

Piero Coppo  
**Culture migranti e servizi psichiatrici**

Grazie di avermi invitato a questa giornata del ciclo di quattro incontri che mi sembrano ben aderenti ai problemi attuali della sofferenza psichica e della sua cura in una società in rapida trasformazione. In particolare mi sembra che lo spirito che ha animato la scelta dei temi sia perfettamente consapevole della stretta interdipendenza tra sofferenza psichica, caratteristiche della società e risposte che questa è o non è in grado di approntare. Siamo quindi ben lontani (e questo mi fa sentire a mio agio) dalla tendenza neurobiologica che ‘naturalizza’ il disagio psichico, assolutizzandolo. Il tutto poi è reso ancora più interessante dal fatto di svolgersi a Perugia, uno dei luoghi in Italia dove il passaggio dalla psichiatria universitaria e manicomiale alle attività e ai progetti di salute mentale ha conosciuto importanti sperimentazioni e realizzazioni.

### **1. Straniero in patria**

Sui servizi psichiatrici, con i quali collaboro nella zona di mia residenza (Asl5) ho uno sguardo da esterno. Non faccio parte del sistema formale, istituzionale, della psichiatria o dei servizi di salute mentale. Dopo alcuni anni in un Ospedale psichiatrico in Svizzera, subito dopo la specialità che allora era in neuropsichiatria, sono stato impegnato all'estero, nei paesi “del terzo mondo”, in progetti di articolazione tra i sistemi locali di cura (guaritori, indovini, levatrici, erboristi, ecc.) e le strutture pubbliche della sanità. Negli anni '90, all'inizio della “emergenza migratoria”, ho partecipato con altri che venivano da quegli altri mondi al tentativo di aggiornamento, di apertura della cultura italiana istituzionale e non all'incontro con rappresentanti di culture lontane. Lì è venuto per me consolidandosi e strutturandosi l'approccio etnopsichiatrico, che poi negli anni è andato maturando fino ad oggi, al punto da consentire l'apertura di una scuola di specializzazione in etnopsicoterapia riconosciuta dal MIUR e l'avvio di un corso annuale per mediatori etnoclinici<sup>1</sup>. Non sono quindi integrato (“incardinato”) in nessun servizio pubblico o privato. Sono presidente di una Onlus, ORISS, attiva in cooperazione, formazione e informazione; lavoro in etnopsichiatria insegnando (due Master con l'università di Genova, sette anni di insegnamento alla Ca' Foscari di Venezia) e come consulente, facendo leva sulla mia esperienza di altri mondi e sul dialogo incessante tra altri sistemi di cura e quello che mi ha formato, al quale appartengo definitivamente: quello della medicina, della psichiatria, del riferimento alla scienza. Da questo punto di vista sono in un certo senso uno straniero in patria, un mediatore tra sistemi di cura, tra visioni del mondo, tra mondi. Infine, pratico come medico, psichiatra e psicoterapeuta nel paese dove vivo, vicino a Pisa.

### **2. Migrazioni**

Entrando nel tema della mattinata, mi sembra che si tratti di lavorare attorno a un paradosso: le alterità migranti pongono, nel contatto con il nostro sistema di cura, problema, e problemi di fondo, proprio a coloro, gli operatori della psiche, che dovrebbero essere i maggiori esperti su come rapportarsi e lavorare con alterità radicali. La “follia” non è l'estrema alterità umana?

Prima di entrare nel merito di queste difficoltà, occorre sottolineare alcune evidenze.

---

· Queste note, traccia del mio intervento nel percorso “La salute mentale al tempo della crisi?” organizzato dalla Regione Umbra e dalla Fondazione Angelo Celli a Perugia il 9 Novembre 2013, non sono in questa forma destinate alla pubblicazione.

<sup>1</sup> Si veda per ulteriori informazioni in proposito: [www.centrosagara.it](http://www.centrosagara.it)

Nei venti anni passati, il processo migratorio, come sapete, è stato caratterizzato da trasformazioni qualitative e quantitative di rilievo.

Delle tante, la più recente linea di demarcazione tra un prima e un dopo è quella che separa la migrazione in Italia prima e dopo la guerra in Libia.

Prima di quella guerra, i migranti che arrivavano provenivano comunque da dei contesti comunitari; partivano sostenuti da un gruppo vivente e attivo, incarnavano un progetto migratorio spesso condiviso, avevano da qualche parte radici alle quali eventualmente tornare, volontariamente o meno (per ciò che riguarda il Senegal, si veda, rispetto ai richiami perentori, il rituale del *Wotal*). La loro presenza in Italia sollevava spesso problemi di natura legale (clandestinità, expertise), sanitarie (venivano sollecitati soprattutto i campi della medicina generale, della pediatria e dell'ostetricia/ginecologia) sociali (accompagnamenti, problemi con i figli). Per ciò che riguarda il campo psichiatrico e psicologico, si poteva lavorare con loro, in casi di scompensi acuti (gli unici in generale ad arrivare ai servizi), cercando di mettere in campo nei casi lievi una psicologia o una psichiatria "transculturale" (che spesso si riduceva alla traduzione linguistica e all'ascolto), o l'etnopsichiatria e l'etnopsicoterapia in quelli più impegnativi; andando in questi casi a lavorare più nel profondo sulle determinanti culturali alla ricerca degli attaccamenti che *fanno fare*, di una base viva, presente anche solo nella rimemorazione, e spesso ricostruzione, della nostalgia. In quella fase abbiamo lavorato con gli operatori dei servizi pubblici soprattutto fornendo informazioni sugli altri mondi, sulle altre cosmovisioni, sugli altri ordinamenti, cercando di aprire l'orizzonte di chi, magari anche viaggiando per il mondo, non aveva mai provato a lavorare altrove nel campo della salute. Si trattava, insomma, di attivare e aggiornare il dialogo interculturale nel campo della salute con l'obiettivo di adattare l'operatività dei servizi ai nuovi gruppi che, da fuori, si installavano sui territori, con le loro particolarità ed esigenze che occorreva conoscere per dare legittimità alle loro domande, evitando pratiche clandestine e *drop out*.

Dopo la guerra di Libia, e ancora di più durante quella in Siria, una gran parte dei migranti che arrivano in Italia sono gente in fuga, persone senza un posto dove tornare, che lasciano dietro di sé terre bruciate. La loro partenza non era né voluta né preparata. Come alcuni di loro raccontano: sono andato al mercato e al ritorno non ho più trovato né casa, né famiglia. Tra loro ci sono anche quelli che erano dalla parte degli sconfitti: milizie, combattenti e a volte anche aguzzini; neppure loro, per faide locali e per ciò che hanno fatto, possono pensare di tornare. La situazione ricorda quella della II guerra mondiale, quando nei campi profughi in Europa lavoravano medici e psichiatri (tra i quali Henry B. Murphy, pioniere della *Comparative Psychiatry*) incontrando inedite difficoltà di diagnosi o di semplice collocazione dei problemi.

In questi casi chi opera nel campo della salute si trova spesso davanti a un'umanità non più riconoscibile, perché quello che le persone sono e appaiono non consente di ricondurle a una specifica appartenenza, a un popolo, a un mondo di vivi. Sono persone che, per quello che hanno attraversato, (anche solo la traversata del mare in quelle condizioni), hanno subito una metamorfosi. Di ciascuno di loro si potrebbe dire, parafrasando Primo Levi: « Considerate se questo è un uomo, che lavora nel fango, che non conosce pace, che lotta per mezzo pane, che muore per un sì o per un no. » Ci costringono quindi a ricordare altri orrori, altre deportazioni forzate, e, purtroppo, trattamenti e destini toccati a rappresentanti di altri popoli.

Ma sono nonostante tutto, nel bene e nel male, ancora umani. Interpellano gli operatori della salute a tutti i livelli, compresi quelli alti degli specialisti del settore, come Françoise Sironi, etnopsichiatra, esperta alla Corte d'Appello di Parigi e presso del Tribunale penale internazionale dall'Aja, che, a partire dalla sua "psicologia geopolitica clinica" ha lavorato e lavora da psicoterapeuta con le vittime di violenze intenzionali, di torture e con i loro torturatori. A partire dal *ground zero* di quelle umanità, di quelle vite, il terapeuta è chiamato a lavorare per co-costruire uno spazio interno e facilitare un processo di ri-umanizzazione, e cioè di relazione con ambienti e altri umani in modo di cercare di esserci nuovamente. Lavoro per esperti; tuttavia, di questa varia umanità impegnata nella ricerca della sopravvivenza, che siano immigrati "regolari", clandestini a piede libero, o migranti racchiusi nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE), nelle prigioni, nei CARA (Centri accoglienza richiedenti asilo) e

CDA (Centri di Accoglienza), sono gli operatori delle ASL che devono, quando le cose girano male, prendersi il carico per ciò che riguarda i problemi sociali e sanitari. Compito difficile e a volte impossibile, dato spesso che si tratta di mediare tra la disperazione di chi è in fuga e la richiesta di sicurezza e confort della società di accoglienza. In particolare il caso dei CIE, che sfuggono alla competenza delle ASL dei territori dove sono impiantati, che hanno loro personale sanitario interno e non dispongono di specialisti in salute mentale, che si avvalgono solo sporadicamente di consulenze specialistiche dell'ASL (in setting abnormi e in sé stessi patogeni), andrebbe giudicato come esempio della persistenza di situazioni concentrazionearie in paesi che, per altro, si presentano al mondo come difensori e protettori dei "diritti umani".

Ma poi, per gli operatori delle ASL, c'è tutto il resto: c'è la patologia "normale", quella degli indigeni e degli installati, che, d'altra parte, sembra in vertiginoso aumento e non è silenziata dalla prescrizione sbrigativa dei neuro-farmaci; ci sono fenomeni nuovi, sostenuti dai processi di rapida trasformazione dei processi antropopoiетici, di messa in forma degli umani di casa nostra legati anche al diffondersi di nuove tecnologie e consumi; c'è la discesa in campo di gruppi di utenti e la loro richiesta imperativa di dire la propria che fa vacillare le mura della fortezza degli esperti; c'è la rottura generazionale che rende, per via dei turbinosi processi di trasformazione nell'ipermodernità, difficile il dialogo tra genitori e figli (senza parlare dei problemi famigliari nei migranti di seconda generazione o nei casi di adozioni internazionali). Infine, lo svelamento delle connessioni pericolose tra discipline medico-psichiatriche e interessi economici e industriali ha fatto sì che il re sia sempre meno vestito, e che sguardi, fino a ieri indiscreti, possano scrutarne in piena luce e a fondo l'anatomia e la fisiologia.

Quindi la provocazione migratoria, e i problemi che mette sul tavolo, le criticità che svela e amplifica, è in risonanza con la progressiva generalizzazione dello stato del migrante, e cioè con l'esperienza della dislocazione diffusa e della trasformazione sempre più precipitosa degli ambienti che espellono chi non è in grado di stare al passo (uno striscione nel Festival dell'informatica di Bologna recitava: "Chi non c'è non ci sarà"), in una dinamica sempre più escludente e sempre meno inclusiva. Crisi quindi della stabilità e della funzione di protezione delle culture, compresa quella che, una volta, era considerata la cultura dominante europea e bianca; pur da sempre ibridata, ma solo nelle sue periferie. I sociologi e gli antropologi hanno, dal canto loro, descritto bene l'ipermodernità e le sue caratteristiche (si veda, per esempio, Zygmunt Bauman).

Provocazione migratoria come scrollone che fa, tra l'altro, precipitare la crisi dei servizi psichiatrici, dunque? Certo; quella crisi viene da lontano, e la provocazione migratoria nello stesso tempo la acuisce e la precipita, ma apre però ad altro, offrendo indicazioni per un superamento. E, d'altronde, sono solo le necessità che obbligano alla innovazione in questo campo, percorso, destabilizzato dal disordine della sofferenza, e quindi da sempre tentato da dispositivi tecnici e teorici normanti, normalizzanti, auto-cronicizzanti.

Tutto questo sta dentro il ribollire di cose che accadono in Italia e altrove e di cui questo incontro fa parte, sia per il suo tema principale (culture migranti e servizi psichiatrici) sia per la sua intenzione: come aggiornare, o addirittura ripensare, la risposta di sistema alla sofferenza non riducibile a un danno fisico, materiale. E ciò che c'è di prezioso qui, a Perugia, è che, per la particolare storia di questo territorio, ogni separazione forzosa tra cura e politica, tra caratteristiche della sofferenza e quelle del sistema delegato ad occuparsene è avvertita fuorviante e non può essere riproposta. Non ci si può più quindi, qui come altrove, nascondersi dietro a un dito, affidandosi a quella distinzione tra scienza e politica (intesa come logiche e interessi di una città terrena) che, dall'Illuminismo in poi, è servita ai sistemi di cura come protezione e garanzia, visto che il sommo referente, la Scienza, era stato installato al posto del Dio precipitato. Questo processo critico, mossosi dalle discipline dure (fisica), ha sgretolato ciò che serviva alla medicina (e soprattutto alla psichiatria) e alle discipline umane applicate (psicologia, psicoanalisi, antropo-etnologia, sociologia,) come salvaguardia dall'essere visti e giudicati per quello che

sono: dei prodotti locali, storici. Fine dunque del progetto imperiale, universalista, della *Kultur* che ha animato i secoli passati<sup>2</sup>.

E proprio da qui comincerei, partendo da alcuni episodi e da una premessa metodologica: *la fedeltà ai padri è la fedeltà alle loro domande, non alle loro risposte.*

### 3. Salute mentale di comunità senza comunità?

In un suo articolo del Maggio 2009 (“Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?” *Animazione sociale*, pp. 22-34) Francesco Scotti ripercorre, a partire dal 1974, la vicenda della psichiatria italiana, soprattutto quella della sua ala riformata, muovendo dalle origini: l’avventura basagliana.

A proposito del disgregarsi della psichiatria di comunità, scrive: “la psichiatria di comunità trova sempre meno connessioni con la comunità, sempre meno specificità (a vantaggio di aspetti specialistici più tecnici, diagnostici e terapeutici), sempre meno processi formativi dedicati a facilitare l’utilizzo delle condizioni e delle risorse locali a vantaggio della cura, mentre sono privilegiate piccole esperienze di laboratorio concepite in modo distaccato rispetto alla realtà operativa. Tali fenomeni di frantumazione e scollegamento sono stati ripetutamente segnalati.” (p. 29)

Già, ma quali comunità? Sociologi e antropologi hanno descritto il disfacimento del tessuto comunitario nelle società industriali e soprattutto ipermoderne; sono sotto gli occhi di tutti le trasformazioni, negli ultimi 30 anni in Italia, del tessuto sociale e, *quindi*, anche della quantità e qualità della psicopatologia. E, aggiunge Scotti, “i servizi non sono più ormai *di* territorio (cioè dedicati a una certa comunità) ma *sul* territorio e caratterizzati dall’essere disponibili per una utenza di una fascia di età ... o specializzati per patologia, ...oppure per sesso...” (ibidem). Quindi, per via di questo scollamento, da una parte stanno i tecnici, amministratori e pianificatori; dall’altra il popolo degli utenti. In mezzo, gli operatori, chiamati a rendere conto agli uni e agli altri. Fine quindi delle comunità e quindi dei territori intesi come sede di fenomeni locali, relativamente autonomi, caratterizzati da particolari bisogni e specifiche risorse. Una delle conseguenze, è che la collettività non avverte i servizi come di sua proprietà, non li sente portatori di possibili risposte ai problemi concreti coi quali si confronta. Inoltre, se si vuole fare non psichiatria sanitaria, ma salute mentale di comunità, manca oggi il quadro operativo di un movimento politico che la preveda e la inquadri nel suo obiettivo strategico generale. Anche a questo proposito, la crisi del rapporto tra popolazione e politica è evidente. La “rivoluzione basagliana” fu resa possibile dall’alleanza con un partito politico nazionale potente, che non esiste più; oggi, iniziative di salute comunitaria devono forzatamente trovare altre alleanze, radicate nei territori interessati e meno appesantite dalla loro istituzionalizzazione.

Scotti ribadisce la priorità delle pratiche, possibilmente buone, sulle teorie; ma senza teoria – estratta dall’esperienza e dalle particolarità delle pratiche – non c’è condivisione, elaborazione collettiva, non c’è strategia. Non si tratta, qui, di teorie autoreferenziali, dell’intellettualismo autistico e di salotto; si tratta di progetti, di obiettivi ragionati e condivisi, messi alla prova dai diversi punti di vista e approcci, in un ambiente multidisciplinare che adotti il dialogo radicale, e cioè la discussione aperta dei presupposti metodologici, delle visioni del mondo, delle pratiche di ciascuno.

A ragione i socio-antropologi hanno celebrato il tramonto delle grandi narrazioni (per esempio il marxismo e la lotta di classe, e in genere ogni ipotesi di progresso, salvezza e palingenesi) ma avrebbero dovuto, e in parte lo hanno fatto, fornire gli strumenti per decifrare la maga-narrazione che le ha sostituite e che investe l’Occidente (e progressivamente il resto del mondo) de-territorializzato dell’ipermodernità. La transizione dal dominio formale del capitale, ristretto alle aree industriali, al dominio reale, oppure totale come si voglia dire (Marx, *Urtext*) è il processo storico che caratterizza questa epoca nelle aree iper-moderne. Questo significa che non si danno più alternative disponibili al capitalismo (“capitalismo spettacolare-integrato”, come lo definì Guy Debord) nella sua fase di dominio totale, *se non quelle che possono nascere da una rottura storica con il suo divenire.* Detto in altri termini, da una prospettiva antropologica ed etnopsichiatrica il dominio passa oggi attraverso un’antropopoiesi de-territorializzante,

---

<sup>2</sup> Si veda in proposito Coppo P. 2013, *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria ed etnopsicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano; e il *Laboratorio Mappe* ([www.laboratoriomappe.org](http://www.laboratoriomappe.org)).

che separa gli individui dai loro attaccamenti fondamentali, prima di tutto quelli col loro gruppo di appartenenza. Ma, come si dice in etnopsichiatria, prendendolo a prestito da Bruno Latour, gli umani staccati dai loro attaccamenti fondamentali impazziscono; e non c'è da fidarsi di ciò che pretende liberarci dai vecchi attaccamenti senza mostrarci immediatamente a quali attaccamenti nuovi ci vuole legare. La domanda di fondo quindi è: la dinamica che taglia gli attaccamenti a una comunità e a un territorio, a cosa pretende legarci, mentre diffonde l'ideologia della possibile autonomia e libertà dell'individuo?

Muovendosi nel campo etnopsichiatrico, Philippe Pignarre e Isabelle Stengers hanno descritto bene il sortilegio, l'incantesimo che lega i cittadini portandoli alla passività dei dominati, dei consumatori-fruitori-utenti<sup>3</sup>.

Qui c'è un altro passaggio teorico importante, che illumina la strada: la separazione tra struttura e sovrastruttura, come pensata nella fase del dominio formale, dove la struttura, i rapporti economici, erano visti come i soli determinati dei rapporti umani, non regge più nella fase del dominio totale. Merci e ideologie, insieme, sono strumenti e insieme occasione di alienazione; l'economia politica colonizza l'immaginario nelle sue forme e nei suoi contenuti. Nel senso che è vero che la struttura condiziona e fabbrica gli umani e i rapporti tra loro, ma lo fa anche la sovrastruttura, passata ormai, nel dominio totale, sotto controllo diretto della produzione capitalista. Basta pensare alle imposizioni del consumo materiale, ma anche all'omologazione e moltiplicazione dei desideri come proposti dalla fabbrica della produzione/consumo<sup>4</sup>. Gli umani, i cittadini, esentati dall'interrogarsi su quale mondo vorrebbero per loro e per la propria discendenza, e cioè sul loro destino, sono formattati, nelle società iper-industriali, da un ambiente totalmente artefatto, materiale e immateriale. Servono dunque nuove teorie e nuove pratiche di liberazione, aggiornate, coerenti e oppostive rispetto alle condizioni storiche attuali. E' la mega-macchina della produzione (produzione anche di senso), e non più una classe di umani (che al massimo è al suo servizio) a generare oggi la cultura dominante, il brodo immateriale e materiale in cui evolviamo. Non sono più le collettività umane che, tra loro, discutono e si mettono d'accordo sui loro bisogni, su come trovare rimedio alle loro sofferenze, a dire la loro sul loro destino.

Il capitalismo liberista che ha dominato gli ultimi decenni sa bene che le comunità umane sono il suo nemico. Nel 1989, appena installato da Michelis al Ministero degli Esteri, l'Ambasciatore italiano a Dakar, uno storico universitario di Trieste, venne in Mali e riunì tutti i cooperanti italiani. Si andava, ci disse, verso una fase storica che avrebbe previsto migrazioni bibliche, di interi popoli; e quello che noi dovevamo fare nei paesi africani, non era più sostenere e rafforzare le comunità, come voleva la politica di cooperazione andreottiana, ma facilitare l'impianto del capitalismo, e cioè operare per dissolvere le relazioni intra- e inter-comunitarie di quelle società solidali, in nome di uno spirito imprenditoriale individuale. E de Michelis era un socialista, Andreotti un democristiano; e quale democristiano.

Quindi le alleanze e le buone idee e pratiche del passato non funzionano più, se mai hanno funzionato, perché siamo altrove; proprio come i migranti che sbarcano in un, per loro, altro mondo. *Ed è proprio per questa analogia di situazione, per essere come loro dei migranti tra un'epoca e l'altra, che possiamo fare delle loro tragedie, delle loro sofferenze e dei loro bisogni occasione per evolvere, per scrollarci di dosso routine, confort, miopie.* Siamo

---

<sup>3</sup> “Proprio su questa connessione tra la modernità del capitalismo maturo e la stregoneria hanno lavorato Philippe Pignarre e Isabelle Stengers nel libro *Sorcellerie capitaliste. Pratiques de désenvoûtement* (2005, La Découverte, Paris). Per loro la stregoneria nell'Occidente di oggi non è solo il persistere, sotto il velo della modernità, di pratiche e teorie antiche. Come descrivere e nominare altrimenti che con i nomi di stregoneria e contro-stregoneria da un lato il modo di funzionamento del capitalismo attuale, la sua presa sugli umani e, dall'altro, la qualità dei movimenti collettivi contro questa organizzazione dell'esistente, movimenti che, pur non durando e non realizzando granché, per la loro particolare qualità provocano uno svelamento che cambia tutto, proprio come se un sortilegio fosse stato tolto?” (Coppo P. 2007, *Negoziare con il male. Stregoneria e contro-stregoneria dogon*, Bollati Boringhieri, Torino, p. 163)

<sup>4</sup> Si veda in proposito, per esempio, Recalcati M. 2010, *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano

chiamati allo stesso lavoro, anche se da posizioni infinitamente più comode: non abbiamo sul collo il fiato che minaccia la nostra sopravvivenza.

#### 4. La rimessa in discussione di alcuni luoghi che furono comuni

Prima di accennare a quelle che sono a mio parere alcune vie da percorrere per procedere nelle condizioni attuali tenendo fede alle intenzioni di sempre, vorrei sottolineare due questioni che emergono dal lavoro citato di Scotti, e che meritano un aggiornamento.

Accogliere persone che vengono da altri mondi e che chiedono aiuto per problemi che noi consideriamo psichici vuol dire aprirsi agli invisibili dei loro mondi (dei, spiriti, *djinn*, forze della natura, spiriti degli animali, ecc.) e accogliere con rispetto e attenzione i loro esperti che sanno come lavorarli (guaritori, sciamani, indovini, erbalisti, ecc.). Vuol dire cioè abbandonare il pregiudizio che il presunto riferimento alla Scienza delle nostre teorie e pratiche autorizzava. Noi, psichiatri, psicologi e psicoanalisti, come i loro iniziati, siamo esperti della componente immateriale, invisibile (complessi, ricordi, affetti, comportamenti, inibizioni, angosce, paure, disperazioni, perdita d'animo) che sta nel nostro mondo e in chi lo abita. La frase liquidatoria “gli invisibili degli altri non sono altro che...” (credenze, superstizioni, oppio dei popoli, ecc.)<sup>5</sup> non deve avere più corso tra umani liberati dalla gerarchia dominante e dall'ideologia scienziata, per altro in sfacelo<sup>6</sup>. Con attenzione, con curiosità, con delicatezza impariamo a esplorare il mondo degli altri, non per sostituirci ai loro esperti (diventando neo-sciamani) ma per capire cosa possiamo mettere in campo di nostro che possa aiutare il processo di cura e di promozione della salute. Non è facile per nessuno assumere questa posizione di attenzione e apertura che non ha nulla a che fare con il relativismo, la tolleranza, l'ascolto passivo promosso da associazioni caritatevoli. E' piuttosto la posizione di un artigiano che cerca di scoprire come altrove si fa lo stesso lavoro: con che materiali, per farne cosa, con quali tecniche. Qui è, tra le altre, l'eredità di E. de Martino ad aiutarci a trovare quella posizione<sup>7</sup>. E' comprensibile la diffidenza verso la psicoanalisi di Basaglia e di altri dopo di lui in un momento di lotta collettiva contro la razionalità borghese (“Io credo che la Bastiglia sia la razionalità di Stato, come si configura nella società borghese”: così lo cita Venturini E., 1979, a cura di, *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino, p. 228). Ma non è utile oggi sottrarre al lavoro terapeutico la dimensione interna, endo-psicologica, così cara agli umani di Occidente, risultato di secoli di storia, dalla Grecia del “conosci te stesso” a oggi. Michele Riso lo faceva presente a Basaglia, pur nella situazione di emergenza (la lotta contro il manicomio) nella quale si trovavano insieme a operare. E, d'altra parte, sarebbe inutile imporre questo tipo di lavoro a chi è abitato da altre visioni del mondo, e degli umani nel mondo, dove lo la dimensione immateriale (o il Sé) è pensata sovrastare e comprendere gli umani, che tuttavia anche abita e alimenta (di questo parla Sudir Kakar, psicoanalista indiano, nel suo *Sciamani, mistici e dottori*, 1982, EST, Parma, 1997).

Giustamente Scotti sottolinea che la questione della psicoterapia è stata una questione irrisolta nel lavoro di riforma della psichiatria, nel passaggio tra psichiatria e salute mentale. I pazienti chiedono psicoterapia; Scotti traduce questa richiesta come richiesta “di essere accompagnati nel loro percorso di dolore, di essere consolati, ma soprattutto rassicurati, chiedono di condividere le scelte e non essere oggetto di trattamento...”. Ma, che si tratti di italiani o stranieri, *chiedono soprattutto psicoterapia per sanarsi, per guarire*. Psicoterapie trasformative, non di sostegno. E' urgente una riflessione profonda su cosa sia, a cosa serva una psicoterapia che non può essere lasciata all'ambito specialistico privato, o essere ridotta nell'ambito pubblico alle “due chiacchiere” quindicinali, o all'ascolto consolatorio. Le psicoterapie possono essere traumatiche e risolutive come un intervento chirurgico ben fatto, pur stando totalmente

---

<sup>5</sup> In proposito, e in particolare rispetto all'uso del “non è altro che...” da parte di S. Freud, si veda Coppo P. – S. Consigliere *Al di là di Totem e Tabù. Il punto di vista dell'etnopsichiatria*, in stampa in “Palinsesti”, 2, ISBN 978-88-6822-109-6

<sup>6</sup> Si veda per esempio: Stengers I. 2008, “La grande partizione”, *I Fogli di ORISS*, 29-30, pp. 47-61

<sup>7</sup> Si veda in Coppo P. 2003 *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri Torino, pp. 37-49

fuori dal modello psicoanalitico delle analisi interminabili. Gli stranieri, poi, conoscono per loro cultura il potere terapeutico e a volte risolutivo di un rito, di una benedizione, di un pellegrinaggio, di una affiliazione, della parola. Non trovano qui, nel loro incontro con la psichiatria e la psicologia, attenzione a questo ambito e possibilità operative; e d'altra parte i terapeuti non dispongono, per la formazione che hanno avuto, degli strumenti tecnici per pensare una psicoterapia come quella che voleva Georges Devereux: *metaculturale*. Allora riducono i contatti con i servizi ai soli farmaci, e per il tempo strettamente necessario, poi se ne vanno poi a cercare ciò di cui hanno bisogno altrove; come, d'altra parte, fa l'utenza indigena, nei sempre più numerosi e affollati pellegrinaggi verso le medicine alternative, complementari, di crescita personale, di evoluzione spirituale.

I territori, quindi, vanno riesplorati con altri occhi che tengano conto di tutto ciò. Occorre conoscere le collettività attive e dove possibile, allearsi con esse; ma occorre anche conoscere, e valorizzare senza giudizi scettici, tutte le risorse di prevenzione e cura disponibili. Le associazioni di stranieri, ma anche quelle del volontariato, vanno incluse in una rete, e la rete alimentata con occasioni e attività; le risorse informali di salute vanno conosciute, esplorate, incluse tra le risorse specialistiche da interpellare. La salute è un bene, una conquista comune. Si tratta di costruire non comunità (le comunità si auto-costruiscono a partire da specifiche necessità) ma collettivi e connessioni nei quali contribuire a far circolare risorse e informazioni. I territori vanno animati, partendo dalla posizione di chi accetta di condividere il potere di guarire con altri. Dei percorsi di cura gli esperti sono i pazienti, fatto salvo beninteso l'accertamento, da parte dell'autorità sanitaria, della non nocività delle varie risorse (*ma non del loro potere effettivo di cura*, dato che ogni sistema di salute può valutare solo le proprie pratiche e teorie; ogni valutazione crociata, da un sistema all'altro, è sottoposto a limiti tali da renderla non utilizzabile).

## 5. Proposte

Si tratta dunque di aprire i servizi, i loro operatori, alla nuova utenza straniera come occasione per lanciare un approccio al disagio e alla sofferenza immateriale che tenga conto delle nuove patologie, dei nuovi problemi, e dei modi di lavorarli all'interno dei diversi sistemi di cura, senza sovraccaricare ulteriormente il personale esistente di nuove mansioni. Ciò mi pare possibile solo rivalutando il territorio e implicando tutte le risorse che può offrire.

Le Asl dovrebbero, certo, aprirsi alle nuove esigenze dell'utenza, ma anche a quelle delle collettività e della popolazione che a loro affrisce. Questo vuol dire uscire, in salute mentale, dal modello sanitario e medico e dai suoi santuari. C'è tutto un lavoro da fare di informazione e di educazione per la salute che sta diventando improrogabile. Si sente sempre più la mancanza di un impegno che ecceda le attività curative da parte di coloro che dovrebbero essere i leader locali, gli esperti nella protezione e nella cura dei travagli e dei disturbi di ciò che noi chiamiamo psiche. Si tratta di fare cultura: e buona cultura.

Da tempo non si sentono più fare, dalle fonti istituzionali, discorsi scomodi, che sollevino domande e trattino questioni utili a una educazione sanitaria diretta a una popolazione che, oggi, è in grado di intendere e volere. Per esempio: cosa è il DSM V e quali conseguenze avrà sulla patologizzazione delle diverse esperienze di vita? Oppure: cosa è il *disease mongering*? Cosa ci insegnano i dati epidemiologici relativi alle psicopatologie nei vari mondi, e quelli della vendita in Italia dei neurofarmaci? Perché non fare il punto su ciò che si sa delle diverse psicopatologie dai vari punti di vista, neurobiologico, psicoanalitico, sociale? Quali sono le nuove dipendenze e cosa le determina? Cosa è salute in contesti multiculturali, e quali i limiti di tolleranza e intolleranza? Quale è l'effetto patogenetico e patoplastico dei nuovi strumenti digitali, e della esposizione allo spettacolo del consumo? Come si può costruire sul territorio un "parlamento" delle collettività e come è immaginabile un "parlamento" degli invisibili, degli Dei? E così via. C'è molta attesa, molto interesse per tutto ciò, pari solo all'entità del silenzio degli esperti in merito. Quindi, costruire territorio, costruire cultura condivisa.

Nel campo dell'etnopsichiatria italiana, il dibattito in auge all'inizio della provocazione migratoria (gli anni '90) tra sostenitori della creazione nei servizi di sportelli dedicati all'utenza straniera e quelli della

formazione di tutto il personale curante all'alterità pare sostanzialmente esaurito. C'è un sostanziale accordo su ciò che ci sarebbe da fare:

1. formare e informare tutto il personale curante sulle linee generali di un approccio aggiornato di salute mentale (teorie e pratiche) e in particolare sull'uso delle eventuali nuove risorse;
2. concepire e implementare una risorsa di secondo livello convocabile là dove gli operatori si trovano in una situazione di stallo (indipendentemente che ciò avvenga nel lavoro con utenze straniere o indigene)
3. aprire attività di informazione per la salute rivolte alla popolazione generale
4. censire, rafforzare e mettere in rete le collettività presenti sul territorio
5. monitorare e valutare in itinere le azioni intraprese, con particolare attenzione al rapporto costi/benefici.

Ci sono già dei progetti in corso, risultato di collaborazioni tra soggetti della "società civile" attivi sul territorio (Onlus, Ong, Associazioni) e Istituzioni (ASL, Università) che vanno in questa direzione. In generale, è preferibile che essi prevedano un consorzio di soggetti proponenti, tra i quali alcuni istituzionali e altri esterni: il dialogo con gruppi esterni alle aziende ma presenti e attivi sul territorio è indispensabile per mettere in moto una dinamica che travalichi dal recinto "socio-sanitario" e superi i limiti di una prospettiva o mentalità aziendale (pur evidentemente indispensabile). E' anche necessaria, per uscire dal modello sanitario, l'implicazione di risorse umane provenienti da varie discipline, nell'ottica di una multidisciplinarietà generativa di domande e di proposte. Occorre anche in questo caso accettare di condividere con altri il processo di cura.

Sono d'altra parte già in corso attività di formazione sia in etnopsicoterapia (per formare psicologi e medici in modo da poter attivare risorse di II livello) che in mediazione etnoclinica (sul modello di Serge Bouznah). Per ciò che riguarda l'etnopsicoterapia, il percorso previsto dal MIUR per le scuole di specializzazione è per ora di 4 anni, che forse diventeranno 5. Gli insegnamenti vengono da sorgenti mediche, psichiatriche, psicologiche e psicanalitiche; ma anche, e con uguale importanza, antropologiche, etnologiche e sociologiche. Agli insegnamenti si affianca necessariamente un lavoro personale, alla scoperta delle proprie determinanti individuali ma anche culturali, dell'importanza dei propri attaccamenti fondamentali, della necessità di saper mettere sotto controllo non solo il proprio contro-transfert idiosincratico, ma anche quello culturale (e di come essere consapevoli, d'altra parte, dei transfert dell'altro). I mediatori etnoclinici poi, formati in un anno, hanno il compito di facilitare il lavoro clinico in etnopsichiatria, curando la comunicazione tra curante e curato, senza necessariamente appartenere, come è il caso per i mediatori linguistici, al gruppo del paziente.

Nei prossimi anni dovrebbero essere così disponibili le risorse umane esperte e le competenze tecniche necessarie per generalizzare nuove buone pratiche capaci di aprire nuove prospettive, fondate su teorie che aggiornino quelle già espresse dalle varie discipline (sanitarie e umane applicate) negli scorsi decenni.