughi, in fuga dalle violenze e dalle persecuzioni delle guerre e del terrorismo che si somma, pur con differenti risonanze giuridiche e umane, a quello degli immigrati che lasciano i loro paesi in cerca di un futuro migliore per sé e per le loro famiglie. Come questo quadro generale, così sommariamente accennato, abbia abbondantemente messo in crisi la capacità dei paesi europei di elaborare strategie di intervento coordinate a livello internazionale e abbia facilmente svelato che quando manca un interesse economico o strategico diretto – che sia il petrolio o il controllo su un territorio di rilevanza geopolitica –, un egoismo cinico e arcaico da parte dei governi sembra azzerare qualsiasi valore umano, a cominciare dal rispetto per la vita umana di chi non ha alcun mezzo e alcun potere per difenderla e proteggerla. Non solo le migliaia di vittime nei barconi della morte ma anche le posizioni ideologiche e politiche più intransigenti, che vorrebbero in tutti i modi – quasi sempre semplicisticamente violente o banalmente improponibili alla luce del diritto internazionale – risolvere in maniera drastica e respingente una serie di questioni di estrema complessità e difficoltà, ci interrogano sui fondamenti coesistentivi e solidaristici della razza umana e, in modo forse ancora più critico, su quelle radici cristiane della cultura europea, i cui valori vengono spesso evocati e richiamati proprio da quanti assumono le posizioni più aspramente contrarie alle politiche dell'accoglienza e dell'integrazione. Nessuno vuole adesso negare che la portata dei problemi e delle questioni di ordine politico, economico, normativo oltre che concretamente logistico e organizzativo posta dall'enorme massa di popolazione che negli ultimi anni si muove dall'Africa, dal Medio Oriente, dai paesi più poveri della stessa Europa, sia di difficoltà e complessità estreme e non abbia probabilmente precedenti nella Storia recente e antica. Ma forse dovrebbe essere proprio la con-

sapevolezza di stare per affrontare una tremenda sfida epocale a muovere le coscienze del mondo occidentale e a favorire la determinazione dei governi a mobilitare tutte le risorse possibili, non solamente economiche, in modo coordinato e programmato, come sino ad adesso non è mai accaduto, con le conseguenze inaccettabili che quotidianamente sono sotto gli occhi di noi tutti. Non va neanche dimenticato che tra le numerose problematiche determinate dall'immigrazione per necessità economica o di sopravvivenza, esiste anche una questione che attiene più specificamente a determinanti di tipo psicologico o culturale e che riguarda il modo in cui la perturbante immagine del diverso entra in contatto con la psiche individuale e collettiva, suscita emozioni, attiva pregiudizi, muove affetti di solidarietà e di umanità o provoca angosce persecutorie inevitabilmente collegate al rifiuto più intransigente e pervicace. La gamma pressoché infinita di reazioni psicologiche ed emozionali a chi è portatore di una storia diversa dalla nostra, diverse tradizioni, religione e cultura, differenti stili di vita e colore della pelle, e la loro specifica interrelazione con lo stigma e i pregiudizi razziali, richiedono come esigenza fortemente imprescindibile di una società che già da oggi si connota per la sua crescente multietnicità, lo sviluppo di una cultura della accoglienza e dell'integrazione che favorisca la maturazione della coscienza collettiva e l'evoluzione civile della nostra comunità, ponendoci al riparo dalle più grossolane e rovinose tendenze proiettive che vorrebbero sempre e comunque cortocircuitare nell'immigrato, nel richiedente asilo, nell'extracomunitario i tratti più oscuri e degradati della delinquenza e della criminalità. Ritengo che come medici siamo direttamente, fortemente e inevitabilmente coinvolti in tali processi e basterebbe pensare all'opera straordinaria svolta da organizzazioni mediche umanitarie impegnate quotidianamente negli scenari di guerra o in aree di estrema povertà o di emergenza sanitaria per richiamare il ruolo che la medicina da sempre svolge nel riaffermare il valore della vita e del rispetto umano, connettendosi in tal modo gli aspetti più nobili e umanamente elevati del servizio altruistico legato all'esercizio della professione medica. Ma accanto all'opera svolta da tanti volontari in organizzazioni internazionali e direttamente nelle zone a rischio o teatro di conflitti, non va trascurata l'importanza culturale, assistenziale e scientifica di chi opera in ambito sanitario nei paesi ospiti a favore dei soggetti migranti. Aspetto imprescindibile dell'integrazione, l'offerta sanitaria del paese ospite testimonia la propensione a difendere la vita umana e la salute al di là di qualsiasi barriera culturale, etnica o religiosa e rappresenta contemporaneamente una straordinaria occasione per migliorare il dialogo culturale e l'adattamento al nuovo ambiente di vita, ma anche per acquisire, come professionisti della salute, migliori conoscenze ed esperienze nell'ambito del trattamento della patologia umana, aspetto che risulta particolarmente vero in tantissime branche mediche, dalla infettivologia alla psichiatria.

E' con queste premesse che vorrei dichiarare la mia soddisfazione nel presentare questo volume curato dal caro amico dottor Mario Affronti, che da anni si spende nell'attività della medicina delle migrazioni, contribuendo non solo a quel lavoro di ordine culturale e scientifico che più sopra si accennava, ma rappresentando anche, per la nostra città, un riferimento di grande importanza nell'assistenza sanitaria ai migranti. Spesso le cronache mediatiche tracimano di notizie negative che riguardano il settore sanitario e le sue piccole e grandi disfunzioni, mentre, come tutti sappiamo, il lavoro condotto per anni con grande abnegazione, impegno e scrupolosità – come nel caso di Mario e dei suoi col-

laboratori – non fa notizia e non assurge agli onori della cronaca. Eppure l'opera svolta da questi colleghi non va solo riguardata alla stregua di una mera attività sanitaria, pur straordinariamente lodevole, ma, in modo ancora più qualitativamente caratterizzante, come un'attività che ha innovato, ha creativamente aperto nuove strade per il miglioramento della salute pubblica, ha inventato dal nulla procedure e metodologie, ha saputo, infine, intercettare sul nascere bisogni di salute connessi con mutamenti storici epocali di cui si diceva all'inizio di queste note. Ecco perché ritengo particolarmente prezioso il patrimonio di esperienze che il dottor Affronti è riuscito a maturare in questi anni, in un ambito in cui la conoscenza clinica "sul campo" svolge per altro un ruolo di importanza rilevantissima nel contribuire alla evoluzione del sapere scientifico, patrimonio che rappresenta e rappresenterà senz'altro una risorsa molto rilevante, anche negli anni a venire, per la nostra Azienda Policlinico. La relazione di stima e di amicizia che mi lega a Mario mi consente anche di notare che il successo del suo impegno clinico e organizzativo, che oggi viene ulteriormente testimoniato da questo testo di grande pregio culturale e scientifico, in cui spiccano contributi di assoluto valore da parte di Autori di significativo spessore intellettuale e di acclarato impegno ed esperienza nell'ambito della medicina delle migrazioni, è il giusto coronamento al lavoro diuturno di un professionista serio, impegnato, discreto, dalle qualità umane e professionali che, in maniera certamente non causale, hanno contribuito allo sviluppo reale e profondo di quell'approccio umanistico alla medicina di cui oggi la nostra società ha un bisogno estremo e non differibile.

Introduzione

Mario Affronti

Responsabile Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone"

Apolidi, vittime di tortura e di tratta, minori non accompagnati, migranti forzati: dietro alle sigle, persone, uomini donne e bambini. Umanità nuova, frutto dell'ingiustizia di sempre. Sono i protagonisti del presente rapporto, *"acrobati di oggi, saltatori di fili spinati e di deserti. Coll'applauso in cuore, benedicendo il viaggio che li porta ed il Mare Rosso che li lascia uscire e l'onore che ci fanno bussando alla finestra"* (De Luca, 2013¹), raccontiamo con umiltà attenta un'esperienza di accoglienza sanitaria e di risposta ad un bisogno specifico di salute, quello etno-psicologico, nella consapevolezza che la cura di questa porzione di umanità sofferente può avvenire nei territori², che devono essere non solo protagonisti ma anche solidali e consapevoli di questo loro ruolo. Protagonismo solidale, responsabilità e consapevolezza, ecco ciò che rivendichiamo dicendo della meravigliosa avventura di persone che vogliono prendersi cura di altre persone e che cercano, con fatica, di dare risposte efficaci ad una domanda di salute così peculiare e difficile.

In questo percorso il primo problema da affrontare è la conoscenza della popolazione che accede ai nostri ambulatori. Qui non ci siamo attenuti alle informazioni che i media ci danno ogni giorno su una invasione di uomini e di malattie che non esiste. Cristina Molfetta ci ha aiutato in questa comprensione affermando che siamo un Paese che si sente invaso da richiedenti asilo e rifugiati mentre la realtà è che, rispetto all'Europa, spesso chiamata in causa in modo inopportuno, vi è un tasso ancora molto basso sulla popolazione residente. La diversa percezione dipende anche dal fatto che per molti anni abbiamo fatto poco e non abbiamo seriamente strutturato un percorso di prima accoglienza proporzionale al numero delle persone che facevano domanda d'asilo. Tutt'ora non abbiamo un reale programma di inserimento e integrazione per tutti coloro che

¹ *Abbiamo amato l'Odissea, Moby Dick, Robinson Crusoe, i viaggi di Sindbad e di Conrad, siamo stati dalla parte dei corsari e dei rivoluzionari. Cosa ci fa difetto per non stare con gli acrobati di oggi, saltatori di fili spinati e di deserti, accatastati in viaggio nelle camere a gas delle stive, in celle frigorifere, in container, legati ai semiassi di autocarri? Cosa ci manca per un applauso in cuore, per un caffè corretto al portatore di suo padre in spalla e di suo figlio in braccio portato via dalle città di Troia, svuotate dalle fiamme? Benedetto il viaggio che vi porta, il Mare Rosso che vi lascia uscire, l'onore che ci fate bussando alla finestra.*

² "Senza le radici ben piantate nel territorio, la salute resta un concetto etereo, da sfogliare come le pagine di un libro (Medici con l'Africa CUAMM, 2011-2014)

ottengono una protezione internazionale e che spesso, proprio in quel momento, rischiano di finire in mezzo a una strada. Nel testo avremo la risposta a queste domande: quante sono le persone in fuga nel mondo? Quante di queste persone arrivano nel nostro Paese? Quante muoiono prima di arrivare? Cosa succede loro quando arrivano? Quali sono le nostre procedure e le nostre accoglienze? Si potrebbero organizzare le cose diversamente? Rispondere, sui dati di fatto e non sulle opinioni, è fondamentale e preliminarmente ineludibile se si vuole essere efficaci nella presa in carico e nella cura, nella considerazione generale che i determinati distali delle malattie, di natura psico-sociale e politica, devono essere tenuti in debito conto, sempre, e non solo in questo ambito.

La “storia lunga” del diritto d’asilo in Italia, dal momento in cui abbiamo firmato la convenzione di Ginevra nel 1954 ai nostri giorni, può rendere più chiaro come alcune delle contraddizioni e difficoltà che ancora viviamo non siano dovute tanto al numero delle persone che arrivano, ma alle molte cose che avremmo potuto fare prima, come Paese, e che non abbiamo ancora fatto o stiamo facendo in parte e solo negli ultimi anni. Questa storia ci farà capire meglio come mai, ancora una volta, i migranti arrivano sani e poi si ammalano – in questo caso di forme psichiche – per le condizioni disumane che trovano nel sistema di accoglienza definito dall’autrice “dis-sistema” e dagli etnopsichiatri patogeno (Mazzetti, 2014³). La letteratura – ricorda Mazzetti – è ormai ricchissima di evidenze secondo cui le cosiddette “*post-migration living difficulties*” (difficoltà esistenziali post-migrazione), cioè le condizioni di vita che i rifugiati trovano nel paese ospite, giocano un ruolo paragonabile all’entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica ed in alcuni casi anche maggiore. Pazienti con traumi gravi che trovano eccellenti condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno severe di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite. Nel caso delle vittime dei naufragi sulle nostre coste, alla severità del trauma si aggiungono spesso condizioni di accoglienza inadeguate, che agiscono come fattore moltiplicatore del trauma. Tuttavia il fatto di “prendersi cura” dei migranti forzati non deve avere solo lo scopo, pur prezioso, di prevenire la psico-patologia. Ci sono altre buone ragioni per farlo, di ordine più generale, che hanno a che fare con la creazione di un ambiente sociale salubre, civile: in altre parole un paese buono per vivere. Le persone che giungono da noi, che ci onorano scegliendo l’Italia come luogo di approdo, in cui rifondare la loro vita, hanno il diritto di poter realizzare il loro pieno sviluppo come persone, per il loro bene, e per poter adempiere il loro “*dovere di svolgere [...] un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società*” (art. 4 Costituzione).

Ci occupiamo della salute dei migranti dalla fine degli anni ‘80: a Santa Chiara, come volontari, e, dal 1996, al Policlinico di Palermo, dopo l’emersione del diritto alla salute per tutti anche irregolari e privi di documenti, in un’ottica di assistenza pubblica e di riconoscimento dei diritti sanciti dalla legge. In quegli anni il tema dei rifugiati era marginale rispetto al fenomeno generale dell’immigrazione. L’occasione per occuparsene direttamente avvenne in due tappe. Nel febbraio del 2005 Giuseppina Cassarà decise di aprire nel nostro ambulatorio di medicina interna, uno spazio dedicato a persone vittime di vio-

³ “La questione non è solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in modo onorevole per la loro dignità, onorando l’articolo 10 della nostra Costituzione, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci chiede l’articolo 32”.

lenza e di tortura nei propri paesi di origine. Come leggerete “tale esigenza nasceva dalla considerazione che negli anni di lavoro assiduo con i pazienti migranti, nessuna testimonianza di tortura fosse stata mai raccolta, nonostante la provenienza da paesi noti per praticare torture e persecuzioni. Si cominciò a “guardare”, in modo esplicito, alla silenziosa ed invisibile presenza di vittime di violenza e nel giro di pochi mesi emerse un numero sorprendente di pazienti, alcuni dei quali già seguiti per patologie comuni mai messe in relazione con la storia della violenza subita”. Poi nel 2008 Maria Chiara Monti propose a sua volta uno sguardo etnopsicologico per i nostri pazienti migranti forzati, non solo vittime. Anche qui parliamo di qualcosa che si intravede soltanto, si indovina tra le pieghe di un corpo malato ma non si riesce ad identificare bene e soprattutto non si riesce a curare. Dopo 10 anni di impegno abbiamo deciso di condividere il nostro percorso perché possa diventare patrimonio comune e portare alla creazione di spazi di cura per questa particolare utenza.

In sede di introduzione, sembra necessario soffermarsi sulle nostre motivazioni. All’inizio, prima ancora della risposta alla domanda di salute, c’è stata la consapevolezza dell’importanza del riconoscimento della dignità, della libertà e dell’autonomia dell’individuo. Essendo l’uomo un essere relazionale, destinato a realizzarsi nel contesto di rapporti interpersonali ispirati alla giustizia, è fondamentale che siano riconosciuti i suoi diritti fondamentali. Prima ancora di essere un malato, chi chiede il nostro aiuto è una persona. Come operatori della salute abbiamo sempre avuto questa consapevolezza e nel nostro lavoro abbiamo sempre cercato, attraverso la salute, di facilitare l’integrazione e la partecipazione dei migranti alla vita socio-politica della città (Dichiarazione di Bratislava, 2007)⁴. In questo particolare contesto di persone private della loro dignità, oltreché della loro identità, tale atteggiamento si è rivelato, alla fine, salutarmente terapeutico. Quando arrivano nei nostri ambulatori, i migranti forzati hanno ancora negli occhi la paura dello scampato pericolo e soprattutto l’angoscia dello stato di non-persone. Sono uomini e donne senza carta e perciò anonimi. Sono per l’appunto apolidi. L’apolidia è la condizione cui è soggetto l’individuo al quale, per circostanze varie e quasi sempre indipendenti dalla propria volontà, viene negata la titolarità ai diritti ed ai doveri correlati alla cittadinanza, diritto fondamentale dell’individuo, spesso definito come il “diritto di avere diritti” (UNHCR e IPU, 2005). “*Per me essere apolide significa non avere identità né personalità*” (UNHCR, 2014⁵). Secondo la Convenzione relativa allo statuto delle Persone Apolide adottata a New York il 28 settembre 1958, l’apolide è la persona che nessuno Stato considera come suo cittadino in applicazione della sua legislazione. Si tratta di una condizione che comporta un elevato costo umano e sociale poiché mette in discussione la percezione dell’individuo nei confronti della comunità e può portare a situazioni di marginalità, instabilità, conflitto e malattia. “*Essi potrebbero vivere e morire senza lasciare traccia,*

⁴ “... le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l’integrazione e la partecipazione dei migranti all’interno dei Paesi ospitanti promuovendo l’inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo”. Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell’8° Conferenza dei Ministri Europei della Salute, 2007.

⁵ Testimonianza di Railya Abul Khanova, apolide di 36 anni, nata e cresciuta nell’ex Repubblica Sovietica del Kazakistan.

senza aver contribuito in nulla alla creazione di un mondo comune" (Arendt, 1951). Richiedenti asilo vittime di torture e di tratta: quanti siano nessuno lo sa ma tutti sappiamo della loro vulnerabilità psico-fisica che influisce pesantemente sulla loro capacità di autodeterminazione; essi rappresentano un affronto alla dignità ed all'integrità dell'essere umano. I minori non accompagnati richiedenti asilo, il cui numero è drammaticamente aumentato, rappresentano, a loro volta, una categoria particolarmente vulnerabile, portatrice di bisogni, criticità, fragilità e caratteristiche del tutto peculiari strettamente legati al vissuto traumatico di fuga dal paese d'origine e di distacco dal nucleo familiare. La causa del malessere psichico sta proprio qui: nella mancata risposta al bisogno e qualche volta alla domanda esplicita di riconoscimento che rappresenta un'esigenza fondamentale di ogni persona soprattutto in contesti multiculturali e che, a sua volta, è strettamente legato al concetto di identità (Taylor, 2010), alla visione cioè che una persona ha di quello che è, delle proprie caratteristiche fondamentali che la definiscono come essere umano. La tesi di Taylor è che la nostra identità sia plasmata, in parte, dal riconoscimento o dal mancato riconoscimento, o spesso da un misconoscimento da parte di altre persone. "Un individuo o un gruppo possono subire un danno reale se le persone o la società che lo circondano gli rimandano, come uno specchio, un'immagine di sé che lo limita o lo diminuisce o umilia. Il misconoscimento non è soltanto la mancanza di qualcosa di dovuto, il rispetto; può anche essere una ferita dolorosa. Un riconoscimento adeguato, invece, non è soltanto una cortesia che dobbiamo ai nostri simili: è un bisogno umano vitale". Dare cittadinanza a questo bisogno è stata la nostra prima preoccupazione ed ha fatto parte integrante della metodologia clinica in cui l'approccio – è bene ripetersi – non è rivolto soltanto alla conoscenza dei determinanti prossimali, ma soprattutto a quelli distali di salute⁶. Anche il semplice rilascio del codice STP a persone che non hanno ancora istruito la pratica della richiesta d'asilo, la consegna di un semplice pezzo di carta in cui ci sia scritto il proprio nome e cognome con un numero identificativo, si rivela salutare. Stretta connessione dunque tra identità e riconoscimento come è dimostrato da un aspetto cruciale della condizione umana, secondo cui a definire la vera identità di ciascuno è l'altro, ed in particolare l'"altro significativo" (Mead, 1972). Noi definiamo la nostra identità dialogando, qualche volta lottando, con le cose che gli altri significativi vogliono vedere in noi. Quanto esaltante possa essere l'esperienza secondo la quale ciascuno di noi, nel suo piccolo, assieme ad altri professionisti della salute, possa essere l'altro significativo del nostro paziente non ci sono parole per esprimerlo ma sicuramente contribuisce a dare un senso alla nostra vita professionale. Riconoscere la dignità, quindi, non basta se contestualmente non viene riconosciuta anche l'identità-autenticità. Mentre la prima è universale, questa invece è caratterizzata dal fatto di essere unica e come la prima può rivelarsi una forma di oppressione qualora non venga riconosciuta. Nelle società multiculturali spesso questa differenza rischia di essere ignorata, trascurata, assimilata ad una identità dominante e maggioritaria. E tale assimilazione è il peccato capitale contro l'ideale dell'autenticità. La presente società equa e cieca alle differenze non solo è disumana (perché sopprime l'identità) ma è a sua volta in modo sottile e inconscio, fortemente discriminatoria. Il riconoscimento delle differenze e dell'autenticità identita-

⁶ "La medicina è una scienza sociale e la politica è una medicina su larga scala" (R. Virchow, 1848).

ria ha rappresentato il passo successivo nella cura di questi pazienti, una cura sensibile culturalmente, fortemente contestualizzata, capace di intercettare il livello psico-culturale della malattia nel tentativo di interpretarlo e di correggerlo. L'approccio culturalmente sensibile con la presenza contemporanea dell'antropologo, del mediatore culturale di madrelingua, oltrech  dello psicologo, ha contribuito non poco a ricostruire l'integrit  psico-fisica di un uomo, fino ad allora disintegrato, finalmente riconosciuto non solo nella sua dignit  ma anche nella sua autenticit  di essere unico ed irripetibile. Come ci ricorda Maria Chiara Monti nel suo scritto, "bench  l'individuo sia l'unico vero portatore della sofferenza, la cultura di contro stabilisce e rinforza le modalit  d'espressione di questo disturbo. La cultura ha un effetto patoplastico nel momento in cui definisce modi e linguaggio attraverso cui viene espressa la sofferenza psichica e le fornisce forma".

Tutto questo non sarebbe stato possibile senza il "riconoscimento" da parte degli organismi direttivi dell'Azienda Policlinico della "dignit " e dell'"autenticit " del lavoro svolto e senza l'incoraggiamento e la collaborazione della nostra Universit , che ringrazio anche a nome degli innumerevoli pazienti immigrati che si sono susseguiti nei nostro ambulatori e che hanno ricevuto l'accoglienza che meritano nello spirito della legislazione vigente. Un grazie particolare al dott. Gioacchino Oddo che, come coordinatore del gruppo interaziendale nel *Piano Attuativo Aziendale 2012-2014* (Assessorato della Salute Regione Siciliana, , 2011) nell'Area di intervento "Integrazione Socio - Sanitaria (Azienda Capofila ASP Palermo), ha portato al riconoscimento ed alla strutturazione dell'ambulatorio di etnopsicologia presso l'Azienda Policlinico nel servizio di Medicina delle Migrazioni, che dall'1.04.2015 ha smesso di agire volontaristicamente mediante un rapporto di collaborazione a progetto.

Grazie, infine, al riconoscimento della Fondazione Migrantes, organismo pastorale della CEI, il cui direttore generale, Mons. Gian Carlo Perego, ha convintamente sostenuto la pubblicazione del presente volume ritenendolo utile per quanti sono impegnati, volontari e non, nella cosiddetta "l'accoglienza". Ci  rappresenta per me motivo di grande gioia, sapendo, del consapevole, concreto e, spesso, nascosto, lavoro di promozione umana svolto a favore dei migranti dalla Chiesa italiana attraverso la Migrantes.

CAPITOLO 1

Il diritto d'asilo in Italia. Una lunga storia: dal “dis-sistema” dell'accoglienza ai tentativi di sistema degli ultimi anni.

Cristina Molfetta

Questo testo è una revisione aggiornata del contributo di Cristina Molfetta (Ufficio Pastorale Migranti - Torino) al Rapporto sulla Protezione Internazionale in Italia 2014 (a cura di ANCI, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, SPRAR, in collaborazione con l'UNHCR).

Introduzione

Siamo un Paese che ha firmato nel 1954 la convenzione di Ginevra ma che ha aspettato sino al 2002 per avere il suo sistema nazionale di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati. Altri Paesi europei, nel momento in cui hanno firmato la convenzione di Ginevra, hanno creato subito un sistema di prima e seconda accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale che li ha portati ad accogliere ogni anno, con responsabilità, quote di persone costrette a scappare da diversi luoghi del mondo. Siamo un Paese in cui, al di là di un promettente articolo della Costituzione (art.10), non esiste ancora una legislazione nazionale sul diritto d'asilo. Peraltro, su questo stesso piano della volontà politica, le normative che regolano al momento le procedure dei richiedenti asilo e l'accoglienza dei rifugiati sono state introdotte da direttive e regolamenti europei del 2003-2004, che a partire dal 2008 abbiamo dovuto recepire anche noi. Siamo anche un Paese dagli strani racconti.

- Per esempio gli sbarchi via mare sono raccontati in maniera così persistente che nell'immaginario delle persone praticamente tutti i migranti presenti in Italia sono arrivati via mare, pur essendo questa una modalità minoritaria: in realtà la maggioranza delle persone migranti presenti nel nostro Paese è arrivata via aereo o via terra. Invece l'informazione corrente non ci aiuta a capire che molte delle persone sbarcate non si fermano qui e anche tra quelle che si fermano (1 su 3) la metà non ottiene un permesso come titolare di protezione internazionale.

- Poco si racconta anche di quante persone muoiono e in quali modi, non solo nel Mediterraneo ma già prima nei deserti e nei lunghi viaggi in cui le obblighiamo ad affidarsi a trafficanti di esseri umani, dato che non esiste una maniera legale di entrare nel nostro Paese come richiedenti asilo.

- E ancor meno ci viene raccontato il quadro globale dei flussi, per cui la stragrande maggioranza delle persone in fuga si ferma nel primo Paese sicuro, vicino alla situazione del conflitto (circa l'86%), mentre solo il 10% di esse raggiunge l'Europa e infine, di questo totale europeo, solo il 3% è al momento in carico all'Italia.

Siamo dunque un Paese che si sente invaso da richiedenti asilo e rifugiati mentre la realtà è ben altra.

Dato il numero di persone arrivate in Italia negli anni, di quelle che vi hanno fatto domanda d'asilo e di quante hanno ottenuto lo status di rifugiato, vi è un tasso ancora molto basso rispetto alla popolazione. Questo perché per molti anni abbiamo fatto poco e non abbiamo seriamente strutturato un percorso di prima accoglienza, proporzionale al numero delle persone che facevano domanda d'asilo. Tutt'ora non abbiamo un reale programma di inserimento e integrazione per tutti coloro che ottengono una protezione internazionale e che spesso, proprio in quel momento, rischiano di finire in mezzo a una strada.

Per tutti questi motivi è importante, quando si vuole parlare di diritto d'asilo, di richiedenti asilo e rifugiati in Italia, non basarsi solo sulle informazioni che i media ci danno ogni giorno ma provare a farci delle domande:

- Quante sono le persone in fuga nel mondo?
- Quante di queste persone arrivano nel nostro Paese?
- Quante di queste persone muoiono prima di arrivare?
- Cosa succede loro quando arrivano? Quali sono le nostre procedure e le nostre accoglienze?
- Si potrebbero organizzare le cose diversamente?

Per questo nelle pagine che seguono propongo una "storia lunga" del diritto d'asilo in Italia, dal momento in cui abbiamo firmato la convenzione di Ginevra nel 1954 ai nostri giorni. Questa storia può rendere più chiaro come alcune delle contraddizioni e difficoltà che ancora viviamo non siano dovute tanto al numero delle persone che arrivano (relativamente basso e gestibile), ma alle molte cose che avremmo potuto fare prima come Paese per strutturarci e che non abbiamo ancora fatto o stiamo facendo in parte e solo negli ultimi anni.

1 - Dalla convenzione di Ginevra del 1951 al 1990: l'Italia e l'asilo politico che non c'è

La convenzione di Ginevra viene alla luce nel 1951, mentre l'Italia la firma e vi aderisce solo nel 1954 e per di più con un vincolo di "limitazione geografica" che durerà sino al 1990. In base a questo vincolo, solo gli stranieri di provenienza europea avrebbero potuto fare domanda d'asilo in Italia. In realtà in questo lungo lasso di tempo le diverse e gravi crisi internazionali che si sono succedute, più o meno vicine al nostro territorio, ci hanno portato a dover fare delle eccezioni a questo vincolo. A volte le misure che sono state adottate nel nostro Paese hanno rappresentato delle innovazioni e delle buone pratiche e per questo vale la pena ricordarle. Altre volte, invece, le misure sia legislative che di accoglienza messe in campo non sono riuscite a tutelare le persone per cui erano state create e, anziché favorirne l'autonomia e l'integrazione, le hanno spinte verso la dipendenza e il successivo abbandono. Ma anche in questo caso è bene ricordarle per prova-

re, se è possibile, a evitare di ripercorrere pratiche che hanno già dimostrato negli anni passati la loro inefficienza. Va sottolineato come nei momenti di crisi umanitarie sia sempre stato importante il coinvolgimento della società civile ed è anche evidente che, quanto più questa è stata coinvolta, tanto più si è riusciti a dare delle risposte non solo emergenziali ma di senso rispetto alle vite delle persone accolte e poi integrate nel Paese. Dagli anni Cinquanta sino agli anni Ottanta, in parte proprio per la limitazione geografica ma anche per la presenza di una forte emigrazione, l'Italia si percepisce e viene anche percepita dai potenziali richiedenti asilo più che altro come un Paese di transito. Ricordiamo che gli europei sarebbero gli unici a poter fare direttamente domanda d'asilo in quegli anni nel nostro Paese ma spesso neanche la fanno, consapevoli della mancanza di programmi di integrazione, al di là del riconoscimento formale. Dunque la maggioranza dei richiedenti asilo che arrivano in Italia, sia europei che extraeuropei, vi rimangono solo il tempo necessario per aspettare il reinsediamento e quindi il trasferimento verso la loro meta finale, presso i Paesi che più generosamente mettono a disposizione in quegli anni posti di resettlement, cioè di accompagnamento all'integrazione: gli Stati Uniti, l'Australia, il Canada e la Nuova Zelanda. Per analizzare i dati dei flussi anche prima della convenzione di Ginevra, a risalire alla fine della seconda guerra mondiale, in Italia si registrano tra il 1945 e il 1952 circa 120.000 rifugiati in transito verso altre mete. Poi, dal 1952 al 1989, circa altri 118.000 rifugiati chiedono asilo o accoglienza nella fase di transito e di nuovo la maggioranza si dirige in altri Paesi, tanto che, a fronte delle circa 238.000 domande complessive d'asilo o di accoglienza transitoria ricevute dal 1945 al 1989 nel nostro Paese, nel 1989 avevamo soltanto 11.500 rifugiati, di cui meno di 5.000 extraeuropei. Riguardo alle istituzioni, nel 1957 la responsabilità per i richiedenti asilo e le persone in transito passa dal livello internazionale al Ministero degli Interni, mentre dal 1952 al 1990 funziona una sola Commissione in Italia per l'analisi delle domande d'asilo, la Commissione paritetica di eleggibilità (CPE) con sede a Roma. Questa è composta in parte da funzionari del Ministero per gli Affari Esteri e del Ministero dell'Interno e in parte da rappresentanti dell'UNHCR. I tempi di attesa per essere ascoltati da tale Commissione sono raramente più brevi di un anno. Oltre alla Commissione competente, sempre a Roma si trovano le Ambasciate dei Paesi in cui le persone aspettano di andare e da cui attendono i nullaosta e i relativi visti per l'ingresso e il reinsediamento. Per molte di queste persone, nel tempo di attesa della partenza e in cui per legge non possono lavorare, diventa più che altro importante la sopravvivenza, cioè il vitto e l'alloggio, ma anche l'azione di accompagnamento verso il disbrigo delle pratiche e l'apprendimento della lingua inglese. Sino agli anni Ottanta, alcune persone in attesa di partire vengono ospitate in tre grandi Centri di Assistenza Profughi e Stranieri (CAPS):

- 1) quello di Patriciniano, una frazione di Trieste al confine con la Jugoslavia;
- 2) quello di Capua in Campania;
- 3) e quello di Latina nel Lazio.

All'interno di questi campi, un gruppo di Associazioni cura le azioni di orientamento, la preparazione alle interviste presso le Ambasciate per il reinsediamento, i corsi di lingua inglese. Queste Associazioni sono: il Comitato Intergovernativo per le Migrazioni Europee (ICEM, ora IOM), l'International Rescue Committee (IRC), il Consiglio Mondiale delle Chiese (WCC) e l'Ufficio Centrale della Emigrazione Italiana (UCEI), predecessore dell'attuale Fondazione Migrantes della Conferenza Episcopale Italiana. Altre persone vengono

accolte a Roma e dintorni da istituti religiosi, sia maschili che femminili, che mettono a disposizione vitto e alloggio e nello stesso tempo accompagnano le persone in ambasciata e forniscono corsi di lingua inglese. Se le persone richiedenti asilo sono di origine extraeuropea e ottengono il riconoscimento come rifugiati dalla Commissione competente, il loro mantenimento materiale diventa responsabilità dell'UNHCR. Alcune delle persone e delle famiglie ospitate sia nei campi che presso gli istituti religiosi devono aspettare anche due anni prima di potersene andare.

In questi anni, rispetto ad alcune crisi internazionali ed umanitarie, lo Stato Italiano va in deroga al suo principio di "limitazione territoriale":

- nel 1973, quando accoglie 609 cileni, dopo il golpe di Pinochet, a cui riconosce lo status di rifugiato;
- nel 1978-79 quando dà lo status di rifugiato a circa 3.336 indocinesi (vietnamiti, cambogiani e laotiani). Di questi, 900 li andiamo addirittura a prendere con navi della nostra Marina nel mar della Cina;
- nel 1982, quando accoglie e riconosce lo status di rifugiato ad alcuni Afghani in fuga dal Paese dopo l'invasione dell'URSS;
- nel 1988-89, quando pure accoglie e riconosce lo status di rifugiato ad alcuni Kurdi e Caldei irakeni in fuga.

Ma è solo negli anni Novanta che, finalmente, tanto la società che la politica con la legge Martelli prendono atto che l'Italia non è più soltanto una terra di emigrazione e transito ma è diventata anche una terra di immigrazione e asilo. Nel 1990 viene tolta la "limitazione geografica", cioè tutte le persone sia europee che extraeuropee possono ora fare domanda d'asilo. Chiudono i due campi ancora esistenti, quelli di Capua e di Latina. Dall'idea dell'accoglienza nei campi, si passa a quella del dare denaro alle persone per il loro mantenimento, a cura della Prefetture. All'inizio vengono riconosciute 25.000 mila lire a persona al giorno, che poi diventano 35.000 mila lire a persona per un massimo di 45 giorni. Nel 1990 la Commissione paritetica di eleggibilità (CPE) si trasforma e diventa la Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato, sempre con sede a Roma, ma questa rimarrà l'unica in Italia sino al 2005 e così anche i tempi di attesa per un colloquio e la relativa risposta rimarranno sempre superiori ad un anno. La Commissione centrale è presieduta da un Prefetto e composta da altri quattro alti funzionari: uno della Presidenza del Consiglio dei Ministri, uno del Ministero degli Affari Esteri e due del Ministero dell'Interno. Un rappresentante dell'UNHCR partecipa alle riunioni della Commissione ma solo con funzione consultiva.

Nel 1990 l'Italia firma anche la convenzione di Schengen, che però entrerà in vigore sul suo territorio solo nel 1997, momento in cui comincerà anche a diventare attiva la convenzione di Dublino. Quindi l'Italia fa un tentativo, negli anni Novanta, di dotarsi di una minima procedura per il riconoscimento del diritto d'asilo e di un minimo programma di supporto all'accoglienza, ma purtroppo la questione dei rifugiati rimane in qualche modo un aspetto marginale. Non si investe nella formazione specialistica della Pubblica Amministrazione e ancora meno per mettere in piedi un reale sistema di accoglienza e di integrazione dei rifugiati. Per molte di queste carenze, già evidenti negli anni Novanta, continuiamo a pagare un prezzo anche ai giorni nostri.

2 - Dal 1990 al 2008: l'asilo senza protezione sussidiaria e la costruzione dell'accoglienza decentrata

2.1 - Il vuoto normativo dell'accoglienza italiana

Se nel 1990 riceviamo poche domande d'asilo (3.376), nel 1991 sono più di 40.000 gli albanesi che arrivano sulle nostre coste, ma mentre ai primi 25.000 che arrivano al porto di Brindisi, Bari e Otranto viene riconosciuto un permesso temporaneo di un anno, ai successivi 20.000 che arrivano a Bari viene riservato un trattamento diverso: prima chiusi in uno stadio e poi rimpatriati. Poi nel 1992 le domande ritornano ad essere poche (2.493). Ma attraverso l'ondata di arrivi dall'Albania nel '91 si pone il problema di una normativa secondo cui, dal 1954 sino al 2004, la Commissione competente può solo riconoscere o meno lo status di rifugiato in base alla convenzione di Ginevra. Il problema riguarda le molte persone che scappano o si trovano fuori dal loro Paese nel momento in cui avviene un grande sommovimento politico o sociale, sia esso un golpe o la caduta di un regime, la dissoluzione di uno Stato o la guerra civile. Per queste persone che non possono essere rimpatriate mancano delle tutele intermedie, che non prendano in considerazione solo le persecuzioni dirette ai singoli individui, come fa la convenzione di Ginevra e il conseguente riconoscimento dello status di rifugiato politico, ma che partano anche dal riconoscimento dello stato di disordine e instabilità del Paese da cui le persone stesse provengono. È solo nel 2004, grazie ad una normativa europea e al suo recepimento in Italia nel 2008, che diventa possibile riconoscere anche la protezione sussidiaria. Ed è solo nel 2008 che diventa possibile presentare domanda di asilo non più soltanto alla frontiera, nel momento in cui la si oltrepassa, ma anche successivamente presso le diverse Questure competenti. Proprio per questa mancanza dell'ordinamento precedente, dagli anni '90 sino al 2008, rispetto ad albanesi, a somali e a persone in fuga dalla ex Jugoslavia lo Stato italiano si è trovato costretto ad inventare diverse forme di protezione, chiamata a volte "umanitaria" e altre volte "temporanea". Queste figure giuridiche in qualche modo sono rimaste negli anni successivi e hanno convissuto con le altre due forme di protezione che nel frattempo, in tutta Europa, sono state chiamate internazionali: il riconoscimento dello status di rifugiato, già esistente con la convenzione di Ginevra, e la successiva protezione sussidiaria. Poi, nel corso degli anni Duemila, i progressi in Italia rispetto alla procedura di protezione e all'accoglienza sono più che altro legati all'approvazione di normative europee. In questi stessi anni, sia come Paese che come Europa, adottiamo delle pratiche di respingimento (anche per mezzo di trattati bilaterali di riammissione) e meno frequentemente delle pratiche di soccorso in mare. Comunque, al di là della buona volontà che a volte dimostriamo, continuano a mancare veri strumenti normativi ed internazionali per evitare che una persona in fuga dal suo Paese cada vittima di trafficanti e sfruttatori vari, prima di riuscire a mettersi in salvo. E anche se ora apparentemente abbiamo un sistema di riconoscimento e accoglienza dignitoso per chi arriva, troppo spesso le pratiche di un posto o di un ufficio sono difformi dalle pratiche di un altro e questo ha come diretta conseguenza che quelli che dovrebbero essere dei diritti diventano una sorta di concessioni arbitrarie. Dagli anni '90, dunque, avviene una maggiore "accoglienza" di flussi di persone ma attraverso istituti giuridici nazionali alquanto parziali, quali il permesso "umanitario" o quello "temporaneo", come nei casi seguenti.

1) Arrivi dall'Albania.

Nel 1990 viene fatta fare domanda d'asilo a circa 18.000 persone. Nel 1991 viene rilasciato un permesso temporaneo per sei mesi a circa 25.700 persone, ma nello stesso anno altri 20.000 sbarcati a Bari vengono invece rimpatriati.

2) Arrivi di cittadini somali.

Nel 1992 viene dato un permesso temporaneo di un anno, per studio o per lavoro, a circa 1700 persone.

3) Crisi balcanica.

Questa crisi, che va dal 1992 al 1995, ci coglie impreparati. Però da lì si sviluppano fortemente nella società civile la cooperazione decentrata, l'accoglienza decentrata dal basso e il ruolo del Consorzio Italiano di Solidarietà (ICS), la proposta di un piano nazionale di accoglienza. In quegli anni in Italia transitano circa 80.000 fuoriusciti dalla ex Jugoslavia a cui viene dato inizialmente un permesso umanitario per due mesi, poi trasformato in un permesso umanitario per un anno (nel 1995 risultavano circa 52.000 persone con quel permesso). Per un confronto dei diversi sistemi: in Italia in quegli anni vengono accolte dal basso 6.000 persone, mentre in Germania 360.000 sono accolte dal sistema nazionale.

4) Nuovi arrivi dall'Albania.

Nel 1997 arrivano circa 17.000 persone sulle coste pugliesi, circa 1.500 presentano domanda d'asilo, mentre agli altri viene rilasciato un nullaosta che dà diritto a un permesso temporaneo.

5) Arrivi dal Kosovo.

Nel 1998-99 si prevede la possibilità, anche in questo caso, di un permesso umanitario semestrale. Rileggendo questi passaggi dell'accoglienza in Italia, oltre ai dati quantitativi, si possono estrapolare e raccontare due storie che svelano le nostre contraddizioni ma anche le nostre potenzialità. La prima storia riguarda il caso dei somali e la seconda le persone in fuga dalla ex Jugoslavia che arrivano nel nostro Paese.

2.2 – Il caso della Somalia: l'accoglienza in Italia e la mancanza di inserimento.

La fuga dal proprio Paese e le prime case occupate da rifugiati e titolari di protezione internazionale o umanitaria.

La storia dell'Italia e quella della Somalia sono legate da molto tempo, anche se i somali ne sono molto più consapevoli della maggioranza degli italiani. Il nostro Paese è in qualche misura presente in Somalia dal 1887, arriva ad occuparla come colonia nel 1905 e ci rimane sino al 1941, data in cui la Gran Bretagna si sostituisce all'Italia nella gestione coloniale. Poi, nel 1949, per portare il Paese all'indipendenza e alla democrazia, si decide in sede ONU di affidare la gestione di un decennio di transizione allo Stato italiano. Così nasce l'AFIS (Amministrazione Fiduciaria Italiana della Somalia) che dura sino al 1960. Finalmente nel 1960 la Somalia diventa indipendente e prende la forma di una Repubblica. La pace però dura poco e nel 1969, con un colpo di Stato, sale al potere il generale

Siad Barre che lo manterrà in forma dittatoriale sino al 1991, quando verrà deposto con la forza. La deposizione di Siad Barre, appunto nel 1991, porta a degli scontri molto sanguinosi prima nella capitale, Mogadiscio, per poi degenerare in una spirale incontrollata di violenza e instabilità che colpisce tutto il Paese. Ha inizio così una delle guerre più sanguinose del nostro tempo, che dura con fasi diverse per più di venti anni e ancora non si è conclusa e che fa vivere alla Somalia e ai suoi abitanti una delle più dure crisi umanitarie. Molti somali costretti alla fuga pensano come prima meta all'Italia in virtù del lungo passato coloniale e anche perché l'italiano è una delle lingue imparate a scuola, ma questo legame molto sentito dai somali già presenti in Italia o arrivati nel 1991 è anche uno dei motivi di più cocente delusione. Perché ben presto essi si rendono conto che il nostro Paese e la maggioranza degli abitanti sembrano invece aver rimosso la storia, specie la propria storia coloniale. I somali capiscono che la passata occupazione italiana della Somalia non varrà loro alcun trattamento privilegiato in Italia, anzi a volte verranno discriminati.

Il permesso a intermittenza e l'inserimento che non c'è

Nel 1991, quando 1.700 somali arrivano in Italia perlopiù regolarmente, attraverso i voli di linea e con il permesso rilasciato dall'Ambasciata italiana in Somalia, e fanno domanda d'asilo, la maggioranza di loro si vede rigettare la richiesta. Infatti la Commissione competente, che all'epoca può solo riconoscere o meno lo status di rifugiato, reputa che essi non siano perseguitati personalmente ma fuggano dal proprio Paese a causa di forti instabilità. Molti rimangono quindi senza permesso, senza possibilità di ritornare nel proprio Paese ma anche senza aiuti materiali come il vitto e l'alloggio. I somali che rientrano in questa triste condizione di irregolarità e di abbandono decidono di organizzarsi per fare un ricorso collettivo, ma nel 1992 lo Stato Italiano li anticipa concedendo loro la possibilità, attraverso un provvedimento ad hoc, di ottenere un permesso di soggiorno per un anno, rinnovabile sino a che il Paese di provenienza sia in difficoltà. Questa decisione permette ai somali presenti in Italia di uscire dall'irregolarità e con questo permesso possono anche studiare o lavorare. Invece non viene affrontata la questione di una qualche forma di accompagnamento rispetto all'alloggio e così, già in quegli anni, inizia per molti di loro la pratica di occupare alcuni stabili, alberghi o ex ambasciate, come unico modo di garantirsi un'abitazione. A Roma, nel 1992, vengono occupati tre grandi stabili: l'Hotel World, l'Hotel Pierre e l'Ambasciata somala. Nel solo Hotel World, tra il 1992 e il 1995, si è calcolato che abbiano trovato riparo sino a 1.200 somali. Inizia così la storia delle occupazioni abusive da parte di rifugiati e titolari di una qualche forma di protezione, cioè da parte di persone che hanno un regolare permesso di soggiorno ma non sono nelle condizioni materiali per riuscire a procurarsi un'altra abitazione e ricominciare una vita normale e dignitosa. A distanza di pochi anni comincia ad essere evidente che, se da una parte le occupazioni risolvono il problema abitativo, dall'altra si trasformano in una spirale di marginalità sociale da cui è difficile uscire, specie se perdurano per anni e le persone occupanti sono le stesse. Con gli anni, oltre allo stabile, è come se si degradassero anche le loro capacità. In quegli anni dalla Somalia arrivano anche molte persone bene istruite o che appartengono all'élite del paese e negli anni Novanta la comunità somala diventa una delle maggiori tra quelle straniere presenti in Italia, stimata intorno alle 20.000 unità. Le carenze, prima legislative e poi nell'accoglienza materiale, spingono

però molte di queste persone a intraprendere una seconda migrazione, dirigendosi verso i Paesi che mettono a loro disposizione posti di resettlement e reali strumenti di integrazione. Molti ripartono alla volta del Canada, della Gran Bretagna, dell'Olanda e della Germania, dove si formano comunità somale vitali. Intanto in Italia, almeno sino al 2008, le due città in cui rimane più numerosa la comunità somala sono Roma e Firenze, anche grazie alla presenza di stabili occupati abusivamente in cui chi non trova altra collocazione riesce a sopravvivere. Ma nel frattempo alle difficoltà abitative torna ad aggiungersi quella del permesso di soggiorno. Nel 1999 viene chiusa quella possibilità, data ai somali a partire dal 1992, di avere un permesso di un anno, rinnovabile. Addirittura si stabilisce che tutti i documenti somali prodotti dopo il 31 gennaio 1991, cioè dopo la caduta di Siad Barre, non siano validi: tutto, dai passaporti ai titoli di studio, viene considerato non più valido. Questo rende difficile stabilire anche solo le identità delle persone e di conseguenza rinnovare i permessi di soggiorno, per non parlare di quanto renda lunghe e farraginose le pratiche per il ricongiungimento familiare. È in questi anni che la comunità somala si sente particolarmente discriminata in Italia e sempre più persone si dirigono in altri Paesi occidentali o europei. Solo nel 2008, con l'introduzione della protezione sussidiaria in Italia attraverso il recepimento di una direttiva europea, in parte la cosa si risolve e ridiventa possibile fare domanda d'asilo e ottenere una qualche forma di protezione, così come ridiventa possibile portare avanti i ricongiungimenti familiari.

La seconda ondata da Mogadiscio, 2006-2008

Nel frattempo in Somalia, negli anni 2006-2007, dopo un periodo relativamente tranquillo si arriva di nuovo a fortissimi scontri. Emerge una nuova forza politica di opposizione, le Corti islamiche (conosciute anche come milizie dello Shabaab), e cambiano i rapporti di forza. La nuova crisi porta a ripercussioni fortissime sulla popolazione civile. Il gruppo di difesa dei diritti umani "Elman" stima nel solo 2007: 6.000 morti, 8.000 feriti ed oltre 700.000 civili in fuga. Nel 2008 sono più di 52.000 i somali che fuggono dal Paese, di questi circa 4.800 arrivano e fanno domanda d'asilo in Italia dove rappresentano la seconda nazionalità di richiedenti asilo e più di 3.900 di loro si vedono riconosciuta la protezione sussidiaria. Alle due città italiane che storicamente avevano rappresentato un polo di attrazione e di aggregazione per i somali, Roma e Firenze, si unisce il nuovo polo della città di Torino. Infatti nel 2008 inizia l'occupazione da parte di somali, etiopi, eritrei e sudanesi di un grande stabile torinese, la ex clinica San Paolo in corso Peschiera, che parte con circa 200 occupanti ma che in meno di un anno cresce sino a diventare il luogo di residenza di circa 400 persone, in maggioranza somale. Negli anni è anche cambiata la composizione sociale delle persone in fuga dalla Somalia. Si è passati da una migrazione forzata più di elite degli anni Novanta a una migrazione forzata di fasce sempre più ampie e più popolari del Paese. Vent'anni di instabilità non passano senza lasciare il segno e per molte di queste persone in fuga la stessa istruzione è diventata impossibile. Per questo, molti somali che arrivano nel 2008 in Italia hanno livelli di istruzione molto bassa, alcuni di loro non hanno neanche potuto imparare a scrivere nella loro lingua.

Alcune cose non cambiano

Queste difficoltà di partenza rendono ancora più lungo il processo di inserimento socio lavorativo dei somali. Molti non vengono accolti nello SPRAR, il programma nazionale

Quale sguardo sui migranti forzati?

che più o meno ha soltanto 3.000 posti, ma solo all'interno di grandi CARA (Centri Accoglienza Richiedenti Asilo) sino al termine della procedura d'asilo, per poi ritrovarsi in mezzo alla strada nel momento in cui ottengono la protezione sussidiaria. Ed ecco che per molti, ancora una volta, gli stabili occupati diventano il luogo di residenza e di rifugio da cui provare a muoversi verso altre destinazioni europee. Ma nel frattempo è diventato sempre attivo e applicato il regolamento di Dublino, che impone che il primo Paese di arrivo in Europa non sia solo quello in cui sbrigare le pratiche per il riconoscimento del diritto d'asilo, ma anche quello in cui bisogna rimanere per inserirsi. I somali (come tutti i richiedenti asilo) scoprono quindi con sgomento che quando ricevono una forma di protezione in Italia, mentre la mancanza di misure mirate per l'inserimento socio lavorativo è sempre presente, invece è diminuita la loro possibilità di muoversi verso altre mete europee ed occidentali. Quindi si sentono e sono prigionieri di un Paese che apparentemente riconosce loro una protezione ma che poi tristemente li abbandona, nella stragrande maggioranza dei casi, in mezzo a una strada.

2.3 – Il caso della ex Jugoslavia: l'accoglienza decentrata in Italia

Alla sua morte, nel 1979, Tito lascia la Repubblica Federale di Jugoslavia con un assetto unitario e federale, composta dalle sei Repubbliche di Slovenia, Croazia, Bosnia Erzegovina, Serbia, Macedonia e Montenegro. All'inizio degli anni Novanta si vive in quei territori una forte crisi economica e nello stesso tempo vanno al potere, come capi politici di alcune delle sei Repubbliche, i rappresentanti di movimenti fortemente nazionalisti (Milan Kucan in Slovenia, Slobodan Milosevic in Serbia, Franjo Tudjman in Croazia). Invece di affrontare la crisi e le sfide del passaggio da un'economia centralizzata, frutto di anni di socialismo reale, a una qualche forma di economia un po' più liberale, contemporaneamente in molte di quelle Repubbliche prevale l'idea che sia meglio perseguire un'autonomia anche oltre il modello federale. In particolare le forze politiche di Slovenia e Croazia accusano la Serbia di voler dominare la Federazione e quest'ultima accusa le prime due Repubbliche di volere la secessione. Il 25 giugno 1991 la Slovenia e la Croazia dichiarano la propria totale indipendenza e, nonostante le forze federali con a capo principalmente i serbi tentino di opporsi, nell'arco di dieci giorni il contenzioso con la Slovenia si chiude e si arriva a breve all'accettazione dell'autonomia. Lo stesso non avviene invece rispetto alla Croazia, dove il conflitto porta all'occupazione da parte dei serbi di alcuni territori croati in cui la popolazione serba era storicamente molto presente, cioè le due Krajine. Anche se in conflitto tra di loro, Croazia e Serbia arrivano a decidere una sorta di spartizione della Repubblica di Bosnia Erzegovina, la più mista dal punto di vista etnico e religioso, occupandola ognuno per una parte nel momento in cui anch'essa nel 1992 arriva a voler dichiarare la propria autonomia e trascinandola in un vortice di orrori senza fine. Sarà infatti sul territorio di questa Repubblica, tra il 1992 e il 1995, che verranno esercitati in maniera più massiccia gli assedi e il fuoco dei cecchini, la pulizia etnica e lo stupro etnico, le uccisioni di massa anche nelle zone teoricamente sotto il controllo delle forze di pace dell'ONU. La guerra, che spesso viene erroneamente definita guerra civile ma in molti casi è stata di pura aggressione, si protrae nelle diverse Repubbliche sino al 1995. I costi umani sono altissimi. Si stima che la guerra nella ex Jugoslavia, dal 1991 al 1995, sia arrivata a provocare oltre duecentomila morti e più di tre milioni e settecento-

mila rifugiati. E di questi, nella sola Bosnia Erzegovina, vi sono stati più di centomila morti e oltre un milione e duecentomila rifugiati. L'Italia, soprattutto per la prossimità geografica con questo territorio, rappresenta una delle principali vie di fuga per la popolazione fuoriuscita dalla ex Jugoslavia e in cerca di un riparo, sia via terra attraverso la Slovenia e Trieste che via mare attraverso l'Adriatico. Si stima che circa ottantamila persone passarono dalla ex Jugoslavia all'Italia tra il 1991 e il 1995. Ma non fu mai un arrivo di massa. Le persone arrivavano da sole, alla spicciolata, o via terra a Trieste, appunto attraverso la Slovenia e poi il valico, o via mare usando i traghetti di linea con arrivo ancora a Trieste o ad Ancona o in altri porti dell'Adriatico. Molti furono portati in Italia, grazie alle iniziative di un numero sempre maggiore di gruppi di privati italiani che si andarono costituendo negli anni. Questi gruppi portavano direttamente aiuti umanitari nella ex Jugoslavia, specialmente ai rifugiati, più che altro bosniaci, che si andavano assommando tanto nei campi profughi in Slovenia che nei campi profughi in Croazia, in alcuni territori considerati sicuri nonostante il conflitto. Queste operazioni furono rese possibili anche grazie alla tolleranza delle autorità italiane che, pur in presenza di stranieri entrati illegalmente, non procedevano alla loro espulsione in considerazione dell'eccezionale crisi umanitaria che li stava colpendo. Ricordiamo che all'epoca la procedura d'asilo vigente nel nostro Paese dava unicamente la possibilità di riconoscere o meno lo status di rifugiato, normativa che mal si adattava alla maggioranza di persone che scappavano dalla ex Jugoslavia, perché queste non fuggivano tanto da persecuzioni personali quanto dalla situazione di conflitto e di orrore che stavano vivendo nel loro territorio. I numeri erano poi così alti che, considerati i tempi di lavoro dell'unica Commissione esistente, sarebbero serviti anni e anni per riuscire anche solo ad ascoltarli tutti. Per questo, a partire dal maggio 1992, il Governo italiano decide di riconoscere a chi transita nel nostro Paese in fuga dal conflitto un permesso umanitario, inizialmente di 60 giorni. Si tratta di una misura ad hoc, dinanzi all'emergenza, che l'Italia adotta per cercare di supplire alle lacune normative ancora presenti nel suo ordinamento giuridico e che riproporrà in occasione delle altre ondate migratorie dello stesso periodo, cioè quella somala e quella albanese. Nel settembre dello stesso anno 1992 la materia viene regolamentata dalla legge 390, in cui viene appunto indicato che le persone "sfollate" dalla ex Jugoslavia hanno diritto non solo a ricevere questo nullaosta umanitario ma anche a rinnovarlo sino a che sarà necessario. Nel 1993, di fronte alla chiara persistenza della guerra, la durata del permesso umanitario viene aumentata ad un anno. Circa 70.000 persone in fuga dalla ex Jugoslavia, di cui 57.000 tra il 1991 e il 1995, riescono ad utilizzare questo strumento di protezione umanitaria che rimane in voga sino al 1997. Rimane nel frattempo aperta, per chi tra loro lo desidera, anche la possibilità di fare domanda d'asilo, che però viene attuata da ben poche persone, data la lungaggine della procedura.

Comuni, Ong e parrocchie in prima linea

La legge 390 del 1992, oltre che del nullaosta umanitario, parla anche della necessità di soccorso, accoglienza e assistenza delle persone sfollate e in fuga. A livello governativo vengono messe in piedi alcune situazioni di accoglienza improvvisate, in centri collettivi gestiti dalla Croce Rossa o in caserme, scuole e strutture alberghiere, di cui usufruiscono poco più di duemila persone. Ma senza dubbio la parte maggiore dell'accoglienza viene sostenuta da Comuni, Associazioni, ONG, Parrocchie, Centri per il pellegrinaggio,

nonché da tanti privati cittadini e famiglie che forniscono direttamente vitto e alloggio mettendo a disposizione anche stanze nelle loro case o seconde case per la maggior parte delle persone in fuga dalla ex-Jugoslavia. La guerra in un Paese così vicino al nostro, le notizie diffuse quotidianamente sulle atrocità commesse verso i civili e la popolazione più inerme portano alla nascita di una solidarietà senza precedenti all'interno della società civile italiana. In tante città si creano comitati con cui le persone raccolgono fondi, sia per gli aiuti umanitari da portare nella ex Jugoslavia che per appoggiarne poi la ricostruzione, ma anche per trasportare e poi ospitare gruppi di persone scappate dalla ex Jugoslavia che in molti casi avevano già conosciuto direttamente dentro i campi profughi dove andavano a portare aiuti umanitari. Quindi, le persone in fuga dalla ex Jugoslavia non solo vengono accettate e ben accolte nel nostro Paese dall'opinione pubblica, ma vengono accolte nel vero senso della parola, direttamente dalle persone. La società civile e il coinvolgimento di alcuni Enti locali (Comuni, Province e Regioni) suppliscono ampiamente e con successo alle lacune dello Stato. Un fenomeno simile a questo, anche se di entità un po' minore, si verificherà pochi anni dopo anche nei confronti dei rifugiati in fuga dal Kosovo.

Nasce la cooperazione decentrata

Tra il 1992 e il 1998 si arriva all'apice della collaborazione tra piccoli gruppi nati dal basso, movimenti pacifisti e organismi di solidarietà già attivi da anni. Questa esperienza costituirà l'ossatura sia di quella che è diventata famosa come cooperazione decentrata, sia di quello che poi è diventato il programma di accoglienza decentrata di richiedenti asilo e rifugiati nel nostro Paese. Le diverse azioni e i diversi Enti, siano essi gruppi di cittadini o Enti locali attivi nello scambio e nella solidarietà tra territori e città Italiane e quelli della ex Jugoslavia, si costituiscono in un Consorzio che prende il nome di ICS (Consorzio Italiano di Solidarietà). Presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla spinta del forte coinvolgimento espresso in molti territori, nasce il "Tavolo di Coordinamento per gli aiuti alla ex Jugoslavia" dove si provano a concertare le posizioni del Governo, di alcune grandi Organizzazioni internazionali ed ecclesiali e quelle del coinvolgimento più diretto dal basso. Gli obiettivi sono sia di programmare e coordinare l'invio di aiuti umanitari nella ex Jugoslavia, che di adottare iniziative a favore dei fuoriusciti dalla ex Jugoslavia nel nostro Paese.

Una innovazione efficace e una discriminazione persistente

Il Tavolo di Coordinamento rappresenta un'innovazione efficace come tentativo di cooperazione tra istituzioni, organismi di tutela (UNHCR, IOM, CIR, CARITAS, ecc.) e privato sociale (ICS, ARCI, ACLI, Sindacati, ecc.). È una prima cabina di regia, un luogo dove finalmente si possono portare all'attenzione delle autorità i vuoti e le carenze che la nostra legislazione ha ancora. Come nota negativa si può dire che, se la maggioranza di persone in fuga dalla ex Jugoslavia vengono ben accolte nel nostro Paese, invece le persone rom e sinti fuoriuscite per gli stessi motivi dalla ex Jugoslavia e che nel loro Paese erano stanziali da anni, vivendo in quartieri anche residenziali e lavorando, in Italia vengono ricondotte per nostra incapacità a una sorta di nomadismo. Esse, infatti, una volta arrivate, trovano spesso l'unica possibilità di inserirsi nei grandi campi nomadi già esistenti vicino alle grandi città italiane di Torino, Padova, Bologna, Firenze, Roma e Napoli, rima-

nendo così all'interno di strutture che già all'epoca erano e purtroppo continuano ad essere dei veri e propri ghetti. Inoltre, rom e sinti sono esclusi da aiuti reali, sia per ottenere il permesso di soggiorno che per integrarsi nella nostra società. Molti di loro, non essendo stati specificatamente seguiti negli anni, hanno perso la nazionalità e si trovano tuttora in uno stato di apolidia e senza documenti di riconoscimento.

Lacune governative vs nascita di accoglienze dal basso (decentralate) che fanno passare dai grandi centri ai percorsi individuali

Negli anni della dissoluzione della ex-Jugoslavia, tra il 1992 e il 1995, di fronte alla mancanza di un reale sistema di accoglienza fioriscono in Italia alcune forme di accoglienza spontanea dal basso, che hanno in sé i germi di quello che sarà il futuro sistema italiano d'accoglienza per richiedenti asilo (cioè quello attuale). In molte città, specie di medie e piccole dimensioni come Trieste, Ivrea, Bologna, Forlì, Bari ecc... nascono delle accoglienze a favore dei rifugiati gestite da associazioni e gruppi di sostegno informali, supportati a volte da alcuni rappresentanti locali di Comuni, Province o Regioni. In queste accoglienze, contrariamente a quello che era successo sino ad allora nei grandi centri di accoglienza governativi, al centro del percorso viene messa la persona, si parte dalle sue competenze e dai suoi desideri per fare delle proposte rispetto a un possibile percorso di accompagnamento e inserimento. Si comincia da iniziative spontanee ma si arriva ben presto a forme di confronto tra le diverse realtà e poi di coordinamento tra le stesse, dove si provano a definire non solo le caratteristiche minime che queste accoglienze dovrebbero avere, ma anche le competenze necessarie agli operatori sociali che dovrebbero seguirle. È in quegli anni, in quei territori e attraverso quelle esperienze che si gettano i semi del futuro modello italiano decentrato di accoglienza.

Alcune esperienze di quegli anni confluiscono poi nel 1999 nel progetto Azione Comune.

3 - Dalle accoglienze della società civile alla creazione di un sistema nazionale

A questo punto, dopo avere chiarito il grande ruolo di spinta della società civile italiana nella costruzione di un sistema di accoglienza per le persone in fuga dalla ex Jugoslavia, all'opposto del sostanziale fallimento delle nostre istituzioni nell'accoglienza dei somali, possiamo seguire il successivo disegno istituzionale del sistema di accoglienza in Italia fino ai giorni nostri (che in parte riprende e in parte "tradisce", come vedremo, le modalità della cooperazione decentrata).

3.1 - Il Progetto sperimentale Azione Comune, 1999-2001.

Il Ministero dell'Interno affida al CIR (Consiglio Italiano per i Rifugiati), in qualità di capofila, assieme ai seguenti partners dislocati in diversi territori italiani, i seguenti compiti:

- Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani (Acli): accoglienze in una struttura in Puglia, destinata prevalentemente a famiglie.
- Caritas diocesana di Roma; Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori (Cisl); Consiglio Italiano per i Rifugiati (Cir): assistenze a richiedenti asilo, rifugiati e profughi mediante contributi alloggio e attività trasversali. Questi interventi si tengono prevalentemente su Roma, in Lombardia e in Friuli Venezia Giulia.

Quale sguardo sui migranti forzati?

- Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia (Fcei): assistenza alloggiativa per rifugiati, richiedenti asilo e profughi e attività trasversali in piccoli centri di accoglienza e mediante contributi alloggio nelle regioni Campania, Lazio, Lombardia, Puglia, Sicilia.
- Focus - Casa dei diritti sociali: accoglienze e ospitalità di profughi, richiedenti asilo e rifugiati in una struttura di media grandezza nel Lazio. Attività di assistenza a vittime di tortura. Attività di consulenza su tutto il territorio italiano.
- Consorzio Italiano di Solidarietà (Ics): attraverso una rete di organizzazioni partners (tra i quali un'importante collaborazione è stata stretta con Arci Toscana) gestisce circa la metà dei centri di accoglienza di Azione Comune in Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Piemonte, Lombardia.
- Unione Italiana del Lavoro (Uil): assistenza alloggiativa in una struttura dell'Emilia Romagna.
- Centro Informazione ed Educazione allo sviluppo (Cies): servizio di mediazione culturale ed interpretariato a favore dei rifugiati assistiti in "Azione Comune 2000".
- Ctm-Movimondo: assistenza a minori non accompagnati in una struttura alloggiativa situata in Lecce.

È un progetto innovativo, finanziato in parte dal Ministero e in parte dalla Commissione Europea, che nei due anni che vanno dal 1999 al 2001 permette a circa 2.000 richiedenti asilo (il primo anno più del Kosovo, il secondo anno di provenienze varie) di trovare un'accoglienza qualificata e di beneficiare di servizi specifici volti a garantire il loro insediamento lavorativo e abitativo in Italia. Il progetto Azione Comune rappresenta la sperimentazione di una metodologia di accoglienza decentrata di base, alla quale si sono poi ispirati i successivi progetti istituzionali di accoglienza in Italia, in favore di richiedenti asilo e rifugiati.

3.2 - Il passaggio al Programma Nazionale Asilo (PNA), 2001.

Nel 2001 la fase sperimentale di accoglienza decentrata viene finanziata interamente dal Ministero: nasce così la rete di assistenza e protezione del P.N.A. (Programma Nazionale Asilo) che vede coinvolti già molti Comuni. Da aprile 2001 a novembre 2002, nei suoi 58 centri distribuiti sul territorio nazionale, questa rete accoglie 2.970 persone, molte delle quali riescono a integrarsi nella società italiana. Dopo la fase sperimentale di un anno, l'esperienza positiva del Programma Nazionale Asilo si stabilizza con l'introduzione, prevista dalla legge 189 del 2002, del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) che coinvolge alla sua nascita 120 amministrazioni comunali in tutta Italia.

3.3 - Un passo avanti: la nascita del sistema nazionale (SPRAR), 2002.

Gli Enti locali diventano il perno del nuovo Sistema di Protezione per i Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR). Il nuovo Programma trova l'appoggio e il sostegno sia del Ministero dell'Interno sia dell'UNHCR che dell'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani). Questo nuovo sistema viene istituito nel 2002, dalla legge n. 189, ed è costituito appunto dalla rete degli Enti locali che, per la realizzazione di progetti di accoglienza e integrazione di richiedenti asilo e rifugiati, accedono al "Fondo nazionale per le politiche e i servizi

d'asilo" nei limiti delle risorse disponibili. A beneficiarne saranno i richiedenti asilo i quali, in attesa di venire ascoltati dalle Commissioni preposte, riceveranno accoglienza, informazioni, consulenza e assistenza legale. Inoltre i rifugiati, una volta riconosciuti tali e usciti dai Centri di identificazione, potranno avvalersi del sostegno all'integrazione che gli Enti locali riusciranno a garantire, grazie al Fondo Nazionale. L'articolo 32 della legge Bossi-Fini ha previsto l'istituzione del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, al quale tutti gli Enti locali potranno richiedere finanziamenti per erogare servizi di accoglienza e integrazione. In tal modo è stata istituzionalizzata l'esperienza del precedente progetto sperimentale PNA (Programma Nazionale Asilo), descritto prima. Il nuovo sistema SPRAR, che prosegue quella sperimentazione, sarà coordinato da un Servizio Centrale affidato all'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani). A livello territoriale gli Enti locali, con il prezioso supporto delle realtà del terzo settore, garantiscono interventi di "accoglienza integrata" che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo in modo complementare anche misure di orientamento legale e sociale, nonché la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico. Quando lo SPRAR viene istituito ha le seguenti caratteristiche, compresi alcuni limiti.

- È un sistema di accoglienza decentrata che non utilizza grandi centri.
- È un sistema di servizi integrati, il cui costo medio si aggira sui 30-32 euro al giorno. Questi soldi servono a garantire non solo vitto e alloggio ma la mediazione culturale, i corsi di italiano, l'accompagnamento legale e sanitario e per il singolo beneficiario è previsto un pocket money di 2,50 euro al giorno per le spese più personali. Quindi, se utilizzati con trasparenza ed onestà, sono fondi che garantiscono dei servizi e hanno una ricaduta positiva sull'economia del territorio coinvolto.
- I posti di accoglienza creati sono però insufficienti rispetto alle domande d'asilo.
- I sei mesi di accoglienza garantiti, prolungabili in alcuni casi di altri sei, sono pochi per raggiungere un'autonomia.
- L'adesione degli Enti locali al programma nazionale di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati è su base volontaria (nel 2002 si contano 120 Enti locali coinvolti).
- I progetti sono all'inizio su base annuale, poi biennale e solo nell'ultimo passaggio 2014 -2016 il programma diventa triennale.

Il sistema nazionale di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) nasce molto tardi rispetto alla firma della convenzione di Ginevra (abbiamo dovuto aspettare infatti dal 1954 sino al 2002 per averlo) ma nel momento in cui nasce è forte delle sperimentazioni fatte dal basso con l'appoggio di qualche Ente locale. È un programma avanzato di accoglienza decentrata, che parte dall'idea e dalla consapevolezza che l'accoglienza e l'integrazione si riescono a fare meglio quando le persone vengono accolte in piccoli numeri e in tanti luoghi diversi. Purtroppo i posti del sistema nazionale al momento della sua nascita vengono fissati e finanziati in 2.500 unità e rimangono molto pochi, 3.000 posti ordinari, sino al 2012. Ogni tanto verranno creati degli allargamenti aggiuntivi straordinari che portano in alcuni anni di grandi flussi di arrivo, come nel 2008 e nel 2011, la capienza totale dei posti SPRAR tra ordinari e straordinari a circa 8.000-9.000 unità: numeri sempre di molto inferiori alle richieste di asilo di quegli anni. È solo nell'ultimo bando del 2014-2016 che i posti ordinari previsti e finanziati passano da 3.000 a circa 20.000 (di cui 12.000 ordinari e circa 8.000 di ampliamenti già previsti). Peccato che nel frattempo la stima delle domande d'asilo e quindi dei posti necessari all'accoglienza sia

passata dalle 10-15.000 domande del 2002 alle 60-70.000 del 2014. Pertanto, anche se è aumentato il coinvolgimento degli Enti locali, dai 120 del 2002 ai più di 400 del 2014, i posti del sistema nazionale di accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati rimangono costantemente insufficienti. Quindi, se c'è una caratteristica dello SPRAR che si mantiene costante nel tempo, dalla sua nascita ad oggi, è che i posti che vengono finanziati sono sempre di molto inferiori alla stima delle domande d'asilo e quindi dei posti di accoglienza che servirebbero ogni anno.

3.4 - E due passi indietro: l'istituzione e il ritorno di diversi Centri (CARA, CPSA, CIE), 2005.

Questa scelta di non investire sino in fondo in un'accoglienza decentrata ha portato di volta in volta il nostro Paese a proporre e mettere in campo altre forme di accoglienza, per fronteggiare i flussi di arrivo di persone superiori alle disponibilità del nostro sottodimensionato sistema d'accoglienza nazionale. Ad esempio nel 2005-2006 facciamo due passi indietro istituendo i CARA (Centro Accoglienza Richiedenti Asilo), i CPSA (Centri di Primo Soccorso ed Accoglienza) e i CIE (Centri Identificazione ed Espulsione) che si vanno ad unire ai CDA (centri di accoglienza che già esistevano dal 1995). Sono tutti dei grandi centri spesso collocati in zone periferiche, all'interno di aeroporti o ex basi militari in disuso. Questi sono dati in appalto ad Enti gestori che vengono scelti dalle Prefetture del territorio in cui si istituiscono e che spesso, almeno inizialmente, hanno costi di gestione giornaliera a persona molto alti che arrivano anche a 50-70 euro al giorno.

4 – Il falso mito della “emergenza” e le sue politiche

4.1 - Aumentano i flussi di arrivo e l'Italia dichiara lo “stato d'emergenza”.

Nel 2008 recepiamo in Italia tre importanti direttive europee e un regolamento: la direttiva qualifiche, la direttiva procedure e la direttiva accoglienze che assieme al regolamento di Dublino II (che sostituisce la convenzione di Dublino) diventano la struttura portante della normativa italiana sull'asilo, in mancanza di una legge organica in materia che continuiamo a non avere. Ma il 2008 è anche un anno in cui in Italia sbarcano 36.951 persone e vengono inoltrate 31.723 domande d'asilo più che altro di persone in uscita da Nigeria, Somalia, Eritrea. Il 25 luglio del 2008 il nostro Governo dichiara rispetto a questi numeri, tutto sommato contenuti e gestibili, lo stato d'emergenza (istituendo una cattiva pratica che si ripeterà anche nel 2011 con gli arrivi delle persone dal Nord Africa, a seguito dei diversi movimenti dovuti alle “primavere arabe”). Proviamo ad aumentare la capienza del nostro sottodimensionato sistema di accoglienza nazionale attraverso:

- l'aumento dei posti nei CDA, CPSA, CARA
- la creazione di Centri polifunzionali in alcune città metropolitane (circa 2.500 posti sparsi tra Roma, Milano, Torino, Napoli e Firenze)
- l'apertura di strutture private, finanziate da convenzioni con le Prefetture
- l'aggiunta di posti nel sistema SPRAR (2541 ordinari + 1947 aggiuntivi).

Arriviamo così ad avere un totale di circa 13.500 posti di prima accoglienza, comunque insufficienti rispetto al numero delle domande d'asilo. Nel 2009 tentiamo di arginare l'arrivo delle persone via mare stabilendo un famigerato “Trattato di Amicizia, Partenariato e

Cooperazione" tra il nostro Governo e quello di Gheddafi. È l'anno in cui effettuiamo molti respingimenti in mare che sono illegali e che ci portano a una condanna nel 2012 da parte della Corte Europea dei diritti dell'uomo (dove veniamo condannati non solo per i respingimenti ma anche per le espulsioni collettive). Così nel 2009 le persone che riescono ad arrivare via mare scendono a 19.090 e le domande d'asilo diventano meno di 10.000. Il 2010 viene gestito senza ulteriori misure straordinarie ma la relativa tranquillità intorno al nostro Paese dura poco, visto e considerato che il 2011 è l'anno delle "primavere arabe" cioè di sommovimenti e rivoluzioni in molti Paesi del Nord Africa. Queste rivolte, che coinvolgono Tunisia, Egitto, Libia e Algeria, portano l'Italia a confrontarsi nel 2011 con 60.656 sbarchi e 34.100 domande d'asilo. Si tratta di molti tunisini in fuga dalla Tunisia, mentre dalla Libia arrivano persone di diversi Paesi che lavoravano o venivano trattenute in Libia per i precedenti accordi tra il Governo italiano e quello libico di Gheddafi (Nigeria, Ghana, Mali, Pakistan...). A un certo punto, a fine marzo 2011, alle persone che arrivano via mare viene applicato un diverso trattamento a secondo se siano tunisini o persone di diversa nazionalità in fuga dalla Libia. Ai tunisini arrivati prima del 4 aprile del 2001 (circa 11.000) viene data la possibilità di un permesso temporaneo e la maggioranza di queste persone, una volta ottenuto il permesso, abbandona il nostro Paese e prova ad entrare in Francia. Mentre tutti gli altri tunisini arrivati nel nostro paese nel 2011 dopo questa data (circa 13.000) vengono considerati migranti economici, messi nei CIE (Centri di identificazione ed espulsione) e rimpatriati. Questo perché verso fine marzo del 2011 il nostro Governo riesce a stabilire un accordo bilaterale con il Governo tunisino di transizione, appena rieletto, che in cambio di aiuti economici garantisce la collaborazione nell'identificazione e nel rimpatrio dei tunisini sbarcati nel nostro Paese. Invece le persone che arrivano in Italia via mare dalla Libia, che sono di nazionalità diverse, vengono tutte considerate dal nostro Governo come potenziali richiedenti asilo. In questo quadro, il 2011 è iniziato da pochi mesi quando il nostro Governo dichiara nuovamente lo "stato d'emergenza nazionale umanitaria". Nuovamente per aumentare i posti di accoglienza insufficienti per le persone richiedenti asilo non viene scelto di aumentare i posti dello SPRAR (che ricordiamo costano 30-32 euro al giorno a persona e offrono dei servizi integrati oltre che vitto e alloggio) ma si stipula un nuovo accordo Stato-Regioni del 6 aprile 2011. Si stabilisce una cifra di circa 40-46 euro al giorno a persona e questi fondi "d'emergenza" vengono dati da gestire dal Ministero alla Protezione civile e alle Prefetture della città capoluogo di Regione, in ogni Regione che apra degli accordi di collaborazione: in alcuni casi con Enti e Associazioni di tutela, in altri casi anche con privati (hotel, bed and breakfast, case di riposo) che si danno disponibili ad offrire ospitalità ai richiedenti asilo. Spendiamo nel 2011-2012 più di 1 miliardo e 300 milioni per queste accoglienze d'emergenza che sono sottoposte a meno controlli rispetto a quelle del sistema nazionale di accoglienza, che spesso offrono meno servizi e che paradossalmente costano di più (inutile dire che in molti casi c'è una gestione dei fondi poco trasparente). È in questa cornice che viene anche aperto in Sicilia il centro di accoglienza di Mineo che diventerà in breve tempo il CARA più grande e più discusso d'Italia, in cui in alcuni momenti si concentrano anche 4.000 - 5.000 persone e che ha una storia di inchieste giudiziarie ancora in corso sulla gestione dei fondi che gli vengono destinati. Intanto i tempi per avere risposta alle domande d'asilo dalle diverse Commissioni territoriali, pure aumentate a 10 nel 2008 e con la possibilità di avere anche delle sub-commissioni, si mantengono lun-

ghi. Il risultato è che a fine 2012, su 24.150 domande analizzate nel 2011-2012 in un primo momento viene concessa una qualche forma di protezione solo a circa il 30% delle persone (di cui il 7,4% ottengono lo status di rifugiati, mentre il 22% ottengono la protezione sussidiaria o umanitaria). Quindi oltre il 70% delle persone ottiene un parere negativo dalle Commissioni territoriali. Solo dopo due anni di questo tipo di accoglienze d'emergenza, nell'ottobre del 2012, il Governo decide di riconoscere indirettamente un permesso umanitario a tutti i diniegati nella prima fase, attraverso una revisione data dalle Commissioni territoriali. L'emergenza viene dichiarata ufficialmente conclusa dal nostro Governo il 28 dicembre del 2012. Vengono però dati altri due mesi di accoglienza a tutti e solo a fine febbraio 2013 si prova a chiudere queste accoglienze emergenziali, dando alle persone il permesso umanitario, il documento di viaggio (che sostituisce il passaporto) e 500 euro in contanti per favorire il loro ingresso in altri Paesi europei, ma senza specificare che la loro permanenza in un altro Paese europeo sarà legale solo nei primi tre mesi.

4.2 – Perché una “emergenza” non si chiude per decreto.

Se in qualche modo il piano del Governo e della Protezione Civile, messo in atto durante l'emergenza Nord Africa, prevedeva il trasferimento di persone che arrivavano via mare nelle diverse Regioni, in base alla popolazione residente in ogni Regione, non teneva però conto di un'altrettanta importante divisione del carico dell'accoglienza che si sarebbe dovuta attuare tra le diverse Province della stessa Regione.

Così in Piemonte, come del resto è accaduto in altre realtà territoriali, circa 1.500 persone sono state portate dalla Protezione Civile e sono state collocate, spesso senza avvisare né mediare con i diversi Enti locali, ma solo in base agli accordi che la Prefettura del capoluogo di provincia stipulava con Enti, albergatori, Case di riposo, Associazioni che si davano di volta in volta disponibili. Di queste persone, circa 1.200 sono finite nella sola Provincia di Torino e circa 600 solo a Torino; le accoglienze non hanno invece praticamente toccato i territori delle Province di Vercelli, Novara e Verbano-Cuseo-Ossola.

Una volta che l'emergenza Nord Africa è stata dichiarata chiusa, la maggioranza delle persone che ancora erano in accoglienza sono state fatte fuoriuscire dalle strutture, a parte le circa 200 persone che nel frattempo erano state riconosciute come “vulnerabili”. Su poco più di 1000 persone che ancora si trovano nelle accoglienze, quasi 500 si sono procurate un alloggio occupando 4 palazzine dell'ex villaggio olimpico del lingotto di Torino: palazzine che erano rimaste vuote dal 2006.

L'occupazione di queste palazzine ha portato da quattro ad otto le strutture occupate nella città di Torino da rifugiati e titolari di protezione internazionale, rendendo quanto mai evidenti le carenze, specie dal punto di vista dei reali strumenti di integrazione che mancavano a molte delle “accoglienze” finanziate dall'emergenza Nord Africa.

4.3 - “Emergenza”? Il confronto con altri Paesi, la differenza tra arrivi e domande d'asilo.

Prendiamo ad esempio l'ultima grande crisi della Libia, che di nuovo nel 2011 ha portato l'Italia a dichiarare lo stato d'emergenza. Per prima cosa, a confrontare i dati italiani con quelli di altri Paesi rispetto alle persone in fuga dalla Libia, viene da dire che il flusso

di arrivo nel nostro Paese nel 2011 probabilmente era gestibile anche senza ricorrere all'idea dell'emergenza. Infatti, secondo i dati IOM (Organizzazione Internazionale delle Migrazioni) di settembre 2011, dalla Libia dall'inizio del 2011 per diversi motivi sono fuggite 685.744 persone di cui:

- 291.101 sono scappate in Tunisia
- 220.247 in Egitto
- 76.601 in Nigeria
- 50.564 in Ciad
- 25.935 in Italia (poi arrivate a 28.000 a fine 2011).

Rimane poi una grande differenza numerica tra gli arrivi e le domande d'asilo nel nostro Paese: bisogna guardare non solo agli ingressi, agli sbarchi, ma soprattutto a chi intende restare. Così nel 2013 sbarcano in Italia 42.925 persone ma le domande di asilo sono molte di meno, circa 27.000, ancora una volta una cifra distante dalla categoria dell'emergenza. Sono domande di persone in fuga più che altro da Nigeria, Pakistan e Somalia. Su 24.000 domande analizzate nel 2013, si concede una qualche forma di protezione a più del 61% delle persone (di cui il 13% ottiene lo status di rifugiato, il 24% la protezione sussidiaria e un altro 24% quella umanitaria). Il 2014 è un anno in cui il numero di guerre e conflitti e situazioni di instabilità nel mondo è molto alto, tanto che i dati dell'UNHCR del giugno 2015 relativi al 2014 testimoniano che nel mondo non c'è mai stato prima un numero così elevato di persone in fuga, sradicate dalle loro case (59,5 milioni di persone di cui 19,5 milioni di rifugiati, 38,2 milioni di sfollati e 1,8 milioni di nuove domande d'asilo). Per questo, anche la percentuale di chi è arrivato in Europa o è approdato nel nostro Paese nel 2014 è la più alta in confronto agli anni scorsi. Ma è altrettanto vero che la percentuale con cui ci confrontiamo continua ad essere una piccola frazione rispetto a questo ampio movimento mondiale. Infatti, mentre la grande maggioranza di chi è costretto a scappare (circa l'86%) rimane vicino a casa, nel primo luogo sicuro, meno del 10% arriva in Europa e, ulteriormente, di questa intera cifra europea una percentuale ben più piccola, intorno al 3%, giunge e si ferma in Italia. Durante quest'anno, poi, diventa macroscopica la differenza numerica tra gli arrivi e le domande d'asilo nel nostro Paese. Per esempio, guardando alle prime due nazionalità di quell'anno, i 42.000 siriani arrivati in Italia avanzano soltanto 500 domande d'asilo e così anche i 34.000 eritrei ne avanzano soltanto 500, mentre tutti gli altri cercano di trasferirsi in altri Paesi. Quindi in totale nel 2014, se in Italia (prevalentemente in Sicilia) sbarcano 170.081 persone, le domande d'asilo risultano poco più di 63.000.

4.4 – Fuori dall'emergenza: i primi passi di programmazione e di sistema.

Qualche segnale diverso rispetto alle politiche dell'emergenza arriva a partire da ottobre 2013, quando di fronte a Lampedusa avviene un orribile naufragio che causa la morte di più di 300 persone, potenziali richiedenti asilo. Il naufragio scuote le coscienze e all'inizio del 2014 viene creata Mare Nostrum, operazione navale di ricerca e salvataggio in mare, voluta e finanziata dall'Italia, che ci accompagnerà per tutto il 2014. Inoltre durante il 2014, nonostante il numero di arrivi sia effettivamente il più alto con cui ci siamo mai confrontati, il nostro Governo non dichiara lo stato d'emergenza ma vara un sistema straordinario di accoglienze. Si istituiscono i CAS, Centri di accoglienza sbarchi o centri di

accoglienza temporanea che di nuovo vedono le Prefetture stabilire in ogni Regione degli accordi con chi si dà disponibile, ma questa volta il costo giornaliero viene equiparato a quello SPRAR di 30-32 euro al giorno. L'assegnazione spesso non è diretta ma attraverso bandi e si prova ad inserire nelle convenzioni quanto più possibile gli stessi servizi integrati che dovrebbero essere garantiti all'interno dello SPRAR. Quest'ultimo, il sistema di accoglienza nazionale, passa finalmente da 3.000 a 20.000 posti. Si prova a coinvolgere di più il territorio e a dividere più equamente il carico dell'accoglienza, non solo tra le diverse Regioni ma anche tra le diverse Province in ogni Regione. A luglio 2014 viene stabilito un importante accordo tra Stato e Regioni a riguardo, che tocca non solo la ripartizione dell'accoglienza degli adulti richiedenti asilo ma anche il tema delle accoglienze dei minori non accompagnati e prova inoltre a stabilire un primo livello di governance, dichiarando che oltre al tavolo nazionale devono crearsi dei tavoli in ogni Regione sulla tematica dei richiedenti asilo e rifugiati. Al primo gennaio 2015 in Italia risultano in prime e seconde accoglienze poco meno di 66.000 persone, cioè un terzo di quelle arrivate, di cui:

- 9.638 nei diversi Centri, quasi tutti nel Sud Italia (CDA, CARA, CPSA)
- 35.516 nelle accoglienze temporanee (di cui la metà nelle seguenti 5 Regioni: Sicilia, Lombardia, Campania, Lazio, Emilia Romagna)
- 20.319 nei diversi progetti SPRAR (di cui i due terzi dei posti sono nelle seguenti 5 regioni: Lazio, Sicilia, Calabria, Puglia, Campania).

C'è poi la grave questione dei minori stranieri non accompagnati. Nel 2014 ne sono arrivati più di 14.300 e molti di questi risultano "persi" (circa 3.500). Meno di 1.000 (729) sono stati accolti nello SPRAR, mentre molti dei rimanenti rimangono in prime accoglienze spesso temporanee e non adatte a loro. A fine aprile 2015 risultano in accoglienza 8.558 minori non accompagnati (di cui circa la metà in Sicilia), in grande maggioranza maschi di 16 o 17 anni. I principali Paesi di provenienza di questi ragazzi sono l'Egitto, l'Eritrea, la Somalia e l'Albania. Inoltre nel 2015 chiude l'operazione navale italiana Mare Nostrum e inizia Triton, un'operazione navale dell'agenzia Frontex della Unione Europea, che non ha però inizialmente il mandato di ricerca e salvataggio in mare ma di controllo e difesa dei confini. Deve avvenire un altro tragico naufragio il 18 aprile del 2015, in cui si stima che abbiano perso la vita quasi 800 potenziali richiedenti asilo, prima che la missione Triton ampli il suo raggio di azione e si assuma anche l'incarico della ricerca e del salvataggio in mare. Secondo i dati raccolti dal sito di Fortress Europe, i morti nel Mediterraneo negli ultimi 20 anni sono stati più di 22.000. Solo negli ultimi cinque anni, queste sono le cifre:

- più di 2.000 nel 2011;
- più di 500 persone nel 2012;
- più di 600 persone nel 2013;
- più di 3.500 persone nel 2014 nonostante Mare Nostrum;
- per il 2015 si parla già di 1.800 morti nel Mediterraneo con Triton, dopo i primi 5 mesi dell'anno.

5 - Un altro sistema di accoglienza è possibile

Ma se noi ci facciamo la domanda: "sarebbe difficile realizzare un sistema nazionale di accoglienza che davvero abbia posti sufficienti, in confronto alla stima delle doman-

de d'asilo da affrontare di anno in anno?", la risposta è che forse non sarebbe così difficile. Prendiamo l'anno 2014 in cui, come già detto, in tutto il mondo si sono contate 59,5 milioni di persone in fuga a causa di guerre, conflitti e persecuzioni, violenze e violazioni dei diritti umani. È stato l'anno in cui in assoluto le richieste d'asilo sono state le più alte registrate. Nello stesso anno in Italia le nuove domande d'asilo sono state intorno alle 64.000: questo sarebbe stato quindi il numero minimo di accoglienze che avrebbe dovuto avere il nostro sistema di accoglienza nazionale, che ricordiamo è un sistema decentrato su base volontaria e che nel 2014 aveva in programma meno di 20.000 posti, avendo coinvolto poco più di 400 Comuni. Ma se noi superassimo la volontarietà del sistema nazionale d'accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati, continuando invece a valorizzare il suo essere un sistema decentrato? Considerato che abbiamo circa 5.000 Comuni con più di 3.000 abitanti, basterebbe che per legge ad ogni Comune con più di 3.000 abitanti venisse chiesto di accogliere 20-25 persone richiedenti asilo ogni anno, con i fondi che comunque lo Stato mette a disposizione. Le persone da accogliere potrebbero essere anche meno, aprendo anche ai Comuni che hanno meno di 3.000 abitanti la possibilità di aderire al programma, consorziandosi con altri piccoli Comuni vicini. E avremmo un sistema nazionale d'asilo unico che garantirebbe almeno 60.000-70.000 posti di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati, ampliabile o riducibile in base alle richieste d'asilo. Inutile dire che gli Enti locali rimarrebbero il perno e dovrebbero sempre, com'è già adesso, garantire tutti i servizi integrati (direttamente o attraverso enti e organizzazioni) e che dovrebbe esserci un monitoraggio stretto e trasparente sull'utilizzo dei fondi e le ricadute sul territorio. Sono sicuramente state fatte alcune cose negli ultimi anni, per andare verso una gestione strutturale del fenomeno;

- Abbiamo aumentato da 3.000 a 20.000 le accoglienze del sistema nazionale SPRAR.
- Siamo riusciti a rinunciare alla categoria dell'emergenza.
- Abbiamo provato a creare livelli di governance diversi: tavolo nazionale, tavoli regionali, utilizzo degli accordi tra Stato e Regioni.
- Abbiamo aumentato, almeno sulla carta, il numero delle Commissioni territoriali da 10 a 20 con la possibilità di portarle con le loro sub Commissioni a 40, anche se spesso i tempi di attesa per accedervi sono ancora superiori all'anno.
- Stiamo provando ad avere una previsione delle domande d'asilo ogni anno e in base a quelle cominciamo a parlare di costruire un sistema che preveda alcuni centri per la prima accoglienza post sbarco, degli hub regionali per adulti e minori e un sistema di seconda accoglienza nazionale uguale per tutti cioè lo SPRAR (stiamo finalmente ipotizzando la chiusura dei CARA).

Altre cose che si potrebbero fare a breve, per facilitare il passaggio da un "dis-sistema" a un sistema d'asilo

- Superare la volontarietà dell'adesione dei Comuni allo SPRAR.
- Creare un numero ancora più elevato di Commissioni territoriali, in modo che le domande d'asilo ottengano realmente una risposta nell'arco di sei mesi (e non dopo un anno e mezzo o due come succede ora) come la direttiva europea procedure prevede.
- Superare l'arbitrarietà delle prassi da città a città ma anche tra uffici diversi delle stes-

- se città che di fatto negano i diritti delle persone richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale (codice fiscale, tessera sanitaria, iscrizione anagrafica, ecc...).
- Creare reali programmi di autonomia e inserimento dopo la prima e seconda accoglienza, per non mettere più in mezzo alla strada le persone proprio nel momento in cui ottengono la protezione internazionale o il permesso umanitario.
 - Intervenire molto di più e più celermente sulle accoglienze e le questioni relative ai minori stranieri non accompagnati (determinazione dell'età, attribuzione di tutori, forme di accoglienze che non siano solo centri inadeguati o comunità per minori...).
 - Promuovere informazioni e dati su queste tematiche quanto più possibili reali e trasparenti e non usarle per generare immotivate paure e diffidenze.
 - Fare controlli costanti ed effettivi sull'utilizzo delle risorse e sulle sue ricadute sia sulle persone che sui territori.

CAPITOLO 2

Guarire dalla tortura

Giuppa Cassarà

Gran parte dei migranti che giungono in Europa fugge da guerre, persecuzioni politiche, religiose o etniche e raggiunge le nostre coste per poter richiedere asilo politico: si tratta di migranti con caratteristiche e bisogni particolari, tenendo conto che molti di loro hanno subito violenze fisiche e psicologiche. Di fronte a questa situazione sempre più grave e confermata da diverse testimonianze la stessa distinzione tra migranti volontari (economici) e migranti forzati, potenziali richiedenti asilo, diventa sempre più labile, soprattutto quando si tratta di persone che hanno trascorso anni nei paesi di transito, come la Libia, restando esposti ad abusi di ogni genere. La tortura non è immediatamente e facilmente riconoscibile specie quando non ha lasciato esiti visibili sul corpo e per essere individuata necessita di particolari condizioni ambientali e di relazione. Non ha più come fine prevalente quello di estorcere la confessione dell'interrogato, ma si propone l'annientamento della personalità della vittima: è una forma di violenza non confrontabile con alcuna esperienza traumatica, perché quasi incomunicabile. Nei confronti dei migranti che attendono il loro turno prima di imbarcarsi verso l'Italia la tortura diventa anche un mezzo per ottenere più rapidamente il prezzo del viaggio, sarebbe meglio dire del riscatto, atteso che in un numero crescente di casi queste persone sono di fatto sequestrate in capannoni o in campi nei quali vengono concentrati in grande numero. Il concetto base di tortura, e dunque il criterio di identificazione delle vittime, va ampliato a tutti coloro che recano sul corpo o nella propria psiche segni di trattamenti disumani o degradanti, per effetto della parificazione tra le due ipotesi con la tortura in base all'art. 3 della Convenzione Europea a salvaguardia dei diritti dell'Uomo. Le "vittime di tortura" si confondono nella moltitudine degli immigrati, ma la loro storia, la loro diversità li rende ancora più vulnerabili: lo sradicamento che hanno subito è intimo, oltre che geografico e sociale. In atto non esistono dati complessivi sulla loro presenza in Italia, soprattutto a causa delle difficoltà esistenti nel fare emergere le loro storie e il loro vissuto così spesso invisibili. A tale difficoltà bisogna aggiungere le diversità linguistiche e culturali: esprimere pensieri, sensazioni, ricordi, già di per sé difficili da elaborare, in una lingua diversa dalla propria aggrava il disagio delle vittime. Il ricorso alla presenza di un mediatore culturale affidabile risulta in alcuni casi indispensabile. L'attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o tenute nascoste, si deve tradurre in interventi medico-psicologici e quindi in valutazioni e procedure specifiche in campo giuridico. Fondamentale la possibilità di intervento quanto prima subito dopo lo sbarco a terra e la predisposizione di strutture di prima accoglienza dotate di personale qualificato capace di individuare i soggetti più vulnerabili. Per rendere concreti tali interventi

sono necessari: la possibilità di eseguire esami clinici e radiologici, il trattamento medico e riabilitativo adeguato, l'ascolto psicologico specializzato e la definizione di un percorso psicoterapeutico. La maggior parte di coloro che arrivano attraverso gli sbarchi proviene dalla Somalia, dalla Siria, dalla Nigeria, dal Ghana, dal Burkina Faso, dalla Costa d'Avorio, dal Togo, Bangladesh, Kashmir, tutti luoghi dove esiste una forte repressione politica o uno stato di guerra civile. Si tratta di persone che hanno affrontato il deserto del Sahara, imbattendosi nella violenza dei contrabbandieri al confine tra Sudan e Libia e successivamente nelle sopraffazioni della polizia libica, responsabile di arresti indiscriminati e di deportazioni disumane. Un'attenzione particolare va rivolta ai minori ed alle minori vittime di tortura, attesa anche l'alta percentuale di persone che scompaiono dal sistema di accoglienza e si rende irreperibile, portando con sé il peso delle torture e dei trattamenti disumani subiti, e restando per questo ancora più esposto ad ulteriori forme di violenza e di abuso. La tappa forzata in Libia diventa sempre più lunga in attesa di trovare posto in una delle imbarcazioni che attraversano clandestinamente il Mediterraneo a danno dell'unico patrimonio che queste persone portano con sé: la salute. La tortura ormai non si rivolge verso soggetti determinati per estorcere una confessione, ma diventa una pratica diffusa che serve ad avere un effetto pedagogico per ribadire la inferiorità della vittima e per estorcere il prezzo più alto per la sua liberazione. Le donne, la cui fragilità sociale e culturale in paesi in via di sviluppo è ancora più forte, sono maggiormente soggette a divenire vittime della tratta di esseri umani, proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa. Sempre più donne decidono di affrontare questi viaggi "della speranza" spinte dalla miseria e dall'impossibilità di progettare un futuro in luoghi distrutti dal terrore delle guerre e delle persecuzioni politiche e religiose e attratte dal miraggio di raggiungere l'Europa. Le violenze e gli abusi sessuali subiti dalle migranti forzate (provenienti da luoghi di guerra, o comunque costrette ad una totale limitazione della propria libertà personale) durante il viaggio fanno sì che sia sempre più frequente la presenza di donne giovanissime che sbarcano sulle nostre coste in gravidanza o con patologie sessualmente trasmissibili acquisite durante i mesi di sosta forzata in Libia attraverso stupri e violenze di passeurs e carcerieri. Le difficoltà comuni a tutti i richiedenti asilo come il non vedere riconosciuta la propria storia di sofferenza ma essere guardati come "clandestini" sono amplificate per le vittime di tortura per i quali la paura del diniego della Commissione diventa spesso ossessiva, in quanto significherebbe ritrovarsi nuovamente tra le mani di chi li ha fatti partire in cambio di debiti che non sono stati ancora estinti, oppure di chi poi li ha incarcerati, picchiati, violentati, all'interno di uno Stato che non li ha protetti ma perseguitati, perché minoranza etnica o religiosa, o perché all'opposizione politica. Il peso dell'attesa diventa insostenibile specie se avviene in luoghi in cui le vittime rivivono le umiliazioni e i maltrattamenti subiti in patria.

Le criticità per i richiedenti asilo sono spesso:

- l'accesso ai servizi sanitari;
- I lunghi periodi di attesa prima della convocazione presso le Commissioni per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato;
- l'assenza nel nostro "sistema di accoglienza" di operatori socio-sanitari competenti a far emergere un vissuto di tortura tra i migranti;
- I trattamenti disumani e degradanti riservati, in alcuni casi, ai migranti all'interno dei

centri d'accoglienza italiani, rendono ancora più difficile l'eventuale emersione di pregresse storie di tortura;

- le precarie condizioni di vita che accomunano tutti i richiedenti asilo presenti in Italia.
- le uniche "opportunità" di impiego spesso provengono dal mercato del lavoro informale, in nero, lavori sottopagati ed estremamente precari e a svolgere attività piuttosto umili;
- l'assenza di garanzie economiche e giuridiche impedisce ai richiedenti asilo di affittare un alloggio.

Tutte problematiche che hanno una profonda influenza sulle condizioni psico-fisiche dei richiesti asilo e che rappresentano un rischio aggiunto per patologie infettive storicamente legate al degrado e all'abbandono, quali la Tuberculosis, le pediculosi, le malattie sessualmente trasmissibili insieme a patologie di natura autoimmunitaria e gastroenterologia. Una risposta sanitaria adeguata si basa quindi sul superamento di una visione medicalizzata della sofferenza generata dalla tortura promovendo una riabilitazione basata sull'integrazione di interventi sanitari, psicologici, sociali e giuridici, affrontando di volta in volta le connessioni tra storia personale della vittima e storia collettiva, attraverso un percorso di riabilitazione personalizzato in cui l'intervento clinico deve entrare in rete con un lavoro di supporto sociale e psicologico e con la consulenza legale. La presa in carico di questa particolare utenza si basa su un approccio sistemico integrato, multi disciplinare e multi dimensionale con interventi complessi che si realizzano in tappe successive: accoglienza, orientamento, accompagnamento.

Medici contro la tortura

Le attività mediche contro la tortura iniziano nel 1973 quando Amnesty International chiese ad un gruppo di sanitari di studiare il problema di come dimostrare, su base medico-legale, se una tortura aveva avuto luogo o meno. Nel 1974, nove medici danesi crearono il primo gruppo di medici di Amnesty. Il primo gruppo di medici che, in Italia, si è espressamente interessato alle vittime di tortura ha iniziato a lavorare a Roma nel 1986 nell'ambito del Coordinamento Medici della Sezione Italiana di Amnesty International. Da quel momento, inizia una attività clinica rivolta inizialmente a casi sporadici segnalati da Amnesty e successivamente ad un numero sempre maggiore di pazienti vittime di violenze, persecuzioni e torture nei propri paesi di origine. Grazie anche alla collaborazione e l'ospitalità offerta dalla Casa dei Diritti Sociali (organizzazione laica di volontariato di Roma) e al lavoro di rete con gli assistenti legali e sociali dei centri di accoglienza, si moltiplicano le segnalazioni e nel Settembre 1999 si costituisce legalmente l'Associazione Umanitaria Medici Contro la Tortura.

Vittime di tortura a Palermo

L'esperienza palermitana nell'assistenza degli immigrati è iniziata più di 20 anni fa come volontariato presso il Poliambulatorio S. Chiara in un'ottica che – su una base di sostanziale volontarietà – ci ha visto impegnati non solo sul versante strettamente sanitario, ma anche su quello sociale e culturale. Diverse generazioni di medici più o meno giovani, più di cento, si sono alternati in questi ambulatori col solo scopo di riconoscere

il diritto fondamentale dell'uomo, quello della salute. All'esperienza strettamente legata al volontariato si affianca nel 1996 quella istituzionale dell'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni all'interno del Policlinico Universitario. Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per cultura e per religione. Nasce la medicina transculturale i cui punti centrali di riflessione sono due: la consapevolezza che la cultura influenza in modo sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e che la forza della relazione terapeutica influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale. Circa 20 anni di lavoro intenso voluto e realizzato da tutti gli operatori, lavoro che ha cambiato lo stesso modo di fare medicina, il modo di guardare le migrazioni e i fenomeni sociali ad esse connessi; vent'anni di attenzioni all'affascinante mondo dei migranti, perennemente in fieri; vent'anni di scoperte e di studi su concetti non solo strettamente scientifici e medici ma anche e soprattutto antropologici e filosofici. Dopo aver conosciuto l'attività svolta a Roma dai Medici contro la tortura attraverso il "Master di Medicina delle Migrazioni, delle emarginazioni e della povertà", è nata la forte esigenza di investigare, in modo esplicito, sulla silenziosa ed invisibile presenza di vittime di tortura a Palermo. Tale esigenza nasce soprattutto dalla sbalorditiva considerazione che negli anni di lavoro assiduo con i pazienti migranti nella nostra città, nessuna testimonianza di tortura fosse stata mai raccolta in modo esplicito, nonostante la provenienza da paesi noti per praticare torture e persecuzioni. L'esperienza di questi ultimi anni con pazienti immigrati a Palermo, ci insegna che soltanto "guardando" si riesce a vedere un vissuto di violenze e torture. Nel febbraio del 2005, grazie alla collaborazione con Medici Contro la Tortura di Roma, ho voluto aprire nel nostro Ambulatorio uno spazio dedicato a persone che erano state vittime di tortura nei propri paesi di origine. Nel giro di pochi mesi è emerso un numero sorprendente di pazienti, alcuni dei quali già seguiti nel nostro DH per patologie comuni mai messe in relazione con la storia della violenza subita. Si tratta, per lo più, di pazienti provenienti da paesi dell'Africa sub-Sahariana tutt'ora insanguinati da guerre infinite, giunti in Italia attraverso gli sbarchi sulle coste siciliane ed in attesa di definire il proprio status giuridico. Sono stati seguiti pazienti provenienti da Eritrea, Liberia, Sudan, Burkina Faso e Sri Lanka, Irak, Ghana, Bangladesh, Somalia, Tunisia, per lo più di sesso maschile e di età compresa tra i 23 e i 47 anni. Tutti fuggiti dal proprio paese dopo un periodo di prigionia durante il quale avevano subito maltrattamenti e sevizie di ogni genere; quasi tutti sbarcati sulle coste siciliane almeno 1 o 2 anni prima di giungere alla nostra osservazione e fino a quel momento nessuno di loro era stato curato per gli esiti fisici e psichici delle violenze subite. Tutti vivevano in centri di accoglienza istituzionali e non della regione, in attesa di essere chiamati dalle Commissioni centrali e periferiche per ottenere lo status di rifugiato politico o l'asilo per motivi umanitari. Alcuni di loro erano già seguiti presso il nostro ambulatorio per patologie comuni a carico dell'apparato gastroenterico, osteoarticolare e respiratorio o per problemi di insonnia. Tutti presentano conseguenze fisiche e psicologiche delle violenze subite, dello sradicamento e dalle persistenti separazioni dagli affetti. Le lesioni riscontrate all'esame obiettivo e in alcuni casi fotografati, prima di interventi ricostruttivi di chirurgia plastica, sono compatibili con le storie riportate dai pazienti e sicuramente sono state inferte volontariamente. Sono tutti vittime di tortura e seguiti presso il nostro ambulatorio per un percorso riabilitativo.

Conclusioni

Il lavoro portato avanti in questi ultimi anni tenta di dare una risposta ad un fenomeno non distante da noi: le torture e i trattamenti inumani e degradanti continuano ad avere luogo quotidianamente e costituiscono un'offesa alla dignità umana. La nostra piccola esperienza ci mostra un numero crescente di vittime che si confondono e si nascondono in mezzo a noi, nella speranza di costruire una nuova vita, una nuova dignità, una nuova storia non segnata da violenza e dalla mancanza di libertà. Uno strumento fondamentale in questo senso è il riconoscimento del loro status di rifugiato, a cui hanno diritto tutti quegli individui che, nello stato d'origine, rischiano la propria integrità fisica e mentale per le proprie scelte politiche, religiose, di orientamento sessuale o per un'appartenenza etnica, a causa di una massiccia, sistematica e diffusa violazione dei Diritti Umani nei paesi d'origine o di transito. Per i numerosi minori stranieri che arrivano in Italia con segni fisici e psichici di tortura o di altri trattamenti disumani o degradanti vanno apprestate tutele specifiche e tempestive, a partire dalla prima accoglienza, nella quale va evitata la ricorrente promiscuità con adulti, causa di altre possibili violenze. Vanno facilitati tutti i percorsi che portano alla nomina di un tutore ed alla conferma dei documenti di soggiorno anche dopo i diciotto anni, ed anche quando non ci siano i presupposti per il riconoscimento di uno status di protezione internazionale o umanitaria. In Italia il diritto d'asilo alle vittime di tortura viene riconosciuto quasi esclusivamente a chi presenta certificazione medica. Il richiedente deve produrre una "giustificata" prova traumatica che dimostri la possibilità di aver sperimentato violenza individualmente. Sempre più spesso soltanto la certificazione medica di una violenza inferta intenzionalmente rende la domanda d'asilo attendibile per la commissione, svuotando così il diritto d'asilo del proprio significato politico. La certificazione medica diventa "la regina delle prove" squalificando la testimonianza verbale del richiedente.

"Il riconoscimento del corpo come luogo ultimo della legittimazione politica" (Fassin, 2004).

I segni di tortura sul corpo divengono la sola giustificazione dello status di rifugiato, condannando il richiedente ad esistere ufficialmente solo in quanto VITTIMA, ridotta a dover suscitare compassione. Bisogna riconoscere alcuni nodi critici di natura etica, deontologica e politica nella certificazione medica di esiti di tortura:

1. *Politico*: Interpretazione restrittiva del diritto d'asilo, in quanto il timore di persecuzione non viene più considerato come elemento valido per il riconoscimento. Discriminazione tra chi ha la possibilità di produrre una certificazione medica e chi non ce l'ha;

2. *Etico*: viene dato maggior valore alle parole dello specialista medico che a quelle del rifugiato;

3. *Terapeutico*: si rischia di subordinare l'attività clinica e la relazione terapeutica alla certificazione medica. Rischio di una strumentalizzazione della domanda di cura al fine di ottenere il prezioso documento.

Ma d'altra parte la certificazione medica rappresenta innegabilmente un elemento positivo dal punto di vista terapeutico e sociale in quanto *riabilita la parola della vittima*.

Il lavoro con le vittime di tortura ci mette di fronte alla testimonianza diretta di coloro che hanno vissuto in prima persona gli abusi di potere, i colpi di stato, i sovvertimenti di potere tra le etnie, le persecuzioni brutali con omicidi di massa, stupri, detenzioni illega-

li e tortura. È l'altra faccia della Storia dell'uomo, quella che non si può raccontare né si vorrebbe conoscere perché fa paura, ribrezzo. Il silenzio che avvolge la tortura e i torturati è il peggiore strumento di violenza, una violenza più intima che abbandona la vittima in uno stato di ineluttabile solitudine.

"La tortura ruba la voce. Imprigiona nello stesso silenzio vittime e carnefici, e con loro quelli che la autorizzano, la incoraggiano, la pianificano".

L'incomunicabilità del dolore fa sì che le vittime rimangano chiuse in se stesse nella impossibilità di una rielaborazione razionale del trauma subito. Trauma antropogeno, perpetrato volontariamente da altri uomini, non riconducibile ad altri modelli di sofferenza; difficile superare la paura di rompere quel muro di silenzio che protegge noi e che isola loro. La presa in carico di questi particolari pazienti non può essere un problema del singolo operatore o professionista, è un problema più ampio, che coinvolge e chiama direttamente in causa le Istituzioni. È necessaria la presenza di una équipe competente e multidisciplinare che agisca sinergicamente con l'obiettivo di "guarire dalla tortura". Non si può pensare di medicalizzare il dolore o di confinare la tortura all'interno di una patologia di tipo medico-psichiatrico. La vittima di tortura ci interpella su piani diversi.

CAPITOLO 3

Il servizio di Etnopsicologia

Maria Chiara Monti

1. Una premessa

Era l'estate del 2008 e mi presentavo presso l'Unità Operativa di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo, di cui avevo soltanto sentito parlare ma che, di fatto, non conoscevo nella sua operatività. La speranza, forse l'ardire e l'ambizione della giovane età, così come il forte desiderio di fare clinica (psicologia clinica) con i migranti, hanno mosso i miei passi nell'avanzare una proposta al responsabile dell'ambulatorio: iniziare una collaborazione volontaristica, fianco a fianco con l'approccio medico, nell'ascolto dei pazienti per intercettare il bisogno di cura psicologica, introducendo, in questo ascolto, il livello del significato culturale, originario, di un possibile disturbo psichico. A quel tempo portavo con me un bagaglio solo teorico per approcciare il malessere psicologico dei pazienti stranieri, che derivava dai miei studi sull'Etnopsichiatria: scrivere la mia tesi di laurea su Georges Devereux, maestro dell'Etnopsichiatria, era stato l'atto fondativo e intimamente rivoluzionario, giacché aveva significato la messa in discussione delle mie logiche attraverso cui avevo imparato – seppur ancora in realtà in via di costruzione – a dare senso ai disturbi psicologici; negli anni successivi, poi, l'incontro con Salvatore Inglese, durante un seminario, mi ha spinto ancora di più verso lo studio e l'approfondimento delle letture su Tobie Nathan; finché, proprio nell'anno in cui decisi di cercare un luogo per transitare dalla teoria alla clinica, incontrai Filippo Casadei. Egli, durante un corso sul paradigma dell'Etnopsichiatria e il dispositivo clinico, che teneva presso la mia scuola di specializzazione in psicoterapia gruppoanalitica, narrava degli aspetti teorici dell'Etnopsichiatria e i casi clinici di pazienti stranieri; egli riprendeva un processo ancora attivo in me, ancorché silente, in parte iniziato durante l'intenso studio per la stesura della tesi di laurea, ma poi interrotto perché allora troppo rivoluzionario rispetto agli apprendimenti di tipo analitico, cui mi ero inoltrata già durante il percorso universitario; ciò significava per me un nuovo intimo rimestio del processo di "fabbricazione"¹ come psicoterapeuta a stampo analitico, che metteva in discussione alcuni fondamenti su cui stavano piano piano poggiando le basi e le costruzioni del fare clinico. Infatti, l'Etnopsichiatria opera un movimento di tipo sussultorio e perturbante, perché tale disciplina costringe ad un atto

¹ Il termine è mutuato dalle concettualizzazioni di Nathan (1996), per le quali la formazione dell'identità è un processo di fabbricazione e di affiliazioni multiple.

interno di relativizzazione dei propri costrutti attraverso cui si dà senso al malessere psicologico. L'Etnopsichiatria decentralizza il terapeuta, le sue logiche "interpretative", i procedimenti di lettura dei drammi delle persone che si incrociano nei dispositivi di cura. Egli, dunque, mi disse "se vuoi fare clinica, va' a cercare i posti della clinica". Così feci!

L'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni, posto storico a Palermo in cui è preziosa l'attenzione al paziente nella sua complessità, poteva essere il punto di partenza perfetto: lì mi presentai. Il responsabile, Mario Affronti, mi accolse con un fare che oggi non definirei proprio disponibile ma prestissimo ho capito che la sua "indisponibilità" – apparente - in realtà aveva a che fare con l'accuratezza della clinica con la quale egli si occupa dei pazienti e il rigore che egli mette nell'insegnare tale attenzione agli specializzandi che si susseguono nell'ambulatorio; mi disse di spiegargli perché lui avrebbe dovuto affidare a me i pazienti che chiedevano un aiuto.

Così gli parlai della mia volontà di "fare clinica", ascoltare i pazienti, non nel senso dell'"empatia", ma per dare cittadinanza alle idee dei pazienti sul loro disagio (ancorché lontane dalle nostre e, apparentemente, bizzarre) nel campo dell'incontro terapeutico. Parlare di "clinica" è stato il mio *passé-partout*, poiché per Mario Affronti, nella cura, è centrale l'aspetto della clinica, nel senso dell'esserci-con il paziente e della vicinanza nella richiesta di aiuto. Dunque, la commistione tra un atto di fiducia da parte del responsabile e un atto di coraggio da parte mia, ha prodotto un lavoro che via via è cresciuto nella sua forma, nella sua competenza, nella sua efficacia. Nella forma, perché si è affinata la metodologia di presa in carico e di cura: abbiamo negli anni perfezionato le fasi metodologiche del lavoro di cura, sempre più aderente al modello etnopsichiatrico; l'esplorazione e l'indagine dei dati culturali portati dai pazienti è diventata per noi una procedura a nostra portata di mano; una forma *mentis* nel ragionamento clinico per raggiungere un'ipotesi diagnostica congruente con gli insegnamenti di stampo nathaniiano e siamo via via diventati più avvezzi alle logiche terapeutiche tradizionali sottese o sottaciute dai nostri pazienti. Nella competenza, perché la formazione continua e lo scambio costante tra diverse figure professionali hanno consentito la mia crescita professionale come clinico. Nell'efficacia, perché nel tempo si sono raggiunti risultati sempre maggiori nella risposta alla domanda di salute e di benessere psicologico.

Con queste premesse tra il responsabile dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni e me, iniziava l'esperienza del Servizio di Etnopsicologia; un'esperienza che continua sino ad oggi, fondata ab initio sulla fiducia in un modello conosciuto solo a livello teorico, studiato sui testi di Georges Devereux, di Tobie Nathan, di Salvatore Inglese, e continuata sull'osservazione e il perfezionamento di una prassi di cura, per cui le concettualizzazioni teoriche hanno trovato riscontro nel procedere clinico e nell'efficacia terapeutica per la risoluzione del disagio psichico portato dai pazienti stranieri.

² A volte l'utilizzo sommario di questo concetto non rende giustizia alla profondità e alla complessità con cui è stato teorizzato dai suoi padri. Intendo dire che troppe volte ho sentito banalizzarne il senso che, invece, originariamente era riferito a quell'"atmosfera del sentire" di cui parlano magistralmente Husserl e poi Binswanger. Questi in particolare sottolineano che l'empatia *non è un atto di calore o mera accoglienza*; ma empatia è un "accorgersi", rendersi conto (*Gewahren*) che l'altro si presenta improvvisamente dinanzi, come in opposizione rispetto a chi guarda.

2. Quali migrazioni

Le difficoltà esistenziali connesse alle migrazioni si rintracciano in quadri sindromici derivanti da situazioni ed esperienze molto diverse tra loro e che, dunque, rendono diverse le fenomenologie del malessere. Conoscere il polimorfismo delle esperienze migratorie consente di approcciare il disagio psichico, il malessere esistenziale, il dramma del paziente che incontriamo, in modo più efficace. Allora, in alcuni casi le configurazioni del disagio derivano proprio dai processi migratori cui le persone che incontriamo sono soggette, nel senso dei transiti traumatici e degli attraversamenti di luoghi in cui si vivono condizioni estreme di viaggio.

Peter³, un giovane paziente ghanese, arrivato al Servizio per un disturbo di evitamento, caratterizzato da agitazione e ansia soprattutto nelle situazioni in cui era costretto alla vicinanza fisica con altre persone.

Durane gli incontri, le narrazioni si concentrano sul tragitto migratorio e sui transiti; egli mi racconta che nell'attraversamento del Burkina Faso, spesso si è soggetti alle violenze dei banditi, che derubano e picchiano, prima di riuscire, dietro pagamento, a essere condotti al di là del confine per raggiungere il deserto, che poi porterà alla Libia. In questo attraversamento lui è stato chiuso in una sorta di piccolo camion con altre persone; erano ammassati, seduti senza possibilità di movimento, in assenza di aperture e senza alcuna percezione del tempo che scorreva; costretti persino a urinare in quella posizione. Due giorni? Due settimane? Mi dice che, in quella situazione, il tempo smette di avere il senso che aveva prima; si ferma e si dilata, e tutto intorno assume un aspetto a metà tra la realtà e l'incubo. Durante il viaggio c'erano solo alcuni brevissimi momenti in cui il mezzo si fermava, rigorosamente durante la notte, momenti durante i quali il gruppo scendeva per sgranchirsi e respirare. Quando qualcuno si lamentava, gridava o piangeva emettendo forti rumori, i conducenti fermavano il mezzo e iniziavano a picchiare in modo indiscriminato con il calcio del fucile.

Nella storia dell'attività clinica del Servizio di Etnopsicologia, poi ci sono tutte quelle esperienze di psicopatologia e malessere quali esiti di violenze estreme intenzionali e torture. Molte vicende migratorie si concludono in Europa a partire dalla drammatica esperienza della tortura, praticata con metodo in alcune parti del mondo da cui provengono i pazienti che giungono al Servizio. La tortura, che discuterò più approfonditamente in un paragrafo a parte, segna drammaticamente le esistenze delle persone-vittime; lascia segni psichici, oltreché fisici, indelebili ma al tempo stesso difficili da decodificare. Le vittime delle torture e delle violenze estreme, come vedremo più avanti, non sviluppano nessuna capacità di narrazione attorno a questa esperienza; si smarrisce la possibilità della parola narrativa, così come si era smarrito il senso dell'umanità durante il perpetrarsi delle violenze.

³ Qui e oltre, nell'esposizione dei casi clinici, si sono utilizzati nomi di fantasia per salvaguardare la privacy dei nostri pazienti.

Primo Levi scrive (1976):

“È uomo chi uccide; è uomo chi fa o subisce ingiustizie. Non è uomo chi divide il letto con un cadavere; chi ha atteso che il suo vicino finisse di morire per togliergli un quarto di pane. È non umana l’esperienza di chi ha vissuto giorni in cui l’uomo è stato una cosa agli occhi dell’uomo”.

È stata questa l’esperienza di Dawit.

Dawit è un giovane ragazzo somalo, giunto presso il Servizio in seguito ad una segnalazione da parte del legale che seguiva la pratica riguardante la sua richiesta di asilo politico. L’avvocato mi invia Dawit perché quando lo incontrava non si riusciva a mettere in piedi una storia che avesse dei contenuti, affinché si potesse avallare la richiesta di protezione internazionale in sede di Commissione.

Il ragazzo, dall’aspetto mingherlino, come fosse gracile di salute, dimesso, a capo chino, in effetti di poche parole, si aggirava radente le pareti dell’ambulatorio, prima di accomodarsi, come spaventato e al tempo stesso come volesse accertarsi bene dei confini della stanza: sembrava proprio stesse ridisegnando le pareti, la porta, le aperture interne della stanza (che comunica con un’altra stanza adiacente a quella dove eravamo noi, adibita ai colloqui). Così, in questa atmosfera quasi finta, delicata, come se stessi dinanzi ad un essere evanescente e fragile, al tempo stesso quasi intoccabile e irraggiungibile, iniziamo a conoscerci. Mi presento, spiego il mio lavoro e chiedo a lui se conosce le ragioni che hanno spinto il suo avvocato a inviarlo in questo luogo. Lui è con un sorriso quasi accennato (che gli rimarrà addosso per lungo tempo) e siede dinanzi a me quasi fosse da un’altra parte. A lungo ci siamo incontrati prima che apparisse nel colloquio qualche frammento di storia; incontri fatti di silenzi, di narrazioni strozzate, mozzate.

Il corpo è l’unico testimone possibile di una storia connotata dalla violenza estrema: un corpo mutilato e martoriato. Così, delicatamente e molto lentamente, Dawit mostra le cicatrici: la schiena segnata dalle frustate; le gambe che portano le cicatrici di profonde abrasioni; la bocca (proprio il luogo della parola) martoriata. Dawit non può ancora raccontare; mi dice “non puoi immaginare e io non posso descrivere”. Dawit era stato un giovane universitario, nel suo paese, facente parte di un gruppo studentesco che manifestava contro il Governo. A quel tempo dunque fu arrestato e gli fu concessa la scelta di diventare un soldato filo-governativo, per evitare l’arresto. Si trattava di sparare contro i suoi amici e colleghi. Dawit decise di non aderire e fu la prigioniero. Venne spedito in un posto che non fu mai decifrato nelle sue ricostruzioni. Fu tenuto rinchiuso per circa un anno, periodo durante il quale egli subì terribili violenze psicologiche (disorientamento spazio-temporale: rinchiuso in una stanza senza finestre, veniva accesa la luce senza intervalli di tempo regolari; inoltre, lo stesso accadeva con la somministrazione dei pasti) e corporali, come vessazioni fisiche e torture ai denti.

C’è voluto più di un anno per costruire una storia coerente e una narrazione possibile, aprendo poi al lavoro di elaborazione e di ricucitura dell’identità. Quando lo conobbi non c’era più traccia del giovane studente idealista e rivoluzionario; la tortura aveva raggiunto il suo obiettivo: distruggere la personalità.

Altre configurazioni psichiche, altri esiti, altre drammatiche esperienze si possono segnalare nell'incontro con quelle persone, soprattutto giovani, che vengono definite "seconde generazioni". Senza mai lasciarsi trascinare o affascinare dalle facili generalizzazioni, l'esperienza del Servizio, in questi anni, ci ha messo a confronto con i difficili compiti che incontrano i figli degli immigrati, compiti esistenziali, che si intrecciano naturalmente con le complicazioni riguardo il livello legale dell'acquisizione della cittadinanza, del sentirsi far parte o meno di un territorio, dell'essere sospeso tra mondi e, nel caso dell'affacciarsi di un disagio psichico, tra terapeutiche familiari, originali, spirituali, da una parte, e biologiche, universalistiche, occidentali, da un'altra parte. Tutto questo si fa ancora più intricato se si ragiona sul compito implicito che portano sulle spalle i figli degli immigrati: un compito di riscatto sociale; i ragazzi di seconda generazione sono spinti dalle famiglie a dare il senso al loro sacrificio.

Un ragazzo, appena maggiorenne, mi diceva: "è come se sentissi sempre una voce dentro che mi dice che devo riscattare il sacrificio dei miei genitori, che sono partiti lasciandosi tutto alle spalle e affrontando i disagi nel giungere in un paese straniero, dati dalla differenza linguistica e culturale. Questa voce mi assilla e non mi lascia libero."

A questi movimenti di riscatto, però, difficilmente corrispondono delle concrete possibilità, perché se da una parte c'è la spinta della famiglia, dall'altra c'è un sistema ospitante (sociale, politico, legale) che fa rintanare il ragazzo nella propria nicchia di appartenenza. È l'effetto "sandwich".

3. Il paradigma clinico dell'Etnopsichiatria: il dispositivo di mediazione.

All'inizio, prima di inoltrarci nel fare clinico con i pazienti, ci siamo interrogati su quale poteva essere il senso di un servizio di psicologia in cui pazienti e operatori, appartenenti a culture differenti, non condividevano la stessa visione del mondo, nelle sue declinazioni di salute e malattia, e ancor di più la stessa idea di psiche. Abbiamo sperimentato, molto presto, che nella relazione paziente-terapeuta dovevamo intanto invertire la gestione del sapere etiologico e diagnostico del disagio e sul disagio: il paziente, infatti, in quest'ottica diventa l'esperto del setting, del dispositivo di esplorazione ed esso stesso guida nei processi di comprensione del malessere. È iniziata una continua interrogazione sul quadro epistemologico che doveva fare da sfondo alla clinica con i pazienti stranieri, provando a seguire l'approccio complementarista, secondo cui il disagio va visto nella sua complessità, evitando la scissione - rischio sempre presente - tra il livello del corporeo, da una parte, e il livello dello psichico e del mentale, dall'altra, così come tra la visione universalistica della biomedicina e quella etnico-antropologica. In altre parole, intanto dovevano dialogare il medico e lo psicologo, con l'apporto delle scienze antropologiche, perché "è impossibile trattare le migrazioni senza l'etnologia" (Clément, Nathan, 2002: 14), mettendo insieme l'approccio psicologico-psicoanalitico e quello antropologico, anche quando questi livelli mal si conciliano, piuttosto stridono e si annullano vicendevolmente. "L'etnopsichiatria non rappresenta in alcun modo una nostalgia per i sistemi tradizionali in via di estinzione; essa è al contrario una metodologia della modernità in corso d'opera - una metodologia in sintonia con la pratica degli attori. Questo tentativo, questa ambizione non è possibile se non si considera sullo stes-

so piano – cioè con uguale rispetto – i terapeuti occidentali e i “guaritori locali”, dando credito dunque alle teorie dei guaritori, che essi abbiamo la possibilità di render conto, al meno in parte, delle loro pratiche [...] Si tratta di costruire una pratica che, precisamente, accetti la prova di non squalificare (ciò che è facile per gli esperti) le pratiche dei guaritori” (Nathan, 2000: 139).

Dunque, il quadro teorico-tecnico che fa da cornice al modello metodologico ed esplicativo si rifà all’idea che l’approccio al malessere testimoniato dai pazienti stranieri debba tener conto della possibilità di creare dispositivi di presa in carico e di cura più complessi.

Tale complessità ha a che fare con la moltiplicazione dei punti di vista e delle ipotesi sull’origine del disordine esistenziale, oltreché sulla comunione e l’intervento di ambiti disciplinari apparentemente distanti tra loro, nell’ottica di un costante dialogo. Abbiamo sperimentato che l’approccio plurivocale, multidisciplinare, parlamentare, così come lo definisce Nathan (1996), deve fare da guida nella clinica con i migranti, esercitando un pensiero critico e costruendo un dispositivo in cui la critica stessa sia obbligatoria.

Nell’approccio della biomedicina, corpo e psiche sono concepiti come entità discrete, separabili, così come l’unità-corpo è considerata una massa i cui confini sono dati dai limiti fisici e organici: ogni corpo corrisponde all’unica entità individuale.

Nella visione dell’etnomedicina, invece – e nelle impostazioni tradizionali delle culture allogene, nelle etnoscienze dei popoli a cui appartengono i pazienti che vediamo quotidianamente – il mondo materiale e quello immateriale, il mondo del visibile e dell’invisibile sono interconnessi, inscindibili; ogni essere-corpo è un crocevia di fatti complessi (individuali e gruppali; spirituali, materiali, morali e religiosi; reali e simbolici; attuali e ancestrali): ogni individuo, nei suoi aspetti funzionali, vitali, è in relazione con altri individui (per es. con gli appartenenti al suo gruppo familiare) e con le realtà che circondano la sua esistenza (come gli esseri ancestrali, gli antenati, gli oggetti, gli animali).

In quest’ottica diciamo che il disagio esistenziale dei pazienti, la forma della psicopatologia, va pensata come fatto sociale totale nell’ottica in cui lo descrive Marcel Mauss (2000). Mauss (op. cit.: 301, 302) scrive: “Dietro ogni fatto sociale c’è la storia, la tradizione, il linguaggio, le abitudini. Un fatto sociale qualunque, anche quando sembra nuovo e rivoluzionario, è al contrario interamente condizionato dal passato, è il frutto delle circostanze più lontane nel tempo e delle connessioni più complesse. Esso perciò non deve mai essere staccato dal suo colore locale e dalla sua ganga storica”. Questa è specificamente la visione dell’etnopsichiatria, per cui ogni fatto deve essere letto all’interno delle sue logiche storiche originali e interconnesso con altri fatti, siano essi geopolitici, individuali, familiari, oltreché visibili e invisibili.

Ousman è ragazzo ghanese con il quale abbiamo iniziato una consultazione; egli è inviato al Servizio con una diagnosi di “ansia da prestazione”: ogni volta che il ragazzo gioca a calcio, sport nel quale eccelle, egli ha un insieme di sintomi quali cardiopalmo, respiro corto, malesseri diffusi per i quali è costretto a smettere. Non appena egli si ferma, i sintomi spariscono. Naturalmente è negativo a tutte le indagini di tipo medico. Durante la consultazione è presente la mediatrice culturale, che è originaria della stessa area da cui proviene il ragazzo: l’area Ashanti. Il ragazzo parla molto bene la lingua inglese: quando era in Ghana ha frequentato la scuola e, ci racconta, anche

che era molto bravo. Ma dinanzi alla possibilità di narrare in lingua originale, il ragazzo non si tira certamente indietro.

La famiglia di Ousman, composta dai genitori e da due fratelli più giovani, vive insieme agli zii (la zia è sorella di sangue della madre di Ousman), i quali non hanno figli. Il ragazzo è preciso in merito a questa descrizione dell'organizzazione familiare; dunque, chiedo alla mediatrice a cosa stia facendo riferimento il ragazzo, secondo lei. La mediatrice mi dice che in questa famiglia accade qualcosa di inusuale rispetto a ciò che è nella norma; lei racconta che, se all'interno del clan familiare c'è una coppia che non ha figli, questa "riceve in dono" il figlio maggiore da un'altra famiglia che possiede più figli. Ciò accade per due ragioni: in primo luogo, le coppie senza figli sono considerate pericolose perché rimandano all'ipotesi di sterilità e, dunque, di maledizione. I figli consentono un legame con gli spiriti ancestrali, legame che non può essere interrotto; le coppie "costrette" a farlo, perché senza discendenza, sono coppie maledette. L'altra ragione, spiega la mediatrice, per cui si "cedono" i figli, è rappresentata da un tentativo di protezione per il figlio stesso: infatti, la coppia "sterile", dunque maledetta – nella figura della donna – può inviare una maledizione al figlio maggiore, a causa dell'invidia.

Seguendo la metodologia e il dispositivo proprio dell'Etnopsichiatria, noi scegliamo di dialogare in lingua originale, perché sappiamo che la complessità dell'esperienza riguardante la narrazione su di sé, sui propri stati d'animo, così come sulle questioni familiari, religiose, spirituali, necessita di una lingua che la persona sente come profondamente radicata e ricca di sfumature. Inoltre, il dispositivo a mediazione ci consente di non confondere ciò che è un fatto di natura culturale con un fatto di natura psicologica. Infatti, in questa situazione clinica, in assenza della mediatrice non avremmo potuto comprendere tutto un universo composto dalle relazioni con gli antenati, che possono essere il preludio di attacchi e strategie di protezioni, che evidentemente scorrono nella vita del ragazzo e che lo conducono al malessere. Il fenomeno morboso, il disturbo non rientra in un nomenclatore, estrapolato ed etichettato, ma corrisponde con una crisi del collettivo, di cui il paziente si fa ambasciatore: è la crisi della presenza a sé e al mondo; in altri termini, il sintomo - il fenomeno psicopatologico - prima ancora di essere incasellato in una diagnosi psicologico-psichiatrica, rivela il fallimento di protezione dal rischio del crollo esistenziale (a cui tutti siamo esposti), all'interno del quadro delle strutture sociali sottostanti ad esso, nella loro totalità. La causa del malessere non è un fatto privato di chi è portatore del dramma, ma va ricercata nella rete dei sistemi collettivi, sociali e geo-politici di appartenenza. Il disordine, inteso come "la fine dell'ordine" (come direbbe ancora De Martino), che si manifesta attraverso la malattia è, secondo questo approccio, un disequilibrio nell'intero sistema che regola le leggi dell'esistere e del doverci-essere. "Il corpo non è inteso come una macchina complessa, ma piuttosto come un microcosmo dell'universo" (Lock, Scheper-Hughes, in Quaranta, 2006: 173). Il corpo-paziente è portavoce di un collettivo e incarna un intreccio tra livelli che spesso la nostra visione del mondo, della cura, colloca – come abbiamo detto – su percorsi paralleli che mai si incontrano (la separazione degli ambiti disciplinari) e che invece, in altri luoghi, sono interconnessi in modi a noi sconosciuti.

Nella nostra esperienza abbiamo visto che nel processo diagnostico non si tratta di

“scegliere” un approccio di lettura dei fenomeni che a noi si presentavano, una disciplina elettiva per la cura, con una mera operazione di aderenza ad una fede (sia essa scientifica, umanistica o culturalista), piuttosto l’operazione è quella di tenere in campo (nel campo della clinica, appunto) approcci e saperi disciplinari appartenenti ad almeno questi tre ambiti, che ineluttabilmente si influenzano e si trasformano mutualmente: la sofferenza portata nella seduta clinica, la crisi, non è più un problema che ha urgenza di essere definito come medico, psicologico o culturale; il racconto del paziente, le narrazioni devono essere sollecitate ad una loro complessa articolazione in modo che gli aspetti culturali emergano e possano essere “lavorati” nell’équipe e con il paziente.

Ch. Raj, un uomo bengalese di 29 anni, si presenta in ambulatorio con un amico, bengalese anche lui, più giovane, che fa da interprete conoscendo perfettamente la lingua italiana. Raj ha un aspetto trasandato, malmesso; sembra disorientato e spereso; prima di accomodarsi per il colloquio si aggira per la stanza dell’ambulatorio e guarda tutti - medico, mediatore e me - con circospezione. Il paziente riferisce nella propria lingua, tradotto dall’amico, che da circa un anno la sua vita è cambiata: infatti, fino a un anno prima lui lavorava in un ristorante, nel quale aveva un buon contratto e un buon rapporto con i colleghi; ciò gli consentiva di avere anche una vita sociale soddisfacente, potendo usufruire così anche di modesti agi: per esempio, viveva da solo in un appartamento, senza essere costretto a dividerlo con altri (cosa che invece succede a molti stranieri) e godeva anche di tempo libero che utilizzava per frequentare gli amici, sia bengalesi sia italiani. Accade però che, appunto da un anno, Raj inizia a star male. Durante un primo periodo ricorda di sviluppare una strana irrequietezza e irascibilità, che l’amico di sempre ci riferisce non appartenente al carattere di Raj: “come se Raj fosse un’altra persona”. Con il passare del tempo, questa irrequietezza si era evoluta in insonnia e pensieri di persecuzione: l’amico ci racconta che Raj in quel periodo diventa molto sospettoso nei confronti dapprima dei colleghi di lavoro, verso i quali fino ad allora aveva sempre dimostrato una totale fiducia, e poi verso la sfera amicale: ad oggi, di fatto, tra gli amici, solo lui era rimasto immune da sospetto persecutorio. Con il passare dei mesi, però, Raj sviluppa un ulteriore “sintomo”: egli dimentica del tutto la lingua italiana, che conosceva molto bene vivendo in Italia ormai da circa un decennio. L’amico è un giovane studente universitario presso la facoltà di Biologia di Palermo; anche lui, come Raj prima di “ammalarsi”, gode di una buona qualità di vita, sia dal punto di vista sociale che progettuale, così come familiare: il giovane ragazzo vive con la famiglia che lo incoraggia agli studi. Il ragazzo chiede esplicitamente per Raj di iniziare delle indagini di tipo neurologico, perché egli sospetta un disfunzionamento cerebrale, forse a seguito di una colluttazione che Raj avrebbe avuto proprio nel periodo in cui iniziarono i primi sintomi. Infatti, sembra che Raj, circa un anno prima avesse litigato con alcuni connazionali che aveva temporaneamente ospitato a casa sua, e fosse stato picchiato da questi stessi. “Certamente - il ragazzo dice - deve esserci un danno organico: io studio biologia e penso che solo un danno biologico può spiegare questi sintomi”. Il mediatore bengalese intanto ci dice che il suffisso Ch., che precede il nome, indica l’appartenenza alla famiglia Choudhoury: una famiglia, in Bangladesh, che appartiene ad una casta di alto livello. Insomma, il mediatore ci spiega che Raj è un uomo il cui destino è legato al posizionamento ad un

livello sociale piuttosto elevato. Questo posizionamento però espone al rischio di attacchi invidiosi da parte di connazionali, per i quali – noi sappiamo – possono essere evocati gli spiriti Djnoun, i quali, possedendo la vittima, la trasformano letteralmente in “un’altra persona”. Iniziano così a circolare in seduta aspetti culturali, nonostante le iniziali resistenze del giovane amico, il quale dapprincipio non vuole farsi trascinare da interpretazioni di tipo spirituale-religioso e, così, si ostina a tenerci nella via “della razionalità” - come dice lui stesso.

Dunque, insieme si ragiona sugli aspetti di tipo organico, tenendo in campo le interpretazioni del ragazzo: si procede con le indagini di tipo medico (prescrizione di esami neurologici, esami del sangue...), continuando però anche un ragionamento di tipo locale-culturale.

Quali protezioni sono state attivate da Raj? Quali rimedi di tipo tradizionale? Raj si è rivolto ad un guaritore per valutare la presenza di esseri invisibili?

Raj, nel corso della seduta, ci mostra il suo amuleto protettivo contro l’attacco da Djnoun, attacco già “diagnosticato” dal terapeuta tradizionale e con il quale abbiamo il dovere di negoziare.

Nella compresenza di aspetti culturali e aspetti occidentali, nella circolazione di spiegazioni che non si conciliano per l’interpretazione del malessere del paziente, si mette in “atto” (come vera azione terapeutica) quella complessità multidisciplinare che fa da sfondo alla complessità esistenziale dei pazienti che incontriamo.

Nel processo diagnostico e durante le fasi metodologiche di esplorazione e valutazione del caso, lo psicologo, l’antropologo e il mediatore, così come il medico, insieme fanno circolare alcune ipotesi sull’origine del malessere, sulla tipologia della sintomatologia, immettendo dati psicologici e dati culturali: l’équipe ha il compito di tenere tutte le spiegazioni in campo.

Il paziente che, come abbiamo detto, è parte attiva del processo diagnostico, esplicita le proprie idee sull’origine del proprio malessere e, laddove esistesse, svela possibili terapeutiche tradizionali già iniziate: la nostra esperienza ci ha mostrato che i pazienti che fanno una richiesta di presa in carico, spesso hanno già parallelamente consultato i propri terapeuti/guaritori presenti nel territorio, all’interno delle comunità locali organizzate che riproducono le nicchie originali, oppure contattati nei paesi di origine e consultati con le moderne tecnologie⁴. La metodologia dell’etnopsichiatria, in qualità di “psicoterapia democratica” (Nathan, Zajde, 2013), mostra e rende dicibile ciò che le nostre terapeutiche fanno fatica ad accogliere: spesso i nostri pazienti sono già in percorsi di esplorazione e di cura “alternativi”. Si tratta di consentire ai nostri pazienti di sentirsi nostri collaboratori nella ricerca, dapprima, e nella negoziazione, dopo, di una soluzione a tale disordine; di converso, si sceglie di percorrere una via terapeutica egemone, autocentrata, etnocentrica e autarchica, lontana dalla nostra idea di cura, per la quale il terapeuta, quale soggetto-supposto-sapere, conosce e sa, rinunciando ad ogni possibile collaborazione, con paziente e con co-terapeuti, portatori di altre visioni del mondo.

Inoltre, in questa situazione clinica vi era almeno un altro aspetto che entrava all’inter-

⁴ Uno spazio adeguato meriterebbe un ragionamento attorno al metissage tra l’uso delle terapeutiche tradizionali attraverso la moderna tecnologia (skype, facebook...)

no della lettura clinica: l'amico "recalcitrante" alle nostre sollecitazioni culturaliste era la testimonianza del tentativo di affiliazione occidentale cui spesso sono spinti, consapevolmente o meno, i giovani figli di immigrati; un'affiliazione che avviene anche attraverso la diagnosi del malessere: "deve essere un problema neurologico", ci dice con forza l'amico, misconoscendo del tutto altre possibili interpretazioni e vie esplorative. L'elemento di recalcitranza (chiamiamo così la resistenza del setting a scivolare nel culturalismo tout court) è un'opposizione e al tempo stesso una ricchezza, perché consente all'équipe di visualizzare a quale fatica psichica sono sottoposti i collettivi immigrati: scegliere tra un altrove lontano e tra un qui, cui si anela di appartenere.

Seguendo questo tipo di ragionamento, il malessere, seppur portato da un individuo (il nostro paziente, appunto), non è mai considerato come appartenente al singolo: questo accade spesso, piuttosto, nella logica della biomedicina organicista; invece, il problema di salute è espressione di un sistema complesso, di cui il paziente si fa ambasciatore e testimone. Questo vuol dire che il fenomeno psicopatologico incarna ed è espressione, allo stesso tempo, di sistemi sociali, antropologici e culturali ad esso sottesi, seppur ancora nascosti e impliciti, quando il paziente giunge alla consultazione del Servizio di cui vi parlo.

L'esplorazione etnopsicologica, dunque, corre, prima ancora che verso la ricerca di una diagnosi, in direzione della ricerca di tali sistemi, di tali strutture, cioè delle "fabbriche" socio-culturali in concorso alla produzione del disagio. E tale esplorazione tiene in conto che l'etichetta psichiatrica, a cui noi operatori della salute mentale siamo abituati ad anellare, fa un lavoro opposto: maschera le identità che rischiano di rimanere schiacciate o smarrite, senza possibilità di recupero, peraltro utilizzando epiteti, il più delle volte senza senso per i nostri pazienti.

Un uomo togolese, inviato al servizio di Etnopsicologia per una sintomatologia depressiva: astenia, deflessione dell'umore, perdita di interessi, deperimento fisico, insonnia e inappetenza. Nel procedere dell'analisi diagnostica, e con l'aiuto del mediatore culturale, originario della Costa D'Avorio, ma con un'esperienza di vita in diversi paesi dell'Africa e esperto in terapie tradizionali, abbiamo iniziato ad interrogare i dati culturali, rimanendo così fedeli alla metodologia dell'etnopsichiatria. Il ragazzo era arrivato in Italia da circa un anno, a causa di una migrazione forzata a seguito di un improvviso conflitto interetnico scoppiato nel suo paese. Egli, costretto dunque a fuggire improvvisamente, non aveva assolto il compito individuale, ma anche familiare e collettivo, di partecipare ad una Grande Cerimonia nel suo paese di appropriazione del nome della divinità del villaggio, cui lui, per ragioni di nascita e di lignaggio, era stato destinato. Questa interruzione provoca un disagio individuale e insieme gruppal-familiare: provoca, appunto, un disordine. I sintomi dunque sono legati ad un vero blocco identitario. La Grande Cerimonia avrebbe garantito un passaggio iniziatico che, a causa della migrazione, non si è potuto attraversare, lasciando nel caos il ragazzo e la famiglia intera (una serie di fatti avversi si scatenano nella famiglia di origine).

Il ragionamento di tipo tradizionalista, culturalista, maggiormente sintonico all'esperienza del nostro paziente, più che una diagnosi di sindrome depressiva, ci fa muovere tutti, équipe e paziente (e gruppo di appartenenza del paziente), verso una soluzione più

adeguata e congrua alle origini del disagio. Nell'ottica dell'Etnopsichiatria, infatti, l'etiologia del disagio (il perché), la sua forma (il come si manifesta), l'evoluzione e l'esito (la terapia) sono appartenenti ad una stessa catena di senso. In un'emittente francese, nella rubrica "La recherche nous est contée", Nathan spiega alcuni concetti dell'Etnopsichiatria: "L'Etnopsichiatria è una psicoterapia, un modo di fare psicoterapia, che ammette una pluralità; è una psicologia molto attenta all'expertise delle persone che vengono da lontano. Noi andiamo a scuola delle persone che vengono in consultazione, e non l'inverso. Il paziente non è un paziente: è un collaboratore; il terapeuta non è un terapeuta: è un ricercatore. Insieme, terapeuta e paziente, creano una soluzione a un problema, che non è nel paziente: è un problema che si pone all'ordine del mondo; cioè, il terapeuta e il suo paziente collaborano per capire perché oggi il mondo non è in ordine. Lo spazio dell'équipe è uno spazio di extraterritorialità, che consente ad ognuno dei collaboratori di esprimere una parola che sia critica: il dispositivo dell'etnopsichiatria è un dispositivo critico; un luogo in cui la critica è obbligatoria!

Primo: il paziente è colui che conosce;

secondo: il paziente è parte del gruppo di lavoro, dell'équipe."

Dunque, restando alla questione della diagnosi: quando si osservano quelli che definiamo sintomi ci si trova di fronte ad alter-azioni, cioè alternanze di azioni (Inglese, da una conversazione privata), concatenamenti; l'origine, la forma e la struttura di queste azioni non sono mai direttamente percepibili. Il clinico tesse una trama di senso e di nomi attorno a questi concatenamenti definendo la diagnosi. Nell'universo della salute mentale in ambito transculturale potrebbe accadere che invece non abbiamo diagnosi o etichette note al nostro mondo per definire i drammi dei pazienti che provengono da altri mondi. La competenza dell'équipe multidisciplinare - con l'aiuto del paziente stesso - fa nascere una pluralità di ipotesi del tutto nuove, che fa approdare a nuove interpretazioni e a nuove soluzioni sul malessere stesso. L'istituzione e gli operatori che lavorano con altre visioni del mondo, nei suoi aspetti di salute e malattia, sono obbligati ad un processo di relativizzazione, se non di vera messa in discussione, dei propri modelli di interpretazione e di cura: il terapeuta dovrà sempre dialogare con altre terapeutiche e con figure della cura che appartengono ad altri universi di senso; sciamani, imam, houngan, marabout sono in quest'ottica dei collaboratori, presenti nel setting, seppur secretati. L'incontro con altri mondi fa tremare l'istituzione stessa, le sue logiche di presa in carico, poiché essa è costretta a mettere in discussione i propri schemi di azione e di pensiero, di stampo solitamente universalistico (la tendenza alle etichette diagnostiche) e occidentali (con riferimento alle molteplici branche della psicologia) che scorrono impliciti. Viceversa, la posizione di universalità e di etnocentrismo mostra il fianco all'inefficacia della prestazione sanitaria o, peggio, alla iatrogenesi dell'intervento, con il rischio per i curanti di illudersi (o di confondersi) che si condividono, con i propri utenti, logiche e visioni del mondo, incorrendo in fatali *malentendu*⁵.

⁵ Il termine *Malentendu* si riferisce alle concettualizzazioni teoriche della linguista Sybille de Pury, descritte in *Traité du malentendu* del 1998: l'autrice fa riferimento ai fraintendimenti che intercorrono tra i terapeuti e i loro pazienti, nel contesto dell'incontro transculturale, per cui il malinteso in realtà fa capo alla diversità culturale e ai mondi di provenienza degli attori in gioco, più che ad una questione meramente linguistica.

Un paziente bengalese, musulmano, di circa 40 anni, si reca all'ambulatorio per un grave problema cardiaco, per il quale viene subito attivato un ricovero d'urgenza.

L'équipe spiega la gravità della situazione in atto: il paziente rischia un infarto.

Il paziente si rifiuta di essere ricoverato e guarda in modo del tutto incredulo l'agitazione e l'urgenza dei curanti; il paziente è tranquillo; egli dice: "non sarà un uomo con il camice a decidere quando io dovrò morire; il mio tempo è stabilito, perché è stabilita la mia morte; non è possibile rimandare o anticipare la morte poiché la decisione spetta ad Allah".

4. Dall'integrazione verso l'inter-azione.

Andando poi oltre l'analisi sulla specifica relazione clinica, con la nostra pratica quotidiana e con interrogazioni continue tra gli operatori dell'équipe dei curanti, abbiamo nel tempo spostato il focus dell'attenzione al modello relazionale transculturale che implicitamente proponevamo ai nostri pazienti: dall'idea dell'integrazione del sistema-paziente (il migrante, appunto, lo straniero) al sistema-terapeuta (lo psicologo, il medico, il curante) – che, pertanto, nell'accoglierlo, lo ingloba, annullandone parti originarie e originali – siamo transitati al concetto di inter-azione, secondo la cui logica, tali sistemi (come abbiamo detto: paziente e terapeuta) si influenzano reciprocamente creando tra loro, nel luogo dell'incontro, della relazione, fenomeni nuovi. La nostra esperienza ci ha mostrato che l'azione di affiliazione, mascherata dalle buone intenzioni degli operatori e dagli intenzionamenti dell'ideologia dell'integrazione e dell'"acculturazione", tale affiliazione, dicevo, al sistema di pensiero e di cura del mondo ospitante a cui sono assoggettati i nostri pazienti, "espone esso stesso al rischio dell'ammalarsi" (Cardamone, Inglese: 57), perché questo movimento corrisponde ad un processo di plasmazione identitaria, quando non addirittura di rinuncia all'identità, come scriveva Devereux (2000; 2001). In altre parole, noi implicitamente chiediamo ai nostri pazienti di disconoscere parti di sé, perché gli operatori, spesso, non sono formati a riconoscerle, e ciò ha effetti patogeni sulla situazione attuale che il paziente ci porta in seduta, per non dire sulle seconde e terze generazioni. I migranti si confrontano con il desiderio di integrarsi al mondo di approdo, e con il bisogno e la necessità di adottare nuove modalità di esistere più simili alla cultura di accoglienza; essi incorporano in modo del tutto adesivo parti identitarie nuove, prima ancora di conoscerle e "digerirle": cioè, il movimento dell'approdo degli stranieri alle nostre istituzioni di cura è un passaggio, tra gli altri, d'acquisizione del nuovo mondo, nell'idea di farne parte; l'essere presi in carico e curati, oltretutto l'ammalarsi, si configura, così, come un passaggio iniziatico di appartenenza, a sacrificio delle parti tradizionali, meno "moderne", occidentali. Ma tale movimento mostra il fianco alla formazione di nuove forme dell'ammalarsi, non più riconoscibili come forme tradizionali e non ancora come forme del "nostro mondo". In questo senso, ciò che accade è che l'azione di un individuo dominante, l'operatore della cura, su un altro, lo straniero, che a questi deve "integrarsi", non permette che possano essere resi visibili (e condivisibili) oggetti (culturali), che dunque spesso rimangono fuori dal discorso clinico. Ciò, sempre più spesso, getta nel caos - o in malintesi - la relazione clinica in gioco, e, dunque, da una parte il terapeuta non ha strumenti idonei per la decodifica di ciò che si muove dinanzi a lui, e il paziente, per un

altro verso, struttura forme indecifrabili di malessere. Giacché, l'ammalarsi di questo paziente non ha certo la forma della malattia "esotica", così come non corrisponde ad una diagnosi nota: sono le nuove forme della psicopatologia transculturale.

L'incontro, di converso, volto ad un processo di inter-azione vede entrambi gli attori in gioco (operatore della cura e paziente) muovere l'uno verso l'altro: la dinamica relazionale è così caratterizzata dal fatto che ognuno nell'incontro perde qualcosa e guadagna qualcos'altro: l'incontro relazionale non risparmia nessuno dei partecipanti alla relazione; nello spazio dell'incontro si verificano nuove azioni (inter-azioni) certamente non nell'illusione che uno soltanto (spesso l'immigrato) debba agglomerarsi (integrarsi) al sistema dell'altro.

In questa direzione "mettere tra parentesi" il proprio punto di vista teorico-tecnico, la propria epistemologia, i propri modelli di fabbricazione, è diventata urgenza e premessa del clinico transculturale per permettere a nuove interpretazioni sul disagio di affacciarsi sul campo terapeutico. E ciò è operazione possibile solo se ogni clinico si lascia contaminare da altri ambiti disciplinari, testimoniati da operatori con diverse formazioni, in una collaborazione continua, perché mai sappiamo con anticipo a quale ambito disciplinare (l'antropologia, la medicina, così come la giurisprudenza, la sociologia..) dobbiamo andare incontro per la risoluzione del problema in gioco.

Per cogliere in modo approfondito ciò che accade in vivo nei contesti istituzionali, bisogna che si pensi al terapeuta come colui che assume una posizione che si professa deterritorializzata e che costruisce di volta in volta con il paziente, e con gli altri attori della cura (il medico, l'antropologo, il mediatore culturale), uno spazio intersoggettivo e di condivisione di significati, in cui i linguaggi si disarticolano, si decostruiscono, nel tentativo di fondarne di nuovi; i discorsi inter-agiscono, stridono, confliggono per ritrovare nuovi assetti.

Derrida (filosofo decostruzionista) ci suggerisce che "la decostruzione, intesa come analisi dell'esperienza che ne esibisce le strutture necessarie, è a sua volta anche una costruzione, ovvero, l'esibizione delle condizioni a priori celate nel mondo e che lo rendono possibile". Dice Derrida: "La decostruzione è una strategia di ascolto".

Seguendo allora il ragionamento di Derrida, in clinica, il fenomeno morboso è analizzato, non più a partire dal modello culturale del terapeuta, e dunque da ciò che il terapeuta "riconosce" come patologico, ma da ciò che ancora è oscuro agli occhi del terapeuta, ciò che è non-visibile, dalle mancanze che devono essere svelate con l'aiuto di altri operatori: il sintomo secreta teorie, mondi non parlabili, indicibili, nascosti e lontani (processo di decostruzione), ma ne è al tempo stesso espressione (ri-costruzione).

La possibilità offerta dalla complessa articolazione del dispositivo consente alla coppia sistema-terapeuta/sistema-paziente di entrare così in un'alternanza tra movimenti di decostruzione e ri-costruzione perché il paziente straniero possa presentificare se stesso, nel campo clinico, quale essere storicizzato e contestualizzato; cioè, l'individuo può narrare le proprie trame di appartenenza, le reti e i legami con il proprio mondo, ma il sistema-terapeuta (l'équipe) deve avere appreso che esso non è estraneo a tale processo di de-costruzione e ri-costruzione.

5. La psicoterapia con le vittime di tortura

Il setting così disposto e costruito, questo dispositivo artificiale dell'incontro, è il luogo concreto in cui si dà voce a epistemologie e visioni del mondo diverse da quelle a cui appartengono i curanti, ed inoltre quasi impensabili per questi stessi operatori; questo è lo spazio in cui dovranno affacciarsi eventi inattesi. Esso, cioè, funziona ed è efficace quando al suo interno si depositano narrazioni, eventi, sintomi, storie che inducono lo stupore del terapeuta e dell'équipe dei curanti: quanto più si affaccia un perturbamento dello spazio clinico, tanto più siamo dinanzi ad un avanzamento dell'esplorazione clinica. È quello che nella pratica mi è successo quando improvvisamente i pazienti hanno iniziato a narrarmi le storie sulle torture e sulle violenze estreme e intenzionali. Succedeva che ci si disponeva all'ascolto, non solo di ciò che il paziente narrava in seduta – la sua storia migratoria, i "sintomi", le ragioni del viaggio dal paese di provenienza – ma di ciò che non poteva essere narrato, che era nascosto dietro le apparenti trame narrative e dietro i corpi: veri testimoni di esperienze esistenziali.

Se, come abbiamo visto precedentemente, il dramma rappresenta un sistema di senso che connette il paziente al suo gruppo di provenienza e alle logiche attraverso cui è fabbricato il paziente stesso (e la sua problematica esistenziale in atto), e se ancora il passaggio dall'individuo al collettivo è passo imprescindibile della presa in carico, ciò vale ancora di più quando abbiamo a che fare con la psicoterapia con le vittime di tortura.

La cura e la risoluzione dei fenomeni di psicopatologia, quali esiti di violenza estrema, transitano necessariamente attraverso la ri-costruzione del gruppo di appartenenza del paziente stesso; ciò significa qualche volta evocarne la presenza in seduta, qualche altra rendere il gruppo di appartenenza un fatto concreto.

Se l'esperienza della tortura ha l'obiettivo di espungere la persona dal proprio gruppo – sociale, familiare, religioso, etnico, culturale, politico –, proprio come si farebbe con la parola da un testo scritto, la cura ne ricalca il percorso a ritroso: essa è un processo di reinserimento della persona nelle sue reti e nei suoi collettivi; la cura ripristina gli attaccamenti psichici, riattivando e riattualizzando il senso di appartenenza identitaria a quel gruppo.

La tortura non è un fatto, né un singolo evento. Essa è un'esperienza complessa e continuativa nel tempo, perpetrata da un individuo o un gruppo che sono espressione di un collettivo contro un altro collettivo.

La tortura non ha, come si potrebbe pensare, l'obiettivo di estorcere qualche verità o qualche segreto dalla vittima; l'unico compito è quello di distruggere, e frammentare la personalità della persona, in quanto rappresentante di un gruppo contro il quale si agisce.

Vittima e carnefice a volte non conoscono a quale ragione stanno rispondendo; ma, drammaticamente inconsapevolmente, essi rappresentano una lotta che risale lungo le strade mitiche della fondazione dei collettivi in guerra. Voglio dire che le due persone "in gioco" riattualizzano una scena di un crimine che, a volte, è lontano nel tempo, e risale lungo le mitologie di creazione dei gruppi.

Nella mia esperienza svolta in questi anni al Servizio di Etnopsicologia ho imparato a riconoscere alcuni segnali degli esiti da violenza estrema e da tortura; certamente ho imparato che le violenze sono inenarrabili: le persone non possono raccontare di esperienze che appartengono al non-umano e all'impossibilità di darne senso.

Ho imparato che così come il paziente non può narrare, il curante non deve chiedere. La situazione relazionale nella clinica con le vittime a volte ripropone la dinamica torturatore-vittima: il terapeuta sviluppa una perversa curiosità per le esperienze di violenze; egli rischia di desiderare di entrare prematuramente all'interno del segreto attorno alla tortura, violando-violentando egli stesso i luoghi esistenziali della sofferenza.

La terapia con le vittime è un processo molto lento, che avanza cautamente e senza mai provocare effrazioni dei possibili spazi (fenditure) di narrazione. Il terapeuta, piuttosto, si fa processo elaborativo al posto del paziente-vittima; egli pensa al posto della vittima.

Mi è capitato di sognare le scene della tortura mentre seguivo un paziente in terapia, quando questi ancora non trovava le parole per raccontare; ho messo il mio spazio onirico a servizio del processo elaborativo. Il paziente ed io abbiamo insieme trovato un luogo sicuro, lo spazio dei miei sogni, per ricostruire un'esperienza che era fino ad allora frammentata e "illogica".

Infatti, la tortura frammenta le logiche di senso e, nei casi più gravi, ne rende impossibile una ricostruzione spazio-temporale: sono i fenomeni dissociativi e i disturbi della memoria.

In questo scritto, in più parti, enfatizzo il senso e la necessità di attivare luoghi della cura a dispositivo gruppale; ciò vale ancora di più nella presa in carico di pazienti vittime di tortura: curare le vittime di violenza estrema e intenzionale non può essere appannaggio di un singolo terapeuta, il quale, piuttosto, deve costruire attorno a sé un sistema gruppale di cura, come un terreno saldo perché si depositino esperienze dell'esistere che, purtroppo, a volte non possono essere ricucite a causa della loro profonda azione distruttiva; il gruppo consente però di assistere e tollerare la sua perpetua potenza, reagendo come un sistema di protezione per il paziente, così come per il terapeuta e per il mediatore.

CAPITOLO 4

Senza filosofia non si può dominare la stoltezza. Dalla medicina interna all'etnopsicologia: quale strumento utilizzare?

Mario Affronti

... se lo sguardo fosse capace di una profondità
che l'ossessione dello sviluppo impedisce
se sapesse sedersi a tacere ascoltando
ogni tanto i luoghi,
se fosse capace di pensare il deserto
non solo come un luogo privo d'acqua,
forse potrebbe capire meglio i drammi del sud,
i suoi profughi e i suoi clandestini....

(Cassano, 1998)

Dopo l'ignoranza degli anni di studi in medicina (Murri, 1902¹) il primo approccio teorico con la psichiatria - nella pratica da internista mi arrangiavo come potevo - l'ho avuto grazie al mio maestro Serafino Mansueto ed alle reminiscenze sbiadite degli studi filosofici fatti al liceo grazie al prof. Giuseppe Coniglio, ambedue sempre presenti nella mia vita. Il primo nel corso di una delle sue lezioni riportava, commentandola, una frase del famoso filosofo-psichiatra tedesco Karl Jaspers (1883-1969) riguardante i rapporti della medicina con la psicanalisi: "...senza filosofia non si può dominare la stoltezza" (Jaspers, 1991). Fino a quel momento la medicina era per me una disciplina appartenente all'ambito delle scienze naturali e basta. Così del resto si era affermata nel corso dei secoli rag-

¹ *"I moderni orientamenti scolastici provvedono mediocrementemente ad educare i sensi, punto ad educare l'istrumento principale del sapere, ch'è la ragione".* Malgrado le numerose riforme della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sembra che nulla sia cambiato dai tempi del famoso e mitico professore bolognese considerato non a torto uno dei più grandi innovatori in campo medico del suo tempo, promotore di una clinica pura, incentrata sulla ricerca diretta sul malato come individuo (*"Non c'è un malato che sia uguale all'altro"*), sui suoi sintomi e sulle cause della malattia. L'originalità dell'insegnamento murriano si deve proprio all'eccellente combinazione tra il metodo sperimentale inaugurato da Galileo ed il metodo logico induttivo, secondo uno spirito vigilante di critica nei confronti delle opinioni proprie ed altrui, le quali, avvalorate dall'esperienza, possono in tal modo divenire cognizioni.

giungendo a poco a poco, ma in modo costante, successi importanti nella gestione diagnostica e terapeutica del malato, almeno nel mondo occidentale, e così ero stato costretto a studiarla. Anche la psichiatria non sfuggiva da questo ambito in quanto si riteneva che i disturbi mentali derivassero da alterazioni organiche. Durante lo studio della materia nel sesto anno del corso di laurea, non avevo tempo per soffermarmi su queste questioni e, della psichiatria studiata² e mai praticata, non ricordo proprio nulla. Con Sigmund Freud (1856-1939) e con l'avvento dei conflitti psichici irrisolti originatisi nel periodo infantile e delle cause immateriali delle alterazioni psichiche, la psichiatria si allontanò dalle altre discipline mediche che hanno nel metodo scientifico la loro ragion d'essere. Allora non sapevo del serrato dibattito epistemologico tra internisti, antropologi e psichiatri sulla natura della psichiatria avviato dalle acquisizioni freudiane e che portò alla sua separazione dalle restanti discipline mediche e chirurgiche, sia nel suo indirizzo psicodinamico, che traeva origine appunto da Freud, che in quello psicosociale in cui le cause dell'abnormità psichica andavano ricercate nella realtà in cui l'individuo è gettato, nella quale agisce e con la quale reagisce (Engel, 1977). Avevo letto qualcosa della medicina psicosomatica, nata nella prima metà del secolo scorso, e del suo tentativo di unificare o almeno di collegare i due ambiti diversi della medicina: quello relativo al mondo della psiche e quello delle alterazioni corporee, anatomiche e funzionali. L'asma bronchiale, l'ulcera gastrica, la colite ulcerosa ed altre malattie sono state considerate come il risultato di connessioni causali fra i mondi della mente e del corpo e viceversa (Alexander, 1951). Nella pratica clinica era soprattutto l'intestino irritabile l'ambito di applicazione più frequente della medicina psicosomatica, anche nella medicina transculturale verso la quale cominciavo ad affacciarmi: erano molti i pazienti giovani migranti a presentare questo disturbo. Con loro però i modi di cura non potevano essere gli stessi di quelli adoperati per i giovani pazienti siciliani in quanto diversi i riferimenti culturali. I metodi scientifici già stretti per il paziente isoculturale erano assolutamente insufficienti per quello etero: è possibile che dietro ad un banale mal di pancia possa nascondersi una ferita psichica di violenza? Diventò comunque chiaro alla mia mente come la teoria psicosomatica, travalicando il campo scientifico, avesse ormai invaso il campo della filosofia: le specifiche concezioni metafisiche del rapporto mente-corpo rientravano nel campo della filosofia della natura piuttosto che in quello della scienza empirica (Federspil, 2004). A questo proposito è opportuno ricordare che lo stesso Freud per spiegare i fenomeni di "conversione" dell'isterismo, ha parlato di un "salto" dallo psichico al somatico, di cui – ha scritto – "non riusciamo mai a farci un concetto" (Cagli, 2002). Rimaneva il fatto che la presenza dei disturbi psichici poneva alla medicina problemi che non erano interamente risolvibili con i concetti e le conoscenze messi a disposizione dalla biologia. Il pensiero jaspersiano gettò nuova luce in questo percorso che, è giusto dire, è assolutamente personale e, se volete, confuso in quanto lontano dai classici canoni accademici. Lo stesso Jaspers che iniziò a frequentare l'Ospe-

² *"In un recente articolo apparso sul British Medical Journal si accusano i moderni trattati di essere impersonali, aridi e scritti da idiot savants. Non viene risparmiato neanche un mostro sacro come l'Harrison Principles of Internal Medicine, che si legge come il Larousse Gastronomique, solo che questo è di più piacevole lettura (l'articolo è accompagnato da una vignetta in cui un lettore russa con la testa abbandonata sul tavolo tra le pagine di un testo di medicina)"* (Pagliaro, 2011).

dale di Heidelberg dove aveva lavorato Emil Kraepelin (1856-1926), autore di importanti studi sulle psicosi ed in particolare sulla schizofrenia e che aveva affrontato in modo sistematico e razionale lo studio delle malattie mentali (Kraepelin, 1883), si mostrò subito critico nei confronti di questo approccio di natura positivista e di tipo sperimentale. Rivendicando una modalità di studio della psichiatria di carattere antropologico, che tenesse conto della complessità e dell'originalità della persona, in uno dei suoi libri più celebri affermò: "... il fatto che le malattie mentali siano fundamentalmente umane ci obbliga a non vederle come un fenomeno naturale generale, ma come un fenomeno specificamente umano..." (Jaspers, 1965). Per Jaspers il principio dell'anomalia psichica andava ricercato all'interno dell'individuo. Anziché una semplice disfunzione organica, essa segnalava e connotava un certo modo di quella persona di essere nel mondo e di progettare una sua originale esistenza diversa da quella dei così detti "normali". Il metodo di osservazione del malato psichiatrico cambiava: il sintomo diventava un segno che indicava un diverso modo di elaborare l'esperienza del vissuto da parte del paziente. Quest'ultima affermazione portò Jaspers ad una critica radicale della metodologia dell'indagine scientifica. La natura dell'uomo non era limitata alla sola comprensione del corpo e la sua essenza risiedeva oltre questa dimensione, al di là di ogni possibile ed afferrabile oggettivazione. Le dottrine psichiatriche di tipo organicistico e sperimentale, che facevano riferimento ad un modello medico-biologico puro di lettura della malattia mentale, perdevano di vista il senso più profondo del lavoro terapeutico e trascuravano il valore della presenza e della comunicazione umana. La Scienza in quanto tale appare incapace di raggiungere una comprensione accettabile ed armonica della realtà in cui opera. Solo la filosofia può fornire gli strumenti logici e teoretici per cercare di comprendere il senso dell'uomo nel suo continuo divenire³.

Adesso ero contento e mi sentivo in pace con me stesso in quanto nella professione e nella vita avevo sempre cercato questa totalità nella relazione con l'altro ed avevo finalmente capito ciò che i colleghi internisti dicevano e praticavano sull'olismo, forse riferendosi ad altro visto che non me lo avevano mai fatto capire nella sua profondità. Adesso sapevo che [...] la medicina olistica è una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro. Tiene conto dei fattori che riguardano gli aspetti somatici, emozionali, ambientali, sociali e quelli connessi con gli stili di vita. Mette insieme i concetti di benessere psicofisico e il benessere sociale e prende quindi in considerazione le capacità di una

³ "... all'inizio di questo secolo decisivo fu capire che nella psichiatria, oltre alla conoscenza scientifica vi è anche un modo di vedere che si affida alla comprensione. Sebbene non si tratti di scienza nel senso delle scienze naturali, esso è tuttavia metodologicamente configurabile in modo scientifico... ciò che i medici hanno sempre fatto e cioè avere un atteggiamento umano con gli uomini... in tempi recenti ai confini della medicina scientifica è stato portato a consapevolezza secondo metodi autonomi, sotto il nome di psicoterapia... Con i metodi psicoterapeutici non vi è alcun progresso pratico ottenuto basandosi sulla conoscenza scientifica. L'effetto terapeutico... lo si ottiene imprevedibilmente con ogni metodo ed in ogni tempo... La psicanalisi forse è solo un dramma insensato, tuttavia non può essere liquidato con la sua semplice negazione... Essa suggerisce l'esistenza di una verità che oltrepassa e che si trova nello spazio della filosofia. Così, la psicologia del profondo porta il medico sulla soglia della filosofia e lo rende consapevole del fatto che, giunti ai confini della medicina scientifica, senza filosofia non si può dominare la stoltezza". (Jaspers, 1991).

persona di interagire con la società: le abilità nel lavoro, nell'apprendimento, nel creare e mantenere le relazioni personali e sociali, come pure nel riuscire ad essere libero da malattie evitabili, e riuscirci in un modo che sia accettabile per l'individuo (British Medical Association, 2011).

Conoscevo sempre meglio me stesso e gli altri e tutto ciò aveva delle ricadute importanti ed entusiasmanti nel processo di cura e più in generale nelle relazioni umane⁴.

Il clinico oltre ad essere un biologo applicato che si occupa specificatamente dei fenomeni patologici umani e dei mezzi per combatterli è anche un uomo che aiuta un altro uomo sofferente e che, per consolarlo, deve cercare di comprenderne i moti dell'animo. Egli non vede solo un organismo malato nei suoi organi come una macchina, ma persone. I resoconti apparentemente oggettivi del racconto anamnestico sono fatti dotati di senso da ricercare. Non solo il medico del corpo ma anche il medico della persona con i suoi desideri e i suoi timori con le sue speranze e la sua storia umana e sociale. Questi elementi, che contribuiscono tutti a costituire la persona possono rivestire un ruolo rilevante sia nel determinismo della malattia sia nel modo in cui questa viene percepita e vissuta⁵. Questo atteggiamento non fa parte della scienza ma conduce l'agire del clinico entro i confini dell'ermeneutica in quanto nessun uomo è completamente trasparente, cioè interamente comprensibile e noto a un altro uomo. Il problema è sempre lo stesso: comprendere ciò che vi è di nascosto, di oscuro dietro a ciò che appare evidente. Il modo migliore per comprendere gli altri uomini è quello di mettersi nei panni altrui e di cercare di penetrare il loro modo di essere nel mondo (Ferraris, 1988). Il clinico deve tener conto del fatto che il malato colloca sempre la propria malattia nel contesto della propria vita e vuole darle un significato. E questo significato è dato sia dalla natura della malattia sia dalla personalità del malato e dalla sua personale visione del mondo e degli eventi che vi accadono⁶. Ed è appunto questa comprensione che dà vita a una *humanitas medica* che impedisce ai clinici di lasciarsi chiudere nei limiti di una gretta visione tecnico-scientifica la quale per il metodo stesso che la condiziona deve escluder per principio dai suoi schemi gran parte dell'esperienza con la quale come medici prendiamo diretto e spesso sofferto contatto (Poli, 1965). In poche parole l'attività clinica deve essere collocata all'interno dell'attività scientifica generale, col suo metodo scientifico e la sua metodologia clinica alla luce delle recenti acquisizioni dei problemi logici e procedurali legati all'uso razionale del laboratorio, alle decisioni terapeutiche ed all'Evidence-Based Medicine che fanno parte del grande capitolo della logica clinica. Sarebbe tuttavia limitativo ritenere che la metodologia clinica si debba occupare soltanto degli aspetti razionali della medicina. In realtà, la clinica è sempre stata una disciplina particolare, nella quale una componente scientifica e razionale convive con un'altra componente di natura del

⁴ *La cura dell'uomo è l'uomo* (proverbio wolof).

⁵ "La nostra esperienza di medici è bivalente. Non ha soltanto un aspetto biologico ma anche un aspetto umano. Ogni caso clinico costituisce un incontro con una persona sofferente, della quale riusciamo a intuire gli intimi moti dell'animo con un processo profondamente diverso da quello usato per l'interpretazione dei fenomeni biologici. Esso non è spiegazione critica ed analitica, ma comprensione (*cum-prehendere*) immediata e sintetica. E l'intuire (*intus-ire*) ben più che l'obiettivo osservare ne è il mezzo" (Poli, 1965).

⁶ Il medico deve interpretare le malattie more scientifico ma deve anche comprendere il malato more humano (Poli, 1965).

tutto diversa. Mentre la prima considera il malato come un "oggetto" scientifico, che deve essere descritto, spiegato e modificato secondo i canoni del pensiero scientifico, la seconda considera il paziente come una "persona" caratterizzata dalle sue esperienze esistenziali, dal suo mondo psichico, dai suoi valori e dall'ambiente in cui vive. (Pagliaro, 2011⁷). Poiché il medico non può ignorare questi aspetti che contribuiscono a costituire l'uomo nella sua totalità, è inevitabile che la riflessione sull'operare del clinico entri in contatto con discipline diverse dalla logica e dalla metodologia delle scienze naturali: la psicologia del profondo, l'ermeneutica, la bioetica, la sociologia e l'antropologia. Il vocabolario inglese possiede tre parole che traducono di significato ciò che da noi si esprime con una sola parola e cioè malattia. *Disease*; essa rappresenta la malattia biologica che deve essere diagnosticata ed eventualmente curata; *illness* è invece il vissuto del paziente, il livello soggettivo della malattia. Cassel affermava che *illness* è ciò che ha il paziente quando va dal medico e *disease* ciò che ha quando esce dal suo studio e cioè la diagnosi (Cassel 1976). *Sickness*, infine, è il livello socio-economico ed ha a che fare con i determinanti distali di salute. Tutti e tre questi livelli devono essere sempre presenti nell'atto medico se si vuole che esso sia reale ed efficace.

Mancava però ancora qualcosa. La trovai nella Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), fondata da un gruppo di medici nato attorno e col volontariato nel 1990, presso l'Associazione Ferdinando Rielo di Roma. Qui incontrai altre persone che mi aiutarono a capire il ruolo della *cultura* come determinante della salute (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Sui determinanti sociali e politici delle malattie (Dahlgren e Whitehead, 1992) la SIMM si distinse subito come catalizzatore di risorse individuali e collettive per processi di promozione di diritti che portò nel 1995⁸ all'emersione del diritto alla salute anche per i migranti irregolari e senza documenti (Geraci, 2005). Garantito l'accesso, bisognava però occuparsi della fruibilità dei servizi che dipendeva strettamente dalla competenza culturale del personale medico e del paziente stesso. "Di fatto non si riusciva a capire quale fosse la specificità della domanda di salute da parte della popolazione immigrata, che si diceva fosse fondamentalmente sana, e soprattutto non si riusciva a dare una efficace risposta sanitaria: perché venivano nei nostri ambulatori e come mai le malattie tropicali erano così poche? Da queste considerazioni, alla decisione di organizzare il primo congresso sui temi socio-sanitari delle migrazioni, il passo fu breve. Senza il becco di un quattrino ma animati da una forte voglia di conoscere e di conoscerci, nel 1990 ci siamo incontrati, tutti volontari provenienti da ogni parte del Paese, a Baida, sulle colline di Palermo, e, da allora, ogni due anni ci incontriamo per le Consensus Conference sull'Immigrazione, adesso diventate congressi nazionali della Società, in un clima di grande condivisione, amicizia e speranzosa costruttività. Il confronto aprì i nostri

⁷ "La medicina è - e dovrebbe rimanere - la combinazione di due componenti. La prima è la biomedicina, che ha contribuito grandemente a prolungare l'attesa di vita, a ridurre la sofferenza e a prevenire le malattie; la seconda è il rapporto interumano con una persona malata e la coscienza che alla malattia contribuiscono fattori come la povertà ed il disagio sociale. È il concetto di medicina biopsicosociale (Engel, 1977) che deve entrare a fare parte del procedimento diagnostico".

⁸ Il 18 novembre 1995 esce il decreto legge 489, conosciuto come decreto Dini, che nell'art. 13, per la prima volta, sancisce il diritto all'assistenza sanitaria, e non solo in caso di urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

orizzonti e risposte alle nostre aspettative" (Affronti, 2004). Marco Mazzetti ci ricordava il ruolo della cultura nell'influenzare in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica ed il ruolo della relazione, da lui definita forza terapeutica. Le sue lezioni magistrali e i suoi scritti in campo psichiatrico ci aiutarono a capire ancora meglio gli stretti legami tra cultura e mente (Mazzetti, 2003). Riccardo Colasanti, poi, per la mente e per il cuore, così scriveva: "In campo multi-etnico i problemi di differenza culturale nell'ottica della coppia relazionale medico autoctono-paziente migrante sono resi complessi dal fatto che si tratta di due aree culturali che non hanno raggiunto un equilibrio di transculturazione. Con due grandi miti: quello del migrante paziente ignorante ed infetto e, da parte del migrante, quello dell'Occidente eden tecnologico. Evidentemente tendono a conglobarsi in un'unica società multiculturale ma nella prima fase c'è un attrito, una frizione che comporta incomprensione, razzismo e, sul piano medico, quel fenomeno di impermeabilità diagnostica tante volte osservato. Il paziente resta, cioè, distante, studiato, analizzato ma non interpretato".

"Se il problema della malattia fosse soltanto riferentesi a fatti oggettivi reificati al di fuori della relazione medico paziente, certamente non sarebbe necessario un tentativo di comprensione clinica transculturale ma dal momento che i modi e le maniere e le forme della salute passano attraverso gli uomini, sia a livello anamnestico, che diagnostico che burocratico è necessario che essi si comprendano, nei linguaggi, nei costumi, negli intendimenti. Non inserire questa progettualità in una politica sanitaria per i migranti, o nella pratica clinica d'ambulatorio col paziente straniero, vuol dire curare le emergenze, soccorrere i traumi, costatare i decessi, ma perdere un'altra occasione di fare salute, quella salute che nasce dalla trasparenza del tessuto esistenziale dell'ammalato. Se questa trasparenza è appannata se è criptica, aumenta lo spessore di tyché, dell'indeterminabile e la soluzione non sarà nelle terapie antibiotiche o cortisoniche o vitaminiche da parata, come un ciclope cieco che getta la montagna contro Ulisse, e questi che sogghigna e lo sberleffa, leggero sulla barca, imprevedibile" (Colasanti, 1992).

Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza. Nasce la medicina transculturale. Lo scopo è quello di realizzare nella pratica quotidiana una medicina più vicina all'uomo più che alla tecnologia, una medicina per così dire normale perché pone al centro della sua attenzione l'uomo visto non come una macchina da aggiustare di volta in volta nei suoi pezzi consumati ma come persona, relazione di soma e psiche, di anima e corpo che nella malattia esprime tutta questa complessità esistenziale (Maisano, 2005).

Non si tratta di un bagaglio culturale da acquisire per una nuova specializzazione medica (come se non ce ne fossero già abbastanza). Lo specialista in medicina delle migrazioni non lo vogliamo, soprattutto se di derivazione infettivologica. Siamo consapevoli però che se la medicina in Italia saprà riflettere sul senso della multi-etnicità al suo interno e capirà la grande opportunità che le viene offerta, sarà in grado di dare risposte efficaci non solo al paziente eteroculturale ma anche a quello isoculturale, perché avrà recuperato il senso di se stessa⁹.

⁹ "Saper rispondere ai bisogni sanitari delle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli è un buon indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario nei confronti di tutti i cittadini" (Dardanoni, 2014).

Tutto ciò fino all'incontro con Maria Chiara Monti che mi costrinse alla tirannia della pratica clinica in campo etnopsicologico nel suo setting di cura. Per me si trattava di una novità. Sotto la guida teorica di T. Nathan, assieme all'antropologo Filippo Casadei ed al mediatore culturale di madre lingua, scoprii anche nella pratica che *"l'etnopsichiatria è una psicoterapia, un modo di fare psicoterapia che ammette una pluralità. È una psicologia molto attenta all'expertise delle persone che vengono da lontano: noi andiamo a scuola dalle persone che vengono da lontano, e non l'inverso. Il paziente non è un paziente: è un collaboratore. Il terapeuta non è un terapeuta: è un ricercatore. Insieme terapeuta e paziente, creano una soluzione a un problema, che non è nel paziente: è un problema che si pone all'ordine del mondo. Il terapeuta e il suo paziente collaborano per capire perché oggi il mondo non è in ordine. Lo spazio dell'équipe è uno spazio di extraterritorialità, che consente ad ognuno dei collaboratori di esprimere una parola che sia critica. Il dispositivo dell'etnopsichiatria è un dispositivo critico; un luogo in cui la critica è obbligatoria! Primo: il paziente è colui che conosce. Secondo: il paziente è parte del gruppo di lavoro, dell' "équipe"* (Monti, 2004).

Il paziente al centro di tutto così come spesso nei discorsi fatti dai medici sull'umanizzazione in medicina, ma con qualcosa di essenziale in più: egli non è al centro del processo di cura nel senso di qualcuno che deve essere curato. Egli è il vero protagonista in quanto diventa l'esperto del setting, del dispositivo di esplorazione ed esso stesso guida nei processi di comprensione della malattia. L'approccio complementarista secondo cui il disagio va visto nella sua complessità evitando la scissione, rischio sempre presente, tra il livello del corporeo da una parte e il livello dello psichico e del mentale, dall'altra, costringeva al dialogo il medico e lo psicologo con l'apporto delle scienze antropologiche perché *"è impossibile trattare le migrazioni senza l'etnologia"* mettendo assieme l'approccio psicologico-psicoanalitico e quello antropologico, anche quando questi livelli mal si conciliano, piuttosto stridono e si annullano vicendevolmente. Per il resto vi rimando agli elaborati di Maria Chiara e di Filippo.

Alla fine, mi perdonerete se mi sono fatto trascinare troppo dall'entusiasmo per certi dettagli o argomenti e per la pochissima convenzionalità accademica del testo che spero soltanto non risulti alla fine retorico: ho voluto raccontare soltanto la mia esperienza, il percorso sicuramente tortuoso di una persona che insieme ad altre persone, non necessariamente della stessa professione, cerca di aiutare altre persone in difficoltà.

Ringrazio Maria Chiara Monti per avermene dato ulteriore opportunità e per il suo lavoro appassionato e coraggioso nella meravigliosa avventura della scoperta dell'altro e Giuppa Cassarà per avermi aiutato a vedere dietro all'apparenza del velo.

PS: A Santa Chiara, dove, come volontari, abbiamo operato dal 1987 al 1997, Serafino Mansueto volle personalizzare le stanze dell'ambulatorio. Ad Albert Schweitzer, "ogango" (stregone bianco), fu dedicato l'ambulatorio di medicina generale. A Madre Teresa di Calcutta quello di pediatria e di ginecologia/ostetricia. Nella sala d'attesa, subito dopo l'ingresso, campeggiava questa frase del medico persiano Razi (Abu bakr Muhammad ibn Zakarrya al-Razi; 850-903 [o 933] d. C.), considerato il più grande medico dell'Islam e del Medioevo: *"La verità in medicina è una meta che non si può raggiungere, e tutto quanto sta scritto sui libri val molto meno di un medico che pensa e ragiona"* (Sterpelloni, 1990).

CAPITOLO 5

Cure a trame multiple*

Maria Chiara Monti e Mario Affronti

Da circa sette anni, ormai, all'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni si sperimenta giorno dopo giorno una collaborazione efficace tra un medico di medicina interna e una psicologa, che si è inoltrata nell'avventura della cura a versante etnopsichiatrico. Un esperimento, dapprincipio, tra colleghi che hanno iniziato a fare intersecare vertici disciplinari volti alla cura che, *vox populi*, si collocano in posizioni molto distanti tra loro, arroccandosi, ormai possiamo affermare anacronisticamente, su universi scientifici che nulla condividono. La nostra esperienza di lavoro di cura rivolto agli stranieri vuole testimoniare invece una collaborazione autentica tra un medico e una psicologa, i quali hanno accettato una sfida (inizialmente senza saperlo e poi sempre più consapevoli di farlo) avvicinando saperi, intrecciando conoscenze disciplinari, in un movimento di mutua esplorazione, all'inizio, e di reciproca contaminazione, dopo, senza però mai smarrire ognuno il proprio rigoroso sguardo, quale vertice elettivo di lettura dei fenomeni incontrati nella clinica quotidiana. La pratica ci ha mostrato in che modo la psicologia - l'etnopsicologia - può dialogare con la medicina e in che modo la medicina interna può essere inclusiva della lettura psicologica dei disturbi; il lavoro di "campo" ci ha rivelato appieno che essere appassionati di clinica è un virtuoso punto d'incontro tra scienze che appartengono ad ambiti disciplinari diversi: l'una - la psicologia - notoriamente inclusa tra le discipline umanistiche; l'altra - la medicina - appartenente alle discipline scientifiche. Ci siamo, così, chiesti, durante il procedere nella nostra esperienza insieme, se fosse veramente utile avallare la separazione tra ambiti della cura, quando l'oggetto d'indagine dinanzi al quale siamo chiamati ad operare è l'umano. Ragionando insieme sulla pratica abbiamo fatto riferimento ancora ad un'altra disciplina per trovare un terzo occhio, un meta-sguardo, che ci facesse prendere le distanze dal rischio di arroccamenti sterili: la filosofia. Così, ci siamo ricordati dei suggerimenti di Merleau Ponty, che sollecita l'abbandono del dualismo cartesiano tra anima e corpo, e del richiamo alla fenomenologia, quale epistemologia che si rifà alla conoscenza rispetto a "ciò che appare"; e "ciò che appare" muta se si sposta il vertice scientifico da cui si indaga il dato osservato. In altre parole, la nostra pratica segue l'idea che ciò che osserviamo come dato - per es. una malattia, un sintomo - è solo una parte di una realtà più ampia che non può essere colta da un solo punto osservativo. Per cogliere in modo più completo, anzi, più complesso,

* Articolo presente negli Atti del convegno Psicologia e Medicina (2015), a cura di Daniele La Barbera (in press).

diremo, un fenomeno (morboso, se ci muoviamo nell'ambito della cura) dobbiamo necessariamente chiamare, a completamento del processo di indagine, un altro vertice osservativo, ancorché appartenente ad un ambito disciplinare distante. Questo modello di collaborazione, discussione e, qualche volta, conflitto, tra teorie e (cono)scienze è metodologicamente spiegato da Georges Devereux (1978), padre dell'etnopsichiatria complementarista: più vertici disciplinari devono intercorrere a contribuire per l'analisi dei fenomeni nel campo della clinica, anche quando tali vertici si disconfermano vicendevolmente o ne confliggono i risultati; l'autore faceva riferimento alla duplice lettura dei fenomeni legati al disagio mentale degli stranieri: l'antropologia e la psicoanalisi.

Devereux introduce, in modo pionieristico in salute mentale (una salute mentale abitata a quei tempi dal vertice psicoanalitico), e certamente non senza reazioni, la doppia lettura del disagio mentale in ambito transculturale: da una parte il disagio del paziente andava collocato e interpretato secondo le scuole psicoanalitiche; per un altro verso, bisognava recuperare un'ottica e una logica antropologica, per cogliere in modo articolato (e forse, con maggiore onestà rispetto ai pazienti) le ragioni etniche, locali, del disordine che veniva raccontato in seduta. Il Complementarismo, quale metodo originale, coraggioso e geniale per le posizioni teoriche e votate all'ortodossia freudiana della prima metà del secolo scorso, trova una più arguta concettualizzazione, negli anni a seguire, con Tobie Nathan, allievo di Devereux e suo prosecutore.

Nathan sottolinea la ricchezza delle intuizioni devevereuxiane, ma ne stressa anche i limiti; perché – si domanda Nathan - si deve tener conto che l'umano e il suo stare al mondo (nelle forme di benessere, così come nelle situazioni di vita di malessere) debbano essere guardati secondo queste due logiche - quella psicoanalitica, appunto, e quella antropologica - senza tener conto di altri aspetti che intrecciano le esistenze e ne ordinano modalità dell'esistere?

Nathan inizia a teorizzare, oltretutto sperimentare in assetto clinico, che mai si sa a quale ambito asservire l'interpretazione del disagio; se da una parte la psicoanalisi e l'antropologia forniscono letture apparentemente complete, si deve accettare – come terapeuti, intendiamo – che esse non sono mai del tutto esaustive: intervengono, così, in seduta, non solo lo psicoterapeuta e l'antropologo, ma la porta del setting si apre potenzialmente alla giurisprudenza, alla medicina, all'economia, alla sociologia, alla scienza dell'ambiente e così via.

Allora, tornando all'esperienza dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni, nel nostro concedere abbiamo visto che nel processo di indagine del fenomeno portato dal paziente non si tratta di "scegliere" un approccio di lettura dei fenomeni che a noi si presentano, una disciplina elettiva per la cura, con una mera operazione di aderenza ad una fede (sia essa scientifica, umanistica o culturalista); si tratta, piuttosto, di tenere in campo (nel campo della clinica, appunto) approcci e saperi disciplinari appartenenti ad almeno questi tre ambiti (la medicina, la psicologia e l'antropologia, appunto), che ineluttabilmente devono lottare perché ognuna non sfondi i confini dell'altra, e perché riescano a trovare territori di sovrapposizione, di dialogo e di ragionamento, anche se tale incontro mostri il fianco a diatribe conflittuali, mai fatali.

Non si tratta di cercare a tutti i costi un quadro diagnostico, riconducibile ad una disciplina, che dia un nome al "disturbo": psicosi? Disturbo psicosomatico? Influenzamento magico?

Tutte le volte che ci si sposta dal proprio vertice di osservazione abbiamo capito che si smarrisce il quadro concettuale per acquisirne uno nuovo: cioè, uno stesso fenomeno approcciato dal punto di vista psicoanalitico consente una strategia e un senso specifico riguardo a quel fenomeno; assumendo nel setting la lettura antropologica lo stesso fenomeno, per esempio, esce persino dal campo della patologia; dirigendosi verso un vertice medico la questione diventa ancora un'altra.

Inizialmente sul piano teorico sapevamo tutti che la cura, in generale - secondo noi - ma nello specifico, in ambito transculturale, non è efficace se non si accetta di essere rappresentanti di un sapere clinico relativo e che tale relativizzazione dunque è l'a priori per chiedere aiuto ad altri saperi, essi stessi relativi.

Ma il passaggio euristico è stato quello della sperimentazione in vivo di tale collaborazione: abbiamo sperimentato le conflittualità tra le discipline e, insieme, la possibilità di non cercare "a ogni prezzo" (che pagherà il nostro paziente) la risoluzione del conflitto, e cessare la ricerca della disciplina vera che poteva esser egemone rispetto alle altre per la cura di quel disturbo.

Oggi sappiamo che tale intuizione è il presupposto per la creazione di dispositivi di cura più complessi, gruppali e multidisciplinari. Così nel procedere del lavoro, durante gli anni, abbiamo introdotto alcune piccole - forse - ma essenziali rivoluzioni del lavoro clinico di cura rivolto agli stranieri: per esempio, abbiamo iniziato a sbarazzare il campo da una terminologia che iniziava ad essere poco rispondente alle questioni che via via incontravamo come dilemmi dei pazienti. Per esempio, ci siamo interrogati sull'utilità di identificare come "problema psichico", oppure "disagio mentale" un'esperienza di dramma testimoniata dagli utenti che si avvicinavano alla nostra metodologia di cura.

Ernesto De Martino (2002) suggeriva che il disagio esistenziale dei pazienti, la forma della cosiddetta "psicopatologia", si struttura attorno alla crisi della presenza a sé e al mondo; in altri termini, il sintomo - il fenomeno psicopatologico - prima ancora di essere incasellato in una diagnosi psicologico-psichiatrica o medica, rivela in primo luogo il fallimento di protezione dal rischio del crollo esistenziale (a cui tutti siamo esposti), all'interno del quadro delle strutture sociali, economiche, di diritto, sottostanti ad esso, nella loro totalità.

Seguendo questo tipo di ragionamento, il malessere, seppur testimoniato da un individuo (il nostro paziente, appunto), non è mai isolato attraverso un'operazione, tanto cara alla biomedicina organicista e individualista, per cui il problema di salute è nell'individuo e dell'individuo, ma esso è considerato l'espressione di un sistema complesso, in cui si intrecciano compiti relativi al corpo, così come all'anima o alla spiritualità; e tali compiti nei mondi allogeni dei pazienti che incontriamo, mai sono scindibili, separabili e di conseguenza approcciarli attraverso un solo vertice disciplinare rivela il fallimento dell'alleanza terapeutica.

L'esplorazione e la ricerca delle ragioni di tale malessere corrono, prima ancora che verso la ricerca di una diagnosi, in direzione della ricerca delle strutture, delle fabbriche socio-culturali in concorso alla produzione del disagio, mai dimenticando le componenti legate tanto al corpo, quanto allo spirito, così come agli ordini dei collettivi di appartenenza.

Nell'approccio della biomedicina, corpo e psiche sono concepiti come entità discrete, separabili; così come l'unità-corpo è considerata una massa i cui confini sono dati dai

limiti fisici e organici, e ogni corpo corrisponde all'unica entità individuale, allo stesso modo nella visione della psicologia e della psicoterapia (e nelle sue infinitesimali specializzazioni) l'impalpabilità delle questioni emotive e relazionali abitano il primo piano degli interventi, lasciando altrove le ragioni "in carne e ossa".

Nella visione dell'etnomedicina, invece, e nelle impostazioni tradizionali delle culture allogene, nelle etnoscienze dei popoli a cui appartengono i pazienti che vediamo quotidianamente, il mondo materiale e quello immateriale, il mondo del visibile e dell'invisibile sono interconnessi, inscindibili; la persona è un essere-corpo, in connessione con altri fatti: ogni individuo, nei suoi aspetti vitali, è in profonda relazione con le realtà che circondano la sua esistenza (come gli esseri ancestrali, gli antenati, gli oggetti, gli animali...).

Il disordine, inteso come "la fine dell'ordine" (come direbbe ancora De Martino), che si manifesta attraverso la malattia è, secondo questo approccio, un disequilibrio nell'intero sistema che regola le leggi dell'esistere, e segnala una frattura all'interno di tali trame vitali: è un errore metodologico cercare (come si fa con l'anamnesi, per esempio) le origini del problema testimoniato dal paziente all'interno di un solo quadro disciplinare, senza tener conto di tale interconnessione esistenziale.

"Il corpo non è inteso come una macchina complessa, ma piuttosto come un microcosmo dell'universo" (Lock, Scheper-Hughes, in Quaranta, 2006: 173).

CAPITOLO 6

Appunti di antropologia linguistica clinica

Filippo Casadei

Instabilità e variazione

La “visione binoculare” non basta a cogliere i “sei lati del mondo”: il metodo osservativo suggerito da Bion, di mantenere un occhio sui dati intelligibili, già chiari, e l’altro su quelli ancora oscuri che emergono dal campo analitico si scontra con l’impossibilità di mantenere punti di riferimento assolutamente fermi quando si cerca di comprendere un fenomeno clinico di tipo transculturale¹. Mentre si pensa di aver pressappoco fissato le coordinate culturali del fenomeno preso in esame per indagare le incognite psicopatologiche, le prime si sono già spostate e ci fanno avanzare al buio. Il metodo complementarista propugnato da Devereux non sembra offrire migliori garanzie di comprensione esaustiva: quando si vanno a mettere insieme i quadranti dello spazio conoscitivo per ricomporre il mondo in una visione d’insieme, appaiono sistematicamente nuovi piani non ancora considerati, eppure fondamentali per cogliere l’oggetto nella sua completezza. Come si esce dal paradosso? Accettando di lavorare con sensi parzialmente velati, senza lanciare eureka... A volte ci si aspetta che in un setting transculturale le poche informazioni davvero solide e oggettive sul caso clinico debbano provenire dal lato della cultura: l’antropologia ci chiarisce il contesto, ci racconta come funzionano veramente le cose laggiù, in modo che la psicologia possa invece concentrarsi sul testo – come funziona questa mente qui – esso sì pieno di enigmi e tutto da decifrare. Peccato che nemmeno dall’orizzonte antropologico arrivino le certezze sperate. Anzi, semmai l’antropologo riporrà maggiore fiducia nell’occhio clinico e nei modelli teorici dei suoi colleghi psicologi, che non nella sua disciplina abituata ormai criticamente a rimettere in discussione la fondatezza epistemologica di ogni “dato” di terreno, a maggior ragione se queste conoscenze non sono direttamente ricavate dalla sua esperienza sul campo, ma dalle ricerche di altri specialisti. Georges Devereux, analista e profondo conoscitore dei costumi degli Indiani delle Pianure, ci riferisce in uno dei suoi saggi l’interazione con una paziente indiana che ha appena avuto un episodio psicotico:

¹ *Šaš jihat dunyā*, “i sei lati del mondo”, è un’espressione persiana usata per “cogliere in un colpo solo l’insieme di tutte le localizzazioni spaziali raggiungibili” (Cardona, 2006, p. 1). Le lingue, come organizzatori delle conoscenze e dell’esperienza accumulata da un gruppo umano, ci ricordano l’importanza della posizione dell’osservatore nell’elaborazione del sapere. La “visione binoculare” si limita a definire il *modo* di osservazione, ma non ci dice nulla sul *dove* si debba ogni volta collocare l’osservatore transculturale per poter tracciare questa distinzione netta tra dati intelligibili e non.

Passiva e muta, si ostinava a nascondersi sotto la sua coperta: il suo atteggiamento non aveva comunque nulla di ostile, cercava persino, in tutta evidenza, di sedurmi. Quando vidi che le interpretazioni classiche: “Lei fa la morta”, “Lei ha qualcosa da nascondere”, “Lei fa il bebè” restavano inefficaci, *mi ricordai in tempo di essere etnologo*, oltre che analista, e le dissi: “Lei fa la parte della giovane indiana, che, muta e nascosta sotto il suo mantello di pelle di bisonte, si lascia corteggiare” (2007, p. 334, corsivo nostro).

Ecco l'eureka di cui parlavo sopra, che in questo caso si traduce in una confrontazione tempestiva (che coglie il timing giusto) ed efficace da parte del clinico. Molto più spesso però ci succede di trovarci con pazienti di cui facciamo fatica a riconoscere il comportamento, perché non abbiamo accesso – neppure da antropologi – ad un repertorio sufficientemente vario e aggiornato di figure culturali, come quella della “fidanzata indiana” nell'esempio. Ma sarebbe sbagliato pensare di poter sempre avere a disposizione un simile catalogo per confezionare delle buone proposizioni terapeutiche... il sapere che l'antropologo è in grado di offrire al clinico non riguarda tanto le forme note di comportamento in un ambiente particolare, quanto l'attitudine a ricercare configurazioni culturali ancora ignote, da ricostruire in modo interattivo e collaborativo con il paziente e con il mediatore.

La coppia di attori costituita da paziente e mediatore consente lo svolgimento in presa diretta di un'analisi culturale del comportamento verbale e non verbale. Da come questi due partecipanti nativi all'interazione reagiscono in presenza l'uno dell'altro è possibile stabilire a quale esperienza o evento stanno realmente partecipando; si reagisce infatti al comportamento dell'altro avendo riconosciuto quelle sequenze o particelle di attività dotate di significato all'interno di una cultura di riferimento (che nella teoria dell'antropologo linguista statunitense Kenneth Pike sarebbero definite “unità emiche”; v. Pike, 1956). Senza questi reagenti culturali, ma facendo esclusivo affidamento sulla nostra conoscenza di dati già cristallizzati, non potremmo attribuire significato a moltissimi comportamenti e microeventi che accadono in seduta. L'impostazione di Pike, invece, per quanto per molti aspetti possa risultare un po' datata, va nella direzione giusta che è quella di elaborare una teoria della variazione: una teoria che consenta di analizzare l'uso che le persone fanno delle risorse culturali (e linguistiche) che hanno a disposizione. Un uso che nel mondo contemporaneo si esercita entro *un ambito sociale virtualmente sempre meno definito*. Significativa in questo senso l'importanza data da Pike alla nozione di intenzione e all'idea che nell'analisi del comportamento non verbale il ricercatore non possa far conto su materiali stabili, ma debba confrontarsi con una variabilità estrema (Matera, 2002, p. 46, corsivo nostro).

Particolarmente interessante nel brano citato – e del tutto pertinente all'attività clinica – è l'idea che non si possa far conto di materiali stabili quando si analizzano fenomeni culturali appartenenti al mondo contemporaneo, il quale risulta sempre meno categorizzabile in modo definito, soggetto com'è ad un principio radicale e onnipresente di variazione. Lo stesso problema della variabilità continua e dell'incertezza nel definire concetti stabili era già stato segnalato in linguistica da Franz Boas, grande studioso di lingue e culture native nordamericane: [...] perfino nelle suddivisioni di lingue che possono facilmente essere dimostrate geneticamente imparentate è possibile rintracciare elementi autonomi. Questi possono esser dovuti in parte a nuove tendenze sviluppatasi nell'uno

o nell'altro dialetto, o a influenze esterne. È del tutto possibile che queste nuove tendenze e queste influenze esterne possano assumere tale importanza che, anche se la nuova lingua deve pur sempre essere considerata come storicamente collegata alla famiglia originaria, le sue deviazioni, dovute a elementi sconosciuti alla lingua originaria, divengano così importanti che la lingua non può più essere considerata un ramo della vecchia famiglia (Boas, 1979, pp. 88-89).

Boas parla di un'eterogeneità costitutiva delle lingue (riscontrabile perfino in dialetti tra loro vicini) che vengono influenzate e plasmate da nuove tendenze, integrando così materiali esterni provenienti da tradizioni anche molto distanti. Imbattersi nell'elemento sconosciuto, inaspettato, non significa per il ricercatore gettare via tutta la conoscenza acquisita, bensì costituisce un vincolo a tracciare linee di sviluppo autonome, a immaginare nuove classi. Questa osservazione può valere per qualsiasi fenomeno culturale, non solo linguistico, così come per qualsiasi fenomeno clinico che venga osservato da una psicopatologia sinceramente interessata all'anomalia, alla singolarità, ovvero alla variabilità delle entità nosologiche in relazione a fattori culturali specifici e determinanti (Inglese, 2012). Fattori che però, come già detto, andrebbero rivalutati ad ogni nuova osservazione clinica; allo stesso modo dei sintomi, infatti, essi sono da cogliere e definire nel loro divenire attuale, poiché l'influenza che esercitano sull'apparizione/evoluzione storica di un disturbo psicopatologico può cambiare nel tempo e nello spazio, con il modificarsi dell'ambiente culturale.

Intese transdisciplinari

Abbiamo detto che spesso in clinica transculturale il supporto antropologico risulta del tutto ancillare, limitandosi alla comunicazione di informazioni che possano aiutare i clinici nella costruzione del caso e nella lettura di certi comportamenti enigmatici dei pazienti. L'antropologo nella buca del suggeritore propone le sue osservazioni, ma poi gli attori clinici devono seguire il loro copione, se possono integrando quanto suggerito, altrimenti lasciandolo sullo sfondo dell'interazione. Dunque rimane una divisione tra chi agisce, secondo una teoria clinica, e chi suggerisce, offrendo una consulenza "culturale"; i saperi non sono realmente integrati perché non sono posti sullo stesso piano. Per evitare questa falsa alleanza si dovrebbero invece tenere in considerazione i processi di scoperta, i metodi conoscitivi e operativi di entrambe le discipline, andando a vedere se effettivamente c'è questa compatibilità, questa possibilità di avvicinamento e collaborazione tante volte auspicata ma non praticata. Bisognerebbe chiedersi quali versioni dell'antropologia e della psicologia clinica potrebbero intrecciare il loro ragionamento per dare luogo a un operare comune e sintonico. Ad esempio la prospettiva etnopragmatica in antropologia linguistica (Duranti, 2007) e l'ottica microanalitica in ambito psicologico e psicoterapeutico (Stern, 2005) presentano importanti punti di convergenza teorica, come l'idea che l'esperienza umana abbia una matrice intersoggettiva, e il presente esistenziale sia co-creato attraverso un'interazione continua e coinvolgente tra il Sé e gli altri². Ciò che mi

² Duranti parla della "ricerca di un metodo per l'interpretazione dell'esperienza che parta dalla comunicazione, intesa a largo raggio, e arrivi a capirne il ruolo nella costituzione dell'esistenza

sembra particolarmente interessante in questo confronto metodologico è un modo comune di intendere il processo, "etnografico" per Duranti, e di "avanzamento terapeutico" per Stern. Al di là del fatto che l'approccio etnopragmatico contempra un atteggiamento essenzialmente conoscitivo, di ricerca, mentre quello clinico si ponga anche un obiettivo di cura, cioè di cambiamento, entrambi condividono una rappresentazione microtemporale dell'essere-con l'altro:

[...] quando si va a fare ricerca, si arriva disuguali e si parte disuguali. Eppure nel mezzo di quei due momenti – l'arrivo e la partenza – ci si confronta, con gli altri e con noi stessi e, quando si è fortunati, si trovano dei momenti che possiamo definire di uguaglianza, ma che si potrebbero caratterizzare altrimenti, cioè dei momenti in cui incontriamo quello che Emmanuel Levinas chiamava "il volto" (visage) dell'Altro (e anche dei momenti in cui l'Altro incontra il nostro volto) o, meglio ancora, dei momenti in cui lo riconosciamo e tramite tale riconoscimento diventiamo responsabili delle nostre scelte così come delle scelte dell'altro. In altre parole, nell'esperienza etnografica esistono dei momenti di apertura che non sempre risultano in epifanie interpretative (del tipo "ora finalmente capisco perché questi individui fanno così") ma senza i quali le epifanie – e cioè le aperture verso significati prima insospettati – non avvengono (Duranti, 2007, p. 23).

Lo studio di una comunità non conduce in modo lineare e progressivo all'interpretazione, a svelare il significato nascosto di certe attività e comportamenti; il ricercatore che si immerge nella vita comunitaria deve piuttosto assaporare la discontinuità del processo etnografico, dove la conoscenza delle differenze viene preparata da "momenti di uguaglianza" e di reciproco riconoscimento. Il campo etnografico è dunque costituito temporalmente da un susseguirsi di incontri, e i salti conoscitivi (le "epifanie interpretative") che ne possono derivare hanno sempre come presupposto un allargamento del campo intersoggettivo. Con questo concetto di "campo intersoggettivo" ci troviamo già al centro della teoria di Stern, che distingue nel presente esperienziale della relazione terapeutica due momenti specifici, microintervalli nei quali si struttura la possibilità di rimodellare il campo intersoggettivo e dare una nuova piega al rapporto tra paziente e terapeuta, a partire da una crisi emergente. Questi intervalli sono:

- il momento-ora, che può verificarsi improvvisamente durante una seduta, è emotivamente carico e mette in discussione la routine del rapporto, ovvero le regole abituali d'interazione;
- il momento di incontro, che può risolvere la crisi aperta dal momento-ora e modificare la relazione. Stern sottolinea come tale momento non possa consistere in un generico

umana in quanto essere-con ed essere-per gli altri" (2007, p.15); dove l'essere-con tiene insieme l'aspetto profondamente relazionale del nostro agire e la parte affettiva che ogni azione presuppone, mentre l'essere-per ha a che fare con una dimensione morale, ovvero con la presentazione del sé agli altri. Stern dice qualcosa di molto simile: "Viviamo circondati dalle intenzioni, dai sentimenti e dai pensieri degli altri, che interagiscono con i nostri, al punto che la differenza tra ciò che è nostro e ciò che appartiene agli altri non sempre è così netta. Tutto quanto pensiamo, sentiamo e desideriamo è influenzato dai pensieri, dai sentimenti e dalle intenzioni che percepiamo negli altri, in un dialogo incessante (reale o virtuale)" (2005, p. 64-65).

Quale sguardo sui migranti forzati?

intervento tecnico, ma debba offrire “una risposta autentica e specifica rispetto alla particolare crisi che si presenta” (Stern, 2005, p. 201).

Proprio come quello etnografico, il processo clinico appare quindi discontinuo, segnato da eventi relazionali – Stern si focalizza soprattutto su quelli impliciti o ancora da verbalizzare – che modificano il corso delle sedute e il reciproco conoscersi della diade terapeuta/paziente. Esaminando la fenomenologia della narrazione in psicoterapia secondo la teoria microtemporale, Stern suddivide il processo narrativo in tre momenti presenti paralleli:

(1) il momento presente in cui l’esperienza originaria è tradotta in forma narrativa verbale; (2) il momento presente vissuto dal narratore mentre racconta; e (3) il momento presente evocato nell’ascoltatore durante la narrazione. Innanzitutto, è necessario che il paziente (ri)viva nel presente l’esperienza da verbalizzare e la modelli in forma narrativa. Questo processo non è automatico. Il pensiero, in questa fase, si esprime attraverso sentimenti e immagini visive, sensomotorie e viscerali – non in forma di linguaggio verbale. Il resoconto verbale va dunque adattato all’esperienza, attraverso un processo impegnativo che si compie in particolari momenti presenti, con proprie intenzioni, affetti vitali e così via. Chi ascolta (il terapeuta) osserva gli atti fisici e mentali con cui il narratore compie questa trasposizione. È un atto complesso, che mette in scena una serie di abilità, difficoltà, esitazioni, interruzioni, ripetizioni, frustrazioni, variazioni (nel ritmo, nella velocità, nell’intensità e nella forza), sensazioni (solievo, sorpresa o ineluttabilità) ecc. Ciascuna di queste esperienze implicite potrebbe costituire in sé un valido oggetto di intervento terapeutico. Alle parole e agli atti paralinguistici si va aggiungendo, inoltre, la rappresentazione nel suo complesso, che, come ogni altra rappresentazione, evoca nel narratore e nell’ascoltatore un flusso continuo di esperienze implicite, tra cui la *partecipazione eterocentrata all’atto traspositivo*. In breve, si crea una condivisione intersoggettiva implicita intorno all’esperienza di trasposizione del materiale implicito in forma esplicita e narrativa. Anche quando siamo attenti alle parole e al loro significato, restiamo profondamente sensibili all’esperienza implicita di trasposizione (Stern, 2005, pp. 159-160, corsivo nostro).

La prospettiva microtemporale consente di differenziare i livelli comunicativi del processo di narrazione in questo modo: da una parte il livello linguistico e paralinguistico da cui prende forma il discorso (attraverso parole, gesti, intonazioni della voce); dall’altra il livello traspositivo, che riguarda l’esperienza implicita del trasporre in lingua una serie di materiali emergenti alla coscienza del narratore sotto forma di affetti vitali, immagini visive, sensazioni motorie, viscerali, ecc. L’ultima frase del brano sopra citato sottolinea chiaramente tale distinzione e l’importanza che essa ha per l’ascolto clinico. L’essere attenti alle parole del paziente deve coniugarsi alla capacità di sintonizzarsi sulla sua fatica traspositiva, sul lavoro di traduzione narrativa dell’esperienza originaria (non linguistica). La clinica transculturale può trarre particolare aiuto da questa prospettiva, poiché la “consapevolezza metalinguistica” del mediatore, ovvero la sua capacità tecnicizzata di accedere attraverso introspezione alle strutture e agli impieghi sociali della lingua (Duranti, 1997, p. 200), non riesce da sola a riflettere interamente la densità esperienziale implicite

ta nelle narrazioni dei pazienti. L'impegno interpretativo del mediatore in seduta non può limitarsi al riconoscimento e alla decodifica delle parole pronunciate dal paziente, né a comprendere lo stile del suo discorso e le sue intenzioni comunicative (anche se questi rappresentano obiettivi già piuttosto avanzati rispetto ai compiti di traduzione normalmente richiesti all'interprete in situazione clinica). Questa parte è di certo essenziale, e può essere svolta in modo davvero professionale soltanto tenendo ben presenti i vincoli strutturali delle lingue di partenza e di arrivo, in modo da conservare (trasformandoli) il senso del discorso e la forza degli atti comunicativi compiuti dal paziente. Però fin qui siamo ancora al primo livello, mentre il secondo ha a che fare più specificamente 1) con la trasposizione narrativa di una serie di esperienze interne originarie, e 2) con i vissuti che la accompagnano. Va messo in evidenza che il processo traspositivo non resta mai confinato nel corpo/mente del narratore, ma si comunica agli altri partecipanti all'interazione (in alcuni casi potremmo dire che li contagia). Stern parla appunto di un "flusso continuo di esperienze implicite" che passa attraverso il narratore e l'ascoltatore, e di una "partecipazione eterocentrata" allo sforzo di trasposizione dell'interlocutore. Questa dimensione partecipativa e intersoggettiva è presente fin dal primo momento, fin da quando cioè l'esperienza del paziente comincia a farsi strada attraverso le parole, e al di là di esse³.

Un esempio clinico

"Il signor T., sudanese, mi costringeva ad usare un linguaggio in sintonia con la sua sensibilità politica. Ad esempio mentre diceva: *لامشلا نع بيون جلا لاصفنا* (infisal aljanub 'ani ashamal), mi sono sforzata di ricordare la parola in italiano corrispondente al significato politico di infisal... poi l'ho trovata: 'secessione', secessione appunto tra il Sud e il Nord del Paese. Quel paziente era molto preciso nel vocabolario, non ha parlato a caso di "secessione", non ha detto in termini più generici 'divisione'. Ed effettivamente gli Arabi dicono infisal per descrivere il distacco definitivo di una parte che prima formava un tutt'uno col resto: ad esempio il distacco della carne dall'osso quando viene tagliata o cucinata, o perché si è deteriorata. È compito mio quindi far vedere al gruppo la cura che il paziente mette nello scegliere le parole. Ed è un compito che può essere molto faticoso perché il mondo del paziente, la sua cultura e il suo linguaggio non sono necessariamente i miei; ma sapendo che il gruppo si basa su quelli per offrire una risposta clinica, cerco di rimanere fedele alle parole della persona e quindi riferisco il suo modo di parlare, il suo stile. Di qui la fatica, che non è dovuta soltanto all'operazione di tradurre, ma allo sforzo di rimanere dentro il quadro disegnato dal paziente. Mentre quando la stessa persona usa i detti, i proverbi, i modi di dire popolari o le testimonianze dalla Sunna o dal Corano – elementi che condivido con lei dal momento che ci accomuna l'appartenenza al mondo arabo musulmano – mi sento a mio agio, perché posso lavorare restando situata nel mio

³ "Pensare ai parlanti come a partecipanti significa andare oltre il linguaggio e perfino oltre il linguaggio in quanto azione, per includere una più completa esperienza di ciò che significhi essere un membro di una comunità linguistica" (Duranti, 1997, p. 281).

mondo" (Alderighi, F., Casadei, F., Semmaa, N. et al., "Sulla mediazione linguistica con pazienti rifugiati e richiedenti asilo", in press).

Naima, mediatrice di lingua araba, sta discutendo con me di una situazione vista in équipe transculturale, e sottolinea la fatica di "rimanere dentro il quadro disegnato dal paziente". È una bellissima espressione; vuole dire che quando si traduce da una lingua all'altra bisogna spesso farlo all'interno di un mondo che non è il proprio. Il paziente è restio a parlare delle proprie esperienze personali e sta usando una modalità distanziantе, oggettivante: potrebbe passare ore a discutere del funzionamento del progetto di accoglienza o del sistema educativo nel proprio paese (faceva il maestro di scuola), ma non verbalizza quasi mai i propri vissuti, né traduce in forma narrativa la sua "esperienza originaria". Sceglie con attenzione i termini, preferibilmente dal registro politico, e il modo che ha di interloquire, di circostanziare le frasi, di usare voci distanti dall'arabo colloquiale, come appunto *infisal*, rende particolarmente faticosa la traduzione anche perché frustra i tentativi della mediatrice volti a creare una convergenza, una sintonia linguistica a partire dalle divergenze sociali e culturali con il signor T. (paziente e interprete provengono infatti da paesi diversi del Nordafrica). La componente di fatica legata all'ascolto di un'altra varietà di arabo è intensificata dal fatto che il paziente non parla mai esplicitamente di sé, eppure lo fa di continuo usando una strategia discorsiva basata sulla scelta del lessico. Le esperienze implicite non vengono narrate ma scorrono in modo carismatico emergendo a tratti sotto forma di gesti, o parole che si caricano di un significato allo stesso tempo politico e personale (ma arriverei anche a dire somatico), come appunto *infisal*, "secessione", e "separazione della carne dall'osso". Quanto più "alto" è il livello del vocabolo utilizzato, tanto più l'interlocutore ha l'impressione che esso veicoli un dolore profondo, sommerso. Il paziente si sta forse riferendo alla propria carne? Ad esperienze vissute di guerra o di tortura? Ad uno spavento che separa l'anima dal corpo? Questo genere di domande diventa pertinente quando una mediatrice esperta risente dentro di sé l'effetto di un'espressione appena ascoltata e avverte un senso di fatica, o di tristezza, o di confusione...

La cura dei traduttori

Gli interpreti che lavorano in prima linea nel campo della salute mentale, soprattutto a contatto con pazienti che soffrono a causa di gravi traumi, sono spesso esposti agli stessi rischi emozionali e psicopatologici che corrono i terapeuti, con la differenza sostanziale che i primi mancano di un adeguato training per riconoscere i pericoli dell'interazione clinica, e dunque ancora più difficilmente dei terapeuti adottano contromisure per salvaguardare la propria integrità psichica. Ad esempio è molto raro che gli interpreti accedano alla supervisione, anche in contesti dove questa viene normalmente offerta agli altri operatori (clinici ed educatori). Non avendo questi spazi di "raffreddamento", che consentirebbero di elaborare all'interno dell'équipe i loro vissuti personali a contatto con il materiale delle sedute, i professionisti della traduzione sono costretti a riflettere da soli – senza il feedback ed il supporto dei colleghi – sulle esperienze cliniche che vanno facendo, comprese quelle emotivamente più disturbanti. Questa noncuranza trasversale (si ritrova di frequente sia nel servizio pubblico che nei progetti del privato sociale) per la

salute mentale dei mediatori rivela oltretutto una grave cecità verso le dinamiche processuali “fini”, microtemporali, della narrazione, per cui la traduzione viene inspiegabilmente dissociata da quel livello di condivisione intersoggettiva che riguarda “l’esperienza di trasposizione del materiale implicito in forma esplicita e narrativa” (v. cit. Stern, 2005). Eppure il traduttore partecipa in prima persona, e a tutti gli effetti – mentali e fisici – all’esperienza di narrazione del trauma: è l’interprete che per primo diventa testimone degli eventi traumatici quando ascolta il racconto dei sopravvissuti e quando viene a conoscenza delle azioni dei carnefici. L’interprete infatti visualizza la scena traumatica e persecutoria, e poi riformula il messaggio del paziente attraverso una serie di complessi atti cognitivi mentre accede alla sintassi e al vocabolario della lingua d’arrivo. L’interprete riproduce il tono affettivo del messaggio ed esegue gli aggiustamenti culturali necessari alla sua trasmissione. Quando deve comunicare al terapeuta un episodio traumatico o ripugnante, lo fa per mezzo delle sue corde vocali, dei suoi gesti, e allo stesso modo indica il proprio corpo se deve descrivere tecnicamente le modalità di aggressione di cui è stato vittima il paziente. Nei momenti di silenzio e di pausa, l’interprete in salute mentale cerca di gestire e controllare la sua risposta empatica, in modo da allinearsi con l’affetto espresso dal terapeuta, che da ultimo riceve il messaggio ed è chiamato a rispondere. Usando la forma in prima persona, IO, l’interprete diventa personalmente il portatore del materiale traumatico (Anderson, 2011, p.12, traduzione nostra).

L’utilità della mediazione può esprimersi anche sotto forma di muta presenza, quando il mediatore non traduce eppure ascolta, osserva e interagisce silenziosamente – ma sempre in modo eloquente – con l’équipe. Egli è risorsa disponibile nello spazio potenziale della seduta e per il solo fatto di essere lì, e di condividere gli impliciti culturali del paziente, modifica e amplia il campo intersoggettivo (cfr. il concetto di “disponibilità non intrusiva” del terapeuta in Casement, 1989: 150). In ogni caso, che traduca o resti per un po’ in modalità d’attesa, l’interprete è persona-lingua che riscrive dentro di sé in lingua matrice la multitraccia discorsiva della seduta, e facendo questo compie una straordinaria mole di lavoro emotivo, cognitivo e fisico⁴. Diventa perciò assolutamente necessario adottare un metodo che consenta ai mediatori di alleggerirsi dal peso della traduzione. Uno di questi strumenti di aiuto e prevenzione è il “supporto tra pari”. Anderson (2011) riporta i risultati di uno studio riguardante un gruppo di sedici interpreti, coinvolto sperimentalmente in un programma di supporto tra pari. Ogni partecipante aveva esercitato la funzione d’interpretariato all’interno di setting terapeutici altamente specializzati, o comunque fortemente impegnativi sul piano emozionale, pur avendo gli interpreti livelli diversi di addestramento ed esperienza. Il programma prevedeva degli incontri di gruppo mensili, di due ore ciascuno, con la presenza di uno o più facilitatori. Questi avevano il compito di elicitare strategie e soluzioni sui problemi emergenti, ponendo domande, ascoltando attivamente e sollecitando la discussione tra i membri del gruppo; inoltre fornivano un addestramento sui concetti fondamentali dell’ascolto attivo e un supporto non giudicante alla conversazione, in modo tale da mantenerla attiva e produttiva. Grazie alla somministrazione di questionari pre- e post-incontro venne rilevata una relazio-

⁴ Per una definizione di “lingua matrice” – sistema modellizzante primario di cultura da non confondere con l’idea di “lingua materna” – si rimanda al lavoro di Casadei, Festi, Inglese, 2005.

ne fortemente positiva tra la frequenza al gruppo e un'accresciuta percezione di far parte di una rete professionale produttiva e capace di sostegno, e di possedere una varietà di strategie per autogestirsi e prendersi cura di sé. Ciò suggerisce che il modello del supporto tra pari possa risultare efficace nell'aumentare la resistenza degli interpreti allo stress professionale, al burnout e alla traumatizzazione secondaria.

Ho avuto modo di sperimentare e constatare personalmente l'efficacia di questa metodologia gruppale, lavorando come antropologo ed etnolinguista all'interno di un'équipe di aiuto psicologico transculturale per rifugiati e richiedenti asilo⁵. I mediatori che collaboravano con l'équipe, dopo alcuni mesi di lavoro intensivo sui vissuti traumatici dei pazienti presi in carico, cominciarono a manifestare segni di disagio durante le sedute. Più di un interprete dichiarava di sentirsi affaticato, come svuotato dopo la sessione di mediazione clinica. Alcuni volevano addirittura lasciare il progetto. Provvedemmo pertanto, come équipe terapeutica, ad attivare un percorso di incontri mensili col gruppo degli interpreti per discutere insieme delle loro difficoltà. In quello spazio si poteva dar voce all'esperienza di ciascuno, ragionando sui passaggi più critici delle sedute, in modo che venissero analizzati gli aspetti emozionali e le anomalie interattive di quei momenti particolari (v. sopra la definizione data da Stern di "momento-ora"). Tale genere di incontri periodici volti a immunizzare l'intero dispositivo terapeutico contribuì a rafforzare l'alleanza tra clinici e traduttori, e permise a questi di recuperare o anche sviluppare un sentimento d'efficacia in tutto o in parte compromesso.

Geopolitica del plurilingue

In un'ottica geopolitica il plurilinguismo è di per sé uno stato potenziale di guerra, che riflette e alimenta rivalità territoriali, antagonismi politici e culturali. Allora una clinica plurilingue (e "filopolemologica", cfr. Derrida, 1991) potrebbe far leva su questa conflittualità potenziale degli idiomi per dare vigore alle controversie teoriche, per far sì che le teorie e gli interessi dei gruppi convocati in seduta diventino oggetto di dibattito reale, aperto. Sapendo d'altra parte che se viene meno il plurilinguismo, e si riduce così la varietà di lingue parlate nell'interazione clinica, il lavoro terapeutico risulta meno creativo, ma soprattutto meno efficace. Davanti a condizioni avverse (il monolinguisimo) i gruppi rispondono con una sorta di quiescenza ideativa, serbandosi la forza terapeutica delle loro mitologie per momenti migliori.

La clinica transculturale, affacciata su territori plurilinguistici ad elevato dinamismo, e impegnata com'è in zone di frontiera, avrebbe molto da guadagnare da un'alleanza con la geopolitica delle lingue, proprio perché tale prospettiva offre un punto di vista alternativo sui mondi in rapida trasformazione (v. Mulinacci, 2010). Come operatori che lavorano con popoli in migrazione dobbiamo valutare attentamente l'impatto culturale e politico della loro presenza nel nostro paese. Anche quando i fenomeni di contatto sono così numerosi, rapidi, complessi da superare le nostre capacità di mappatura.

⁵ Dal 2011 al 2014 a Firenze, nell'ambito di progetti finanziati dal Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Si trattava di fornire supporto psicologico a persone richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale che fossero portatori di disagio mentale.

Il modello di integrazione centrato sulla programmazione di percorsi individuali, al pari di un approccio clinico focalizzato sull'individualità della psiche, rende ulteriormente difficile cogliere il senso di certi fenomeni, che non appartengono né alla dimensione individuale soltanto, né a quella gruppale, ma sono comprensibili all'interno di un'articolazione tra singolo e comunità. Ad esempio, se in un progetto di accoglienza accade che una persona non voglia o non riesca ad imparare l'italiano, la motivazione di tale comportamento sarà attribuita alla cattiva volontà del soggetto, cioè al suo rifiuto di integrarsi, o a un problema di ordine clinico, ovvero alla sua incapacità di applicarsi e di ricordare, ma non ci si porrà un interrogativo di ordine sociale ed etnico, su chi sia quella persona al di fuori del sistema di accoglienza, nella sua vita all'interno di altri gruppi, sistemi, reti. In genere si dà troppo per scontata l'idea che un utente "normale" dovrebbe essere sufficientemente motivato ad apprendere l'italiano, solo perché vive nello spazio sociale dell'italiano; ma un ragionamento simile non considera che potrebbe essere sbagliato il presupposto: la persona in realtà potrebbe abitare uno spazio sociale e linguistico alternativo all'italiano. Facciamo allora l'ipotesi che il nostro utente appartenga a una famiglia di divinatori africani, e cerchi di esercitare questo mestiere qui in Italia. Senza dubbio gli sarà necessario padroneggiare diversi codici linguistici: quelli a) parlati dalle comunità disposte a riconoscergli il ruolo professionale di divinatore, e b) che gli forniscono i quadri classificatori e le tecniche per ordinare, manipolare e interpretare le informazioni su cui è fondata la sua competenza. L'italiano figurerà difficilmente tra questi codici; in compenso le altre lingue che già parla, pur non avendo base territoriale in Italia, potrebbero possedere un numero di parlanti in progressiva espansione all'interno dei confini nazionali. E ciò gli garantirebbe una certa indipendenza economica e relazionale rispetto al contesto italiano, sufficiente ad evitargli la fatica di imparare la lingua maggioritaria. Parlando di geopolitica clinica, e cioè di individui e popoli su cui la storia collettiva imprime spesso con violenza profondi cambiamenti psicoculturali, non va certamente scordata la cellula familiare, che viene colpita in maniera deliberata in quanto anello di trasmissione tra la sfera individuale e sociale. Le famiglie diventano oggetto prescelto delle violenze politiche, e vediamo che i luoghi della clinica sono frequentati non da individui, quanto da famiglie smembrate. Al di là della dimensione traumatica, sappiamo bene che la famiglia è sempre e comunque attraversata dalle tensioni e dagli spasmi del corpo sociale. I conflitti che pervadono l'ambiente sociale trovano un'eco, spesso anche più di un'eco, in quelli familiari. Ad esempio i conflitti del plurilinguismo sono presenti anche dentro le mura domestiche. Anzi, forse proprio perché la coppia genitoriale mista è il primo germe del conflitto linguistico, la battaglia familiare per le lingue risulta essere particolarmente accesa e tende a coinvolgere tutte le generazioni. Tempo fa abbiamo incontrato una situazione assai complessa – una famiglia marocchina di origine berbera trapiantata da diversi anni in Italia – dove la paziente, figlia maggiore, si lamentava con la madre perché a causa della malattia e delle scarse opportunità di costituirsi una rete di conoscenze "italiane" fuori casa non era riuscita ad apprendere l'italiano, come invece avevano fatto le sorelle più piccole, ancora in età scolastica; le sorelle invece accusavano la madre per non aver passato anche a loro la lingua berbera, conosciuta alla perfezione dalla maggiore. Si può dunque ricavare da tale descrizione un enunciato generale: i figli che non conoscono la lingua materna, e quelli che non conoscono la lingua/e della società di arrivo, pur avendo una posizione diversa nella famiglia si trovano tutti al centro di un conflitto lin-

guistico familiare. Questo ovviamente non rimane solo una constatazione, poiché nel momento in cui si effettua una presa in carico e si accoglie la famiglia in un setting clinico occorre intervenire su questi fattori (ad esempio tramite la mediazione, giocando su un uso differenziato delle lingue in modo tale da lavorare per contrasto o per analogia sulle polarità dell'appartenenza e del divenire, v. Casadei e Inglese, 2011).

Abbiamo incontrato qualche tempo fa Umar, un giovane uomo dell'Africa occidentale ospite in una struttura per richiedenti asilo⁶. Conosceva alla perfezione il fula, il mandinga, il wolof, il bambara, oltre all'inglese e all'italiano che non parlava da madrelingua ma che riusciva facilmente a utilizzare come lingue veicolari. Insieme alla collega psicologa e agli altri ospiti della comunità stavamo affrontando il tema dei corsi professionali e delle qualifiche necessarie per poter lavorare in Italia, quando Umar a un certo punto ha esclamato con entusiasmo "Vengo a lavorare con voi!", ovviamente non conoscendo la trafila e i percorsi di abilitazione per diventare mediatore professionale. L'idea però era sensata, se pensate che per avere un professionista formato in qualunque disciplina ci vogliono almeno vent'anni di studi... in fondo per avere un locutore esperto di una qualunque lingua non ce ne vogliono poi tanti di meno. Anzi, se diamo credito alle informazioni raccolte dall'etnologa e linguista Calame-Griaule (1965), per parlare un dialetto dogon come si deve servono circa trent'anni. Solo a quel punto infatti il parlante dogon è davvero in grado di padroneggiare tutte le sfumature locali e tutte le regole pratiche di utilizzo della sua lingua, e può incamminarsi per il mondo senza paura di perdersi, o di perdere la parola. Si pensi dunque al potenziale linguistico – e diplomatico – che viene sprecato quando non riusciamo a dare valore a queste risorse (un giovane che parla perfettamente quattro lingue africane!). L'integrazione è tutta vista dalla parte del meno: quante cose mancano all'altro per essere come noi? Ce l'ha il diploma italiano di terza media? Invece non è mai vista dalla parte del più: quanti saperi possiede l'altro che noi non abbiamo e non potremo fabbricarci da soli? Non sono le persone a doversi integrare, ma i loro saperi...

Le traiettorie evolutive dei mediatori all'interno delle reti comunitarie, sociali e professionali in Italia sono da studiare con attenzione. Perché per fare seriamente clinica transculturale non ci serve tanto sapere se l'interprete che stiamo utilizzando ha l'attestato da mediatore oppure no, ma è assai più utile andare a leggere la carta complessa delle sue affiliazioni. Non c'è nessun interprete che immesso nello spazio clinico riemerge docile e desideroso di prestare agli operatori il potere della sua lingua. Se si vuole seguire un metodo "geoclinico" scientifico, anche i sistemi di mediazione vanno considerati come parte del fenomeno da analizzare. Lo erano già per l'etnopsichiatria, ma lì si confondevano con il dispositivo terapeutico, erano un tutt'uno con la lingua del clinico, costruiti per mezzo della stessa matrice. Tobie Nathan ha raccontato molto bene come il mediatore, accettando tutti i vincoli del dispositivo, diventi un vero e proprio posseduto della teoria etnopsichiatrica. Ma questo è un fatto che si osserva raramente nelle nostre sedute, e non direi solo per imperizia dei professionisti. Il mediatore ha vincoli molteplici

⁶ Con Maria Chiara Monti, psicologa psicoterapeuta, abbiamo avviato da qualche tempo dei "laboratori di convivenza" all'interno di alcune strutture di accoglienza: gruppi formati dagli ospiti che si confrontano sulle loro esperienze di ambientamento e di vita comunitaria a Palermo.

ci e multi-contestuali: mentre si interfaccia col dispositivo clinico è connesso a tante altre situazioni e ruoli identitari che non vengono semplicemente disattivati per il fatto di entrare nella stanza dello psicologo. Rispetto a una teoria etnopsichiatrica, una teoria geoclinica della mediazione aggiornata al mondo attuale vede il mediatore come un elemento dotato di maggiore autonomia, o meglio un elemento che risponde a più leggi, non solo al nomos clinico. Perciò è difficile imporre per contratto a questa figura polimorfa i nostri vincoli, le nostre regole di setting, immaginando una parola clinica che governa tutte le altre logiche discorsive. Al di fuori della clinica esistono invece altri parlamenti che possono condizionare a loro volta il funzionamento dei colloqui. Sono pratiche di parola che non si situano necessariamente a livello etnico, bensì infra-, para- o trans-etnico; sono assemblee, associazioni, coalizioni, raggruppamenti regionali, neogruppi formati in territorio d'accoglienza e animati da intenzioni politiche. Possono ricalcare in parte le istituzioni dei paesi di provenienza, ma in buona parte le rinnovano riscrivendone lo statuto fondativo. Le conseguenze di questa mediazione sociale spesso conflittuale sul dispositivo di mediazione clinica vanno indagate. Così come le interazioni che si creano tra livelli diversi di circolazione della parola. Esiste come sappiamo quella del setting multilinguistico, illustrata tante volte da Nathan e dai suoi allievi (Pury, 1994), ma esiste anche quella dello shir, dell'assemblea somala che riunisce i notabili per discutere collegialmente intorno a varie questioni, dagli affari intertribali alla cura degli individui e della comunità. Il problema nasce e si fa interessante quando c'è un collegamento, un'interferenza tra questi due livelli che i clinici devono saper riconoscere, altrimenti rischiano di scambiare per sintomo o atteggiamento del singolo quella che è un'azione o una decisione collettiva. A volte non accorgersi del conflitto sottostante può significare venire esautorati e perdere la possibilità di prendere la parola, anche dentro il proprio spazio di lavoro.

CAPITOLO 7

Chi ha lingua passa il mare

Filippo Casadei

Il traduttore nel processo terapeutico

Le sedute con il mediatore ci hanno insegnato ad integrare in maniera sempre più stretta il ragionamento clinico con il punto di vista dell'antropologia linguistica. Occuparsi di lingue può sembrare un problema periferico rispetto alla cura, eppure riguarda uno dei cardini del dispositivo etnopsichiatrico. Sulla consultazione sviluppata da Tobie Nathan presso il Centre Devereux di Parigi VIII è stato scritto molto: Nathan stesso ha illustrato in maniera vivida nei suoi libri (1993, 1994, 2001) quel modo speciale di fare clinica attraverso la "convocazione" delle lingue e dei mondi veicolati per loro tramite. La traduzione dal codice del paziente a quello del terapeuta, e viceversa, entra prepotentemente nel discorso relazionale del processo psicoterapeutico, ed è proprio questa l'intuizione fondamentale che autorizza il mediatore a posizionarsi in seduta come un co-terapeuta. Invece la separazione rigida tra i due ruoli – mantenuta in base al presupposto che per salvaguardare il transfert del paziente verso il terapeuta bisogna impedire all'interprete di avere una parola autonoma (e quindi di pensare) – non mette la potenzialità creativa della traduzione al servizio del processo terapeutico. Il problema, e la risorsa, è che la traduzione non è mai neutrale, cioè non consiste mai nel ripetere semplicemente la stessa cosa in un'altra lingua: l'interprete si rende sempre protagonista, anche se talvolta (o spesso) in modo inconsapevole, di scelte operative importanti all'interno del setting. Utilizzare un vocabolo piuttosto che un altro, sorvolare su alcuni concetti senza renderli accessibili al terapeuta, invertire l'ordine della frase pronunciata possono avere effetti non trascurabili sul corso della terapia. Per questo è meglio riconoscere al traduttore la sua parte di responsabilità e di potere rispetto alla capacità di influenzare il processo clinico e coloro che vi partecipano¹. Altrettanto doveroso per chi si occupa seriamente di psicoterapia relazionale in ambito transculturale è definire con chiarezza una metodologia di utilizzo delle lingue e della traduzione, in modo che le scelte effettuate dall'interprete siano riconducibili a una logica operativa condivisa. L'assunzione di una metodologia della traduzione significa per noi introdurre a pieno titolo il ruolo del

¹ Per riassumere questa idea di "responsabilità" e "potere" potremmo utilizzare un termine da tempo utilizzato in linguistica e nelle scienze sociali, quello di agentività: "Per agentività si intende la proprietà di quegli enti che (i) hanno un certo grado di controllo sulle loro azioni, (ii) le cui azioni hanno un effetto su altri enti, (e a volte su se stessi), e (iii) le cui azioni sono oggetto di valutazione" (Duranti, 2005: 41).

mediatore/interprete nel dispositivo di cura, dandogli legittimità di collaboratore nella lettura e comprensione dei fenomeni morbosi.

Lingue d'iniziazione

Che cos'è la "mediazione etnoclinica"? Nella prospettiva di Nathan l'idea della traduzione ha ben presto ceduto il passo a qualcosa di più potente in termini trasformativi: un'interpretazione inesauribile e translinguistica, che prende vita all'interno di una comunità di parola molto speciale, costituita da terapeuti-mondo, ovvero da psicologi formati in maniera accademica e al contempo iniziati all'interno di un sistema terapeutico tradizionale, mai scelto a caso. Infatti il dispositivo sviluppato presso il centro Devereux agisce non solo verso le famiglie migranti che vengono prese in carico, ma anche verso i giovani clinici in formazione che sono incoraggiati a intraprendere faticosi percorsi iniziatici durante le loro ricerche dottorali, spesso bisituate in un qui (con un gruppo specifico di pazienti e un dispositivo clinico creato apposta per la ricerca) e in un là (il mondo di provenienza dei pazienti e i sistemi di guarigione cui hanno accesso in loco). Mano a mano che procede nella sua doppia affiliazione, il clinico/ricercatore apprende a conoscere e manipolare le entità concettuali e i gesti tecnici di entrambi gli universi di cura, "scientifico" e "tradizionale". L'affiliazione al sistema tradizionale è quasi sempre motivata dal fatto che il clinico appartiene già in qualche modo, nel momento in cui sceglie il suo oggetto di ricerca, al gruppo umano (*ethnos*) che fa uso di quelle particolari teorie e tecniche di cura. Ormai è passato del tempo dalle importanti scoperte di Nathan, e oggi ci troviamo a lavorare in contesti operativi e antropologici molto diversi da quelli della Parigi di fine secolo scorso, in cui prese avvio l'esperienza nathaniana; alcune cose oggi vanno forse ripensate, anche perché nel frattempo l'orizzonte dei saperi che possono fornire un valido contributo all'etnopsichiatria si è modificato. Eppure l'alleanza con l'etnolinguistica – e con le lingue – resta un elemento centrale di questo approccio clinico.

Bisogna tenere presente che l'utilizzo tecnico delle lingue in seduta è stato brevettato in un contesto metropolitano con un'alta densità di popolazione immigrata, proveniente dalle ex-colonie francesi. Per questo motivo il lavoro clinico e le conoscenze si sono sviluppati, almeno all'inizio, intorno ad alcuni nuclei culturali di fondazione – quelli maggiormente rappresentati tra i pazienti – che fornivano i lessici e le strutture concettuali per parlare del disordine mentale in un modo completamente diverso rispetto al vocabolario della psicologia e della psicopatologia occidentali. Attraverso queste lingue matriciali si potrebbero oggi ripercorrere le fasi costituenti del dispositivo etnopsichiatrico: sono stati soprattutto alcuni blocchi culturali e linguistici (Africa Occidentale, Maghreb e mondi creoli dell'Oceano Atlantico e Indiano) a fecondare e rendere innovativa la metodologia clinica del Devereux. Se è vero che i terapeuti imparano a pensare la clinica grazie ai loro pazienti, essi acquisiscono esperienza anche attraverso le lingue dei loro pazienti, e così forse si può affermare che ogni lingua ha incrementato in modo specifico il saper-fare degli operatori etnoclinici. Per esempio, lo *yoruba* e le lingue imparentate con esso hanno consentito, proprio per alcune loro caratteristiche strutturali e per il modo in cui vengono usate dai parlanti nativi, di vedere la parola come un oggetto composito che a seconda del grado d'iniziazione del locutore può essere smontato e rinviare

a livelli più profondi di ricerca del senso (Poury Toumi, 1994; Nathan e Hounkpatin, 1996)².

Alleanze invisibili

L'etnopsichiatria non dovrebbe fissare delle corrispondenze rigide tra gruppo etnico – lingua parlata – sistema terapeutico di riferimento³; ciò che serve in realtà è un progetto scientifico post-babelico, che abbracci la varietà degli idiomi e delle culture, un metodo fondato più sull'idea di molteplicità che di appartenenza. Il quadro teorico resterebbe fluido e aperto, capace di generare ipotesi cliniche che non abbiano necessariamente l'etnia come concetto-cardine, ma che siano valide anche per dinamiche geoculturali più articolate. La complessità dell'esistente chiede all'etnopsichiatria di sposare una filosofia della complessità, obbligando i praticanti di questo campo disciplinare a non eccedere nella modellizzazione, e a non aggrapparsi troppo a lungo alle stesse definizioni.

Ogni volta che interagiamo con un paziente chiedendogli "da dove vieni?", noi implicitamente gli chiediamo anche "chi sei?", e ancora: "che cosa sei? Con quali esseri sei in legame?". In altre parole gli chiediamo di posizionarsi all'interno del suo mondo, nella trama multidimensionale delle sue relazioni:

"Come situarsi in rapporto all'alleanza con il mondo" sembra una questione altrettanto fondamentale di quella dell'appartenenza a un gruppo. Ogni risposta alla domanda "che cosa sei?" in realtà è l'installazione di una relazione con un partner, e non una questione di essenza. Quello che tu sei è qualcosa che va riattivato senza sosta in una relazione con l'altro e con il mondo [...] Non si appartiene soltanto agli antenati. Ci sono continuamente degli atti di riaffermazione. Ogni atto è una presa di rischio... Nelle nostre discipline, bisogna sempre stare attenti ai paragoni, e riservare lo spazio alle differenze (Deshayes, 2006, corsivo nostro).

Deshayes è un etnologo impegnato nel confronto teorico con altre discipline, e in modo particolare nel far comunicare operativamente psicologia ed etnologia: partecipa alle sedute del Centro Devereux come specialista di dispositivi terapeutici dell'Amazzonia peruviana. Nonostante tale impegno, riesce a mantenersi in una posizione di indifferenza clinica che gli consente di avere una curiosità maggiore rispetto ai colleghi psicologi su questioni cruciali per le terapie ad impostazione etnopsichiatrica, come quelle riguardanti l'affiliazione e re-affiliazione ad un gruppo⁴. Anche lui viene interpellato dal

² Non è un caso allora, come sostiene Nathan, che la tecnica lacaniana di *découpage* del significante sia stata in realtà inventata da uno psicoanalista di origine togolese, il quale padroneggiava un sistema linguistico assai più incline del francese a questo tipo di lavoro sulla parola. Fino a che punto una tecnica terapeutica derivata da lingua può essere poi estesa a pazienti di diversa matrice culturale?

³ Ad esempio, sappiamo che non c'è identificazione congenita e ontologica tra gruppi umani e lingue: ci sono delle situazioni in cui abbiamo parentela linguistica e divaricazione culturale, o al contrario distanza linguistica e somiglianze profonde sul piano culturale.

⁴ "... l'indifferenza clinica – non si hanno preoccupazioni rispetto all'efficacia – fa sì che si possa dire agli psicologi: «Anche se avete avuto successo, noi non smettiamo di pensare quando qualcuno guarisce». E questa recalcitranza ci impedirà di fare sonni tranquilli" (Deshayes, 2006).

dispositivo clinico come mediatore, in virtù della sua doppia appartenenza: da etnologo infatti ha una duplice formazione, accademica e sul terreno (tra gli indiani Kashinawa). Deshayes sottolinea di non essere stato iniziato allo sciamanesimo come individuo “qualunque” – tale visione in realtà non appartiene ai collettivi umani sani, vitali, ma più alle sette, o alle organizzazioni di stampo militare – bensì come etnologo bianco che un giorno, grazie alle sue ricerche, può addirittura essere chiamato a trasmettere personalmente ai membri della tribù la conoscenza perduta del sistema terapeutico kashinawa. La macchina iniziatica è dotata di un’intelligenza sociale e rituale, politica e religiosa, che discerne gli esseri ed assegna a ciascuno il proprio posto. Se si approfondisce la conoscenza del mondo amazzonico di cui parla Deshayes, si scopre che nei momenti davvero critici di un gruppo la soluzione viene trovata all’esterno del gruppo stesso, con tutti i rischi che questa scelta comporta. In un testo straordinario (Lamb, 2007) si racconta la storia di Manuel Córdova-Rios, rapito da ragazzo mentre raccoglieva gomma nella foresta. Gli indiani Huni Kui (“uomini veri”), come si autodefiniscono i Kashinawa, stanno attraversando una crisi politico-religiosa molto forte, perché i figli del loro anziano leader, successori naturali alla guida del gruppo, vengono uccisi uno dopo l’altro in una guerra interna tra famiglie. Viene scelto allora un ragazzo peruviano come figlio adottivo del vecchio capo rimasto senza discendenti: sarà lui ad essere iniziato alla preparazione ed utilizzo dell’ayahuasca, ad essere istruito seduta dopo seduta nella conoscenza della foresta e nell’arte di guidare tramite la forza e chiarezza delle proprie visioni il gruppo di cacciatori e guerrieri huni kui⁵. Anche in questo caso la dichiarazione di Deshayes secondo la quale “non si appartiene soltanto agli antenati”, polemica verso certe posizioni radicali dell’etnopsichiatria, sembrerebbe trovare conferma. Manuel Córdova-Rios, ex-raccoglitore di gomma peruviano, maturando e facendo esperienza tra gli indiani, diventa effettivamente loro leader proprio perché non ha ascendenti in quel gruppo, ma è assorbito in una relazione che gli insegna a percepire e comprendere, come e di più di un normale Huni Kui, la foresta e il suo complesso sistema di rapporti intra e interspecifici, intra e interetnici. Dopo la morte dell’anziano iniziatore però l’alleanza con quel mondo comincia a vacillare diventando sempre più incerta e tossica mano a mano che il gruppo si trova ad affrontare sfide crescenti per la sopravvivenza, e Manuel si sente prigioniero del popolo che lo ha eletto capo. Ottimo esempio di come un’alleanza al mondo, se non viene continuamente riaffermata, si spezza e lascia riemergere vincoli di lealtà e appartenenza precedenti. Manuel abbandona così la sua identità huni kui, la foresta, e torna a casa diventando poi un famoso guaritore e sciamano in Perù grazie al sapere acquisito.

Spesso i sistemi rituali sono fondati più sulla mediazione tra eterogenei – sull’installazione sempre riattualizzata di una relazione con un essere non umano – che sull’omogeneità di un nucleo culturale originario. Anche la lingua di un rito mostra le tracce di una mediazione tra diversi popoli e divinità: basta studiare in modo stratigrafico un lessico rituale per accorgersi che molte volte esso è formato da materiali linguistici di varia provenienza, sovrapposti secondo un meccanismo acculturativo di prestito e innovazione. Di solito risalire alla lingua pura del culto, così come alla sua forma originaria, è impossi-

⁵ L’ayahuasca è un decotto allucinogeno ottenuto dalla miscela di diverse piante, e utilizzato a scopo rituale e terapeutico da alcuni gruppi delle regioni andine e amazzoniche.

bile. Perché il molteplice è là, fin dall'inizio. Allo stesso modo la geografia linguistica e l'etnolinguistica hanno scoperto da tempo che le lingue non sono affatto unitarie e omogenee; il concetto di comunità linguistica definisce una fitta rete di sottosistemi comunicativi per cui ogni parlante appartiene contemporaneamente a più sottogruppi, dunque egli a) non parla una sola lingua, b) attinge a più repertori, c) si muove in maniera fluida da un varietà all'altra, e tra più livelli dello stesso codice. Questo rende il lavoro clinico con gli interpreti estremamente interessante e creativo, perché due interpreti della stessa lingua non ci daranno mai accesso allo stesso sistema, inteso come insieme di virtualità operatorie.

Next

Tornando al nostro ragionamento sul dispositivo etnoclinico, la presa in carico di pazienti molto distanti dalle aree linguistico-culturali sulle quali si è costruita la riflessione del Centro Devereux – ovvero le ecologie di pensiero africane – spinge le équipe terapeutiche a una mutazione importante della teoria e delle tecniche di colloquio. Già in precedenza l'incontro con le culture creole, pur impregnate di elementi africani, aveva obbligato l'etnopsichiatria a ripensare i suoi strumenti, per cercare di capire operativamente come si potesse costruire un dispositivo clinico meticcio⁶. Si può quindi immaginare lo sforzo creativo ora necessario per concepire un tipo di setting adattato a culture completamente diverse da quelle prese a riferimento. Con i pazienti cinesi, per esempio, va fatto un approfondito lavoro di ripensamento teorico: bisogna forse partire da un esame pragmatico, anzi etnoprismatico (Duranti, 2007), della lingua cinese, e individuare gli assi culturali fondamentali che ci permettano davvero di comprendere la chiave specifica di fabbricazione di questi pazienti. Abbiamo detto cinesi ma potremmo dire anche centroasiatici, europei orientali, sudamericani ecc., perché questa ormai è la casistica che incontriamo, proveniente da tutto il mondo.

Il periodo in cui Nathan si è trovato ad operare era pieno di sommovimenti sociali e tensioni politiche intorno al problema dell'integrazione, in particolare delle seconde generazioni. L'etnopsichiatria dunque non poteva più rimanere quello che era stata fino ad allora, cioè una disciplina senza dispositivo (con l'eccezione di Dakar-Fann, che però non aveva lasciato eredi: uscito Collomb la Scuola di Dakar aveva chiuso i battenti); né poteva continuare ad essere una disciplina dei mondi remoti, fatta da pionieri solitari che partivano e andavano a installarsi a casa degli altri. Allora se tra la fine degli anni '70 e '80 del '900 le questioni cliniche emerse con le famiglie migranti consentirono a Nathan di aprire un nuovo capitolo dell'etnopsichiatria, tanto più ora i fenomeni generalizzati, globalizzati, di attraversamento, fuga, conquista del territorio da parte di piccoli gruppi o di masse secondo una varietà di strategie cui è impossibile tener dietro, ci obbligano a pensare un ulteriore movimento in avanti delle discipline etnopsi (Inglese, 2005).

⁶ Questa riflessione sui dispositivi creolizzati è poi servita a lavorare su tutta una serie di fenomeni ultramoderni, per esempio le sette, che possiedono al loro interno dei meccanismi di ibridazione e cattura.

Oggi, di fronte a una situazione storica e geopolitica profondamente cambiata, e certamente più caotica, fluida, e difficile da decifrare, come dobbiamo comportarci, cosa possiamo fare per continuare il lavoro?

Ci chiediamo, da operatori interessati alla mediazione nei setting di cura transculturale, che ruolo hanno e avranno le lingue all'interno dei nuovi dispositivi concepiti per la fase attuale delle migrazioni. Sicuramente saranno ancora parte integrante del setting, ma dobbiamo capire in che modo sarà possibile coniugare il quadro teorico dell'etnosichiatria con altre teorie: ad esempio con una geolinguistica che ci aiuti a incrociare i fenomeni linguistici con quelli politici, culturali, storici di una certa area del pianeta su cui giocoforza agiamo ogni volta che nel nostro ambulatorio giungono pazienti provenienti da quella zona. Tracciare un'accurata cartografia multidimensionale dei fenomeni ci consentirebbe inoltre di lavorare con gli interpreti in modo più perspicace.

CAPITOLO 8

Analisi dei dati del Servizio di Etnopsicologia del Policlinico di Palermo

Maria Chiara Monti

Introduzione

Ormai da tempo e a livello nazionale, in ambito transculturale, si dibatte attorno alla questione dell'accesso ai servizi di salute mentale da parte dei pazienti stranieri come una questione problematica e del tutto aperta. Come si intercetta il bisogno di cura nei pazienti stranieri che sembra usufruiscano meno degli italiani degli ambulatori territoriali di salute mentale? Giuseppe Cardamone (convegno Salute mentale e convivenza, Firenze 2011) sostiene che:

“in gran parte dell'Italia le strutture mediche non sono adeguatamente preparate alla ricettività dei disagi mentali e fisici dei cittadini stranieri”; e ancora:

“le linee di indirizzo nazionale per la salute mentale sono rimaste lettera morta, almeno per quanto riguarda la loro applicazione sui migranti”.

Infatti, le Linee di Indirizzo della salute mentale, pubblicate dal Ministero della Salute nel 2008, all'interno del paragrafo sulla “multiculturalità” dichiara tra gli obiettivi di:

- “promuovere un ulteriore sviluppo della vocazione multiprofessionale dei Dipartimenti di salute mentale, attraverso il ricorso [...] ad altre discipline (etnologia, antropologia medica, linguistica, ecc.), e l'attivazione di nuove figure professionali (mediatori linguistico-culturali) al fine di sviluppare la sensibilità culturale delle strategie di cura e presa in carico” (punto 1.b);

- “incentivare l'attivazione e valorizzazione di centri con dimensione di tipo aziendale, sovra-aziendale e/o inter-aziendale, rispetto ai problemi di salute mentale delle popolazioni migranti, con compiti clinici, di ricerca e formazione” (punto 1.c);

- “sviluppare competenza professionali e strategie operative nell'ambito della clinica transculturale e del lavoro intersettoriale e comunitario in contesti multiculturali. Un simile obiettivo comporta la necessità di concentrarsi sui nodi teorici e tecnici posti dal confronto con la molteplicità linguistica dei nuovi setting di cura, con altri stili personologici informati da specifici ethos, con configurazioni psicopatologiche e cliniche che possono presentare aspetti o elementi inconsueti o perturbanti e con organizzazioni familiari che seguono logiche differenti”.

La nostra esperienza sul territorio ci mostra che i pazienti stranieri si ritrovano piuttosto nei luoghi delle acuzie (SPDC, reparti psichiatrici, comunità terapeutiche...), cioè quando il disagio psichico assume potenza e rischia di diventare “intrattabile” (situazione

che mostra il fianco alla cronicità o al fenomeno, tanto odiato dalla psichiatria, del revolving door – la porta girevole -, per cui i pazienti entrano e escono dai reparti senza soluzione di continuità).

In accordo con le linee guida, la pubblicazione del Piano Strategico per la salute mentale della Regione Sicilia, redatto dall'Assessorato alla Salute, includeva un capitolo importante sulla salute mentale della popolazione migrante.

Si legge:

“Il PAL prevede l’attivazione di strategie per garantire l’accesso della popolazione migrante a cure primarie di qualità per la salute mentale, in particolare istituendo Servizi Sperimentali di integrazione dipartimentale per i problemi di salute mentale connessi ai fenomeni interculturali ed alle dinamiche migratorie, promuovendo come fattore strategico l’approccio etnopsichiatrico e la mediazione linguistico-culturale. A tal scopo è necessario promuovere i seguenti indirizzi operativi:

1. sviluppo di strategie e metodologie interne in grado di garantire equità nell’accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;

2. attivazione, a livello locale o di macro-aree, di gruppi di iniziativa multiprofessionali e multilinguistici che, in modo coordinato ed integrato nella rete dei servizi, avviino programmi di intervento nell’ambito della salute mentale transculturale;

3. sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali di cui sono portatrici le popolazioni migranti. Tali gruppi sono orientati all’innovazione clinica ed alla ricerca anche in specifici gruppi a rischio: rifugiati, minori non accompagnati e vittime della tratta.

4. individuazione delle modalità con cui i mediatori linguistico-culturali devono essere formati (definizione di competenze, ruoli e funzioni) e preparazione degli operatori ad una collaborazione proficua con essi.

5. incentivazione dell’utilizzo della mediazione linguistico-culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale. L’azione di mediazione deve riuscire a promuovere interventi che si dislocano nei vari nodi della rete sociosanitaria, assistenziale e legale. La formazione dei mediatori, dunque, non va limitata alla sola salute mentale perché ciò può comportare il rischio di non prendere in considerazione il bisogno complessivo di salute (psichico, sociale e somatico) soggiacente al problema psicopatologico;

6. socializzazione diffusa, alla rete dei servizi, delle conoscenze e dei saper-fare accumulati dai gruppi di iniziativa istituiti e dalle sperimentazioni avviate in ambito transculturale.

Inoltre, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, definisce che:

“La salute dei migranti e le tematiche di salute associate alle migrazioni sono questioni cruciali per l’agenda internazionale dei governi e della società civile. È questa l’idea alla base della Risoluzione OMS sulla salute dei migranti, approvata dalla 61esima Assemblea Mondiale della Sanità (maggio 2008)”.

Nel Report si legge:

“Si invitano gli stati Membri:

- a mettere a punto meccanismi per migliorare la salute di tutte le popolazioni, compresi i migranti, in particolare attraverso l'identificazione e le lacune nella fornitura e nell'erogazione dei servizi sanitari;
- a raccogliere, documentare e condividere le informazioni e le migliori pratiche per riunire i bisogni di salute dei migranti nei paesi di origine, di ritorno, di transito e di destinazione;
- a promuovere l'inclusione della salute dei migranti nello sviluppo delle strategie sanitarie regionali e nazionali, dove appropriate;
- a incoraggiare lo scambio di informazioni attraverso una rete tecnica di centri di collaborazione, istituzioni accademiche, società civile e altri partner chiave al fine di ulteriori ricerche nel campo della salute dei migranti e per migliorare la capacità di cooperazione tecnica.”

Quando nel 2008 nasce il servizio di Etnopsicologia all'interno dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo, esso prova a ragionare all'idea di rispondere ad un bisogno di cura psicologica per pazienti che di norma difficilmente accedono ai servizi di salute mentale, seguendo le indicazioni dell'OMS, oltretutto delle linee guida della Regione Sicilia.

Dopo un'analisi di ciò che il territorio offriva in ambito transculturale, e una fase di start up di due anni, si è pensato di istituire un'équipe e una metodologia multidisciplinare, nell'ottica di approcciare il disagio psichico nella sua forma complessa: la psicologia si è avvicinata sempre di più al mondo medico, e quello della medicina alle letture psicologiche; via via, poi, ci si è fatti affiancare dall'antropologo e dai mediatori linguistico-culturali; si è aperta a ventaglio la lettura del disagio, testimoniato dal paziente, ad altre letture parallele e complementari tra loro: così l'istituzione si è disposta ad una mediazione specializzata, accogliendo terapeutiche provenienti da altri mondi, culture o subculture (De Martino, 2002) e ad antropologie come bussole per orientarsi e viaggiare all'interno di questi stessi mondi.

Abbiamo operato in sinergia: corpo, mente, anima e mondi di provenienza potevano restare insieme nello stesso luogo.

PRIMA FASE: Start up

Il lavoro di rete con il territorio

Dal 2008 al 2010 c'è stata la fase di start up, necessaria, in cui si è fatta un'analisi del territorio e dell'offerta di salute per i bisogni di risoluzione del disagio mentale. Durante questa fase, inoltre, si è lavorato sulla rete, con le istituzioni locali, pubbliche e del privato sociale che erogavano servizi di varia natura ai migranti e che potevano essere luoghi elettivi per intercettare il disagio mentale: i centri di accoglienza, i luoghi dell'assistenza legale, i reparti di medicina, il terzo settore, le associazioni di volontariato...

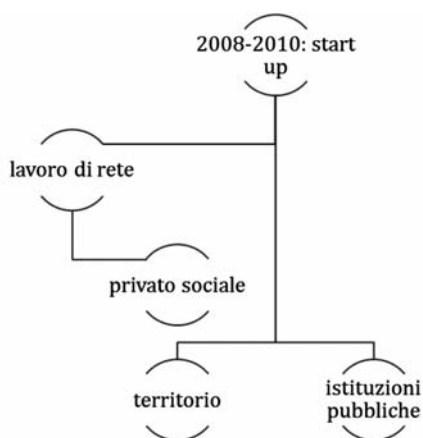


Fig. 1: Il lavoro di rete con il territorio

SECONDA FASE: La clinica

Primi approcci di clinica multidisciplinare

Dal 2010 al 2014 è iniziata la vera attività clinica di presa in carico dei pazienti stranieri, con un'attivazione di due pomeriggi alla settimana. In questi quattro anni sono transitati 107¹ pazienti, per attività di sostegno psicologico, valutazione dello stato psicologico, eventuale rilascio di certificazione clinica e percorsi di psicoterapia. Subito nasce la necessità di un lavoro d'equipe con l'antropologo ed il mediatore linguistico-culturale. Durante questa fase inizia e si va sedimentando un fare clinico multidisciplinare e plurivocale attorno al disagio dei pazienti, che da "psichico" diventa "esistenziale": mente, corpo, anima, sono parti inscindibili dell'esistenza e come tali vanno accolti. Al Servizio all'inizio arrivano per lo più pazienti che hanno problematiche con una fenomenologia legata alle manifestazioni somatiche; infatti, i maggiori inviati di tali situazioni cliniche diventano gli ambulatori medici. Nel tempo, attraverso un lavoro di continuo dialogo con il territorio (con i gruppi di stranieri, attraverso i mediatori stessi, con i centri accoglienza, con i legali, con il provato sociale) si è diversificato il target: il Servizio ha accolto anche la fascia di cosiddetti "migranti vulnerabili": minori stranieri non accompagnati, vittime della tratta e di violenza estrema e intenzionale. Il gruppo clinico si è fatto strumento formativo per intercettare le cosiddette "ferite invisibili", cioè quei drammi, quali esiti di violenza estrema, di tortura, di cui moltissimi stranieri sono portatori, ma che non hanno voce per essere narrati né resi visibili nei luoghi della cura. Nella totalità dei pazienti durante questo quadriennio, l'area maggiormente rappresentata è quella della fascia sub-sahariana (Senegal, Mali, Nigeria, Benin, Ghana, Togo, Liberia); a seguire, i pazienti provenienti dal Bangladesh, soprattutto dall'area di Sylhet e Chittagong: quest'ultima zona multietnica e multilinguistica, uno dei luoghi-chiave del Bangladesh dal punto di

¹ Dati presentati al XIII congresso della SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Agrigento, 2014).

vista strategico e politico, è portatrice di cicatrici di conflitti storici e di azioni di repressione da parte del governo di Dacca (fine anni 70). Ancora oggi alcune famiglie appartenenti a minoranze etniche si trovano nei campi profughi in territorio indiano, poiché tali comunità hanno perso le terre che un tempo appartenevano alle loro famiglie.

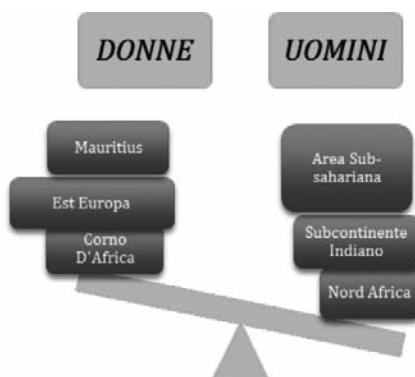
Seguono, con una differenza minima, i paesi delle Mauritius, Est Europa, Maghreb e Corno d’Africa. Tra il 2010 e il 2014, un solo caso proveniente dalla Cina: una giovane donna, in cura con un medico che si trovava nel paese di origine, e con il quale la ragazza si teneva in contatto (anche per la prescrizione di farmaci) a distanza, ma che in quel periodo ha avuto accesso al servizio grazie alla segnalazione da parte del territorio.

Tab.1 – Area geografica di provenienza

Area sub-sahariana	52%
Sub Continente Indiano	19%
Mauritius	10%
Est Europa	8%
Maghreb	6%
Corno D’Africa	4%
Cina	1%
TOTALE PAZIENTI	107

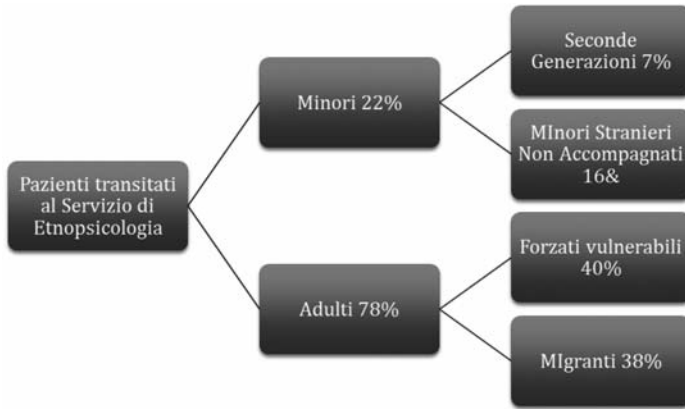
Tab. 2 – Genere e provenienza

GENERE	
Uomini	77%
Donne	23%



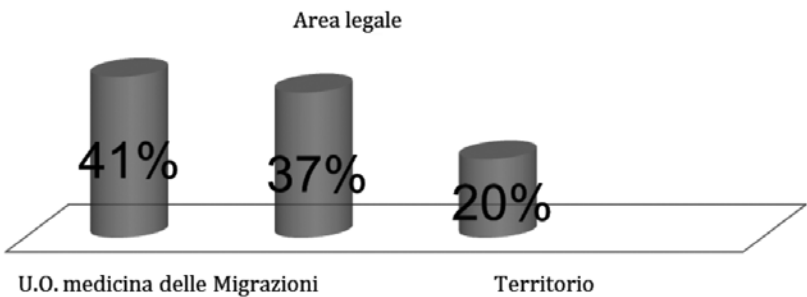
Riguardo all’età, i pazienti sono così suddivisi: il 22% sono minori e il 78% adulti. Tra i minori il 16% rappresenta i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e il 7% rappresenta i minori di seconda generazione (G2). Sono doverose due righe riguardo i compiti a carico dei giovani nati in Italia, o arrivati nel nostro paese da piccoli, figli di genitori stranieri. Questi ragazzi, cosiddetti “di seconda generazione”, spesso sono schiacciati da enormi pressioni delle famiglie, che nutrono grandi aspettative su di loro. Ricacciati dentro le culture di provenienza vengono alla fine discriminati dal paese ospitante. L’onere da sopportare e le traversie psichiche da superare, come le fatiche di Ercole, a volte sono insopportabili e assistiamo a fenomeni di deriva sociale, di abuso di sostanze e di problemi che hanno conseguenze patologiche sul piano cognitivo, come disturbi dell’apprendimento, problemi linguistici, fino a fenomeni autistici.

Tra i migranti adulti (78%), i migranti forzati (vittime di tortura e violenza intenzionale) rappresentano più della metà (40%). I restanti (38%) sono adulti con problemi psichici non connessi direttamente a vicende di violenza o migrazione forzata.



Tab. 3 – tipologia dei pazienti afferenti al servizio di etnopsicologia

Per quanto riguarda il criterio classificatorio dell’invio, sono stati individuati tre canali: l’invio da parte dell’UO di Medicina delle Migrazioni in cui è inserito il Servizio stesso, che riguarda il 41,12% dei pazienti; quello di avvocati e giuristi, che interessa il 37,38% dei pazienti, e l’invio da parte del territorio (ambulatori dedicati, il privato sociale, le associazioni, le comunità di accoglienza...), che interessa il 19,6% dei pazienti.



Tab. 4 – Tipologia dell’invio al servizio di etnopsicologia

TERZA FASE: la clinica a metodologia etnopsichiatrica

L’ultima fase della vita del Servizio, attiene alla sua ufficializzazione all’interno dell’Azienda Ospedaliera Policlinico: il primo Aprile 2015 esso esce dalle maglie del volontariato, a seguito di una contrattualizzazione avvenuta tramite concorso, in risposta alle linee guida e al Piano attuativo aziendale, in applicazione del Piano Sanitario Regionale “Piano della Salute 2011-2013”, per il quale viene riconosciuta la figura dell’etnopsicologo, quale professionista specializzato nella presa in carico del disagio psichico in ambito transculturale.

Dai dati raccolti in questo breve ma significativo periodo si riscontra che l’affluenza al

Quale sguardo sui migranti forzati?

Servizi è aumentata in maniera esponenziale: già quaranta nuovi accessi in soli quattro mesi.

Rimane elevata l'area di provenienza relativa alla fascia sub-sahariana dell'Africa (25 casi); subito a seguire si collocano i pazienti che provengono soprattutto da Pakistan e Bangladesh.

Gli uomini soprattutto usufruiscono del Servizio; dunque rimane critica la fruizione dello stesso da parte delle donne: soltanto cinque nuovi casi sui quaranta registrati.

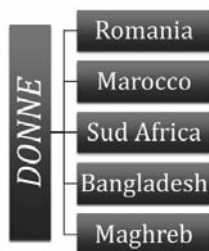
Tab. 5 – Area geografica di provenienza dal 1.04.15 al 31.07.15

Area sub-sahariana	25
Sub Continente Indiano	6
Maghreb	5
Corno D'Africa	2
Est Europa	1
Sud Africa	1
TOTALE PAZIENTI	40

Donne: 5 (Maghreb, Bangladesh, Sud Africa, Eritrea, Romania);

Uomini (Adulti e MSNA): 35 (Gambia, Mali, Senegal, Benin, Nigeria, Sudan, Marocco, Tunisia, Somalia, Pakistan, Bangladesh, Egitto).

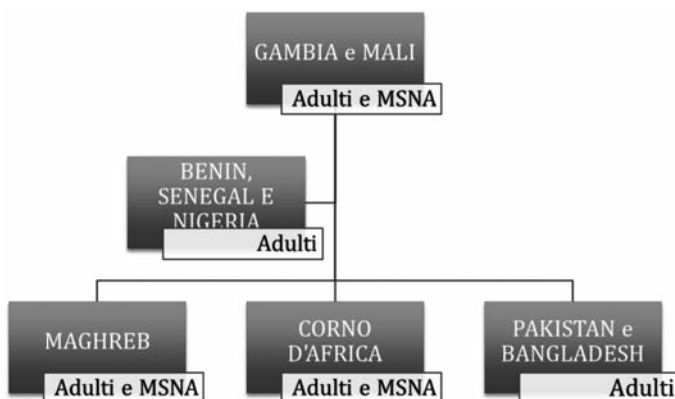
Tab. 6 – Provenienza delle donne



Incrociando alcune caratteristiche, come la variabile età e la provenienza si evince – come dimostra il grafico sottostante – che dal subcontinente indiano arrivano per lo più adulti; lo stesso è registrato per i pazienti dell'Est Africa, con l'eccezione del Mali e soprattutto del Gambia, da cui si è segnalato un incremento decisivo della presenza dei Minori Non Accompagnati.

La quasi totalità (95%) delle persone che hanno avuto accesso al Servizio è classificabile come "categoria vulnerabile": cioè, sono persone che hanno subito violenza intenzionale al proprio paese o nei paesi di transito (Niger e Libia), e che sono stati inviati in ragione di una manifestazione psicopatologica connessa a trauma estremo.

Tab. 7 – Et  e provenienza degli uomini



Conclusioni

Dai dati raccolti durante i mesi della “terza fase” e la comparazione di questi con quelli relativi alla “seconda fase” (dal 2010 al 2014), si evidenzia una crescita esponenziale dell’accesso al Servizio dei pazienti stranieri e l’utilizzo dello stesso da una popolazione pi  varia, pur rimanendo l’area sub-sahariana quella da cui proviene la maggior parte dei pazienti.

Un ascolto competente e multidisciplinare, nell’ottica di un’integrazione dei saperi della cura (medicina, psicologia, antropologia, linguistica..) risponde in modo efficace alla richiesta di salute.

Naturalmente la nostra esperienza ci mette dinanzi a interrogativi che spesso mostrano il fianco a disillusioni o sconforto:   davvero possibile portare avanti una metodologia innovativa, multidisciplinare, in cui pi  interlocutori della cura intervengono sostenendo vicendevolmente le professionalit  reciproche, legittimando ognuno il sapere dell’altro, senza mai smarrire gli orientamenti della propria disciplina e non sentirsi per questo minacciati o smarriti?

Forse   ancora possibile rispondere alle sollecitazioni delle Linee Guida sulla salute mentale dell’OMS sull’integrazione delle discipline nel campo della salute, avendo il coraggio di sostenere iniziative originali e prassi operative nuove.

CAPITOLO 9

La salute dei migranti forzati ed i falsi allarmismi

Mario Affronti

Le persone che sbarcano sulle nostre coste rappresentano un grave pericolo per la salute della collettività: trattasi, per noi che ci occupiamo dalla fine del secolo scorso degli aspetti sanitari legati al fenomeno delle migrazioni (Affronti, 2001), del solito e noioso cliché. I migranti, qualunque siano il motivo e il modo del loro arrivo, portano povertà, disoccupazione, delinquenza ed, in campo sanitario, malattie. L'allarme è legato al fatto che in generale trattasi di patologie che dalle nostre parti erano scomparse o quasi, come la malaria e la lebbra o comunque sotto controllo come la tubercolosi e l'aids. È il ritorno costantemente sciocco della "Sindrome di Salgari" (Colasanti, 1991)¹ e della conseguente caccia ai moderni "untori" di manzoniana memoria². In realtà i migranti forzati sono generalmente giovani, in buono stato di salute ed anche per loro vale il dato dell'effetto migrante sano (Parkin, 1992), una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute, e che in generale si è applicato solo alla tipologia del migrante economico, il cui progetto di vita implica in partenza condizioni di piena integrità psico-fisica.

Caso 1 – È gente forte e coraggiosa (Affronti, 2013)

B. I., Guinea Conakry

A fine del 2008, in seguito alla morte del presidente della Repubblica della Guinea Conakry, Lansana Conté, l'esercito guineano attua un colpo di Stato militare sospendendo ogni attività politica e sindacale e sciogliendo l'Assemblea Nazionale. Ciò ha

¹ "...Salgari scriveva sognando di mondi dove quei dati di diversità, che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri".

² Durante il racconto anamnestico, un giovane paziente palermitano da me recentemente visitato per febbre prolungata, faceva risalire la causa della sua febbre sconosciuta, ad un periodo ben preciso della sua vita allorquando da camionista – trasportava gasolio – viaggiava per mare da Lampedusa a Porto Empedocle ed in una di queste traversate si trovò con una cinquantina di sbarcati africani sud-sahariani respirando la stessa aria ed utilizzando gli stessi servizi igienici. Dopo quel fatto, ecco la febbre. "Dottore, secondo me e non solo, altri medici la pensano allo stesso modo, non può non esserci una relazione, che lei, in quanto esperto in questo campo, deve trovare!" Per la cronaca il paziente era affetto da Febbre Mediterranea Familiare. Forse, ho pensato dentro di me, una possibile vendetta del "Mare Nostrum"! Marenostrina è, infatti, il nome dato alla pyrina, proteina basica di 781 aminoacidi, che ha la funzione di regolare i mediatori dell'infiammazione che in questi pazienti è alterata a causa della mutazione del gene codificatore responsabile della malattia (gene MEFV).

portato a numerose manifestazioni pacifiche da parte della popolazione, sfociate in dure repressioni da parte dell'esercito che ha ucciso e violentato molti civili.

In una di queste repressioni, che ha visto la morte di circa 300 persone, I. ha perso il padre, restando definitivamente orfano (aveva perso già la madre in tenera età).

Nonostante il recente lutto, decide di continuare l'attività commerciale di famiglia (negozi di alimentari) con il fratello maggiore. Durante questo periodo lui e il fratello subiscono numerose aggressioni da parte di alcuni gruppi etnici sostenitori del regime militare di Moussa Dadis Camara, con l'accusa di sostenere economicamente il capo dell'opposizione, Cellou Dalein Diallo, in quanto commercianti. L'ultima di queste aggressioni ha visto la morte del fratello maggiore in seguito ad accoltellamento e lo stesso I. riporta ferite da pugnale sul dorso e numerose bruciature alle braccia. Infatti, gli aggressori, dopo averli colpiti più volte, diedero fuoco al negozio di alimentari.

In seguito a ciò, temendo per la propria incolumità e non vedendo prospettive di futuro nella propria terra, I. decide di intraprendere il lungo viaggio, durato circa 4 anni, che lo porterà in Italia.

Passando per le tappe "obbligate" di Senegal, Mauritania, Marocco e Algeria, raggiunge la Libia. Qui rimane tre mesi lavorando come muratore per mantenersi e raccogliere la quota dovuta allo scafista (850 dineri) che lo avrebbe portato in Italia. Il 13/05/14 I., di notte, si imbarca con più di altri 100 migranti e, dopo una traversata durata più di 17 ore, tra freddo, fame e sete, I. e i suoi compagni vedono finalmente le "grand bateau italien" di Mare Nostrum arrivare verso di loro a salvarli dall'acqua e ridare loro la speranza di una nuova vita.

Eppure resiste nell'immaginario collettivo il mito del migrante vettore di temibili pestilenze: un'affermazione che non trova conferma nei dati epidemiologici ma che rischia di dirottare le politiche e le risorse verso strategie sanitarie difensivistiche come i controlli alle frontiere o gli screening di massa. Tutti ricordiamo il caso sospetto di "vaiolo delle scimmie" di un migrante a bordo della nave militare Orione diretta a Pozzallo nel luglio 2014, poi rivelatosi una semplice varicella³, e la notizia che decine di militari addetti a controllare e recuperare in mare i migranti fossero stati infettati dalla tubercolosi. Così come alla fine degli anni ottanta del secolo scorso⁴, quando l'allora ministro della salute F. De Lorenzo proponeva controlli alle frontiere, ritornano le stesse proposte. Le parate di tute giallo-arancione insieme a guanti e mascherine danno, poi, la sensazione visiva che non di corpi di uomini, donne e bambini provati dal dolore e dalla sofferenza del lungo viaggio si tratta ma di bombe di parassiti, virus e batteri innominabili.

Malgrado l'inadeguatezza dei sistemi informativi attuali a rilevare i bisogni di salute di questa particolare popolazione, vi sono diverse evidenze che l'effetto migrante sano si eserciti anche sui profughi che sbarcano sulle coste italiane. La sorveglianza sindromica

³ *"Rientra l'allarme vaiolo a bordo: era varicella. La nave Orione approda a Catania. Le analisi eseguite allo Spallanzani di Roma hanno smentito che si trattasse della rara malattia infettiva". Repubblica.it, Palermo cronaca, luglio 2014.*

⁴ *"...proprio nello stesso periodo F. De Lorenzo, ministro della sanità, istituisce per la prima volta una commissione ministeriale che ha il compito di affrontare il problema della salute degli immigrati. Non è casuale che a parteciparne siano chiamati quasi esclusivamente tropicalisti ed infettivologi" (Geraci, 2005).*

(Bella, 2014) effettuata tra maggio 2011 e giugno 2013 dall'istituto Superiore di Sanità su circa 5.000 persone ospiti di centri di accoglienza hanno, infatti, messo in luce solo 20 allerte statistiche: di queste, 8 infestazioni 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. Anche in riferimento al fenomeno relativamente nuovo dei cosiddetti transitanti presenti per brevi periodi in insediamenti spontanei nei pressi delle stazioni delle grandi città od in edifici occupati, i dati dimostrano malattie della cute, scabbia soprattutto, e malattie aspecifiche dell'apparato respiratorio e digerente con pochi casi di sospetta Tubercolosi polmonare – poi non confermate –, malaria e varicella (INMP e ASL Roma B, 2015).

Dunque i dati rivelano l'inconsistenza di certi allarmismi che hanno fin qui fatto da contrappunto agli sbarchi: il viaggio risulta essere troppo lungo perché si concretizzi la minaccia di Ebola (la malattia si manifesta e si estingue in poche settimane, spesso assai prima che il percorso migratorio si concluda); ma spesso troppo breve perché si sviluppino altre malattie come la tubercolosi, nonostante le condizioni di grave deprivazione che accompagnano i migranti in fuga (Baglio, 2015).

Il nostro punto di vista, al contrario, è la tutela della salute di una popolazione fondamentalmente sana nel tentativo che non cada nel circuito perverso della malattia.

In questa logica il problema è il riferimento alla norma rappresentato dall'articolo 10 (Lo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica) e dall'articolo 32 (La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti) della Costituzione: il primo ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui; il secondo, che significativamente parla di individui e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano. La questione non è solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in modo onorevole, per la loro dignità, onorando l'art. 10, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'art. 32 (Mazzetti, 2014).

I principali problemi clinici che i richiedenti asilo presentano al momento dello sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio e non a malattie infettive da importazione: colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono, disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali, senza dimenticare però le condizioni patologiche di natura infettiva legate, comunque, alla promiscuità ed al sovraffollamento come la scabbia.

Caso 2 – Lo sbarco dei Mille a...Palermo con una diecina di scabbie e di varicelle. Considerazioni di un medico sui fatti narrati da "la 7" il 19.04.15 sera, in merito al pericolo di contagio della popolazione a causa del mancato controllo.

Il giorno 18 aprile u.s., nottetempo, tramite il 118, due giovani cittadini dalla pelle scura ed ignoti arrivano, dopo un breve passaggio al Pronto Soccorso, nel reparto di

Medicina Interna del Policlinico di Palermo, dove il piano di contingenza dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia (Assessorato, 2014), ha previsto la pronta disponibilità di due posti letto per l'accoglienza sanitaria degli sbarcati, dopo il primo filtro al porto. Diagnosi d'ingresso: varicella il primo e scabbia il secondo. Si viene a sapere che i due giovani sono stati prelevati nelle adiacenze della locale Stazione Centrale dove giacevano per terra sotto una coperta improvvisata da almeno tre giorni. Non si riesce a comunicare per problemi linguistici. Le condizioni generali sono scadenti; pessime quelle igieniche. Si vedono sui loro corpi gli effetti della traversata. I due ragazzi sembrano subire passivamente. È evidente un isolamento comunicativo. All'ingresso i pazienti vengono subito soccorsi, visitati e rifocillati, non senza preoccupazioni derivanti soprattutto dal fatto di ricoverare nella stessa stanza la varicella e la scabbia, per il resto nessun allarme visto che trattasi di malattie ben note dalle nostre parti. Grazie all'intervento del mediatore di madrelingua, gli ignoti sono: il Sig..... nato a.....il..... ed il Sig.....nato a.....il..... I due sono sbarcati a Palermo il 14 u.s. e subito dopo si sono recati alla Stazione Centrale, sfuggendo facilmente al personale che doveva trasferirli in uno dei tanti centri di accoglienza (CAS) dislocati nel palermitano. Uno dei due era molto preoccupato in quanto doveva raggiungere al più presto Roma da dove imbarcarsi per New York dove era atteso dal fratello. Nei tre mesi precedenti i due hanno vissuto in un hangar a Tripoli in attesa dello sbarco assieme ad altre 1500 persone circa, uomini donne, bambini. In situazione di pesante promiscuità, sono stati picchiati e seviziati. Uno di loro è stato torturato con la corrente elettrica. Hanno assistito impotenti ad episodi di stupro e violenze varie ed anche a decapitazione di alcuni compagni di viaggio. Alla fine sono stati fortunati ad essersela cavata con una scabbia ed una varicella soltanto!!

Trattasi quindi dello sbarco avvenuto a Palermo il 14 aprile. In quella occasione è stata raggiunta la cifra record di 1200 persone. Il sistema di accoglienza al porto palermitano, malgrado la presenza della varie autorità civili, militari e sanitarie, con televisioni al seguito, è andato in tilt. In verità in passato Palermo si era distinta per efficienza ed efficacia degli interventi almeno nella primissima accoglienza. Forse per questo motivo l'assessorato regionale alla salute e la direzione sanitaria dell'ASP, che coordina gli interventi al porto, hanno accettato la sbarco dei ...mille. Il risultato è stato che già dalle prime luci dell'alba Palermo è stata invasa da un numero considerevole di sbarcati soprattutto ragazzi che cercavano in tutti i modi di scappare, per evitare di farsi identificare, verso le loro mete come i nostri pazienti. Resistere nei pressi della stazione sperando che la varicella e la scabbia li abbandonassero quanto prima. Del resto cosa temere? Erano persone invisibili soprattutto agli agenti di polizia. Si sa, le maglie dei controlli devono essere abbastanza larghe da poter permettere la fuga dei richiedenti asilo, minori compreso. Le statistiche ci dicono che 2 persone su 3 che arrivano in Italia vanno via dal nostro paese e le cose non cambieranno certo se non si decide di modificare il trattato di Dublino. Nel frattempo si arrangino pure vadano via al più presto anche con la varicella e la scabbia. Solo noi dobbiamo correre il rischio di venire contagiati?

Altro problema è quello legato alla gravidanza o al parto: molte profughe approdano in stato di gravidanza, anche avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere si tratta di vittime di gravidanze forzate, avviate a seguito di stupri spesso ripetuti.

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono ammassati in ricoveri di cui non riusciamo a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; non riusciamo nemmeno a conoscere la qualità nutrizionale dei cibi che vengono loro somministrati.

Le informazioni parlano di ricoveri straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo) del tutto non appropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche.

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo svilupparsi di patologie infettive delle vie respiratorie, infezioni gastro-intestinali e altri disturbi del tubo digerente, patologie muscolo-scheletriche e aggravano quadri clinici preesistenti. Creano inoltre le premesse per il diffondersi di epidemie.

Molti richiedenti asilo, infine, sono stati vittime di torture, violenze e altri eventi traumatici, come la minaccia di perdere la propria vita, o aver assistito alla morte violenta di altri vicino a loro.

Aver subito esperienze di questo tipo può determinare quadri clinici psichiatrici anche molto gravi: disturbo post-traumatico da stress, crisi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio. Per soggetti in queste condizioni è fondamentale garantire un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta.

Pazienti con traumi gravi che trovano buone condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno severe di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite. Queste situazioni cliniche richiedono la predisposizione di presidi appropriati in grado di dare le risposte necessarie soprattutto in campo etnopsicologico.

Lunghi anni di studio hanno ormai confermato che i migranti qui da noi si ammalano a causa delle precarie o sbagliate condizioni di vita che li attanagliano e non certamente per le malattie che importerebbero dei loro paesi d'origine: le loro malattie sono socio-culturali e non etniche. Il rischio è che gli immigrati, si integrino con la società ospite condividendo, però, la stratificazione sociale più svantaggiata finendo per condividere il profilo di salute della disuguaglianza. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Trattasi in definitiva di una questione di responsabilità e di equità per la salute di una popolazione che ha già sofferto molto e che ha solo bisogno di accoglienza benevola e di pace.

BIBLIOGRAFIA

- Affronti M (2001) Untori o unti? Casi clinici paradigmatici di medicina delle migrazioni. *Ann Ital Med Int.* 16,1:172S-175S.
- Affronti M (2004) Quaderni di Santa Chiara. Palermo, v.u.
- Affronti M (2013) Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa. www.sim-mweb.it.
- Alexander F (1951) *Medicina psicosomatica*. Editrice Universitaria, Firenze.
- Anderson A (2011) Peer Support and Consultation Project for Interpreters: A Model for Supporting the Well-Being of Interpreters who Practice in Mental Health Settings". *Journal of Interpretation* 21,1:9-20.
- Arendt H (1951) *The Origins of Totalitarianism*. Schocken Books, New York.
- Assessorato della Salute. Decreto 23 settembre 2014. Adozione del Piano di contingenza sanitario regionale migranti. *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale Regione Siciliana (p. I) n. 42 del 3-10-2014 (n. 27)*.
- Assessorato della Salute. Area Interdipartimentale 2. "Ufficio del piano di rientro e del piano sanitario" (2011) Linee guida per l'adozione dei Piani attuativi aziendali (P.A.A.) in applicazione del piano sanitario regionale "Piano della Salute 2011-2013" ai sensi dell'art. 5 della l.r. 14 aprile 2009, n. 5.
- Baglio G (2015) Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). *Epidemiologia e Prevenzione*, anno 39 (2).
- Bella A, Napoli C, Riccardo F et al. (2014) Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei centri per immigrati in Italia negli anni 2011-2013. *Rapporto Osservatorio salute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Prex, Milano, 319:20.
- Boas F (1979) *Introduzione alle lingue indiane d'America*. Bollati Boringhieri, Torino.
- British Medical Association (BMA) (2011) *Social Determinants of Health: What Doctors Can Do*
- Cagli V (2002) *L'equivoco psicosomatico. Causalità fisica e causalità psichica nella genesi delle malattie*. Armando, Roma. 85.
- Calame G (1965) *Ethnologie et langage. La parole chez les Dogon*, Gallimard, Paris.
- Cardamone G, Inglese S (2010), *Déjà vu*. Edizioni Colibri, Paderno Dugnano Milano.
- Cardona G R (1985) *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*. Gius. Laterza & Figli, Bari.
- Cassano F (1998) *Paenisula*. Laterza, Bari-Roma.
- Casadei F, Festi G e Inglese S (2004) Elementi per una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale, in Attenasio L, Casadei F, Inglese S e Ugolini O. *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*. Armando, Roma, 268-317.
- Casadei F, Inglese S, Festi G (Ondongh-Essalt E, Zempleni A) (2005) Pensare la voce in etnopsichiatria clinica, in Inglese S, Affettuoso P, Romano N (a cura di), *Etnie, arti e terapie. Il vaso di Pandora*, Genova.
- Casadei F e Inglese S (2011) *Babelogue: lingue e processi di mediazione clinica. Il Vaso di Pandora*, Genova, XIX, 3:57-83.
- Casement P (1989) *Apprendere dal paziente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Colasanti R (1992) *Antropologia medica e medicina delle migrazioni*. In Geraci S (a cura di) *Atti del*

- Il Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.
- Cassell E J (1976) *Illness and Disease*. The Hastings Center Report Vol. 6,2: 27-37.
- Clément C, Nathan T (2002) *Le divan et le Grigri*. Odile Jacob, Parigi.
- Commission on Social Determinants of Health (2007) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft) WHO.
- Dahlgren G, Whitehead M (1992) *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, WHO, Copenhagen.
- Dardanoni G (2014) I profili di salute della popolazione immigrata in Sicilia attraverso i flussi informativi correnti. In Affronti M, Baglio G, Geraci S, Marceca M, Russo M L (a cura di). *Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM*. Agrigento, 14-17 maggio 2014. Bologna, Pendragon, 92.
- Dehayes P (2006) *S'engager dans le monde en ethnologue*. http://vadeker.net/corpus/entretien_deshayes.html.
- De Luca E (2013) *Abbiamo amato*. 20 ottobre 2013.
- De Martino E (2002) *La fine del mondo*. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali. Einaudi, Torino.
- Derrida J (1991) *L'orecchio di Heidegger*. *Filopolemologia*, in *La mano di Heidegger*, Laterza, Bari, 81-170.
- Engel G L (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*.
- Devereux G (1978) *Saggi di Etnopsichiatria Generale*. Armando, Roma.
- Devereux G (2000) *La rinuncia all'identità*. In *I fogli di Oriss*, 13/14:185-208.
- Devereux G (2001) *La rinuncia all'identità*. In *I fogli di Oriss*, 15/16:163-186.
- Devereux G (2007) *Saggi di etnopsichiatria generale*. Armando, Roma.
- Duranti A (2005) *Riduzioni ed estensioni dell'agentività nelle lingue storico-naturali*, in *Lingua, cultura e intercultura: l'italiano e le altre lingue*. *Copenhagen Studies in Language*, 31, Samfundslitteratur Press, 41-54.
- Duranti A (2007) *Etnopragmatica. La forza nel parlare*. Carocci, Roma.
- Duranti A (1997) *Linguistic Anthropology*. Cambridge University Press.
- Federspil G (2004) *Logica Clinica. I principi del metodo in medicina*. McGraw-Hill, Milano, XIX:306.
- Federspil G (2004) *Logica Clinica. I principi del metodo in medicina*. McGraw-Hill, Milano, XVIII:299.
- Ferraris M (1998). *L'ermeneutica*. Laterza, Roma-Bari.
- Geraci S et al (2005) *Migrazioni, Salute, Cultura, Diritti. Un lessico per capire*. *Intern. J. of Migration, Studi Emigrazione*, XLII, 157: 53-74.
- Geraci S (2009) *Atti X Consensus Conference sull'Immigrazione, VIII Congresso nazionale SIMM. Guadi e ponti per una Sanità transculturale: a Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato*. ITC, Roma. p 14.
- Inglese S (2005) *L'etnopsichiatria nel "terzo tempo" delle migrazioni di massa: tra dialogo e conflitto*. *Prospettive sociali e sanitarie*, 20:1-5.
- Inglese S (2012) *Sindromi culturalmente caratterizzate (Culture-Bound Syndromes)*, in Cozzi, D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica*. Piccolo dizionario, Morlacchi Editore University Press, Perugia, 253-267.
- INMP, ASL RM B (Rapporto). *Salute e prevenzione tra i migranti invisibili*. Roma 2015. <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili>.
- Jaspers K (1991) *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Jaspers K (1965) *Psicopatologia Generale*, il Pensiero Scientifico, Roma.
- Kraepelin E (1883) *Trattato di psichiatria*.
- Lamb B (2007) *Lo sciamano del Rio delle Amazzoni. La storia di Manuel Córdova-Rios*. Torino, Edizioni L'Età dell'Acquario, Torino.

- Levi P (1976) *Se questo è un uomo*. Einaudi, Torino.
- Lock M, Scheper-Hughes N (2006) Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta, in Quaranta I., *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 149-194.
- Maisano B (2005) La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità. *Studi Emigrazione*, 157:75-85.
- Mansueto S (2006) Relazione al Convegno Rotary Club Palermo Est "Medicina Umanitaria: il mio futuro da Medico". In *Atti X Consensus Conference sull'Immigrazione, VIII Congresso nazionale SIMM*. Guadi e ponti per una Sanità transculturale: a Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato. ITC, Roma. p 13.
- Matera V (2002) *Etnografia della comunicazione. Teorie e pratiche dell'interazione sociale*. Carocci, Roma.
- Mauss M (2000) *Teoria generale della magia*. Einaudi, Torino.
- Mazzetti M (2003) *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Carocci, Roma.
- Mazzetti M (2014) Curare e prendersi cura: a Lampedusa e oltre. Sanità pubblica, accoglienza e tutela dei migranti forzati. In Affronti M, Baglio G, Geraci S, Marceca M, Russo M L (a cura di). *Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM*. Agrigento, 14-17 maggio 2014 . Bologna, Pendragon, 2014:42-47.
- Mead G H (1972) *Mente, sé e società*. Giunti-Barbera, Firenze.
- Medici con l'Africa CUAMM (2011-2014) Sfide, successi e buone pratiche. I 3 anni del progetto europeo Equal opportunities for health: action for development. Padova, www.mediciconlafrica.org.
- Monti M C (2004) George Devereux. Teoria e tecniche dell'etnopsichiatria. Tesi di laurea, Università di Palermo, Facoltà di Scienze della Formazione.
- Monti M C (2010) Storia di un passaggio mancato: un esercizio clinico a vertice etnopsichiatrico. Il caso di Jacques. In *Archivio di Etnografia. Speciale Etnopsichiatria*. Anno V, 1-2:169-178.
- Monti M C (2011) Guerra tra mondi. Il Servizio di Psicologia dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni di Palermo. In *Narrare i gruppi. Etnografia dell'interazione quotidiana*. Anno VI, 2.
- Monti M C, Lo Verso G (2014) L'altro e l'identità: tra clinica e teoria, in Angelini A. (a cura), *Razzismo, xenophobia, esclusione sociale*. Aracne, Roma.
- Mulinacci R (2010) La geopolitica delle lingue in poche parole, lingua è potere. *I Quaderni speciali di Limes*, 3:7-12.
- Murri A (1902). *Scritti Medici*. Gamberini e Parmeggiani Editore, Bologna.
- Nathan T (1993) *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était!*. Grenoble, La Pensée Sauvage, (trad. it. *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996).
- Nathan T (1994) *L'influence qui guérit*. Parigi, Odile Jacob.
- Nathan T e Hounkpatin L (1996) *La parole de la forêt initiale*. Paris, Odile Jacob.
- Nathan T (1996) *Saggi di etnopsichiatria generale*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T (2000) *Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie*. In *Genèses*, 38:136-159.
- Nathan T (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Parigi, Les Empêcheurs de penser en rond, Seuil, (trad. it. *Non siamo soli al mondo*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003).
- Nathan T (2009) *L'influence qui guérit*. Parigi, Odile Jacob.
- Nathan T, Zajde N (2013) *Psicoterapia democratica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pagliaro L, Bobbio M, Colli A (2011) *La diagnosi in Medicina: storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 13.
- Pagliaro L, Bobbio M, Colli A (2011) *La diagnosi in Medicina: storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 15.

- Parkin DM (1992) Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 40(6):410-24.
- Pike K L (1956) Towards a Theory of the Structure of Human Behavior. In Hymes, D. (a cura di) *Language in Culture and Society. A reader in Linguistics and Anthropology*, Harper and Row Publishers, New York, 54-62.
- Poli E (1965) *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*. Vita e Pensiero, Milano.
- Pury (de) S et al. (1994) Traduire en folie. Discussion linguistique, Traduction et psychothérapie. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 25/26:13-46.
- De Pury S (1998) *Traité du malentendu*, Collection Les empecheurs de penseur en rond. Institut Synthélabo, Parigi.
- Quaranta I (2006) *Antropologia medica*. Raffello Cortina, Milano.
- Sironi F (2010) *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- Stern D (2005) *Il momento presente, in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sterpelloni L (1990) *Dagli Dei al DNA*. Delfino ed., Roma, 3:331.
- Taylor C (2010) *Multiculturalismo, lotte per il riconoscimento*. Milano, Saggi Universale economica Feltrinelli, 9.
- UHNCR e IPU (2005) *Nazionalità e apolidia – Un manuale per i Parlamentari*, 7.
- UNHCR, (2014) *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014* (a cura di) ANCI, CARITAS ITALIANA, CITTALIA, FONDAZIONE MIGRANTES, SPRAR in collaborazione con UNHCR, Roma Digitalia Lab 2014, 142.

Biblio-sitografia relativa al **Capitolo 1: Il diritto d'asilo in Italia. Una lunga storia: dal "dis-sistema" dell'accoglienza ai tentativi di sistema degli ultimi anni**. Cristina Molfetta

Per la parte generale:

- AA. VV., *Africa e Mediterraneo, Dossier L'Italia e il Sistema europeo comune d'asilo*, rivista numero 80 del dicembre 2013
- AA. VV., *Africa e Mediterraneo, Dossier Rifugiati: l'emergenza Nord Africa in Italia*, rivista numero 77 del dicembre 2012
- AA. VV., *Atlante della cooperazione decentrata allo sviluppo umano: Bosnia ed Erzegovina, Cooperazione italiana*, 1998
- AA. VV., *Atlante delle guerre e dei conflitti del mondo* (sesta edizione), Terra Nuova Edizioni, Firenze, 2015
- AA. VV., *Il diritto alla protezione – La protezione internazionale in Italia: quale futuro? Studio sullo stato del sistema di asilo in Italia e proposte per una sua evoluzione*, http://www.meltingpot.org/IMG/pdf/ASGI_finale.pdf
- Maurizio Ambrosini e Chiara Marchetti, *Cosa c'è di sbagliato nei Centri per l'immigrazione*, <http://www.lavoce.info/archives/16112/cosa-ce-di-sbagliato-nei-centri-di-immigrazione/>
- Maurizio Ambrosini e Chiara Marchetti, *I Centri sigla per sigla*, <http://www.lavoce.info/archives/16116/i-centri-sigla-per-sigla/>
- ANCI, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, SPRAR (a cura di) e con la partecipazione dell'UNHCR, *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014*, Digitalia Lab Roma 2014.
- <http://viedifuga.org/rapporto-sulla-protezione-internazionale-in-italia-2014-indice/>
- Christopher Hein (a cura di), *Rifugiati. Vent'anni di storia del diritto d'asilo in Italia*, Donzelli editore, 2010, Roma.
- Luca Rastello (a cura di), *La Frontiera addosso. Così si deportano i diritti umani*, edizioni Laterza, 2010, Bari.

Quale sguardo sui migranti forzati?

- UNHCR, Asylum Trends 2014, Level And Trends In Industrialized Countries <http://www.unhcr.org/551128679.html>
- UNHCR Global Trends 2013 <http://www.unhcr.org/5399a14f9.html>
- UNHCR Global Trends Forced Displacement in 2014 <http://www.unhcr.org/556725e69.html>

Per la parte sulla storia della Somalia

- Mohamed Aden Sheik, La Somalia non è un'isola dei Carabi: memorie di un pastore somalo in Italia, Diabasis editore, 2010, Reggio Emilia.

<http://www.migrantitorino.it/?download=quaderno7>

<http://www.nonsoloasilo.org/documenti/schedePaesi/Somalia.pdf>

<http://www.nonsoloasilo.org/documenti/schedePaesi/100707%20%20PER%20UNA%20CRONOLOGIA%20DEL%20CONFLITTO%20IN%20SOMALIA%20%20aggiornata%20a%20luglio%2010.pdf>

Per la parte sulla dissoluzione della ex-Jugoslavia

- AA. VV, Atlante della cooperazione decentrata allo sviluppo umano: Bosnia ed Erzegovina, Cooperazione italiana, 1998
- Stefano Bianchini, La questione Jugoslavia, Giunti, 1999
- Paul Garde, I Balcani, Il Saggiatore, 1994
- Josip Krulic, Storia della Jugoslavia. Dal 1945 ai giorni nostri, Bompiani, 1997
- Cristina Molfetta, Campo profughi di Gasinci: ridefinizione di un'identità, Tesi di laurea in antropologia culturale, Università di Torino, 1995.

Bibliografia relativa al **Capitolo 2. Guarire dalla tortura**. Giuppa Cassarà

Amnesty International (2001), Medici e tortura. Il pensiero scientifico Editore, Roma.

Medici contro la Tortura. A cura di Andrea Taviani (2002), Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni. Il pensiero scientifico Editore, Roma.

Morrone A. (2009), Lampedusa, porta d'Europa. Un sogno per non morire. Edizioni Magi, Roma.

Rovelli M. (2006), Lager Italiani. Bur editore, Milano.

Sironi F. (2001), Persecutori e vittime. Strategie di violenza. Feltrinelli editore, Milano.

FONTI WEB:

<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp>

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf

<http://immigrazioneoggi.it/dailynews>

<http://menteinsalute.it/LineeGuideMinisteroSalute.pdf>

APPENDICE

RACCOMANDAZIONI FINALI DEL XIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (SIMM)

(Agrigento, 14-17 maggio 2014)

SALUTE È PARTECIPAZIONE

«Partecipazione» è un concetto molte volte invocato nell'ambito della promozione e tutela della salute dei migranti, ma che difficilmente viene tradotto in effettivo strumento di programmazione e attuazione di politiche, servizi, interventi e azioni. In effetti, anche laddove la riflessione abbia permesso di riconoscere all'approccio partecipativo la tensione verso la relazione con l'alterità, questo non sempre ha significato in termini operativi l'avvio di veri e propri processi di co-costruzione degli interventi con il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, in primo luogo dei migranti.

Raccomandazioni

- Applicare l'approccio partecipativo ai diversi ambiti di azioni, quali gli interventi di prevenzione e promozione della salute, la formazione degli operatori, la ricerca relativa alle popolazioni migranti con particolare riferimento alle donne e ai minori;
- attivare processi dal basso, favorendo la condivisione e lo scambio tra i soggetti coinvolti, in modo da creare le condizioni per la costruzione di relazioni che conferiscano nuovo valore a spazi e azioni comuni;
- manifestare la disponibilità e la volontà di rinegoziare le dinamiche di potere che entrano in gioco nelle relazioni con l'altro, innescando processi di *empowerment* che portino a una maggiore consapevolezza dei propri diritti e all'autodeterminazione, come forma di partecipazione politica.

INTERVENTI DI ACCOGLIENZA E TUTELA PER I MIGRANTI FORZATI

L'accoglienza dei 'migranti forzati' implica la necessità di elaborare risposte puntuali a specifiche esigenze cliniche, legate essenzialmente alle cause della fuga (stress post traumatico), aggravate dalle condizioni del viaggio e rese più critiche dalle situazioni di vita nei centri di accoglienza. Se la recente operazione "Mare Nostrum" ha limitato i drammi dei naufragi, il sistema di accoglienza italiano si sta dimostrando inadeguato e l'organizzazione, ancora una volta ispirata da logiche emergenziali, sta producendo disagio e malattia in persone spesso particolarmente fragili.

Riemergono, inoltre, pregiudizi sulle condizioni di salute degli stranieri e sui presunti rischi per la popolazione ospite (associati in particolare all'occorrenza di malattie infettive e al loro rischio di trasmissione), che amplificano le discriminazioni e lo stigma nei confronti degli immigrati, portando oltretutto a risposte inappropriate e a conseguenti danni per la salute di tutta la popolazione.

Raccomandazioni

- Attivare urgentemente corridoi umanitari con il coinvolgimento internazionale;
- pianificare un'accoglienza diffusa che preveda il superamento dei Centri Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA), la piena valorizzazione degli Enti locali, il potenziamento del Sistema Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) e il miglioramento dei processi di monitoraggio e di verifica sulla sua attuazione;
- definire procedure di prima accoglienza anche in ambito sanitario: dal *triage* al momento dell'arrivo, alla presa in carico, fino all'inserimento nei normali percorsi del servizio sanitario, attraverso la condivisione di protocolli con le aziende sanitarie e i medici di medicina generale e con il coinvolgimento degli interessati;
- realizzare programmi di formazione dedicati a tutti gli operatori coinvolti nell'organizzazione e attuazione dei piani di accoglienza, in modo da offrire assistenza appropriata ai migranti forzati (con particolare riferimento alle competenze psico-traumatologiche) e fornire loro le necessarie certificazioni medico-legali.

LA TUTELA DELLA SALUTE DEI BAMBINI

Il minore non è soltanto "oggetto di tutela e assistenza", ma anche e soprattutto "soggetto di diritto", e quindi titolare di diritti in prima persona: a 25 anni dalla firma della Convenzione di New York, elemento irrinunciabile per la tutela della salute è un Servizio sanitario nazionale universalistico che preveda l'iscrizione obbligatoria e l'assegnazione di un medico a tutti i minori, indipendentemente dallo status giuridico dei loro genitori, che sia calibrato sui problemi delle famiglie e dei bambini, in particolare di quanti vivono in condizioni di rischio sociale o psicosociale, e che sia capace di ripensare i percorsi assistenziali per "fare meglio con meno" in un'ottica di piena inclusione ed equità.

In questo quadro, si riconosce l'importanza del riconoscimento della cittadinanza, come diritto ad avere diritti e punto di partenza per ogni possibile percorso di inserimento sociale.

Si ribadisce inoltre la centralità del Pediatra di Libera Scelta (PLS), non solo come riferimento per la "presa in carico" e la tutela della salute del minore, ma anche come possibile "catalizzatore" dei processi di integrazione e sostegno alla genitorialità.

Raccomandazioni

- Accelerare l'iter di riforma della legge sulla cittadinanza per garantire ai minori nati o cresciuti in Italia una piena inclusione e contemporaneamente portare avanti un nuovo concetto di cittadinanza per un'Italia più inclusiva e meno discriminatoria;
- approvare una legge che garantisca il diritto alla registrazione anagrafica per tutti i figli indipendentemente dalla situazione giuridico-amministrativa dei genitori, senza la necessità di esibire documenti inerenti al soggiorno, in modo da evitare che ci siano

Quale sguardo sui migranti forzati?

- “nati invisibili” con conseguenze aberranti di ordine sociale e sanitario;
- rivolgere un’attenzione particolare ai Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), garantendo l’assistenza del pediatra e la presenza del mediatore culturale, abbreviando il più possibile il tempo della loro permanenza nei luoghi di sbarco e accelerando le procedure volte a garantire un loro rapido trasferimento presso familiari regolarmente soggiornanti in Italia o in altri Paesi europei;
 - garantire la corretta e rapida applicazione del Regolamento Dublino III che, nel valutare l’interesse superiore del minore, stabilisce nuovi criteri per l’esame della domanda di protezione internazionale;
 - garantire risorse adeguate per i programmi di accoglienza, di educazione e di inclusione dei MSNA;
 - favorire percorsi di formazione al fine di arricchire la “competenza culturale” dei professionisti per quanto riguarda i minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie e psicologiche, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste;
 - rivolgere un’attenzione particolare ai bambini “detenuti” con le loro mamme.

DETERMINANTI SOCIALI E DISUGUAGLIANZE

La misura della crisi che attraversa oggi la sanità si esprime tangibilmente nella deriva di sapore aziendalista che vorrebbe banalmente ridurre la sanità a mercato, i pazienti a clienti, la tutela della salute e le dimensioni della cura a puro esercizio di *benchmarking*.

Per contro, la riflessione più avanzata sui modelli di *welfare* pone oggi l’accento sulla dimensione “ecologica” della salute e sull’importanza dei fattori socio-economici nel determinare lo stato di benessere degli individui e delle popolazioni, comprese quelle migranti.

Raccomandazioni

- Riorientare il Servizio sanitario nazionale verso l’attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità (cui appartengono anche alcune tipologie di migranti), l’equità nell’offerta secondo le diverse opportunità di ciascuno e la responsabilità nel proporre risposte appropriate e nel doverne poi rispondere alla comunità (*accountability*);
- mantenere una forte impronta universalistica della copertura sanitaria, in quanto approccio eticamente doveroso ed economicamente sostenibile per la tutela della salute;
- esercitare un’azione di stimolo e di coordinamento rispetto alla definizione di politiche intersettoriali per la promozione della salute, anche attraverso l’adozione sistematica dell’approccio HIA (*Health Impact Assessment*).

DIRITTO ALLA SALUTE SENZA DISCRIMINAZIONI

Esiste attualmente nel nostro Paese un’estrema difformità nelle politiche d’accesso all’assistenza sanitaria per gli stranieri, sia tra le regioni sia talvolta all’interno della stessa regione, con interpretazioni locali delle norme tali da ostacolare l’inclusione e favorire la discriminazione. Per contrastare la frammentazione e l’eterogeneità del quadro normativo sul territorio nazionale, si afferma l’opportunità che il modello di rete istituzionale

espresso dal Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", da cui è scaturito l'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, diventi un *network* stabile, potendosi proporre alle Regioni e Province Autonome (PPAA.) e al Ministero della Salute come punto di riferimento ineludibile per la programmazione locale e nazionale in questo specifico ambito.

Tenendo conto della complessità del fenomeno migratorio, si ritiene che una risposta efficace in particolare negli ambiti della programmazione e della definizione di percorsi assistenziali adeguati, sia la valorizzazione delle reti socioassistenziali, sanitarie, giuridiche e istituzionali per la tutela degli immigrati; per tale motivo, la SIMM con le sue realtà territoriali (GrIS) intende favorire l'incontro e l'interazione con le altre società scientifiche, con gruppi e istituzioni nazionali e internazionali di provata esperienza, per una lettura sempre più approfondita del fenomeno migratorio, da cui trarre elementi utili e proposte per l'elaborazione di politiche adeguate e tempestive.

Raccomandazioni

- Valorizzare le reti esistenti, in particolare i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), in ambito istituzionale, scientifico e dell'associazionismo, in quanto riferimenti puntuali per la comprensione dei bisogni e delle criticità emergenti, e al tempo stesso luoghi privilegiati per la sperimentazione di nuove forme di operatività e sinergia tra i diversi attori;
- sostenere il ruolo del Ministero della Salute nella *governance* del tema della tutela degli immigrati nei suoi diversi aspetti (dall'emergenza sbarchi, alle richieste di protezione e all'accoglienza dei rifugiati; dalla tutela delle donne alla transizione epidemiologica verso un maggior carico di malattie croniche; dalla presenza dei campi rom, al crescente numero di minori non accompagnati), con identificazione di interlocutori riconoscibili, competenti e coesi (anche grazie a collegamenti funzionali stabili tra le diverse Direzioni);
- adottare strategie e interventi utili a che le Regioni e le Province Autonome rendano operative, senza ulteriori ritardi, le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni e PPAA. del 20 dicembre 2012, e verificchino che ciò avvenga in modo omogeneo in ogni territorio/distretto sociosanitario.

Il Congresso della SIMM, giunto alla sua XIII edizione, da quasi 25 anni è un momento di sintesi delle esperienze di tutela sanitaria in Italia, di analisi delle problematiche emergenti, di stimolo politico per interventi di pianificazione adeguati, di sostegno delle motivazioni di quanti, spesso in prima linea e in alcuni casi ignorati dalle Istituzioni, si impegnano per garantire accoglienza, dignità e salute ai cittadini immigrati. Anche quest'anno, gli oltre 200 operatori che per tre giorni si sono confrontati ad Agrigento, con la loro partecipazione e le loro testimonianze hanno affermato che la tutela della salute deve essere responsabilità e patrimonio di tutti, senza alcuna esclusione.

www.simmweb.it



Dall'VIII Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia del Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC)

Capitolo V - Salute e assistenza

Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri

A cura di Simona La Placa (SIMM) e Rosalia Maria Da Rioli (GS GLNBM – SIP)

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le Regioni e che:

e) sviluppi e metta in atto una campagna di informazione e di sensibilizzazione sul diritto all'assistenza sanitaria di tutti i bambini, inclusi quelli di origine straniera, con particolare attenzione alle strutture di assistenza sanitaria utilizzate dalle comunità straniere; tale campagna deve includere la correzione degli elevati tassi di natimortalità e di mortalità prenatale tra le madri straniere.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. e

Tutti i recenti documenti elaborati in Europa, parlano di politiche per gli immigrati in termini di Salute, Health Impact Assessment (HIA) e riduzione delle disuguaglianze¹, partendo "dall'idea centrale che la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono *soltanto uno dei fattori* che influiscono sulla salute della popolazione"². Considerando, infatti, che le disuguaglianze sono dovute non solo a molteplici fattori socio-economici-ambientali ma anche ad una serie di problemi relativi al mancato o ridotto accesso ai servizi di assistenza sanitaria³, sempre di più si profila come elemento irrinunciabile per la tutela della salute, un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) universalistico e calibrato sui bisogni emergenti delle famiglie e dei bambini (soprattutto quelli a maggior rischio sociale o psicosociale), con percorsi assistenziali ripensati per "fare meglio con meno" in un'ottica di piena inclusione ed equità nell'offerta⁴.

¹ María-Teresa Gijón-Sánchez et al. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. *Eurohealth*, 2010, n. 16(1). Disponibile su: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/122710/Eurohealth_Vol-16-No-1.pdf.

² G. Berlinguer. Cause sociali e implicazioni morali delle malattie. http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2011.Atti_SIMM_e_Berlinguer.pdf

³ Risoluzione sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2011-0032+0+DOC+XML+V0//IT>

⁴ Raccomandazioni XIII Congresso SIMM 2014. http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2014/2014.Raccomandazioni_fin ali.pdf

Nonostante quanto premesso, ancora oggi, il profilo di salute dei migranti nel nostro Paese, parte oramai rilevante (8,1%) e stabile della popolazione, si caratterizza per condizioni di sofferenza dovute a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa⁵, conseguenza di un'estrema difformità nelle politiche sanitarie per i gruppi più vulnerabili tra cui i minori stranieri. A questo riguardo, rimangono ancora disattese e inascoltate le raccomandazioni dei precedenti Rapporti (6° e 7° Rapporto CRC) sull'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni e PP.AA⁶, quale "rivoluzionario passo avanti nella storia dell'assistenza sanitaria al bambino migrante" nello specifico quelle in riferimento all'iscrizione obbligatoria al SSN, con l'attribuzione del Pediatra di libera scelta (PLS) o del Medico di Medicina generale (MMG) a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica (STP/ENI⁷). Nonostante l'Accordo sia di per sé cogente⁸, è uso che le Regioni debbano non solo ratificarlo, ma anche dare indicazioni operative per gli specifici percorsi amministrativi, cioè la procedura per l'iscrizione al SSR dei minori senza permesso di soggiorno (PDS). Ad oggi 13 realtà territoriali abbiano recepito quanto previsto dall'Accordo⁹, solo Lazio, Campania, Liguria, Sicilia, Abruzzo, e Toscana si sono allineate con specifiche indicazioni operative.

In linea con gli obiettivi del SSN e a conferma di una politica sanitaria inclusiva scelta dall'Italia nei confronti di tutti i cittadini, si pone, inoltre, il Patto per la Salute 2014-2016 che prevede l'aggiornamento del Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria svolta dalle Aziende Sanitarie Locali (diffusione dei servizi, risorse impiegate, costi, risultati). In questo ambito, l'inserimento di set di indicatori specifici per la popolazione immigrata permetterebbe di individuare, per le singole realtà regionali, quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei LEA o comunque evidenziare i punti di forza, a supporto alle istituzioni, per la programmazione in sanità sia a livello nazionale che regionale/locale¹⁰. Facile dedurre i risvolti positivi che questo comporterebbe relativamente all'assistenza materno infantile che ancora oggi risulta tra le aree più critiche per la salute della popolazione immigrata, in quanto caratterizzata, rispetto alla popolazione italiana, da: un più difficile accesso ai percorsi di salute riproduttiva (in particolare per le donne immigrate non residenti); da più alti tassi di mortalità

⁵ ISTAT, *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*, Anno 2011-2012, report pubblicato il 30 gennaio 2014. Vd. <http://www.istat.it/it/archivio/110879>.

⁶ Accordo della Conferenza Stato, -Regioni e PP.AA. del 20/12/2012 sulle «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome», Rep. Atti n. 255/CSR (13A00918). (Pubblicazione in G.U. n. 32 del 07/02/2013 - Suppl. Ordinario n. 9).

⁷ STP – Straniero Temporaneamente Presente; Stranieri non appartenenti all'Unione Europea senza permesso di soggiorno). ENI – Europei Non Iscritti: Cittadini dell'Unione Europea indigenti, senza TEAM, senza attestazioni di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN.

⁸ Cfr. Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione: www.asgi.it.

⁹ Dossier Accordo CSR del 20/12/2012. Cfr. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: www.simmweb.it.

¹⁰ Tavolo Interregionale "Salute e Immigrati" della Commissione Salute della CSR. Verbale del 25/11/2014. http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/verbale_25_11_14.pdf

neonatale e infantile; un maggior ricorso al ricovero ospedaliero dei bambini stranieri per malattie infettive e parassitarie. Aspetti, quest'ultimi, imputabili non solo ad una limitata conoscenza dei servizi territoriali e della medicina generale, ma anche ad una carenza quali-quantitativa dell'offerta che si traduce in una effettiva difficoltà di accesso da parte della popolazione straniera¹¹.

L'individuazione di un percorso sanitario inclusivo ed equo nell'ambito del SSN italiano, accessibile a tutte le tipologie di minore migrante, si pone anche come uno degli obiettivi delle Nuove indicazioni per l'accoglienza sanitaria del bambino migrante, elaborate dal GLNBM-SIP¹², in seguito al graduale mutamento della componente minorile della popolazione immigrata, determinato dall'arrivo di un numero sempre maggiore di bambini, soli o accompagnati, provenienti da contesti geo-politici e con modalità di viaggio differenti. Valorizzando lo specifico ruolo dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, la differenziazione tra indagini di primo e secondo livello e la definizione di percorsi d'inclusione nel SSN, queste indicazioni si contrappongono alla standardizzazione dell'approccio, che rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute negative sia sui bisogni peculiari del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Anche nell'ambito specifico dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), che in questa fase storica hanno assunto numeri mai visti prima¹³, è pericoloso eseguire generalizzazioni, in quanto le caratteristiche cliniche di ognuno di loro dipendono: dal Paese di origine, dai motivi che hanno determinato il viaggio, dalla loro storia familiare, dalla loro condizione sociale pre migrazione, dal loro progetto migratorio. Un elemento critico del sistema di accoglienza dei MSNA, è rappresentato dalle procedure per la determinazione della minore età, presupposto essenziale per poter beneficiare delle misure di protezione per la popolazione minorile¹⁴. A tutt'oggi in Italia, vi è un ricorso sproporzionato all'esame radiografico del polso e della mano sinistra (procedura non riconosciuta a livello internazionale), in assenza tra l'altro di figure professionali competenti e di relativi percorsi d'informazione e richiesta di consenso al minore. Il Tavolo Tecnico Interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"¹⁵ ha approvato, nel 2014, un "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati". Tale documento, finalizzato peraltro all'aggiornamento di un precedente protocollo ana-

¹¹ Carletti P. et al. *Cosa sappiamo sui costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati?* http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=3012570.pdf.

¹² Da Riol, R.M., "Nuove indicazioni per l'accoglienza sanitaria del minore migrante". in *Pediatria*, 2014, n. 4(11). Testo definitivo a cura del Segretario e Consiglio Direttivo del Gruppo di Studio GLNBI-SIP (www.glnbi.org).

¹³ Dati Ministero Interno e Unhcr, con la collaborazione CRI (2014): al 31 dicembre 2014 sono sbarcati sulle coste italiane 170.100 persone (uomini 125.788, donne 18.190) di cui 26.122 minori, di cui 13.096 accompagnati e 13.026 non accompagnati (di cui 3.707 non reperibili); al 30 aprile 2015 8.260 MSNA con un incremento rispetto al periodo precedente del 31,7%.

¹⁴ Art.34, comma 1 e art.19, comma 2 del T.U.: i MSNA hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR e all'assistenza continuativa del pediatra di libera scelta (usufruendo tra l'altro del Codice di esenzione F02).

¹⁵ Allegato2 Protocollo MNA 30.10.2014 http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/verbale_25_11_14.pdf

logo del 2009¹⁶, individua principi, criteri ed indirizzi per l'identificazione dei minori non accompagnati e per l'accertamento della minore età. In questo documento viene, inoltre, ribadita la necessità che tale procedura venga effettuata previo invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per una valutazione multidisciplinare da parte del medico pediatra in stretta collaborazione con le altre professionalità (mediatore culturale, psicologo, assistente sociale).

Nel caso dei MSNA ancora una volta assistiamo ad una sorta di paradosso: da un lato sono minori da tutelare, dall'altro migranti da controllare¹⁷. A differenza di altri Paesi, in cui il sistema di accoglienza si configura strutturato da politiche migratorie consolidate, in Italia esso è regolato maggiormente per interventi nell'ambito di un'asserita emergenza-urgenza; manca ancora, infatti, l'approvazione di una legge, attualmente in discussione¹⁸, che regoli in maniera organica la risposta al fenomeno migratorio dei minori, così come manca una legge organica in materia di asilo¹⁹.

Per contrastare, pertanto, la frammentazione e l'eterogeneità di applicazione del quadro normativo sul territorio nazionale, il Gruppo CRC raccomanda:

Al Ministero della Salute, relativamente all'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni e PP.AA. del 20 dicembre 2012, di adottare strategie e interventi utili a che si rendano operative le indicazioni di tale Accordo: diramando una nota esplicativa per rendere possibile e uniforme l'iscrizione al SSR di tutti i minori, indipendentemente dalla loro condizione amministrativa e particolarmente dei minori stranieri in condizioni di irregolarità (STP ed ENI), ed equiparando i livelli assistenziali organizzativi di tali codici. Utile inoltre un'azione, da parte di regioni e PP.AA., di verifica affinché l'applicazione di tali indicazioni avvenga in modo omogeneo in ogni territorio/distretto socio-sanitario, e di monitoraggio degli indicatori di salute dei minori stranieri sin dal periodo neonatale attraverso il Sistema di garanzia di erogazione dei LEA;

Al Ministero dell'Interno di emanare chiare indicazioni per l'immediata attuazione di quanto previsto nell'Intesa Stato-Regioni n. 77/CV del 10 luglio 2014 "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario dei cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati", specialmente per quanto previsto alla voce "Accoglienza Minori stranieri non accompagnati"; in particolare: a) di indicare i criteri di accreditamento degli enti gestori di centri di accoglienza e di definire un chiaro sistema di monitorag-

¹⁶ Il 'Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori secondo il modello dell'approccio multidimensionale', emanato nel 2009 dal Ministero della Salute e approvato dal Consiglio Superiore di Sanità, è rimasto a tutt'oggi disatteso non essendo state individuate sui territori regionali le strutture che potrebbero svolgere tali esami, né è stata condivisa la garanzia di copertura economica degli stessi.

¹⁷ Guida psicosociale per operatori impegnati nell'accoglienza dei MSNA. Progetto "Il Faro" Terre des Homme. www.terredeshomme.it. info@tdhitaly.org.

¹⁸ DDL AC1658 Disegno di Legge per la Protezione e la Tutela dei MSNA (26 articoli), il 4 ottobre 2013 depositato alla Camera dei Deputati, il 27 Luglio 2014 Appello delle ONG (http://centroastalli.it/wp-content/uploads/2014/06/cs_Appello-MSNA.pdf), il 14 Ottobre 2014 approvata dalla Commissione Affari Costituzionali.

¹⁹ Appello Associazioni. http://www.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni/testi/01/01_cap09_sch06.htm

gio delle attività e degli esiti dell'accoglienza; b) di rendere il più breve possibile il tempo di permanenza dei minori e delle loro famiglie nei luoghi di prima accoglienza e di garantire la continuità assistenziale nei luoghi di seconda accoglienza, in cui la competenza culturale si avvalga anche di qualificati Servizi di mediazione inter-culturale;

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, di emanare quanto prima un DPCM per l'attuazione del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati", in attuazione di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 24 del 4 marzo 2014, in particolare all'articolo 4, comma 2²⁰.

²⁰ Vd. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/03/13/14G00035/sg%20> http://www.interno.gov.it/mininterno/site/it/sezioni/servizi/legislazione/sicurezza/2014_03_17_DLGS_04032014_n24.html.

GLI AUTORI

Affronti Mario. Medico internista, è responsabile dell'ambulatorio per migranti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Paolo Giaccone" di Palermo, presidente della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e direttore dell'Ufficio Regionale per le Migrazioni della Conferenza Episcopale Siciliana.

Casadei Filippo. Antropologo, è esperto di metodologia etnopsichiatrica in ambito clinico. Si occupa di formazione e ricerca sui temi della salute mentale transculturale e della mediazione linguistica per conto di Aziende pubbliche e del terzo settore. Attualmente collabora con il Servizio di Etnopsicologia dell'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo, ed è supervisore d'equipe nelle comunità di accoglienza per minori stranieri non accompagnati.

Cassarà Giuseppina Medico internista presso la Fondazione S. Raffaele Giglio di Cefalù (Palermo), è coordinatrice regionale del GrIS Sicilia (Gruppo regionale immigrazione e salute della SIMM). È stata responsabile dell'Ambulatorio per vittime di tortura e tratta del Centro Astalli di Palermo ed in atto presta la sua attività presso l'ambulatorio del Policlinico in regime di volontariato. Coordinatrice e tutor di diversi corsi di formazione su medicina delle migrazioni e dei viaggi per personale medico-paramedico e per mediatori culturali.

Molfetta Cristina. È un'antropologa culturale attiva nel mondo della cooperazione internazionale per quasi 15 anni, dal 1992. Ha operato in diversi campi profughi in paesi limitrofi o direttamente interessati da conflitti (ex Jugoslavia, centro e sud America, aree tribali al confine tra il Pakistan e l'Afganistan, West Darfour in Sudan e nel Kurdistan irakeno). Da quando è tornata in Italia nel 2008 collabora con la Migrantes di Torino ed è la referente della rete piemontese "Coordinamento non solo asilo" che aderisce alla rete nazionale "Europasilo". È una delle redattrici del sito "Vie di Fuga" e del rapporto sulla protezione Internazionale in Italia che è uscito a novembre 2014 ed è frutto della collaborazione tra Fondazione Migrantes, Caritas Italiana, Cittalia, Anci, Sprar e Unhcr.

Monti Maria Chiara. Psicologa clinica e psicoterapeuta gruppoanalista. È esperta nell'ambito dell'etnopsichiatria; dal 2008 svolge l'attività di presa in carico e di cura di pazienti stranieri, vittime di violenza intenzionale e di tratta ed è responsabile del Servizio di Etnopsicologia dell'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo. Svolge attività di supervisione d'equipe presso comunità di accoglienza per minori stranieri non accompagnati.

Finito di stampare nel mese di Settembre 2015
dalla tipografia LIPE (San Giovanni in Persiceto, BO)