

200

ANNO XXXV n. 20 15 novembre 2005

Prospettive Sociali e Sanitarie

Speciale

**Aspetti clinici e risvolti sociali
nel trauma della migrazione**



Istituto per la Ricerca Sociale
Via XX Settembre 24 - 20123 Milano
<http://www.irs-online.it>

Spedizione in a. p. - 45% - art. 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Milano

Migrazioni	L'etnopsichiatria nel "terzo tempo" delle migrazioni di massa: tra dialogo e conflitto	<i>S. Inglese</i>	1
Servizi sociali	Il servizio sociale per stranieri del Comune di Milano: strategie di intervento e questioni aperte	<i>G. Boreatti</i>	5
Servizi psichiatrici	Il servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica di Terrenuove	<i>D. Ranci</i>	12
Servizi psichiatrici	L'intreccio di più setting: creatività e flessibilità nel lavoro etnopsichiatrico	<i>S. Ligabue</i>	17
Servizi psichiatrici	Un percorso dall'etnopsichiatria alla psicologia geopolitica clinica	<i>F. Sironi</i>	20
Notizie	Accadde domani	<i>A. Gambino</i>	24

Prospettive Sociali e Sanitarie anno XXXV - n. 20 - 15 novembre 2005

PSS propone in questo numero monografico alcuni contributi tratti da interventi tenutisi al Convegno organizzato dalla Cooperativa Terrenuove in collaborazione con il Centro di Psicologia e Analisi Transazionale e con l'Ufficio Stranieri del Comune di Milano il 21 gennaio 2005 a Milano.

Il convegno si è connotato come una giornata di studio rivolta agli operatori sociali e sanitari dei servizi pubblici e del privato che affrontano le problematiche relative all'emigrazione nel loro lavoro quotidiano.

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Alessandro Battistella, Ugo
De Ambrogio, Cristiano Gori
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani

Redazione

Alfonso Gambino, Vittorio
Glassier, Francesca Merlini,
Sergio Pasquinelli, Paolo
Peduzzi, Dela Ranci Agnoletto,
Edoardo Re, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Paolo Bosi,
Maria Dal Pra Ponticelli, Maurizio
Ferrera, Antonio Guaita,
Francesco Longo, Gavino
Maciocco, Marco Musella,
Franca Olivetti Manoukian,
Nicola Negri, Fausta Ongaro,
Valerio Onida, Marina Piazza,
Costanzo Ranci, Chiara
Saraceno, Maria Chiara Setti
Bassanini, Antonio Tosi

Impaginazione

Riccardo Sartori

Abbonamenti

Letizia Cucchi
e-mail: pss.abbo@hsn.it

Contatti

Via XX Settembre 24
20123 Milano
Tel. 0246764276
Fax 0246764312
e-mail: pss@hsn.it
http://pss.irs-online.it/
ccp. n. 36973204

Abbonamento 2005

Euro 49,00 (privati)
Euro 54,00 (associazioni di
volontariato e coop. sociali)
Euro 70,00 (enti)
Euro 80,00 (estero)
L'abbonamento decorre dal 1°
gennaio al 31 dicembre. Chi
si abbona nel corso dell'anno
riceverà i numeri arretrati.

Prezzo per copia

Euro 3,30

Stampa

La Fenice Grafica
Via Roma 71
26812 Borghetto Lodigiano (LO)
Tel. 037180864

Registrazione

Tribunale di Milano
n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei
testi, anche parziale, senza
autorizzazione.

L'etnopsichiatria nel "terzo tempo" delle migrazioni di massa: tra dialogo e conflitto

Salvatore Inglese

Responsabile Modulo "Psichiatria Transculturale e di Comunità",
Dipartimento salute mentale
"Giuseppe Curti" Asl 7 Catanzaro

- *Stanno gettando via i loro completi londinesi per indossare cose tradizionali.*
- *Lo sai che vuol dire questo, vero?*
- *Le nostre vite sono in pericolo*".

Don De Lillo (1982)

Molto tempo è stato necessario perché alcune profezie, più che ventennali, lanciate dall'etnopsichiatria giungessero finalmente a inveramento e si conservassero comunque come oggetti intrattabili oltre che ancora conosciuti vagamente.

Questa metodologia disciplinare, fin dalle sue prime definizioni (Mars, 1946), rappresenta una questione oltremodo politica (Inglese, 1997, 2003; Nathan, 2001; Sironi, 2004): tratta una materia vivente e urticante consolidata dal fatto che una serie di vettori umani concreti (gruppi e masse in movimento da altri mondi culturali) vengono a sollecitare e ad urtare quell'insieme di popolazioni, benevolmente chiamate "ospitanti" (ma forse si è fin troppo generosi a definirle in questo modo) nei loro nervi più sensibili.

Simili gruppi sollevano conflitti positivi sull'*éthnos* (identità differenziale da loro stessi rivendicata ma anche stigmatizzata dai gruppi territorialmente sovrani e, per ciò stesso, dominanti; Devereux, 1970), sulla *psyché* (termine descrittivo applicato al nucleo vitale, intimo e interno di cui è fatta la persona prodotta da una specifica società) oltre che, soprattutto, su quella particolare tensione morale e tecnica consistente nel prendersi cura dell'altro, addensata nel termine *iatreia* (Inglese, 2005a).

Queste alterità soggettive, proliferanti nei più ricchi sistemi sociali di adozione, infiltrano, attaccano e infine smontano le sicurezze unilaterali costruite nelle società ospitanti. Una recente pubblicazione ispirata all'inesauribile catalogo del Dsm-IV comincia a prendere atto che questa disarticolazione generale operata dalle identità culturali altre è giunta al punto da

mettere globalmente in scacco non solo il sistema di cure, ma l'intera concezione nosologica, e quindi terapeutica, dei grandi sistemi clinici (Apa, 2004).

L'etnopsichiatria si è sempre proposta anche come tensione politica, ma molto al di là dei termini "neutri-neutralizzati" dell'amministrazione di governo o nell'accezione di affermazione dell'interesse comune all'interno di un sistema sociale. Essa ha rivitalizzato questa tensione agitandola come "sovversione" dell'esistente. È diventata, allora, lo strumento teoretico di una critica necessaria dello "stato di cose presente", mai unilaterale né soggettivistica o utopistica, perché, laddove questa istanza di sovvertimento non venisse dispiegata correttamente, i conflitti socioculturali fisiologici verrebbero irretiti dalla seduzione dei corteggiamenti antagonisti, diventando talmente sovraccarichi di energia centrifuga da divaricare una faglia di guerra civile. È proprio quello che gli antichi greci temevano quando, per definire la corrosività minacciosa di una battaglia siffatta, usavano la parola *stásis* (Curi, 2000; Foucault, 1997): quando queste alterità, provenienti dai mondi più lontani (temporalmente, materialmente, spiritualmente), s'installano in un diverso ambiente sociale, riescono a disegnare scenari di conflittualità (se non si modificano i presupposti con cui si affronta la relazione con loro), inizialmente interstiziale e a bassa intensità, entro cui possono darsi le condizioni di una catastrofe sociale (mutazione tendenziale della forma organizzativa e valoriale in atto) che può assumere l'aspetto deformante di guerre civili alla maniera dei greci: confronti violenti e dissipativi all'interno di una stessa comunità ormai disponibile a riconoscersi come eterogenea, a trama lassa e desiderosa di un nuovo ordine anche di segno autoritario.

Da molto tempo l'etnopsichiatria più disincantata ha segnalato la sussistenza o l'imminenza di questi problemi ma

Questo numero di Prospettive Sociali e Sanitarie contiene i materiali a nostro parere più significativi del Convegno "Aspetti clinici e risvolti sociali nel trauma della migrazione", tenutosi a Milano il 21 gennaio 2005, organizzato dalla Cooperativa Terrenuove, il Centro di Psicologia e Analisi Transazionale e l'Ufficio Stranieri del Comune di Milano.

Il programma di lavoro della giornata intendeva:

- condividere approcci e modalità di intervento attivate dal Servizio sociale dell'Ufficio stranieri e dal Servizio di consulenza psicologica per immigrati di Terrenuove, nei rispettivi ambiti di competenza, evidenziandone le sinergie;
- offrire alcuni contributi teorici e metodologici attraverso l'intervento di alcuni "esperti", anche a livello internazionale;
- promuovere uno spazio di riflessione e confronto fra servizi e operatori impegnati a diverso titolo nel lavoro con persone straniere.

Il convegno ha ottenuto molta partecipazione e suscitato interesse; ci sembrava utile, perciò, pubblicare alcuni dei contributi presentati.

Apriamo con un testo di Salvatore Inglese: un bellissimo contributo, fedele al significato più profondo di etnopsichiatria, con una visione larga degli eventi in divenire. Siamo grati a Salvo Inglese sia di questo, che di altri contributi e anche del sostegno intelligente e denso di esperienza che in questi anni ha fornito all'equipe di lavoro di Terrenuove.

La parte centrale di questo numero di PSS è costituita da tre interventi tra loro connessi: Giancarla Boreatti, responsabile dell'Ufficio Stranieri del Comune di Milano, con cui in questi anni abbiamo collaborato con continuità, con stima e soddisfazione; Dela Ranci, responsabile del Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatria di Terrenuove; Susanna Ligabue, direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia del Centro di Psicologia e Analisi Transazionale e consulente di Terrenuove.

Françoise Sironi, docente di psicologia all'Università Paris VIII e direttore del Centre Georges Devereux di Parigi dal 1996 fino al 2005, chiude con un ultimo contributo questo numero di PSS. Anche a lei va la nostra gratitudine, come equipe di Terrenuove, per la competenza, l'onesta intellettuale delle sue conoscenze e per la sua importante presenza durante tutto il costituirsi del gruppo di lavoro del servizio di Terrenuove.

non ha fin qui ottenuto consensi significativi; spesso, anzi, è stata contrastata da una dichiarata ostilità. Un po' come succede a profeti minimi e disgraziati i quali, solo perché, in un momento eccezionale, sono attraversati da una manifestazione di verità finanche inattesa e addirittura respinta con forza, diventano essi stessi capri espiatori della verità declamata.

Per Tobie Nathan, oltre che per l'estesa rete professionale tessutasi intorno alla sua figura, il contributo prioritario dell'innovazione etnopsichiatrica è stato quello di sciogliere i nodi irrisolti dalla ricerca solitaria di Devereux, mettendo finalmente in movimento un dispositivo operatorio con cui lavorare, in modo collettivo, pubblico e concreto, una materia sconosciuta e complessa. Questo strumento sperimentale è diventato, a sua volta, un potente generatore di molti altri gruppi d'iniziativa (Moro, 2004) e d'intervento anche se non ha potuto misurarsi a tutt'oggi con gli effetti di una replica esaustiva dei suoi principi e delle sue regole. L'influenza creativa del dispositivo nathaniano si è esercitata su gruppi presenti anche in Italia (Beneduce, 1998; Cardamone, Inglese e Zorzetto, 1997; Profita, 2005) e, non ultimo, qui a Milano il gruppo di Terrenuove (Rotondo e Mazzetti, 2001; Ranci, 2004).

Questo percorso iniziale, che ha procurato la scoperta di un peculiare dispositivo clinico etnopsichiatrico, è ormai diventato un tracciato storico ben delineato, per così dire, in grado di offrire una serie di evidenze sia nel campo del metodo che in quello dei suoi risultati ottenuti nei campi applicativi più diversi (Inglese, 2005b; Nathan, Grandsard, 2002). Nathan ha lavorato per oltre vent'anni all'interno di questa inesauribile nicchia clinica: il centro "Georges Devereux", situato nella facoltà di Psicologia dell'Università di Paris VIII, è stato fondato nel 1994 e per oltre un decennio vi è stata la possibilità di seguirne la traiettoria scientifica fino alla costruzione dei suoi programmi di ricerca più recenti. Di questa evoluzione Françoise Sironi è sempre stata interprete straordinaria e originale (Sironi, 2001). In oltre dieci anni, sono accadute tante cose. Il dispositivo ha posto dei vincoli, di fatto e di principio, a tutti gli altri gruppi d'iniziativa affinché la base sostanziale della metodologia etnopsichiatrica, rifondata da Nathan, venisse correttamente oltre che consapevolmente rispettata e potesse finalmente raggiungere risultati effettivi, condivisi ed evidenti: talmente evidenti che non si può più passare a lato del dispositivo etnopsichiatrico, ignoran-

dolo, e della lezione etnopsichiatrica più in generale; altrettanto complessi che tale disciplina, cresciuta sul terreno specifico della clinica anche se sempre politicamente intenzionata, oggi può e deve dialogare con le molteplici soggettività costituenti la società istituzionale nel suo insieme.

Sono stato favorevolmente colpito dai problemi sollevati dalla dott.ssa Boreatti (si veda il contributo pubblicato in questo stesso numero), che ha saputo demarcare la mutazione profonda della "Milano da bere" (espressione coniata dall'euforico immaginario nazionale degli anni Ottanta) alla città del presente, qui rappresentata in modo realistico: una Milano che riflette, pondera, valuta le questioni imposte dalle grandi e inarrestabili migrazioni del mondo globalizzato. I problemi proposti dal lavoro quotidiano dell'Ufficio stranieri del Comune di Milano si sovrappongono, senza forzatura alcuna, alle questioni dell'etnopsichiatria che, in buona sostanza, non affronta criticità diverse da quelle sollevate da un servizio sociale metropolitano. Ciò vuol dire che si apre finalmente un binario dialogante tra una disciplina clinica, in grado di offrire un metodo ad alta definizione operativa, e l'insieme degli altri agenti istituzionali di una società avanzata (tra questi, naturalmente, l'Ufficio stranieri del Comune). Parlandone, questa volta, in termini di costruzione di dispositivi socioassistenziali nell'ampia cornice della salute pubblica, tale dialogo è stato avviato ed è necessario, per esempio, anche nei settori educativi primari e secondari, nei tribunali, negli ospedali, nel mondo del lavoro e così via.

È possibile istituire questa dinamica dialogante da parte della soggettività etnopsichiatrica. Essa, però, essendo sopravvissuta ad una battaglia di minoranza lunga almeno vent'anni, si concepisce come una minoranza abbastanza dura da digerire: l'etnopsichiatria, infatti, impone al dialogo con gli altri soggetti sociali tali vincoli di metodo da divenire difficilmente metabolizzabile da parte loro.

Innanzitutto, l'etnopsichiatria non vuole suggerire una strategia semplice e unificata per affrontare la questione migratoria. Forse quest'ultima è addirittura un problema *dépassé*, superato dai fatti stessi, perché non possiamo più rappresentare, sull'onda lunga del passaggio al nuovo millennio, le migrazioni come se fossero quelle, ancora oggi insufficientemente comprese, degli anni Settanta: non siamo ormai più al cospetto del transito, della traslocazione e del trapianto di piccoli gruppi di

individui protesi verso la realizzazione di programmi di emancipazione da condizioni di sofferenza materiale patite nelle società d'origine.

Non dovrebbe più suscitare scandalo o resistenza la tesi, peraltro avanzata in anni trascorsi, secondo cui la migrazione rappresenta una strategia politica e culturale che gruppi umani sempre più estesi esercitano nei confronti di altri gruppi umani (Inglese, 1993). Tale strategia di espansione viene giocata in prima persona da gruppi sempre più in movimento, dal sud al nord e dall'est all'ovest del mondo, sotto il segno di un'iniziativa di occupazione di spazi, di conoscenze, di risorse disponibili nell'universo di arrivo ma non in quello di partenza.

Lo scenario planetario nella sua configurazione geopolitica più generale (il macrosistema entro cui si svolge l'interazione tra i popoli) è sempre stato determinante nella lettura e nell'interpretazione dei fenomeni migratori.

Devereux svolge la sua ricerca antropologica e psicologica quando predomina ancora l'assetto coloniale; Nathan si muove nell'epoca degli ultimi spasimi del processo di decolonizzazione e si dimostra acutamente sensibile agli effetti delle indipendenze nazionali riconoscendo i chiari segnali dello scontro insistito tra modernità e tradizione, assunto come momento necessario dell'interazione terapeutica. Un suo merito teorico più generale è stato anche quello di avere concettualizzato l'affermazione progressiva di mondi in mutazione e in transizione permanente, dove si apre uno spazio intermedio e intermediario ancora del tutto insondato dalla ricerca scientifica. Tale concezione ha influenzato la costruzione del suo *cadre* clinico (Nathan, 1997) insieme alla pensabilità di un nuovo quadro socioculturale planetario esistente nel tempo reale e al superamento della metodologia complementarista di Devereux (Nathan, 2005).

Le varie generazioni etnopsichiatriche devono oggi misurarsi con dei punti di tensione in cui l'alterità culturale non è rappresentata da un soggetto subalterno che cerca di emanciparsi in modo individuale dalle catene sociali che lo imprigionavano (versione minimalista della migrazione da lavoro). Esso è divenuto un soggetto che pretende una posizione di predominanza e che si batte per l'esercizio parziale o totale della propria egemonia essenzialmente collettiva e comunitaria. Questa strategia complessiva ed egemonica ispira un terzo tempo della politica delle popolazioni che continua ad essere giocata attraverso migrazioni di massa e, dunque, sostanzialmente incontenibili

né regolabili da nessun accordo limitato alla sfera politica dei governi rappresentativi dei popoli in movimento.

Non siamo più di fronte a pura forza-lavoro che richiede di accedere a un contratto salariato qualunque: molti migranti continuano a travestirsi da uomini di fabbrica o di cantiere ma, in realtà, sono esponenti ideologici dei propri gruppi di appartenenza originaria (l'ossessione delle origini è un sintomo politico-ideologico prima ancora che psicopatologico; Benslama, 2002), seguono strategie e perseguono finalità che solo in un momento ulteriore dello scambio sociale e del contatto culturale vengono finalmente alla luce. In questo terzo tempo delle migrazioni di massa (che non sono più dettate prevalentemente da una politica del salario o dalla tattica della mera sopravvivenza) le questioni sociali, politiche e finanche cliniche diventano molto più complesse. In questo presente ancora non oltrepassato e che sembra dilatarsi all'infinito, momento atemporale in cui l'altro irrompe unilateralmente e con vigore intenzionale nella storia, pensandosi come soggetto protagonista e puntualmente antagonista, i vincoli metodologici presupposti dall'etnopsichiatria diventano finalmente attuali in modo effettivo. Se vogliamo davvero instaurare un rapporto efficace e produttivo con l'altro, dobbiamo essere capaci di sfidarlo sul piano fondamentale della rappresentazione: bisogna cercare e trovare quelle situazioni o quelle modalità dove l'altro si nasconde nell'attimo stesso in cui accede alla rappresentazione sociale o si lascia rappresentare sotto qualche forma identitaria. Se questo soggetto continua a mantenersi nel regime notturno dell'occultamento bisogna creare le condizioni perché la sua tendenza mimetica si limiti a un legittimo esercizio autodifensivo e non costituisca lo strumento necessario, unilateralmente valorizzato sul piano ideologico, di strategie aggressive anche insospettate. È altresì vero che i soggetti appartenenti a mondi culturali diversi da quello di accoglimento, indipendentemente dalle loro dichiarazioni ufficiali, legali e intenzionali, sono disponibili al dialogo ma, al tempo stesso, sono in buona parte recalcitranti a questa interazione: è di comune osservazione da parte degli operatori sociali, soprattutto quelli interagenti con certi gruppi nazionali e con specifici gruppi ideologici (nazionalisti, fondamentalisti e totalitari), scontrarsi con una resistenza radicale, con la recalcitranza assoluta a lasciarsi permeare e trasformare dall'azione istituzionale, perché esistono sempre, nell'incontro culturale (la migrazione è

solo una delle varianti possibili di tale scambio interattivo), aperture inattese e chiusure improvvise o permanenti.

Detto diversamente: chi, in questo terzo tempo delle migrazioni, vuole misurarsi con simili sfide deve sapere che ogni gruppo umano conserva, e vuole che non venga toccato minimamente, un nucleo fondante della propria organizzazione anche se questa struttura (interna: psicologica ed esterna: culturale) può apparire mobile e cangiante nel corso di una vita (tale constatazione impone l'attualità della ricerca etnopsichiatrica intorno alle conversioni ideologiche e identitarie; Nathan, Swertvaeger, 2002). Quando poi si afferma una disponibilità alla sua modificazione, non è detto che tale trasformazione proceda nella direzione preconizzata dal gruppo ospitante ovvero da quello che si immagina politicamente, ideologicamente, strutturalmente dominante entro un determinato contesto materiale e giuridico. Questo è un punto molto importante da tenere in conto anche nell'interazione clinica e sociale quotidiana. In altre parole, partiamo dall'idea che i giochi identitari (Devereux, 1970) non siano l'eccezione bensì la regola del rapporto interattivo con le soggettività straniere.

Un piccolo esempio: può succedere che un'intera organizzazione assistenziale si mobiliti con evidente partecipazione emotiva, impegnando risorse e diplomazie, per restituire alla propria terra d'origine un migrante prossimo ad esaurire il suo tempo di vita terrena. L'intervento etnopsichiatrico, grazie anche alla collaborazione giudiziosa di mediatori culturali, ha permesso di riconoscere un'identità etnica e nazionale del tutto fittizia, avanzata dal soggetto, orgogliosamente sostenuta anche dal proprio gruppo sociale di supporto e di riferimento, per avere accesso al diritto d'asilo. Sotto tale superficie ontologica dimorava un'identità più profonda e segreta, spinta ai limiti estremi della sua impronunciabilità e di una negazione ostinata, che permetteva di scrivere un romanzo di vita del tutto diverso da quello "ufficiale", legalizzato dai dispositivi giuridici del paese ospitante. Si provi ad immaginare allora questo sistema che sta per rendere esecutivo un rientro accompagnato dell'interessato in un paese di provenienza del tutto immaginario e ingannevole, dove si parla un'altra lingua, in cui esistono altre famiglie affettive e culturali. A nessuna di queste l'interessato appartiene ma verso di loro rischia di essere spinto dalla "macchina umanitaria" messa in moto in punto di morte. La pantomima appena descritta, grottesca

ma non tanto estrema come potrebbe apparire da questa didascalia, è molto frequente e rende estremamente difficile l'interazione clinica a cui si richiede la capacità di lavorare con maschere identitarie molteplici e convenzionali che rendono irriconoscibili le persone insieme alle loro appartenenze e ne falsificano l'assegnazione specifica. In tale circostanza, l'applicazione di una norma o di un diritto mantiene operativo il principio giuridico svincolandolo, in realtà, dalla specificità fisica, unica e irripetibile, del suo oggetto naturale (individuo).

Di fronte a problemi talmente intricati, l'etnopsichiatria propone una metodologia d'interazione, ma non difende un modello unitario da esportare. La pratica istituzionale in varie aree urbane del nostro paese ha permesso di capire che in questa fase, ancora sperimentale, le autonomie locali devono esattamente funzionare come tali: devono sperimentare i propri sistemi di intervento sulla questione straniera e solo successivamente, una volta raggiunta un'evidenza significativa della propria pratica, confrontarla con quella di altre realtà locali.

Una società altamente strutturata, innervata da istituzioni "forti" e funzionali, svolge il proprio discorso in modo del tutto diverso da quello che viene fatto a Napoli o a Palermo, oppure da quello che si potrebbe svolgere sottovoce nelle campagne della Sicilia orientale o della Calabria ionica, aree in cui la cronaca registra situazioni di vero e proprio schiavismo. Le varie società locali, insieme alle loro istituzioni, devono saper affrontare retaggi siffatti e simili problemi applicando regole diverse da quelle di società organizzate in altro modo. La bontà dell'azione locale si misura con la capacità di attrazione dell'alterità sociale nelle società garantite scongiurando la lenta deriva di soggettività ancora liminari (per esempio, certe tipologie di irregolari e clandestini) verso dimensioni esistenti al di fuori della sovranità giuridica statale. Laddove, invece, le varie situazioni fossero affrontate brandendo la legge in modo unilaterale e aggressivo, i fenomeni più equivoci, anche quelli caratterizzati dal più elevato grado di complessità evolutiva, potrebbero degenerare nella perversione e nell'incattivimento fino a intrappolare le identità culturali e i gruppi sociali più diversi in una ragnatela criminale invisibile oltre che sempre più inclusiva. La variabile criminale, infatti, rappresenta un contenitore senza fondo entro cui si raccolgono tattiche sociali predatorie e opportunistiche ma anche strategie politiche più organizza-

te (a elevata caratura ideologica) che riescono a proliferare meglio facendosi etichettare, nelle società ospitanti, come tendenze criminali piuttosto che come comportamenti politici.

Qualcosa ancora si potrebbe aggiungere sul dispositivo etnopsichiatrico. Utilizzo questo termine, "dispositivo", non secondo un'accezione unicamente strumentale quanto, piuttosto, nel duplice senso: a) di una struttura accoppiata ad una dinamica funzionale che permette il dispiegamento dei problemi oltre che delle modalità di intervento su di essi; b) di una provvisoria messa in ordine delle questioni resa necessaria proprio dall'interazione tra quei due termini, pazienti della notte e clinici perduti, che attraversano alcune mie riflessioni tematiche. I pazienti della notte sono proprio quelli che ricadono nel regime notturno della conoscenza: soggetti rispetto ai quali non abbiamo nessuna teoria né frammento di teoria che sia adeguato al problema presentato da queste soggettività (Inglese, 2001, 2004).

Françoise Sironi (2003) ha scritto un lavoro chiarissimo dimostrando che le teorie inadeguate diventano forme di maltrattamento quando si applicano a oggetti non illuminati dalla conoscenza scientifica: in assenza di una valida e autentica teoria su un qualunque oggetto non adeguato a quella teoria, né illuminato da essa, quando si utilizza l'apparato tecnico di quest'ultima (teoria e tecnica costituiscono un nesso inscindibile e sempre operativo solidalmente) si provoca inevitabilmente una forma di violenza sull'oggetto. Di più: su di esso si scarica ciecamente una forza che ne modifica ulteriormente la natura rendendolo addirittura più complesso e incomprensibile. In modo più preciso: il problema-paziente è soprattutto costituito dalla sommatoria dei trattamenti applicati a quel paziente e dei loro esiti. Quando affrontiamo il problema del paziente non stiamo lavorando su una dimensione naturalistica (per esempio, un mero elemento atmosferico) ma sull'insieme delle teorie e delle tecniche già impiegate su quel paziente, le cui tracce sono rinvenibili nel suo funzionamento attuale. Se l'etnopsichiatria è costruttivista è anche, gioco-forza, de-costruttivista: deve smontare nel problema-paziente quell'insieme di concrezioni (tracce) che vi sono state depositate da tutti coloro i quali sono intervenuti con tecniche particolari.

Se ci sono invece teorie e tecniche che sostengono di potersi applicare indifferentemente e inalterabilmente (concezione universalista) a questo tipo di problemi, tanto di cappello. Quando

avremo finalmente rendiconti scientifici esaustivi dei loro risultati positivi potremo allora modificare l'approccio metodologico dell'etnopsichiatria da noi preconizzata. La nostra predisposizione prudente, sul piano epistemologico, ci induce a confessare di non essere ancora in possesso di una teoria generale: l'etnopsichiatria non è una disciplina di tipo teoremativo, nel senso che dati certi elementi ne dimostra l'intreccio causativo e giunge alla loro soluzione. Semmai è una metodologia di tipo dilemmatico, si pone dei problemi e non elude domande che alimentano il dubbio ma riesce anche a stabilire quali sono gli elementi e le condizioni che bisogna infiltrare in quelle domande per ottenere risposte iniziali seppure sempre parziali (Inglese, 1998).

Vorrei giungere rapidamente alle conclusioni agganciandomi alla categoria di geopolitica clinica qui proposta da Sironi.

Fino a oggi la figura del trauma psicosociale è stata riguardata come una situazione problematica "a soggetto passivo". Secondo questa impostazione, il trauma proviene dall'esterno e si abbatte su un soggetto che se lo vede inflitto in modo inaspettato e indesiderato. Forse dobbiamo incominciare a pensare anche un'altra cosa: il trauma viene ricercato attivamente dai gruppi proprio attraverso il loro spiazzamento esistenziale che accompagna la loro delocalizzazione psicogeografica. Dovremmo elaborare una teoria generale del trauma ancora più complicata e ad un livello di astrazione molto elevato. Il trauma (l'evento), ma anche l'effetto (l'esito), la modalità della sua insorgenza (il luogo e il tempo) e quella della sua penetrazione (sovversione strutturale), la sua stessa trasmissibilità nonché la sua trasmissione effettiva lungo i gruppi e nell'alternanza delle generazioni, non dovrebbe essere più indagato come un oggetto inerte misurando semplicemente le conseguenze della perdita della lingua, del sovvertimento familiare o dello spaesamento religioso. Bisognerebbe innanzitutto tentare di capire come i gruppi si preparano all'esposizione traumatica in cui poi, di fatto, una lingua verrà perduta, una religione diventerà priva di senso, dei valori culturali subiranno addirittura una recessione delegittimante (psicopatologia della vergogna collettiva). Si tratta di risolvere l'equazione traumatica non più nella sola dimensione di colui che infligge e di colui che subisce questo attacco ma in una dinamica interattiva e ricorsiva in cui la ferita psicologica e culturale diventa il vincolo o, se vogliamo, il patto nuovo sottoscritto da alme-

no due soggetti ingaggiati in questa relazione peculiare.

Penso di poter concludere avvertendo una seconda volta che l'etnopsichiatria è davvero difficile da metabolizzare sul piano euristico perché le sue proiezioni conoscitive attingono, da sempre, da un altrove che deve venire. Essa non prova nostalgia per nessun passato né il flusso dell'antico la attrae in modo particolare (pulsione archeologica o passione fossile). L'altrove che deve venire è quella miscela la cui composizione ancora non conosciamo e di cui spesso non sappiamo nemmeno riconoscere immediatamente le manifestazioni in divenire. Tale sostanza viene puntualmente prodotta quando almeno due regimi temporali, due calendari di umana esistenza (uomini e manufatti, sentimenti, idee e civiltà), incominciano a ingranarsi l'uno sull'altro inaugurando un tempo aleatorio dell'attesa e del compimento. Proviamo a complicarci la vita, nel nostro ufficio, non badando soltanto alla logica dei fusi orari ma alla giustapposizione, alla coincidenza e agli scarti cronologici che si aprirebbero nelle nostre decisioni quando venissero assunte calcolando il tempo delle situazioni propizie, utilizzando, simultaneamente, un calendario gregoriano insieme a uno formato da cifre incaiche, cinesi, musulmane...

Nel momento in cui lo svolgimento esperienziale avviene secondo queste diverse ruote temporali si creano quegli effetti che l'etnopsichiatria propone come entità ignote per le quali non si possiedono teorie precostituite né pratiche convalidate e consensuali. Attraverso la convocazione di estese risorse conoscitive, scientifiche e politiche già disponibili nello scenario sociale più generale (Nathan, 2005) l'etnopsichiatria prefigura la trasformazione di eventi negativi e indecidibili, carichi di angoscia epistemologica ed esistenziale (Devereux, 1984), in elementi positivi e progressivi che decideranno il destino della vita comune nei grandi insiemi del mondo globalizzato.

Bibliografia

- Apa, American Psychiatric Association. Group for the Advancement of Psychiatry, *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Cortina, Milano 2004.
- Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando, Roma, 2005.
- Beneduce R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria in un mondo creolo*, Angeli, Milano, 1998.
- Benslama F., *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*, Aubier, Paris, 2002.
- Cardamone G., Inglese S., Zorzetto S., *Djon djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Edizioni Colibri, Paderno Dugnano, 1999.
- Curi U., *Pólemos. Filosofia come guerra*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- De Lillo D., *I nomi*, Einaudi, Torino, 2004.

Devereux G., *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1984.

Devereux G., "L'identité ethnique. Ses bases logiques et ses dysfonctions (1970)", in *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Flammarion, Paris, 1985.

Foucault M., *"Il faut défendre la société". Cours au Collège de France, 1976*, Gallimard, Paris, 1997.

Inglese S., "Effetti dell'emigrazione di massa nell'ecologia sociale di un territorio calabrese: mutazioni antropologiche e derive psicopatologiche", in De Micco V., Martelli P. (a cura di), *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Liguori, Napoli, 1993.

Inglese S., "About creolizing world", *I Fogli di Oriss*, 7-8, 139-148, 1997.

Inglese S., "Etnopsichiatria dei mondi in transizione", *Contro tempo*, 3-4, 51-66, 1998.

Inglese S., "Etnopsichiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata", in Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2001.

Inglese S., "Res hybrida. Di alcuni oggetti mentali e soggetti culturali nel mondo creolizzato", *Ou. Riflessioni e provocazioni*, XIV, 133-145, 2003.

Inglese S., "Pazienti della notte e clinici perduti. Questioni di etnopsichiatria clinica", in Ranci, 2004.

Inglese S., "A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti", in Attenasio et al., 2005a.

Inglese S., "La moltiplicazione delle lingue nelle 'terre del rimorso': metodologia ed esperienze di etnopsichiatria comunitaria in Italia meridionale (Calabria)", in Inglese S., Affettuoso P., Romano N. (a cura di), "Etnie, arti e terapie. Strade per incontrarsi", *Il vaso di Pandora*, numero speciale, 2005b.

Mars L., *La crise de possession dans le vaudou: essais de psychiatrie comparée*, Imprimerie de l'Etat, Port au Prince, 1946.

Moro M. R., *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Dunod, Paris, 2004.

Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empêcheurs de penser en ronde, Paris, 2001.

Nathan T., "Etnopsichiatria, complementarismo, possessione", in Attenasio et al., 2005.

Nathan T., Grandsard C. (a cura di), "Psychologie clinique et attachements sociaux: le paradigme de l'ethnopsychiatrie", *Psychologie française*, 3, 2002.

Nathan T., Swertvaeger J.-L., *Sortir d'une secte*, Les Empêcheurs de penser en ronde, Paris, 2003.

Profita G., "Gruppo ed etnopsichiatria", in Inglese S., Affettuoso P., Romano N. (a cura di), "Etnie, arti e terapie. Strade per incontrarsi", *Il vaso di Pandora*, numero speciale, 2005.

Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica. L'esperienza di Terrenuove*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2004.

Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2001.

Sironi F., *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano, 2001.

Sironi F., "Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique", *Pratiques Psychologiques*, 4, 3-13, 2003.

Sironi F., "L'etnopsichiatria tra tecnica, cultura, e impegno politico", in Ranci, 2004.

Il servizio sociale per stranieri del Comune di Milano: strategie di intervento e questioni aperte

Giancarla Boreatti

Responsabile Ufficio stranieri del Comune di Milano

Questa giornata di studio nasce nell'ambito di una collaborazione avviata già nel 2001 con la cooperativa Terrenuove, legata a una necessità di confronto nella riflessione su situazioni di cittadini immigrati che presentavano un'evidente sofferenza psicologica, e che rendeva inefficace anche l'intervento sociale. Per l'Ufficio stranieri è un'occasione assolutamente importante per confrontarsi su questo specifico tema, che è quello più cogente per la nostra quotidiana attività professionale.

È necessario utilizzare approcci anche di altre discipline per affrontare domande che sono presenti ormai da tantissimi anni in seno alle nostre riunioni sulla comprensione delle richieste di aiuto dei cittadini stranieri, e sull'efficacia delle nostre modalità di intervento professionale. Ricordo che già quasi dieci anni fa ci ponevamo il problema di come avvalerci di un servizio psicologico; dieci, quindici anni fa non potevamo contare sull'esperienza di alcune realtà professionali tecniche e specialistiche presenti oggi; ci sembrava quasi di dover inviare ogni nostro utente ad un servizio psicologico, tanto che ci dicevamo che non è possibile prevedere che all'ingresso dei nostri servizi, centri di accoglienza, strutture protette, o anche nella semplice consultazione nella presa in carico, si dovesse necessariamente fare colloqui sociali e colloqui psicologici.

Il tema "immigrazione" comporta approcci molto differenziati (culturale, politico, legislativo, sociale, lavorativo, religioso) e chi, come me, ha cominciato a "masticare" questa materia molti anni fa, ha sofferto della totale inadeguatezza delle riflessioni sia nel proprio ambito di lavoro, sia nei convegni pubblici, che in ambiti riservati agli esperti, così come ha sofferto di una legislazione troppo spesso in ritardo rispetto alla necessità di chiarezza per i migranti, disorientati di fronte alle macroscopiche contraddizioni tra dettato legislativo e comportamenti anche illegali, ma legittimati.

Solo in questi ultimi anni si sono aperti ambiti di riflessione che consentono di affrontare la conoscenza del mondo migratorio con una maggiore responsabilità. In ogni caso dobbiamo riconoscere di essere operatori ancora neofiti davanti ai molteplici aspetti dell'immigrazione, la cui evoluzione presenta delle variabili ancora tutte da giocare sullo scenario storico dei prossimi anni.

LA STORIA DELL'UFFICIO STRANIERI DEL COMUNE DI MILANO

Per capire che cosa dovremo andare ad affrontare nei prossimi anni, presento rapidamente la storia dell'Ufficio stranieri, a partire dalla sua costituzione, nel 1984; cercherò di procedere sinteticamente ma in maniera precisa nella presentazione della storia di questo Servizio, il quale rispecchia la storia dei migranti a Milano (tavola 1).

Nel 1984, l'Ufficio stranieri nasce incorporato nell'Assessorato al Lavoro e ai Problemi sociali, con funzione di osservatorio sulle minoranze etniche presenti in città, che in quel momento erano Rom, per quanto riguarda l'area dei nomadi, e principalmente cinesi, filippini ed eritrei, per quanto riguarda la presenza di stranieri in generale.

Nel 1986, l'Ufficio nomadi e stranieri viene incorporato nell'Assessorato ai Servizi sociali e inizia a sviluppare le prime attività di orientamento e di informazione. Viene inoltre istituita dalla Giunta comunale la prima Consulta per gli immigrati.

Nel 1987, viene emanata la prima sanatoria, cosicché il Servizio si organizza prevalentemente su competenze legislative e informative.

Dal 1989, al 1992 attraversiamo anni molto ricchi, molto impegnativi, ma anche molto turbolenti. Anzitutto, l'Ufficio nomadi e stranieri viene scorporato e viene istituito il Centro stranieri, dipendente dal Settore educazione; all'Ufficio nomadi e stranieri rimane la competenza della gestione

Già rinnovato l'abbonamento?

TAVOLA 1 Breve storia dell'Ufficio stranieri in rapporto alle modifiche legislative

Anno	Servizi	Istituzione competente	Attività/funzioni	Legislazione
1984	Nascita Ufficio stranieri	Assessorato Lavoro e problemi del territorio	Funzioni di osservatorio sulle minoranze etniche presenti sulla città	Non esiste una precisa legislazione sugli stranieri - si fa riferimento al Tups
1986	Ufficio nomadi e stranieri	Assessorato ai Servizi sociali	Inizia a svilupparsi un primo servizio di informazione e orientamento. Attivazione della prima Consulta per immigrati	Approvato il decreto con sanatoria DL 437/86
1989-91	Ufficio nomadi e stranieri Centro stranieri	Assessorato ai Servizi sociali Assessorato Educazione	Serv. inform. Segret. sociale - Gestione Centri di accoglienza Centro documentazione e collaborazioni con leadership immigrate	Entra in vigore la l. 39/90 (Martelli) Si avvia la piena competenza dello Stato in materia di Asilo politico (art. 1 l. 39/90)
1992	Riunificazione dei due servizi e istituzione dell'Ufficio stranieri	Settore Servizi sociali	Organizzazione del Servizio (informativo, Servizio sociale, gestione Cpa) anche con collaborazione dei primi interpreti/mediatori	Inizia la crisi della Giunta di Milano e si alternano diversi assessori
1998	Ampliamento del Servizio	Settore Servizi sociali	Avvio di servizi settorializzati e progettuali	Entrata in vigore del D.lgs. 286/98, che individua specifiche competenze in capo agli enti locali e definisce linee di intervento orientate all'integrazione
1999		Settore Servizi sociali	Avvio dei Finanziamenti da parte dello Stato alle Regioni del Fondo per le Politiche migratorie Primo Bando pubblico per interventi a favore delle vittime della tratta	Entra in vigore il regolamento di attuazione del TU
2001		Settore Servizi sociali	Adesione del Comune di Milano al Pna a favore dei richiedenti asilo e rifugiati	
2002		Settore Servizi sociali	Avvio del progetto Equal per l'empowerment dei lavoratori stranieri	Entra in vigore la l. 189/02 "Modifica del D.lgs. 286/98"

degli Sportelli di segretariato sociale; si avvia inoltre la gestione di Centri di accoglienza in occasione di grossi insediamenti abusivi, soprattutto di cittadini magrebini, in molte aree dismesse della città di Milano. Il Centro stranieri invece, collocato anche logisticamente in un'altra zona (nella sede di via Tadino) si occupa di istituire servizi prevalentemente educativi, gestisce la Consulta e attiva un servizio di collaborazione con le *leadership* immigrate che si erano costituite in quegli anni.

Siamo anche negli anni in cui cade il muro di Berlino ed incominciano ad arrivare a Milano grosse presenze, su due versanti: immigrati prevalentemente per motivi economici, e immigrati che vengono da paesi dell'ex blocco socialista, e che utilizzano, per l'arrivo in Italia, la domanda dell'asilo politico.

Il 1990 è l'anno della "legge Martelli" (l. 39/90), molto importante anzitutto poiché scioglie la riserva geografica rispetto ad alcuni Paesi riguardo alla domanda di asilo. L'articolo 1 consente, infatti, che tutti i cittadini provenienti dai vari paesi del mondo in cui c'è persecuzione possano fare domanda di asilo in Italia; ma è anche l'anno in cui si avviano, con la legge Martelli, i primi ragionamenti sulla possibilità di flussi con chiamate nominative, il cosiddetto "decreto flussi".

Il Governo italiano comincia a pensare che si possa governare il fenomeno migratorio attraverso la regolamentazione dei flussi in Italia. In realtà, la maggior parte dei migranti in Italia non arriva attraverso i decreti legislativi, ma attraverso organizzazioni criminali, e questo andrà a incidere profondamente anche sul percorso migratorio delle singole persone. Inizia, inoltre, una stagione molto importante per tutte quelle realtà etniche, per quei gruppi nazionali che individuano l'Italia come il Paese in cui possono trovare la libertà.

Facendo un rapido *excursus* delle realtà etniche che hanno avuto l'Amministrazione comunale come interlocutore, troviamo dapprima i rumeni (è la prima realtà che ha chiesto asilo all'Ambasciata italiana a Bucarest); nel 1991 inizia l'esodo degli albanesi, dei bulgari, dei somali; finisce l'esodo degli eritrei con la conclusione della guerra in Etiopia e con la vittoria nello scontro in Eritrea, ma inizia l'esodo dei somali, e poi dei bosniaci; scoppia la guerra nella ex Jugoslavia e iniziano a entrare i curdi, i cossovani, ecc.

Questi fenomeni politici e storici hanno profondamente influenzato anche la storia dei nostri servizi. Questi gruppi etnici hanno utilizzato prevalentemente il percorso della domanda di asilo, o comunque venivano da una storia di

persecuzione. Ma contestualmente, a partire dalla seconda sanatoria, quella del 1990, si implementa la modalità migratoria illegale, che riguarda ancora la Cina, le Filippine, i paesi dell'Est asiatico e dell'America latina.

Il decennio 1990-2000 è particolarmente importante, oltre che per i provvedimenti legislativi che sono stati presi, anche per le caratteristiche del fenomeno migratorio così come si è venuto a strutturare in Italia e anche a Milano.

Rispetto alla storia dell'Ufficio stranieri, nel 1992 c'è la riunificazione del Centro stranieri e dell'Ufficio nomadi e stranieri; inizia a prendere corpo il primo gruppo di operatori, alcuni dei quali presenti ancora oggi all'interno dell'Ufficio stranieri. In questo momento la maggior attenzione dell'Amministrazione comunale, e nella fattispecie dell'Ufficio stranieri, si rivolge verso la gestione dei Centri di accoglienza, oltre che verso un'intensa attività informativa sulla legislazione. Infatti, dopo la legislazione del '90 ci sono stati vari provvedimenti legislativi *ad hoc* per le varie popolazioni che arrivavano in Italia, e una terza sanatoria nel 1994-95: è il famoso "decreto Dini", che ha permesso la regolarizzazione di un numero abbastanza consistente di stranieri già presenti illegalmente in Italia.

Come si è detto, l'attenzione dell'Amministrazione comunale si è rivolta principalmente alla gestione dei Centri di accoglienza; si attivano fino a nove Centri, per una popolazione complessiva di circa 4.000 persone all'anno. Questo tipo di servizio è rivolto prevalentemente alla popolazione magrebina: non abbiamo mai avuto nei Centri di accoglienza un filippino, raramente un peruviano. La gestione di questi Servizi è stata particolarmente complessa, anche perché si tentarono delle sperimentazioni di gestione con organizzazioni fatte da connazionali ma, in realtà, questo tipo di gestione fece sì che divenissero delle enclavi monoetniche, che con l'integrazione non avevano nulla a che fare. L'Ufficio stranieri, dagli anni '90-'91, fino al 1994, si è trovato ad accogliere e gestire un numero impressionante di situazioni, pur essendo consapevole che i Centri non erano assolutamente Servizi adeguati per un percorso di integrazione. Spesso questi Centri erano diventati ormai luogo di traffici illegali (droga, armi), finché, per decisione del Prefetto, la più parte di loro fu dismessa. Nel 1995, inizia la riorganizzazione dei Centri di accoglienza che si sta concludendo in questi anni.

Nel 1998, l'entrata in vigore del D.lgs. n. 286 costituisce una grande novità: si tratta del primo provvedimento legislativo completo che va a regolamentare le politiche migratorie in Italia. È importante per la completezza legislativa sia perché istituisce un fondo per le politiche migratorie a livello centrale, con trasferimento delle risorse alle Regioni e agli enti locali, sia perché va a regolamentare aspetti fonamen-

tali del percorso migratorio, quali il diritto all'unità familiare, la possibilità di chiamate nominative, i flussi con la garanzia; si entra cioè in un sistema che comincia ad abbozzarsi come organizzato, dal punto di vista giuridico e legislativo. L'introduzione, nel 2002, della l. 189 ha congelato dei processi che invece era interessante osservare, soprattutto per contrastare o per contrapporsi agli ingressi illegali che hanno sempre un peso troppo serio e troppo impegnativo nella vita dei migranti.

In Italia il fenomeno migratorio soffre di questa anomalia delle sanatorie e di periodi molto lunghi di irregolarità, prima che i cittadini stranieri si possano rivolgere liberamente e con piena soddisfazione ai Servizi pubblici o a Servizi organizzati per poter dar loro delle prestazioni qualificate, anche semplicemente in termini di informazione.

Tuttavia, a partire dal 1996-97, incominciano ad affacciarsi anche altri fenomeni, in qualche modo patologici, nel fenomeno migratorio italiano: l'arrivo di minori non accompagnati, la presenza di donne soggette allo sfruttamento e alla tratta.

Il Servizio sociale inizia ad organizzarsi anche per far fronte a queste emergenze che per l'impegno economico, e anche per competenza, sono necessariamente in capo all'ente pubblico.

Nel 2000 cominciano ad essere erogati finanziamenti da parte dello Stato anche per i progetti di protezione sociale, previsti dal Testo unico n. 286 del '98, e a livello nazionale si avvia il primo schema di Programma nazionale asilo, cioè il primo sistema di accoglienza di richiedenti Asilo in Italia. Il Comune di

Milano aderisce e incomincia a realizzare dei servizi *ad hoc* per questo tipo di popolazione.

Fin dal 1992, a livello cittadino era stato costituito un coordinamento tra l'Amministrazione comunale e alcuni organismi del privato sociale, proprio per governare gli interventi a favore dei richiedenti asilo, così come si erano avviate attività sia strutturate che informali con altri soggetti fino a costituire dei gruppi di lavoro che sono stati molto produttivi. Infatti, negli interventi rispetto all'emigrazione, il lavoro istituzionale ufficiale affiancato da attività informali è risultato particolarmente efficace e utile.

Nel 2002 abbiamo avviato il progetto Equal, con fondi europei, rivolto a cittadini stranieri già presenti da un certo periodo di tempo in Italia.

Entra in vigore nel 2002 anche il Decreto n. 189, che rispetto alle competenze delle Amministrazioni comunali non cambia nulla, ma sicuramente modifica alcuni aspetti della Legge sull'Immigrazione che hanno una ricaduta significativa in termini di ricongiungimento familiare, ma soprattutto in termini di chiamata dei flussi, dove l'aspetto più importante è presentato dal fatto che viene tolta la possibilità per i cittadini stranieri di venire in Italia con delle garanzie da parte di cittadini italiani. L'aver eliminato questa opportunità fa da contrappeso al mantenimento abbastanza elevato dell'arrivo di flussi illegali.

L'organizzazione dell'Ufficio all'inizio presenta delle competenze indifferenziate; vi lavora un gruppo di assistenti sociali, che riceve ogni tipo di domanda, ma

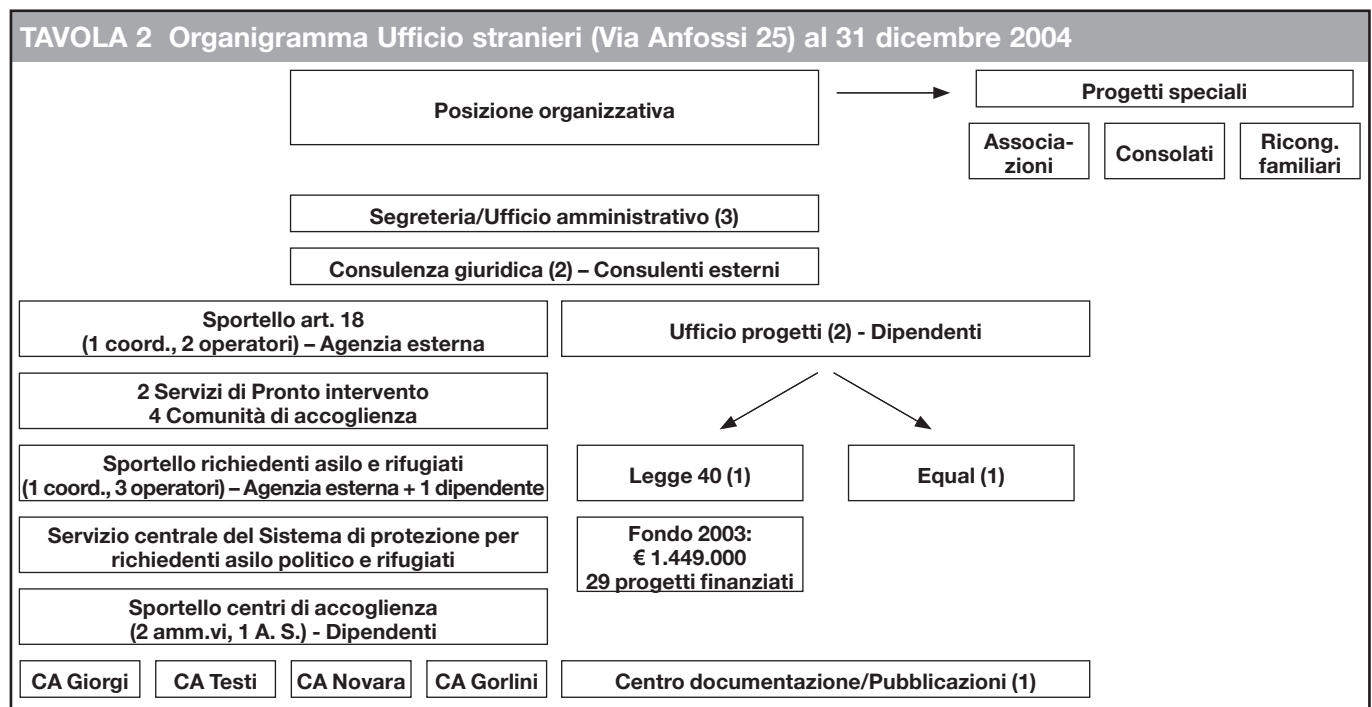


TAVOLA 3 Organigramma Ufficio stranieri (Via Boscovich 42) al 31 dicembre 2004

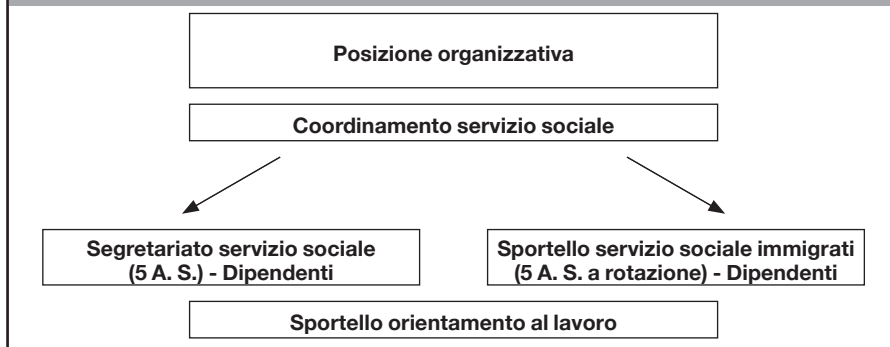


TAVOLA 4 Affluenza dell'utenza stranieri agli sportelli dei singoli servizi nel corso degli anni

	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Sportello segretariato sociale	3.248	4.028	3.836	3.289	3.038
Sportello formazione e lavoro	669	1.034	1.474	1.152	1.164
Sportello rifugiati politici	995	1.561	2.395	2.323	1.715
Programmi protezione sociale ex art. 18	48	65	72	54	72
Centri di accoglienza	212	617	784	226	323

molto presto emerge l'esigenza di assumere delle competenze specialistiche, sia per motivi organizzativi, sia soprattutto per la complessità delle competenze che venivano richieste in ciascun ambito.

Una prima fase della differenziazione delle competenze ha visto la presenza, al *front-office*, solo di assistenti sociali; il modello prevedeva l'accesso telefonico (richiesta di informazioni, prevalentemente) o l'accesso di persona al Segretariato sociale che si occupava dello smistamento presso i servizi di secondo livello; un servizio di secondo livello era lo stesso Servizio sociale che aveva suddiviso le proprie competenze tra rifugiati, donne, servizio sociale tradizionale e borse lavoro.

A partire dal 1991-92, abbiamo cominciato ad avvalerci del primo Servizio di interpretariato e di mediazione. È stato però necessario superare questo modello, a partire dal 2000, a seguito di alcuni provvedimenti legislativi che cominciavano ad essere orientati verso il contenimento della spesa pubblica. Non era possibile sviluppare servizi con nuovo personale del Servizio sociale, ma è nata l'esigenza di acquisire nuovo personale attraverso l'esternalizzazione di alcuni servizi.

Abbiamo così orientato le nostre scelte in questa direzione, pur conservando i servizi esternalizzati incorporati ancora, fisicamente e logisticamente, all'interno della nostra organizzazione, facendo nascere delle unità operative su specifici temi (tavole 2 e 3).

Attualmente, le unità operative

presenti, che dipendono dal direttore, sono: un Servizio di segretariato sociale; un Servizio di consulenza giuridica specifica per i richiedenti asilo e per tutti gli altri servizi; un'unità operativa che si occupa solo dei progetti di protezione sociale (vale a dire la gestione di tutti quegli interventi a favore delle donne vittime della tratta), la quale opera in collaborazione con due Pronto intervento sulla città e sei Comunità di accoglienza; infine, un'unità operativa dedicata all'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati. Con tale struttura organizzativa si vanno a realizzare quei servizi previsti dal Sistema di protezione centrale che è in capo all'Anci per mandato del Ministero degli Interni.

Dal nostro personale, invece, dipende la gestione dei Centri di accoglienza. Oggi i Centri di accoglienza sono quattro, per complessivi 220 posti letto, e sono prevalentemente rivolti ai richiedenti Asilo.

La permanenza nei Centri nella fase della richiesta di asilo dura circa due anni, a Milano come in tutta Italia; pertanto due centri sono destinati all'accoglienza di uomini, due centri sono destinati all'accoglienza di donne e di donne con bambini. Inoltre, l'Ufficio gestisce un servizio che si occupa di tutti i progetti legati alla l. 40, al progetto Equal e al Servizio di documentazione.

Nel contempo, dipendenti direttamente dal direttore, con la collaborazione di vari operatori dell'ufficio, vengono portati avanti alcuni progetti speciali legati a temi specifici come, per

esempio, il ricongiungimento familiare. In tal senso sono state avviate collaborazioni con associazioni di stranieri e con consolati.¹

Oltre a tutte queste attività, il lavoro più consistente viene svolto da un Servizio sociale direttamente gestito dall'Ufficio stranieri, con sede in via Boscovich. Tale servizio è composto da un coordinatore e da cinque assistenti sociali, che si occupano solo di attività di Servizio sociale.

Complessivamente, il personale impegnato nell'Ufficio stranieri raggiunge le 22 unità in ruolo, di cui un funzionario di Servizio sociale, 8 assistenti sociali, 4 figure tecniche, 6 ruoli amministrativi, 3 figure ausiliarie. A queste si aggiungono 9 persone, che collaborano attraverso convenzioni con agenzie, e un Servizio di interpretariato e mediazione a supporto dei servizi di *front-office*.

L'Ufficio gestisce due convenzioni per la gestione di quattro Centri di accoglienza, sei convenzioni con strutture di accoglienza per i progetti di protezione sociale, una convenzione per un progetto di supervisione con gli operatori sociali, una convenzione per una struttura di accoglienza a pensionato sociale, 29 convenzioni per i progetti finanziati con fondo per le politiche migratorie, il progetto Equal.

L'UTENZA

La popolazione straniera presente a Milano si attesta oggi sul 10-11% della popolazione residente. Infatti, i dati anagrafici dell'ultimo censimento mostrano già un valore intorno al 9,5% di stranieri sulla popolazione milanese. La percentuale nazionale è del 3,5%, quindi la città di Milano si sta avvicinando alla media delle principali città europee per presenza di cittadini stranieri. Le caratteristiche della popolazione che si rivolge all'Ufficio stranieri non rispecchiano quelle della totalità dei cittadini stranieri presenti, cioè chi usa i servizi pubblici sono solo alcune etnie.

Lo sportello di Segretariato sociale, nel triennio 2000-03, ha registrato 3.000-3.500 unità di persone che si rivolgono allo sportello. La fascia degli utenti è compresa fra i 18 e i 60 anni e la domanda è in continua trasformazione: nella fase delle sanatorie la richiesta prevalente era quella di informazioni sulle leggi; quando arrivano grandi gruppi, o gruppi che storicamente hanno una tradizione di rapporto con la Pubblica amministrazione, si rivolgono allo sportello per chiedere contributi, informazioni sulla propria situazione amministrativa; ma sempre

TAVOLA 5 Utenza del Segretariato sociale secondo le principali nazionalità

Nazionalità	Anno 2000	Nazionalità	Anno 2001	Nazionalità	Anno 2002	Nazionalità	Anno 2003	Nazionalità	Anno 2004
Marocco	430	Perù	539	Perù	363	Perù	403	Perù	362
Turchia (Curdi)	265	Turchia (Curdi)	499	Ecuador	242	Ecuador	295	Ecuador	270
Perù	248	Marocco	354	Marocco	173	Marocco	203	Marocco	123
Congo Brazzaville	218	Congo Brazzaville	324	Egitto	143	Romania	134	Romania	116
Egitto	191	Eritrea	286	Sri Lanka	108	Egitto	121	Ucraina	110
Albania	176	Ecuador	268	Albania	82	Sri Lanka	100	Egitto	97
Angola	128	Tunisia	190	Tunisia	81	Filippine	89	Eritrea	88
Tunisia	122	Togo	166	Filippine	80	Albania	77	Sri Lanka	83
Senegal	117	Sri Lanka	155	Romania	78	Ucraina	72	Filippine	73
Algeria	111	Sierra Leone	155	Eritrea	64	Eritrea	58	Brasile	60
Zaire	103	Egitto	138	Argentina	53	Tunisia	49	Albania	56
Bangladesh	98	Albania	132	Brasile	52	Moldavia	43	Tunisia	49
Italia	834	Italia	891	Italia	np	Italia	900	Italia	928

più, in questi ultimi anni, sta aumentando la popolazione che presenta forti sofferenze psichiche e fisiche e che è in una fase di revisione del proprio progetto migratorio, quindi presenta sia una problematica amministrativa nei confronti delle leggi dello Stato, sia una posizione soggettiva, molto compromessa (tavola 4).

Lo sportello di Formazione e lavoro, invece, attivo da circa 6-7 anni, anch'esso collocato in via Boscovich, ha un *target* di popolazione completamente diverso: vi si rivolge la popolazione che vuole andare verso il miglioramento della propria professionalità, vuole recuperare i propri crediti formativi, il proprio ciclo di studi, la propria formazione professionale; persone che, dopo aver fatto periodi di lavoro magari poco qualificanti, chiedono riqualificazione, cercano formazione professionale per il miglioramento del proprio percorso migratorio.

Lo sportello dell'Asilo politico è aperto ai gruppi neo-arrivati. Le principali etnie che recentemente stanno giungendo in Italia provengono dall'Africa subsahariana, dal Togo, dal Congo, dalla Liberia, dalla Mauritania, dall'Eritrea: si tratta di popolazioni neo-arrivate che entrano in Italia facendo domanda di asilo; quindi, pur giungendo attraverso percorsi illegali, trova il modo di farsi riconoscere, di farsi identificare, affronta un percorso di legalità.

Nel decennio 1990-2000 abbiamo avuto prevalentemente popolazioni dell'Est europeo e popolazioni dell'Africa settentrionale, adesso popolazioni dell'Africa centrale. I programmi di protezione, invece, si rivolgono a una popolazione prevalentemente dell'Est asiatico e nigeriana. Nei Centri di accoglienza sono attualmente ospitati coloro che fanno domanda di asilo, quindi è presente prevalentemente la stessa popolazione

che si rivolge al relativo sportello.

Una caratteristica importantissima nella storia migratoria italiana è costituita dall'eterogeneità delle etnie presenti a Milano; benché esse non si rivolgano tutte allo sportello pubblico, sicuramente una caratteristica del nostro fenomeno migratorio è la varietà di popolazioni che chiedono servizi (tavola 5).

Fino al 2000 dominava la presenza magrebina e curda; a partire dal 2001 iniziano a presentarsi ai nostri sportelli prevalentemente immigrati latinoamericani, con ritorni di altre etnie (per esempio, di provenienza magrebina), che si presentano per chiedere nuove informazioni sui ricongiungimenti familiari.

Quindi le unità operative sono servizi che funzionano a intermittenza, a seconda dell'insorgenza di problemi nel proprio processo migratorio.

In Italia non sono ancora state affrontate, nel loro completo arco longitudinale, tutte le problematiche migratorie: per esempio, non abbiamo ancora affrontato il problema della vecchiaia degli stranieri, l'uscita dal mondo del lavoro, anche se la stiamo sperimentando attraverso le donne eritree, attraverso le persone che hanno perso il lavoro e che non si sono integrate nei primi anni '90. Non abbiamo affrontato ancora a fondo tutto il problema dei ricongiungimenti familiari, della seconda generazione, siamo sempre in una fase iniziale della gestione del progetto migratorio.

Contemporaneamente, alcune etnie, pur avendo rappresentato presso i servizi pubblici una presenza dominante in alcuni momenti storici di questo decennio, sono quasi uscite di scena. Fino a poco tempo fa, gli albanesi erano sicuramente gli utenti privilegiati del Pronto intervento minori, dei nostri servizi, dei nostri centri di accoglienza;

oggi non abbiamo più minori albanesi nelle comunità di accoglienza e ne abbiamo pochissimi nella Comunità di accoglienza per minori non accompagnati. Pochissimi albanesi si rivolgono ai nostri servizi per richiedere prestazioni. Questo nuovo elemento ci stimola sicuramente a capire che cosa accada all'interno della comunità albanese, segnalando dei fermenti che sarebbe interessante conoscere.

All'interno dell'attività molteplici e complessa del servizio, un dato non particolarmente significativo riguarda l'erogazione dei contributi economici per la fascia delle popolazioni in difficoltà economiche: non diamo contributi economici in presenza del semplice stato di disoccupazione, perché sarebbe un impegno economico assolutamente eccessivo per l'Amministrazione comunale; la scelta che abbiamo fatto è, quindi, di aiutare economicamente e temporaneamente persone che escono dal mondo del lavoro e soprattutto persone che non possono entrare nel mondo del lavoro per problemi di malattia fisica e di malattia psichica, dove si incontrano sicuramente situazioni di grandissima sofferenza.

Vorrei ora entrare nel vivo della questione, sintetizzando alcune caratteristiche strutturali nel lavoro di Servizio sociale, poiché tali caratteristiche sono quelle che poi ci legano strettamente alla necessità di collaborazioni con servizi specialistici di livello più raffinato, da cui noi, peraltro, dobbiamo acquisire alcune metodologie, in quanto la semplice professionalità sul modello standardizzato italiano non è sufficiente per lavorare in tali servizi.

Note

1 Si veda, in proposito, Comito P., Monti A., Ranci D., Sucato R., "Ricongiungimento familiare di immigrati", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 17, 2005, pp. 7-10.

Una delle caratteristiche strutturali che presenta un Servizio sociale in una città come Milano consiste innanzitutto nell'eterogeneità dell'utenza.

Ogni anno si registra la presenza di gruppi dominanti e le diverse caratteristiche etniche dell'utenza richiedono ulteriori differenziazioni, a seconda della tipologia del servizio che necessitano. Le nazionalità registrate ai nostri sportelli arrivano a 108 e abbiamo un'elevata differenziazione della richiesta: dalla semplice "ho bisogno di casa e lavoro" (e ovviamente la domanda di alloggio è una delle più frequenti), alle richieste più raffinate e complesse come, per esempio, quelle relative alla falsa identità.

Ai nostri servizi si rivolgono persone che dicono: "sono entrato con una certa sanatoria, oppure in un certo periodo, con il passaporto peruviano, ma in realtà sono ecuadoregno, non posso più sentirmi peruviano, voglio ritornare ecuadoregno". Alcuni cittadini albanesi, nel momento in cui si è verificato l'esodo dei cossovari, sono entrati con identità cossovara, ma non hanno resistito a mantenere un'altra identità, un'altra nazionalità diversa dalla propria. Si è posto il problema amministrativo, come cambiare i documenti, ma soprattutto come emergere, come andare allo scoperto per recuperare la propria identità nazionale.

In alcuni servizi si presentano nuclei familiari sedicenti, di cui non potremo mai veramente accertare, ad esempio, se quella madre è veramente madre di quella figlia che ci presenta come sua figlia; siamo di fronte a donne straniere che sono in fase di separazione dopo il ricongiungimento, chiedono informazioni, hanno fatto il ricongiungimento con il proprio compagno o con il proprio marito, ma il ricongiungimento non ha tenuto dopo anni di separazione, quindi chiedono come potersi separare, come potersi costruire una nuova vita. Abbiamo domande relative a sottrazione di figli dopo il ricongiungimento familiare e ricomposizione del nucleo nel caso in cui un partner scappi con i propri figli.

Ai nostri servizi, come si può capire, giungono domande altamente differenziate, specifiche e difficili.

In questi anni è sempre stato necessario coniugare interventi di emergenza collettiva a interventi individuali: grossi esodi hanno richiesto di allestire a volte strutture di emergenza in ventiquattrore (operazioni rese possibili anche grazie alla Protezione civile); ci siamo trovati con la necessità di accogliere gruppi di 40-50 persone stanziali in Stazione Centrale, e non si è trattato di casi semplici, per esempio, di mamme con sette bambini a seguito, che poi sono arrivate a frequentare i nostri servizi.

IMPORTANZA E COMPLESSITÀ DEL LAVORO SOCIALE

Un elemento caratterizzante e significativo nello sviluppo del servizio riguarda l'influenza, l'ingerenza e la decisionalità politica: il nostro servizio è sempre stato abbastanza autonomo dal livello decisionale politico; ciò ha creato sia problemi sia opportunità. Una città come Milano oggi governa il fenomeno migratorio attraverso la competenza dell'Assessore ai Servizi sociali, ma molta della competenza affiora anche al settore Educazione, è legata al problema della casa, al problema del lavoro: manca pertanto una regia unica nel governo del fenomeno migratorio. Peraltro, altre città che avevano istituito il proprio Servizio sociale (i servizi per l'immigrazione) in stretta dipendenza con il livello decisionale politico, appena si è verificato il cambio del governo e dell'amministrazione, hanno visto cancellata un'esperienza di tre, quattro anni.

L'autonomia dal livello politico ci ha permesso di consolidare la nostra esperienza tecnica nell'organizzazione dei nostri servizi, ma sicuramente, se si deve pensare a una struttura più generale di governo del fenomeno, manca una cabina di regia a livello cittadino. Probabilmente il livello politico ha una strategia, ma il livello tecnico partecipa meno a questa regia. Vi sono interventi che sono di competenza necessariamente istituzionale: la legge (l. 286/98, Costituzione, Codice civile) affida competenze in specifico al Servizio sociale, ma è molto importante avviare delle attività informali, legittimate, riconosciute; la direzione deve sapere che si fanno, ma è necessario entrare nel mondo dei migranti, nelle loro organizzazioni. Quindi, è necessario rispettare profondamente l'organizzazione che i vari gruppi e sottogruppi nazionali si danno, ma essere presenti per una collaborazione, per conoscere le dinamiche interne ai vari gruppi nazionali.

Un'esperienza fatta con la comunità cinese negli anni 1986-2000, è stata particolarmente interessante: abbiamo iniziato ad abbozzare il primo tentativo di mediazione sociale, che poi non ha avuto seguito per varie ragioni; ma un gruppo eterogeneo di rappresentanti di cittadini, di insegnanti, di operatori sociali, di operatori sanitari in una specifica zona di Milano ci ha permesso di portare avanti delle iniziative molto interessanti, e comunque di comprendere problemi molto complessi.

Il percorso legislativo dello straniero, il percorso amministrativo, ha delle fortissime ricadute sul benessere o sul malessere individuale. La complessità

della gestione della legge sull'immigrazione, l'incrocio con altri sistemi giuridici, ci ha creato l'esigenza di approfondire e conoscere sistemi soprattutto legati al diritto di famiglia di altri Paesi. Abbiamo prodotto anche delle pubblicazioni, sia rispetto al diritto di famiglia, sia rispetto al sistema scolastico; per quest'ultimo aspetto abbiamo lavorato con il Cep (Centro di educazione permanente) e con il Provveditorato agli studi. Questo tipo di lavoro richiede un continuo aggiornamento con il nostro sistema giuridico.

Gli ultimi provvedimenti legislativi, sia il Testo unico n. 286/98, sia la l. 189/02, ovvero il decreto che ha regolarizzato l'emersione dal lavoro nero di molti cittadini stranieri, hanno dato l'opportunità a nuove agenzie, a nuovi servizi di diventare referenti per gli stranieri.

Nell'ultimo triennio abbiamo visto, sia nell'ambito delle organizzazioni sindacali, sia grazie anche alle risorse del Fondo per le politiche migratorie, il nascere, a partire dal 2000, di iniziative che si stanno orientando verso la specializzazione di interventi a favore degli stranieri, in ambito educativo, in ambito extra scolastico e in ambito sanitario.

Le caratteristiche strutturali di un Servizio sociale rispetto agli interventi per gli stranieri, sono tantissime. Le elenco e le riassume di seguito schematicamente.

- Eterogeneità dell'utenza: ogni anno si registra la presenza di gruppi dominanti (in questi ultimi anni prevalentemente latinoamericani e rumeni, altri anni marocchini, altri ancora albanesi, eritrei); le caratteristiche etniche dell'utenza sono poi differenziate per tipologia di servizio; tuttavia le nazionalità registrate allo sportello del servizio sociale nel 2004 sono state 108.

- Elevata differenziazione della domanda: dalla domanda indifferenziata (casa e lavoro), a domande ad alta complessità e delicatezza, sociale e giuridica (sottrazione dei figli, traffico di minori, ecc.).

- Nel corso di questi anni è stata presente la necessità di "adattare" il proprio intervento alle circostanze di emergenza che si sono venute a creare nella città, ma vi è stato anche un rapido superamento e cambiamento delle necessità.

- Integrazione della erogazione di servizi a seguito di diretta domanda dell'interessato (secondo il principio dominante nel sistema italiano) con la predisposizione di servizi di sensibilizzazione e di informazione per interi gruppi (a scopo preventivo).

- Forte influenza del livello politico, sullo sviluppo del servizio, anche se

oggi vi è un livello organizzativo che può operare autonomamente dagli orientamenti politici locali.

- Necessità di strutturazione di iniziative ufficiali ed istituzionali, ma sviluppo anche di attività informali con la costituzione di gruppi misti (operatori sociali, insegnanti, mediatori, ecc., perché questa modalità consente di conoscere aspetti del mondo migrante che sono più interni alle reti e sottoreti etniche) centrati su un *focus* di interesse condiviso.

- Integrazione dell'intervento sociale con competenze giuridiche e antropologiche, soprattutto quando si affrontano, a fondo, alcuni aspetti specifici sia del processo migratorio che delle specifiche etnie migranti.

- Forte innovatività, è necessario saper cogliere i frequenti cambiamenti o le nuove fasi interne ai processi migratori ancora attivi, e adattare di conseguenza i propri servizi.

- Le variabili legislative hanno determinato lo sviluppo di organizzazione di nuovi servizi per stranieri presenti sul territorio, la specializzazione di alcuni servizi capta utenza che in altri tempi afferiva agli sportelli comunali.

- Evoluzione del servizio in conseguenza di un approfondimento qualitativo e quantitativo della domanda dell'utenza.

Vi è poi il problema della variabile linguistica e la presenza di vettori sconosciuti all'operatore: dietro la presenza dello straniero che si presenta al nostro servizio c'è sempre un vettore che noi non conosciamo, ma che non è influente per la persona. Ci incontriamo o ci scontriamo o dobbiamo fare i conti con la differenza di rappresentazioni simboliche del problema che lo straniero porta, e con la rappresentazione simbolica che ha del servizio. Abbiamo a che fare con la variabile del significato culturale che lo straniero ha del proprio bisogno e questa spesso non è compresa dall'operatore.

Vorrei sinteticamente riportare una mia esperienza diretta. Nel corso di una visita domiciliare incontrai una cittadina eritrea che, stando alla mia classificazione, o comunque ai miei strumenti tecnici, era in una situazione da ricovero in una struttura psichiatrica; aveva appena avuto eventi luttuosi, era stata abbandonata dal marito, viveva con due bambini in una situazione molto difficile, in una casa soggetta a sgombero. Dopo aver fatto la visita domiciliare, molto timidamente invitai la signora, a fronte del malessere che mi aveva descritto, a prendere contatto con il suo medico curante... Dopo tre giorni ricevo una telefonata da una persona che si definisce un'assi-

stente sociale degli eritrei, non sapevo neanche esistesse un'assistente sociale degli eritrei (che poi è diventata una mia carissima collaboratrice), che mi aggredisce dicendo che io non capisco niente, che la nascita, la morte, l'abbandono del marito, il ritrovamento del marito sono eventi particolarmente significativi per una donna eritrea, che in Eritrea hanno una ritualità, e che il malessere di questa signora dipendeva dall'impossibilità di elaborare gli eventi che aveva vissuto secondo la propria ritualità. Solo casualmente, dopo quattro anni, questa stessa mia carissima collega mi disse che in realtà poi la signora era stata ricoverata con Tso in ospedale psichiatrico. I significati simbolici degli eventi accaduti non erano in contraddizione con l'interpretazione che avevo fatto: il malessere della signora necessitava di un intervento anche psichiatrico; ma non ero stata in grado di coniugarli in quel momento in un linguaggio comprensibile per questa signora, rendendo quindi inefficace il mio invito a star meglio, per la mancanza di strumenti di conoscenza culturale del paese di origine.

Altra variabile significativa è l'immagine che la persona ha del successo o insuccesso del proprio progetto migratorio. È importantissimo anche per un intervento sociale semplice avere la narrazione della storia migratoria, valutare qual è stato l'impatto dello *shock* migratorio al suo arrivo in Italia.

Quando il cittadino straniero si rivolge a noi, generalmente ha già fatto un percorso, si è già rivolto alla propria rete etnica, ai servizi del privato sociale, ai servizi dei centri di ascolto, quindi è già dotato di un bagaglio di informazioni; quando il cittadino straniero arriva da noi, è abbastanza normale che al primo impatto nutra una certa diffidenza, spesso c'è anche un uso strumentale del servizio pubblico e una forte interferenza della legge e degli interventi legislativi.

Aver vissuto anni di illegalità incide profondamente anche nella sfera psicologica e sociale del cittadino straniero: per anni è stato un cittadino invisibile, che non poteva avere diritti.

L'altra variabile è la necessità per l'operatore di arrivare a condividere i significati della sua domanda, attribuendo lo stesso significato ad alcune circostanze; costruire un significato comune alle circostanze richiede moltissimo tempo, spesso è necessario saper cogliere in una domanda esplicitata qual è il problema implicito, legato al processo migratorio.

Riassumendo, le variabili da considerare in una domanda di aiuto di cittadini stranieri che si rivolgono al

servizio pubblico che si intrecciano tra loro sono:

- la difficoltà linguistica;
- la presenza di "vettori" sconosciuti all'operatore, la differenza di rappresentazioni simboliche del problema, del bisogno esplicitato, del servizio stesso;
- il significato culturale, per lo straniero, del proprio bisogno, non conosciuto dall'operatore (l'immagine di progetto migratorio);
- la mancanza di strumenti culturali degli operatori per comprendere la reale situazione di disagio e di sofferenza;
- il successo/insuccesso (e lo *shock* culturale) del percorso migratorio;
- la durata dell'arrivo nel paese di immigrazione;
- una frequente diffidenza dello straniero verso l'istituzione pubblica: quando arriva al servizio, se presenta problemi seri, si è già rivolto ad altri soggetti (rete etnica, servizi privati, centri di ascolto);
- forte interferenza della posizione legislativa in Italia con la sfera psicologica e sociale;
- la necessità per l'operatore di arrivare alla condivisione del significato della domanda costruendo un modo di comunicare in cui attribuire alle stesse circostanze (segni, simboli, eventi, regole) un significato comune e questo avviene in tempi non sempre brevi;
- spesso, ma non sempre e a seconda dei servizi, un uso strumentale dei servizi stessi;
- la capacità dell'operatore di saper accogliere la domanda esplicitata in relazione al percorso migratorio.

Pertanto, pongo qui i quesiti che voglio rilanciare, le domande che noi ci poniamo rispetto all'organizzazione, alla fisionomia, al volto che devono avere i servizi: l'orientamento della specializzazione dei servizi sociali va verso l'etnicizzazione? Si renderanno necessari servizi solo per latinoamericani, per cinesi, per magrebini? Oppure, i servizi si andranno a sviluppare per aree tematiche, quindi servizi per le famiglie ricongiunte, servizi specialistici per le donne, servizi specialistici per le questioni sanitarie, per le esigenze giuridiche?

Quale ruolo deve avere un servizio sociale in rapporto alle organizzazioni associative, sia di connazionali sia di italiani, che sempre più si occupano di stranieri (che di norma si aggregano intorno a centri di interesse religioso o di carattere sociale)?

Il Servizio sociale per stranieri può sviluppare azioni che si caratterizzano con il ruolo di mediazione sociale, ma, per andare verso questo orientamento, quali abilità devono essere acquisite, che operatori vanno impegnati?

Questi sono i quesiti su cui abbiamo incominciato a lavorare: ci sono delle variabili labilissime, però anche molto importanti da considerare, se andiamo verso l'etnicizzazione di alcuni servizi. Quanto tempo durano queste emergenze o l'esigenza di dare questi servizi? È ciò che possiamo constatare, per esempio, con le comunità che accolgono i minori non accompagnati, quindi realtà educative. Alcune comunità hanno cominciato ad accogliere bambini non accompagnati; laddove c'erano anche bambini italiani, hanno capito che la compresenza non era produttiva e si sono quindi specializzati ad accogliere bambini stranieri, in specifico albanesi, prendendo mediatori albanesi, lavorando sulla cultura albanese, su tutto quello che poteva essere utile per capire la situazione degli albanesi. Da un anno non ci sono più bambini albanesi non accompagnati e ne siamo molto contenti, ma questo patrimonio come viene riconvertito per accogliere i ragazzi magrebini? Oggi abbiamo tantissimi ragazzi marocchini nelle nostre comunità, ma vengono con un altro mandato, hanno un altro sistema familiare, hanno altri percorsi migratori, dunque come può coesistere la specializzazione, una preparazione con forte orientamento etnico, con le caratteristiche del fenomeno migratorio che abbiamo oggi in Italia?

E poi, mi viene ancora da chiedere, che ruolo possono avere i Servizi sociali presenti in una città come Milano per contribuire alla crescita dei processi di acculturamento e di adattabilità dei cittadini stranieri, processi fondamentali perché abbia successo poi un'integrazione. Credo di aver posto dei quesiti che, almeno per la nostra riflessione, ritengo essere molto importanti, che incidono sulla scelta e sulla formazione degli operatori, sull'organizzazione dei servizi e anche sulle scelte di *governance* che le amministrazioni locali vanno ad attuare in città metropolitane come Milano.

Il Servizio sociale è chiamato in causa, sia per esigenze collettive, sia individuali, in situazioni di emergenza o in situazioni di disagio conclamato (fisico, psicologico e anche amministrativo) ed è di fronte anche a scelte di campo:

- quali interventi e in quale fase del percorso migratorio si possono sviluppare azioni per l'efficacia di tali processi?
- con quali strumenti?
- come misurare il successo degli interventi?

Ritengo sia necessario aprire l'approfondimento di queste tematiche tenendo conto anche dei contributi di questo convegno.

Il servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica di Terrenuove

Dela Ranci

Psicologa, psicoterapeuta, responsabile del Servizio di consulenza per immigrati di Terrenuove

Il Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica per immigrati della Cooperativa sociale Terrenuove è attivo ormai da cinque anni; usufruisce di un finanziamento della Regione Lombardia (l. 40) tramite una Convenzione con il Comune di Milano, Ufficio stranieri; è un servizio gratuito, aperto alle persone immigrate: singoli, coppie, famiglie, minori e adolescenti. La nascita di questo servizio ha le sue radici e assume significato nel progetto complessivo che ha dato origine alla Cooperativa Terrenuove.

Terrenuove è una cooperativa sociale costituita da professionisti, medici, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, consulenti, per la maggior parte con una lunga esperienza di lavoro clinico alle spalle, che si sono aggregati con l'obiettivo di riflettere, confrontarsi, ricercare nuove strade, ipotesi di lavoro, risposte innovative a livello teorico e tecnico rispetto a situazioni di emergenza, sia culturale che sociale, che attualmente stiamo vivendo. In tale ottica è nato il servizio di consulenza psicologica per immigrati con un obiettivo molto preciso: accompagnare i percorsi di accoglienza e di intervento socio assistenziale con un approccio specialistico, dove questo risultava necessario.

Di fronte alle molteplici strutture di accoglienza del pubblico e del privato che hanno messo a disposizione risorse, motivazioni e competenze svariate, è sembrato necessario pensare a un servizio che in modo "specialistico" potesse accogliere il disagio mentale, la sofferenza psicologica che può insorgere nel passaggio da una società ad un'altra, in una situazione di sradicamento dalla cultura originaria, sradicamento consapevolmente agito oppure traumaticamente imposto da eventi esterni: guerre, persecuzioni politiche, pulizie etniche. In queste situazioni, le persone vivono una dispersione dei legami, una violenza, un trauma, una frattura, vissuta come insanabile, della propria storia personale e della propria appartenenza e identità profonda; a queste

situazioni di sofferenza, il servizio di consulenza psicologica di Terrenuove ha inteso proporre e offrire l'opportunità di un intervento specialistico in stretta sintonia anche temporale con un più ampio ed indispensabile intervento socio assistenziale (finalizzato a garantire la sopravvivenza, a sostenere percorsi legali, informativi, formativi: apprendimento della lingua italiana, formazione professionale, inserimenti lavorativi).

Il servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica per immigrati di Terrenuove si costituisce dunque in stretto rapporto con i servizi sociali dell'ente pubblico deputato all'accoglienza delle persone immigrate e a tutte le realtà del privato coinvolte in questo difficile processo di inserimento, integrazione/confronto degli stranieri nella nostra società.

La continua collaborazione con gli enti del pubblico e del privato, la riflessione comune, lo scambio concreto con gli operatori impegnati nell'accoglienza e nell'accompagnamento dei "migranti" ha favorito da un lato il crescere di un pensiero e di un'elaborazione nell'ambito dell'approccio psicologico e dall'altro la sperimentazione di una modalità di intervento innovativo di integrazione con i servizi sociali e assistenziali.

GLI UTENTI E GLI INVIANI NEL SERVIZIO DI CONSULENZA DI TERRENUOVE

Le richieste di consulenza, dall'avvio del servizio ad oggi sono andate aumentando con ritmo crescente; attualmente il servizio riceve da una a due domande di accesso alla settimana. La costruzione, il mantenimento e l'allargamento della rete con i servizi impegnati nell'area dell'accoglienza e dell'assistenza agli immigrati costituisce un impegno continuativo di Terrenuove. L'area degli invianti si è via via allargata dai centri di accoglienza alle comunità; dai servizi sociali per stranieri, ai centri di salute mentale, ai consultori pubblici, ai servizi sociali per minori del Mini-

stero di Grazia e giustizia; dai centri di formazione per adulti alle scuole professionali, alle scuole medie ed elementari; ai molteplici servizi del privato sociale quali quelli della Caritas, della San Vincenzo e altre realtà minori ma significative.

Parallelamente, si sono moltiplicati e diversificati i soggetti inviati o richiedenti autonomamente: adulti uomini e donne, coppie e famiglie richiedenti asilo, rifugiati, vittime di traumi specifici, di torture; adulti uomini e donne in difficoltà rispetto al primitivo progetto migratorio; adolescenti non accompagnati, affidati ai Servizi sociali; adolescenti con percorsi penali in corso; minori e adolescenti di seconda generazione con le loro famiglie incerte nel crescere i figli in questa nostra società così diversa; minori, adolescenti e famiglie coinvolti in progetti di ricongiungimento familiare attesi, ma difficili e dolorosi. Ci troviamo di fronte a un'estrema varietà di esperienze e di richieste e, contemporaneamente, a una grande diversità di provenienze e di culture.

Il Servizio di Consulenza psicologica ed etnopsichiatrica, infatti, ha visto l'accesso di soggetti adulti, adolescenti, coppie, famiglie provenienti da aree molto diverse:

- America latina, in maggioranza giovani donne da Perù, Ecuador, Colombia e Venezuela, con difficoltà legate soprattutto alla separazione dalla famiglia d'origine e dai figli piccoli;
- Europa dell'Est ed ex Jugoslavia (Bosnia, Croazia, Albania, Romania, Russia), tutti rifugiati e richiedenti asilo, con gravi problematiche dovute a sradicamenti, a traumi, a torture;
- Africa, richiedenti asilo e anche giovani donne ex art. 18 da Congo, Ghana, Sierra Leone, Africa centrale, Nigeria; ed emigrati, giovani uomini e donne, in cerca di lavoro da Marocco, Eritrea, Somalia.

È possibile individuare due ambiti specifici di lavoro con approcci e tecniche a volte differenti: l'uno rispetto a persone singole, a coppie, a nuclei familiari che sono rifugiati politici o richiedenti asilo per motivi umanitari che hanno vissuto eventi traumatici; l'altro a persone straniere, migrate in Italia che faticano a trovare un loro inserimento e percepiscono il "fallimento" del loro progetto migratorio e vivono disagi, disturbi, incertezze rispetto alle scelte fatte, magari anche dopo anni di permanenza nel nostro paese.

L'APPROCCIO ETNOPSICHIATRICO

L'incontro con il disagio dei pazienti immigrati obbliga anche noi professio-

nisti a interrogarci sui punti di riferimento diagnostici e terapeutici, ritenuti "ubiquitari e incontrovertibili", obbliga a interrogarsi sulle radici profonde del disagio e ricercare nuovi tragitti per incontrare realtà così complesse.

Ci troviamo impreparati di fronte alla repentina esplosione dei processi migratori; in Italia vi è stato finora poco spazio di riflessione e di elaborazione su queste tematiche. Gli strumenti di intervento psicoterapeutico di fronte ai pazienti stranieri, a persone di altre culture, hanno bisogno di essere creativamente rinnovati; tutti noi ci siamo sentiti messi in gioco, partendo dalla nostra professionalità di base; ci siamo sentiti, quasi come i migranti, "sospesi tra due mondi", tra più mondi.

Il gruppo di professionisti che ha dato vita all'esperienza del Servizio di consulenza psicologica per immigrati di Terrenuova ha avviato un percorso di conoscenza, di ricerca e di sperimentazione; in tal senso abbiamo individuato, nel panorama generale, quegli approcci e quelle esperienze che sentiamo più coerenti con i nostri valori e la nostra formazione. L'etnopsichiatria rivista e contestualizzata nel nostro territorio è stato un riferimento fondamentale per il nostro percorso. L'approccio etnopsichiatrico, finalizzato ad "analizzare, pensare, capire la necessità che ha avuto una società; un gruppo umano di ricorrere a tal o tal'altra pratica terapeutica e tal'altra rituale" (Sironi, 2000), da un lato sottolinea una dimensione etica e deontologica che evita l'uso del concetto di universalità del genere umano per imporre l'approccio occidentale, dall'altro propone a livello tecnico e metodologico *setting* e interventi terapeutici specifici e innovativi che interrogano e aprono nuove piste di ricerca.

La parola etnopsichiatria sottende alcuni concetti di base:

- *étnos*, sottolinea la necessità di contestualizzare la storia del singolo nella storia collettiva, nel gruppo di appartenenza culturale;
- *psyché*, l'attenzione alla storia psicologica del singolo;
- *iatreía*, "cura"; la cura non è solo "affare" dei medici, degli specialisti, ma di varie persone, (un gruppo?) di tutti coloro che si prendono cura in modi differenti di chi manifesta il disagio.

Ora, entriamo più nel merito di tali concetti di base. Contestualizzare la storia individuale nella storia collettiva del gruppo di appartenenza significa:

- ritenere, come afferma T. Nathan, la cultura come una struttura specifica di origine esterna, sociale che rende possibile il funzionamento dell'appa-

rato psichico; la cultura come testo e contesto, trama e tessuto dell'esistenza vincolante rispetto ai fenomeni sociali e rispetto agli adattamenti e alle disfunzioni individuali e collettive. Per incontrare l'altro non è possibile prescindere dalla dimensione culturale che comprende i valori assegnati alla persona, al corpo, alle emozioni, alla dimensione del mondo visibile e invisibile e, in specifico, ai concetti di salute e malattia, alla definizione del proprio malessere e alle modalità di cura. La cultura prescrive modalità specifiche di malattia e offre modalità altrettanto specifiche di terapia e di trasformazione;

- ritenere tutti i sistemi di cura come validi ed efficaci, tradizionali e occidentali. F. Sironi afferma "l'etnopsichiatria è basata sul seguente presupposto: tutti i sistemi terapeutici meritano di essere valutati per capire da dove viene la loro efficacia". In tale ottica i pazienti migranti non sono solo bisognosi di cura, di sostegno, ma sono "rappresentanti titolati di altri mondi", anche se smarriti nel nuovo contesto di adozione. L'unico competente rispetto al proprio malessere e rispetto alle possibili modalità di cura è il migrante. Il ruolo del terapeuta non è solo quello di comprendere il paziente, ma quello di costruire "luoghi di negoziazione tra universi" (Nathan, 1995).

Da queste premesse deriva la scelta privilegiata nel dispositivo etnopsichiatrico: il gruppo. L'etnopsichiatria, infatti, si declina, secondo Françoise Sironi, come attenzione alla storia psicologica del singolo, contestualizzandola nella storia del gruppo di appartenenza, nella storia collettiva; ed anche il processo di "cura" è un processo collettivo, di gruppo; il dispositivo etnopsichiatrico del Centro Devereux prevede un *setting* di gruppo con più terapeuti, di diverse culture e formazioni, con il paziente solo o accompagnato da familiari, amici o altri, secondo la sua scelta.

Il "dialogo aperto" che si sviluppa nel gruppo etnopsichiatrico legittima la competenza di ciascun apporto, legittima le differenti culture, riconosce la competenza del paziente rispetto alla sua cultura e alla sua lettura del disagio. Il gruppo nell'approccio etnopsichiatrico viene individuato come il dispositivo terapeutico di elezione: "non è più di nessuna utilità preservare una relazione duale, segreta, in quanto non è più questione di trattare una sedicente parte segreta della persona, ma di invitare, invece, la persona stessa a esplorare un dispositivo pubblico immaginato e istituito dal gruppo al quale appartiene" (Sironi, 2001). In tale ottica il gruppo allargato con i familia-

ri e amici del paziente come “preziosi ausiliari terapeutici” costituisce un dispositivo tecnico privilegiato.

La situazione di gruppo costituisce da un lato un contesto terapeutico «simile a quello dei guaritori tradizionali» (Losi, 2000), dall'altro il gruppo, in quanto tale, recupera esperienze e vissuti relativi al gruppo primario e realizza un *setting* di appartenenza ora e qui in terra straniera. Il paziente si sente capito e protetto. La situazione grupppale protegge il paziente da un'eccessiva “esposizione”. «Il gruppo media la relazione fra il terapeuta principale e il paziente, lasciando che le eziologie “tradizionali” si svolgano fino all'evocazione della vita privata e profonda del soggetto» (Nathan, 1996). “Si crea una situazione in cui il paziente si aggancia e “cristallizza” il proprio sintomo all'interno di uno dei significati proposti nell'ambito del gruppo, quello che gli consente di identificarsi maggiormente e di capire più facilmente come mai, perché, a che cosa è dovuta quella “cosa” per cui si trova in quel luogo, che lo fa star male” (Losi, 2000).

Il gruppo etnopsichiatrico è un gruppo “democratico” nel suo stesso costituirsi, ridimensiona l'apporto del tecnico, chiede al terapeuta di dismettere i panni di gestore del potere; riconosce le diverse visioni del mondo e consente al “migrante” di scegliere le letture e i contributi nei quali più si riconosce. Nel gruppo il paziente mantiene, forse recupera, il suo potere e può trovare le parole per definire il suo problema e decodificare il suo malessere. Nel gruppo etnopsichiatrico nasce, si dipana un linguaggio, una cultura democratica dove convivono approcci diversi, che si rinforzano, si spiegano l'uno con l'altro con pari dignità.

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO

Su questi presupposti si è venuta costruendo l'esperienza del Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica di Terrenuove, contestualizzandola rispetto alle risorse disponibili e alla storia del collettivo professionale di Terrenuove, rispetto alle risorse, alle culture proprie del territorio in cui si è inseriti.

L'approccio etnopsichiatrico a Terrenuove è stato coniugato con la formazione clinica di base della maggioranza dei terapeuti. La teoria dell'*okness*, la contrattualità, l'attenzione alla comunicazione, elementi base dell'Analisi Transazionale di Eric Berne, la radice fenomenologica dell'esperienza (Binswanger, 1990), le riflessioni nate dagli interventi nel sociale attorno alla “relazione a legame debole” (Ranci,

2001), tesa a valorizzare l'incontro con l'altro competente nella sua diversità e a riconoscere il “modo di essere nel mondo” di ciascun soggetto come la scelta di sopravvivenza attivata in quello specifico contesto, hanno definito le modalità di relazione nell'incontro con i nuovi pazienti. Il terapeuta è attento all'ascolto dell'altro competente di sé e della sua storia; ascolto non per definire il disagio e la storia clinica del paziente in schemi predefiniti, ma per restituire ciò che soggettivamente abbiamo compreso. Restituire significa costruire insieme un “oggetto condiviso”, cioè costruire un legame con il paziente, la sua cultura, la sua sofferenza.

Il gruppo di terapeuti del Servizio di consulenza di Terrenuove ha rintracciato nell'approccio etnopsichiatrico, conferma di valori, di concetti, di pratiche terapeutiche già convalidate:

- pensare e ritenere il soggetto competente rispetto a sé, risorsa nell'iter diagnostico e nella scelta della direzione terapeutica;
- stabilire una relazione “contrattuale” dove il paziente con il suo linguaggio procede ad una narrativa del suo mondo, e il terapeuta ascolta e restituisce; cristallizza connessioni fedeli alla visione del mondo del paziente, apre interrogativi, spazi di negoziazione per costruire nel *setting* “un oggetto condiviso” che è anche legame emotivo, condivisione, appartenenza;
- individuare nel “gruppo” una risorsa per risperimentare vissuti antichi, per confrontare diversi modi di essere nel mondo, per vivere nel “qui e ora” un'esperienza nuova e correttiva, in un *setting* protetto che garantisce appartenenza e giusta distanza.

Integrando questi presupposti con l'apporto specifico dell'approccio etnopsichiatrico e contemporaneamente tenendo conto del contesto territoriale e delle risorse disponibili, il Servizio di consulenza di Terrenuove ha messo a punto e sperimentato la collaborazione e l'integrazione terapeutica con i servizi sociali del Comune di Milano e con altri enti operanti sul territorio e ha definito *in itinere* una sua precisa modalità di intervento anche a livello organizzativo. Tutti coloro che, a diverso titolo, sono coinvolti nella relazione con l'utente migrante sono preziosi “coterapeuti”; rappresentanti titolari di sistemi di cura e di intervento, quindi soggetti indispensabili per contestualizzare nel “qui e ora” il processo di cura.

L'assetto organizzativo rispecchia tale approccio. Attualmente il servizio è articolato in tre aree: adulti, minori e famiglie, adolescenti. Comuni sono le scelte di base:

- rapporto continuativo di rete con gli altri servizi, impegnati a diverso titolo con il soggetto;
- utilizzo del *setting* di gruppo;
- presenza del mediatore culturale dove è possibile e necessario.

Il mediatore culturale è una presenza significativa, non sempre disponibile; infatti, consente alla persona di esprimersi nella propria lingua, di non dover necessariamente “mediare”, tradurre, costringere il suo pensiero in un diverso linguaggio, in una diversa visione del mondo.

L'accesso al Servizio avviene su segnalazione dei servizi che seguono la persona; gli operatori osservano, nella quotidianità del rapporto, segnali di malessere fisico, disagi relazionali, di ritiro, di aggressività, di passività, e allora pensano a una segnalazione e all'accompagnamento a Terrenuove. Gli operatori sociali sono quindi i primi esperti del disagio spesso implicito.

L'accoglienza prevede uno/due colloqui di accesso con due consulenti, terapeuti di Terrenuove, e gli invianti, l'assistente sociale, l'educatore, gli operatori che seguono la persona nella Comunità, nella ricerca del lavoro, il mediatore, ecc. A volte sono presenti altri: familiari, amici, un volontario.

Questi primi incontri sono finalizzati a focalizzare la richiesta, ad ascoltare i segnali di malessere, di disagio, percepiti dal paziente, riconosciuti dagli operatori invianti ed anche a spiegare chi siamo e come pensiamo di poter lavorare insieme.

In seguito, la presa in carico prevede *setting* differenziati e flessibili, secondo le singole situazioni:

- si mantiene il piccolo gruppo che ha svolto l'accoglienza (due o tre consulenti, gli invianti, i familiari, il mediatore);
- si prospettano incontri individuali possibilmente con uno dei consulenti incontrato già nell'accoglienza. In tal caso si prevedono comunque momenti di verifica con il piccolo gruppo dell'accoglienza per fare il punto dopo alcuni incontri con gli invianti, per monitorare tutti insieme il percorso e concluderlo collettivamente; momenti dunque di scambio, di restituzione collettiva, di ricerca di senso per il paziente e per tutti gli operatori;
- in alcune situazioni si attivano nel percorso anche incontri con un gruppo più ampio che coinvolge altri terapeuti, altre risorse, altri operatori che sono stati o sono un riferimento per garantire la sopravvivenza all'arrivo in Italia che si fanno carico delle esigenze concrete: l'ospitalità, l'abitare, il lavoro, l'iter burocratico, l'apprendimento della lingua. Inoltre, qualora sia possibile, altre

persone: familiari, amici che sono un riferimento affettivo in terra italiana.

La scelta privilegiata è il *setting* di gruppo in quanto consente non solo di utilizzare più risorse, di rendere presenti più modi di “essere nel mondo”, ma anche di ricostituire un luogo di appartenenza, spazio familiare e collettivo dove si attivano dinamiche antiche, livelli emotivi profondi che possono esprimersi ed essere elaborati rendendo significativi i vissuti e le sofferenze del paziente (Berne, 1966).

Il gruppo in un'ottica etnopsichiatrica consente di rileggere il disagio emerso con diverse ottiche, multidisciplinari, con apporti soggettivi diversificati che garantiscono un ascolto ed una restituzione più potente e diversificata.

I percorsi consulenziali prevedono un numero di incontri contenuto; propongono interventi focalizzati, legati ai disagi emergenti in quel momento, finalizzati a sbloccare una situazione di stallo, di depressione, di passività, a rimarginare una ferita ancora aperta; intervento dunque che intende consentire un passaggio, riaprire una possibilità progettuale, alimentare una speranza per il proprio futuro.

Il Servizio di consulenza psicologica e etnopsichiatrica di Terrenuove è tuttora all'interno di un percorso di ricerca continua, di riflessione e di elaborazione della propria esperienza di lavoro e in tal senso si avvale continuamente di incontri di formazione e supervisione, anche con esperti esterni, quali François Sironi (direttore del Centro Devereux di Parigi), Salvo Inglese (responsabile Modulo di Psichiatria Transculturale del Dsm-Asl 7 Catanzaro), Graziella Favaro (psicopedagogista, Centro Come, Milano).

IL PERCORSO CONSULENZIALE

L'accesso al Servizio avviene a partire dalla percezione di un disagio: spesso da un sintomo, da un malessere che si esprime anche nel corpo: mal di testa, disturbi del sonno, dolori diffusi, disturbi alimentari; da comportamenti rilevati dagli operatori dell'accoglienza: isolamento, ritiro, depressione; comportamenti aggressivi, accessi di rabbia, con rischio di incorrere in agiti asociali, censurabili; estraneazioni, a volte deliri; oppure ancora passività, incapacitazione; o abuso di sostanze, soprattutto alcool.

I primi incontri riguardano l'ascolto del disagio, del sintomo; la presa di contatto con il malessere vissuto nel presente. Questi primi incontri sono facilmente correlati alla difficoltà dell'esistenza concreta in questa terra d'emigrazione; si esprimono esigenze concrete di un posto dove vivere più ade-

guato, della ricerca di mezzi di sopravvivenza, di lavoro, di informazioni sul proprio destino futuro, di preoccupazione per gli iter istituzionali; poi lentamente emergono ricordi, rimpianti di ciò che si è lasciato, di ciò che si è perduto.

Negli incontri successivi si avvia il racconto della propria storia; in generale è un narrare a ritroso: come e perché si è emigrati, perché e in che modo si è fuggiti dalla propria terra; spesso il racconto è confuso, non sempre comprensibile per chi ascolta, con spazi vuoti, salti della memoria. È in questa fase che può essere variato il *setting* per gli incontri successivi, tenendo conto delle problematiche intraviste e delle esigenze del paziente. L'incontro individuale può consentire l'emergere di frammenti di storie personali in una relazione intensa e molto privata, ad esempio il difficile percorso di donne coinvolte nel lavoro di strada (ex art. 18), oppure di donne, in genere latino americane, che improvvisamente, dopo anni di vita da emigrate, sentono il peso della loro scelta che a volte ha significato l'abbandono al paese di figli piccoli, a volte ancora è stata dettata da un legame sentimentale che poi negli anni si è rotto, esaurito, e le ha lasciate sole in una terra straniera nella quale forse non avevano deciso di spendere la propria esistenza. Percorsi che prevedono di riallacciare i legami anzitutto con se stesse, rispetto ai quali la relazione individuale può essere facilitante.

La scelta più frequente è il gruppo costruito *ad hoc*, spesso con il mediatore culturale che parla la stessa lingua, gli invianti che già conoscono in parte la storia e sono impegnati ad affrontare via via i problemi attuali, due o tre consulenti scelti per le loro caratteristiche (se il paziente è un uomo una figura maschile, ecc) e per competenze specifiche sulle problematiche intraviste.

Nel racconto della storia di vita, la funzione del gruppo consiste nel collegare il presente con il passato, nel ristabilire delle connessioni tra la singola persona, la sua storia familiare e la storia del paese da cui la persona proviene. L'ascolto dell'altro narrante consente agli operatori non solo di condividere una storia di vita, ma conferma il narrante nella sua esistenza e modifica il senso della sua narrazione. Spesso si utilizza lo strumento del genogramma per descrivere visibilmente la famiglia d'origine, i suoi intrecci generazionali, i genitori, i nonni, la famiglia allargata, i figli, chi è rimasto al paese, chi è emigrato, il posto della persona nel suo contesto familiare.

Il racconto della storia familiare consente di recuperare i propri legami antichi, di riconoscere la propria

identità familiare e culturale, di tenere dei raccordi tra passato e presente, di sentirsi meno spezzato, diviso fra due mondi, fra due immagini di sé. Consente di ricollegarsi al proprio luogo d'origine, alla terra dove è nata l'idea di emigrare o da dove si è dovuto fuggire per la guerra, le persecuzioni, la tortura; consente di ritrovare nella storia familiare delle diverse generazioni persone, figure significative, uomini, donne, nonni, genitori verso i quali riscoprire legami profondi, funzioni importanti nel passato, a volte benefiche e positive, a volte malefiche e negative. La narrazione consente di dare senso agli eventi passati; consente di recuperare i significati culturali del proprio malessere, renderli espliciti e condivisi nel gruppo di consulenza e stabilire una connessione con la sofferenza, gli eventi del presente. Tale processo di consapevolezza coinvolge tutto il gruppo degli operatori.

Nella descrizione della propria storia familiare assumono significato i diversi nomi, il ricorrere dei medesimi nomi, la scelta del nome specifico che è stato dato alla persona, al paziente. Il nome ha la valenza di un “oggetto” definito e concreto che coagula significato e spesso anche risorse. Ad esempio, ricordo un giovane rifugiato della Sierra Leone che ha visto sterminare in un attimo tutta la sua famiglia, distruggere la sua casa e che porta oggi nel corpo i segni incancellabili di questa tragedia: ora è solo e invalido in terra straniera e non riesce a pensare, a immaginare nessuna esistenza per sé.

Il suo nome nella sua lingua significa “dono della divinità”, “dono degli dei”. Ritrovare il significato del nome, unico legame rimasto con le proprie origini; affermare che nella sua famiglia, nella sua comunità la sua nascita, il suo esistere è stato un “dono del dio”, un evento importante; ripeterlo ora nel gruppo di consulenza, nel *setting* terapeutico, consente di recuperare un segno tangibile, che gli può consentire di iniziare a pensare che può continuare a vivere. Il significato concreto del proprio nome attiva un legame con il sé, provoca un cambiamento, riavvia un processo bloccato. Il significato del nome espresso nel gruppo, noto a tutti i partecipanti, diventa un motore di cambiamento, anche rispetto a scelte operative rispetto alle quali gli operatori sociali stanno accompagnando la persona.

Spesso nel lavoro con i rifugiati per i quali la perdita dei legami, del significato del proprio esistere è profonda e totale; per i quali sembra impossibile trovare una buona ragione per progettarsi un futuro in una terra d'esilio, senza percepirsi sempre come “esclusi”,

vittime senza voce, non creduti, non riconosciuti, spesso recuperare le origini della propria storia personale e familiare, il significato del proprio nascere ed esistere allora nella propria terra consente di ripensarsi come persona, di ridare un senso al proprio vivere qui ora in terra straniera, e quindi riattivarsi nella ricerca dei mezzi di sopravvivenza, ad esempio nella ricerca di un lavoro.

Una donna eritrea è arrivata al nostro servizio con due educatrici: è molto agitata, vive da sola, fa sogni terribili che la spaventano; ci racconta che il suo nome è un segno "speciale" per cui i suoi familiari la temono e l'hanno allontanata. È spaventata, ha paura, non cerca lavoro, è come paralizzata; secondo le educatrici è a rischio la sua sopravvivenza, sono molto preoccupate e si sentono impotenti. Ascoltiamo la sua agitazione e la sua paura; ci spiega il senso del suo nome, ci dice che la nonna materna ha scelto per lei questo nome e poi racconta... racconta... i suoi incubi, i suoi sogni.

Riprendiamo insieme l'origine e il senso del suo nome: ora ci spiega che è un nome importante che è un ponte tra il mondo dei vivi e quello dei morti; è possibile allora connettere questo nome con i sogni premonitori che vengono a spaventarla di notte, che annunciano morti ed eventi tragici che puntualmente avvengono. Tutto il gruppo l'ascolta, condivide le sue angosce e le sue paure, le restituisce il senso, la funzione implicata nel suo nome. Il gruppo ritrova insieme un collegamento "logico" che tutti possiamo riconoscere, ripetere, descrivere, abbiamo ricercato e costruito nel gruppo un "operatore" terapeutico, capace di contenere l'ansia, la confusione. Si attiva nel gruppo un processo di conoscenza: il senso, la funzione del nome; un'acquisizione cognitiva con un fortissimo impatto emotivo per la paziente e per tutto il gruppo che ha partecipato a questa ricerca di senso.

Nell'incontro successivo questa donna ci racconta che i sogni popolano sempre le sue notti, ma che ora c'è una figura che "le dà una mano", la protegge e non ha più paura. "Ora", ci dice, "vi ho raccontato tutto, e basta, non ho altro da dire". Tornerà regolarmente agli incontri di consulenza con le educatrici, ci parla dei vicini di casa, delle feste a cui partecipa con il suo gruppo eritreo, ci racconta anche che sta cercando un lavoro con l'aiuto degli operatori sociali.

La narrazione è un lavoro di lenta cucitura (Mellina, 2000), di costruzione di una trama che rammenda la scissione tra passato e presente, che ritrova, evidenzia nella storia familiare tracce

significative della storia collettiva di quel popolo, di quel contesto sociale. Così, ad esempio, un giovane rifugiato dall'ex Jugoslavia, che ha subito ed agito violenze terribili; non può perdonarsi, non può sentirsi una persona umana, progettare un futuro per sé.

Lo incontriamo in un piccolo gruppo: due terapeuti, l'operatore della Comunità che lo ospita e che è preoccupato per i segnali depressivi, di ritiro e di inquietudine, e un mediatore culturale con il quale "può parlare la lingua del suo cuore".

Ripercorrendo la sua storia familiare, ha ritrovato l'assenza di riferimenti paterni, ha provato dolore e rabbia per l'assenza del proprio padre e ha potuto riconoscere anche nella storia collettiva della sua gente questa stessa mancanza di protezione, di contenimento, questa assenza di figure adulte e consapevoli capaci di non alimentare odi e conflitti, ma di dirigere responsabilmente un popolo.

La storia familiare assume significato, viene contestualizzata all'interno della storia collettiva. È un processo di conoscenza che si attiva nel *setting* consenziale; è finalizzato a contestualizzare la storia del singolo nella storia familiare e nella storia collettiva per tessere connessioni e significati; è un processo potente, che va fatto e ripreso più volte per confermare, legittimare la storia personale e familiare nella storia collettiva di un popolo, di una cultura. Tale processo di connessione e contestualizzazione è un processo che avviene collettivamente nel gruppo di consulenza; anche con la presenza degli operatori che ora svolgono un ruolo "genitoriale" nella Comunità, curano il suo inserimento nel lavoro, nella formazione; si costruisce nel gruppo una nuova storia, un'esperienza correttiva nel gruppo e con il gruppo; un'esperienza condivisa che rinnova un legame collettivo ora e qui in terra straniera. Tale recupero è anzitutto un processo cognitivo; dare senso alla propria storia di emigrante, di rifugiato, ritrovare in essa la continuità e il significato della propria esistenza è anzitutto un momento di conoscenza, una modalità per "dare forma" alla frammentazione, alla dispersione dei legami. È contemporaneamente anche un percorso emotivo, che riporta in luce, nelle parole della lingua materna, fatti, emozioni, nodi, strappi, intessendo una prima trama ricostruttiva di un "rammendo" possibile.

Nel racconto della propria storia affiorano ricordi dimenticati, associazioni, a volte i sogni, come se il mondo emotivo che prima era stato sepolto incominciasse ad emergere e sia possi-

bile accedervi. Questa fase del percorso è dedicata all'elaborazione degli aspetti emotivi emergenti in funzione della connessione tra storia individuale, familiare e collettiva; è un momento importante che consente il riconoscersi come persona intera e situarsi ora qui in questo diverso mondo, recuperando il senso del proprio vivere.

La persona sembra, a questo punto, poter considerare il presente una possibilità reale, attuale di vivere; è disponibile a pensare al suo presente, a fare un minimo di progetto in rapporto al presente, riconoscere legami ora e qui rispetto alla propria esistenza e ripresa di contatti con il proprio mondo, il proprio passato.

"Voglio andare giù a rivedere i miei questa estate, ora che ho il permesso di soggiorno". "Ho scritto una lettera a mia figlia che è rimasta là con la famiglia". "Forse tornerò per salutare mio padre". "Forse mia madre sta meglio nel suo paese, anche se io non ci potrò mai tornare". "Mi sono iscritta a un corso di parrucchiera, là in Africa mi piaceva fare le treccine". "Aspetto una risposta da Roma, ma intanto ho tre lavori, ma io sono forte". "Ho pensato che non voglio fare sempre la colf, ho trovato un corso di computer".

Il percorso va verso la conclusione; dedichiamo molta attenzione a questa fase; si ripercorrono nel gruppo i momenti significativi: la verifica dei sintomi iniziali del malessere, il ricordo dei legami del passato, le relazioni recentemente intraprese, l'immagine condivisa del proprio futuro.

A volte, dopo due/tre incontri il percorso consenziale si interrompe; abbiamo cercato di comprendere questi abbandoni, ci siamo interrogati; riteniamo che, a volte, alcuni stimoli emersi nel *setting* hanno riaperto una strada, recuperato energie, consentito comportamenti più utili per la propria sopravvivenza ora, e la persona ha deciso di "non tornare"; frattanto prosegue il contatto con i servizi sociali per cercare lavoro, casa, ecc., e tale percorso assume un significato progettuale, condiviso tra utenti e operatori.

A volte la sofferenza, la rabbia, l'angoscia sono troppo grandi e non è ancora il arrivato il momento per incontrarla e dividerla; forse la necessità l'attirarsi per sopravvivere "qui e ora" in terra straniera occupa tutte le energie e attutisce, distrae dalla propria disperazione. Accade anche che la persona riprenda, a distanza di tempo (sei mesi/un anno), il contatto con il servizio per fare un altro pezzetto di strada, quello necessario in un altro preciso momento della propria esistenza di migrante.

Spesso è difficile consentire ai migranti di ripercorrere una propria strada, che ci sembra di non comprendere; dobbiamo prendere atto di una diversa definizione della propria situazione.

In tali occasioni il confronto fra operatori di servizi diversi, ci rassicura, ci consente di aprire ipotesi innovative, dando credito a diverse visioni del mondo, e a diversi approcci professionali.

Bibliografia

Binswanger L. (1955), *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1984.

Inglese S., "Etnopsichiatrie meridiane: una pratica in cerca di teoria", in Losi N., *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano, 2000.

Inglese S., Peccarisi C., *Psichiatria oltre frontiera*, Utet, Milano, 1997.

Inglese S., "Introduzione", in Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Milano 1996.

Losi N., *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano, 2000.

Mellina S., "La tutela della salute mentale degli immigrati e il Progetto 'Michele Rizzo' nell'Asl Roma B", in Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni La Vita Felice, Milano, 2000.

Nathan T. (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Milano, 1996.

Pichot P., Nathan T. (1998), *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Cooperativa Colibri, Pisa, 1998.

Ranci D., "La relazione a legame debole nell'intervento sociale: aspetti teorici e tecnici", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4, 2000.

Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica*, Edizioni La Vita Felice, Milano, 2004.

Sironi F., "Ruolo e funzione degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il Centro Georges Devereux", in Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni La Vita Felice, Milano, 2000.

Sironi F. (1999), *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano, 2001.

L'intreccio di più setting: creatività e flessibilità nel lavoro etnopsichiatrico

Susanna Ligabue

Direttore della Scuola di specializzazione in psicoterapia-Centro di psicologia e analisi transazionale

Voglio avviare il mio contributo ricordando l'immagine dei ponti dipinti da Hokusai nel Giappone dell'800: eleganti, esilissimi ponti, lunghe e mobili passerelle che testimoniano la capacità di unire, connettere con ardimento luoghi impervi, in apparenza lontani. Immagini che mi piace acostare alle parole di Tobie Nathan nella prefazione della riedizione del 2001 a *Les folies des autres*: "La nostra missione non è solo quella di comprendere il paziente, ma di costruire delle passerelle, dei luoghi di negoziazione tra universi".

Connettere universi culturali, teorie, metodi e sistemi di cura significa mettere in comunicazione, uscire dalla separazione e dalla logica di ortodossie contrapposte; vuol dire aprire nuove strade tra universi non sempre del tutto confrontabili né del tutto conoscibili.

Connettere significa aprire vie di esplorazione, in questo senso "stare all'opposizione" come diceva Salvatore Inglese riferendosi alla posizione di Freud, che testimonia «la necessità di costruire un pensiero che vada oltre le banalità e le regole di un pensiero comune, sottolineando la necessità di una attività creativa, di una ricerca costante in itinere» (Inglese, 2004).

L'etnopsichiatria di Georges Devereux prima e di Tobie Nathan poi ha raccolto la tensione ideale al rinnovamento permanente. Se connettere vuol dire mettere in comunicazione, l'etnopsichiatria diventa il terreno di un cambiamento metodologico, attraverso una coniugazione originale e creativa:

- del contesto culturale, la cultura del luogo, l'*ethnos*;
- della *psyché*, l'anima, l'aspetto dinamico interiore;
- della *iatreia*, dei modi della cura.

La coniugazione di questi elementi produce ogni volta configurazioni diverse ed esiti diversi, legati alla specificità del contesto culturale dei pazienti e dei curanti, delle risorse disponibili, delle storie. L'etnopsichiatria di Parigi,

quella di Milano, o di altri luoghi non possono essere identiche, non possono essere "replicanti" se restiamo fedeli al mandato di Devereux e Nathan e al loro rigore metodologico. Essere consonanti non significa essere identici.

L'etnopsichiatria prevede dunque la definizione di strumenti flessibili, contestuali.

Contestualizzare non è riprodurre la cultura di origine dei nostri pazienti, di chi si rivolge a noi per la cura, né riprodurre i loro sistemi di cura, verso cui non siamo legittimati. Contestualizzare significa tener conto anche della cultura e dei sistemi di cura del paziente, coniugandoli nell'ambito del contesto di vita e di cura presenti nel qui e ora del contesto terapeutico. Mettere culture e pratiche è un modo di costruire criticamente nuovi strumenti nel contesto in cui si opera.

Prendo a prestito alcune frasi di Piero Coppo e le preoccupazioni che esprime nel parlare di etnopsichiatria: "...non si tratta di esotizzare la pratica psicologica, neppure di dotare la psichiatria di sensibilità culturale, né di un'interfaccia universale che le permetta di essere più convincente e spendibile ovunque. La diffusione dell'etnopsichiatria (quando non si rinunci alla sua funzione critica e provocatoria) può servire ad allargare gli orizzonti degli operatori, ad approntare servizi multiculturali, a dar forza alla costruzione di nuovi saper-fare che si traducono immediatamente in interventi terapeutici efficaci e tendenzialmente meta culturali. Così necessari nelle società che si vanno disegnando oggi" (Coppo, 2001).

Dunque, creatività e flessibilità nella cura e nel predisporre dispositivi tecnici su misura sono elementi centrali, tuttavia non sufficienti. Vanno accompagnati infatti al rigore e a specifiche competenze professionali. Alcuni principi imprescindibili:

- il rispetto dell'altro come soggetto, radicato nella sua storia familiare,

SEGNALAZIONI

Paola D'Ignazi

EDUCAZIONE E COMUNICAZIONE INTERCULTURALE

Carocci, Roma, 2005

Quali strategie utilizzare per favorire l'integrazione degli alunni stranieri nei contesti scolastici? Come facilitare la comunicazione tra studenti di culture diverse? Il testo propone una lettura critica delle modalità di risposta a questi interrogativi, prospettando, all'interno di un quadro teorico di riferimento, una riflessione sulla complessità delle scelte didattico/educative che l'insegnante è chiamato a fare. Inoltre il volume, mettendo in relazione i fondamenti teorici con alcune indicazioni operative, può essere un valido strumento per gli insegnanti della scuola primaria e per gli educatori che ricerchino una conoscenza pratica supportata da un'adeguata comprensione scientifica.

affettiva, con una lingua, un nome, credenze, religione e tradizioni;

- le attenzioni al soggetto come portatore di una sofferenza e non solo di sintomi statisticamente significativi;
- la cura come ambito intersoggettivo, tra soggetti con pari dignità, diritti e potere, pur nella diversità dei ruoli (ancor oggi non è superfluo il dover sottolineare l'aspetto dei diritti e di pari dignità);
- la cura come promozione di benessere e auto guarigione; il soggetto è competente della sua sofferenza, è l'unico esperto del suo problema; in questo senso ogni guarigione è un'auto guarigione, come ci ricorda Nathan.

Partire dal paziente come soggetto significa non curare solo il suo sintomo, ma considerare l'interesse della persona con i suoi bisogni, i suoi modi e tempi per esprimerli. Significa creare un dispositivo di cura specifico e differenziato che possa tener conto di bisogni diversi e utilizzare risorse diverse, diverse competenze di cura. In questo senso è funzionale prevedere nella cura l'intreccio di più *setting* e di diverse professionalità. È necessario che il paziente possa usufruire delle competenze di operatori di servizi diversi dove poter cercare e trovare risposte ai bisogni legati alla salute psicologica e fisica, ai bisogni materiali e sociali: casa, lavoro, scuola, relazioni.

Se questa attenzione è riferibile a qualsiasi paziente che chiede aiuto, è imprescindibile e pressante con chi viene da un'altra terra, con i migranti, con chi "ha strappato le radici", con chi si trova a cavallo tra due culture. Migrati per fame, per cercare un miglioramento sociale, per sfuggire a guerre, torture, o restrizione di libertà. Molte sono le necessità delle persone di sostegno psicologico, di sostegno sociale, per rispondere alle carenze di beni primari: casa, lavoro, salute.

Salvatore Inglese (2004) sottolinea come sia difficile usare i nostri criteri di orientamento nel far diagnosi. I "pazienti della notte", come lui li chiama, ci interrogano profondamente sul senso e sull'uso delle nostre categorie diagnostiche tradizionali, sulla nostra capacità di "comprendere", decifrare, saper intervenire quando la lingua "è altro, altro il contesto che permea la persona".

Voglio ora entrare brevemente nel merito della scelta di flessibilità nel *setting* e dell'intreccio di più *setting* come uno dei dispositivi terapeutici, attraverso un'esemplificazione.

Le riflessioni e gli esempi cui mi riferisco sono legati al mio lavoro al Servizio di consulenza immigrati di Terrenuove

con persone adulte che hanno fatto il salto migratorio costrette da eventi drammatici nel loro paese. Penso a richiedenti asilo provenienti dal cuore dell'Africa, che portano con sé esperienze fortemente traumatiche, conservate nel corpo, nei pensieri, nei ricordi che spezzano gli affetti.

Tornando alla metafora iniziale dei ponti, *setting* interconnessi ri-mettono in comunicazione elementi e frammenti diversi delle storie dei nostri pazienti, li ricontestualizzano. Permettono la costruzione di un nuovo tessuto con valenze psicologiche e sociali. Si costruiscono ponti tra i bisogni e le credenze legati al mondo di ieri, di là, del paese e della storia individuale e collettiva che si sono lasciati alle spalle (ma che portano nel cuore e negli occhi con cui vedono il mondo) e i bisogni di oggi, di collocarsi, di vedersi e dar senso all'essere nel mondo di qua, in un contesto presente di cui non conoscono bene regole e possibilità (dove sono arrivati con aspettative spesso irrealistiche e dove incontrano difficoltà inaspettate).

La testimonianza diretta di uno scontro etnico, o di alternanze cruente di potere politico legate alla storia collettiva, si accompagna alla necessità di comprendere "perché proprio io", ovvero di dare un senso al coinvolgimento personale in questo evento. Emergono in filigrana elementi attribuiti a disegni del destino, influenzamenti da mondi altri, maledizioni e colpe dove individuo, famiglie, clan si intrecciano in un registro difficilmente decifrabile del contesto "occidentale".

Serve, dunque, un dispositivo terapeutico che faccia spazio alle relazioni attuali, ai problemi del quotidiano spesso pressanti ed anche alle esperienze traumatiche coi loro sintomi persistenti, così come al desiderio di trovare un posto all'interno dei significati esistenziali e collettivi. Abbiamo bisogno di dispositivi che consentano di ricostruire una narrazione, o meglio la narrazione personale oggi possibile. Abbiamo bisogno di disporre un "binario dialogante", come dice Salvatore Inglese. La modulazione del *setting* è una risorsa in questa direzione.

Entrando nel merito, se diverse sono le storie, simili sono i processi operativi. Nell'esempio che segue terrò come vertice di osservazione i mutamenti di *setting*.

Ricordo anni fa il primo incontro con l'operatrice di un servizio sociale che ci presenta una donna dall'aspetto fiero e dolente, scappata da un paese dell'Africa Sub-Sahariana diviso dallo scoppio dell'odio razziale. Ottiene l'asilo, portando con sé due figli adolescenti.

Altri due sono rimasti là, come pure il marito. Ci dicono che lei piange troppo, soprattutto la notte, quando i figli non la sentono e quando vorrebbe dormire "ma ha la guerra nella testa" come se fosse ancora là. Lavora molto per mantenere i figli a scuola e teme di non farcela.

Si pone subito, tra noi quattro e come scelta di *setting*, il problema della lingua. Decidiamo che parleremo francese (come in casa loro, dove convivevano due diverse etnie e due dialetti che i figli non parlano). Non serve in questo caso un "mediatore" per tradurci nella lingua. Altre volte diviene indispensabile. Altre ancora sarebbe prezioso, ma la persona (ciò avviene soprattutto tra i rifugiati) non si fida e si fatica ad intendersi. In questo caso la signora ha un buon livello di istruzione, ci si intende. È disponibile ad alcuni incontri per parlare dei suoi problemi e delle sue preoccupazioni.

Negli incontri a due, col terapeuta di riferimento, parleremo dei "tre pezzi del suo cuore": i suoi affetti dislocati in parti diverse del mondo e anche dei problemi qui con i figli adolescenti, del loro impatto con la scuola e con questo mondo e dei suoi timori che portino tracce degli orrori vissuti o che si sentano umiliati nel confronto con il "mondo di qua". Di tanto in tanto, il *setting* si allarga e torna a quattro, come nel primo incontro, per discutere con l'operatrice del servizio sociale di problemi concreti, passaggi importanti: trasferimenti e dimissioni dalle comunità di accoglienza, ricerca di una casa e l'arrivo di un altro dei suoi figli, richiedente asilo. Preziosa, in seduta e fuori, è la competenza e l'operatività di figure professionali diverse, per lo più assistenti sociali ed educatori.

Man mano ci si familiarizza, cresce la possibilità di fidarsi, anche attraverso la verifica concreta della nostra disponibilità a cercare soluzioni per i suoi problemi familiari. Intanto si costruisce una rete di amicizie e riferimenti. Nel *setting* degli incontri a due si affrontano temi specifici. Emergono sogni, ricordi, malesseri fisici legati all'esperienza traumatica dell'essere stata ricercata, dell'aver dovuto fuggire e nascondersi, che possono essere ora detti, a cui si può cominciare a dar voce.

Pensieri e parole accompagnano la vergogna che la signora sente per alcuni sintomi fisici persistenti legati ai maltrattamenti. Emergeranno pian piano nel tempo sogni e ricordi. Alcune radici di disagio, colpa e paura vengono legate più precisamente alla storia personale e alle regole del clan nel paese d'origine. Come terapeuta, mi sento confidente e testimone delle diverse esperienze riferite senza averne spesso chiara comprensione. Sono sulle tracce di un

mondo "altro" che cerco, a volte improvvisamente, di connettere al mio.

Il *setting* si allarga ancora in modo significativo, con l'allargamento della famiglia: con l'arrivo in Italia del terzo figlio. Sentiremo il bisogno di incontrare tutta la famiglia che risiede qui due volte a distanza di alcuni mesi. In questa occasione allarghiamo l'equipe inserendo nel gruppo due colleghi francofoni, conoscitori dell'Africa, per poter parlare della famiglia là e qua, ieri e oggi, dei presenti e degli assenti. Avevamo colto alcuni segnali di disagio nella figlia minore e l'attenzione per noi era a che non si sedimentassero "schegge" di risentimento etnico trasmesse dalla prima alla seconda generazione, che potessero alimentare dinamiche di colpa e rivalsa e comportamenti passivo/aggressivi nella situazione presente.

Nel frattempo decidiamo anche che altri colleghi vedano per alcuni incontri il figlio da poco arrivato in Italia per sostenerlo in questo passaggio delicato: dalla reclusione alla libertà, ma ancora senza carte né diritti nel nostro paese. Anche lui farà riferimento a un operatore sociale per cercare casa e per un primo orientamento al lavoro. È necessario delineare un progetto, sostenere la speranza.

Molti sono stati i momenti di gioia e di paura condivisi negli incontri a due con la signora. Allargheremo ancora il *setting* due volte per incontrare la coppia (la signora e il marito) quando lui arriverà. Parleremo di lui, del suo impatto col mondo di qua, della sua salute precaria, ma anche dei progetti oggi possibili per la coppia, delle scelte che li aspettano nell'attuale contesto. Molte sono le cose che si potrebbero dire ancora. Il nucleo familiare è fondamentalmente sano, forse li abbiamo aiutati a rinforzare la loro resilienza. Mi pare risulti chiaro, pur nella necessaria semplificazione di questo esempio, che il *setting* prende respiro, si allarga, si arricchisce seguendo storia e bisogni del soggetto e del suo contesto. I curanti "accompagnano", sono partner e interlocutori. Questa storia ha cambiato anche noi.

Voglio sottolineare ancora che ci sono specificità di percorsi, tempi, modi ma i processi sono simili. Quando non c'è la famiglia o un tessuto forte di riferimento, nel *setting* allargato vengono invitati i referenti disponibili, operatori di comunità, amici coinvolti nel particolare momento di vita (perdita di lavoro, rifiuto dell'asilo, ecc.). A volte, pur con un processo simile, i passaggi non sono così lineari. Ricordo le lunghe attese nei primi incontri con una giovane ragazza africana, che arrivava due ore dopo o

due ore prima, mettendosi a dormire sui nostri divani.

A volte la trama della storia che i nostri interlocutori ci raccontano ci porta in territori in cui noi tecnici ci scrutiamo muti, soprattutto quando emerge il magico con le sue regole e i suoi segreti. Un mondo altro, quello del magico, su cui stiamo facendo riflessioni a Terrenuove con Salvatore Inglese. Un mondo cui si accede tramite il trauma.

Qui si potrebbe aprire un approfondimento interessante sul trauma, vissuto come interruzione del normale corso della vita, rottura dei limiti, del rapporto col corpo e col mondo; interruzione che torna persistentemente a invadere pensieri e ricordi. Potremmo discutere sui modi per fargli spazio e per contestualizzarlo nella terapia e nella narrazione di vita del paziente. Cercando, infatti, di comprendere "le cause" degli eventi traumatici, la persona ritorna ai riferimenti del suo mondo di origine, ad un mondo "altro", popolato di spiriti, fatture e oggetti magici. Spesso

anche nella cura le "parole" si tramutano in "oggetti" che veicolano significati, oggetti che sono tramite di cura, attivatori di autoguarigione, come bene ci dice Françoise Sironi (Sironi, 2001).

Il *setting* è un "contenitore" di questo articolato processo dello svolgersi della storia nel processo di cura. Nel gruppo, come abbiamo fin qui potuto intravedere, più persone mettono a disposizione le loro risorse e permettono la connessione di significati trasformativi da cui la storia stessa riprende forma.

Bibliografia

Coppo P., "Il teatro della salute. La società delle cattive maniere", *Il Manifesto*, 15 agosto 2001.

Inglese S., "Pazienti della notte e clinici perduti", in Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica*, Edizioni Terrenuove, Milano, 2004.

Nathan T., "Prefazione", in *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 2001 (2 ed.).

Sironi F., "Ruolo e funzione degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il centro Georges Devereux", in Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Edizioni Terrenuove, Milano, 2001.

SEGNALAZIONI

D. Nelken (a cura di)

L'INTEGRAZIONE SUBITA Angeli, Milano, 2005

Con quali modalità la globalizzazione sta cambiando la governance dell'immigrazione? In che modo i mutamenti nei flussi immigratori influenzano i tipi di risposte da parte delle società europee? Quali sono i problemi oggettivi legati all'integrazione e quali sono invece i significati soggettivi che questo processo riveste per gli immigrati stessi? Nel volume un gruppo di importanti studiosi esperti negli studi sull'immigrazione esaminano questi ed altri quesiti cruciali. I temi trattati vanno da quelli più generali dell'identità, del pluralismo delle culture, delle risposte politiche e sociali all'immigrazione in tempi di globalizzazione, con una speciale attenzione al modello italiano, fino agli aspetti più particolari delle caratteristiche assunte dal fenomeno in contesti territoriali circoscritti. Ulteriori contributi affrontano la discussione di problematiche specifiche, come le esperienze di categorie deboli tra gli immigrati - bambini, adolescenti e donne - nell'ambito della società ospitante e le reazioni degli autoctoni di fronte ai "nuovi venuti", anche in relazione alla loro rappresentazione da parte dei media. Scritti di Luca Scuccimarra, Carla Amadio, Gabriele Pollini, Umberto Melotti, Fer-

ruccio Pastore, Roberto Baratta, Maurizio Ambrosini, Francesco Verducci, Maria Immacolata Maciotti, Guido Maggioni, David Nelken, Maria Letizia Zanier, Carla Collicelli.

M. Moruzzi

RETI DEL NUOVO WELFARE Angeli, Milano, 2005

Cresce nel welfare state una straordinaria domanda di comunicazione che costringe tutti a ripensare, anche radicalmente, le forme del rapporto con la gente. Gli sms non sono più un gioco dei teenager, ma uno strumento di comunicazione della Protezione Civile. Il Nuovo Welfare sarà presto sconvolto da questa rivoluzione comunicativa. Cambiano le tecnologie, ma anche le forme organizzative aziendali si trasformano, si "orizzontalizzano", stabiliscono nuovi rapporti con le persone. Con questo libro l'autore intraprende la difficile esplorazione sociologica della Rete e del Nuovo Welfare, offrendo un originale strumento di conoscenza del mondo della sanità, dell'assistenza pubblica e delle imprese della *net economy*. Un mondo popolato da vecchi e nuovi poteri, da forme organizzative in continua evoluzione, da una tecnologia in tumultuosa crescita, ma soprattutto da persone portatrici di una straordinaria soggettività.

Un percorso dall'etnopsichiatria alla psicologia geopolitica clinica

Françoise Sironi *

Psicologa, psicoterapeuta e docente presso l'Università di Parigi VIII

Fate che il fanatismo diventi volgare, e così perderà il suo fascino.

Oscar Wilde

COSTRUZIONE SOCIALE E PSICOPATOLOGIA

Le pratiche cliniche e sociali sono molto influenzate dalle teorie politiche, sociali, psicologiche, economiche, morali, ambientali. Le pratiche cliniche e le pratiche sociali hanno un impatto sulle persone, sui gruppi, sulle famiglie, sulla società. Possono agire nel senso di integrare, a volte "formattare" le persone o i gruppi all'ideologia sociale dominante, oppure al contrario possono agire come fattori di resistenza di fronte alla pressione della contemporaneità, a volte disumanizzante. Possono anche essere organizzatori di cambiamenti psicologici individuali o collettivi.

Le scelte delle teorie soggiacenti alle nostre pratiche sono scelte politiche in senso ampio. Ad esempio: l'esaurimento nervoso. Oggi, le teorie dominanti in occidente considerano l'esaurimento nervoso come una malattia a causalità diversa, a meccanismo biologico e a trattamento a maggioranza chimico. Altrove con altri sistemi di interpretazione dei disturbi, gli stessi sintomi vengono interpretati come una perdita di anima (nei sistemi di pensiero sciamanici), di vitalità dovuta a un'azione di stregoneria o ad una possessione da parte di un'entità malevola. Nella psicoterapia spirituale, in occidente, gli stessi sintomi sono interpretati come un periodo di prova nel corso del cammino verso Dio.

Tutte le possibilità di cambiamento di teorie, di pratiche psicologiche, sociali e politiche sono possibili in ogni società. Prendiamo l'esempio dell'omosessualità: è sparita dal Dsm III nel 1996. Prima era considerata come un delitto, dopo come una malattia. Passare dal delitto, cioè dalla condanna alla pena di morte alla patologizzazione, cioè la perversione sessuale, ha salvato tante vite e oggi l'omosessualità è considerata come un

atteggiamento sessuale, un orientamento sessuale.

Un secondo esempio è quello dell'isteria: nel 1900 era l'unica possibilità per una donna di rifiutare il ruolo quasi obbligatorio di casalinga: il disordine psichico era una protezione della sua libertà, una rivendicazione attraverso una psicopatologia, di un destino più ampio. Le isteriche del tempo di Freud erano precursori delle femministe. La sua celebre paziente, Anna O., dopo lo scacco della sua psicoanalisi è diventata la prima delle femministe moderne.

I cambiamenti di mentalità, cioè di psicologia collettiva, si fanno tante volte con velocità. Sono di sorprendente orrore o di magica bellezza. Se si ritiene possibile costruire cambiamenti positivi ricchi e duraturi per l'umanità, allora oggi è necessario pensare alle problematiche transculturali.

L'ETNOPSICHIATRIA OGGI AL CENTRO DEVEREUX

L'etnopsichiatria è figlia dell'anti-psichiatria; opera una "decostruzione" di categorie con cui in occidente pensiamo i disordini sociali e psicologici, favorisce l'innovazione per adattare le pratiche cliniche e sociali alle problematiche di oggi.

Il Centro di etnopsichiatria Devereux fu fondato da Tobie Nathan nel 1993, all'inizio per trattare persone immigrate che rappresentavano uno scacco terapeutico per l'equipe che le seguivano. In concreto, i pazienti vengono al Centro accompagnati dalla famiglia (ma questo non è un obbligo) dagli operatori sociali, psicologi, che seguono le persone della famiglia: viene tutta la rete familiare, psicosociale, educativa che interviene nella problematica del paziente. I terapeuti raccolgono la storia del caso, non solo a partire dai sintomi psicologici e dai disturbi sociali, ma anche a partire dalle reti di significato che hanno contribuito a costruire la situazione clinica

e il trattamento fino a quel momento. I pazienti vengono da India, Africa, Turchia, America latina, Russia, Madagascar, Antille, ecc. L'etnopsichiatria, così come introdotta da Tobie Nathan, è una psicologia culturalmente informata ed è anche un approccio ospitale, nel senso che non obbliga lo straniero a presentarsi secondo i codici di chi lo accoglie. La persona che parla un'altra lingua viene ricevuta e pensata dall'inizio come ricco di altre sensazioni e intenzionalità rispetto alle nostre. Questo approccio accetta che lo straniero sia collegato ad altre forze, ad altri impegni di lealtà: si tratta di una vera lezione di alterità. Non è una disciplina che vuole dispensare messaggi sul senso della vita, né sui doveri concernenti le tradizioni: l'etnopsichiatria è un modo positivo e costruttivo di entrare in relazione con i pazienti/clienti. Quest'approccio si interessa deliberatamente non solo ai disturbi dei pazienti, ma soprattutto alle competenze, alle loro forze e risorse. In etnopsichiatria, si lavora sul divenire delle persone.

L'etnopsichiatria cerca di costruire maggiore scientificità nelle psicoterapie e nei dispositivi di "costruzione delle persone", delle identità, perciò si interessa a tutte le tecniche terapeutiche, le iniziatiche come le pedagogiche, a ogni genere di oggetti che usano i terapeuti e gli iniziatori: medicine, libri, concetti tecnici, preghiere, oggetti terapeutici, ecc. Si interessa anche alla "fabbricazione" dei terapeuti; a come sono formati per diventare soggetti di trasmissione. Tutto questo è l'etnopsichiatria. Il soggetto singolo non è il centro della scena etnopsichiatrica. Diventa il luogo di espressione di intenzionalità, di incontro di intrecci svariati; siamo degli ibridi fatti di combinazioni di elementi che vivono al confine tra dentro e fuori.

L'etnopsichiatria di oggi lavora molto con certi concetti come quello di "attaccamento", di "costruzione" di persone, di "appartenenza": appartenenza alla psicologia, all'Università, ad una divinità, ad una filosofia del mondo e della vita, a un corpo di mestieri. Diventa anche una proposta di psicoterapia per ricostruire un'identità in caso di scacco nel processo di costruzione identitaria. Questo molto spesso è il caso dei figli degli immigrati. Il francese Bruno Latour, sociologo delle innovazioni, propone di superare la dicotomia tra i pensieri di un uomo libero e i pensieri di un uomo vincolato: siamo tutti vincolati, appartenenti, ma è la natura degli attaccamenti, dei vincoli, quello che determina ciò che possiamo fare o non fare, e quindi diventa interessante.

L'etnopsichiatria si iscrive in una

dimensione costruttivista. Pensa la modernità, fa l'ecologia di nuovi saperi da poco comparsi, come le tecniche, le nuove discipline, i fatti sociali. L'etnopsichiatria presenta, descrive le loro caratteristiche specifiche e mostra anche a quali rituali costringono e quali sono le loro rispettive esigenze. Questo è il ragionamento che si fa anche nelle sedute con i pazienti.

L'etnopsichiatria costringe alla decentrazione culturale per poter entrare tanto quanto si può in altre logiche di pensiero che sono radicalmente diverse da quelle abitualmente conosciute nel mondo occidentale moderno. A volte l'etnopsichiatria crea anche le condizioni di applicazione di logiche di pensiero tradizionale alle problematiche contemporanee. Il metodo terapeutico etnopsichiatrico non vale solo per pazienti immigrati, è stato allargato a varie popolazioni: persone culturalmente marginalizzate, socialmente escluse, persone transessuali, vittime di traumi intenzionali, o persone con disturbi alimentari, ecc.

Nelle sedute di etnopsichiatria si lavora generalmente con un mediatore culturale, cioè un rappresentante del mondo del paziente. Questo mediatore culturale è un membro del gruppo di appartenenza del paziente/cliente. Per esempio, con le persone transessuali che avevo in psicoterapia c'era sempre, nelle sedute, anche un rappresentante di un'associazione di transessuali, sempre con l'accordo del paziente. Questo *modus operandi* è anche un sistema di controllo per non fare sbagli o proiezioni. Si parte dal punto di vista del paziente/cliente. Questo principio metodologico si chiama "mettere l'altro in posizione di esperto". Il paziente diventa un informatore del suo mondo e ciò impedisce al terapeuta di proiettare costruzioni false, di escludere dati culturali, o peggio ancora, di interpretare questi dati come materiale clinico individuale del paziente.

LA RICERCA DI NUOVI STRUMENTI: CREAZIONE DELLA PSICOLOGIA GEOPOLITICA CLINICA

Le problematiche cliniche hanno sempre una dimensione politica. Quando Georges Devereux ha fondato l'etnopsichiatria, il colonialismo e l'egemonia culturale imperialista dell'occidente costituivano il contesto ambientale. Tenere in conto, nell'approccio clinico, il modo di pensare, di curare, di amare, di vivere specifico di ogni cultura, mostrare soprattutto l'intelligenza contenuta in ogni sistema culturale, faceva dell'etnopsichiatria di Devereux una

contrapposizione al colonialismo.

Quando Tobie Nathan ha fondato l'etnopsichiatria clinica era l'epoca dell'emergenza di problematiche dovute alla migrazione post-coloniale. I pazienti seguiti in etnopsichiatria erano soprattutto immigrati arrivati in Francia per motivi economici. Ma non solo, nascosti, c'erano anche altri motivi in certi casi: fuggire pericoli culturali (atti di stregoneria, ad esempio). Non erano pazienti con storie di persecuzione politica.

Oggi, le problematiche cliniche sono marcate da un nuovo paradigma umano: la costruzione della mondialità. La circolazione delle popolazioni dovuta alla situazione economica e politica planetaria, si è generalizzata. Presenta anche nuove tematiche da prendere in conto nell'approccio clinico e terapeutico: ad esempio "la costruzione di identità" in un contesto di deculturizzazione.

Psicopatologia e sociopatologia dovuta alla "deculturizzazione"

Chiamo deculturizzazione un'esperienza non riuscita di acculturazione, cioè d'incontro tra due "mondi" (due culture, due gruppi sociali, ecc.). I vari tipi di forme di deculturizzazione provocano psicopatologia (traumi, neurosi di scacco, paranoia, esaurimento nervoso, ecc.) o sociopatologia (delinquenza, fanatismo religioso, psicopatia, ecc.). Una figura frequente di deculturizzazione si trova quando la persecuzione identitaria collettiva nel paese di origine provoca un primo trauma. E quando questo primo trauma non è trattato, può diventare la causa dello scacco nell'incontro con l'alterità (la cultura straniera) nel paese di accoglienza e generare il secondo trauma.

Un'esperienza non riuscita, non feconda, traumatica di incontro tra due culture o due gruppi eterogenei è suscettibile di mettere a rischio la costruzione di identità, soprattutto quella dei figli di immigrati (la seconda generazione). Tale è il caso con giovani che appartengono a culture dove i riti tradizionali sono un modo di costruzione dell'identità individuale come dell'identità collettiva: riti di passaggio, riti iniziatici, riti di affiliazione alla comunità culturale o religiosa. Il problema è pressante quando i rituali tradizionali non ci sono più, non possono più essere organizzati. E quando lo sono, vengono criticati e rifiutati da parte dei giovani. Questo è ancora un altro sintomo visibile della deculturizzazione.

I sintomi, psicologici o sociali, sono anche espressione dell'assenza di riti di passaggio o di affiliazione nel gruppo culturale di origine. Alcuni cercano

allora inconsciamente di riprodurre la necessità di appartenenza forte, materializzata in neo-ritualità nella costruzione della identità. La necessità di ritualità e di affiliazione è la conseguenza di un vissuto di deculturizzazione dovuta ad esperienze traumatizzanti di guerra, di attacco della cultura nel paese di origine, o di esperienze di umiliazione culturale, di isolamento sociale nel paese di accoglienza. Questi giovani si sottomettono allora a riti di iniziazione in alcuni neo-gruppi, gruppi di delinquenti e/o gruppi religiosi radicali. Un equivalente della ritualità viene offerto, oggi, da questi neo-gruppi di appartenenza che danno a questi giovani la possibilità di sentirsi "appartenere a una comunità", anche se spesso in un modo rigido, settario. La deculturizzazione è un concetto clinico a effetto politico, una esperienza che io definisco geopolitica clinica.

Definizione della psicologia geopolitica clinica

Nella maggioranza dei paesi d'immigrazione, le categorie esistenti per definire il tipo di accoglienza dei pazienti immigrati non corrispondono più alla realtà del loro percorso complesso. Le problematiche dei nostri pazienti non possono essere scomposte per origini psicologiche o culturali o politiche o sociali dei loro disturbi. Anche il trattamento non può più essere distinto in "approccio psicologico", "approccio tradizionale-culturale" o "approccio sociale".

Oggi la migrazione è planetaria. È una strategia d'esistenza. Vivere nella parte ricca e "tranquilla" del mondo, fuggire alla miseria, a sistemi politici persecutori, fuggire al caos, ma anche fuggire a volte da sistemi culturali o familiari pesanti: è questa la realtà complessa della migrazione contemporanea. Oggi, un approccio integrativo della complessità di questi percorsi è necessario. Tale approccio può essere definito psicologia geopolitica clinica. Si tratta di un approccio nascente, che analizza come la storia collettiva, culturale, politica e sociale ha impatto sulla psicologia umana. La psicologia geopolitica clinica osserva, descrive, analizza, pensa e tratta le conseguenze normali, psicopatologiche e sociopatologiche di avvenimenti politici che avvengono nei punti di interfaccia tra i diversi

Note

* Direttrice del Centro di etnopsichiatria Georges Devereux, a Parigi, dal 1996 al 2005.

1 All'origine, questo concetto è del filosofo francese Gilles Deleuze. L'ho adattato alla psicologia geopolitica clinica.

2 Françoise Sironi, *La psychologie géopolitique clinique. Une nouvelle approche de la psychopathologie liée aux violences collectives contemporaines*, Odile Jacob, Paris, 2005, in corso di stampa.

mondi, qui o in altri paesi. Nell'era di internet, necessita una psicologia nella mondialità, e della mondialità; una psicologia veramente rispettosa del livello "locale" in ogni cultura, gruppo sociale, politico, sessuale, religioso, integrato in un spazio più largo, planetario. L'approccio geopolitico clinico è adatto a pazienti/clienti con cui la dimensione politica e l'impatto traumatico della storia collettiva è centrale nella loro sofferenza: vittime di tortura, di guerra, di genocidi, *harkis*, ex-combattenti, vittime di caos economico. Nell'intervento terapeutico, il punto di vista intrapsichico non è negato, è piuttosto articolato con la storia collettiva che costituisce ciascuno di noi.

La psicologia geopolitica clinica ha un secondo aspetto: studia gli effetti delle pratiche cliniche che si sviluppano all'interfaccia di culture, gruppi, comunità, religioni, ecc. Malintesi culturali e contrapposizioni teoriche nascono nella mondialità. Le teorie dei professionisti e le credenze culturali sono forze spesso in contraddizione, hanno conseguenze politiche e cliniche.

Il terzo aspetto della psicologia geopolitica clinica consiste nello studiare il percorso psicologico o psicopatologico di uomini politici. Visto che c'è un'articolazione tra "storia collettiva" e "storia individuale", spesso essa è all'origine di certi atteggiamenti politici perversi, violenti. Le umiliazioni della storia collettiva o individuale ne hanno trasformato più di uno in tiranno. La conseguenza è la fabbricazione di migliaia di sofferenze nel mondo, che vediamo anche nella migrazione di oggi. Questo approccio analizza anche il percorso dei terroristi, oggi.

Principi fondamentali della psicologia geopolitica clinica

Tre principi fondano la psicologia geopolitica clinica: l'*entre capture* ("inter-preda"), la "glocalizzazione", la "complessificazione".

- *L'entre capture*:¹ in breve, significa che l'unità di osservazione è il soggetto singolo, ma l'interazione tra avvenimenti dalla storia collettiva e singolare; si può leggere ogni destino particolare dal ribelle al tradizionalista.

- La "glocalizzazione": questo neologismo significa pensare la psicologia umana influenzata da una molteplicità di parametri tra il livello "globale" e il livello "locale" delle problematiche culturali, sociali, psicologiche. Significa anche che c'è una necessità di "psicologizzare" il soggetto e di mettere l'accento sull'importanza delle reti. Anche un eremita ha delle reti con i parecchi che dicono come lui "sono solitario, sono unico".
- Il "rendere più complesso" (la "com-

plexificazione"): un fatto clinico non esiste "per sé", è determinato da vari parametri che costituiscono i saperi dominanti in ogni società, in ogni epoca. Quindi è necessario analizzare e tenere in conto, nell'intervento clinico o terapeutico, l'impatto delle teorie e delle pratiche (psicologiche, mediche, sociali, ecc.): da una parte sul paziente/cliente, e dall'altra sulla costituzione dei saperi nelle scienze umane e sociali. Questa costituzione di saperi dominanti creano anche le condizioni per cancellare altri saperi. Diventano allora "saperi seppelliti". Nell'intervento clinico e in psicoterapia, questi saperi seppelliti non sono più esclusi. A volta, i sintomi dei pazienti/clienti rappresentano una forma di emergenza "selvaggia", non integrata, di saperi seppelliti. Essi possono prendere la forma di sintomi sociali, politici o psicologici.²

Costruire la modernità clinica

Oggi, i pazienti immigrati non si lasciano più pensare e trattare solo con eziologie tradizionali. Ma, allo stesso tempo, trattarli solo con le teorie o terapie della modernità, è tante volte uno scacco terapeutico. Infatti, non c'è una corrispondenza tra le categorie di interpretazione tradizionale dei disturbi e le categorie psicopatologiche della modernità. Questo non è un problema: piuttosto è un'opportunità di apertura, cioè di "glocalizzazione" sempre in costruzione.

Vorrei fare l'esempio di Tania, una persona transessuale boliviana, di cui mi sono occupata. Aveva intrapreso il percorso medicalizzato di metamorfosi da uomo a donna, e veniva da me per la questione della transessualità. Ma "sotto" questa problematica moderna di genere, abbiamo scoperto una corrispondenza a una fase della sua iniziazione sciamanica, dove il passaggio uomo-donna era una figura dell'iniziazione. Tania non ha mai voluto seguire questa pista del diventare sciamano. Ha "scelto" un'affiliazione alla modernità distruttrice: "farsi" paziente quasi permanente in un ospedale parigino. Tania era sciamano attraverso la musica. Suonava la chitarra, dando benessere e trattamento efficace attraverso la sua musica e le sue parole, in modo sorprendente. Ma Tania era anche sciamano attraverso il suo alcoolismo importante. L'alcool è un'esperienza di metamorfosi in "un altro". È una tappa nella costruzione del diventare sciamano: penetrare in un'altra realtà, in un altro mondo con l'aiuto di sostanze (alcool, piante, psicofarmaci, ecc.), per ricondurre l'anima captata dei pazienti che cura. L'alcool le ha creato gravi

problemi al pancreas. Tania ha scelto un'affiliazione forte alla medicina occidentale: un cammino intermedio tra fabbricazione sciamanica soggiacente e scacco della modernità per riuscire a costruire un senso interessante alle sue esperienze di vita.

CONCLUSIONI

Le pratiche cliniche di oggi si collocano all'interfaccia tra i mondi moderni e tradizionali, tra mondialità e dimensione locale. Sono da costruire. Quando non c'è una corrispondenza tra sapere locale e sapere dominante, c'è da inventare strade terapeutiche che includono la complessità dei pazienti e quella del mondo sociale, economico e politico. Quindi, i professionisti della salute, i professionisti sociali partecipano attivamente alla costruzione di una mondialità veramente intelligente e umanista. Tale percorso prevede di inventare strade terapeutiche integrative dove la dimensione globale e locale hanno lo stesso peso, dove modernità e saperi locali non sono più in guerra; è una bella sfida, una sfida appassionante per agire contro le forme di integralismo e di paura, e per costruire un mondo moderno e umano.

APPUNTAMENTI

La Cooperativa Arti & Mestieri Sociali, di San Giuliano Milanese (MI), organizza una giornata di confronto e riflessione dal titolo: "Accogliere non basta. Le risorse di accoglienza per il minore allontanato da casa: specificità, integrazione e prospettive". Il convegno si terrà giovedì 1 dicembre 2005 presso la Sala Consiliare del Comune di San Donato Milanese (MI), via Cesare Battisti, 2. Il convegno intende promuovere una riflessione ad ampio raggio su quanto previsto dalla l.149/01 e sulle prospettive in merito delineate dall'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'adolescenza - Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, in previsione dell'imminente chiusura degli istituti per minori (anno 2006). Per informazioni: Tel. 0298248205 - artiemestierisociali@artiemestierisociali.org

Il Gruppo Solidarietà promuove il Seminario di approfondimento "L'ambito sociale e il governo della rete dei servizi. Verso quali forme di gestione dei servizi sociali nelle Marche?", che si terrà a Jesi, nella Sala Il Circostrazione, in Via San Francesco, Sabato 3 dicembre 2005, dalle 8.45 alle 13.00. La partecipazione, gratuita, prevede la prenotazione obbligatoria presso il Gruppo Solidarietà, Via S. D'acquisto 7, 60030 Moie di Maiolati (An). Tel e fax 0731.703327. E-mail: grusol@grusol.it.

APPUNTAMENTI TERRENUOVE

ESPERIENZE MIGRATORIE: ASPETTI CLINICI E RISVOLTI SOCIALI Seminario di approfondimento teorico e tecniche di intervento

condotto dall'equipe del Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica di *Terrenuove*

Il seminario articolato in cinque giornate di lavoro per un totale di 30 ore, è rivolto agli operatori del pubblico e del privato (psicologi, assistenti sociali, educatori) impegnati nell'accoglienza, nella presa in carico e nell'accompagnamento di persone immigrate: adulti e minori, con particolare riferimento agli adolescenti.

Obiettivi del seminario:

- mettere a fuoco la specificità di tale relazione d'aiuto nei diversi campi di intervento: psicoterapeutico, educativo, socio-assistenziale;
- proporre alcune specifiche tecniche di intervento maturate nell'esperienza di lavoro del servizio di *Terrenuove*.

Temi delle giornate di lavoro:

- a) l'esperienza migratoria e il mantenimento e la costruzione dell'identità: in età adulta e, in particolare nell'età evolutiva;
- b) il processo di contestualizzazione dalla storia personale e familiare alla storia collettiva: la narrazione e l'uso del genogramma;
- c) il riappropriarsi di un proprio progetto di vita per l'adolescente straniero;
- d) la ri-conquista dell'identità familiare: separazioni e ricongiungimenti.

In ogni incontro, accanto ai momenti teorici e alla messa a punto di tecniche di intervento, sono previsti spazi per l'analisi di casi portati dai partecipanti. Il seminario è aperto a un massimo di 20 partecipanti e si terrà in piazza Novelli 8, a Milano nei seguenti giorni dalle 9,30 alle 16,30: venerdì 10 e 24 febbraio 2006
venerdì 17 e 24 marzo 2006
venerdì 7 aprile 2006

Costo: euro 400,00 (Iva esclusa)

È richiesto l'accreditamento ECM per psicologi ed educatori.

Per informazioni e iscrizioni:
Terrenuove, Cooperativa sociale,
tel. 02 70127021 - fax. 02 70127022
- e-mail terre@centropsi.it

MINORI STRANIERI A SCUOLA

Percorso formativo rivolto agli insegnanti

con Emanuela Lo Re
e Paola Russomando

La *Cooperativa Sociale Terrenuove*, in collaborazione con il *Centro di Psicologia e Analisi transazionale* propone alcuni incontri rivolti agli insegnanti, interessati ad un percorso di riflessione rispetto all'inserimento e alla integrazione di minori ed adolescenti stranieri nel contesto scolastico.

Gli incontri formativi sono finalizzati a ricercare modalità di intervento pedagogico e didattico che favoriscano l'integrazione delle diversità e l'elaborazione nel gruppo classe delle dinamiche che interferiscono con i processi di apprendimento.

Il percorso formativo intende costituire una occasione di approfondimento di alcune tematiche specifiche:

- l'apprendimento della lingua italiana: le diverse fasi del processo, lingua parlata e lingua scritta; il legame "affettivo" con la lingua materna: vincolo e risorsa
- l'influenza dei vissuti emotivi sui processi di apprendimento
- la connessione tra la storia di vita e le scelte comportamentali rispetto al mondo della scuola
- possibili strategie e proposte didattiche per promuovere un'integrazione positiva.

La modalità di lavoro prevede un coinvolgimento attivo dei partecipanti; in ogni incontro, dopo un breve input teorico, verranno proposte esercitazioni pratiche e analisi di casi con riferimento alla concreta esperienza di lavoro degli insegnanti.

Il seminario aperto a un massimo di 12 partecipanti, è articolato in quattro incontri di tre ore. Si tiene in P.za Novelli 8, Milano il mercoledì dalle 16.30 alle 19.30 nelle seguenti date: 8 e 22 febbraio 2006
8 e 22 marzo 2006.

Il *Centro di Psicologia e Analisi Transazionale* è accreditato dal MIUR-Dipartimento istruzione, come ente qualificato a offrire formazione al personale della scuola ai sensi D.M.177/00 (accr.2002 e riconferma D.M. 28/7/2005).

Per informazioni e iscrizioni:
Centro di Psicologia e Analisi Transazionale, tel. 02 70127021 - fax. 02 70127022, e-mail at.mi@centropsi.it

OFFERTE

Il *Gruppo Solidarietà* offre in offerta speciale alcune sue pubblicazioni sui temi dell'handicap. Si tratta di cinque volumi che analizzano e affrontano i temi dell'integrazione scolastica, lavorativa e più in generale la risposta a situazioni di gravità. I libri possono rappresentare un'utile guida sia per una prima conoscenza che per un'approfondimento dei temi trattati. Ogni volume segue un percorso che va dall'analisi del tema a partire dalle esigenze delle persone, successivamente viene analizzato il quadro normativo verificandone potenzialità e limiti concludendo con la presentazione di esperienze significative. In tutti i libri è presente una appendice bibliografica mirata per successivi approfondimenti.

Volumi in offerta:

AA.VV., *Handicap tra bisogni e risposte*, 1993, € 7,75;

AA.VV., *Lavoro un diritto di tutti: anche delle persone handicappate*, 1996, € 7,75;

AA.VV., *Handicap intellettuale grave e servizi: quali risposte dopo la scuola dell'obbligo?*, 1997, € 7,75;

AA.VV., *Handicap e scuola: l'integrazione possibile*, 1998, € 8,78;

AA.VV., *Handicap, servizi, qualità della vita*, pag. 96, 2001, € 6,71;

AA.VV., *Handicap grave, autonomia e vita indipendente*, pag. 96, 2001, € 6,71

I sei volumi vengono offerti al prezzo speciale di € 24,00 (comprese le spese di spedizione).

L'ordinazione può essere effettuata versando l'importo sul ccp 10878601 intestato a Gruppo Solidarietà, Via Calcinaro 12, 60031 Castelplanio (AN), specificando in causale "volumi in offerta speciale". Per informazioni: tel./fax. 0731/703327; e-mail grusol@grusol.it - www.grusol.it

SEGNALAZIONI

M. Ambrosini

SCELTE SOLIDALI

Il Mulino, Bologna, 2005.

Il volume esplora le forme in cui si esprime oggi in Italia la solidarietà organizzata tra i cittadini in quella galassia di attività che viene variamente definita come non profit, terzo settore, privato sociale. Nel fare il punto su domanda e offerta di impegno sociale nel nostro paese, l'autore si concentra in particolare sull'area delle iniziative locali basate sulla partecipazione dei cittadini. Esse assumono in genere forme organizzative semplici (gruppi informali, associazioni di volontariato, cooperative sociali) e operano con mezzi limitati fornendo peraltro un contributo significativo alla costruzione dal basso di circuiti di integrazione e arrivando talvolta dove lo stato sociale non arriva.

FOTOGRAFIE

Non autosufficienza

L'Ocse ha esaminato il sistema di cura per gli anziani non autosufficienti in 19 Paesi, tra i quali non è presente l'Italia, cercando di rispondere ad alcune domande cruciali. *Quanto costa la Long term care (Ltc)?* L'entità del finanziamento varia dallo 0,2 del Pil del Messico al 3% della Svezia. I finanziamenti rappresentano in media dal 10 al 20% della spesa sanitaria totale. *Dove curare?* L'assistenza domiciliare conta solo il 30% della spesa pubblica per Ltc, eppure è la preferita per gli anziani e la meno costosa per i conti nazionali. *Come aumentare la qualità dei servizi?* Garantendo un'assistenza continua, a 360 gradi, che riesca a fornire la risposta più appropriata al bisogno. Gli esempi di risposte non adeguate e personale non formato a sufficienza sono numerosi nei Paesi sotto osservazione. *Come rendere il sistema sostenibile?* Per la maggior parte dei Paesi la Ltc è finanziata dalla fiscalità generale, solo 4 Stati hanno optato per l'assicurazione sociale. L'Ocse consiglia di ricorrere a sistemi di assicurazione o *copayment*. (http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en_33873108_33873516_35195570_1_1_1_1,00.html)

Famiglia

L'Osservatorio nazionale sulla famiglia ha recentemente presentato il secondo rapporto, che sviluppa vari temi sul fronte dei bisogni, degli interventi, dei servizi e delle politiche per la famiglia. Le dinamiche di mutamento delle famiglie, in grande sintesi, sono: la diminuzione della natalità (che non riesce più a rigenerare le famiglie); aumento del numero delle famiglie anagrafiche; aumento dell'età media di matrimonio; postponimento delle scelte procreative (donna fra i 30-35 anni); diminuzione dell'ampiezza media della famiglia; aumento delle coppie senza figli; aumento delle famiglie monogenitoriali; aumento delle famiglie anziane e dei *single* anziani; allentamento dei rapporti di parentela, quindi maggiore isolamento sociale delle famiglie; aumento delle separazioni e dei divorzi; aumento del numero dei figli nati fuori dal matrimonio; diffusione della "famiglia lunga del giovane adulto". Sul fronte del sostegno pubblico, l'Osservatorio stima che il sussidio pubblico, concentrato in prevalenza su istruzione e sanità, sia pari a circa l'11% del costo del figlio. (www.welfare.gov.it/sociale/famiglia/eventi/convoss1005.htm)

Alzheimer

L'Associazione italiana malattia di Alzheimer (Aima) fornisce le stime della malattia: 600 mila malati in Italia, di cui 131 mila over 65 allo stadio grave, destinati a raddoppiare entro il 2025. L'Aima denuncia la mancanza di creazione del Fondo per la non autosufficienza, l'assenza del tema Alzheimer dall'agenda delle Regioni e la speculazione delle aziende private. (Pronto Alzheimer 02.809767)

Povertà

L'Istat ha aggiornato al 2004 i dati sulla povertà relativa, la cui soglia è definita, per una famiglia di due componenti, pari a una spesa media mensile di € 919,98 (il 5,2% in più del 2003). Tra il 2003 e il 2004 la povertà è cresciuta dal 10,6% all'11,7%, da 6,7 a 7,5 milioni di individui. La povertà colpisce maggiormente i nuclei numerosi, gli anziani e le coppie giovani con figli piccoli, nel Centro e nel Mezzogiorno. In particolare, nel Mezzogiorno la povertà relativa in un anno è cresciuta notevolmente, passando dal 21,6 al 25%. (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20051006_00/poverta04.pdf)

AZIONI

Prevenzione

- La Società italiana di diabetologia (Sid) sperimenta in 250 scuole di tre regioni pilota (Emilia Romagna, Lazio e Umbria) un gioco didattico su internet dedicato agli alunni delle scuole primarie, pensato per prevenire obesità e diabete. (<http://www.educagiocando.it/>)
- Il Movimento italiano genitori (Moige), grazie al contributo di una fondazione bancaria, ha avviato un progetto informativo per contrastare la bulimia e l'anoressia. Il progetto prevede un sito (www.anoressiaebulimia.info) e un numero verde per l'assistenza (800.937070).
- La Società italiana di alcologia e il Comune di Milano patrocinano il progetto "Il pilota", disco *reality show* che si propone attraverso un gioco, utilizzando un format televisivo, di comunicare ai giovani che frequentano le discoteche i pericoli dell'abuso di alcool. Dopo Milano, il progetto verrà proposto a Torino, Riccione e Firenze. (www.ilpilota.it)
- L'Asl Roma E in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha terminato con esiti positivi la sperimentazione, che ha coinvolto 162 persone, del preservativo per la donna. In Italia il profilattico per donna non è ancora in commercio, secondo l'Anlaids sarebbe importante introdurlo.

Servizi sociosanitari

A Bologna e Ferrara è da qualche mese attivo il progetto e-Care. L'obiettivo di e-Care è contribuire a mantenere il più possibile la persona anziana non autosufficiente a domicilio. E-Care raggiunge l'anziano, o la famiglia, via telefono e offre un pacchetto integrato di servizi di teleassistenza, telemedicina e telesoccorso. Servizi del genere sono presenti in altri territori, la novità di e-Care è il livello di integrazione tra aree (sanitaria e sociale) e interventi (telesoccorso e visita a domicilio). (www.cup2000.it/cup2000/IT/ospecare.asp)

Famiglia

Il Comune di Roma per sostenere i genitori nei rapporti con i figli presenta due iniziative: un manuale per aiutarli nel ruolo educativo e un corso di formazione alla genitorialità. Il corso di sostegno alla genitorialità, organizzato dalla Banca del Tempo, si propone non solo di formare e informare, ma anche di costituire una "rete di amicizie" o gruppi di mutuo aiuto tra i genitori.

Psichiatria

La Regione Lombardia da avvio ad un Call center (800.110858), gestito dai Centri Fatebenefratelli, per dare ascolto e informazioni all'utente di situazioni psichiatriche "di confine", ovvero utenti colpiti da ritardo mentale con grave disturbo comportamentale, con disturbi psicopatologici o affetti da demenze. Il progetto Call center si propone inoltre di raccogliere informazioni sulle situazioni psichiatriche di confine, e di creare collegamenti con simili esperienze estere. Si sottolinea che, pur con l'introduzione del Call center, l'area della salute mentale rimane particolarmente priva di risposte di assistenza.

Fonti: Anlaids, Centro Maderna, Comune di Roma, Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Oecd, Ordine ospedaliero Fatebenefratelli, *Redattore Sociale*, *Sole 24 ore Sanità*, *Tredueotto News*.