



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

## **Università degli Studi di Padova**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
FISPPA**

---

**Scuola di Dottorato di ricerca in Scienze Sociali**  
Interazioni, comunicazione e costruzioni culturali

**XXV Ciclo**

**Vivere, narrare, nominare la malattia mentale**  
**L'incontro tra l'esperienza migratoria e i servizi socio-sanitari**

**Direttore della Scuola:** Ch.mo Prof. Marco Sambin

**Supervisore:** Ch.ma Prof.ssa Maria Armezzani

**Dottoranda:** Anna Piasentini





*Chiudere un lavoro di ricerca che ha impegnato anni, consumato energie, macinato chilometri, stampato centinaia di fogli di dati, fatto incontrare numerose persone, significa mettere la parola fine a un viaggio che ha aperto a interrogativi irrisolti, facendo intravedere nuove mete e prospettive. La parola fine taglia, obbliga a fermarsi, impone di pensare al viaggio come al disegno di un cerchio che si chiude, o forse, di una spirale, perché se è vero che si torna al punto di partenza, non si torna mai da dove si era effettivamente partiti perché nel frattempo la propria persona ha camminato, è cresciuta, si è distanziata dall'io in partenza.*

*Chiudere con le relazioni costruite, con la valigia piena di storie, suscita paure e nuove consapevolezza. Appare chiara infatti la difficoltà incontrata di dover fare sintesi di storie così diverse e variegata, di universi complessi e multifaccettati, non riconducibili in maniera lineare a tipi o profili dai contorni ben delineati: il timore del ricercatore è quello di aver appiattito le vite delle persone entro confini schematici e poco rispettosi di quella pluralità di voci che si è invece potuta ascoltare nell'approcciarsi, con curiosità e discrezione, alle diverse singolarità incontrate.*

*Ai narratori di storie di vita, salute e migrazione, impegnati in viaggi ben più complessi del mio, dedico questo resoconto.*

*A Massimo, Giulia, Davide e Samuele.*



## INDICE

<b>Abstract.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduzione.....</b>	<b>5</b>

### PARTE I

#### **Capitolo 1**

#### **Il dibattito delle scienze sociali sulla salute mentale e sulla relazione tra la malattia mentale e lo straniero ..... 13**

1.1. Excursus nella storia della sociologia della salute (e della salute mentale): approcci diversi e differenti apporti alla ricerca .....	16
1.2. La migrazione: i contributi teorici più significativi .....	22
1.3. Ricomponiamo la relazione salute mentale – migranti: uno sguardo allo stato dell'arte.....	25
1.4. L'approccio socio-costruzionista quale cornice teorica che guida la ricerca. Il contributo della teoria del riconoscimento.....	35

#### **Capitolo 2**

#### **L'itinerario del progetto di ricerca: obiettivi e strumenti ..... 45**

2.1. Il disegno della ricerca. Dalla definizione della domanda cognitiva alla costruzione della documentazione empirica: storia di un percorso metodologico di stampo qualitativo.....	45
2.2. La scelta e l'accesso al campo.....	55
2.2.1. <i>A Padova. Tra spazi ridotti e archivi cartacei: ingresso nel centro di salute     mentale e presso l'archivio del servizio psichiatrico di diagnosi e cura .....</i>	59
2.2.2. <i>A Camposampiero. Dentro l'ospedale, al secondo piano, tra gli ambulatori .....</i>	60
2.2.3. <i>Solo Camposampiero: scelta obbligata .....</i>	61
2.3. Il campionamento.....	64
2.3.1. <i>Perché i primi accessi di migranti.....</i>	64
2.3.2. <i>Chi considero migrante?.....</i>	66
2.4. La costruzione della documentazione empirica.....	72
2.4.1. <i>La rilevazione dei dati quantitativi.....</i>	73
2.4.1.1. <i>I dati delle precedenti ricerche nei servizi: la scheda di primo contatto .....</i>	73
2.4.1.2. <i>I sistemi d'archivio in psichiatria: database e cartelle cartacee .....</i>	75
2.5. L'osservazione etnografica .....	83
2.5.1. <i>Caratteristiche e dettagli dell'osservazione .....</i>	85
2.5.2. <i>Etnografia e ruolo.....</i>	88

2.5.3. Osservazione delle prime visite psichiatriche.....	89
2.6. Le interviste biografiche “partecipate” .....	92
2.6.1. Modalità di svolgimento delle interviste.....	95
2.6.2. Nodi problematici .....	97
2.7. Le interviste agli operatori della salute .....	99
2.8. L’analisi del materiale discorsivo .....	100

## **PARTE II**

### **Capitolo 3**

#### **Migranti e servizi. Le caratteristiche di questa relazione..... 107**

3.1. Dati di cornice: dimensioni del fenomeno .....	107
3.2. Le motivazioni e le modalità di accesso al centro di salute mentale.....	111
3.2.1. <i>Il (falso) mito dell’urgenza: come cambia nel tempo l’accesso ai servizi</i> .....	111
3.2.2. <i>Chi arriva “se lo può permettere”</i> .....	115
3.2.3. <i>Vestire i panni del paziente</i> .....	118
3.2.4. <i>L’accoglienza</i> .....	120
3.3. Il focus sulla storia migratoria .....	127
3.4. Gli stili relazionali.....	130

### **Capitolo 4**

#### **Quando la malattia irrompe nel progetto migratorio:**

#### **le storie ..... 134**

4.1. Collocazione della malattia nella narrazione biografica.....	137
4.2. La lacerazione dalla storia .....	142
4.3. Definizione della malattia .....	145
4.3.1. <i>“Comunque devi dare un titolo!”: l’irrinunciabilità della diagnosi</i> .....	146
4.3.2. <i>“Io, per me, cos’ho?”</i> .....	149
4.4. Le manifestazioni della malattia .....	156
4.5. Il “perché” e il “come”: causa e origine della malattia, tra interpretazioni e rappresentazioni.....	158
4.6. Conseguenze della malattia: l’esclusione .....	166

### **Capitolo 5**

#### **L’ambivalenza come dimensione ricorrente..... 170**

5.1. La doppia appartenenza e la doppia assenza .....	171
5.2. I servizi e i farmaci, tra paura della dipendenza e fiducia nell’aiuto professionale .....	176
5.3. Psichiatria tra aiuto e controllo.....	182
5.4. Il futuro con la malattia, nel progetto migratorio e rispetto ai figli.....	188



## **Capitolo 6**

### **Il Riconoscimento ..... 191**

6.1. Nella relazione medico-migrante .....	194
6.2. La questione asimmetrica.....	198
6.2.1. <i>“La butto sul medico”. Il camice, la diagnosi, la prescrizione, i farmaci</i> .....	199
6.3. Riconoscimento e identità .....	203
6.4. Riconoscimento a distanza: il migrante non è solo.....	209

## **Capitolo 7**

### **Nuove sfide per i servizi: osservazioni conclusive ..... 215**

7.1. L'integrazione “nonostante” .....	216
7.2. Come gestire i dilemmi operativi.....	218
7.3. Lavorare sui confini .....	225
7.4. Domande aperte e nodi cruciali .....	230

### **Riferimenti bibliografici ..... 235**

### **Appendice..... 245**

Allegato 1. Scheda di rilevazione primi accessi migranti.....	247
Allegato 2. Modulo di consenso informato.....	249
Allegato 3. Traccia delle interviste biografiche .....	250
Allegato 4. Modello di <i>cover sheet</i> .....	251
Allegato 5. Traccia interviste semi-strutturate .....	253



## ABSTRACT (italiano)

La ricerca muove da una cornice teorica socio-costruzionista, utilizzando alcuni contributi dell'interazionismo simbolico, dell'etnografia e della fenomenologia, attingendo inoltre alla teoria del riconoscimento reciproco.

Sono state prese in esame le modalità di relazione tra migranti che afferiscono ai centri di salute mentale e gli operatori stessi, in particolare come avviene il primo contatto, spazio deputato all'accoglienza, alla definizione della malattia da entrambe le parti, all'inizio della carriera di paziente e all'avvio della relazione terapeutica .

In accordo con le premesse teoriche e l'attenzione ai vissuti, rappresentazioni e definizioni della persona, il percorso metodologico è di tipo qualitativo: i dati quantitativi presenti offrono una cornice del fenomeno, e si riferiscono all'affluenza dei migranti presso un servizio di Padova e uno di Camposampiero. La metodologia qualitativa ha seguito l'approccio etno-storico-sociologico e l'approccio narrativo, utilizzando quali strumenti d'indagine l'osservazione etnografica, le interviste biografiche di migranti e le interviste semistrutturate a operatori dei servizi. L'approccio narrativo assume in questa ricerca una funzione importante, che nasce dalla possibilità di *dare voce* alle soggettività, liberandole dalle categorie diagnostiche in cui sono imprigionate e permettendo di raccogliere e (ri) costruire il senso di una realtà che diventa storia di appartenenze multiple, e di un percorso che non è più solo individuale, ma è parte di una storia collettiva.

I risultati permettono di offrire un quadro interessante sulle modalità di relazione tra due diverse *province di significato* , tra mondi e ruoli diversi e in movimento, tra una richiesta di cura e guarigione e una risposta non sempre corrispondente. Suggestiscono inoltre l'opportunità di orientarsi verso una capacità che permetta di "stare nei confini", entrando in relazione sospendendo il giudizio, rinunciando in parte alle sicurezze offerte dalla medicina occidentale, aprendosi a nuove forme di narrazione della malattia e della guarigione, e a una

flessibilità nei tempi e negli spazi di cura. Dalla ricerca emerge inoltre la necessità di accogliere la dimensione dell'ambivalenza come tipica della situazione di migrazione e di *malattia mentale nella migrazione*, oltre ad un'attenzione al transnazionalismo, che riaffiora anche nelle pratiche di cura, nella scelta di rivolgersi all'ambulatorio, nella fiducia riposta nel medico e nell'accettazione di seguire il percorso terapeutico.

I significati emersi dalla ricerca inoltre, indicano la possibilità di utilizzare le categorie e le riflessioni emerse anche nella pratica clinica con i pazienti autoctoni, e generano alcune domande che aprono la strada a ricerche future.

## **ABSTRACT (English)**

The research starts from a social constructionist theoretical framework, using some of the contributions of symbolic interactionism, ethnography and phenomenology, drawing also from the theory of mutual recognition.

The relations between the migrants, belonging to the mental health centers and the operators themselves were considered, focussing on: the first contact, the reception space, the definition of the disease from both sides, the beginning of the career of the patient and the start of the therapeutic relationship.

In agreement with the theoretical background and supported by in-field experiences, representations and definitions of the subject, I chose to use a qualitative approach: the quantitative data provide a frame of the present phenomenon, and refer to the influx of migrants to a service in Padua and in Camposampiero. The qualitative methods followed the ethno-historical-sociological approach and the narrative approach, using survey instruments such as ethnographic observation, biographical interviews with the migrants and semi-structured interviews with service operators. The narrative approach in this research holds an important function: it gives voice to the subjects, freeing them from the diagnostic categories, in which they are imprisoned. It allows to pick up and (re) construct the sense of a reality that becomes the history of multiple memberships, a path, which is part of a collective history, not just an individual one.

The results offer an interesting picture on the relationship between two different *provinces of meaning*, between worlds and roles, which are different and in dynamic relationship, including the request for care and healing, and the response, which is sometimes inadequate. They also suggest the opportunity to move towards a capacity that allows to "stay within the boundaries," entering into relation and suspending judgment, giving up part of the securities offered by western medicine, opening up to new forms of narration of illness and healing, and flexibility in the times and spaces of care. The research shows the

need to accept the ambivalence as a typical feature of the status of migration and mental illness in migration, as well as attention to transnationalism. Indeed, transnationalism emerges in the practice of nursing, in the choice to turn to the clinic, in the confidence in the doctor and in the acceptance to follow the course of treatment.

The meanings from the research indicate also the possibility to use the categories and ideas that emerged also in clinical practice with native patients, and raise some questions, which pave the way for future researches.

## Introduzione

### I migranti e la salute mentale: i perché di questa ricerca

Perché trattare di salute mentale e migrazione?

La scelta di concentrare la ricerca su questo tema proviene dalla curiosità di osservare la capacità dei servizi di dialogare con una doppia diversità, quella della salute e quella della provenienza. Questa doppia diversità non viene assunta come elemento di distinzione, né di giustificazione di comportamenti agiti da entrambe le parti, ma come evidente differenza intrinseca in ogni persona, che deve relazionarsi con un mondo di servizi, composto da linguaggi, codici e regole estranee e all'inizio ignote, e in ogni servizio, che si deve rapportare con differenti utenti o pazienti.

Appare utile alla riflessione della ricerca assumere il punto di vista delle migrazioni come *funzioni specchio*, ossia "rivelatrici delle più profonde contraddizioni di una società, di un'organizzazione politica e delle sue relazioni con le altre società" (Palidda in Sayad 2002: X), interessanti avamposti di ambiguità e posizioni presenti anche in altri ambiti della società cosiddetta ospitante. La presenza dell'altro è di per sé un vero e proprio "rivelatore epistemologico" (Beneduce, 2007b), in grado di svelare contraddizioni e debolezze: la presenza dello straniero rappresenta "una leva in grado di rivelare le faglie delle società ospiti e mostrare, in quelle che sembravano certezze acquisite, contraddizioni e zone d'ombra nei loro saperi" (Beneduce, 2007b: 7).

Inoltre

*"Il tema dei migranti non va disgiunto da quello, più generale, dell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale delle fasce deboli di utenza. La riflessione sulle pratiche che incidono sull'accesso della popolazione migrante ai servizi può essere utile per altre soggettività a rischio di marginalizzazione".*

(Bracci, Cardamone, 2005: 24)

Un altro aspetto per cui risulta importante uno studio sulla sociologia mentale dei migranti riguarda l'evidenza, che in queste persone emerge, dell'*intersectionality* (Crenshaw, 1989) della singola situazione: in una storia di salute, malattia e cura di una persona proveniente da un altro paese, non si può non considerare anche la storia migratoria, il progetto iniziale e quello attuale, le prospettive future, le andate e i ritorni, il sentimento di appartenenza e lo status formale che ne disciplina la presenza; e ancora, la scolarità, il lavoro, le rimesse, la presenza, pur non fisica, della propria famiglia d'origine. La migrazione viene analizzata da Sayad (2002) come un "fatto sociale totale", ossia "un fatto in cui sono coinvolte tutte le sfere dell'essere umano e delle sue interazioni con l'universo economico, sociale, politico, culturale, religioso in cui vive, e quindi anche le sue rappresentazioni del mondo" (Palidda in Sayad 2002: XIII). Questo fa emergere quindi quanto sia importante, nella relazione terapeutica, che la persona possa esprimere tutta la sua storia, per ricucire insieme i tasselli di un'esperienza lacerata due volte, l'una nel momento della partenza dal suo paese (o dai paesi che ha attraversato) e l'altra nel momento in cui manifesta dolore, sofferenza e disagio.

Si può talvolta riscontrare un parallelismo tra la migrazione e la malattia, non tanto in termini di risultati/effetti, quanto di rottura, con il conosciuto, il dato per scontato, e di rimessa in discussione delle proprie certezze, acquisizioni e prospettive. La malattia irrompe nel quotidiano e rompe la quotidianità, rallentando i ritmi, ricalibrando priorità, così come, anche se con significati e modalità diverse, agisce la migrazione.

Un presupposto da cui parte questo lavoro è che studiare, analizzare, immergersi nella dialettica "servizi sanitari italiani/pazienti migranti" possa raccontare molto sulla dinamica relazionale generale del rapporto tra fruitori ed erogatori di servizi.

La scelta dei servizi di salute mentale in cui osservare questa relazione, deriva certamente dalla natura particolare di tali strutture, dalla storia che li ha attraversati, dalla duplice funzione cui tendono ad assolvere (cura e controllo), in cui le peculiarità dei servizi sanitari pubblici emergono in maniera dirompente ed emblematica. I servizi di salute cui giungono i migranti possono



essere particolarmente inclusivi o autoreferenziali ed etnocentrici, a seconda della cultura dell'accoglienza che viene proposta, degli sforzi formativi e pratici degli operatori, e dell'ambiente in cui sono inseriti. Possono rappresentare una zona di socializzazione alle regole del paese di arrivo, o possono marcare, ancora una volta, la differenza tra sé e gli "altri". Possono permettere un adeguato riconoscimento delle proprie diversità e necessità, o applicare metodi e terapie standardizzate; possono proporre motivi di appartenenza, o mantenere distanza e separazione. I servizi di salute mentale appaiono particolarmente esemplificativi di tali diverse strategie relazionali.

La metodologia di ricerca più adatta per rispondere in maniera adeguata a tali domande risulta l'approccio narrativo (Gergen e Gergen, 1988; Olagnero e Saraceno, 1993; Ochs e Capps, 1996; Jedlowsky 2000; Bichi 2000 e 2004; Bertaux 2003; Poggio 2004, 2007) e soprattutto l'approccio narrativo sulle storie di malattia (Good 1999, 2006; Greenhalg e Hurwitz, 1999; Charon 2001; Maturo 2004; Kleinmann 2006; Cardano 2006, 2007; Cozzi 2007): se assumiamo che l'irrompere della malattia mentale provochi una "rottura biografica" (Cardano, 2007: 12) nell'esperienza di vita di una persona, appare chiaro come la scelta di avvalersi delle narrazioni permetta di recuperare il senso (the *sense making* (Cardano, 2010)) che questa lacerazione provoca nel soggetto che la vive, e dia modo inoltre di recuperare il significato che essa ricopre anche in relazione al più complesso processo di ricostruzione del percorso migratorio, della propria storia, del proprio sé. Ciò che risulta interessante è quindi l'analisi di *dove* la persona colloca l'avvento della malattia all'interno della più generale storia di vita per evidenziare, se esistono, dei modelli di comprensione e di attribuzione di senso della sofferenza in rapporto alla propria esperienza migratoria. Appare utile inoltre per sottolineare le categorie concettuali ricorrenti in merito alla definizione e all'esposizione del decorso della propria malattia.

L'approccio narrativo assume in questa ricerca una funzione importante, che nasce dalla possibilità di *dare voce* alle soggettività, liberandole dalle categorie diagnostiche in cui sono imprigionate e permettendo di raccogliere e (ri) costruire il senso di una realtà che diventa storia di appartenenze multiple,

e di un percorso che non è più solo individuale, ma è parte di una storia collettiva.

Questo lavoro vuole raccontare l'esperienza di un percorso di ricerca che viene presentato in due parti.

La prima si apre con il capitolo 1, nel quale viene esposto il dibattito delle scienze sociali sulla salute mentale e sulla relazione tra la malattia mentale e lo straniero: vengono tratteggiate sia un'esposizione delle principali teorizzazioni della sociologia in materia di salute/malattia sia le principali teorie sulle migrazioni, privilegiando l'esposizione di quella più significativa ai fini della ricerca, offrendo inoltre uno sguardo allo stato dell'arte relativo al rapporto tra migrazione e salute mentale. Si completa con l'approccio teorico che guida la ricerca appartenente alla tradizione socio-costruzionista, arricchito dal contributo della teoria del riconoscimento.

Nel capitolo 2 si dà conto del percorso metodologico di stampo qualitativo con le sue caratteristiche e le diverse fasi. Vengono descritti in maniera dettagliata i vari momenti del disegno della ricerca, dalla domanda alla scelta del campo, dalla costruzione della documentazione empirica di dati quantitativi all'osservazione etnografica, dalle interviste biografiche alle interviste semi-strutturate; trova spazio inoltre l'esposizione dei presupposti e delle fasi relative all'analisi del materiale testuale.

La seconda parte tratta i risultati della ricerca, distinti nelle categorie emergenti. Nel capitolo 3 si racconta della relazione tra migranti e servizi, illustrando i dati di cornice presenti negli archivi interrogati, e proseguendo con l'esplorazione delle modalità di affluenza ai servizi e le caratteristiche di incontro e di accoglienza tra questi due soggetti.

Il capitolo 4 rappresenta uno dei fulcri centrali della ricerca, entrando nel vivo dell'analisi delle storie di vita, che sono anche storie di malattia e di migrazione: si affronta la collocazione della malattia nella narrazione biografica e la lacerazione prodotta dall'insorgenza della malattia nei confronti della storia singola e collettiva. Si propone una riflessione sul tema della *definizione* della

malattia intesa sia come momento irrinunciabile affidato al terapeuta, sia come autorappresentazione del soggetto che ne è portatore; viene dato spazio inoltre all'esposizione delle manifestazioni della malattia e a una riflessione sulle cause del disagio, attribuite dai soggetti che si rivolgono ai servizi; chiude il capitolo la trattazione delle conseguenze della malattia, che si intrecciano con la condizione di migrante, e che portano in molti casi a vere e proprie forme di esclusione sociale quando non vera e propria discriminazione.

Il capitolo 5 affronta altri temi altrettanto significativi: tratta l'ambivalenza quale dimensione che ricorre nelle narrazioni dei migranti e che si può rintracciare anche nel servizio di salute mentale. Tale caratteristica si declina sotto vari aspetti: riguarda il sentimento di doppia appartenenza e di doppia assenza quale elemento costitutivo dell'essere migrante in sé, e in relazione ai problemi di salute; si riferisce al rapporto ambivalente della persona con i servizi e i farmaci, in cui si oscilla tra la paura della dipendenza, la diffidenza e la fiducia nell'aiuto professionale; e riguarda l'eterno dilemma della psichiatria, sempre divisa tra la funzione di aiuto e quella di controllo. Su questo tema verrà dato particolare risalto soprattutto alle voci delle cartelle cliniche del reparto psichiatrico di Padova. Alla fine del capitolo si affronta il tema dell'ambivalenza in relazione all'atteggiamento dei migranti verso il futuro con la malattia, nei confronti del progetto migratorio e dei figli.

Nel capitolo 6 si dà largo spazio alla questione del riconoscimento come modalità relazionale importante non in quanto innovativa quanto molto "umana", che permette la piena espressione delle persone coinvolte e la realizzazione del proprio sé in relazione all'altro, in una ricerca il più possibile orientata alla reciprocità. Questa dimensione verrà affrontata nella relazione medico-paziente e affiancata alla questione dell'asimmetria, quest'ultima elemento costitutivo della stessa relazione di cura che mina però le possibilità di una reciprocità; il riconoscimento verrà trattato inoltre in rapporto alla questione dell'identità. In ultimo verrà offerto uno sguardo al tema del riconoscimento "a distanza", ovvero della questione della presenza, anche in caso di assenza fisica, della rete parentale o della propria comunità di appartenenza rimasta nel paese di provenienza, ma comunque fortemente

significativa nella costruzione della rappresentazione di sé e del proprio malessere.

Nel capitolo 7 si delinea la sintesi di temi trasversali emersi dalla ricerca, sottolineando alcuni nodi cruciali dell'incontro tra la migrazione e i servizi di salute mentale, individuando le domande che rimangono aperte, temi corposi che richiedono spazi e tempi di nuove ricerche.

## **PARTE I**



## Capitolo 1

### **Il dibattito delle scienze sociali sulla salute mentale e sulla relazione tra la malattia mentale e lo straniero**

Nelle scienze sociali gli interessi per “la figura dello straniero, le caratteristiche che assume nello spazio sociale e il sistema di relazioni che instaura con i membri del gruppo integrato” (Cipollini, 2002: 3) vengono fatte risalire agli inizi del secolo scorso. I primi contributi si devono alle riflessioni di Simmel (1998) e alla sua rappresentazione dello straniero come ambivalente (sintesi della sua posizione di vicinanza e lontananza, di presenza e provvisorietà), oggettivo e innovatore (le sue forme di relazioni economiche e sociali permettono l’instaurarsi di nuovi equilibri).

Questa rappresentazione dello straniero come innovatore riemerge nelle opere di Sombart (1967, in Cipollini, 2002): egli sottolinea alcune specificità che spingono l’individuo ad essere proiettato in una prospettiva futura e a orientarsi verso un interesse e uno spirito pratico volti al raggiungimento di obiettivi prevalentemente economici. La proiezione verso il futuro, secondo l’autore, è il frutto della profonda recisione dei legami con le tradizioni e le memorie della società di provenienza (il passato), che non sono più in grado di orientare e guidare lo straniero nelle nuove dinamiche relazionali con il gruppo integrato. Questa riflessione costituisce un’importante chiave di lettura anche rispetto alle questioni metodologiche della mia ricerca: ho riscontrato in alcuni soggetti una certa fatica nel ricostruire una traiettoria biografica che faccia riferimento a un passato forse troppo lontano e talvolta “archiviato”, unita ad una tendenza a soffermarsi sul presente e sulle proiezioni future. Al tempo stesso ho raccolto numerose voci di chi continua a mantenere un forte legame con il proprio paese di provenienza, in una sorta di transnazionalismo che riguarda molteplici aspetti e ambiti, compreso quello della cura.

Michels (1925, in Cipollini, 2002) si concentra sulla categoria di straniero in riferimento alle condizioni di appartenenza, arrivando a creare quattro tipologie: lo straniero “integrato”, lo straniero “marginale”, lo straniero “diviso” e l’“escluso”. La rappresentazione di Michels anticipa quelle che saranno le concettualizzazioni di Park (1928), laddove si riferisce alla condizione di confine che vive lo straniero, e di lacerazione che lo investe nel momento in cui si trova a scegliere a cosa appartenere e cosa abbandonare, in una dinamica in cui la perdita risulta inevitabile.

Alcune delle più importanti teorizzazioni sono certamente ascrivibili alla tradizione della scuola di Chicago, in un ambiente coinvolto dalle prime ondate migratorie, da nuove forme organizzate di urbanità e socialità, e da processi spesso conflittuali e contraddittori di integrazione: in questo contesto lo straniero viene rappresentato come un’alterità difficilmente integrata e integrabile. Park (*Ibidem*) parla di soggetto diviso tra due mondi, un’“uomo marginale”, in bilico tra due identità, un “ibrido culturale”, ad indicare un soggetto che nello sperimentare il conflitto tra due culture conosce un sé diviso, con conseguenze sulla definizione della propria identità. “Il contadino polacco in Europa e in America”, di Thomas e Znaniecki (1968), analizza i processi di disgregazione dell’identificazione originaria degli immigrati polacchi e fa emergere la categoria di “disorganizzazione sociale” quale causa di comportamenti devianti (tra cui la malattia mentale): questa disorganizzazione, poiché riguarda la minore influenza delle regole sociali di comportamento sui membri individuali del gruppo, coinvolge soprattutto i migranti che sono lontani dalle comunità di appartenenza e controllo.

In linea con la psicologia dell’uomo marginale si situa Schütz (1979): questi affronta i problemi relativi all’interazione iniziale tra lo straniero e il gruppo integrato, sottolineando la situazione di difficoltà del migrante nel relazionarsi con un modello culturale e un sistema valoriale a lui sconosciuto. La decodifica, incessante e continua, che mette in opera lo straniero, mette in discussione il “pensare come al solito” del modello del gruppo integrato. La conclusione alla quale giunge Schütz è che l’ambiguità diviene una condizione di vita abbastanza stabile per il migrante, considerato che, solitamente, il



soggetto non riesce a scegliere di aderire in modo completo ad uno dei due modelli, condizione che rappresenterebbe il superamento della condizione di straniero.

Appare evidente come le rappresentazioni dello straniero che sono state sinteticamente indicate permettano di essere utilizzate anche ai fini della ricerca, come dei primi tentativi di illustrare e cercare di spiegare le difficoltà associate alla condizione di migrante, che possono degenerare in disagio, o essere incasellate nella categoria di malattia mentale.

L'attenzione per la condizione dello straniero rappresenta dai primi del '900 un importante campo di studio anche per la psichiatria, e tutte le declinazioni di questa branca medica ne sono una prova: si parla di epidemiologia psichiatrica della migrazione, di psicopatologia dell'emigrazione (Frigessi, Riso, 1982) di psichiatria culturale e delle migrazioni, di psichiatria transculturale (Ancora, Sbardella, 2011) e di etnopsichiatria (Beneduce, 1994, 1997; Devereux, 1973). Tutto questo indica, oltre che l'interesse per questa relazione, la presenza di diversi approcci teorici e modelli di pratiche cliniche, legati alla necessità di dotarsi di nuovi strumenti di lettura e d'intervento in questa specifica e nuova area.

L'attenzione per la componente "straniera" nell'analisi della patologia mentale rischia di portare a derive non sempre governabili, laddove la migrazione diventa l'elemento che cerca di spiegare tutti i comportamenti: è il caso ad esempio di una nuova patologia, la cd. *sindrome di Ulisse* (Acholegui, 2005), la quale riguarda un quadro patologico in cui si mescolano elementi di depressione, stati di confusione, angoscia e dolori somatici; il problema non sta tanto nell'aver identificato elementi di sofferenza comuni, ma sopraggiunge quando l'intervento del terapeuta si appiattisce su questa definizione, tralasciando un quadro storico-culturale ricco di significati e di sistemi interpretativi.

La questione è che dall'estraneità alla stranezza, il passo è breve. La diversità, ossia la non riconducibilità a schemi concettuali presenti nella cultura ospitante, ha rischiato (e rischia?) di diventare un pretesto o la spiegazione di disagi ricondotti all'ambito della salute mentale.

Ciò che qui interessa non è tanto ricercare le cause della malattia nella popolazione migrante, anche se non si esclude che alcune categorie ricorrenti potrebbero emergere, quanto concentrare l'attenzione, da un lato, sulle dinamiche di relazione e di co-costruzione della malattia, e dall'altro sulle modalità (di mediazione, assimilazione o rifiuto) che emergono dal contatto tra l'istituzione sanitaria italiana e i soggetti migranti. In particolar modo il focus è sul servizio psichiatrico poiché credo che in tale ambito possano essere più evidenti sia le contraddizioni e le dicotomie relative allo statuto specifico della disciplina, sia la polarizzazione tra sistema esperto e soggetti non esperti, oltre alle sfide che la migrazione potrebbe imporre alla psichiatria. Ritengo infatti che tale ambito possa raccontare molto anche di altri aspetti, puramente cruciali e di più ampio respiro, relativi da un lato alle strategie di adattamento e di rifiuto inerenti le dinamiche di relazione e integrazione e, dall'altro, delle modalità di flessibilità/rigidità del potere professionale nei confronti delle nuove soggettività.

### **1.1. Excursus nella storia della sociologia della salute (e della salute mentale): approcci diversi e differenti apporti alla ricerca.**

Inquadrare in una cornice teorica i contributi relativi alle domande di ricerca espresse richiede di distinguere le varie dimensioni e dedicare a ciascuna uno spazio particolare.

Partendo dal binomio salute/malattia, si tenterà di tracciare un percorso, storico e spaziale, delle linee presenti nelle teorizzazioni delle scienze sociali, sociologia *in primis*.

La sociologia inizia ad occuparsi di salute e malattia in tempi recenti<sup>1</sup>: nasce dapprima in Inghilterra, Germania e Francia; negli Stati Uniti, a partire dal primo dopoguerra, conosce il suo momento di maggior sviluppo. In Italia gli

---

<sup>1</sup>Molto utile il percorso sulla sociologia della salute compiuto da Tognetti Bordogna (1994) nel

studi di *sociologia della medicina* (così viene definita) hanno inizio negli anni '70.

Convenzionalmente la sociologia della medicina nasce con Parson (sebbene anche Durkheim ne “Il suicidio” abbia affrontato la questione, definendo la salute/malattia non più come un fatto socialmente rilevante ma con un fatto sociale a sé): secondo l’approccio struttural-funzionalista la malattia viene definita come non funzionale al sistema sociale (Parsons, 1995) perché rende gli individui incapaci di espletare i ruoli sociali attesi, definisce il malato come improduttivo e deviante, e il medico investito di una funzione di controllo sociale. I limiti di questo modello riguardano una concezione assolutamente interna alla professione medica e al sistema sanitario, divenendo scarsamente applicabile in altri contesti, e incapace di evidenziare gli aspetti non razionali e non finalistici dei sistemi di cura.

Una concezione che considera come principale nella relazione medico-paziente la componente conflittuale è compresa nell’approccio marxista: quest’approccio identifica la medicina come un’istituzione di controllo sociale e uno strumento di riproduzione delle disuguaglianze e delle ingiustizie sociali; inoltre critica il pensiero medico che attribuisce lo stato di malattia a fattori individuali senza considerare le cause sociali ed economiche.

Di stampo diverso appare l’approccio fenomenologico (Schütz 1979; Idler 1982), nel quale salute e malattia sono considerate come “esperienze umane” e non semplici comportamenti di ruolo del malato. In questo paradigma la salute e la malattia vengono formulate in base alla definizione che di esse ne dà il soggetto, evitando di fare riferimento a concettualizzazioni della medicina occidentale, e considerando il contesto naturale e relazionale in cui il soggetto è inserito. Il corpo viene inteso come espressione del mondo naturale e sociale, e nella sua interezza diviene un soggetto con cui “dialogare”.

Herzlich (1986), che pure appartiene alla scuola fenomenologica, propone un approccio che supera sia una concezione biologista della malattia sia esclusivamente costruzionista, e propone una visione secondo cui la malattia non è mai solo l’insieme dei sintomi appartenenti ad un singolo, ma è

un fatto che richiede un'interpretazione collettiva e una condivisione tra i membri del gruppo.

In Italia, come si è detto, l'attenzione delle scienze sociali per queste questioni arriva molto tardi, e si connota all'inizio per un ambito di riflessione, ricerca e applicazione legato esclusivamente alla medicina ufficiale, tanto da confondersi spesso con la medicina sociale. Questo ha portato, ad esempio, a considerare solo le definizioni istituzionali e mediche della salute e della malattia, sottovalutando altri piani di definizione, escludendo una riflessione critica sull'assolutizzazione delle categorie diagnostiche e dimenticando di prendere in considerazione le concezioni "profane" e alternative.

La fase storica della nascita della sociologia della medicina in Italia coincide con un momento molto vivace e fecondo della società civile, del mondo accademico e della produzione legislativa<sup>2</sup>, che operano una critica aperta verso le concezioni ufficiali, assolutistiche e unidirezionali della conoscenza e della pratica medica che la sociologia riproponeva: si considerino i contributi ad esempio di "Medicina democratica", movimento sviluppatosi alla fine degli anni sessanta, formalizzatosi nel 1976 e che ebbe come fondatore il medico, biologo e biometrista dott. Giulio Maccacaro (1924-1977). Egli era coinvolto da tempo nel denunciare le connivenze tra il potere e la medicina<sup>3</sup> e la necessità di considerare l'elemento "classe" come centrale nella lotta per la salute.

Nello stesso anno di nascita di Maccacaro nasceva Franco Basaglia, medico psichiatra, fondatore nel 1973 del movimento "Psichiatria democratica", promotore della Legge 180/78 di riforma del sistema manicomiale e istitutiva dei sistemi territoriali di cura e riabilitazione. Basaglia si occupò da psicopatologo della malattia mentale con la preoccupazione di salvaguardare la soggettività del malato di fronte alla violenza del sapere psichiatrico<sup>4</sup> e di riscoprire la dimensione soggettiva, non oggettivabile,

---

<sup>2</sup>Si ricordano, ad esempio, i movimenti per la salute e i movimenti anti-istituzionali che hanno caratterizzato la fine degli anni '60 e la prima metà degli anni '70.

<sup>3</sup> Questa denuncia, argomentata in una lettera del 1972 al Presidente dell'Ordine dei Medici, gli costò un provvedimento disciplinare da parte dello stesso organismo.

<sup>4</sup> "Tutto ciò ci portò anche a una riflessione politica: gli internati appartenevano alle classi oppresse e l'ospedale era un mezzo di controllo sociale" [...] "Nel manicomio la condizione di potere del medico e di dipendenza del malato non dà alcuna possibilità di mettere in atto una

dell'essere umano. Trattato come uomo, il folle non presenta più una "malattia" ma una "crisi"<sup>5</sup>, una crisi vitale, esistenziale, sociale, familiare che sfugge a qualsiasi "diagnosi" utile solo a cristallizzare una situazione istituzionalizzata.

In questa circostanza storica nasce la sociologia della medicina con i volumi "Il potere della medicina" e "Sociologia della Medicina", entrambi editi nel 1977. La sociologia, come si diceva, continua ad avere come referente principale il servizio sanitario quale oggetto di ricerca con un'attenzione verso le mansioni, i ruoli professionali, le prestazioni e l'organizzazione.

Nel 1982 si passa ad un diverso approccio sociologico, ufficializzato nel convegno nazionale di *Sociologia Sanitaria* presso l'Università di Bologna. La malattia viene letta nelle sue implicazioni interpersonali e soggettive, privilegiando comunque un approccio di tipo individuale e un'attenzione al contesto istituzionale.

Questo pone le basi affinché si arrivi alla *Sociologia della Salute*, la quale si pone dal punto di vista di realizzare la salute della popolazione come obiettivo generale e come realtà integrale (Donati, 1983). L'istituzione sanitaria rimane comunque l'elemento privilegiato per il processo di definizione della malattia: bisognerà aspettare l'apporto di altre discipline, come l'*etnomedicina* e l'*etnopsichiatria*, per poter tenere in considerazione le diverse rappresentazioni della salute, della malattia, del corpo medico e uscire dall'unico ambito circoscritto di indagine della medicina occidentale e ufficiale. In queste discipline i termini *cultura* e *pratiche culturali*, assieme ai costrutti di *malattia* e *guarigione*, sono gli oggetti di studio che portano a sottolineare la stretta interdipendenza delle diverse dimensioni che compongono l'esperienza umana: partendo dall'analisi dei sistemi di cura "non-occidentali" affermano la necessità, per gli approcci medici occidentali, di considerare la dimensione simbolica, religiosa e delle pratiche culturali, della memoria del gruppo, dell'identità personale e dell'appartenenza comunitaria.

---

terapia. [...] La terapia ha senso solo quando c'è reciprocità fra malato e medico" (Basaglia, 2000)

<sup>5</sup> "Una cosa è considerare il problema come una crisi e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, una soggettività che mette in crisi il medico [...]" (Basaglia, 2000)

Conoscere i modelli culturali significa comprendere la mappa attraverso la quale l'individuo legge la realtà. Devereux, uno dei massimi esponenti dell'etnopsichiatria (secondo alcuni, il fondatore), afferma che "il concetto di psichismo umano e quello di cultura sono indissolubilmente collegati, sia dal punto di vista metodologico che da quello funzionale" (Devereux, 1973: 300). Colui che a Parigi continua l'opera di Devereux, Nathan, afferma che "tutto va ricondotto al sistema culturale e solo all'interno di esso si possono valutare l'efficacia e il senso" (Nathan, 1998: 20).

I più importanti esponenti dell'approccio etnopsichiatrico definiscono i rischi nei quali non bisogna incappare: in primis quello di considerare i sistemi di cura tradizionali come dei *tutti omogenei*, che sarebbero "sempre e ovunque una riserva di significati, di strategie controegemoniche e di conoscenze particolarmente coerenti con i bisogni di cura e i ritmi di vita (individuali o collettivi)" (Beneduce, 1997). Si deve inoltre evitare di cadere in una "culturizzazione eccessiva della malattia" (Frigessi in Beneduce 1994: 76), dimenticando le altre dimensioni che concorrono all'insorgenza del disturbo e alla definizione del malessere; a tale proposito risulta interessante lo studio di Warner (1985) riportato da Beneduce (1994: 100), il quale evidenzia in un'indagine di comunità come i tassi più elevati di disturbo mentale siano stati trovati nei nativi residenti nella stessa zona e non negli immigrati, a indicare che: "i più alti tassi di psicopatologia possano essere una conseguenza non dello status di immigrato ma di quello legato alla classe sociale" (*Ibidem*).

Rilevante nello studio della dinamica salute/malattia/cura/guarigione, il contributo di un approccio, all'inizio nato all'interno dell'antropologia e della fenomenologia, definito *Illnes Narratives* o *Narrative-Based Medicine* (in contrapposizione, ma anche ad integrazione, della *Evidence-Based Medicine*). Questa corrente, sorta negli Stati Uniti, in particolare all'interno della *Harvard Medical School* alla fine degli anni '70, deve molto ad Kleinman (2006), psicologo e antropologo, il quale definì la medicina come un sistema culturale: "un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica sia l'esperienza che di essa il soggetto malato fa. La salute, la malattia e la medicina, divengono così dei sistemi simbolici costituiti da un insieme di

significati, di valori e di norme comportamentali e delle reciproche interrelazioni fra questi componenti che in tutte le società funzionano come dei sistemi di significato che strutturano l'esperienza della malattia" (Maturò, 2004 in Cipolla: 111). Coerentemente a questa definizione, egli opera una distinzione efficace tra i diversi significati della malattia: *disease* (alterazione fisiologica, squilibrio bio-fisico così come registrato dalla medicina), *illness* (percezione soggettiva del malessere, esperienza che una persona fa del proprio star male); *sickness* (modalità con cui la società rappresenta la malattia, offre diritti e pretende obbligazioni). Queste tre dimensioni non sono una tricotomia ma una triade che porta a diverse combinazioni a seconda delle differenti esperienze e dei molteplici contesti.

Un altro esponente dell'*approccio narrativo alla malattia* è senza dubbio Good (1999, 2006): la sua tesi è che i pazienti interpretino la propria condizione all'interno di una rete di significati, e che l'attenzione a questi elementi possa aiutare i medici a rispondere meglio ai loro bisogni. Di fronte al dolore e alla malattia, che colpisce il corpo, fondamento dell'esperienza del mondo e della soggettività, la narrativizzazione permette al paziente di localizzare la sofferenza nella storia e collocare gli eventi in un ordine temporale dotato di senso, insieme alle esperienze che li accompagnano; da parte sua l'ascoltatore riceve il messaggio del testo ricomponendolo. L'attenzione per il significato è centrale nella narrazione, al punto che Bruner (2003) giunge ad affermare che una narrazione è comunque significativa, indipendentemente dal fatto che essa sia vera o falsa, reale o immaginaria.

Le definizioni di malattia, salute, cura e guarigione, non vengono messe in discussione solo in rapporto alla dinamica del potere, della classe, in contrasto con un'impostazione positivista ed etnocentrica, ma vengono stravolte anche dall'analisi *costruttivista* e *costruzionista*: questi approcci individuano tali concetti come "costrutti" frutto della relazione, della socializzazione ricevuta e del contesto socio-storico generalmente inteso in cui un individuo e l'istituzione sono inseriti; a tale proposito non si può non fare riferimento ad autori come Berger e Luckmann (1997), senza scordarsi dei contributi importanti di Blumer (2008) e Goffman (1969, 1983, 1987, 2003).

## 1.2. La migrazione: i contributi teorici più significativi

Affrontando la seconda dimensione che caratterizza questa ricerca, la migrazione, si tenterà di dar conto in maniera schematica e circoscritta di alcune delle teorie delle migrazioni utili per analizzare questo fenomeno.

L'analisi della storia migratoria appartiene alla tradizione sociologica dalle sue origini: sin da Weber, infatti, passando per Simmel e la scuola di Chicago, lo straniero ha attratto gli studiosi di scienze sociali nel tentativo di dare una forma comprensibile all'alterità e verificare le possibilità e le condizioni per un'integrazione con il paese ospitante.

Ripercorrendo il percorso proposto da Massey (in Colombo, Sciortino, 2002) le principali teorie delle migrazioni sono:

- a. *teoria economica neoclassica*: gli individui sono attori esclusivamente razionali, e le migrazioni sono orientate da fattori “push-pull”;
- b. *teoria della nuova economia delle migrazioni*: da un approccio individualista si passa ad uno in cui si configura l'interdipendenza reciproca a livello della famiglia di origine. La decisione di emigrare è un aspetto delle strategie familiari messe in atto per aumentare il reddito, ottenere fondi per investire in nuove attività ed assicurarsi contro i rischi della produzione del reddito. La famiglia, in quest'ottica, è letta come un attore razionale;
- c. *teorie del mercato del lavoro segmentato*: questa teoria si allontana dalle decisioni individuali e da quelle di piccoli gruppi per focalizzarsi sulla domanda di manodopera propria delle società industriali. I teorici di questa corrente sostengono che l'emigrazione è causata dalla permanente domanda di manodopera emigrante insita nella struttura economica dei Paesi sviluppati;
- d. *teoria del sistema-mondo*: secondo questo approccio, l'emigrazione



internazionale ha poco a che vedere con i diversi livelli salariali e tassi di occupazione tra Paesi ed è fondamentalmente una conseguenza della struttura dell'economia globale e della creazione di mercati;

- e. *teoria del capitale sociale umano*: collega scelte individuali, un livello micro familiare e un livello intermedio dell'economia regionale (intesa come area subcontinentale) attraverso lo sviluppo di un certo capitale che viene valorizzato in determinate aree;
- f. *teoria della causazione cumulativa*: consiste nel fatto che ogni atto di emigrazione modifica il contesto sociale in maniera tale da rendere più probabili emigrazioni successive.

Tutti e sei questi approcci, pur cercando di offrire una lettura che tenga conto di ciascun livello della migrazione, non rispondono efficacemente alla necessità di descrivere il ruolo delle relazioni e delle reti<sup>6</sup> nel progetto migratorio, e rimangono imbrigliati in una logica funzionalista e assimilazionista: l'esigenza di considerare maggiormente l'aspetto relazionale trova un'adeguata risposta assumendo la *prospettiva transnazionale*. Per transnazionalismo s'intende un "processo mediante il quale i migranti costituiscono campi sociali che legano insieme il paese d'origine e quello d'insediamento"<sup>7</sup> (Glick Schiller *et al*, 1992: 1). Significa, in altre parole, un complesso di relazioni che va al di là della distanza e dello spostamento fisico, e tiene conto della reciprocità. Nella prospettiva transnazionale si parlerà di migranti (e non più immigrati o emigrati) perché il punto di vista è lo spostamento, la mobilità, la circolarità e non l'unidirezionalità del viaggio. Analizzare le relazioni dei migranti significa considerare le traiettorie già tracciate su cui questi si muovono: le migrazioni assumono così la funzione di ponti sociali che spingono altri a partire e sollecitano quelli che sono partiti ad ruolo e ad una presenza particolare nel paese d'origine. I migranti transnazionali sono "multistrati" e "multisituati" (Levitt, Jaworsky, 2007) e

---

<sup>6</sup> Intese come "complessi di legami interpersonali che collegano migranti, migranti precedenti e non migranti nelle aree di origine e di destinazione, attraverso i vincoli di parentela, amicizia e comunanza di origine" (Ambrosini, 2006).

possono acquisire delle identità multiple vivendo ad avendo contemporaneamente interessi in due spazi e su due sponde.

Nell'analisi delle teorie transnazionali si distinguono diversi piani, passando da un transnazionalismo di tipo economico (che analizza ad esempio il flusso delle rimesse e i commerci transfrontalieri), uno di natura politica (sviluppo di associazioni di migranti, progetti di sviluppo comunitari, forme di partecipazione politica), a uno di stampo socio-culturale (festival musicali, esposizioni artistiche, connessioni televisive via satellite, religiosità globalizzate). Ciò che rimane fuori è l'ambito riguardante la risposta in caso di eventi destabilizzanti e richiedenti nuove attribuzioni di significato, quali ad esempio l'incontro con una malattia in un paese straniero, e la sua definizione e cura da parte di un altro sistema di conoscenze, valori, norme di comportamento e pratiche<sup>8</sup>.

Ciò che si cercherà di fare con questo lavoro consiste proprio nell'assunzione della prospettiva transnazionale per l'analisi della storia migratoria di chi ha incontrato la malattia mentale nella propria traiettoria. Si cercherà di analizzare, quindi, il ruolo della doppia appartenenza dello straniero nella definizione della malattia mentale e nella gestione della cura, per argomentare quanto e se questo riesca a rinsaldare i legami con le proprie origini e a fornire un aiuto per una buona collocazione nel paese ospitante. Questo essere multi-strato e multi-situato permette di cucire insieme due fili diversi nella trama di attribuzioni di significato dello stesso evento? Permette, in altre parole, di dare una spiegazione alle situazioni che accadono dove lui è, attraverso altri sistemi di senso che lo abitano ancora, pur essendo spazialmente lontani? E ancora, l'essere qui-e-là consente di mantenere un'integrità utile ad affrontare le sfide relazionali, lavorative ed economiche, o lo pone al contrario in una condizione di vulnerabilità, di "ibrido culturale" (Park, 1928)? Il *transnazionalismo della cura* può essere una valida risposta al bisogno di guarigione e accudimento, in alternativa alla medicina occidentale

---

<sup>8</sup> Beneduce sottolinea l'importanza di guardare alle pratiche "di classificazione, di ordinamento, di cura, di ritualizzazione e di consenso, in una parola: di significazione della malattia, della sventura o della morte" (Beneduce, 1997: 18 ).

ufficiale, o diventa una strategia d'integrazione e compartecipazione che unisce le due sponde un una mixitè sanitaria?

Tali domande diventano la guida del presente lavoro, che vuole offrire uno sguardo alla migrazione e all'analisi del contesto istituzionale sanitario, della relazione medico-paziente e della ricerca di significato da parte di tutti gli attori della ricerca, in un'ottica fenomenologico-costruzionista.

### **1.3. Ricomponiamo la relazione salute mentale – migranti: uno sguardo allo stato dell'arte**

In una prima ricognizione della letteratura sul tema si sono incontrate numerose ricerche che tentano di decostruire vecchie credenze legate alla dinamica salute mentale - stranieri. Si cita ad esempio la ricerca di Kleiner e Parker (1959), che dimostra quanto sia errata la relazione di causalità tra lo status di migrante e l'incidenza della malattia mentale. I ricercatori mettono in dubbio le qualità psicopatologiche dell'esperienza migratoria in sé e fanno trapelare, senza in realtà affrontare compiutamente, la questione delle iniquità di genere, di classe e di divario economico quali cause di vulnerabilità.

Un contributo che invece analizza la questione delle disuguaglianze di classe appartiene a Krause (1977; Low, 1982), il quale identifica come i sistemi di cura giochino una parte cruciale nel mantenimento delle ineguaglianze sociali e nella persistenza della malattia, invece che essere funzionali e orientati a un loro superamento. Questa prospettiva, che potrebbe sembrare scontata e riduttiva, si ritiene sia una lettura importante nel momento in cui si analizza l'incontro di due sistemi (il sistema di cura istituzionale e il sistema-paziente) e in cui uno dei due parte da una condizione di svantaggio, di conoscenza ridotta e di minore autorevolezza in merito alle conoscenze e pratiche di cura.

In un'ottica di superare le disuguaglianze di salute, che (ri)producono le disuguaglianze sociali, si colloca il lavoro di Nandi (2009), che indica in una maggiore accessibilità e fruibilità di servizi, anche per gli irregolari, un aumentato beneficio in termini di salute per tutta la popolazione.

Sinteticamente, si può evidenziare come le scienze sociali da sempre si siano interessate di cercare una relazione (quando non una causalità) tra alcune caratteristiche della persona e l'emergere di una malattia mentale; Micheli (1989) ad esempio, passa in rassegna i diversi filoni che hanno cercato di dare un senso e una spiegazione alla sofferenza psichica.

In Italia la sociologia si è occupata di questi temi orientando però le proprie attenzioni ai processi di autoproduzione della patologia da parte delle istituzioni delegate a gestirla, non entrando nello specifico dell'eziologia della malattia.

Negli Stati Uniti, invece, la sociologia si è ricavata sovente uno spazio di lettura del fenomeno attraverso analisi che incrociavano variabili socio-economiche e demografiche, derivanti da scelte statistiche "ufficiali", e quindi interne al fenomeno che s'intendeva analizzare. Così, prima degli anni '50, si evidenziava un nesso importante tra il rischio di malattia mentale e l'appartenenza al genere maschile; successivamente la ridefinizione stessa della categoria di malattia mentale, venendo ad includere la patologia lieve, ha rovesciato l'interrelazione con il genere. Altri filoni riguardano la causalità tra classe sociale e malattia, o tra background culturale e patologie. Entrambi però hanno rivelato la loro inadeguatezza; poco utili anche gli studi che cercavano una relazione tra bassi livelli socio-economici e malattia, per il tramite della variabile "stress": anche queste ipotesi non sono in grado di spiegare se lo stress intervenga come causa o effetto della malattia, o se lo stress porti non alla malattia, ma alla sua percezione. Ugualmente le relazioni fra crisi economiche e insorgere di malattie non riescono a spiegare tutti i fenomeni, evidenziando talvolta situazioni causali paradossalmente rovesciate, e incapaci inoltre di render conto delle fluttuazioni economiche che hanno conseguenze nel lungo periodo.

Anche la categoria *disorganizzazione sociale*, coniata da Thomas e Znaniecki (1968) per spiegare una minore influenza delle regole sociali di comportamento sui membri individuali del gruppo, diventa col tempo una categoria svuotata di senso, che indica un gruppo o una zona della città in cui

sia presente un alto tasso di devianza dalle norme, e non in grado di definire la sua influenza sulla malattia mentale.

Appare evidente, anche da una rassegna così schematica, la necessità di non cadere nel rischio di un rigido determinismo delle caratteristiche del contesto sui comportamenti individuali, e l'esigenza di considerare la dimensione della relazionalità.

La dimensione di una buona relazionalità è intrecciata da Simmel (1998) con la formazione di una personalità stabile. Questo assunto (ripreso dalla scuola di Chicago con la considerazione che l'isolamento sociale porti a forme di disordine mentale) ritorna in maniera molto forte con i contributi di Mead (2010) e della scuola dell'interazionismo simbolico (Blumer, 2008): viene definita la nozione e la funzione dell'*altro generalizzato* nella versione del benessere mentale come *accumulazione di identità*. L'accumulazione di più identità, ossia un maggior ventaglio di significatività, sembrano proteggere dal rischio di disturbi psicopatologici; in realtà anche questa concettualizzazione è stata oggetto di numerose critiche, volte a smontare la stretta dipendenza tra isolamento e malattia, poiché non appare così chiaro e dimostrabile che l'isolamento sia sintomo, o condizione della malattia, o entrambe le cose insieme. Altre critiche giungono dalla necessità di distinguere tra la densità delle relazioni e la qualità dei legami: sono i legami forti o i legami deboli a produrre salute o sofferenza psichica? E ancora, è la sovradeterminazione degli stimoli (difficilmente regolabili)<sup>9</sup> tipica delle società urbanizzate in cui si perde la dimensione "comunitaria", o piuttosto è la rigidità dei legami solidaristici della cerchia familiare o del gruppo ristretto, a produrre malattia mentale? Ancora una volta si evidenzia l'inopportunità e l'inutilità di cercare uno schema univoco e un modello di causazione per spiegare l'insorgere e il perdurare della malattia mentale.

Nell'analisi specifica della relazione tra la salute e la migrazione occorre fare riferimento ad una premessa presente in tutte le ricerche incontrate, e riassumibile nella seguente affermazione: "l'immigrato arriva generalmente nel

---

<sup>9</sup> La sovra stimolazione provoca nell'uomo una risposta adattiva e un atteggiamento *blasé* (Simmel, 1998).

nostro paese con un “patrimonio” di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto “effetto migrante sano”, ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel paese di origine”<sup>10</sup>. Le nuove condizioni di vita nel paese ospitante possono costituire invece fattori di rischio per la salute dei migranti e produrre, ad esempio una maggiore vulnerabilità ai determinanti di salute e malattia, una difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, risultati non sempre ottimali in termini di prevenzione e trattamento o maggiore prevalenza di alcune malattie in alcuni gruppi<sup>11</sup>. Al fine di contrastare questi rischi, favorire una maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi, nell'ottica del contrasto alle iniquità di salute, l'OMS propone numerose risoluzioni affinché gli Stati Europei promuovano azioni relative a:

- adottare politiche sanitarie “migrant-sensitive” e garantire l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- produrre sistemi informativi per la valutazione della salute dei migranti;

---

<sup>10</sup> Caritas Diocesana di Roma, 2000. Si citano inoltre: Caritas Italiana, “Terzo Rapporto sulla Povertà in Europa -2006”: “Nonostante nella maggior parte dei casi i lavoratori immigrati giungano nei paesi di destinazione in buona salute e con una buona predisposizione al lavoro, accade che successivamente molti finiscono per diventare improduttivi.”; Istituto Nazionale Malattie della Povertà: “l'immigrato, come si deduce dai dati di base raccolti su casistiche molto ampie, appare come una persona generalmente forte, giovane, con più spirito d'iniziativa, più stabilità psicologica; in una parola, più sano, tenendo presente che il proprio corpo, insieme alla capacità lavorativa, è l'unico mezzo di scambio, almeno inizialmente, che si ha con la nuova società. Una buona salute rappresenta l'unica certezza su cui investire il proprio futuro e quello della famiglia, spesso in attesa nel paese d'origine.”; Casalbore, 2009: “L'inclusione sociale dei giovani di origine straniera. Realtà o illusione” in Rivista internazionale di Edaforum ([www.rivista.edaforum.it](http://www.rivista.edaforum.it)), Anno 5/ n. 15 - 31 Ottobre 2009 : “I migranti che giungono nelle metropoli occidentali sono, nella maggior parte dei casi, frutto di selezioni migratorie precedenti che si sono svolte prima all'interno del paese di origine (dalle aree rurali alle città), poi nei paesi limitrofi e infine negli stati occidentali. Questo implica che le persone che arrivano alla fine di questo percorso in Europa e nel Nord America sono i “migliori”: coloro che hanno avuto le capacità, la volontà, l'intraprendenza, il sostegno familiare, i mezzi economici per poter intraprendere con successo il lungo e faticoso cammino migratorio.”; Costa, et al, 1994, in Beneduce et al, 1994 La Nuova Italia Scientifica, Napoli.: “nel caso della migrazione “volontaria” è molto probabile che le persone si sottopongano ad un esercizio di autoselezione basato anche sulla salute, grazie alla quale decidono di partire coloro i quali giudicano il proprio stato di salute adeguato ad affrontare i rischi e gli sforzi dell'impresa migratoria” (p. 20).

<sup>11</sup> Dati dell'Ufficio Europeo per gli investimenti per la Salute e lo Sviluppo, OMS, sede di Venezia.

- formare personale sanitario e non solo in grado di affrontare le problematiche della salute dei migranti;
- promuovere la cooperazione tra paesi coinvolti nei processi migratori e condividere le *best practices*<sup>12</sup>.

Questa ripetuta difficoltà di *accesso* ai servizi socio-sanitari come determinante di iniquità, maggiore vulnerabilità e malessere, viene riportata anche dalle ricerche italiane (più avanti illustrate) sui servizi istituzionali rivolti alla salute (e salute mentale in particolare); le difficoltà vengono declinate in termini di differenza di rappresentazioni, credenze e pratiche su: salute, sulla malattia, sul dolore, sistema sanitario, ruolo del medico e della terapia, oltre che difficoltà comunicative (Costa *et al*, 1994 in Beneduce *et al*, 1994: 32-35).

*The Amsterdam declaration towards migrant friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe* del 2004 afferma che i migranti non ricevono cure (intese come diagnosi, trattamento, servizi preventivi) allo stesso livello della media della popolazione e che i servizi di salute non sono sufficientemente recettivi alle necessità specifiche delle minoranze. I professionisti della salute non sembrano infatti possedere una preparazione culturale adeguata a relazionarsi con pazienti provenienti da altri contesti, così come non c'è una buona collaborazione interdisciplinare tra scienze mediche e sociali. Un sondaggio europeo effettuato dall'equipe del progetto europeo COST Action ha sottolineato un'alta percentuale di incomprensioni tra operatori della salute e pazienti, pur in presenza di mediatori linguistici, e evidenziano come l'uso della categoria "immigrato", usata nei programmi terapeutici, omogeneizza esperienze ed esistenze che possono essere completamente differenti. I problemi della salute mentale sono aggravati da livelli socio-economici più bassi del livello medio del paese di accoglienza e da barriere linguistiche e culturali, tanto che i migranti sono considerati maggiormente esposti al rischio di incorrere in una malattia mentale; in realtà i fattori condizionanti la psicopatologia possono essere rintracciati più nell'esclusione

---

<sup>12</sup> World Health Organisation, Resolution 61.17 (2008); vedasi anche: Resolution 62.12 (2009) per l'accesso di tutti ai servizi di base, incentrati sulla persona, Resolution 62.14 (2009) per promuovere azioni di tipo intersettoriale, Resolution 63.15 (2010), che chiede di concentrare gli sforzi sulla salute dei gruppi più vulnerabili.

sociale e nella discriminazione, che nella provenienza in sé. Secondo alcuni autori (Pussetti, 2010: 96 indica Desjarlais *et al.*, 1995; Bibeau, 1997; Kirmayer, Minas, 2000; Persaud, Lusane, 2000; Murray, Lopez, 1996) la migrazione è vista come un fattore di rischio nella misura in cui sono presenti sette elementi di perdita: della famiglia, degli amici, della lingua, della cultura, della casa, della posizione sociale e del contatto con un gruppo etnico e religioso. Questa serie di perdite è vissuta come un lutto ed è sempre accompagnata da una maggiore vulnerabilità al disagio mentale e alle perturbazioni emozionali. Altri<sup>13</sup> sottolineano una maggiore fragilità dei migranti in relazione ai problemi di salute in generale e di salute mentale in particolare, dovuti alla durezza del processo migratorio, ma anche all'esposizione quotidiana alle forme di discriminazione.

Pussetti (2010)<sup>14</sup> parte dalla dichiarazione di Amsterdam e dalle ricerche correlate e, forte della sua esperienza di indagine di quattro anni nei centri di salute mentale per migranti a Lisbona, discute criticamente la categoria di esperienza migratoria quale fattore di rischio di patologia psichiatrica. “Doppiamente alieno, un immigrato è sempre considerato un individuo fragile, predisposto ai disturbi mentali, vulnerabile, irrequieto e dislocato, come la nozione clinica di “nostalgia” (Frigessi, Riso, 1982; Frigessi in Beneduce 1994) sintetizza emblematicamente: “malattia del ricordo, homesickness, psicosi degli immigrati”, sono un’interpretazione della nostalgia come patologia che continua per molti anni ad essere utilizzata dai paradigmi nosologici e dall’etnopsichiatria dei migranti” (Pussetti, 2010: 97, trad. mia ).

L’idea che la migrazione sia indissolubilmente legata a forme specifiche di sofferenza psicologica finisce col promuovere una progressiva medicalizzazione dell’esperienza migratoria.

---

<sup>13</sup> Numerosi sono i richiami (Pussetti 2010: 96) ad autori che hanno fatto emergere questa correlazione, tra cui si citano solo: Carballo *et al.*, 1998, Keyes, 2000; Hermanson *et al.*, 2002; Kessler *et al.*, 1999 e molti altri.

<sup>14</sup> L’articolo è il risultato di uno studio commissionato dall’ACIDI, alto commissariato per l’immigrazione e il dialogo interculturale in collaborazione con il CEAS, centro di studi di Antropologia Sociale, il cui obiettivo era lo studio delle competenze di sensibilità culturale dei servizi istituzionalizzati di salute mentale per immigrati a Lisbona.



La fragilità di questi gruppi non è solamente dovuta all'esperienza della migrazione, ma è specialmente legata alla situazione socio-economica molto precaria, alla marginalizzazione, all'illegalità e alla mancanza di un appoggio sociale adeguato: condizioni che causano una pressione psicologica, oltre a costituire fattori di rischio sanitario molto alto.

La rappresentazione della vulnerabilità psicologica come caratteristica intrinseca ai migranti non tiene conto poi della relazione più ampia tra la sofferenza individuale e l'esperienza di esclusione, marginalizzazione sociale, passato coloniale, discriminazione e precarietà delle condizioni abitative e lavorative. Lo stereotipo di immigrato come persona fragile dal punto di vista mentale, con un elevato rischio di contrarre patologie psichiatriche, permette di trasformare i problemi sociali, economici e politici di gruppi sfavoriti in elementi potenzialmente patologici che possono essere controllati e monitorati farmacologicamente. La proposta che emerge da questa ricerca riguarda proprio la necessità di tenere unite tutte le dimensioni della soggettività del migrante: la sua storia personale e familiare, il suo percorso migratorio, con le componenti strutturali del contesto da cui proviene, di quello in cui approda e della situazione socio-economica globalizzata.

*“Per evitare i fraintendimenti e i problemi metodologici legati a un impiego acritico delle categorie diagnostiche, vari autori tentano di rappresentare un metodo capace di porre in relazione, senza determinismo, le biografie individuali e le narrative collettive come le vicissitudini storiche, politiche e economiche che da sempre accompagnano i movimenti delle persone (Kleinman, 1988, Littlewood, 1990, Bibeau, 1997, Kirmayer, 2006)”.*

(Pussetti, 2010: 98-99, trad. mia)

Si fa riferimento al DSM-IV-TR<sup>15</sup> secondo cui l'immigrazione rappresenta uno dei fattori di stress psicosociale che può predisporre allo sviluppo di un disturbo delirante di tipo paranoide; si afferma inoltre che la schizofrenia sembra venir diagnosticata in misura maggiore in soggetti

---

<sup>15</sup> Manuale di classificazione di sintomi e diagnosi: a maggio 2013 è stata pubblicata la quinta edizione, ad opera della *American Psychiatric Association*.

immigrati di origine afrocaribica e asiatica rispetto ad altri gruppi razziali, a riprova di una tendenza patologizzante della migrazione che limita di molto le necessità di approfondimenti e interpretazioni in sede di colloquio psichiatrico perché dà già la risposta diagnostica.

L'utilizzo predominante, secondo gli studi citati e confermati dalla ricerca del 2004 di Leduc e Proulx sui pazienti recentemente immigranti in Canada, dei servizi di pronto soccorso concorre a creare un'iniquità etnoculturale per quanto riguarda la qualità delle cure: utilizzare in maniera discontinua i servizi sanitari e in prevalenza il pronto soccorso non permette infatti di intraprendere nessun tipo di intervento preventivo o di usufruire di strutture e personale specializzato per uno specifico problema.

I servizi sono sottoutilizzati da parte di pazienti immigranti, non solo per difficoltà di accesso alle strutture e di superamento delle barriere culturali e linguistiche, ma anche per motivi di accessibilità temporale oltre che fisica dei servizi stessi. Secondo una ricerca di Fitzpatrick e Freed (2000) molti immigrati dichiarano di non sentirsi pienamente compresi e di non essere riusciti a spiegarsi bene nella descrizione dei loro sintomi. Insoddisfatti della consulenza a causa delle barriere linguistiche e culturali, tendono a ripresentarsi più volte per lo stesso problema, utilizzando in modo inadeguato ed eccessivo i servizi sanitari.

Anche Kirmayer *et al.* (2003) hanno osservato come le incomprensioni linguistiche e culturali abbiano un impatto negativo molto forte e portino spesso a valutazioni cliniche incomplete, diagnosi scorrette, trattamenti inadeguati o inappropriati e difficoltà a stabilire con il paziente un rapporto di fiducia.

Gli studi in ambito italiano si soffermano principalmente sulle scarse e inadeguate modalità di accesso ai servizi di salute da parte dei migranti; i problemi che emergono sono declinati come difficoltà comunicative e differenze di rappresentazioni, di credenze e di pratiche sulla salute, sulla malattia, sul dolore, sul sistema sanitario, sul ruolo del medico e della terapia (Costa *et al.*, 1994: 32-35).

Una ricerca condotta a Prato, tra il 2001 e il 2003, relativa ai servizi di salute mentale, registra un uso diffuso dei servizi psichiatrici di emergenza a scapito di quelli territoriali e ambulatoriali: “Il Pronto Soccorso (PS) si configura come il punto di riferimento principale per i ricorsi alle cure formali da parte dell’utenza migrante.” (Bracci e Cardamone 2005: 295-274). E ancora: “I Servizi Psichiatrici Territoriali ricevono il 48% dell’utenza analizzata, ma il loro ruolo come punto di riferimento istituzionale della cura si riduce se si considerano solamente i nuovi accessi (il 32%) e, in particolare, se si considerano i dati annuali: nel 2003, solo il 15% dei nuovi accessi hanno posto la loro domanda di cura ad essi” (*Ibidem*).

I dati della clinica psichiatrica di Padova<sup>16</sup> confermano questo trend e rilevano nell’arco del periodo studiato (2005-2006) un utilizzo predominante, se non esclusivo, del pronto Soccorso, anche nel caso in cui il problema manifestato non sia urgente. L’accesso al pronto soccorso non rappresenta poi un canale per una fruizione successiva di servizi territoriali, ma rimane un momento estemporaneo di urgenza. Da questa ricerca emerge inoltre un dato importante relativo agli operatori, poco inclini a usare le schede di rilevazione create ad hoc per la raccolta di alcuni dati all’interno del colloquio psichiatrico. La difficoltà di compilazione può derivare dal fatto che il contenuto d’indagine non fosse ancora entrato a far parte del colloquio psichiatrico routinario; nella valutazione diagnostica inoltre non viene considerata l’importanza delle tematiche culturali (sono state rilevate difficoltà ad affrontare alcuni argomenti, in particolare quello riguardante la religione), così come non è stata quasi mai indagata a fondo la storia di un progetto migratorio. In sintesi si può affermare che i contenuti d’indagine della scheda, somministrata per lo più alla fine del colloquio, non sembravano essere considerate dagli operatori come una componente che integra la valutazione, capace di fornire informazioni utili al processo diagnostico.

---

<sup>16</sup> Dati forniti alla scrivente dall’équipe del Centro di Salute Mentale n. 3 dell’AULSS 16 nel mese di giugno 2010.

Le caratteristiche più comuni dalle ricerche su migranti-salute mentale-servizi sono servite per orientare le prime domande nella ricerca, aprendo però poi ad altri interrogativi e suggestioni.

Considerando la panoramica sin qui offerta si specifica che la prospettiva ritenuta più opportuna per l'analisi del presente campo di ricerca si situa nell'approccio del transnazionalismo inteso nelle diverse sfaccettature di cui è composto, con un'attenzione per un livello *meso*<sup>17</sup> che non dimentichi di inquadrare la singola migrazione in una cornice dal respiro storico, sociale e politico-economico più ampio. Si completa inoltre con l'importanza data a un livello di soggettività affine al modello delle *illnes narratives* (assunte sia come lente attraverso cui guardare le relazioni, che come strumento metodologico) e alle teorie dell'interazionismo simbolico e della fenomenologia, intese come "ricerca e attribuzioni di significato", come incontro di soggettività<sup>18</sup> e di riconoscimento (Crespi, 2004) e in cui l'*evento malattia* diviene una risposta ad una "crisi della presenza"<sup>19</sup> (De Martino, 1975) e della "doppia assenza" (Sayad, 2002).

Nel paragrafo che segue verrà evidenziata la cornice teorica che ha orientato sia la fase della costruzione della documentazione empirica, che quella dell'analisi, in una ricerca di un modello interpretativo adeguato alle domande, al contesto e alle storie narrate, intese sia come biografie singole che come storia di appartenenze multiple.

---

<sup>17</sup> Di notevole interesse la concettualizzazione che Brown (1995) propone, parlando di un "costruzionismo sociale come una sintesi di interazionismo simbolico e approccistrutturalisti, economico-politici". L'autore nel suo articolo afferma che studiando come la malattia sia costruita socialmente noi esaminiamo come le forze sociali danno forma alla nostra comprensione e alle nostre azioni riguardo alla salute, alla malattia e alla cura. Egli esplora inoltre gli effetti di "classe, razza, genere, linguaggio, tecnologia, cultura, economia politica, strutture istituzionali e professionali e norme che formano la base della conoscenza che produce le nostre supposizioni circa la diffusione, l'incidenza, il trattamento e il significato della malattia".

<sup>18</sup> "L'altro si rivela "simile a me", perché smette di essere "parte" della realtà che ho di fronte e, nell'incontro, si mostra, come me, centro di un campo di giustificazione da cui prende forma un mondo. Il mondo che credevo "oggettivo" si delinea, così, come luogo di "incrocio" di indefinite prospettive, come sfondo intenzionale del nostro "intenderci" (Armezzani, 2004: 20).

<sup>19</sup> "La presenza che si perde è la presenza che si isola, che perde il rapporto con i compiti di universalizzazione e di valorizzazione che la fondano come presenza: è il regredire dalla socialità e dalla comunicabilità verso il privato, il cifrato, l'incomunicabile" (De Martino, 1975: 79).

#### **1.4. L'approccio socio-costruzionista quale cornice teorica che guida la ricerca. Il contributo della teoria del riconoscimento**

*“Essere coscienti di sé presuppone la capacità di ricordare, di stabilire attraverso la memoria, quella continuità che ci permette di sviluppare un “dialogo tra le diverse fasi dell’io” e, per dirla con Peirce, di considerare il nostro passaggio nel tempo secondo un’unità narrativa relativamente coerente, anche se non priva di fratture e cambiamenti talvolta radicali. È a partire da questa unità narrativa che possiamo anche fare previsioni o formulare progetti per il futuro” .*

(Crespi, 2004: VIII)

Approfondire la dimensione delle storie di malattia, migrazione e incontro con i servizi assume quindi la possibilità di entrare nell’analisi dei significati attribuiti dalle singolarità a processi e strutture, e di provare a intuire la tematica dell’identità, tanto cara alla tradizione sociologica. Riveste una notevole importanza inoltre perché fa emergere la dimensione del riconoscimento quale caratteristica che investe una relazione di profonda umanità e reciproca realizzazione.

In questo paragrafo troveranno spazio le cornici teoriche che maggiormente hanno orientato la ricerca e che muovono dai contributi dell’interazionismo simbolico, dell’etnografia e della fenomenologia, passando soprattutto per la teoria del riconoscimento; nel paragrafo 2.6., che riepiloga i passi del percorso metodologico, verrà riservato spazio a due approcci, quello etno-storico-sociologico e quello narrativo i quali, oltre ad essere importanti fari dell’azione metodologica, riempiono di contenuti teorici la successiva analisi dei contenuti emersi.

In sociologia il dibattito sul ruolo della dimensione soggettiva è molto ampio e in questa sede occorre ricordare la presenza di due prospettive opposte che non danno conto, nella loro estremizzazione, dell’approccio

assunto come principale nella presente analisi e successivamente espresso: esse sono

- a) Teorie che si ispirano alla tradizione utilitaristica e ai modelli di scelta razionale (tra i suoi esponenti più significativi si citano Weber, Durkheim e Boudon): queste attribuiscono all'individuo un'autonomia che sottovaluta l'influenza che hanno i condizionamenti sociali e le forme culturali nella sua formazione. L'identità viene definita come centro di razionalità che non tiene conto delle trasformazioni storico-sociali delle diverse forme identitarie.
- b) Teorie che vedono l'individuo come puro prodotto sociale e culturale: non spiegano il carattere attivo della capacità degli attori sociali di selezionare e rielaborare le loro identità sia sociali che personali. Si tratta di teorizzazioni che considerano unicamente la dimensione dell'identificazione ai ruoli sociali codificati e poi, ammettendo l'esistenza di una sfera di autonomia e un certo grado d'imprevedibilità, riconoscono una capacità non spiegata nelle teorie stesse. In questo polo troviamo lo strutturalismo, che tenta di escludere la dimensione soggettiva: da Parson e Luhmann a Levi-Strauss, per cui gli individui vengono ridotti a semplici supporti della struttura e, lungi dall'essere visti come elementi attivi di costruzione della realtà sociale, appaiono come il puro risultato delle definizioni e delle regole sociali. (Crespi, 2004: 31). Si completa con il post strutturalismo di Foucault, per cui l'individuo è "un corpo multiplo e inerte sul quale si iscrive il potere" (Foucault 1976: 315), e con le teorie di Goffman, per cui l'individuo è puro "effetto drammatico" creato dalla stessa scena rappresentata (Goffman 1969: 285), e di Garfinkel, secondo cui "per studiare i rapporti sociali è sufficiente conoscere le regole in base alle quali si sviluppano le forme di comunicazione sociale e le reciproche aspettative, le *interpretazioni* e le *definizioni* della situazione date dagli individui e delle forme delle *pratiche* da essi seguite sulla base di modelli comunemente condivisi" (Crespi, 2004: 33-34).

È importante quindi riuscire a riunire queste due polarità riconoscendo che l'individuo è sia *prodotto sociale* che *unità riflessiva* dotata di una certa autonomia in grado di produrre trasformazioni delle forme sociali codificate: questo permette anche di spiegare l'ambivalenza della dinamica sociale, attraversata da esigenze contrapposte di ordine/stabilità da un lato, e di adattamento/innovazione dall'altro; e la tensione presente negli individui tra le esigenze d'identificazioni forte e la presa di distanza dai ruoli e dalle aspettative con una continua differenziazione.

*“Senza ricadere nelle definizioni metafisiche del soggetto, ma al contrario sottolineando il carattere storico delle definizioni di soggetto e di individuo come risultato di costruzioni socio-culturali, sembra si debba riconoscere che le dimensioni legate alla riflessività, alla memoria, alla capacità di mantenere una continuità narrativa delle proprie esperienze, rielaborando attivamente queste ultime, prendendo le distanze e contestando le definizioni stesse della soggettività ... costituiscano delle costanti del fenomeno del soggetto che, lungi dal rinchiuderlo in una rappresentazione di tipo essenzialistico, lo mostrano come irriducibile a ogni determinazione e come apertura verso sempre nuove possibilità”.*

(Crespi, 2004: 40)

Entrando nel terreno di nuove teorie della soggettività e dell'identità si incontrano due testimoni particolarmente fecondi su questi temi, Taylor (1993, 2008) e Ricœur (1991). Il primo ritiene che nella cultura contemporanea siano presenti due prospettive, o meglio, tipi ideali di identità. Da un lato si trova un'identità fondata sulla capacità di calcolo razionale e successo economico (modelli che hanno origine nel sistema produttivo) ossia un'identità sociale che aderisce pienamente alle funzioni e ai ruoli dettati dalla razionalità strumentale, dall'altro un'identità che promuove l'esaltazione dei valori dell'autorealizzazione individuale: ogni individuo sceglie per la propria identità in base ai propri valori e senza riferimento a modelli, anzi questi possono essere anche in opposizione a quelli socialmente imperanti. La compresenza di modelli tra loro contrapposti va tenuta presente per comprendere il diffuso disorientamento circa le identità che caratterizzano la nostra epoca. Per Taylor l'identità dice “chi siamo” e ci dice quali sono le caratteristiche fondamentali del

nostro essere umani. Secondo tale teorizzazione si può pensare a una comune condizione umana che rende possibile un confronto sensato tra culture. L'identità, si dice, viene costruita all'interno di una dimensione *dialogica*, "è costitutivamente connessa a una dialettica di riconoscimento reciproco che è iscritto nelle relazioni primarie che intrecciamo con i nostri simili" (Costa, 2001: 143). Per Taylor la specificità dell'individuo umano è il suo senso morale, la tendenza a orientarsi anche sulla base di valori forti su ciò che è bene e ciò che è giusto. Per Taylor la continuità dell'identità è *unità narrativa* e orientamento al bene. Sin dall'inizio il soggetto è coinvolto in uno "schema essenziale di interrogativi" circa il senso e il valore morale della sua vita (Taylor 1993: 49). La relazione con il bene è cruciale, perché dà senso e sostanza alla nostra vita.

Per Ricœur (1991) l'identità è costituita dall'identità definita *idem*, che riguarda la continuità dell'individuo e la sua definizione sociale (ossia l'identità sociale) e dall'identità *ipse* relativa al soggetto che riflette (ossia l'identità personale), riferita alla singolarità personale imprevedibile. L'identità personale si articola nel tempo come *identità narrativa* che oscilla tra la dimensione dell'*idem* e quella dell'*ipse*. Accanto all'identità narrativa è possibile trovare un'identità etica fondata sulla responsabilità della persona alla quale si può chiedere di rendere conto dei suoi atti.

Il continuo richiamo alla dimensione narrativa non può che rappresentare un faro nella presente ricerca: l'indubbio legame tra identità narrativa e identità personale, l'attenzione alla continuità narrativa, la struttura dialogica, sono elementi di cui si è tenuto conto nell'approcciare il campo della ricerca, e nella successiva analisi.

La distinzione di Ricœur tra identità *ipse* e *idem* mostra che la costruzione dell'identità può essere compresa solo se si fa riferimento al soggetto "non solo come *prodotto* dei condizionamenti sociali e culturali ma anche come entità potenzialmente capace, all'interno di una continuità narrativa, di *elaborare* riflessivamente la propria esperienza e di *produrre* attivamente nuovi significati e nuove forme sociali" (Crespi, 2004: 50).



L'identità quindi è ciò che risponde alle domande “chi sono io?” (e che riguarda l'identità personale, la particolarità soggettiva, ed è riconoscibile perché differente da tutti gli altri) e “cosa sono io?” (ossia l'identità sociale, i caratteri oggettivi che rendono l'individuo simile agli altri individui). È importante considerare questi due aspetti dell'identità perché permettono di comprendere che la formazione dell'identità avviene sia attraverso identificazioni sia attraverso la presa di distanza o le negazioni. Nello studio delle identità è importante considerarle entrambe, poiché:

- a. senza identità personale (ossia senza differenza rispetto agli altri) si rischia di cadere nell'anonimato, la persona non ha più un'immagine interiorizzata di sé, è dato per scontato dagli altri; secondo Crespi è ciò che avviene con lo schiavo);
- b. senza identità sociale (ossia senza similarità con gli altri) si rischia di non riuscire a comunicare con gli altri; la persona viene rifiutata ed emarginata, ed è ciò che accade, ad esempio, con il folle.

Ma come si sviluppa il processo di individualizzazione nei suoi diversi momenti? In questa sede riportiamo l'analisi che Mead (2010) fa sulla formazione del sé in quanto sintesi di *io* e *me*<sup>20</sup>. Il pensiero nasce quando l'individuo può sviluppare con se stesso una conversazione interiorizzata, analoga a quella che egli intrattiene con altri: senza rapporto sociale e senza linguaggio non vi sarebbe pensiero. Con il linguaggio si realizza la simbolizzazione, che permette l'emergere di oggetti di senso comune, validi per me e per gli altri. Per Mead la mente (o intelletto) emerge non solo come struttura interna dell'individuo ma anche come un processo esterno di interazione con l'altro mediato simbolicamente. Il sé è il risultato dell'oggettivazione che l'individuo opera di se stesso quando egli considera se stesso nello stesso modo in cui lo considerano gli altri; il sé si costituisce prima di tutto attraverso i rapporti concreti che l'individuo ha con gli altri e in un secondo momento organizzando dei modelli astratti di atteggiamento presenti nell'ambiente sociale considerato nella sua totalità: emerge ciò che viene

---

<sup>20</sup> Che verrà successivamente e ampiamente riportata nel cap. 6.

definito *altro generalizzato*. Questo si riferisce a paradigmi di riferimento della comunità di appartenenza e al punto di vista della società, presenti nel soggetto, che permangono oltre gli spostamenti e le modificazioni dell'appartenenza meramente territoriale (a tal proposito si veda par. 6.4, con il transnazionalismo della cura e il riconoscimento a distanza.)

Mead propone di considerare il sé non come un monolite statico ma come diviso tra l'io e il me. L'io (assimilabile all'identità ipse) è una dimensione attiva, creativa, che sfugge ai tentativi di definizione. Si riesce a cogliere l'io solo indirettamente, nella *continuità narrativa* che stabiliamo tra i diversi momenti della vita, e mai direttamente nella sua immediatezza.

Tale concettualizzazione riveste una particolare importanza se consideriamo che il presente lavoro si concentra proprio sulle narrazioni di sé proposte ai migranti che afferiscono ai servizi di salute mentale: rintracciare una continuità narrativa nel racconto biografico permette di fare emergere tratti dell'io difficilmente esplorabili diversamente.

Il me (che Ricœur chiamava identità idem) è invece l'insieme oggettivato dei modelli sociali che un individuo fa propri, ossia la componente sociale del sé.

Da queste premesse appare evidente come la formazione dell'identità individuale nella sua forma sociale nasca dal rapporto pratico con il mondo naturale: si tratta di un'identità fondata sulla similarità con gli altri che costituisce la base a partire dalla quale, elaborando riflessivamente la propria esperienza, si può costruire la propria identità personale fondata sulla sua differenza. L'identità sociale è strettamente dipendente dal riconoscimento degli altri mentre l'identità personale ha una discreta autonomia, permette di ottenere il riconoscimento alle sue condizioni anziché a quelle che gli pongono gli altri.

L'assunto che emerge dalle teorie sull'identità è che non è possibile parlare d'identità senza fare riferimento al rapporto con gli altri. L'intersoggettività assume un ruolo importante laddove per essa s'intende non l'incontro di individui già formati ma la "essenziale relazionalità a partire dalla

quale si rende possibile la stessa formazione della soggettività” (Crespi, 2004: XII).

Dal momento che sia l'identità personale che quella sociale si costruiscono solo attraverso l'interazione con gli altri, il problema dell'autocoscienza e dell'identità va considerato in stretta connessione con quello del riconoscimento: “la condizione della consapevolezza di sé è il riconoscimento da parte di un'altra autocoscienza” (Cortella, 2002: 257).

Nella formazione della propria identità il riconoscimento gioca un ruolo molto forte proprio se per identità intendiamo:

*“la visione che una persona ha di quello che è, delle proprie caratteristiche fondamentali, che la definiscono come essere umano. La tesi è che la nostra identità sia plasmata, in parte, dal riconoscimento o dal mancato riconoscimento o, spesso, da un misconoscimento da parte di altre persone, per cui un individuo o un gruppo può subire un danno reale, una reale distorsione, se le persone o la società che lo circondano gli rimandano, come uno specchio, un'immagine di sé che lo limita o sminuisce o umilia”.*

(Habermas e Taylor, 2008: 9)

La richiesta di riconoscimento comporta anche necessariamente la dimensione della reciprocità: “Il riconoscimento dell'altro è possibile se l'autocoscienza dell'altro, oltre a riconoscersi, è riconosciuta da me degna di riconoscermi” (Crespi, 2004: XII). Honneth (2002) indica su questo tema tre forme differenti e positive di reciproco riconoscimento: (a) amore, (b) reciproco riconoscimento dei diritti (un universalismo di principio di uguali diritti e doveri) e (c) approvazione solidale verso stili di vita alternativi. Quest'ultimo incoraggia a livello etico il riconoscimento delle diverse culture e la consapevolezza intersoggettiva dell'unicità dell'individuo come essere autonomo.

Essere visti dall'altro e riconosciuti come aventi diritto all'esistenza al pari di ogni altro è una condizione essenziale di rassicurazione riguardo al nostro esserci effettivamente: la paura più grande dell'uomo è, infatti, proprio l'indifferenza dell'altro, e la mancanza di riconoscimento è una disconferma di ciò che più importa alla persona, ossia il suo non esserci effettivo.

Il mancato riconoscimento o il misconoscimento non rappresentano il semplice disinteresse, esse sono azioni che possono danneggiare l'altro, o essere forma di oppressione nei suoi confronti; il misconoscimento non è solo mancanza di qualcosa di dovuto, il mancato rispetto è anche una ferita dolorosa, che addossa alle vittime il peso di un odio di sé paralizzante.

Honnet (2002) individua a tal proposito tre forme di negazione del riconoscimento o disprezzo, che riguardano: (A) gli attentati all'integrità fisica, (B) le forme giuridiche di esclusione e discriminazione e (C) la tendenza a giudicare come inferiori determinate culture.

Questi tre tipi di disprezzo possono essere considerati come fattori di morte o di malattia psichica e sociale poiché provocano diverse forme di patologie dell'identità, favorendo in particolare l'assolutizzazione d'identità di tipo reattivo a carattere fortemente distruttivo.

La considerazione del carattere dialogico e profondamente intersoggettivo che riguarda la formazione (e promozione) dell'identità, con i suoi correlati di riconoscimento e reciprocità, evidenzia l'attenzione che occorre tenere nei confronti degli elementi di relazionalità della persona. Nell'analisi del presente lavoro si è cercato di tenere in considerazione gli aspetti di co-costruzione del significato della malattia e delle pratiche adottati dagli attori del campo della ricerca. Si riconosce così importanza all'approccio che vede nella salute una:

*“forma condivisa attraverso il dispiegarsi dei processi di percezione, elaborazione e progettazione, ma questa rappresentazione e comunicazione sociale – che si traduce in pratiche, istituzioni, politiche – investe riflessivamente il corpo e gli scambi con l'ambiente, rivelandosi talvolta patogenica o talaltra salutogenica, generando processi che favoriscono il benessere o si traducono in malessere sociale”.*

(Ingrosso, 1994: 14)

Salute non intesa nella sua visione dualistica *assenza di malattia e stato di malattia* ma come una “sorta di matrice generativa e di forma connettiva che si manifesta nella corporeità, nei vissuti, nella sfera relazionale vicinale e sociale allargata, nella dimensione ecoambientale” (Ingrosso, 1994: 15).

La costruzione della malattia diventa l'oggetto delle pratiche discorsive nelle interviste biografiche, ma entra prepotentemente anche negli ambulatori durante la prima visita psichiatrica e le successive visite di controllo e di somministrazione della terapia, o nell'azione di front office e accoglienza degli infermieri, così come nella condivisione del proprio stato con familiari e amici. Costruzione come dinamica, in movimento, e coinvolgente diverse ambiti. Secondo la tradizione costruzionista, la parola genera, promuove, incasella. La parola presuppone intersoggettività, dialogo, discorso e relazione. Nella relazione discorsiva prendono forma i significati e assumono concretezza le definizioni (Brown 1995), aspetto questo particolarmente presente in una dinamica clinica, e di cui tener conto in un'analisi come quella qui presentata. Verrà dato largo spazio alla parola degli attori, in particolare riferite al tema della definizione della malattia, con il focus sul *nominare* sia da parte dei terapeuti che dei migranti.

Accanto al costruzionismo si è preso in considerazione anche l'approccio interpretativo dell'interazionismo simbolico (Blumer, 2008) che si concentra per lo più su come gli individui definiscono la situazione e in che modo costruiscono la realtà in cui vivono; come gli esseri umani si muovono attribuendo significati alle proprie azioni, a quelle degli altri e alle cose. In assonanza con questo orizzonte teorico verrà dato spazio alla volontà di ricostruire il punto di vista dei soggetti, concentrandosi sulle esperienze soggettive vissute nel quotidiano lavoro di cura, per gli operatori della salute, e di vita con la malattia, per i migranti.



## Capitolo 2

### L'itinerario del progetto di ricerca: obiettivi e strumenti

*"L'unica gioia al mondo è cominciare".*

(Pavese, 2006)

#### **2.1. Il disegno della ricerca. Dalla definizione della domanda cognitiva alla costruzione della documentazione empirica: storia di un percorso metodologico di stampo qualitativo**

Intraprendere un viaggio all'interno dei servizi di salute mentale, dentro i racconti delle persone, a fianco dei loro disagi e malesseri, a volte in un silenzio rispettoso e profondo, altre volte in uno scambio vivace e ricco, di parole e storie, richiede un equipaggiamento se non altro vario, adatto e adattabile, al tempo stesso chiaro e che sia in grado di orientare, condurre, che sia capace di far emergere significati, relazioni, connessioni: che sia in grado cioè di narrare le narrazioni che popolano il campo, di farsi storia tra le storie, e fare storia delle storie che verranno raccontate.

*"Quando qualcuno cerca, allora accade facilmente che il suo occhio perda la capacità di vedere ogni altra cosa, fuori di quella che cerca, e che egli non riesca a trovare nulla, non possa assorbire nulla, in sé, perchè pensa sempre unicamente a ciò che cerca, perchè ha uno scopo, perchè è posseduto dal suo scopo. Cercare significa: avere uno scopo. Ma trovare significa: essere libero, restare aperto".*

(Hesse, 1975)

La dialettica tra “cercare” e “trovare” non credo possa esaurirsi in una dicotomia dalle soluzioni altrettanto facili quanto affascinante è la citazione di Hesse. Non basta non avere uno scopo per trovare interrelazioni interessanti, argomentazioni valide<sup>21</sup> e riferite anche a un universo più ampio, così da offrire un contributo alla crescita della conoscenza scientifica<sup>22</sup>. Così come non è sufficiente spingersi a fare ricerca con uno sguardo che (pre)tenda (di) a vedere tutto, ma che non è detto sappia cogliere le sfumature veramente necessarie, o raccogliere le interpretazioni e i significati che i soggetti danno della situazione in cui vivono; non basta cioè affermare in maniera universale che “un problema posto, è un problema risolto” (Kerouac, 2002) di per sé. Occorre, a mio avviso, procedere verso una direzione che, forte dello scopo della ricerca, possieda un’attitudine alla curiosità, un’apertura all’imprevisto, una capacità anche di ridefinire il campo della ricerca, o di apportare delle modifiche necessarie per un miglior approccio ai soggetti della ricerca, o per esplorare campi prima non definiti, o ritenuti non importanti.

Sempre rimanendo nella metafora della strada, ciascun percorso metodologico è diverso a seconda del campo che intende attraversare. Entrare in un territorio “straniero”, di cui non si conoscono i codici linguistici, professionali, organizzativi, di cui si osservano pratiche e procedure, in cui si incontrano volti e ruoli, in cui si raccolgono le storie e si costruiscono le definizioni, appartiene sicuramente alla dimensione della scoperta e del viaggio (Kvale, 1994: 4-5), il cui bagaglio non potrà che essere ricco di strumenti diversi di indagine.

Il percorso metodologico che qui si è usato, coerentemente con le domande della ricerca, tenderà ad essere:

- Aperto: all’imprevisto, all’irrompere di nuovi interrogativi, alle condizioni del campo;

---

<sup>21</sup> Il dibattito sulla validità in ambito qualitativo è ampiamente trattato nei testi di Cardano

<sup>22</sup> Così come è ingenuo pensare di approcciarsi ad un argomento essendo scevri da intenzioni e immagini pre-costituite (Blumer, 1969; Becker, 1998).



- Aperto a tutti i soggetti della ricerca: sollecitando il più possibile l'emergere delle loro definizioni delle situazioni, il senso del disagio narrato dai medici e/o dalla persona interessata;
- Orientato secondo una logica *bottom up* (ci si muove dalla documentazione empirica per formulare il proprio modello teorico) (Glaser, Strauss, 2009);
- Circolare: in cui il disegno della ricerca, la costruzione della documentazione empirica, l'analisi, i risultati e la loro comunicazione sono fasi in cui la successione non è lineare, ma prosegue in una direzione circolare; ciascuna fase è collegata alle altre, portando conseguenze a tutto il processo conoscitivo e di ricerca (Cardano, Manocchi, Venturini, 2011b)<sup>23</sup>;
- Con un posizionamento *meso*: di incrocio tra le soggettività degli attori (micro) e le esigenze, le strutture e i percorsi del sistema sanitario in psichiatria, oltre che del contesto socio-economico in cui ci si muove (macro). Con un'attenzione quindi a tutte le diverse dinamiche in gioco;
- Multi metodo: entrare nella complessità richiede un approccio che comprenda diverse tecniche, che non usi in maniera esclusiva quelle di matrice qualitativa o quantitativa, ma che sappia utilizzarli entrambi, a seconda dei contesti di indagine, delle sotto-domande della ricerca, e della documentazione empirica disponibile, in un'ottica di integrazione.

Per poter osservare e descrivere le dinamiche dell'incontro tra i servizi sanitari italiani in ambito psichiatrico, e i migranti che a questi afferiscono, è emersa come scelta prioritaria quella di sapere quali caratteristiche incarna questo fenomeno, in *primis* quali dimensioni assume e abbia assunto in anni recenti.

Così come trattato nel par. 1.3, le ricerche sul tema evidenziano, da parte dei migranti, modalità di avvicinamento ai servizi ambulatoriali molto ridotte,

---

<sup>23</sup> Si veda anche la successione dei quattro aspetti della ricerca sociale e la necessaria disponibilità del ricercatore a procedere "avanti e indietro tra queste quattro aree del pensiero, e ognuna di esse influisce sulle altre" proposta da Becket (2007: 17 e segg.)

improntate principalmente all'emergenza, e orientate a una scarsa "fedeltà" nel percorso terapeutico<sup>24</sup>, oltre a una generale diffidenza verso gli operatori e le loro indicazioni (principalmente farmacologiche). Sul versante degli operatori gli studi precedenti fanno invece luce sulla ridotta formazione in ambito interculturale, scarsi interessi per gli aspetti culturali e la storia migratoria del paziente migrante, e una minima dotazione di strumenti per far fronte al "nuovo che avanza" (occasioni formative, servizi di mediazione linguistico-culturale, etc.), oltre a diversi (e non confrontabili) strumenti di rilevazione del fenomeno tra servizi psichiatrici italiani.

Questa ricerca nasce per indagare come si svolgesse il primo contatto tra i due attori in gioco: con quali modalità avviene l'incontro tra la soggettività sofferente e la tassonomia diagnostica? Come avviene questa relazione nel caso in cui la rappresentazione della malattia sia legata a diversi paradigmi culturali? Come e se si verifica il riconoscimento dell'alterità, da una parte, e della medicina occidentale, dall'altra? Quali narrazioni vengono messe in campo da ambo le parti? Quale storia viene raccontata e quali forme assume? Come si approccia la medicina occidentale a questa forma di complessità? Quali spazi di libertà (nella definizione e nella rappresentazione) sono concessi ai pazienti migranti? Quanto, della volontà di integrazione, è presente nella scelta di ricorrere a cure sanitarie pubbliche? Quanto l'appartenenza culturale è un valore o un intralcio a un adeguato (per entrambi!) percorso di cura?

Si era altresì interessati a capire quanto del fenomeno era percepito come stimolante, piuttosto che problematico, o insignificante, dagli operatori della salute. Pareva utile capire quali dati venissero oltre che raccontati, anche raccolti. Era evidente che bisognava partire da "quanti" e "come" per capire il "quale". Il focus iniziale doveva essere l'ambito dello studio sulla documentazione empirica esistente e inerente l'oggetto della ricerca.

Al di là della continuamente discussa, distinzione tra metodi quantitativi e qualitativi, la presente ricerca sceglie di procedere in un percorso

---

<sup>24</sup> "Fedeltà" intesa come scarsa adesione al progetto terapeutico, elevato drop-out e uso dei servizi in maniera discontinua.

metodologico in cui le tecniche appartenenti ai due ambiti citati interagiscono e si integrino. La scelta di partire analizzando dati, costruendo matrici e leggendo tabelle, deriva da una necessità, non definita all'inizio del progetto di ricerca, ma intervenuta nelle prime fasi di questa<sup>25</sup>.

La ricerca prende avvio infatti con la necessità di interrogare le fonti, in *primis* il servizio per la Tutela della Salute Mentale della Regione Veneto, che annualmente presenta un *report* regionale sulla salute mentale. In queste relazioni, però, non emergono informazioni circa la composizione della popolazione afferente ai servizi di salute mentale (né ambulatoriali né ospedalieri). In effetti, i dati mancanti sono tali semplicemente perché non viene prevista, nella registrazione delle persone seguite dai servizi, la variabile "paese di provenienza"<sup>26</sup>. Tale mancanza stupisce, portando a chiedersi perché questo dato, molto eloquente, non fosse presente: forse perché non significativo ai fini statistici? O non si ritiene sia utile in relazione alla programmazione economica e socio-sanitaria? O perché, più semplicemente, non essendoci strumenti di rilevazione omogenei del fenomeno, ci si trova di fronte all'impossibilità di aggregare dei dati raccolti con modalità differenti, su supporti diversi (cartacei o telematici) e privi di un pensiero condiviso? A questo punto però ci si chiede: come poter "parlare" di un fenomeno senza circoscrivere la sua composizione? Come poterlo conoscere, monitorare, offrire adeguati servizi, definire le difficoltà e farvi fronte? In quale punto della rete del servizio informativo e informatizzato si perdono (o nemmeno vengono raccolti) i dati sulla salute mentale dei migranti? Domande che rimanevano aperte.

In mancanza di dati ufficiali sulla cornice del territorio scelto come campo d'indagine (il Veneto), si sono interrogate le fonti immediatamente successive: i singoli servizi dove si sarebbe svolta la ricerca fatta di interviste, raccolta di biografie, osservazioni partecipanti, insomma in cui si sarebbero

---

<sup>25</sup> Esempio di circolarità del disegno della ricerca, di apertura e flessibilità secondo le situazioni e il contesto in cui ci si trova.

<sup>26</sup> Il dirigente del Servizio di Tutela della Salute Mentale della Regione Veneto, dott. Rampazzo, in risposta ad una mia mail, in data 12.10.2010 dichiarava che "anche dai nostri dati non emerge quanto da lei richiesto sui migranti afferenti ai servizi".

messe in gioco tutte le tecniche di rilevazione qualitativa assolutamente necessarie per capire “la situazione” che si andava ad osservare.

All'inizio la raccolta dei dati sembrava quasi un passaggio obbligato, una scelta certo importante per capire qualche direttrice del fenomeno, ma più perché la scoperta della cornice del quadro permetteva di assaporare i colori, le sfumature, la consistenza della tela, la mano dell'artista, la storia che il quadro raccontava, e le interpretazioni che suggeriva, più che per il loro valore potenzialmente euristico. In fondo, erano solo numeri! Ingenuamente, e scioccamente, ci si sbagliava. E la consapevolezza di questo è arrivata molto presto, quando si è stati “costretti” a recuperare, personalmente, i dati cercati, non essendovi nessuna collezione d'informazioni nemmeno nei due servizi contattati.

La scelta così di partire attraverso la raccolta di dati è stata importante anche perché ha rappresentato la “chiave di accesso” a servizi che, viceversa, si pensa, non avrebbero accettato di buon grado una persona che osservava le loro azioni, pratiche, interazioni; prova di questo è che, in un caso, la possibilità di consultare il *data base* dal servizio, al posto di ricevere i dati via mail, ha permesso una maggiore conoscenza reciproca con gli operatori, un rapporto di stima e collaborazione, aprendo la porta anche alle fasi successive dell'indagine.

L'analisi dei dati, inoltre, ha consentito l'emergere d'interrogativi, questioni, aspetti, spesso sconosciuti anche dagli stessi operatori, aprendo la strada a una loro messa in discussione e a un coinvolgimento maggiore, innescando dinamiche di confronto interprofessionale, non sempre semplici.

Inizialmente la scelta iniziale del campo d'indagine si è focalizzata su due servizi, due centri di salute mentale, uno della città di Padova (afferente all'ULSS 16), e uno della provincia padovana, a Camposampiero (afferente all'ULSS 15). La scelta dei due servizi è avvenuta tramite un canale “formale”: si è chiesto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'azienda ULSS 16 di essere orientati al servizio psichiatrico in cui si sarebbe potuta effettuare una ricerca di questo tipo: la responsabile dell'ufficio ha indicato il centro di salute mentale del distretto 3 essendo il servizio che, in collegamento con la Clinica Universitaria, promuove e coordina azioni di ricerca anche su questo versante. Approcciarsi a

quel servizio permetteva così di attingere anche alle competenze, informazioni, relazioni e prospettive della ricerca psichiatrica in ambito medico, in un'ottica d'integrazione e collaborazione.

La scelta del secondo servizio nasceva dal contatto con il primario del Dipartimento di Salute Mentale di Camposampiero, membro della Fondazione San Servolo di Venezia, promotore di studi sul tema in un passato recente. Inoltre, studiare questi due servizi consentiva di effettuare dei confronti su scala territoriale, essendo le due realtà molto diverse tra loro, seppur confinanti, e permetteva una comparazione diacronica, avendo i due servizi effettuato un'indagine simile negli anni 2005-2006.

La scheda<sup>27</sup> che i due servizi avevano ideato ed utilizzato per la rilevazione dei primi accessi negli anni indicati, è stata utilizzata quale traccia anche per la raccolta dei dati di tale studio, aggiungendo altre voci che permettessero di cogliere aspetti importanti ai fini della ricerca.

Mentre negli anni 2005-2006 la scheda veniva compilata dal medico psichiatra durante il primo colloquio terapeutico, nel mio caso è stata riempita a posteriori, ricavando i dati dagli archivi dei servizi. A onor del vero, nel 2009 il centro di salute mentale di Camposampiero aveva reintrodotta lo stesso strumento per poter monitorare l'andamento degli afflussi, ma la compilazione è stata fatta in maniera molto parziale (meno della metà) e il progetto di studio abbandonato quasi subito.

Gli anni che sono stati oggetto della presente indagine sono stati il 2008 e il 2009 per entrambi i servizi, e il 2010 e il 2011 relativi al servizio di Camposampiero<sup>28</sup>.

Le voci della scheda sono state inserite in fogli Excel e, tramite il software SPSS, i dati sono stati analizzati, incrociandoli e costruendo tabelle esplicative.

Successivamente ad una fase che definirei esplorativa del fenomeno, e dello spazio (fisico, organizzativo, professionale e di relazioni) in cui questo si esplica, ci si è addentrati nel percorso più squisitamente qualitativo, relativo al

---

<sup>27</sup> Presente in appendice (allegato 1).

<sup>28</sup> Sulla scelta (obbligata) di un unico campo di indagine per tutta la ricerca, si veda più avanti.

solo servizio di Camposampiero, e comprendente l'osservazione etnografica, le interviste biografiche (ai migranti) e le interviste semi-strutturate (a infermieri e psichiatri).

La scelta di procedere con strumenti afferenti all'ambito della ricerca qualitativa emergeva dai presupposti teorici che guidano la ricerca, e riassumibili nella prospettiva che cerca di ascoltare dal soggetto-agente la definizione della situazione che vive e che il ricercatore inizialmente si limita ad osservare e raccogliere; definizione da cui si lascia interrogare e da cui muove le ipotesi di ricerca.

L'importanza del dar voce alle diverse soggettività può essere ricondotta, tra le altre, all'approccio etno (storico) sociologico proposto da Bertaux (2003) che

*“permette di cogliere le logiche d'azione nel loro sviluppo biografico e le configurazioni dei rapporti sociali nel loro sviluppo storico (riproduzione e dinamiche di trasformazione). La prospettiva etnosociologica porta a orientare i racconti di vita verso la forma di racconti di pratiche in situazione, nell'idea centrale che attraverso le pratiche si possano iniziare a comprendere i contesti sociali nei quali sono inserite e che contribuiscono a riprodurre o trasformare”.*

*(Ibidem: 33)*

“Lo scopo di un'indagine etnosociologica è di elaborare progressivamente un corpo di ipotesi plausibili, un *modello* fondato sulle osservazioni, ricco di descrizioni di “meccanismi sociali” e di proposte interpretative (più che di spiegazioni) dei fenomeni osservati” (*Ibidem: 41*).

Oltre che essere importanti per comprendere i contesti e le pratiche, le storie di vita diventano uno strumento prezioso per accostarsi alle definizioni delle situazioni e alla “rappresentazione di rappresentazioni” dei protagonisti delle biografie raccolte: esse ci restituiscono l'immagine di una realtà attivamente costruita dal soggetto e dal sistema di relazionalità e socialità in cui esso è inserito, agisce e comunica.

Coerentemente con le domande di ricerca, si ritiene che l'indagine possa essere tanto più fruttuosa quanto più lascia parlare i soggetti, le situazioni, i contesti, le dinamiche, le contraddizioni (organizzative e comunicative), i

fraintendimenti, le opportunità, le aspettative, le definizioni, i tentativi di negoziazione, di agency e le *pratiche* (Beneduce, 1997: 18). Le relazioni, pur in un contesto organizzato e organizzativo, burocraticamente definito e al tempo stesso che si prende cura della variabilità della persona umana, e di diverse persone, diventano il luogo privilegiato di ascolto, di stimolo, di ricerca, e di messa in discussione anche personale.

“Dare voce” alle soggettività implica un ascolto di tutti gli attori in campo: migranti afferenti al servizio, infermieri, medici psichiatri, assistenti sociali, personale amministrativo. A ciascuno è stata dedicata una parte specifica nella ricerca, e con ciascuno, in tutto il percorso della ricerca, si è cercato di tenere un profilo di ascolto aperto e umile.

Il termine etnografia è apparso molto adatto a definire, oltre che una parte importante nella ricerca, proprio uno stile con il quale si è entrati in un servizio, sostandovi, anche se in maniera non continuativa, da luglio 2010 ad aprile 2012 (potendo condividere anche il suo trasloco!).

Il lavoro etnografico che si è condotto presso il CSM è stato di due tipi: uno *generale*, concernente l'osservazione del servizio nel suo operare professionalmente definito, nelle sue zone d'ombra, nel suo passare dalla relazione con il paziente, la *ribalta* (Goffman, 1969: 128 e segg.), alla relazione con i colleghi (i *retroscena* (*Ibidem*), diversi, a seconda della categoria professionale e dello spazio in cui avvenivano) e viceversa; e uno specifico, e *dichiarato*, relativo all'osservazione delle prime visite psichiatriche di persone migranti.

In entrambi i casi gli strumenti di rilevazione, e di successiva analisi, sono stati il diario etnografico e le note di campo.

L'accesso al campo per la consultazione dei *data base* e il percorso etnografico, hanno permesso di contattare le persone che avrebbero potuto essere coinvolte nella raccolta delle interviste biografiche: in tutto 19. Contestualmente alla raccolta delle interviste di migranti che si rivolgevano al servizio nell'anno 2011, si è chiesta la disponibilità agli psichiatri di verificare l'opportunità di intervistare migranti in carico al servizio da molti anni, così da osservare eventuali differenze nella strutturazione del percorso biografico,

nell'incidenza della malattia, nella collocazione storica e semantica all'interno della narrazione, e nel rapporto con servizi sanitari; 7 persone hanno scelto di raccontare la loro storia, che diventava anche storia di cura e storia del servizio.

La scelta di raccontare le relazioni, il farsi progressivo delle *definizioni*, l'accento sulla co-costruzione dei significati, non poteva trascurare la dimensione professionale, la voce, i volti, dei servizi sanitari psichiatrici autoctoni. Ho raccolto la disponibilità di 4 infermieri, 1 psicologa, 7 psichiatri e relative interviste. A questi si aggiunge la voce di una psicologa del servizio di Padova, che ha aderito alla proposta di raccontare la sua esperienza con i migranti nel servizio di Padova, per un totale di 13 interviste semi-strutturate.

Occorre precisare che la divisione tra le varie fasi della ricerca avviene solo per chiarezza espositiva: nella realtà della ricerca, ad esempio, l'analisi e il perfezionamento della raccolta dei dati sono avvenuti lungo tutto il periodo di accesso al campo, con continue riverifiche e aggiunta di nuovi dati, che emergevano come significativi in un secondo momento. Così come l'etnografia, che appare più come un *modus operandi* lungo tutto il percorso, che come una fase definita, dai confini temporali stabiliti e stabili.

Nei prossimi paragrafi si andranno a illustrare nello specifico le varie fasi della ricerca: nel par. 2 si tratterà la scelta e l'accesso al campo di studio, nel par. 3 il campionamento; nel par. 4 si entra nel vivo della costruzione della documentazione empirica, con lo studio dei dati della precedente ricerca e l'avvio di una "etnografia degli archivi", in entrambi i servizi. Il par. 5 tratterà l'osservazione etnografica, concentrandosi sull'osservazione delle prime visite psichiatriche. Il par. 6 si focalizza sulle interviste biografiche ai migranti: modalità e nodi problematici emersi; nel par. 7 verrà dato conto delle interviste semi-strutturate agli operatori della salute. Infine, nel par. 8 si offrirà uno sguardo alle modalità di analisi che hanno guidato la fase finale del percorso metodologico.



## 2.2. La scelta e l'accesso al campo

*“La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale”.*

(Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa, 2005)

Studiare l'incontro, la relazione tra due diverse province di significato (Schütz, 1979), così differenti come la salute mentale incarnata dal soggetto migrante e quella veicolata e “curata” dall'apparato medico, ha richiesto di entrare nel campo dove questa relazione avviene. Ero interessata a entrare nei servizi e osservarne le dinamiche, le pratiche, le rappresentazioni di salute e malattia e l'accoglienza che viene proposta.

I centri di salute mentale, istituiti nel 1978 con la legge 180, rappresentano la presa in carico territoriale per la cura e la riabilitazione del disagio psichico, nelle diverse forme in cui si manifesta. Rappresentano il superamento della logica dell'ospedalizzazione e la volontà di riportare nel territorio, nella comunità locale dove la persona è inserita, il malessere e il suo trattamento. Implicano la cura della persona là dove il disagio si manifesta, puntando a coinvolgere anche la rete familiare e sociale del soggetto. I centri di salute mentale sono un nodo della rete dei servizi sulla salute mentale, e in particolare sono parte dei Dipartimenti di Salute Mentale<sup>29</sup> che a loro volta comprendono il servizio psichiatrico di diagnosi e cura<sup>30</sup> per il trattamento delle acuzie, i centri diurni volti alla riabilitazione in un regime semiresidenziale, e le strutture residenziali quali le comunità terapeutiche riabilitative protette, le Comunità Alloggio, i gruppi appartamento, tutte strutture che differiscono in base all'intensità assistenziale garantita.

---

<sup>29</sup> D'ora in poi: DSM

<sup>30</sup> D'ora in poi: SPDC

*“Secondo quanto risulta dal censimento 2001, in Italia tutte le Regioni e le Province hanno istituito, principalmente presso le strutture delle ASL, i Dipartimenti di salute mentale (DSM).*

*I Dipartimenti (211 unità distribuite su tutto il territorio nazionale) svolgono il compito fondamentale di assicurare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale.*

*Il DSM si avvale anche di altre strutture importanti come le cliniche psichiatriche universitarie e le case di cura private.*

*I “Centri di salute mentale<sup>31</sup>” sono strutture per attività psichiatrica ambulatoriale aperte 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Sono 707 in tutto (con un tasso pari al 1,83, circa il doppio dello standard di una struttura ogni 150.000 abitanti, in quasi tutte le regioni italiane). Per quanto concerne l’orario di apertura, lo standard di 12 ore è raggiunto o superato solo in cinque regioni (Friuli V. Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Campania) dove peraltro sono presenti anche 178 posti letto di appoggio che garantiscono un ulteriore servizio (erogato finora solo dal DSM di Trieste, punta di eccellenza per la salute mentale secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità).*

*Gli “ambulatori” sono 1.107, maggiormente presenti in Toscana (217), Sicilia (133) e Lombardia (113). L’orario di apertura è variabile”.*

(Ministero della Salute, 2002)

Essendo espressamente orientati a una logica di prevenzione, cura e riabilitazione in contesti non ospedalieri, i CSM sono collocati solitamente in strutture ambulatoriali esterne all’ospedale, proprio per evitare l’identificazione tra la sofferenza e la patologia, il trattamento farmacologico e il ricovero. Nell’ULSS 16 questa attenzione è stata rispettata e i tre CSM sono collocati in poliambulatori o “appartamenti” inseriti nei contesti di vita cittadina. A Camposampiero la scelta è stata fatta in maniera diversa, complice anche la differente composizione territoriale della popolazione che afferisce al servizio e la carente rete di servizi di trasporto pubblico: il CSM quindi è inserito all’interno dell’ospedale di Camposampiero, lontano dal luogo di degenza psichiatrica (SPDC), prima in un’area dei poliambulatori, oggi in un’ex reparto riadattato ad ambulatorio<sup>32</sup>.

Come accennato precedentemente, la scelta dei due servizi nasce da esigenze di natura pratica e da presupposti teorici: nel voler entrare nei servizi mi sono orientata a due strutture che sapessero “sopportare” un’attenzione e

---

<sup>31</sup>D’ora in poi: CSM

<sup>32</sup> Il trasferimento si è reso necessario per una ristrutturazione che ha coinvolto l’intero ospedale.

una "intromissione" prolungata, che avessero già attivato ricerche analoghe con cui potermi confrontare, e che appartenessero a territori diversi per conformazione geografica, dimensioni, distribuzione della popolazione e insediamenti produttivi, infrastrutture e servizi; due centri infine che fossero vicini, per concentrare le energie nell'indagine empirica, e per meglio tratteggiare le principali somiglianze e divergenze.

Rivolgendomi all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico dell'Azienda ULSS 16, sono stata indirizzata al Centro di Salute Mentale n. 3 di Padova, servizio in cui le tematiche che mi stavo apprestando a studiare erano già oggetto di attenzioni e ricerche, soprattutto ad opera di una psichiatra, dott.ssa Cremonese, che ho incontrato a maggio 2010. La psichiatria mi ha quindi indirizzato a una psicologa, dott.ssa Campagnola, che aveva svolto attività di ricerca durante il proprio percorso formativo su questi aspetti, e all'epoca seguiva pazienti migranti, soprattutto quelli inseriti nel "progetto Rondine" (che riguarda percorsi di accoglienza, integrazione e supporto psico-sociale rivolti a rifugiati e richiedenti asilo politico).

Contestualmente ho contattato il primario del CSM di Camposampiero, dott. Cappellari; nel sito internet dell'azienda ULSS avevo visto che un gruppo di medici del CSM aveva organizzato qualche anno prima una serie di percorsi formativi legati al tema degli accessi dei migranti ai servizi psichiatrici: mi interessava pertanto capire come fosse strutturato il servizio e che attenzioni erano messe in campo. Questi mi ha indirizzato ad una psichiatra, dott.ssa Turella, interessata alle dimensioni della cura psichiatrica oggetto della ricerca, e che era stata tra i promotori di un'indagine sui primi accessi, in collaborazione proprio con il CSM di Padova n. 3; ho potuto incontrarla presso la sede di Camposampiero a luglio 2010.

In mancanza di dati ufficiali sull'incontro tra migranti e servizi psichiatrici, la richiesta rivolta a entrambi i servizi era quella di poter avere accesso ad alcuni dati (inizialmente solo relativi al 2009, e successivamente anche rispetto al 2008), per potermi rendere conto delle dimensioni del fenomeno e delle caratteristiche che presentava. Inevitabilmente tale rilevazione ha fatto emergere le problematiche dei sistemi d'inserimento dei

dati, aprendo una fase di riflessione sull'archiviazione e sull'uso del *data base*, riflessione che ha coinvolto anche gli operatori del servizio. In questo non si può che concordare con Becker (2007) circa l'importanza di guardare a come vengono registrati i dati (tanto che egli parla di *sociologia degli archivi*).

*“Non per correggere le loro mancanze come fonti di dati, ma perché registrare e archiviare dati è un'attività comune nella maggior parte delle organizzazioni contemporanee; per comprendere come funzionano le organizzazioni occorre sapere come tengono i propri registri”.*

(Becker, 2007)

Il viaggio che ho compiuto tra i servizi ha incontrato ostacoli imprevisti, deviazioni di percorso non segnalate, soste necessarie e non sempre richieste, richiedendo l'adeguamento della propria mappa (concettuale) in funzione dei limiti, delle resistenze e delle diverse condizioni del campo. Questo non significa che la ricerca sia stata piegata, e forgiata, secondo le indicazioni che venivano dai servizi, perdendo così il suo carattere di autonomia e libera declinazione; significa invece che si è dovuto tener tenuto conto del contesto in cui ci si muoveva cercando di leggere le difficoltà come opportunità di comprensione di alcuni elementi dell'ambiente.

È importante tener conto che “in nome” della ricerca non si può pretendere di “stare” nei campi con lo stesso grado di accoglienza e con le stesse possibilità di movimento, così come occorre considerare che la scelta di mettersi a disposizione di un ricercatore, esterno ed estraneo, non sia così facile e immediata, soprattutto in servizi travolti da ingenti carichi di lavoro. La disponibilità limitata che ho incontrato in uno dei due servizi ha certamente condizionato le mie modalità di ricerca, richiedendo modifiche e riadattamenti, ma continuo a pensare che sia stata legittima e utile, perché densa di significati aggiuntivi che forse non avrei potuto scorgere.

### 2.2.1. A Padova. Tra spazi ridotti e archivi cartacei: ingresso nel centro di salute mentale e presso l'archivio del servizio psichiatrico di diagnosi e cura

*Il centro di salute mentale afferente al distretto 3 di Padova è collocato in una palazzina dall'aspetto vecchio, trasandato, color giallino-verdino. Lo stabile è di fronte a una scuola, nelle vicinanze di Prato della Valle. È composto di due piani e un piccolo cortile.*

*Il piano rialzato (pochi scalini servono a raggiungerlo) è occupato dalla saletta infermieri, posta di fronte a una stanza di attesa, e da qualche studio medico. In fondo al corridoio c'è un centro diurno, composto da un'unica sala con un grande tavolo rettangolare che la riempie. Al medesimo piano è presente anche uno studio amministrativo.*

*Salendo le scale, al primo piano, ci sono altri ambulatori, e la sala riunioni, ossia una grande stanza con un tavolo ovale nel mezzo, qualche strumento a supporto di lezioni o briefing, e finestre molto ampie: la luminosità di questo spazio contrasta con il resto della struttura, molto buia.*

(Dal diario etnografico, 7 giugno 2010)

Gli spazi interni sono piccoli e affollati: questa problematica, oltre che essere evidente, mi verrà ripetuta in ogni occasione, a testimonianza di un grave disagio che viene vissuto. L'arredamento è molto scarso, gli ambienti particolarmente scuri, e trasmettono una sensazione di immobilismo, poco slancio e ridotta prospettiva futura.

Volendo dipingere un quadro il più possibile verosimile dell'incontro tra la migrazione e i servizi di salute mentale, ho deciso di raccogliere i dati anche presso l'archivio del reparto psichiatrico, sito all'interno del complesso dell'ospedale civile di Padova. Come era prevedibile, quest'accesso non è stato facile da ottenere; infatti, nonostante una disponibilità del primario, data a luglio 2010, sono riuscita ad accordarmi con il segretario e a ottenere la consultazione dell'archivio dopo quattro mesi.

*L'archivio del SPDC è inserito dentro L'Ospedale Civile di Padova, al quarto piano della palazzina dove sono collocati, in due piani distinti, due reparti psichiatrici afferenti ai distretti 2 e 3 del Dipartimento di salute Mentale dell'ULSS 16. Al terzo piano ci sono studi medici e amministrativi; al quarto piano c'è uno spazio per il "tribunale del*

*malato”, qualche studio medico e, appunto, l’archivio dei ricoveri nell’SPDC della clinica psichiatrica.*

(Dal diario etnografico, 8 novembre 2010)

### 2.2.2. A Camposampiero. Dentro l’ospedale, al secondo piano, tra gli ambulatori

La particolarità del Centro di Salute Mentale di Camposampiero consta sicuramente nella sua dislocazione fisica, che lo vede all’interno del polo ospedaliero dell’ULSS 15. Ad un primo sguardo tale scelta pare contrastare, simbolicamente, con le finalità e le peculiarità di un servizio extra-ospedaliero, territoriale, dentro la comunità, vicino alla persona e al suo contesto. Considerando però il territorio a cui deve dare risposta, composto da 13 comuni poco collegati tra loro, in cui è carente la presenza di reti di trasporto pubblico, ecco che la scelta di inserire l’ambulatorio in uno spazio ospedaliero ampio, permette di rispondere maggiormente alle esigenze di raggiungibilità dell’utenza. L’ULSS 15 consta di due centri di salute mentale, corrispondenti ai due distretti socio-sanitari: uno a Camposampiero, l’altro a Cittadella<sup>33</sup>.

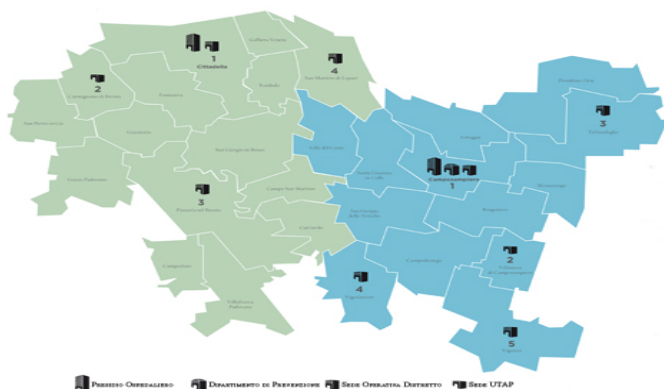


Figura 1: territorio dell'ULSS 15 con la divisione in due distretti.

<sup>33</sup> “L’Azienda Ulss 15 ha un ambito territoriale di 582 Km<sup>2</sup>, costituito dai territori dei 28 Comuni così suddivisi a livello distrettuale:

**Distretto n. 1 Sud Est:** Borgoricco, Campodarsego, Camposampiero, Loreggia, Massanzago, Piombino Dese, San Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Trebaseleghe, Vigodarzere, Vigonza, Villa del Conte, Villanova di Camposampiero,

**Distretto n. 2 Nord Ovest:** Campodoro, Campo San Martino, Carmignano di Brenta, Cittadella, Curtarolo, Fontaniva, Galliera Veneta, Gazzo, Grantorto, Piazzola sul Brenta, San Pietro in Gu, San Giorgio in Bosco, San Martino di Lupari, Tombolo, Villafranca Padovana”.

(dalla pagina web dell’ulss 15: [http://www.ulss15.pd.it/nqcontent.cfm?a\\_id=2](http://www.ulss15.pd.it/nqcontent.cfm?a_id=2))

Il servizio di Camposampiero ad agosto 2011 si è trasferito in un'altra ala dell'ospedale, a causa di lavori di ristrutturazione generale di tutto lo stabile: questo trasloco ha rappresentato senz'altro un onere aggiuntivo per gli operatori e anche per gli stessi utenti, un po' disorientati, ma in una settimana il trasloco è stato completato e la nuova sede ha dimostrato di essere ugualmente accogliente. Le differenze principali hanno riguardato lo spazio utilizzato dagli infermieri: in questa nuova soluzione (un reparto degenza trasformato/mascherato in ambulatorio) viene mantenuta la sala d'aspetto, la guardiola dell'infermeria (che perde però il sistema di controllo a vista su tutti i suoi lati, mentre rimane quello delle telecamere) e studi medici molto ampi (camere di degenza) o molto stretti. Viene mantenuta la stanza per la somministrazione delle terapie (collegata con una porta all'archivio delle cartelle cartacee) e uno spazio per le attività di psicoterapia di gruppo.

Un elemento molto negativo riguarda la dislocazione dello studio dell'assistente sociale e del caposala in un'altra zona, sempre dello stesso piano, soluzione che di fatto isola queste due professionalità che, al contrario, avrebbero un ruolo di coordinamento e regia nella gestione delle situazioni. Inoltre, tale separazione rende il lavoro interprofessionale meno quotidiano e più evitabile.

I dati ai quali ho attinto si riferiscono a quelli presenti nelle cartelle informatizzate del programma "Caribel" SIT- DSM dell'azienda ULSS 15, oltre a quelli risultanti dalla consultazione di alcune cartelle cartacee.

### *2.2.3. Solo Camposampiero: scelta obbligata*

L'ingresso presso entrambi i servizi è avvenuto secondo canali formali, attraverso relazioni nate esplicitamente per questa ricerca, in contesti e spazi rigidi, strutturati e istituzionalizzati. Ciò di cui si avvertiva il bisogno era "stare" nei servizi, sostarci giornate intere, condividere la frenesia del telefono che non dà tregua, e la convulsione nei ritmi del lavoro. Purtroppo ciò non mi è stato possibile a Padova, dove la ricerca si è fermata a meno della metà, per una serie

di concause (organizzative, logistiche e di interessi personali) che hanno impedito di fatto la prosecuzione dell'indagine con l'utilizzo di strumenti di natura qualitativa, quali l'osservazione etnografica, le interviste biografiche ai migranti e interviste semi strutturate agli operatori.

L'ingresso in questi due servizi è stato accompagnato da diversi gradi di accoglienza e stili differenti nel mio accompagnamento (all'inizio necessario). In entrambi i servizi, la mia ricerca andava a inserirsi in un interesse sul tema ancora attuale, essendo abbastanza viva la memoria della ricerca effettuata precedentemente, negli anni 2005 e 2006. Questa rilevazione, effettuata da entrambi i servizi, in un lavoro congiunto, dagli esiti purtroppo non condivisi<sup>34</sup>, aveva avuto seguito solo nel servizio di Camposampiero, dove una psichiatra era intenzionata a rivedere come era cambiato questo fenomeno nell'anno 2009: era stata perciò reinserita la scheda utilizzata nella precedente rilevazione, anche se con uno scarso utilizzo e un interesse limitato da parte dei colleghi.

La possibilità di conoscere come si stava muovendo il fenomeno è stata comunque colta positivamente in entrambi i campi.

Se l'accoglienza può essere definita molto buona inizialmente, è necessario poter accennare a due diverse condizioni che, in un caso, hanno rallentato la rilevazione, e nell'altro hanno contribuito a impedire la prosecuzione della ricerca empirica. La mia presenza nel servizio è stata da subito affiancata a una professionalità che in quel momento aveva il maggior interesse (personale e) professionale per i temi trattati; a Camposampiero, in cui c'era un gruppo di lavoro (ri)nato nel 2009, la mia referente era una psichiatra, dott.ssa Turella; a Padova, dove sulla scia della rilevazione del 2006 si voleva mantenere un gruppo di interesse su tali tematiche (possibilità poi non realizzata), il mio riferimento era una psicologa, dott.ssa Campagnola.

Nei due servizi, però, la quasi contemporanea assenza di entrambi i riferimenti, per motivi molto diversi, nell'arco di sei mesi, ha portato a nuovi

---

<sup>34</sup> Uno dei due servizi imputava all'altro la responsabilità di non aver lavorato insieme alla stesura di un articolo; entrambi mi riferivano della scarsa collaborazione che era sopraggiunta al termine della rilevazione, e alla mancanza di volontà, addebitata all'altro, di continuare a lavorare insieme su questi temi.



assetto organizzativi, coincisi nella maggior parte dei casi con un aumento dei carichi di lavoro degli altri operatori, l'abbandono dei progetti in corso (per mancanza di tempo e d'interesse da parte dei partecipanti ai gruppi di lavoro) e una diversa attenzione nei confronti delle mie necessità.

Mentre a Camposampiero, pur con difficoltà nell'accesso ai dati, e qualche ritardo nell'osservazione delle prime visite etnografiche, la costruzione empirica della documentazione procedeva, nel servizio di Padova, successivamente alla raccolta dei dati del CSM e dell'SPDC, la ricerca ha subito un blocco, e non ho potuto né condurre l'osservazione etnografica delle visite, né le interviste ai migranti, né agli operatori. I motivi di questo intoppo possono essere riconducibili a diversi piani: la mancanza della figura professionale che si era resa disponibile per poter procedere con l'accesso al campo, e che fungeva da mediatrice; una presentazione insufficiente della mia ricerca, e di me stessa, alle altre figure presenti nel servizio, con il risultato di una scarsissima accoglienza e molta diffidenza nei miei confronti oltre all'impossibilità di poter contare sulla loro collaborazione; uno spazio organizzativo esageratamente ridotto che rendeva quasi impossibile la mia sola presenza; un numero molto alto di specializzandi e tirocinanti, che rappresentano certamente una risorsa ma anche un aumento dell'impegno dei medici nel loro accompagnamento, e una riduzione dello spazio effettivamente disponibile; e infine una percezione dell'oggetto della ricerca come insussistente, non rilevante, numericamente non significativo, e non presente nelle dimensioni con cui si presenta altrove. Nemmeno la disponibilità di uno psichiatra specializzando, interessato a questi temi, ha permesso l'accesso al campo da un'entrata "secondaria".

Il ritorno al lavoro della psicologa, avvenuto a settembre 2011, non è bastato per rientrare nel campo, poiché nel frattempo l'interesse per questi temi era calato, in proporzione con i ridotti accessi dei migranti al servizio, privilegiando invece l'impegno nel progetto per i rifugiati e i richiedenti asilo politico.

In considerazione delle condizioni, mutate rispetto agli accordi presi precedentemente, ma derivate da situazioni sulle quali non potevo intervenire (né volevo forzare, riconoscendo la legittimità della libertà di non essere oggetti

e soggetti nella ricerca), la mia analisi ha potuto proseguire solo a Camposampiero. In virtù di tale restrizione del campo, si è scelto di allargare l'oggetto della rilevazione dei dati anche agli anni 2010 e 2011, potendo così osservare un maggior movimento del fenomeno.

## 2.3. Il campionamento

### 2.3.1. Perché i primi accessi di migranti

Coerentemente con le domande della ricerca, e con la cornice teorica di riferimento, si è scelto di concentrare la propria attenzione sui primi accessi dei migranti ai servizi. Essendo orientata al momento di contatto tra la persona e l'istituzione, ero interessata alla fase di avvio della *carriera di paziente* (Goffman, 2003), in cui prende forma la definizione della malattia, in cui si negoziano libertà e spazi di legittimazione dei ruoli, in cui è maggiore lo scarto tra le conoscenze scientifiche date per certe e i sistemi simbolici e valoriali del migrante.

Per poter osservare la nascita del ruolo di *malato* e della definizione della *malattia*, non era opportuno partire dalle narrazioni di persone in carico da molti anni al servizio: con questa scelta avrei rischiato di ascoltare solo le voci di persone che avevano individuato in quel servizio la risposta alle loro sofferenze, escludendo così i soggetti che afferiscono al servizio solo per *provare*, o spinti da altre persone ma non convinti, o che non attribuiscono al terapeuta la capacità di comprendere e intervenire nel loro disagio. In secondo luogo ci sarebbe stata la probabilità di intervistare prevalentemente persone *navigate*, in carico ai servizi da molti anni, con un linguaggio e un sistema d'interpretazioni presumibilmente mutuato dalla manualistica diagnostica e dalla medicina occidentale; avrei perso la ricchezza di una varietà di espressioni e modelli non ancora appiattiti sulle categorie mediche. In terzo luogo, avrei rischiato di intervistare le persone in carico da molti anni e quindi affette dalle patologie più

gravi, trascurando l'universo più ampio dei malesseri di media gravità. In ultimo, avrei dovuto richiedere costantemente la collaborazione (e quindi il filtro) dei medici psichiatri, per l'individuazione del paziente e la comunicazione a questi del tipo di ricerca in corso. Certamente ci sarebbero stati dei vantaggi: avrei potuto scegliere il campione secondo i criteri del paese di provenienza, del genere, della diagnosi, e del numero di anni in "carico" al servizio, cercando che fosse il più possibile rappresentativo; inoltre, avrei potuto contare su un rapporto consolidato di fiducia reciproca (tra il medico e il paziente) che mi avrebbe permesso un accesso facile ai migranti, selezionando quelli che avevano una storia più "interessante" e "avvincente".

La soggettività agita nel primo incontro tra un soggetto portatore di una sofferenza, e uno spazio istituzionalizzato deputato alla sua cura, è all'attenzione della presente ricerca. Tale soggettività, tanto più se incarna e manifesta un'appartenenza diversa (sia nell'autopercezione che nella percezione del soggetto preposto al prendersene cura) diventa, a mio avviso, doppiamente interessante. Nel contatto con i servizi le dimensioni che emergono possono essere utili anche per la comprensione della relazione dei servizi con l'utenza generale, *nativi* compresi: in questo caso l'intersoggettività con il migrante fa emergere in maniera più evidente aspetti della relazione presenti in modi analoghi ma meno eclatanti. Le possibilità della ricerca allora acquistano un valore perché spendibili nella doppia accezione: sia come maggiore comprensione della relazione migrante – servizio sanitario italiano, sia come possibile sguardo del rapporto servizio sanitario italiano – alterità.

Ho scelto quindi di dare voce alle persone che si rivolgevano ai servizi per la prima volta nel corso del 2011 e, così sia per l'osservazione delle prime visite, che per le interviste biografiche, ho scelto consapevolmente di non costituire un campione a priori, con il rischio che i numeri fossero molto bassi, che non venissero rappresentate le maggiori nazionalità, o che ci fossero dei disequilibri sul genere e sulla diagnosi.

Per chi si avvicina a un servizio sanitario di salute mentale, l'incontro può avvenire in vari modi: per contatto diretto, o dei familiari/amici, su invio del

medico di medicina generale, su invio di un altro medico specialista (del territorio o di un reparto ospedaliero), su invio del servizio sociale, tramite il pronto soccorso o le forze di polizia. Così come ci sono differenti modalità di accesso, ci sono diversi motivi per i quali avviene questo incontro, oltre che differenti gradi di libertà, di accettazione, così come difformi sono le rappresentazioni e le percezioni dei servizi sanitari psichiatrici.

L'analisi delle prime visite psichiatriche rappresenta un buon punto di osservazione sulle dinamiche dei servizi nel tema dell'accoglienza, del rispetto delle alterità, della possibilità di declinare le proprie conoscenze secondo schemi adattabili e più efficaci. Può essere inoltre utile per analizzare le modalità di fruizione dei servizi da parte di un'utenza troppo spesso invisibile, che sfugge alle rilevazioni regionali e nazionali, e che rischia di scontare per lunghi anni pregiudizi (molto diffusi) su modalità inefficaci e spesso sbagliate di avvicinarsi ai servizi.

### *2.3.2. Chi considero migrante?*

Nell'utilizzare il termine migrante non intendo appiattare la soggettività della persona nella definizione legata al suo passato o al percorso migratorio, né identificarla con il paese di provenienza, né infine ricondurre tale categoria a diversi tipi ideali. Non sono interessata a condurre un'indagine epidemiologica (seppure credo potrebbe avere degli spunti interessanti), quanto a ri-conoscere una condizione di alterità come elemento di cui tener conto, per osservare come essa venga considerata, e come venga agita in un contesto di cura.

Il riconoscimento<sup>35</sup> (Crespi, 2004) da parte dell'altro è una condizione essenziale per la formazione della coscienza e dell'identità, e avviene esclusivamente in una dinamica intersoggettiva e interdipendente: perché il riconoscimento sia pieno, è necessaria che venga soddisfatta la condizione di reciprocità, altrimenti la relazione ne uscirà sbilanciata, dipendente su un

---

<sup>35</sup> A tale proposito egli sviluppa la teoria del "riconoscimento reciproco": l'insicurezza che caratterizza la coscienza di sé è superata a condizione che l'individuo sia confermato quanto al suo "essere" ed "esistere" tramite l'accettazione che gli altri gli manifestano.

fronte, e non orientata alla massima espressione e valorizzazione della persona. La categoria del riconoscimento diventa affascinante se analizzata nell'ambito dei servizi inseriti in una relazione asimmetrica, legata alla dinamica richiesta-offerta di prestazioni. Ma pur nell'imparità di questo rapporto, appare importante osservare come questa si manifesti e venga agita, da entrambe le parti.

È solo attraverso il riconoscimento delle peculiarità dell'altro, che differisce per modelli culturali e paradigmi legati alla cura, che qui interpreto la categoria di straniero, e quindi di migrante. Riprendendo la categoria di straniero definita dalla tradizione sociologia classica, da Simmel a Schütz (vedasi cap. 1) ci si concentra sulla definizione di *estraneità* che ne emerge, e che porta con sé i germi dei concetti di *esclusione* e *stranezza*. C'è il rischio di sottolineare una non appartenenza e un'alterità irriducibile, con cui non è possibile generare comunicazione e relazione.

L'attenzione alla migrazione implica uno sguardo rivolto alla dimensione mobile, di transizione dell'individualità (Olagnero, Saraceno 1993; Bichi 2000, 2004) e del contesto familiare della persona, che viaggia al seguito o meno (e quando non avviene spesso è una presenza comunque forte pur nella lontananza fisica); parlare di migrazione, e non di immigrazione, significa porre l'accento sulla precarietà della permanenza, sull'indefinitezza della scelta, sulle caratteristiche di andate e ritorni, sulla doppia appartenenza come condizione inevitabile e spesso trasmessa alla generazione successiva; significa avere due case, e considerare di essere "a casa" in due posti, ma in nessuno veramente. Significa desiderare il ritorno, da qualunque parte si sia, e scoprirsi diversi in qualunque posto diventi quello definitivo.

La locuzione migrante infatti, sottolinea la doppia dinamica dell'*e-migrazione* oltre che dell'*im-migrazione*, e richiede di considerare la persona nei duplici significati che quest'esperienza porta con sé.

Nel campione ho considerato migrante colui che aveva compiuto un'esperienza di spostamento dal proprio paese in tempi più o meno recenti o che, pur essendo nato in Italia, viveva una situazione di doppia appartenenza data da una presenza sul territorio italiano non ancora giuridicamente definita,

o dall'averne uno o entrambi i genitori che avevano vissuto l'esperienza dello spostamento e della migrazione.

Ai fini della ricerca ho considerato i migranti provenienti da paesi non appartenenti all'unione Europea, considerando in questo elemento un fattore di maggiore difficoltà di accesso in Italia, più intense fatiche nella regolarizzazione, e un'esperienza quindi che avesse in sé molteplici aspetti della migrazione. Inoltre, la mancata condivisione di una cittadinanza europea comune, poteva essere un ulteriore elemento di alterità e differenze percepite.

Ho considerato comunque anche i soggetti provenienti da paesi di recente annessione all'Unione Europea, sia perché in essi sono ancora vive le esperienze di irregolarizzazione, precarietà lavorativa, economica, o di invisibilità, sia perché essendo stati inseriti in ricerche passate, rendevano possibile una comparazione a livello diacronico. In questo campione ho incluso anche soggetti con un'esperienza di adozione internazionale<sup>36</sup>.

I casi esclusi, perché migranti intraeuropei, sono numericamente irrilevanti (da 1 a 2 soggetti per anno considerato).

Questo campione si compone di tre diversi sottocampioni, a seconda dell'indagine promossa: uno per la rilevazione dei dati sui primi accessi, uno relativo all'osservazione etnografica e uno per le interviste. La caratteristica comune a tutti i soggetti è la condizione di migrante e l'essere venuto in contatto con il servizio di salute mentale per la prima volta nell'anno oggetto d'indagine.

Per la *rilevazione dei dati quantitativi* ho considerato, inizialmente, solo due annualità, il 2008 e il 2009. Questa rilevazione è avvenuta in entrambi i campi della ricerca (nel CSM di Camposampiero, nel CSM e nell'SPDC di Padova); il campione, come accennato precedentemente, si riferiva a tutti i migranti di prima o seconda generazione che avevano avuto per la prima volta un accesso nel servizio negli anni considerati, e che appartenessero a stati extra UE o di recente annessione. Questo campione è stato poi messo in relazione al totale dei primi accessi annuali del servizio e al totale delle "prese in carico"

---

<sup>36</sup> La scelta di includere persone adottate da una famiglia di un altro paese rispetto a quello di nascita nasce dalla considerazione che tale esperienza anche se vissuta in tenera età rappresenta comunque una rottura, uno sradicamento, e porta la persona a riflettere sull'appartenenza di sé rispetto a una famiglia e rispetto a una cultura.

(ossia casi seguiti con un progetto terapeutico e riabilitativo) durante lo stesso anno.

Considerato poi che nel corso della ricerca empirica non è stato possibile procedere con le altre fasi presso il servizio di Padova, ho allargato lo spettro dei dati rilevati, comprendendo per Camposampiero anche il 2010 e il 2011.

Per *l'osservazione delle prime visite psichiatriche* ho chiesto la collaborazione degli infermieri<sup>37</sup> che mi avrebbero avvisata dei nuovi appuntamenti tra psichiatri e migranti: non era ovviamente possibile prevedere quante persone si sarebbero presentate, né che profilo avessero; altresì non mi aspettavo di essere contattata per tutte le visite, sia perché gli infermieri, oberati da un carico di lavoro molto elevato potevano legittimamente dimenticarsene, sia perché di fronte a situazioni troppo gravi e urgenti, o non era opportuna la mia presenza, o non c'era il tempo di avvertirmi. Un elemento critico che nasce dall'aver delegato questo aspetto a membri dell'organizzazione che non avevano tutti ben chiari i criteri del campione, ha portato ad essere stata avvisata di tre situazioni che in realtà non appartenevano all'universo delle prime visite ma a quello delle "riaperture", ossia di persone che avevano avuto un contatto in passato, al quale non era seguita una presa in carico e che si ripresentavano all'ambulatorio (per il servizio erano catalogate come "prima visita")

Considerati i dati sui casi nuovi degli anni precedenti, e sul *trend* in ascesa, mi aspettavo di poter osservare almeno 30 prime visite, prevedendo una prevalenza femminile e di maggior provenienza dall'Est Europa. Al termine del periodo di osservazione (01.01.2011-31.12.2011) ho potuto fare 24 osservazioni di visite, 20 delle quali "prime visite", una "visita di controllo" e tre "prime visite per la riapertura del caso".

Sono consapevole di alcuni limiti presenti nelle scelte compiute: in *primis* la richiesta di collaborazione del servizio ha comportato l'essere sufficientemente esplicita rispetto agli obiettivi e ai termini della ricerca, e ha

---

<sup>37</sup> Gli infermieri si occupano dell'accoglimento di tutti i casi nuovi che arrivano; questa fase prevede un colloquio tra la persona e l'infermiere, con la compilazione di parte di quest'ultimo di una scheda che contiene alcuni dati socio-demografici, il motivo della richiesta di visita psichiatrica e qualche dato sulla recente anamnesi.

portato in qualche momento a ricevere richieste di aiuto reciproco o un coinvolgimento nella valutazione della situazione, che ho, con gentilezza, disatteso<sup>38</sup>.

Inoltre, l'impegno affidato agli infermieri ha comportato per questi un aumento del lavoro che andava a sommarsi a una situazione di notevole carico di lavoro ordinario, o era legata a condizioni straordinarie (come durante il trasloco dell'ambulatorio). Sicuramente la mia richiesta ha subito dei rallentamenti legati a una poca comunicazione interna, interpretazioni arbitrarie sulla conclusione anticipata della mia ricerca, e talvolta poca motivazione nei confronti del progetto. Non credo invece che tale filtro abbia selezionato i migranti che avrei visto, escludendone qualcuno a priori: ad eccezione dei casi urgenti, che dovevano ricevere una visita entro le 24 ore, sono stata coinvolta nell'osservazione di situazioni che avevano diversi gradi di sofferenza e gravità, potendo avvicinarmi a una casistica varia e variamente interessante.

Il disegno della ricerca prevedeva poi *l'intervista biografica* dei migranti che avevano avuto una prima visita psichiatrica nell'anno 2011, proposta che facevo al termine della visita stessa. In analogia con quanto scelto per le osservazioni, in cui il criterio erano persone appena entrate nel circuito dei servizi e non altri elementi (ad esempio: paese di provenienza, sesso, anno della migrazione, stato civile, motivo della visita) anche per la raccolta delle storie di vita non potevo predisporre un piano di campionamento degli intervistati.

In questo caso ciò che è rilevante non è tanto la rappresentatività della popolazione intervistata in termini di bilanciamento dei vari profili, quanto poter seguire la storia dell'accesso ai servizi nel corso del suo farsi, esserne testimone e poter catturare, come in un'istantanea, le particolarità, le soggettività, il dettaglio che spesso sfugge nelle grandi ricerche epidemiologiche

---

<sup>38</sup> La richiesta riguardava la possibilità di ricevere la trascrizione dell'intervista del migrante, così da completare l'analisi anamnestica del soggetto, e poter comprendere maggiormente la situazione. A questa richiesta non potevo rispondere in maniera affermativa, poiché avevo stipulato un contratto di riservatezza con l'intervistato, assicurandogli il massimo riserbo sulla sua storia.



o nei report regionali concentrati sul numero dei pazienti, la distribuzione dei posti letto e la percentuale di personale sanitario impegnato.

Contestualmente all'individuazione dei soggetti disponibili all'intervista (solo due hanno rifiutato), cresceva la necessità di poter confrontare queste narrazioni con quelle che avevano vissuto in un passato (anche recente) questo incontro con i servizi, e che probabilmente l'avevano inglobato nella loro esistenza, fornendogli una collocazione e un senso. Per comprendere quale fosse l'universo di migranti ho costruito una griglia di sintesi, estrapolata dal database del centro, individuando n. 109 soggetti, di cui 6 in carico da più di 10 anni, 18 in carico da 5 a 10 anni e 92 in carico da meno di 5 anni. Tale rilevazione, compiuta a marzo 2011, si proponeva di costruire un elenco di possibili intervistati, cercando di rispettare il più possibile un bilanciamento di caratteristiche personali (genere, età, paese di provenienza, diagnosi assegnata) e di tempo di trattamento presso il servizio. Per questo campione ho chiesto la collaborazione degli psichiatri<sup>39</sup>, incontrando una limitata disponibilità e alcune resistenze, diverse tra operatori sullo stesso soggetto. Non è stato possibile pertanto costruire un campione che fosse rappresentativo, anche se si è riusciti a mantenere una proporzione rispetto al numero dei soggetti in carico, divisi per annualità.

Di questo universo ho intervistato sette migranti, cinque di genere femminile e due di genere maschile, uno in carico da più di 13 anni, uno in carico da 10 e uno da 8, e quattro più recenti (uno seguito da 6 anni, uno da 5, uno da tre e uno in carico da due anni). La collaborazione degli operatori è stata essenziale per un adeguato coinvolgimento dei migranti nelle interviste: l'unica volta in cui questo passaggio è mancato, si è creata una situazione poco piacevole e che è stata comunque utile per riconsiderare il mio approccio nei confronti del rapporto migranti – servizio, ma soprattutto migranti – processo di integrazione in Italia.

---

<sup>39</sup> Tale coinvolgimento era necessario, non tanto per scegliere le persone con le storie più avvincenti o dolorose, quanto per assicurarmi che per la persona fosse opportuno raccontare la sua storia, evitando il rischio di arrecargli un danno o essere motivo di disturbo del suo equilibrio.

Fino a questo momento ero riuscita ad interrogare i dati, dialogare (La Mendola, 2009) con i migranti, ricostruendo il filo delle storie, rintracciando percorsi, scoprendo traiettorie che dal loro Paese li aveva portati in Italia, nel Veneto, e in un centro di salute mentale. Ecco che si avvertiva come necessario poter ascoltare la voce di chi, in questo centro, è deputato all'accoglienza, al riconoscimento della sofferenza e alle cure per uscire dal malessere profondo. *Nell'intervistare gli operatori della salute*, ho scelto di procedere affidandomi alla volontà di coprire il più possibile il personale impiegato, proponendo quindi l'intervista a tutti, infermieri e psichiatri. La risposta non è stata omogenea, e così il campione che ne esce è sbilanciato molto a favore della professione medica, 7 psichiatri (solo uno di genere maschile), una psicologa e quattro infermieri. Chi ha rifiutato lo ha fatto perché riteneva di non avere molto da dire sul fenomeno, nonostante le mie rassicurazioni sull'assoluta semplicità dell'intervista, interessata a raccogliere le loro esperienze di lavoro quotidiano e non certo le loro conoscenze scientifiche o accademiche.

Per chiudere il cerchio, ho intervistato anche la psicologa del centro di salute mentale di Padova, così da avere un piccolo sguardo su un servizio in cui non sono riuscita a entrare, se non per pochi e fugaci istanti.

#### **2.4. La costruzione della documentazione empirica.**

Si utilizza il termine "costruzione della documentazione empirica" (Cardano, 2011a: 176; Cardano 2011c: 88) al posto di "raccolta dei dati" riconoscendo così un processo attivo a questa fase, in cui il ricercatore non si limita a "prendere" ciò che il campo offre, ma sceglie, più o meno consapevolmente (e più o meno responsabilmente) ciò che appare rilevante ai fini della domanda di ricerca, cercando e costruendo possibili risposte ai suoi interrogativi. Ragionare in termini di costruzione della documentazione empirica significa assegnare al ricercatore il ruolo di attore coinvolto nella relazione osservata, non mero osservatore di memoria positivista, ma

compartecipe dei significati e dei risultati. In questo quadro è naturale che gli orientamenti teorici, le esperienze pregresse e una certa visione dell'oggetto di studio influenzeranno ciò che vedrà il ricercatore e le caratteristiche e le forme che assumerà l'oggetto di studio. Gli sforzi del ricercatore non saranno allora impiegati per annullare le interferenze personali, le contingenze del momento e gli intoppi del campo, ma per tenere traccia di tali aspetti, rileggere gli eventi che sono comunque significativi ai fini della ricerca, decifrando errori e imprecisioni come tappe del processo conoscitivo. Con un approccio quindi estremamente consapevole e riflessivo (Melucci, 1998).

#### *2.4.1. La rilevazione dei dati quantitativi*

Nella costruzione della documentazione empirica la prima fase è stata dedicata alla rilevazione dei dati "quantitativi": elementi che mi hanno aiutato a costruire la cornice del fenomeno, a tracciare qualche prima ipotesi, ma soprattutto hanno permesso di entrare nei campi di ricerca anche prima della fase cd. etnografica. La mancanza di dati ufficiali e nazionali nell'ambito del mio interesse, se da un lato ha certamente rappresentato un limite ai fini di un confronto a livello territoriale più ampio, oltre che un rallentamento rispetto alla tempistica iniziale, dall'altro ha significato sicuramente un'ottima occasione per entrare, senza grosse resistenze, in organizzazioni che avrei studiato successivamente.

##### *2.4.1.1. I dati delle precedenti ricerche nei servizi: la scheda di primo contatto*

Come accennato, la scelta dei due servizi nasce da esigenze di natura pratica e da presupposti teorici: sicuramente la possibilità di confrontare i dati che avrei raccolto con una collezione precedente mi sembrava inizialmente un'ottima motivazione. Lo strumento dell'indagine precedente, condotta dai due servizi nelle annualità 2005 e 2006 constava di una scheda, prodotta da un gruppo di lavoro dei due servizi, utilizzata con i pazienti che affrontavano per la

prima volta una visita psichiatrica, una cd. *scheda di primo contatto*. Questa scheda, in bianco, veniva inserita come un promemoria nella cartella del nuovo paziente, insieme alla consueta “scheda di prima accoglienza” che gli infermieri dell’ambulatorio compilano per ciascuna persona nuova che si presenta al servizio; quest’ultima scheda fornisce al medico qualche elemento sintetico sui dati della persona e del nucleo familiare, sul motivo della visita e sugli eventi più salienti dell’ultimo periodo. In questo modulo<sup>40</sup> non vengono menzionate né la nazionalità (solo un generico: luogo di nascita) né l’esperienza migratoria corredata di tutte le sue fasi, con un approccio che fa risaltare, in maniera abbastanza immediata, una mancanza di attenzione nei confronti di esigenze “diverse” e di presenze nel servizio ormai decennali. Tale orientamento eurocentrico non è all’ordine del giorno per essere corretto, non essendo avvertito come questione su cui riflettere.

La scheda di “primo contatto”, invece, utilizzata dai due servizi per il progetto è composta di due fogli: nel primo sono contenute tutte le informazioni anagrafiche, il paese e il progetto migratorio, la scolarità e alcune informazioni socio-abitative. Nel secondo si analizzano invece gli aspetti relativi alla visita psichiatrica, quali: il soggetto inviante, i motivi dell’invio, i precedenti psichiatrici in Italia e nel paese di origine, l’esito della visita e l’ipotesi di diagnosi. Senza diagnosi non si può aprire una cartella della persona. I dettagli della scheda sono presenti nell’appendice.

Tale strumento contiene delle informazioni preziose che non sono invece presenti nei data base informatizzati dei due servizi.

I risultati ottenuti dalla rilevazione 2005-2006 sono stati analizzati sia internamente ai due servizi che trasversalmente; a questa indagine però non è seguita una collaborazione futura, e questo per alcuni ostacoli che ciascun servizio imputava, più o meno velatamente, all’altro. Nel momento in cui ho richiesto di poter avere accesso ai risultati, ciascun servizio ha fornito i propri, e non il lavoro di sintesi comune.

La scheda di primo contatto è stata una traccia molto utile su cui lavorare, sia perché ha permesso di confrontare alcune informazioni degli anni

---

<sup>40</sup> In un servizio sarà oggetto di revisione.

passati non sempre presenti nei data-base dei servizi, sia perché ha consentito di ragionare su quali dati venissero ritenuti importanti ai fini di una ricerca su migrazione e salute mentale, e quali aspetti del fenomeno si volessero cogliere. La scheda ha rappresentato una sorta di griglia di intervista con la quale ho "interrogato" i dati presenti nei data-base e nelle cartelle cartacee: qualche *item* purtroppo è stato cancellato perché non presente in nessun archivio mentre altri li ho aggiunti successivamente essendo molto interessanti ai fini dell'indagine.

Ricostruire le schede di primo contatto attingendo agli archivi degli ambulatori e del reparto ospedaliero è stato un processo molto lungo, che in alcuni casi ha richiesto un andare-venire continuo, perché nel frattempo nascevano nuovi interrogativi, emergevano altre connessioni, sorgevano nuove idee di relazioni e c'era il rischio di essere rapiti dalle storie che si nascondevano dietro ai numeri di una cartella.

La rilevazione dei dati ha avuto avvio a fine 2010, e all'inizio l'attenzione era concentrata solo sull'anno precedente, il 2009, poiché si riteneva necessario e utile cogliere solo qualche aspetto del fenomeno, qualche coordinata, prima di intraprendere l'osservazione etnografica e le interviste biografiche. La rilevazione avrebbe dovuto impegnare qualche mese, non molto altro. In realtà la raccolta di dati di un'unica annualità rischiava di raccontare ben poche cose, se non veniva confrontata con almeno uno stesso periodo precedente: ecco perché si è scelto di studiare il 2008 e il 2009, in entrambi i campi della ricerca.

#### 2.4.1.2. *I sistemi d'archivio in psichiatria: database e cartelle cartacee*

Prima di procedere con la disamina dei diversi archivi consultati, occorre definire le caratteristiche generali dei sistemi d'archivio in psichiatria, che si distinguono, come già accennato, in database informatizzati e cartelle cartacee.

Nel servizio di Padova ho potuto avere accesso a entrambi, quello informatizzato relativo ai Centri di Salute Mentale, e quello cartaceo custodito nell'archivio del terzo reparto di diagnosi e cura dell'Azienda Ospedaliera di

Padova. Il database informatizzato mi è stato inviato via mail a ottobre 2010, ed esprime in maniera sintetica alcuni dati, esposti nell'ordine che segue:

- Sede in cui è custodita la cartella cartacea ("servizio cartella" e "sede cartella").
- Dati anagrafici del "paziente": cognome, nome, sesso, data di nascita, comune e indirizzo di domicilio e residenza.
- Data apertura cartella e stato di apertura o chiusura (con indicati alcuni codici sui motivi della chiusura).
- Titolo di studio dell'assistito.
- Modalità di convivenza abitativa.
- Primo contatto con azienda ulss.

All'inizio questi elementi potevano essere sufficienti per una prima rilevazione, successivamente sarebbe stato opportuno integrarli con quelli previsti in cartella, ma purtroppo l'accesso al campo è stato interrotto e l'analisi è stata effettuata solo su questi dati.

Nel medesimo periodo ho avuto accesso anche a quanto contenuto nell'archivio del servizio psichiatrico di diagnosi e cura: era infatti naufragata la possibilità di partecipare, come osservatrice, ad alcune visite nel reparto, e non era stato possibile visionare le cartelle di persone ricoverate in quel momento.

*Finalmente riesco a fissare un appuntamento presso il reparto con la dott.ssa Rossi, appuntamento per le 9, prima che parta il giro dei medici. "saltello" da un piano all'altro, e riesco a intercettarla prima che entri in reparto. Mi fa entrare con lei: il reparto, per quel che vedo, è piccolo e stretto, mi fa entrare nella stanza medici, piena di specializzandi, tirocinanti, non c'è quasi lo spazio materiale per stare in piedi. Escono poi tutto perché inizia il giro medici, e riusciamo a parlare con più calma io e la dott.ssa. Mi dice della possibilità di accedere alle cartelle cliniche, agli archivi mentre trova difficile poter pensare ad una raccolta di storie di vita, non solo perché sono in acuzie, così come vede improbabile la mia presenza durante un colloquio terapeutico, già ci sono tante figure, mi dice...*

*Lì per lì mi dice che posso cominciare a lavorare sulle cartelle cliniche, ma poi quelle in corso sono in giro coi medici, così puntiamo all'archivio, ma poi le viene in mente che forse bisogna chiedere prima il permesso al primario, Prof. Santonastaso, che non c'è e rientra venerdì. Mi propone di chiamarlo venerdì 25.*

(Dal diario etnografico, 21 giugno 2010)

Le cartelle cartacee sono archiviate in un ambiente dell'ospedale, in un'area dedicata alla parte amministrativa.

*Lo spazio in cui sono conservate è uno stanzino del quarto piano dello stesso stabile del reparto, privo di luce dall'esterno (le tapparelle sono sempre abbassate) e con una facilità di accesso che si scontra sicuramente con l'estrema riservatezza dei dati sensibili presenti.*

(Dal diario etnografico, 8 ottobre 2010)

Nonostante il lungo tempo di attesa per ricevere una risposta, successivamente, al di là di uno scambio di mail con il primario, che mi rimandava alla responsabile del CSM, non ho dovuto presentare nessuna richiesta di autorizzazione o una certificazione per svolgere la ricerca. Inoltre, se all'inizio il responsabile dell'archivio mi consegnava personalmente le chiavi della stanza e dei classificatori metallici, già dalla seconda volta potevo prenderle senza dare spiegazioni.

*Mi muovevo tra gli uffici senza un tesserino di riconoscimento (non mi era stato richiesto) e senza che nessuno mi chiedesse di dar conto della mia presenza e delle mie intenzioni.*

(Dal diario etnografico, 12 novembre 2010)

Questa sorta di disinteresse nei miei confronti ha permesso di trascorrere intere mattinate presso l'archivio, a consultare cartella per cartella, per esaminare quelle che rispondevano ai requisiti: persona con nazionalità straniera e con un primo accesso ai servizi negli anni 2008 e 2009. La ricerca manuale ha prodotto un allungamento dei tempi di rilevazione: alcuni dati presenti nelle cartelle (che leggevo tutte, in loco, e di cui non potevo fare fotocopie, costringendomi quindi a un lungo lavoro di copiatura) facevano emergere alcuni aspetti che non potevo non considerare, o perché ricorrenti o perché assolutamente congruenti con le domande di ricerca. Alcuni stralci di questi testi sono stati poi analizzati attraverso l'analisi indicata nel par. 2.8. Questo ha richiesto inoltre di approfondire gli stessi temi emergenti anche nelle cartelle del servizio di Camposampiero, non fermandosi ai dati sintetici riportati

in quel data base. Ha portato inoltre a quello che ho definito un “continuo via-vai” tra i dati, trattenendomi più del previsto presso l’archivio, ricercando altre connessioni, quali ad esempio: il conteggio totale delle cartelle presenti, con l’indicazione dell’anno del ricovero (così da individuare particolari rilevanti rispetto ai periodi), la distinzione per generi, la percentuale di incidenza di stranieri sul totale, e di primi accessi di stranieri sul totale dei primi accessi, e così via. La difficoltà nel reperire questi dati riguardava una loro “mobilità”: le cartelle venivano prese dal personale sanitario se la persona subiva un altro ricovero, oppure venivano definitivamente “archivate” perché non aggiornate da un considerevole numero di anni, o perché sottoposte a una loro classificazione. I dati che io andavo a raccogliere parevano cambiare di giorno in giorno.

Non solo, il loro numero si modificava anche in base allo strumento di rilevazione: se avveniva manualmente, avevo un certo tipo di dati, se facevo affidamento a un elenco (cartaceo) di tali cartelle, un altro ancora, se consultavo un elenco informatico, uno ancora diverso. Questa difformità nel dato raccolto non mi ha permesso di costruire alcune connessioni come avrei voluto, concedendomi solo alcune suggestioni e macro evidenze. Mi ha consentito però di evidenziare una modalità di conservazione dei dati imprecisa, incompleta e probabilmente poco utile, soprattutto ai fini di possibili interpretazioni di politica socio-sanitaria o di organizzazione dei servizi psichiatrici.

Un altro punto d’incontro tra la persona e il mondo dei servizi psichiatrici, oltre ad ambulatori e reparto, avviene attraverso le consulenze, pareri richiesti dal pronto soccorso (soprattutto) o da altri reparti ospedalieri, in merito all’esistenza di possibili patologie psichiatriche ascrivibili a un paziente e alla conseguente necessità di una terapia. Questo dato, ritenuto molto importante per la ricerca, poteva permettere di cogliere il primo contatto tra il paziente migrante e il servizio, anche in situazioni non richieste: non è potuto però diventare oggetto di indagine. Non esisteva, infatti, una collezione di dati sulle consulenze: esse venivano redatte in fogli scritti manualmente e inserite in faldoni non raggiungibili, accatastati in uno sgabuzzino sotto un'altra massa di svariato materiale; né esisteva un archivio informatizzato al quale attingere. Le



consulenze cui ho potuto accedere sono state solo quelle a cui poi è seguito un ricovero o un invio al centro di salute mentale.

A Camposampiero la situazione appare diversa: tutte le persone che hanno un contatto con i servizi psichiatrici vengono inserite nell'anagrafe sanitaria e nel supporto informatico del centro di salute mentale. La cartella informatizzata, avviata all'inizio degli anni 2000, è uno strumento utilizzato in maniera molto completa dai medici tanto da rimpiazzare, per i casi nuovi, la cartella cartacea, che contiene solo la stampa di tutto ciò che è inserito in formato elettronico.

L'accesso al sistema informatico è stato da subito favorito e agevolato dal personale amministrativo del CSM: all'inizio sono stata addestrata a muovermi nel programma, in seguito (grazie anche alle credenziali di accesso personali fornitemi ad hoc) ho potuto accedervi con estrema facilità, e questo ha permesso di perfezionare la raccolta dei dati, ritornando sugli archivi più e più volte per raccogliere elementi che apparivano rilevanti solo con il procedere della ricerca. La libertà di movimento ha permesso inoltre di esplorare potenzialità del sistema che generavano connessioni o facevano risaltare elementi, molto utili poi ai fini dell'analisi.

Ciò che il sistema in sé non consente, ed è ciò che ha portato a lunghi tempi di rilevazione, è l'estrapolazione di dati filtrati per nazionalità<sup>41</sup>: questo ha reso necessaria una meticolosa analisi degli elenchi, nella maggioranza dei casi persona per persona, raramente affidandosi alla memoria degli psichiatri.

Il data base prevede svariate pagine dove inserire tutti gli elementi di una situazione. Da una pagina di sintesi si può passare alle informazioni più dettagliate, che riguardano due versanti: da un lato i dati riguardanti l'anagrafica della persona, il suo nucleo familiare, l'anamnesi familiare e

---

<sup>41</sup> Durante l'indagine si è scoperto che alcune persone catalogate come "italiane" in realtà non lo erano: da un controllo presso l'anagrafe sanitaria è emerso che in assenza di dati sulla nazionalità, viene inserita in automatico quella italiana. Questo faceva presumere quindi un dato sottostimato della popolazione migrante; per poter considerare i dati corretti si sarebbe dovuto guardare cartella per cartella, individuando eventuali errori di caricamento. Considerato il numero molto alto di cartelle, sarebbe stato un lavoro eccessivamente dispendioso in termini di tempo.

personale, e la premorbidità psichiatrica. Vengono indicati inoltre il servizio inviante, la tipologia di visita (se consulenza o meno) e lo stato della cartella: la data di apertura, di eventuale chiusura e il motivo di interruzione del trattamento. Su un altro fronte si può avere accesso a tutti i contatti avuti dalla persona con il servizio, sotto forma di “diario dei colloqui”, con indicata anche la tipologia dell’incontro (prima visita, consulenza, somministrazione di terapie...). Questa parte ha permesso di ricostruire dati che talvolta non erano presenti laddove avrebbero dovuto essere inseriti. Era utile inoltre anche per valutare la mole e la tipologia di visite, gli eventuali appuntamenti saltati (soprattutto quelli senza preavviso), così da rilevare aspetti spesso presenti anche in altre ricerche sullo stesso ambito.

Nell’eventualità che il “caso” venga riaperto, viene creata una nuova cartella. Tale aspetto ritorna utile per verificare i movimenti delle persone nel servizio, in relazione al loro “andare-e-tornare”.

Alcune variabili presenti nella scheda di primo contatto (e quindi nelle ricerche 2005-2006 e 2009) non sono presenti nella mia rilevazione non essendo inserite nel *data base*, a riprova del fatto che alcune dimensioni del fenomeno vengono esplorate solo su sollecitazione e indicazioni scritte, ma non appartengono al patrimonio di informazioni che uno psichiatra ritiene di dover raccogliere. Solo a titolo esemplificativo, i dati mancanti riguardano: le caratteristiche del progetto migratorio, l’appartenenza religiosa, la conoscenza della lingua italiana, la scolarità e le esperienze lavorative. Altre variabili, che non erano presenti nella scheda di primo contatto, sono apparse così interessanti ai fini della ricerca che ho ritenuto necessario inserirle nelle griglie di rilevazione di tutti gli anni considerati.

Esse sono:

- La specificazione delle modalità con cui il rapporto, quando finisce, si interrompe: su iniziativa del paziente ma in disaccordo con il terapeuta (cd. *drop out*<sup>42</sup>) oppure in forma concordata (risoluzione della problematica).

---

<sup>42</sup> Letteralmente: “ritirarsi”. Si riferisce alla modalità con cui il paziente abbandona il percorso di cure disattendendo alle indicazioni del terapeuta.

- La “riapertura” della cartella in seguito alla chiusura, concordata o meno, della relazione terapeutica.
- Il numero delle prestazioni erogate alla persona.
- Il numero degli appuntamenti mancati senza preavviso.
- Il motivo per il quale il migrante arriva al servizio.
- Le modalità di accesso al servizio, se in forma urgente o meno.

La raccolta di questi dati ha permesso di delineare con maggiore precisione le direttrici del fenomeno, offrendo la possibilità di effettuare confronti con alcune dimensioni presenti anche nelle principali ricerche sul tema, e costruendo un quadro d'insieme che va a completare la rappresentazione del fenomeno narrata dagli operatori del servizio in occasione delle interviste.

Nell'accesso ai dati d'archivio la fase iniziale è stata mediata dalla presenza di operatori (personale amministrativo e infermieri), dapprima con la stampa dei dati richiesti e, successivamente, considerata la necessità di approfondire alcuni elementi, addestrandomi all'uso del programma: questo si è concretizzato in un affiancamento, molto corto in verità, dopo il quale sono stata lasciata sola a reperire in autonomia le informazioni necessarie. Tale modalità, pur problematica allorquando ha prodotto un allungamento dei tempi, dovuto a un procedere per tentativi, ha anche permesso un'esplorazione del sistema informatico scorgendo alcune potenzialità, spesso ignote anche agli stessi operatori.

La mediazione degli operatori, inoltre, è stata essenziale nella fase di codifica di alcuni dati, che fossero correttamente collocabili nella griglia di rilevazione. Ciò era particolarmente necessario per quanto riguarda la variabile *diagnosi*: nelle cartelle informatizzate la diagnosi risultava molto specifica e non era sempre chiaro a quale macrocategoria della griglia facesse riferimento. In questo caso è stato indispensabile ricorrere alle conoscenze degli psichiatri, così da evitare errori di codifica e al tempo stesso permettere di esplicitare in più occasioni e ad attori diversi, i motivi della mia permanenza nel servizio, aprendo la strada anche ai momenti successivi della ricerca.

In questa fase le dinamiche innescate, tra me e gli operatori, e tra gli operatori stessi, sono state improntate a un buon livello di collaborazione (eccetto qualche resistenza iniziale), nonostante da parte loro ci fosse un carico di lavoro molto oneroso e ritmi che difficilmente si conciliavano con la necessità di fermarsi a riflettere su dati e interpretazioni. In un'unica occasione la richiesta di maggiori informazioni ha imbarazzato un'infermiera che ha dovuto ammettere la propria ignoranza davanti a una psichiatra, con la conseguenza di un giudizio negativo nei suoi confronti e la necessità di ricorrere ad un altro medico per chiarire i dubbi successivi.

*Anche sulla richiesta di specificazioni rispetto alla diagnosi c'è poca chiarezza. Emerge oltre che poca "competenza" in materia (si trattava di ricondurre diagnosi specifiche a macrocategorie) soprattutto un elemento importante: l'assoluta esclusività del terapeuta nella definizione della diagnosi, con nessun coinvolgimento degli infermieri su questo, nonostante siano loro che fanno il primo contatto [...]*

*Sul tema diagnosi viene chiesto l'aiuto di una psichiatra, dott.ssa SC (la quale non so se sappia qual è il mio ruolo e la mia formazione), questa "umilia" l'infermiera quando questa le chiede cosa significhi la diagnosi di "delirium": la dott.ssa si scandalizza perché l'infermiera non lo sa, e cita l'esempio di quando a un esame voleva bocciare una psicologa chiedeva la diagnosi di delirium: se questa aveva studiato sapeva che era un problema organico non psichiatrico, se non aveva studiato cercava di spiegarla arrampicandosi sugli specchi. "MM, ma sei pure laureata!"; allora MM rivolta a me: "Anna, in che guaio mi hai messo?" Per le diagnosi successive MM decide che andrà a chiedere ad un altro medico.*

*Uscendo, metto la testa dentro la stanza infermieri per salutare e chiedere quando avrei potuto trovare la CL, (MM mi dice il lunedì e mercoledì pomeriggio), in chiusura dico: "ma allora, la reazione a stress grave, cos'è?", MM si gira e ripropone la domanda alla SC, che è lì, e lei "disturbo di adattamento, l'ho detto anche prima"...non un bel modo di salutarci e rivederci!*

(Dal diario etnografico, 21 ottobre 2010)

Il gruppo di lavoro sorto in occasione della precedente ricerca nel 2009, e costituito da psichiatri, infermieri e assistente sociale, avrebbe dovuto rappresentare un interlocutore per la mia analisi; in realtà così non è stato, vuoi per l'assenza di sei mesi della psichiatra responsabile del progetto, vuoi per un modesto livello di specializzazione e interesse nei confronti di questi temi da parte degli altri operatori.

## 2.5. L'osservazione etnografica

La rilevazione dei dati di cornice mi ha permesso di entrare nei due ambienti “in punta di piedi”, con un mandato chiaro e “innocuo” (in fondo stavo solo cercando dei dati “anonimi”...), tanto da non aver incontrato particolari problemi di accesso al campo. Questa fase mi ha permesso di conoscere l'ambiente, le sue dinamiche e le sue contraddizioni, oltre che farmi conoscere, consentire uno scambio di fiducia reciproca, e offrire maggiori elementi su quali fossero le intenzioni e gli sviluppi della ricerca.

Mi ha permesso soprattutto di capire dove avrei potuto portare avanti anche la fase di osservazione delle prime visite e le interviste biografiche: nel servizio di Padova, infatti, i numerosi ostacoli, esplicitati o meno, hanno bloccato la possibilità di procedere con un'analisi qualitativa più approfondita, escludendo quindi anche l'eventuale lavoro comparativo tra le due realtà.

A Padova, la difficoltà di fare osservazione di prime visite è stata particolarmente lampante nel momento in cui, frequentando l'ambulatorio, ho “abitato” la stanzetta infermieri, il luogo deputato all'ascolto e all'accoglienza della domanda di aiuto. La stanza infermieri, in entrambi i servizi, è un luogo molto strategico: essa è situata all'inizio dell'ambulatorio, adiacente alla sala d'attesa.

*Nel servizio di Camposampiero la stanza infermieri ha un controllo su tutti e quattro i lati: in un lato, lo sportello a vetri per il pubblico, nel lato adiacente, l'accesso per il personale, il terzo lato si affaccia al corridoio dove ci sono gli studi medici e gli uffici, infine nel quarto lato si apre una porta verso la stanza delle terapie, con un lettino per i prelievi e i bracci per le flebo. A completamente ci sono telecamere orientate verso il corridoio e la sala d'attesa. L'ingresso al centro di salute mentale è disciplinato dagli infermieri: la porta di accesso infatti è apribile solo dall'interno.*

(Dal diario etnografico, 6 luglio 2010)

La sala infermieri di Padova invece ha un'unica porta che dà sul corridoio, di fronte alla sala d'attesa. Nessuno sportello, nessuna separazione, nessun accesso bloccato. Eppure l'accoglienza nei miei confronti non era tale quale l'apertura manifesta.

*Nessuno mi ha presentato agli infermieri; il via vai di specializzandi poi è tale che è molto difficile individuare le varie professionalità e i ruoli. Lo spazio è molto ristretto, le scrivanie ricolme di cartelle e faldoni. Le sedie non sono sufficienti, e molti infermieri devono stare in piedi.*

(Dal diario etnografico, 31 gennaio 2011)

Durante una delle mie ultime permanenze nell'ambulatorio, mentre stavo accennando della ricerca a uno specializzando, ho sentito che le infermiere parlavano di me, chiedendo chi fossi. La mia risposta alla richiesta, fattami poi esplicitamente, ha provocato da parte loro una reazione di profonda insofferenza, ed è stato chiaro che temevano che la mia ricerca significasse dover disporre di spazi che, era indubbio, non c'erano e non ci sarebbero stati. Considerato l'approccio oppositivo, era chiaro che non avrei potuto contare sulla loro collaborazione per essere avvertita di prime visite di migranti. D'altronde anche una psichiatra che operava nel servizio riteneva che tale oggetto d'indagine non fosse poi così tanto interessante<sup>43</sup>. A rendere le cose più difficili anche l'assenza per maternità della psicologa con la quale avevo iniziato a pianificare la mia presenza al CSM e che aveva agito da mediatrice con gli altri professionisti, tra cui la responsabile del CSM e la segretaria per il recupero di alcuni dati di primo accesso.

L'osservazione etnografica più corposa è stata condotta quindi presso il servizio di Camposampiero.

---

<sup>43</sup> Nonostante fosse stata promotrice di una ricerca analoga solo pochi anni prima, la dottoressa riteneva che ormai l'accesso dei migranti al servizio seguisse esattamente le stesse modalità degli italiani, trattandosi di persone stabilmente insediate, con un elevato grado di integrazione e un'ottima conoscenza della lingua italiana.

### 2.5.1. *Caratteristiche e dettagli dell'osservazione*

I supporti utilizzati per tenere memoria dell'osservazione etnografica sono stati il diario etnografico e le note di campo. Si sono seguite le indicazioni della tradizione antropologica e sociologica (Gobo, 1999; Giglioli, Dal Lago, 1983) cercando di trascrivere esattamente quello che veniva detto: si è consapevoli dei problemi di memoria e delle difficoltà di appartarsi che possono presentarsi perseguendo questa modalità, ma si ritiene che la raccolta complessiva sia sufficientemente valida e esplicativa. Ho altresì cercato di descrivere "azioni base", adottando un linguaggio concreto ed evitando di usare terminologie che appartengono al patrimonio delle scienze sociali o che portano a generalizzazioni premature e non fruttuose. Le note sono state sia osservative che metodologiche, sia teoriche che emotive (Gobo, 1999).

L'osservazione etnografica richiede tempo: bisogna "stare" nel campo, e starci a lungo. Solo così possiamo tentare di:

- accedere alle definizioni della situazione dei nostri interlocutori;
- ricostruire il processo col quale gli eventi e le azioni di cui siamo testimoni si legano tra loro;
- disporre di una raffigurazione dei nessi causali;
- costruire un resoconto narrativo dei processi causali;
- collocare in un continuum diacronico i nessi fra eventi e azioni. (Cardano, 2009)

La mia presenza a Camposampiero è stata distribuita in quasi due anni: i primi contatti sono avvenuti a luglio 2010 e fino a dicembre dello stesso anno gli sforzi sono stati rivolti alla consultazione dei dati d'archivio e alla loro sistematizzazione nelle griglie.

Da gennaio 2011 a dicembre 2011 la consultazione è stata affiancata all'osservazione delle prime visite psichiatriche; nello stesso periodo iniziavano le interviste biografiche di migranti. Verso la fine del 2011 e fino a maggio 2012 ho raccolto le voci degli operatori; ad aprile 2012 ho partecipato ad un convegno a Bologna insieme a due psichiatre e a due infermiere: la

preparazione dei dati da presentare al convegno è stato l'occasione per lavorare in maniere molto ravvicinata con una psichiatra, la dott.ssa Turella, e sostare nuovamente a lungo nel campo.

Grazie alla mia presenza prolungata, e al rapporto di fiducia che si andava costruendo, ho potuto accedere a tutti gli spazi dell'ambulatorio, dalla stanza infermieri all'ufficio amministrativo, dagli studi medici alla "cucina". Questa è una piccola stanza (nella prima sede occupava l'archivio delle cartelle dei decessi) dove si svolge la pausa caffè, uno spazio di assoluto "retroscena" non solo rispetto all'utenza ma anche rispetto ai propri colleghi; è un luogo apparentemente neutro dove le distanze tra i ruoli sembrano talvolta ridursi, ma dove spesso veniva marcata l'appartenenza a una categoria di lavoratori, attraverso la scelta degli orari in cui frequentarla, o uscendo quando entravano altri professionisti. Per tre volte ho potuto anche usufruire della mensa interna, condividendo il pranzo talvolta con il personale amministrativo, talvolta con alcuni psichiatri.

L'approccio che ho avuto nei confronti del servizio è stato di profonda e sincera curiosità, e di consapevolezza di sapere molto poco di ciò che andavo ad osservare. Ho scelto di lasciare parlare i soggetti, le pratiche, lasciando aperta la porta alle possibilità e agli imprevisti. Ho cercato di "assoggettarmi" al campo, assumendo per certo che gli attori del servizio fossero competenti e in grado di mostrarmi, anche senza volerlo direttamente, come funzionano molte delle dimensioni che andavo a esplorare. Un assoggettamento di profonda vicinanza, partecipazione e condivisione. Un approccio che voleva osservare le pratiche, le definizioni, le modalità di relazione, le ambivalenze, le contraddizioni e gli stili comunicativi. Si sono scelte di osservare le interazioni, tra me e gli operatori, tra gli operatori stessi, e con i pazienti migranti, le visite mediche e le relazioni di accoglienza infermieristica. Si è fatta etnografia dell'attesa, vivendo l'insofferenza di orari non rispettati da parte dei medici, e la frustrazione di appuntamenti mancati dei migranti.

Si sono osservati processi e prodotti comunicativi, come ad esempio comunicazioni via mail, come quella inviata al CSM dalla psichiatra che stava



trascorrendo un periodo di lavoro all'estero di sei mesi (una psichiatra "migrante") e che contiene alcuni elementi suggestivi e illuminanti<sup>44</sup>.

La relazione che si è voluta costruire con l'attore sociale appariva inevitabile, una parte integrante del processo conoscitivo: i processi relazionali tra ricercatore e attore hanno permesso la costruzione dell'oggetto, dei significati e delle descrizioni ad esso correlati (Melucci, 1998).

Gli attori in campo non sono portatori di un'oggettiva neutralità, ma ricoprono un ruolo attivo nel processo conoscitivo. Solo uscendo dalla dicotomia "ricercatore-oggetto osservato" si possono costruire definizioni e rappresentazioni "corali" (Ferrari, 2010: 15), aprendosi all'imprevisto, ai dettagli, ad aspetti apparentemente banali, conciliando schemi esplicativi con interpretazioni di buon senso. L'attore del campo che si osserva quindi è sia parte dell'oggetto di studio, sia mediatore tra il ricercatore e ciò che si indaga, sia fonte di un patrimonio conoscitivo indispensabile per l'indagine in corso (Melucci, 1998).

Beninteso, senza nessuna presunzione che un tale approccio renda conoscibile tutte le dimensioni del fenomeno studiato, che per sua natura è mutevole e presenta sfaccettature diverse a seconda dello spazio di osservazione e di ciò che vuole mostrare.

Un'osservazione, come si è visto, non unidirezionale, ma interattiva e partecipata. Non un oggetto da studiare, ma tante soggettività, in relazione, nelle dinamiche e pratiche quotidiane.

*"La ricerca sul campo non coglie mai una realtà autentica, esterna all'etnografo, pronta per essere letta e analizzata, ma (...) è un'attività che coglie frammenti di realtà e di mondi che sono l'effetto di reciproche pratiche comportamentali e discorsive, realtà incarnate di cui la ricerca stessa è parte costitutiva. Per questo possiamo dire come ogni ricerca sia, di per se stessa, un intervento, una pratica di*

---

<sup>44</sup> Interessante soprattutto per la descrizione dello spiazzamento legato all'esperienza migratoria, per l'uso massiccio e ricorrente di nomi di farmaci ("Confermo che i farmaci, anche quelli prodotti in Sri-Lanka funzionano davvero!"), per la definizione della buona capacità di *coping* applicata a se stessa (solitamente utilizzata per descrivere il paziente), e per la necessità di raggiungere una località dove "riossigenarsi" "e poter spendere un po' di soldi per salvaguardare la mia salute mentale!".

*trasformazione del mondo che tenta di descrivere; un intervento sul mondo che avviene proprio mentre lo si descrive".*

(Navarini, 2001: 289)

Quando si fa etnografia è importante avere consapevolezza del proprio ruolo e del proprio "intervento", oltre che delle reciproche contaminazioni che lo stare nel campo provoca.

### *2.5.2. Etnografia e ruolo*

L'osservazione etnografica solleva interrogativi sulla posizione del ricercatore e sul suo ruolo assunto. Nel mio caso, considerata la mia formazione ed esperienza professionale precedente al percorso di dottorato, appartenente all'area del servizio sociale, non sono mancate occasioni in cui le due identità venivano confuse: alle persone migranti venivo presentata come una persona che stava svolgendo una ricerca universitaria, ma per alcuni operatori (infermieri in particolare) spesso ero "l'assistente sociale". Immagino che tale identità abbia agito sia in termini d'impiccio (laddove l'esperienza con quella professione era stata o era negativa) che di vantaggio (si sentiva di essere in qualche modo "colleghi", e ci si poteva permettere di usare codici linguistici comuni). Spesso ho riflettuto sull'opportunità di aver rivelato la mia formazione, temendo che questo avrebbe potuto influenzare in maniera distorta l'esplorazione, ma ritengo che siano stati molti più numerosi i vantaggi rispetto agli ostacoli, quali ad esempio un maggior accesso ai dati, una collaborazione proficua e un livello di partecipazione a pratiche discorsive molto varie. In più, volendo creare un rapporto di fiducia, era molto importante potermi proporre senza nascondermi e senza raccontare bugie su di me. Sintetizzando, le questioni della posizione del ricercatore, del ruolo assunto e, nel caso specifico, della mia esperienza e appartenenza professionali, sono state tenute in considerazione, in quanto "le identità del ricercatore sono a loro volta dei fatti sociali dinamici e ricostruibili che costituiscono le pratiche e i discorsi oggetto dell'indagine" (Navarini 2001: 289).

*“Dato che le identità non sono stabili, ma costruite in modo dinamico all'interno delle relazioni ne consegue che anche l'insieme delle “informazioni” raccolte – il discorso prodotto dall'etnografia – non potrà mai essere una fotografia esatta, o un ritratto realistico, dell'oggetto di studio e delle azioni che si svolgono nel campo della ricerca, bensì un riflesso più o meno opaco della dinamica costitutiva e processuale in cui sono coinvolti attori ed etnografi: uno specchio dello spazio d'azione”.*

*(Ibidem: 290)*

Era importante essere consapevoli del proprio (doppio) ruolo per riuscire a districarsi tra richieste talvolta improprie (come quando qualche psichiatra chiedeva di disporre della trascrizione dell'intervista per poter completare l'anamnesi di un migrante) o in cui sembrava che le distanze professionali venissero annullate (come in occasione di condivisione di valutazioni sul paziente migrante); una consapevolezza utile anche per accettare gli ostacoli e le chiusure, e ricalibrare la propria presenza.

Inoltre, la propria doppia appartenenza poteva rendere evidente la componente di ambivalenza che ho poi riscontrato negli operatori dei servizi e nei migranti. Una dimensione tipica della condizione del migrante e delle situazioni di “confine”.

### *2.5.3. Osservazione delle prime visite psichiatriche*

La scelta di osservare le prime visite psichiatriche risiede nella necessità di saggiare la posizione delle numerose ricerche sul tema, relativa alle scarse e inadeguate modalità di accesso ai servizi, oltre che assistere all'incontro tra il migrante (nel suo ruolo di paziente) e il professionista della salute “nativo” (nel suo essere medico psichiatra). L'oggetto di analisi attiene alle fasi e alle caratteristiche di questo momento: le modalità di avvio della conversazione terapeutica, gli spazi dati al migrante, perché possa raccontare oltre che la propria sofferenza anche altri ambiti della propria storia, la definizione data dai due attori e la conclusione del colloquio. L'incontro tra il soggetto e il medico non è solo un'interazione tra due attori, ma può raccontare molto sia rispetto

alle capacità dei servizi socio-sanitari di farsi attraversare dall'alterità, di accogliere altre letture del fenomeno e di adattarsi in maniera flessibile alle necessità della persona, sia rispetto alla messa in discussione del modello biomedico applicato alla psichiatria, sia infine rispetto alla capacità (e allo spazio di libertà ricavati) da parte dei pazienti nel riuscire a dare un nome alla sofferenza senza necessariamente mutuarlo dalla manualistica diagnostica.

Le difficoltà maggiori che ho incontrato in questa fase appartengono a tre livelli. Dal punto di vista dei medici, sottolineo la poca consapevolezza della mia presenza, di ciò che andavo a osservare, e con quali finalità. Da parte degli infermieri invece questa fase della ricerca richiedeva uno sforzo ulteriore: essi dovevano tenere traccia dei nuovi accessi e avvertirmi telefonicamente dell'appuntamento con un nuovo paziente migrante. Riconosco che spesso i loro ritmi e il carico di lavoro non hanno permesso di farlo in maniera approfondita, tanto che sono riuscita a seguire solo 24 prime visite a fronte dei 55 casi nuovi. Sul versante del migrante, invece, molte volte assistevo ad appuntamenti con lo psichiatra che venivano disattesi senza preavviso, e non sempre poi riuscivo a recuperare quest'osservazione.

I medici erano stati avvertiti della mia presenza da una mail della responsabile del servizio, ma alla prova dei fatti la maggior parte riteneva di non sapere molto su ciò che andavo ad osservare. Occorreva quindi intercettarli prima che iniziassero la visita chiedendo loro la disponibilità all'osservazione del colloquio, disponibilità che non mi è mai stata negata.

Il 9 febbraio 2011 ho svolto la mia prima osservazione: il medico, ignaro a suo dire della mia presenza e della mia ricerca, ha interpretato la mia osservazione silenziosa come una non-presenza, evitando di presentarmi (e di chiedere il consenso) alla migrante che stava affrontando il colloquio. Al termine dello stesso mi ha chiesto conferma della bontà del suo atteggiamento: "in fondo ho fatto finta che non ci fossi".

Tale modalità, fortunatamente, è rimasta un caso isolato. Solitamente venivo presentata alla persona nel momento in cui questa entrava nello studio del medico, motivando così la mia presenza e indicando sommariamente di cosa

mi occupavo. Al momento della conclusione del colloquio presentavo la mia proposta d'intervista che, nella maggioranza dei casi, veniva effettuata il giorno del secondo colloquio, un'ora o due prima dell'appuntamento, così da non appesantire la persona con un impegno ulteriore.

Nel corso della prima visita solitamente mi sedevo a fianco del medico, anche se spostata rispetto alla scrivania. Non mi annotavo nulla durante il colloquio poiché ritenevo che tale pratica avrebbe fatto sentire la persona sotto studio più di quanto non lo fosse già. Talvolta per appuntarmi espressioni o passaggi particolarmente pregnanti, fingevo di sistemare un appunto nell'agenda. Ma non capitava sempre e comunque rappresentava un'eccezione. Tenevo a memoria soprattutto tre aspetti:

- L'incipit della relazione: come inizia il colloquio? C'è una domanda che apre il dialogo? E qual è?
- Si fa attenzione alla storia del percorso migratorio e del progetto migratorio?
- Viene lasciato spazio alla definizione della malattia da parte del soggetto? Viene offerta una restituzione diagnostica da parte del medico? E come ci si muove rispetto alla necessità di cure farmacologiche?

L'oggetto più importante di osservazione e analisi riguarda proprio questo terzo aspetto, ossia il nominare (Brown, 1995; McNamee, Gergen, 1998; Gergen, Gergen, 1986): nominare la malattia sembra essere il primo obiettivo dei colloqui terapeutici, la premessa per poter proseguire il trattamento. Nominare permette di rendere finito, circoscritto, chiaro, ciò che appare confuso, complesso, un groviglio di sensazioni. Lasciar nominare è, in fondo, un atto di fiducia: si consegna al terapeuta la propria sofferenza, le proprie fatiche e il proprio dolore, e si riceve in cambio un nome e un aggettivo che indicano un modo di essere generico, che quasi sempre finisce col confondersi con la persona stessa, la quale non è più un soggetto che ha una sofferenza, ma qualcuno che diventa la malattia stessa. Questo costringe la persona a guardare al proprio percorso anche alla luce della nuova identità, e a rileggere il proprio

essere e sentire secondo schemi spesso non propri ed evocanti, nella maggior parte dei casi, stigma e vergogna.

L'aver partecipato alle prime visite mi ha permesso di assistere al momento della costruzione e co-costruzione della definizione della malattia, un momento nel quale viene dato un nome, vengono posti dei confini e offerte delle modalità di cura, in una dinamica di conferma di ipotesi o paure, o di introduzione di interpretazioni e concetti nuovi. Tutto questo ha permesso di utilizzare nelle successive interviste biografiche anche alcuni elementi presenti durante questi colloqui: certe incongruenze, i momenti di blocco comunicativo o le situazioni di maggiore scambio, le paure espresse e le situazioni emotivamente più coinvolgenti e difficili da affrontare.

La disponibilità all'intervista mi è stata negata in un'unica occasione (la persona riteneva di non avere nulla d'interessante da raccontare) e in un altro caso la mia presenza durante il colloquio era stata vista come poco chiara e invasiva, ma l'ho scoperto solo durante la successiva intervista.

## **2.6. Le interviste biografiche “partecipate”**

La ricerca utilizza l'intervista discorsiva, una “conversazione provocata dall'intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e in numero consistente, avente finalità conoscitive, guidata dall'intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione” (Corbetta 1999: 405). Uno strumento che “consegna al ricercatore non solo un insieme di informazioni sull'intervistato (sul suo profilo socio-demografico, sulle sue credenze, sugli atteggiamenti che lo contraddistinguono, sul suo stato di rispetto a un insieme di proprietà); l'intervista discorsiva consegna al ricercatore anche un discorso” (Cardano 2003: 82). In altre parole, permette la raccolta di una narrazione che comprende oltre a quello che la persona dice anche la collocazione rispetto a ciò che dice: emergono così storie, ma anche

profonde espressione di emozioni e rappresentazioni, oltre alle definizioni di sé e di ciò che a sé accade.

“Lo stile narrativo adottato intende favorire la “produzione di senso” da parte del lettore e nello stesso tempo dare voce alle cultura “altre” che fanno continuamente irruzione nel nostro discorso, perché non possiamo conoscere noi stessi se non attraverso gli *altri*” (Mantovani, 2005: 11).

In questa sede inoltre si considera il servizio socio-sanitario alla stregua di una “categoria di situazione” (Bertaux, 2003: 33, 37), così come specificato all’inizio del presente capitolo. Secondo questo orientamento la prospettiva biografica può rendere possibile sia l’esplorazione della categoria di situazione, sia la formulazione di ipotesi interpretative (relative non tanto e non solo a quella categoria di situazione ma soprattutto al macrocosmo che questa rappresenta), e sia la considerazione della dimensione diacronica, non possibile con la sola osservazione diretta. (Bichi, 2000, 2004; Cardano, 2003, 2006, 2007; Kvale, 1996; Poggio, 2004).

Accogliendo le intuizioni di Bertaux (2003) e di Bichi (2000, 2004) ho individuato nell’intervista biografica la possibilità di entrare, senza forzare, in molte dimensioni della vita dell’altro, riconoscendo a questi la piena libertà e dignità di strutturare il proprio racconto senza disporre di una traccia fornita dall’esterno. Ciò non significa che non fosse presente uno schema nella mente del ricercatore: prima di iniziare questa rilevazione ho compilato una traccia dei possibili ambiti del racconto, concentrandomi più che sulle singole fasi di vita, su alcune categorie concettuali (quali la fiducia, la stigmatizzazione, la negoziazione, le diverse concezioni di malattia e cura, etc...) che volevo approfondire.

Ho chiamato le interviste biografiche “partecipate” (mutuando il termine dalle “storie di vita partecipate” di Bichi, 2000) per sottolineare come gli attori della storia siano due, e in questa interazione non spontanea, costruita, e al tempo stesso non imposta, prendono forma alcuni significati e si manifesta la “coproduzione di nuove modalità di spiegazione, di nuovi schemi interpretativi, l’ampliamento dei campi conoscitivi di entrambi in un processo riflessivo di riconoscimento, di incorporamento e di elaborazione di nuove informazioni”

(*Ibidem*: 61). La forma che assume questa interazione condizionerà, ovviamente, la riuscita dell'intervista, le informazioni raccolte e soprattutto lo svelamento e la decodifica di modelli valoriali e di comportamento.

“L'intervista biografica è il racconto – quanto più onesto e completo possibile, fatto da una persona a un/una ricercatore/trice che guida l'intervista – di un segmento della propria esperienza o dell'intero percorso della propria vita. È costituita da ciò che la persona sceglie di raccontare, ricorda e vuole che gli altri conoscano” (Bichi 2004: 53).

L'obiettivo è quello di approdare a un modello interpretativo che possa aiutare a spiegare e capire “le logiche d'azione, il funzionamento, i processi di cambiamento, di produzione e di riproduzione del mondo sociale o della categoria di situazione oggetto di studio” (*Ibidem*: 48). L'ottica è fortemente esplorativa, orientata da concetti guida e rappresentazioni iniziali che devono poter essere decostruiti e ricostruiti, in una dinamica relazionale in cui sia possibile accedere ai mondi di significato e agli universi di senso degli intervistati. Ciò che si cerca non è la realtà delle cose ma la definizione che la persona dà della realtà, non la veridicità degli eventi, quanto la definizione della situazione che danno i soggetti coinvolti. L'attenzione per il significato è centrale nella narrazione, al punto che Bruner (2003) afferma che una narrazione è comunque significativa, indipendentemente dal fatto che sia vera o falsa, reale o immaginaria.

Secondo l'impostazione citata, l'intervista biografica comprende due tipologie (Bichi, 2004: 29): il racconto di vita e la storia di vita. Entrambe sono guidate da una traccia che funge da promemoria per il ricercatore (e che resta comunque aperta e flessibile) ma, mentre il racconto di vita si concentra su un argomento specifico, la storia di vita risponde all'invito a parlare di sé e della propria vita: ciò che cambia è quindi lo stimolo iniziale, la domanda fondatrice. Accogliendo tale distinzione, il mio studio si profila come una raccolta di storie di vita che a volte si trasformano in racconti di vita perché si soffermano su un aspetto particolare e tendono ad approfondirlo.

Ritengo che questo strumento possa rispondere in maniera adeguata alla complessità del fenomeno osservato, permettendo di cogliere le sfaccettature



personali delle storie narrate e valorizzando le diverse soggettività, non appiattendole su uno strumento standardizzato. Essendo il focus della ricerca centrato sulle pratiche del “nominare” e sui processi che portano alla definizione della situazione, lo strumento di rilevazione consente ai soggetti intervistati di decidere come organizzare la narrazione: la collocazione dell’evento (o degli eventi) legati al disagio vissuto, quali interpretazioni hanno dato, quale rilettura hanno fatto di alcuni fenomeni, cosa scelgono di dire e cosa omettono, come descrivono la decisione e le conseguenze dell’aver chiesto aiuto ai servizi sanitari italiani.

Di fronte al dolore e alla malattia che colpisce il corpo, fondamento dell’esperienza del mondo e della soggettività, la narrativizzazione (Good, 1999, 2006) permette al soggetto di localizzare la sofferenza nella storia e collocare gli eventi in un ordine temporale dotato di senso, insieme alle esperienze che li accompagnano: da parte sua l’ascoltatore riceve il messaggio del testo ricomponendolo.

### *2.6.1. Modalità di svolgimento delle interviste*

Il giorno dell’intervista, prima di iniziare, spiegavo nuovamente alla persona chi ero e di cosa mi occupavo, qual era lo scopo della ricerca e come sarebbero state utilizzate le interviste raccolte. Veniva stretto tra l’intervistato e l’intervistatore un “patto biografico”: a loro si chiedeva che raccontassero in libertà, onestà e completezza la propria storia e in cambio io assicuravo l’anonimato e la riservatezza; il patto diventava un contratto quando la persona firmava concretamente il consenso informato<sup>45</sup> all’uso dei dati ai fini di ricerca. Questa fase era anche l’occasione per definire il tempo dell’intervista, che in media oscillava tra un’ora e un’ora e mezza (in un’unica occasione è durata tre ore).

Chiedevo il consenso all’utilizzo del registratore, così da poter ascoltare la storia senza la preoccupazione di prendere appunti, che sarebbero comunque

---

<sup>45</sup> Nell’appendice è presenta il modulo di consenso firmato (Allegato 2).

risultati incompleti, e per poter avere in memoria le definizioni letterali della persona sugli aspetti principali oggetto della ricerca.

L'intervista cominciava con la domanda: "Vorrei che mi raccontasse la sua vita, partendo da dove vuole".<sup>46</sup> Questa domanda raramente veniva formulata in maniera così asciutta: molte delle persone incontrate chiedevano di specificare meglio il campo del racconto, vivendolo come troppo esteso. Dicevo allora che potevano partire dalla loro infanzia, dal racconto sulla loro famiglia, per passare attraverso la scuola, il lavoro, il fatto di essere arrivati in Italia, a Camposampiero, e poi a un centro di salute mentale. Non nominavo mai l'avvento della malattia<sup>47</sup>, proprio per la scelta di vedere se, come, e a che punto, questa veniva definita. In alcune occasioni per cercare di aprire la conversazione portavo un atlante geografico, in modo che il racconto partisse dalla visualizzazione della mappa del paese di origine: era anche un modo per favorire nei soggetti la possibilità di collocare spazialmente una città, una località, e non solo una nazionalità neutra, mettendola in relazione ad esempio alla morfologia del luogo e alla posizione rispetto alla capitale, riappropriandosi di riferimenti sopiti.

I racconti prendevano avvio dalla mia domanda e la persona si presentava: solitamente si qualificava con la propria nazionalità, accennando la località di nascita, l'infanzia, la giovinezza e la famiglia d'origine. Il racconto si faceva un po' più dettagliato quando la persona parlava della fine della scuola e dell'ingresso nel mondo del lavoro, per arrivare al racconto della propria migrazione, generalmente sorvolando sul primo periodo (di solito quello dell'irregolarità e della fatica), concentrandosi molto sul presente, e sui problemi concreti.

Utilizzando la tecnica del rilancio cercavo di approfondire certi passaggi della vita che appartenevano al passato, anche se non è stato sempre facile; non so se questo derivasse dalla volontà di evitare dimensioni dense di ricordi e nostalgia, o se l'impellenza dei problemi presenti e concreti funzionasse da

---

<sup>46</sup> Nell'appendice è presente la traccia dell'intervista biografica (Allegato 3).

<sup>47</sup> Non nominarla da parte mia non significava che poi non la considerassi e non occupasse uno spazio considerevole nel racconto; nel caso poi in cui la persona omettesse questo dato, rilanciavo con domande precise (chiedevo ad esempio il motivo dell'afferenza all'ambulatorio).

filtro. La memoria, interna ed esterna, agisce in relazione al sistema di significati della persona, e le dimenticanze o le descrizioni eccessivamente dettagliate sono sicuramente degli indicatori di altri fattori, se analizzati rispetto alla totalità della storia.

Anche il silenzio è un elemento prezioso: quando viene considerato, anche inconsapevolmente, come una presenza ingombrante, si cerca di sbarazzarsene riempiendo i “vuoti comunicativi” con domande e rilanci: quando invece lo si lascia parlare, si scopre che il più delle volte apre a definizioni nuove, a momenti emotivamente intensi e a particolari letture delle cose.

L'intervista procedeva secondo due fasi: una prima parte di racconto il più possibile libera e una seconda fase, alla fine, di domande puntuali su certi aspetti sottaciuti o accennati.

Il colloquio solitamente si chiudeva con una domanda positiva (“il più bel ricordo della sua terra, e/o il più bel ricordo dell'Italia”) o con una sottolineatura di un aspetto “vincente” nella vita del migrante, o nel posare l'accento sul superamento di una difficoltà, così che la persona potesse mantenere un buon ricordo di questa esperienza.

Al termine dell'intervista le persone ringraziavano, soddisfatte di aver avuto a disposizione uno spazio, prolungato, di ascolto sulla loro storia, sulle loro difficoltà e sulle loro vittorie, riuscendo a ricucire insieme i pezzi della loro storia, che appariva all'inizio solo come un ammasso di informazioni sconnesse.

Senza avere la pretesa di aver svolto, inopportuno, un ruolo terapeutico, riconosco che l'aver offerto la possibilità di raccontare la propria esperienza, senza vincoli o vie tracciate, abbia permesso di sperimentare una forma, anche se piccola, di autodeterminazione e di significazione di sé e del proprio percorso di vita.

### *2.6.2. Nodi problematici*

Nella raccolta delle interviste biografiche potrebbe sorgere la tentazione di chiedersi il grado di verità o di verosimiglianza di quanto raccontato. E se non

fosse proprio andata così? E se accanto ad eventi realmente successi si fossero intrecciate situazioni al limite della fiction?

Purtroppo il controllo sulle informazioni non lo si avrà mai, anche perché non lo si deve avere: “nessuno può pretendere di cogliere tutti gli aspetti dell’oggetto *percorso biografico*” (Bertaux 2003: 85). La storia che la persona racconta è “vera in sé”, esprime le percezioni, le definizioni delle situazioni, i significati e le interpretazioni. Tutto ciò è sufficiente per renderla degna di grande attenzione e rispetto.

Le interviste si sono svolte presso il Centro di Salute Mentale, appena prima del secondo colloquio. Solo in due casi il setting era diverso: in un caso presso la sede del dipartimento di Sociologia, in un altro presso il domicilio della persona.

Mi sono interrogata a lungo sulla scelta di intervistare le persone in un luogo così denso di significati e simboli. Le alternative però erano difficilmente percorribili, vuoi per la mancanza di tempo di persone che lavoravano, vuoi per la mancanza di libertà di movimento (a raggiungere altre sedi oltre l’ambulatorio) o per l’impossibilità di accogliermi a casa loro (per una situazione familiare difficile). Sono consapevole quindi dell’elevato grado d’influenza che tale spazio può aver provocato nei migranti, nonostante le mie rassicurazioni sull’indipendenza della ricerca. Mi riferisco in particolare alle domande sul grado di accoglienza riscontrato nei servizi in Italia e sul rapporto coi medici: le risposte molto positive possono essere state dettate da una buona dose di desiderabilità sociale, o dalla necessità di continuare a godere delle cure in corso. In realtà le uniche due interviste svolte in luoghi “neutri” (ma quale luogo lo è realmente?) non esprimevano giudizi così distanti o negativi rispetto alle altre interviste.

## 2.7. Le interviste agli operatori della salute

Le interviste agli operatori del servizio raccontano l'esperienza di infermieri, psichiatri e psicologhe.

Gli infermieri intervistati sono stati quattro, tutti di genere femminile (l'unico maschio del CSM si è rifiutato ritenendo di non essere esperto di questi temi e di non avere molto da dire), sette medici (di cui un solo maschio) e due psicologhe, una del servizio di Camposampiero e una di Padova.

Lo spazio adibito alle interviste è stato in un solo caso l'ufficio amministrativo, negli altri casi uno studio medico, entrambi liberi da terze persone. La possibilità di intervistare gli infermieri in un luogo diverso dallo sportello di accoglienza ha permesso racconti senza interruzioni, elemento invece presente nelle interviste degli altri operatori, legittimamente disturbati da comunicazioni telefoniche o dirette. Come per le interviste biografiche, con gli infermieri la mia posizione nei loro confronti era di prossimità (tranne in un caso), non dietro alla scrivania, così da ridurre la distanza simbolica e rendere l'atmosfera più colloquiale. Con gli altri operatori invece c'era una scrivania a marcare il distacco e la diversa appartenenza professionale.

Durante le interviste è emerso in maniera più chiara il grado di consapevolezza della mia presenza al servizio e il fatto che ci fossero aspettative molto alte rispetto alla ricerca: la restituzione, secondo alcuni, avrebbe permesso di ripensare ad alcuni strumenti di lavoro per renderli più adeguati alle necessità emerse. Una grande responsabilità!

L'impianto dello schema dell'intervista, descritta in appendice <sup>48</sup>, appartiene al campo delle interviste semi-strutturate (Corbetta, 1999: 415), in cui è presente una griglia di domande che vengono poste all'intervistato in un ordine diverso a seconda della strutturazione del pensiero del soggetto che si definisce nel corso del racconto.

L'intervista si apriva con la domanda: "Da quanto tempo lavora in psichiatria? E in questo servizio?". Quindi, addentrandosi nelle tematiche di maggior interesse: "Ha memoria del primo straniero incontrato o di quello che

---

<sup>48</sup> Si veda l'allegato 5.

l'ha più colpita?" Qui l'interesse era rivolto alla percezione che tale (primo) incontro aveva suscitato nell'operatore, così da evidenziare se mutasse la reazione nei confronti di un paziente migrante nel corso dell'esperienza professionale. Seguivano domande sull'affluenza dei migranti ai servizi, sulle modalità reciproche di relazione, sulle difficoltà maggiormente incontrate, e sulle situazioni "vincenti". Ci si concentrava sul tema della definizione della malattia, con la questione della diagnosi, della comunicazione, della considerazione degli aspetti culturali intrecciati a quelli patologici. Si analizzavano le dimensioni che risultavano un intralcio all'accoglienza di pazienti migranti, le competenze necessarie in termini di formazione, e le migliorie da apporre all'organizzazione del servizio.

Interessanti anche le differenze tra stili relazionali e lavorativi di professioni diverse, e il peso attribuito alla dimensione macro, intesa sia come ambiente socio-politico ("necessità di denunciare gli irregolari"), che economico (la "crisi"), con le conseguenti ricadute sia sull'affluenza dei migranti, sia sul lavoro degli operatori.

## **2.8. L'analisi del materiale discorsivo**

L'analisi delle storie di vita e delle interviste ha l'obiettivo di rintracciare categorie concettuali utili a evidenziare ricorrenze e tipizzazioni di modalità relazionali, di definizioni, di rappresentazioni e di vissuti.

Per entrambe le tipologie d'interviste si è proceduto con la trascrizione integrale del testo discorsivo, registrato su supporto Mp3, e con la compilazione del diario etnografico delle interviste, il quale integrava il discorso con quanto accadeva prima e dopo l'intervista, e con quanto di non verbale avveniva durante l'incontro.

Rispetto alle interviste biografiche si volevano effettuare tre tipi di analisi, le prime due relative alla singola intervista e l'ultima concernente la comparazione tra le interviste: (a) analisi della struttura narrativa; (b) analisi

del contenuto; (c) analisi tematica longitudinale, ossia in relazione alle altre narrazioni.

L'analisi della struttura narrativa delle interviste biografiche (Cardano, 2007: 23-40) voleva avvalersi di modelli quali quelli proposti da Propp (1982) e Gergen e Gergen (1988), ma mancavano i presupposti per utilizzarli, a causa di una trama poco chiara e coerente, e di uno scarso riconoscimento del momento di passaggio tra il benessere e l'avvento della malattia. Utilizzando termini definiti da Propp (1982), risultava difficile talvolta uscire dall'*intreccio* (inteso come sequenza di unità narrative nell'ordine in cui si presentano nella manifestazione testuale) ed entrare nella *fabula*, ossia nella sequenza di unità narrative che rispetta i nessi temporali e causali, e che rappresenta l'oggetto d'analisi della struttura narrativa; così come appariva non facile rintracciare *modelli narrativi* che sono l'insieme di una serie di *azioni astratte* (a differenza dell'intreccio, che è composto dal succedersi di fatti specifici), definite *funzioni*, applicabili a qualunque situazione narrativa.

Altrettanto faticosamente si sono riuscite a evidenziare in tutte le interviste biografiche le caratteristiche che secondo Gergen e Gergen (1988) contraddistinguono una narrazione: i legami causali tra gli eventi, i riferimenti a marker temporali e la presenza di un *outcome* che descrive l'effetto e le conseguenze degli eventi raccontati.

Credo che questo sia dipeso dal fatto che i soggetti non vivevano questa situazione da molto tempo, e questa stesse ancora cercando di individuare un suo spazio nella biografia complessiva; tali elementi risultavano invece presenti nelle storie di chi aveva un'esperienza con la malattia e con i servizi di lunga data, a riprova della necessità di tempo per rielaborare il nuovo stato e permetterne un'integrazione nel proprio self.

Pur partendo dall'assunto che la narrazione risulta utile per accedere al senso dell'esperienza altrui e del processo di decostruzione dell'identità, e considerandola un modello per analizzare come i problemi vengono creati, controllati e come gli individui attribuiscono loro un senso (Cardano 2007: 15-16), per motivi legati alla strutturazione del materiale discorsivo, non è stato possibile usare modelli narratologico come quelli sopra descritti.

Si è scelto quindi di procedere con l'analisi della struttura proposta da Bertaux (2003: 83-84) il quale indica tre ordini di realtà che possono essere rintracciati in un racconto di vita: la *realtà storico-empirica* (il percorso biografico), la *realtà psichica e semantica* (ciò che il soggetto sa e pensa retrospettivamente del suo percorso biografico) e la *realtà discorsiva* (ciò che il soggetto vuole dire su quello che sa e pensa). La struttura diacronica (unita alla causalità consequenziale) è stata ricercata nelle interviste biografiche, e talvolta rappresentata anche graficamente: si è trattato di una schematizzazione grafica del percorso biografico complessivo, cronologicamente ordinato, per analizzare come la storia di malattia e di cura si inserisca nella più ampia storia di vita, dove trovi collocazione e quanto spazio occupi nel suo procedere e nel racconto. Oltre alla ricostruzione di una *traiettoria* biografica (Olagnero, Saraceno, 1993: 60) e all'indicazione delle più importanti *transizioni* (*Ibidem*) in essa accadute, si è posta l'attenzione sull'analisi del singolo percorso di vita inserito in uno scenario socio-storico-politico globale, recuperando così molte delle dimensioni dell'agire soggettivo, in accordo inoltre con l'affermazione che "il caso singolo è una finestra aperta sul contesto. (...) La biografia né rispecchia né ignora i rapporti tra individuo e società, ma li intercetta, dando forma al loro incrociarsi" (Olagnero e Saraceno, 1993: 14).

Per ogni intervista, in accordo all'analisi tematica, è stata prodotta una scheda biografica, *cover sheet*<sup>49</sup> (Bichi, 2000: 101) che conteneva, oltre ai dati anagrafici e agli elementi utilizzati nella scheda dei primi accessi, una *condensazione dei significati* (Kvale, 1996): per le voci indicate sono state inserite nella scheda gli stralci di intervista che si riferivano a quell'ambito, riportando fedelmente la definizione della situazione che dava l'intervistato.

L'analisi tematica è stata quella utilizzata in misura maggiore dalla presente ricerca, sia in forma diacronica che longitudinale, come comparazione di temi tra i diversi materiali raccolti. Il rischio dell'analisi del contenuto e tematica, legata a una eccessiva frammentazione del senso dei soggetti in temi

---

<sup>49</sup> Si veda in Appendice, Allegato 4.



definiti dal ricercatore, può trovare riparo in un atteggiamento di tipo *restitutivo* (Bichi, 2004: 149).

*“La parola degli intervistati viene considerata trasparente, in grado di fornire da sola i significati utili alla comprensione dei fenomeni sociali. (...) Vi sono due modalità di restituzione (...) l’una intesa come restituzione dei saperi sociali dei soggetti (...) e l’altra denominata trasparente nella quale si organizza l’ordine delle interviste riportandole integralmente e facendole precedere da testi destinati a situarle e a indirizzare lo sguardo dei lettori verso i tratti pertinenti”*  
(*Ibidem*:149)

Se assumiamo come concetto guida che la ricerca biografica fornisca un prodotto co-costruito, l’analisi comprensiva deve tenere conto sia delle storie narrate sia dell’evento-intervista (*Ibidem*: 151). L’intervista viene così divisa in *segmenti d’analisi* (es: “corso di vita” inteso come percorso, traiettorie, transizioni; “vissuto” inteso come definizione della situazione data dalla persona e come logica interna composta da giudizi, interpretazioni, percezioni...; “intervista”, ossia produzione dei significati di interazione all’interno della relazione biografica), *segmenti tematici* e *segmenti elementari*. I segmenti tematici ed elementari sono analizzati in modo complementare, prima verticalmente poi orizzontalmente: si profila così un lavoro complesso, che vede prima una scomposizione in elementi sempre più semplici, ma che poi pretende anche un’operazione di ritorno, di raggruppamento e sintetizzazione, per mettere in relazione gli elementi e giungere così a un risultato finale che raggiunga il livello di astrazione concettuale desiderato (*Ibidem*: 152).

Le interviste semi - strutturate sono state analizzate seguendo l’analisi tematica sopra descritta, nella quale si è comunque cercato di dedicare uno spazio di analisi agli aspetti biografici dell’operatore in relazione al percorso lavorativo (l’intervista si apriva con la domanda: “da quanto tempo lavora e da quanto lavora al centro di salute mentale?”, per proseguire con “ha memoria del primo migrante incontrato?”)

Nel lavoro operativo di analisi ho utilizzato le indicazioni apprese durante la formazione sul software Atlas-Ti, che non ho utilizzato se non per qualche intervista, preferendo una gestione manuale del lavoro. La conoscenza

del software ha permesso però di procedere in maniera più sistematica su una mole di lavoro che altrimenti, si pensa, sarebbe stata affrontata con meno rigore. Il testo (inteso come intervista biografica, semi strutturata e note di campo) è stato ridotto a segmenti, a unità di base (le citazioni) e le loro etichette fungevano da riferimento categoriale. Questo processo, definito da Moustakas (1994) *riduzione fenomenologica* attraversa le seguenti fasi: analisi delle unità di significato, organizzazione, categorizzazione ed espressione delle unità di significato. Nel corso dell'analisi si sono così evidenziate le dimensioni di significato ricorrenti e rilevanti nell'esprimere l'esperienza e le rappresentazioni oggetti dell'indagine. Con l'*orizzontalizzazione (Ibidem)* si sono suddivise le espressioni di significato sintetizzate in una serie di categorie semantiche significative ai fini della ricerca. Sulla base della similarità tematica sono state raggruppate le unità di significato e si sono raccolti i temi centrali dell'indagine, rappresentati dai significati condivisi e ricorrenti. Le categorie sono state inoltre divise in due aree, a seconda che si trattasse dei discorsi dei migranti sulla malattia e sui servizi, o delle narrazioni degli operatori sui migranti e sulle loro modalità di affluenza agli ambulatori: queste aree il più delle volte dialogavano, per contribuire a definire in maniera più completa l'apparato interpretativo dell'indagine.

La sintesi finale che ne è emersa permette di leggere un discorso organico, che esprime le principali definizioni degli attori in campo sulle domande della ricerca, con voci che talvolta si accavallano, altre volte che procedono solo accennando, per evidenziare come queste narrazioni possano essere particolarmente ricche di indicazioni e spunti anche per la pratica clinica più generale, aprendo la strada a nuove domande di ricerca e nuove indagini.

In ottemperanza alla normativa sulla privacy, D.Lgs 196/2003, i nomi dei migranti intervistati sono stati cambiati, e gli operatori vengono indicati utilizzando le iniziali di nome e cognome.

## **PARTE II**



## Capitolo 3

### Migranti e servizi. Le caratteristiche di questa relazione

#### 3.1. Dati di cornice: dimensioni del fenomeno

L'analisi dei primi accessi è avvenuta tramite la consultazione dei dati presenti nei sistemi di rilevazione dei servizi di Padova e Camposampiero: per il servizio di Padova l'analisi è avvenuta sia tramite le cartelle informatizzate del CSM che quelle cartacee dell'SPDC relativamente agli anni 2008 e 2009. Per Camposampiero la consultazione è avvenuta su quattro annualità, dal 2008 al 2011, consultando dapprima le cartelle informatizzate e, in caso di necessità, le stesse in formato cartaceo.

La situazione mostra quali caratteristiche assume il fenomeno indagato, che si è arricchito di ulteriori elementi in seguito, con gli strumenti dell'etnografia, delle interviste biografiche e di quelle semi-strutturate.

Il numero di migranti che arrivano per la prima volta a un centro di salute mentale differisce notevolmente a seconda del contesto indagato. A Padova tale fenomeno assume la dimensione di 34-38 unità per entrambe le annualità, mentre a Camposampiero l'affluenza è maggiore: da un minimo di 50 a un massimo di 66 migranti nei quattro anni considerati. Il trend di affluenza risulta in crescita nei primi tre anni, con un calo invece importante nell'anno 2011. Questo va ricondotto, secondo molti operatori, all'introduzione del ticket sull'impegnativa, con un costo che potrebbe aver ostacolato la scelta di rivolgersi al servizio. Non è da escludere, inoltre, il ruolo giocato dalle recenti politiche in tema di controllo dell'immigrazione clandestina con tutto il dibattito che ne è seguito sull'opportunità o meno che gli operatori sanitari segnalassero i migranti irregolari che si presentavano agli ambulatori o in ospedale; nonostante poi a questi proclami non siano conseguite delle direttive

normative, è molto probabile si fosse ormai insediata nei migranti la paura di tale evenienza.

*“Noi risentiamo secondo me e il calo che noi abbiamo avuto nei servizi, in tutti i servizi, ripeto, dell'accesso degli extracomunitari, secondo me è legato a questa pubblicità che è stata fatta, in cui il ticket, e il fatto che non erano ammessi, che bisognava addirittura segnalarli perché così era stato detto, no, eh voglio dire, poi è stata detta anche che non si faceva, però l'immagine che è passata è che il sanitario doveva segnalare, cioè noi dovevamo diventare poliziotti, poi non è stata fatta, ok, però cosa è arrivata a queste persone che già vivono in una situazione di disagio, e che cos'è rimasto dentro al sanitario, perché io sento che nei nostri colleghi, che assolutamente io non giudico persone stupide o [suona il telefono, forse è un messaggio, in ogni caso non risponde], eh, praticamente ho visto come dire questo modo di fare che alla fine non ti accorgi ma è quello che è il più pericoloso, secondo me che è insidioso, perché è quel modo, hai capito, con cui tu fai della discriminazione dicendo che non la stai facendo, e invece la fai, secondo me, questo tutti i servizi ne risentono secondo me.”*

(Intervista RR, medico)

Considerando ora il solo servizio di Camposampiero emerge un altro elemento che differisce da molte ricerche analoghe, nel punto in cui si afferma che i migranti non si rivolgono al servizio e se lo fanno questo avviene con numeri molto limitati. Se consideriamo invece la percentuale dei migranti che si rivolgono al CSM si nota che questa è assolutamente proporzionata sia con le percentuali degli italiani che afferiscono al CSM sia con la percentuale di presenza sul totale degli italiani.

Nel 2005, infatti, la percentuale dei migranti sul totale della popolazione residente era intorno al 6,5%, con una predominanza maschile (il 55%). In quegli anni la percentuale dei nuovi accessi dei migranti sul totale dei nuovi contatti si attestava al 6%, proporzionata quindi all'incidenza dei migranti sul totale della popolazione generale. Nell'analisi dei flussi di accesso degli anni considerati si è notato un forte incremento di quest'affluenza da parte della popolazione migrante, che andava in parallelo all'aumento dei migranti nel territorio considerato: se nel 2005-2006 la percentuale di accessi era del 6%, nel 2008 era del 10%, nel 2009 dell'11,5%, nel 2010 del 12,5%, per arrivare nel 2011 all'11%. Tutte percentuali che riflettono l'aumento della popolazione

migrante in quel territorio: nel 2011 infatti essa si assestava sul 10,6%. Questi dati sono in linea con la percentuale degli italiani che si rivolgono ai servizi psichiatrici, che si aggira mediamente sul 10%<sup>50</sup>.

Pur essendo la popolazione migrante, nel territorio del distretto di Camposampiero, a predominanza maschile (nel 2011 era il 52%), la maggioranza che si rivolge ai servizi è di genere femminile; lo stesso avviene a Padova anche se, analizzando CSM e SPDC separatamente, emerge una maggioranza significativa di uomini che vengono ricoverati.

L'area di provenienza più rappresentativa è l'Europa dell'Est, seguita con percentuali variabili (a seconda dei contesti e delle annualità) dal Nordafrica, dall'Africa Occidentale, dai Paesi Balcanici e dall'America Latina.

Nell'analizzare le diagnosi maggiormente assegnate ai migranti occorre tener conto dei due diversi servizi e delle differenti annualità. A Padova la percentuale cumulativa tra CSM e SPDC fa emergere una predominanza, nel 2008, di disturbi psicotici, seguiti da disturbi dell'umore e disturbi d'ansia. Tali percentuali in realtà sono molto diverse a seconda dei servizi: al CSM il disturbo maggiore è quello dell'umore, seguito dai disturbi d'ansia, mentre all'SPDC c'è una predominanza di disturbi psicotici seguiti dai disturbi dell'umore. Nel 2009 la percentuale cumulativa maggiore è sui disturbi dell'umore, ma mentre rimane tale al CSM, risulta molto minore all'SPDC dove predominante è la diagnosi di disturbi psicotici.

A Camposampiero, nel 2008 la diagnosi prevalente è di disturbi d'ansia, seguita dai disturbi dell'adattamento e dai disturbi psicotici. Nel 2009 la diagnosi più rappresentata è quella dei disturbi dell'umore, seguita dai disturbi d'ansia e dai disturbi dell'adattamento. Nel 2010 la diagnosi maggiormente presente è quella dei disturbi dell'umore, seguita dai disturbi dell'adattamento e, con le stesse percentuali, disturbi d'ansia e disturbi psicotici. Nel 2011 si

---

<sup>50</sup> Tali risultati sono desunti dall'incrocio dei dati dall'anagrafe sanitaria dell'ULSS 15 (distretto 1, Camposampiero) con quelli del *data base* in uso al CSM.

<sup>51</sup> L'affluenza "urgente" si riferisce a tre casistiche: l'arrivo al servizio tramite il pronto soccorso, la richiesta di consulenza da parte di un reparto ospedaliero, o la richiesta di visita indicata come urgente dal medico di medicina generale. È evidente che sono situazioni molto diverse, averle considerate sotto la stessa tipologia può avere generato un aumento delle situazioni

assiste a una predominanza dei disturbi d'ansia, seguita dai disturbi dell'umore e dai disturbi correlati ad alcool e a sostanze stupefacenti.

Non è possibile pertanto affermare, come talune ricerche provano a fare, che esiste una correlazione tra lo stato di migrante e una particolare diagnosi psichiatrica; è vero che spesso si assiste al binomio “migranti dei Paesi dell'est – disturbi dell'umore” e “paesi del centro Africa – disturbi dell'area psicotica”: sarebbe utile capire se tale correlazione sia legata, più che a una predisposizione genetica, a una modalità di accoglienza e gestione delle differenze che spesso accentua alcuni elementi a scapito di una valutazione generale e completa.

La questione della valutazione il più possibile comprensiva di tutte le dimensioni della persona e delle manifestazioni della sua sofferenza verrà compiutamente affrontata nei capitoli che seguono, nei quali verrà dato conto delle difficoltà e delle sfide a cui la psichiatria è chiamata; qui interessa dedicare un breve spazio a uno strumento che potrebbe essere utile in una prima fase di accesso dei migranti, si tratta del servizio di mediazione culturale. L'intervento si prefigura con la presenza, durante i colloqui psichiatrici, di una persona “culturalmente competente”. Tale servizio, che a Camposampiero è stato appaltato a una cooperativa sociale (e che non ho mai visto utilizzato in nessuna visita psichiatrica) prevede la presenza di un mediatore che funga sia da traduttore che da esperto della cultura di origine, in grado di svelare i non detti, le comunicazioni implicite: si tratta di una sorta di facilitatore della relazione e dell'avvio del rapporto terapeutico. In realtà molto spesso il suo ruolo si riduce a quello di semplice traduttore, tanto che gli operatori piuttosto che coinvolgere una persona estranea preferiscono chiedere l'aiuto di qualche familiare che meglio si destreggia con l'italiano. Gli aspetti di criticità di tale servizio sono diversi; in primo luogo non è possibile disporre di tutti i paesi di provenienza dei migranti, con il risultato (paradossale) che spesso si associa a uno straniero un mediatore che parla la sua lingua, ma che non appartiene allo stesso paese: è il caso ad esempio del coinvolgimento di un mediatore indiano per un migrante nigeriano, considerata la comune lingua inglese! Inoltre, in quei casi in cui si riesca a intercettare la persona appartenente al contesto di origine, conoscitore



anche dei dialetti locali, non è detto conosca la miriade di dialetti che popolano un paese, rendendo così il suo intervento non così utile.

In terzo luogo, il mediatore potrebbe appartenere alla comunità di migranti a cui fa riferimento anche la persona/paziente, e che condivide spazi e occasioni di ritrovi nel paese ospitante, con il rischio che la situazione di malattia venga divulgata all'interno di un gruppo che altrimenti non avrebbe saputo di questo stato.

Infine, la conoscenza pregressa tra mediatore e migrante può fungere da intoppo alla relazione perché può far entrare nel contesto terapeutico dinamiche e aspetti che sono esterni e estranei alla situazione in corso.

## **3.2. Le motivazioni e le modalità di accesso al centro di salute mentale**

### *3.2.1. Il (falso) mito dell'urgenza: come cambia nel tempo l'accesso ai servizi*

*"E' qui che comincia "socialmente" la carriera del paziente, e ciò prescindendo dal momento in cui può collocarsi l'inizio psicologico della sua malattia mentale".*

(Goffman, 2003)

Secondo molte ricerche (vedi cap. 1) l'accesso dei migranti avviene secondo modalità definite improprie, in cui predominante è l'accesso tramite il canale dell'urgenza.<sup>51</sup> Dall'analisi delle cartelle di Camposampiero, invece, questa caratteristica non è così presente, o perlomeno non in maniera così evidente e stabile. Nell'anno 2008 gli accessi urgenti si attestavano al 40%, nel 2009 la percentuale saliva al 55% per salire ancora nel 2010 al 57%, mentre nell'anno 2011 calava di molto, arrivando al 38%: il canale dell'urgenza è utilizzato principalmente da chi presenta un disturbo d'ansia e

---

<sup>51</sup> L'affluenza "urgente" si riferisce a tre casistiche: l'arrivo al servizio tramite il pronto soccorso, la richiesta di consulenza da parte di un reparto ospedaliero, o la richiesta di visita indicata come urgente dal medico di medicina generale. È evidente che sono situazioni molto diverse, averle considerate sotto la stessa tipologia può avere generato un aumento delle situazioni incluse.

dell'adattamento, e in misura maggiore (quando non totale) in caso di disturbi psicotici.

*“L'ansia, paradossalmente è uno dei disturbi più, no cretini, insomma, chi è ansioso è molto sofferente, però oggettivamente, clinicamente è un disturbo lieve, basterebbe sapere cosa dargli, dirgli di aspettare e dargli due indicazioni... finiscono tutti in pronto soccorso, è un classico perché **chi c'ha l'ansia glie pare de mori**<sup>52</sup>! Il depresso no, che è più grave come disturbo, clinicamente, ha una clinica oggettiva più intensa, però passa attraverso il medico di base perché va dal medico di base dice sto male, da un mese, qua e là, il medico di base dice è meglio se vai all'ULSS, quindi più o meno è così, poi l'eccitamento, la psicosi acuta, quella va direttamente.. di solito va in pronto soccorso.”*

(Intervista FB, medico)

La percentuale maggiore di “casi urgenti” negli anni 2009 e 2010 corrisponde anche al periodo di maggior affluenza dei migranti al servizio, attestatosi su 63 e 66 unità, numero poi calato a 55 nell'anno 2011.

La percezione dei sanitari rispetto alle modalità di accesso dei migranti al servizio è molto differente, a seconda del ruolo professionale ricoperto.

Per i medici psichiatri lo stile di avvicinamento al servizio risulta adeguato, essendo molto in linea con una migrazione stabile e più socializzata alle regole dei servizi sanitari.

*“Secondo me arrivano più con i canali normali ormai, sai, perché anche i medici di base, guarda appunto, parliamo dei regolari, naturalmente, insomma che adesso hanno tutti il medico di base e sanno... io li ho visti abbastanza capaci di muoversi, nel senso che sanno come è organizzato l'ospedale e quando arrivano qua, quindi sono abbastanza capaci, son rari secondo me, sai, quelli che arrivano in situazioni di urgenza”.*

(Intervista AC, medico)

Talvolta questa socializzazione si spinge oltre, arrivando a varcare le soglie di un senso di “gratitudine” nei confronti dei servizi.

*“Ma prima, penso che arrivassero solo le forme più gravi, quelle da*

---

<sup>52</sup> Una migrante intervistata conferma: “questi attacchi di panico cioè che...ti sembrava di morire, mi sembrava di morire, cioè quanto cominciavano erano così forti così che mi mancava l'aria, che cominciavo a tremare tutta, che avevo freddo, e sentivo di svenire tipo di morire” (Tamara)

*pronto soccorso, adesso non è così, cioè, sono persone che hanno un medico di base, che vanno, che il medico di base li invia, che arrivano, quindi e poi soprattutto, dico sempre per questo gruppo, che metto tutti insieme, sono persone che amano stare in Italia, cioè apprezzano il nostro paese, che ci credono, quindi, sì non, mi è capitato solo una volta con un nordafricano che avesse, che ce l'aveva a morte con l'Italia, con, che insultava eccetera, ma di solito invece anche queste pazienti sono sempre grate del servizio”.*

(Intervista GB, medico)

Altri si soffermano sulla correlazione patologia-canale di accesso, svincolando l'idea che solitamente fa coincidere l'accesso dei migranti con la modalità di accesso urgente, quasi come fosse una caratteristica intrinseca legata alle differenze culturali.

*“Sì, i pazienti che arrivano col medico di base sono rumeni. Pazienti che arrivano in urgenza, sono quelli o dall'uso di sostanza, o le cose improvvise, o scompenso psicotico con esordio, ma allora lì non c'entra l'etnia”.*

(Intervista SC, medico)

Sulla rappresentazione della modalità di accesso ai servizi pesano, evidentemente, gli incarichi assegnati agli operatori e quindi chi avrà la responsabilità delle consulenze tenderà a evidenziare l'aspetto dell'urgenza come predominante.

*“Secondo me vengono più in urgenza, questa è la mia sensazione, però, può darsi che mi sbagli, forse perché quelli che ho visti io li ho visti in urgenza, non avendo...uhm, però secondo me sono più...in pronto soccorso io ne ho visti, in pronto soccorso io ne ho visti più, ecco, mettiamo in pronto soccorso di sera è molto spesso un paziente straniero, più che italiano”.*

(Intervista RR, medico)

L'arrivo all'ambulatorio è spesso mediato da altri nodi della rete dei servizi socio-sanitari, il cui intervento evita spesso il presentarsi di situazioni gravi più in là nel tempo, che arriverebbero poi in urgenza.

*“In urgenza uomini, in visita le donne che le dicevo, quelle mi arrivano col medico, perché siccome queste donne fanno le badanti, ci sono i medici di base che magari passano perché sono donne allettate, a un*

*certo punto vedono queste, e le inviano, capito?”*

*(Ibidem)*

Per gli infermieri invece la capacità di muoversi in maniera pertinente nel mondo dei servizi non è riconosciuta:

*“Allora, quasi sempre nel caso degli stranieri vengono in urgenza, naturalmente, ecco perché raramente giungono a noi persone che fanno il percorso normale di tutte le altre persone, cioè segnalate dal medico di base, raramente, c'è stato qualche caso, ecco raramente, allora il medico di base che magari le conosce un po', sono persone di solito integrate, eccetera, ecco, allora quelle fanno il percorso normale; nel caso invece della persona che..il più delle volte.. “*

*[Ricercatore: tu dici che la maggior parte è urgente, arriva con urgenza, vuol dire in reparto, o tramite una consulenza?]*

*“Una consulenza, quasi sempre, o che arriva in pronto soccorso perché non sanno spiegare...stanno male però non so, i connazionali, quelli che lavorano insieme, eccetera, vedono comportamenti strani, e perciò insomma fanno la segnalazione, lo portano al pronto soccorso, eccetera, e là parte la consulenza e intanto parla il medico, e poi dopo quando si rivolgono a noi, allora, e allora noi...insomma in prima battuta è difficile che noi facciamo un primo..contatto...perché i primi contatti con gli stranieri li facciamo solo nel caso in cui siano persone già integrate”.*

*(Intervista CC, infermiera)*

Nell'analizzare le modalità di affluenza dei migranti occorre tener conto della rappresentazione che questi hanno nei confronti dei servizi, percezioni che spesso derivano da esperienze più o meno dirette nei confronti dei servizi psichiatrici nel paese di origine, o da ciò che questi servizi evocano. È importante considerare che nell'accedere ai servizi la persona si presenta con un bagaglio di informazioni e rappresentazioni, talvolta difficili da scardinare, che condizionano in qualche modo la relazione terapeutica nel suo complesso, dalla definizione della malattia all'assunzione dei farmaci, dal riconoscimento dello psichiatra al progetto di cura. Anche la considerazione di questo aspetto potrebbe risultare utile alla buona riuscita del percorso terapeutico, contribuendo a delineare un quadro della persona che si rivolge al servizio che non è fatto solo dal suo “qui-ed-ora” ma dal suo “prima” (storia e progetto migratorio, esperienze personali o mediate di rapporto coi servizi, percezione del paese ospitante e dei servizi italiani...) e dal suo “dopo” (progetto migratorio

futuro, relazione con persone rimaste nel paese d'origine, questione delle seconde generazioni...]).

*“Io anche prima di prendere l'interferone mi rendevo conto che non stavo tanto bene e gli ho detto al mio dottore di base che avevo la depressione, non mi credeva, però dopo sono finita qua.  
[I migranti] non vengono perché è come una.. come dire, un.. intanto una **vergogna**... di avere un certo.. perché venire da uno psichiatra, per i rumeni più che altro, significa essere matto, invece non è vero! Quindi non accettano questo tipo di cure, come in Romania! Per vergogna e anche per...come dire, quando uno ha un.. non mi viene la parola.. Perplexità! Perplexità che magari il medico gli può sbagliare la terapia.. hanno questa perplexità che la portano dentro dalla Romania, che sanno che uno appena.. perché da noi ci sono i manicomi...e come uno va dentro diventa sempre più matto perché succede così! Se uno viene visitato una volta al mese è normale che li sbagliano la terapia, li sbagliano tutto. E da un mezzo malato diventa pazzo sul serio! Quindi questo è, questo è il problema! **Poca fiducia** negli psichiatri!”*

(Intervista Vasilica)

### 3.2.2. Chi arriva “se lo può permettere”

Dalle voci degli operatori emerge che il migrante che arriva a un centro di salute mentale in maniera volontaria e consapevole “se lo immagina”, si aspetta qualcosa, è disposto ad accettare le proposte terapeutiche. In questo modo, essi dicono, non è necessario dedicare una parte del primo colloquio a esplicitare procedure e a far emergere il *dato per scontato*. In tali contesti il sottinteso riguarda i percorsi di cura e le azioni pratiche, quali ad esempio: come prenotare una visita, come disdirla, quali numeri chiamare, come assumere la terapia, quando avvisare il medico su eventuali problemi intercorsi dopo l'assunzione della terapia, etc. Appare chiaro come queste prassi richiedano un accompagnamento spesso svolto dal medico di medicina generale, altre volte dall'infermiere dell'ambulatorio, altre volte dalla rete parentale e amicale.

L'arrivo a un centro di salute mentale significa, parafrasando la citazione che segue, che la persona accetta poi di entrare nella proposta terapeutica

“senza opporre resistenza”, e in maniera abbastanza naturale, quasi fosse una tappa del percorso d’integrazione nel nuovo paese.

*“Chi vive in questo nostro tessuto comunitario alla fine ci può pensare, perché prima di venire a fare una visita qua tu devi pensare che puoi farla, no, come tutte le cose nostre, vuoi dire che accetta automaticamente la risposta, poi in qualche maniera insomma accetta, si fida abbastanza di quello che gli dici, poi la rielabora secondo vissuti personali suoi, culturali, non deliranti, chiaramente, però la rielabora”.*

(Intervista FB, medico)

Sono numerose inoltre le persone che conoscono i servizi “dall’altra parte”, perché infermieri, operatori OSS, comunque personale destinato alla cura: nel loro percorso formativo acquistano dimestichezza con l’ambiente medico e infermieristico, e si avvicinano con discreta naturalezza e consapevolezza ai servizi sanitari di salute mentale.

Si sono raccolte voci di persone che si rivolgono ai servizi perché consigliate dalla rete amicale o parentale che gioca in questo un ruolo molto importante di legittimazione e rassicurazione. Si assiste per qualcuno inoltre a una socializzazione nei confronti dei servizi operata dalla rete informale e da chi prima di lui è entrato in contatto con questi, una socializzazione che anticipa aspettative e ruoli di operatori e dei diversi servizi di cura.

*“E lei ha cominciato a spiegarmi di questo Centro Mentale, di andare, chiedere aiuto là, perché se non vado da nessuna parte non mi cambiano la terapia o quello che ho, non faccio niente. Perché non dormivo di notte, ero molto agitata anche di notte, non riuscivo proprio, avevo proprio... sentivo delle voci proprio. Faccio: "Oddio, divento matta adesso?" e lei mi ha detto: "Vai dal tuo medico, chiedigli questa cosa qua, se lui non te la da, chiedilo te!". Infatti vado da lui e l’ho chiesto. Fa: "Ma fino adesso non ti ha seguito nessuno?". "Sono stata casa a non dire niente”.*

(Intervista Ludmila)

Per quanto si è potuto osservare nel servizio di Camposampiero, la domanda di accesso appare pertanto congrua e opportuna. Le persone incontrate durante l’anno di osservazione erano particolarmente esperte delle modalità di fruizione di servizi e sapevano muoversi in maniera competente

attraverso le varie fasi, dal contatto con l'infermiere alla relazione terapeutica con lo psichiatra. Si potrebbe ribattere che le visite alle quali si è preso parte riguardavano persone arrivate tramite i canali consueti, non urgenti, e fotografano così un quadro parziale in cui viene sovrastimata la socializzazione dei migranti alle regole dei servizi. In realtà anche quelle persone che ho incontrato durante le visite e che avevano avuto un primo contatto con un servizio di emergenza (soprattutto il pronto soccorso) erano mosse non da incompetenza su come funzionano i servizi, ma per una sofferenza e un dolore talmente forti (e ascrivibili spesso a sintomi corporei) non procrastinabili e che richiedevano una risposta in tempi molto rapidi.

L'accesso ai servizi, quando è volontario e relativo alla sfera delle scelte personali, attiene il più delle volte alla necessità di trovare la soluzione a una condizione insostenibile, ritenuta invivibile, che non permette di svolgere in maniera serena ed equilibrata gli atti comuni della vita quotidiana: "Una vera amica, che mi ha detto arriverai ad un momento che non riuscirai mai, più a gestirti da sola, se arrivi in quel punto là devi essere pronta anche a chiedere aiuto, quindi ho pensato e ripensato ho detto beh basta non ce la faccio più da sola"(Intervista Ludmila).

Si chiede un appuntamento con l'aspettativa di "guarire", per tornare a ripristinare lo stato di salute precedente a un certo episodio, e riprendere in mano le fila del proprio progetto migratorio, che appare interrotto, sospeso. La situazione di fatica, malessere, sofferenza, spesso non è solo personale ma coinvolge l'intero sistema familiare, nonostante le distanze. Queste, che diventano lontananza e allentamento della frequentazione, oltre ad essere fonti di disagio, possono rappresentare un importante punto di riferimento anche per la malattia e la sua cura, in un transnazionalismo agito su più fronti (a tal proposito si veda il par. 6.4).

*"Come io adesso a 32 anni, mi sono proprio spaventata da morire, sono arrivata a questo punto di venire al centro di salute mentale per me è una cosa...è pesante, molto pesante per me, mi sono messa questo male, se ero in Romania arrivavo mica a questo punto...un altro modo di vivere, forse anche la lontananza, perché li vedo una volta all'anno, i parenti, c'è un legame molto forte quando ci succede qualcosa*

*sentiamo subito, proprio si sente, la mia mamma quando io sono stata male mi ha chiamato, e ha detto: qualcosa ti succede, perché io non sto mica bene.”*

(Intervista Adina)

### 3.2.3. Vestire i panni del paziente

L'inizio della carriera del paziente procede con la richiesta, talvolta da parte degli operatori, talvolta del contesto (familiare, socio-lavorativo...), talaltra della persona stessa, di *vestire* questo nuovo ruolo.

Lo status di paziente si completa di regole non scritte, di consuetudini nella pratica e dettate dall'esperienza, dall'osservazione di altre pratiche, e dal passaggio d'informazioni ad opera di persone della rete parentale e amicale. Goffman descrive in maniera molto dettagliata ed efficace il percorso della “carriera morale del malato mentale” e pur non potendosi effettuare in questa sede una precisa analogia tra i due ambiti (l'ospedale nel caso di Asylum e l'ambulatorio nel caso della ricerca), si sottolineano gli elementi che sono utili anche alla presente analisi.

Goffman affermava che

*“La categoria dei «malati mentali» è qui intesa in senso strettamente sociologico. In questa prospettiva la valutazione psichiatrica di una persona assume significato solo nel momento in cui essa ne alteri il destino sociale - alterazione che diventa fondamentale nella nostra società quando, e soltanto quando, la persona viene immessa nel processo di ospedalizzazione”.*

(Goffman, 2003)

Ossia, solo all'interno di un processo di ospedalizzazione può essere evidente l'alterazione del “destino sociale” del soggetto tale da essere oggetto di analisi sociologica. Non solo: quest'indagine intende affermare che una variazione di tale destino ossia del proprio sé, delle prospettive future e dei processi a queste legati, è rintracciabile anche nel momento dell'ingresso, della presa in carico e della cura in un ambulatorio quale il centro di salute mentale, pur con le sue differenze e particolarità rispetto al contesto ospedaliero.



L'assunzione di un nuovo ruolo richiede del tempo perché trovi spazio e collocazione nella propria biografia, tale da poter parlare di continuità narrativa (Crespi, 2004; Ricœur 1991) e tale che permetta una unità narrativa del proprio "Io" (Taylor, 1993; Mead, 2010).

Di particolare rilevanza la fase di avvicinamento a una struttura di cure: Goffman individua in tre attori (con ruoli talvolta sovrapposti) i responsabili del ricovero e della costruzione dell'immagine e della carriera del malato mentale, essi sono "la persona di fiducia" (*next-of-relation*), "l'accusatore" e "i mediatori". Il primo tipo è il soggetto più vicino e accessibile al malato, con il quale ha instaurato una relazione di fiducia: questa viene solitamente tradita e rinegoziata all'ingresso della struttura ospedaliera. L'accusatore è colui che ha mosso l'azione per promuovere il ricovero, mentre i mediatori sono rappresentati da professionisti del mondo dei servizi socio-sanitari e delle istituzioni di controllo (polizia, tribunale..) che decidono o convincono per l'ingresso nella struttura di cura.

In un servizio di salute quale il CSM, le persone che concorrono all'ingresso della persona sono raggruppabili in 2 macrocategorie: la rete dei servizi socio-sanitari (il medico di medicina generale e dell'ospedale, i servizi territoriali quali il consultorio familiare, la neuropsichiatria infantile...) e la rete informale o familiare, preoccupata per un atteggiamento "strano" e ingestibile, della persona. Difficile tracciare un'identificazione tra gli attori delineati da Goffman e le categorie così composte: talvolta infatti il medico di base è la persona di fiducia, mentre l'amico può rivestire i panni dell'accusatore, e viceversa, affermando quindi che non è il ruolo in sé a definire le azioni degli attori, quanto la rappresentazione che la malattia mentale evoca in quel momento .

Rispetto al tema dell'assunzione del ruolo di paziente, occorre menzionare il caso in cui l'operazione del "vestire" nuovi panni risulti più complessa se la persona lavora come operatore della salute (infermiere, assistente socio-sanitario...) e viva solitamente "dall'altra parte" il rapporto con i servizi e con il paziente. Questo giocare in equilibrio tra due ruoli opposti

richiede (e produce) una modificazione del proprio sé, come ci suggerisce l'esperienza di Cristina qui sotto riportata.

*[Ricercatore: Che idea aveva del servizio? Cosa si aspettava?]*

*“Come le ho detto prima, un discorso è di fare l’infermiera, e di avere il paziente davanti, e un altro, tutto tutto diverso quando sei proprio nei panni del paziente, penso, cioè più difficile di lavorare in quest’area perché se lavori in una ditta lavori, ti fai il tuo lavoro quando sei in ospedale ti prendi come viene, però lavorando cioè devi cambiare proprio i panni, [...]...ho dovuto proprio cambiare cambiarmi perché, grazie a Dio finora non ho mai avuto problemi di salute, [...] quindi.. è stata la mia prima esperienza qua quand’ero incinta, quindi ho proprio dovuto prendere tutto da capo mi è, proprio, cioè mi sono dovuta abituarmi a una, a un’altra Cristina. E... comunque è stata una bella esperienza”.*

(Intervista Cristina)

### 3.2.4. L'accoglienza

Ma come arrivano i migranti al servizio e con che modalità prosegue il rapporto terapeutico? Nelle tabelle seguenti sono indicate alcune risposte, che offrono le cornici per leggere più compiutamente il fenomeno.

Le possibilità d'invio a un servizio quale il CSM sono molteplici e possono ricondursi alle seguenti possibilità:

- (a) accesso diretto (si presenta la persona direttamente e senza un'impegnativa del medico di medicina generale);
- (b) tramite il pronto soccorso, con l'accompagnamento di familiari o amici;
- (c) tramite l'invio del medico di medicina generale (MMG), della Guardia Medica (servizio di continuità delle cure notturne e festive), della forza pubblica e di altri luoghi di ricovero (sotto forma di richiesta di consulenza allo psichiatra).

Nell'analisi della ricerca tali diverse possibilità sono state associate facendo emergere due modalità: l'invio tramite il canale del medico di medicina generale (che comprende anche gli invii diretti, che sono una percentuale ridottissima) e l'invio tramite i canali dell'ospedale, comprendendo in questi sia

l'accesso tramite il pronto soccorso che la richiesta di consulenza tramite altri luoghi di ricovero ospedaliero. Il carattere di urgenza, come si vedrà, non appartiene solo al canale di accesso “ospedale” ma può essere presente anche nel caso la persona si presenti con l'impegnativa del medico di base, il quale ha facoltà di indicare l'urgenza della prestazione (breve o differibile) secondo i seguenti standard definiti dalla Regione Veneto<sup>53</sup>.

### Tabella prestazioni

<b>U = urgente</b>	Accesso diretto al <b>Pronto Soccorso</b> , secondo le modalità del triage, entro 24 ore
<b>B = breve</b>	Attesa breve. Da eseguirsi entro <b>10 giorni</b>
<b>D = differibile</b>	Da eseguirsi entro <b>30 giorni</b> per le visite e <b>60 giorni</b> per le prestazioni strumentali.
<b>P = programmabile</b>	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro <b>180 giorni</b> .

Tabella 1. Fonte: <http://www.sanita.padova.it/servizi-on-line/.13>

È chiaro che una prestazione da effettuarsi entro 24 ore non ha la stessa gravità di quella da effettuarsi entro 10 o 30 gg, è però indice di una situazione di un certo rilievo, e nella presente analisi vengono associate e considerate tutte come “urgenti”, con il rischio consapevole di una sovrastima dell'urgenza<sup>54</sup>.

La “presa in carico” indica l'esito del contatto ossia la valutazione di pertinenza del problema psichiatrico da parte del medico terapeuta e la volontà di accettare la proposta terapeutica da parte della persona.

Per “chiusura del caso” s'intende la fine della relazione terapeutica, dovuta sia alla conclusione del disturbo (o della fase acuta del disturbo) sia alla sospensione del trattamento da parte della persona: infatti si distingue in concordata o non concordata (altrimenti detta *drop out*). L'indice di accordo nella chiusura del caso è un punto di studio molto importante perché può

<sup>53</sup> Allegato A alla DGR 863 del 21 giugno 2011

<sup>54</sup> È da considerare inoltre che nel *data base* molte volte era indicata solo la dicitura “urgente” senza specificare se trattasi di classe U, B o D, con la difficoltà di scorporare i dati.

evidenziare le modalità di rapporto delle persone con i servizi, la fiducia nelle possibilità di cura, la costanza nel proseguire il trattamento anche in assenza di sintomi tipici della fase acuta. I migranti vengono prevalentemente descritti, dalla letteratura e dalle parole degli operatori, come scostanti nell'assunzione della terapia, e molto inclini a chiudere il rapporto senza averlo concordato con il terapeuta.

Entrando nel dettaglio del trend dell'affluenza dei migranti si analizzano, nelle annualità 2008/2011, il canale dell'invio, l'urgenza della prestazione, la presa in carico, la chiusura del caso e l'accordo sulla chiusura stessa. (Occorre tenere presente che nel 2008 l'utilizzo del *data base* era poco utilizzato e i dati inseriti erano molto esigui, soprattutto sul versante "inviante" con il risultato che nella tabella sono indicati solo quelli che si sono potuti ricostruire a posteriori).

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>INVIANTE</b>	26% OSPEDALE 4% MMG <sup>55</sup> 70% non noto	32% OSPEDALE 24% MMG 44% non noto	53% OSPEDALE 30% MMG 17% non noto	40% OSPEDALE 42% MMG 18% non noto
<b>URGENZA</b>	40%	55%	57%	38%
<b>PRESA IN CARICO</b>	74%	75%	77%	71%
<b>CHIUSURA DEL CASO</b>	80%	36%	62%	36%
<b>CONCORDATA</b>	60%	65%	49%	88%

Tabella 2: trend dell'affluenza dei migranti anni 2008/2011

Alcuni commenti a tali dati:

- Nell'anno 2008 la raccolta dei dati è stata fatta attingendo al data base all'epoca ancora poco utilizzato, col risultato che i dati raccolti sono molto limitati e non rappresentativi della situazione totale.
- Nonostante negli anni 2008/2010 si assiste a un significativo aumento del soggetto inviante "ospedale", in quegli stessi anni si può notare un

<sup>55</sup> MMG è la sigla che indica i medici di medicina generale.

incremento del ruolo del medico di medicina generale, che diventa predominante nel 2011.

- La percentuale sui soggetti invianti si riflette sulle modalità di arrivo in urgenza o meno: come evidenziato al punto precedente, il trend di ascesa di percentuali significative sul fronte dell'accesso con urgenza non corrisponde agli stessi valori nell'anno 2011.
- L'accesso agli ambulatori possiede caratteristiche di adeguatezza che portano a una successiva presa in carico da parte del CSM; questo dato, in aumento nei primi tre anni considerati, vede un calo nel 2011, anche se di pochi punti percentuali.
- Se la presa in carico coinvolge la maggior parte dei migranti intercettati, occorre capire se questa continui nel tempo per valutare la sua efficacia rispetto alle necessità dei soggetti, e l'aderenza dei soggetti alle proposte terapeutiche dell'ambulatorio. Nel 2008 la percentuale di chiusura del rapporto terapeutico avviene nell'80% dei casi ed è concordata in poco più della metà: il 40% infatti esce dal rapporto senza averlo concordato, il cd. *drop out*. Nell'anno successivo, il 2009, tale fenomeno subisce un'inversione di tendenza: la chiusura del caso avviene solo nel 36%, e più della metà risulta non concordata. Nel 2010 si assiste a un nuovo cambio di rotta: il rapporto s'interrompe per il 62% dei nuovi accessi e cala la percentuale che si accorda per la conclusione del trattamento. Nel 2011 la fine della presa in carico riguarda poche persone, il 36%, e quando questa avviene la percentuale di chiusure concordate si attesta su valori molto alti, l'88%. Questo dato però potrebbe aver risentito della raccolta avvenuta nel 2012, in un tempo relativamente vicino al dato analizzato, dove l'adesione dei migranti era ancora alta essendo trascorso poco tempo dalle prime visite.

Nel corso dell'anno 2011, durante il quale ho potuto effettuare l'osservazione delle prime visite e la raccolta delle interviste biografiche, gli arrivi più consistenti sono stati successivi ad un contatto col medico di medicina generale, nodo prezioso nella rete dei servizi socio-sanitari, sul quale sarebbe opportuno concentrare le ricerche future su questi temi.

Nella tabella seguente sono indicate le persone di cui ho osservato la prima visita: sono 21 (su 55) e rappresentano il 38% del totale delle prime visite nell'anno. Tale dato, che non è rappresentativo del totale, deriva dall'impossibilità di essere avvertita in tempo rispetto alle visite programmate, sia in termini di scarso preavviso, sia in termini di visita "urgente", che in termini di elevato sovraccarico degli infermieri, operatori a cui era stato dato il compito di contattarmi per segnalare la prima visita. Inoltre, una diversa indicazione di cosa significasse "prima visita" mi ha portato ad assistere a tre visite che in realtà erano riaperture del caso già viste in anni precedenti (per un totale di 24 visite osservate). Quattro visite non sono state effettuate perché la persona non si è presentata, e una effettuata dal medico in mia assenza, nonostante fossi in ambulatorio, per una mancata comprensione della ricerca e della mia presenza.

NOME	GENERE	PAESE di prov.	INVIANTE	MOTIVO INVIO	URGENTE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	CONCLUSO
Bledina	F	Albania	MMG	disturbi somatici	no	disturbi dell'umore	sì	no
Dorina	F	Albania	MMG	disturbi psichici	no	disturbi di personalità	sì	no
Dragan	M	Bosnia	MMG	disturbi somatici	no	disturbi dell'umore	sì	no
Carmen	F	Colombia	MMG	condotte	sì	disturbi dell'adattamento	sì	sì
Grace	F	Colombia	MMG	disturbi psichici	no	disturbi dell'umore	sì	no
Fatima	F	Marocco	MMG	disturbi psichici e somatici	no	disturbi somatoformi	no	sì
Karima	F	Marocco	MMG	conflitti ambientali	no	altre condizioni cliniche	no	sì
Cristina	F	Romania	MMG	disturbi psichici	no	disturbi dell'umore	no	sì
Ludmila	F	Romania	PS e poi MMG	disturbi psichici	sì	disturbi dell'umore	sì	no
Aneta	F	Romania	psichiatra privato	disturbi psichici	no	disturbi d'ansia	sì	no
Costel	M	Romania	MMG	disturbi psichici	no	disturbi dell'umore	sì	no
Corina	F	Romania	familiare	disturbi psichici e somatici	no	disturbi dell'adattamento	sì	no

Lena	F	Romania	PS	disturbi psichici	sì	disturbi d'ansia	sì	no
Larisa	F	Romania	specialista	disturbi somatici	no	disturbi dell'adattamento	sì	no
Suzana	F	Romania	MMG	disturbi somatici	no	disturbi dell'umore	no	sì
Damian	M	Romania	MMG	conflitti ambientali	sì	disturbi d'ansia	sì	no
Angela	F	Romania	MMG	disturbi psichici	no	disturbi dell'adattamento	sì	no
Mariela	F	Romania	MMG	disturbi psichici	no	disturbi dell'adattamento	sì	sì
Linda	F	Brasile	altro ambulatorio	disturbi somatici	no	disturbi dell'alimentazione	no	sì
Madhu	M	Bangladesh	MMG	disturbi psichici e condotte	no	disturbi correlati sost. stupefacenti	sì	no
Dijana	F	Macedonia	familiare	disturbi psichici	no	disturbi dell'umore	sì	no

**Tabella 3: Prime visite psichiatriche cui ho assistito.**

Le tre “prime visite per la riapertura del caso” riguardavano tre persone con un primo accesso nel 2009 e nel 2010: due migranti di genere maschile, e una femminile, tutti con un accesso urgente negli anni precedenti.

NOME	GENERE	PAESE di prov.	INVIANTE	MOTIVO INVIO	URGENTE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	CONCLUSO
Fisnik	M	Romania	ospedale - consulenza	disturbi psichici	sì	delirium	no	sì
Cosma	M	Albania	ospedale - consulenza	n.d.	sì	disturbi dell'adattamento	sì	sì
Carmen	F	Bolivia	pronto soccorso	disturbi psichici	sì	disturbi d'ansia	no	sì

**Tabella 4: Prime visite "per la riapertura del caso" cui ho assistito.**

Delle 21 prime visite alle quali ho assistito, solo 4 erano maschi con una predominanza femminile molto significativa. Tale dato riflette il totale dei primi accessi nell'anno 2011, che vedono il genere maschile attestarsi al 25,5% contro un 74,5% del genere femminile. Tale squilibrio è il più accentuato di tutti e quattro gli anni considerati.

	2008		2009		2010		2011	
MASCHI	22	44%	22	35%	28	42%	14	25%
FEMMINE	28	56%	41	65%	38	58%	41	75%
TOTALE	50	100%	63	100%	66	100%	55	100%

Tabella 5: Prime visite psichiatriche totali anni 2008/2011 divise per genere.

La fase di accoglienza in un centro di salute mentale avviene ad opera degli infermieri, i quali ricevono, personalmente o per telefono, la richiesta da parte di un soggetto, di un familiare o di un altro membro della rete dei servizi (nel caso di una consulenza), di effettuare una visita e una valutazione psichiatrica. La funzione degli infermieri assolve quindi a tre compiti:

- *Filtro*: gli infermieri valutano la congruità della domanda e possono proporre o indicare successivamente al medico la necessità del coinvolgimento di altre figure professionali presenti al CSM (ad esempio l'assistente sociale);
- *Mediazione*: svolgono un compito importante di mediazione di termini medici e farmacologici con l'utilizzo di un linguaggio più semplice e comprensibile;
- *Accoglienza vera e propria*: colloquio con una breve raccolta di alcuni dati personali e socio-familiari, e l'indicazione dei disturbi che motivano la richiesta di una visita psichiatrica. Avviene la compilazione di una scheda che viene allegata alla cartella della persona, questa funge da fotografia sintetica della situazione che il medico andrà poi ad approfondire in sede di colloquio psichiatrico.

La funzione di accoglienza è quella sulla quale i centri di salute mentale insistono maggiormente: l'interfaccia che questi propongono è il biglietto da visita dell'ospedale, una condizione che può disporre la persona, portatrice di una sofferenza psichica, a sentirsi ascoltata e compresa.

Il ruolo svolto in questa fase richiede quindi capacità di ascolto, empatia, conoscenza della rete dei servizi socio-sanitari e delle risorse del territorio, competenze infermieristiche in materia di malattia e farmaci, e un'adeguata capacità di lavorare in équipe multidisciplinari. Ciò che invece non viene ritenuto un requisito così fondamentale, e che nella presente ricerca emerge, è



la capacità di un approccio interculturale, una sensibilità a interrogare la persona anche rispetto al suo status di migrante, al suo percorso migratorio, e al progetto migratorio più vasto. Tale mancanza, che può essere riconducibile all'assenza di operatori "migranti" (o comunque al fatto che l'équipe non sia multi lingua), alla relativa novità del fenomeno migratorio in quelle aree, o ancora alla mancanza di formazione e sensibilità sul fenomeno (che si traduce ad esempio in una scheda di primo accoglimento priva di domande sugli aspetti della migrazione), evidenzia una modalità standardizzata di risposta ai bisogni di salute delle persone da parte dei servizi socio-sanitari pubblici.

Questo disinteresse, o indifferenza, nei confronti della storia migratoria della persona è un aspetto che verrà trattato nel paragrafo successivo.

### 3.3. Il focus sulla storia migratoria

*Quando mi metto a lavorare chiamo MM [infermiera] per una consulenza sulle provenienze dei pazienti nati ad esempio in Francia, con nomi e cognomi italiani. Lei non li conosce: è qui solo da metà 2009 (del gruppo di ricerca infatti non sa molto essendo entrata alla fine, conferma il fatto che sia "morto"). Sulle cartelle cartacee in uso non riusciamo a ricavare nessun dato significativo (c'è il diario che c'è in computer), e nulla viene appuntato sulla storia migratoria della persona, ne deduciamo che siano solo nate all'estero ma sempre cresciute in Italia, da genitori italiani. Ma è una nostra deduzione! Di persone con cartella chiusa non si riesce a sapere nulla perché sono già archiviate (!). MM risponde alle mie richieste con un senso di non saper rispondere, ossia è come se le mie domande, banali, mettessero in evidenza delle lacune e dei problemi che nessuno ha mai sollevato, tanto da affermare: "viene fuori che non appuntiamo niente del percorso migratorio di una persona, è un po' grave!".*

(Dal diario etnografico, 21 ottobre 2010)

L'attenzione per la storia migratoria, il percorso e il progetto a questa correlati, sono lasciati alla sensibilità dei singoli operatori e all'interesse delle diverse professionalità. Nel corso dell'indagine compiuta dal servizio nel 2006 e poi riproposta nel 2009 gli psichiatri erano "guidati"<sup>56</sup> nella valutazione da una

---

<sup>56</sup> "Era quello che avevamo cercato di fare quando abbiamo fatto quel progetto, no, di fare quella scheda che dovevano fare tutti in modo che tutti chiedessero le stesse cose, tipo il progetto migratorio, tipo la religione, tipo la conoscenza della lingua, cos'era successo... perché? perché c'eravamo accorti che appunto ognuno di noi raccoglieva l'anamnesi a modo suo, e non è così,

griglia che indagava aspetti quali la nazionalità o il paese di provenienza, la religione, la data di arrivo in Italia, le modalità di arrivo, il progetto migratorio su altri paesi (e se sì quali), i motivi della migrazione e la situazione giuridica (cittadinanza, status di rifugiato, permesso di soggiorno...). Inoltre analizzava la presenza di altri familiari in Italia e i precedenti psichiatrici nel paese di origine (sotto quale forma e con quali terapie). Questo consentiva l'ascolto della storia nei suoi aspetti multiformi e compositi, permettendo di ricostruire traiettorie, intenzioni, aspirazioni e difficoltà. Attualmente, come si diceva, questa attenzione alla storia della persona migrante viene lasciata alle singole sensibilità e ai diversi interessi; solitamente durante la prima visita occupa uno spazio marginale, è più probabile che emerga nel corso del tempo della relazione terapeutica, essendo l'obiettivo del primo colloquio particolarmente centrato sulle descrizioni della sofferenza e sulle modalità di cura.

Durante le interviste biografiche si è scelto di dedicare un ampio spazio al racconto della storia della persona nel suo paese di origine, partendo proprio dalla localizzazione geografica del luogo natale, e passando per infanzia, scolarità, rapporto coi genitori, scelta di migrare e di venire in Italia. Emerge un universo di percorsi migratori diversificati e molto intensi, nei quali l'Italia è solo l'ultima meta del viaggio o una tappa intermedia. La mobilità dei migranti incontrati è particolarmente significativa: ci sono persone intervistate che prima di arrivare in Italia sono passate per altri paesi, come Cecilia, dal Togo alla Costa d'Avorio e poi in Italia; Grace dalla Colombia alla Cina, poi dalla Colombia al Giappone, quindi nuovamente in Colombia e in Cile, poi di nuovo in Giappone, quindi a Roma e a Padova; Corina, dalla Romania alla Turchia e poi Italia. Per Dorina invece l'Italia rappresenta una tappa intermedia dall'Albania, perché il suo desiderio è raggiungere l'America.

La storia del percorso migratorio non è lineare e unidirezionale ed emerge quanto questa estrema mobilità sia caratterizzata dalle continue andate e ritorni: il paese d'origine risulta talvolta uno spazio dove ricaricare le energie per affrontare la nuova dimensione di emigrante, un "rifugio" (Intervista

---

*perché l'anamnesi di un migrante è diversa dall'anamnesi di un italiano, perché il progetto migratorio ti dice tutto". (Intervista RR, medico)*

Ludmila) in cui trovare ristoro e aiuto da parte della rete familiare, un luogo dove allentare le pressioni lavorative e i ritmi del paese ospitante, e uno spazio in cui curarsi, potendo rivolgersi ai medici usando la propria lingua d'origine (Intervista Suzana; intervista Magdalena).

Il progetto di rimanere in Italia talvolta appare un destino ineluttabile, non più una scelta temporanea come appariva all'inizio del trasferimento, ma una necessità, sulla quale si fonda il progetto di vita di un'intera famiglia, rimasta nel paese di origine:

[Ricercatore: *Lei quando è venuta qua in Italia, cosa pensava?*]

Intervistato: *“Cosa pensavo? Pensavo sto qualche mese, prendo un po' di soldi, vado a casa, pago debiti e...dopo faccio un'altra vita, a casa, però è stato così, ho pagato un po' di spese, un po' di debito, all'inizio, e dopo ho voluto prendere una macchina, e dopo siamo andati avanti così, e adesso c'è anche la mia figlia che spende, e devo stare ancora”.*

(Intervista Catiuca)

Nel corso delle interviste si è affrontato l'argomento del progetto migratorio indagando altri mondi possibili, ossia la questione di come sarebbe cambiata la propria vita se non avesse deciso di emigrare e, potendo tornare indietro, se avrebbe rifatto tale scelta. Appariva importante, a mio avviso, riuscire a proporre una riflessione sulla non-fissità del percorso in termini di ineluttabilità del destino, entrando nella narrazione dell'altro con un elemento di rottura del prevedibile e dell'immobile. Senza forzature, senza imposizioni, si esplorava insieme, talvolta più come un gioco, la capacità di reinterpretare la situazione, a indicare la mutabilità (e intenzionalità) del proprio futuro, e i mondi possibili in cui poter e voler vivere.

La maggior parte dei migranti rispondeva a queste sollecitazioni con ambivalenza, evidenziando elementi positivi e negativi dell'essere migrati, e l'impossibilità, spesso, di fare sintesi di questi aspetti. Una migrante che partecipa di questo sentire sull'essere *doppiamente appartenente* è Fatima, ragazza marocchina sposata con un italiano: quest'aspetto emerge in due occasioni, sia quando racconta delle cause che sottendono alla sua malattia, sia quando narra della problematicità

dell'appartenenza multipla nei figli, aspetto che non aveva considerato nel momento in cui ha deciso di migrare.

*“Dovessi ritornare indietro rimanevo in Marocco, non venivo in Italia. perché non è... come avevo detto anche con la psichiatra, non avevo preso in considerazione l'altra generazione, i figli. Adesso i miei figli vivono in due realtà, vivono nella società italiana, con tutto quello che ha, con l'essere musulmano, che hanno dei limiti. Allora, devono vivere nella società, che le persone non hanno limiti, con certi limiti. Devono fare lo sforzo, per essere musulmani nella società italiana. E non avevo preso in considerazione queste cose”.*

(Intervista Fatima)

La storia della migrazione s'intreccia e si sovrappone alla storia della malattia, e questo verrà largamente affrontato nei par. 4.1. e 4.2.

### **3.4. Gli stili relazionali**

Le modalità di relazione e incontro tra l'operatore e la soggettività migrante appartengono, secondo quanto osservato, a quattro tipi. I primi tre sono presenti anche nella categorizzazione proposta da Armezzani (2008: 111-122), mentre il quarto appartiene all'esperienza osservata durante la ricerca. Occorre precisare che la distinzione nelle quattro modalità di seguito dettagliate non è sempre apparsa così netta negli attori osservati, e alcuni operatori ne hanno utilizzato più d'una, alla ricerca forse di quella più adeguata a gestire le diverse situazioni.

Nel primo tipo troviamo le modalità relazionali di chi ritiene che non sia necessario modulare il proprio approccio in presenza del migrante: solitamente non si avverte nemmeno la necessità di approfondire la questione con occasioni formative, affermando che “le forme del soffrire sono uguali”, e che il trattamento è uguale per tutti. Si dichiara, ad esempio che

*“Le forme del soffrire sono uguali, insomma, alla fin fine, anche con pazienti italiani non è che certe volte stai lì a dilungarti su che cos'è un'ossessione, o una convulsione, insomma, hanno una sofferenza, poi il peggio sono coi disturbi di personalità che veramente spiegarli che cos'hanno è difficile pure per te, insomma cerchi, cerchi di dargli le*

*informazioni più corrette possibile, nel modo più facile che lui possa comprendere, che tu possa comprendere, che lei possa comprendere, il modo più facile possibile, quindi io non ho sentito grosse necessità”.*

(Intervista FB, medico)

*“In realtà ecco secondo me noi non abbiamo come un pensiero specifico sugli stranieri che ci arrivano, nel senso che sì, ho idea che tendiamo un pochino a trattarli come trattiamo gli italiani, per cui giochiamo un po' lo stesso tipo di risorse, e a un certo punto non so non c'è un, non si è pensato a un gruppo differenziato per stranieri, per etnie, o, nel senso che cerchiamo di inserirli nei gruppi terapeutici che abbiamo, e così, ma anche non so anche l'inserimento lavorativo, passa attraverso gli stessi canali....e....non so se sia appunto un bene o un male”.*

(Intervista AC, medico)

Si è di fronte a uno stile d'intervento definibile come “universalistico-egualitario” che per Armezzani si esprime con “l'affidamento incondizionato di un codice giusto da applicare in modo imparziale” (Armezzani, 2008: 116), la concezione della “neutralità” dell'operatore e la fiducia nell’“imparzialità” dei codici e degli strumenti diagnostici. Il rischio è dietro l'angolo: “una scelta etnocentrica si maschera così da universalismo sotto le vesti della *verità scientifica*”. (*Ibidem*)

Il fatto di considerare “patologie” aspetti che avrebbero dovuto essere riconsiderati e compresi in cornici di significato diverse da quelle usuali, può portare a formulare diagnosi più pesanti, come nella testimonianza che segue: “In realtà questa cosa secondo me a volte ci ha creato.. facendoci fare delle diagnosi forse più pesanti di quelle che erano in realtà, sì penso di sì, questo penso di sì, ma non ho dati per, cioè è una mia sensazione” (Intervista RR, medico).

Il secondo tipo appartiene alla modalità di relazione improntata alla benevolenza e indulgenza, con atteggiamenti in cui vengono privilegiati il “tu” bonario, un lessico che al di là delle buone intenzioni rischia di aumentare il divario e l'incomprensione, oltre che potenzialmente pericoloso perché acuisce sentimenti di inferiorità e dipendenza, allontanandosi dalla dinamica dell'intersoggettività e del riconoscimento reciproco.

*“Cerco di essere più gentile perché penso che non mi capisca bene...il pregiudizio al contrario, no? (ridendo). Lo stigma del fatto che “oddio, questo qua”...do già per scontato che non voglia più tornare, per cui ho paura che pensi che lo tratto male, per cui lo tratto meglio, quando invece dovrei trattarlo.. beh, ci metterò altri dieci anni, però lo tratto meglio!”.*

(Intervista SC, medico)

*“Secondo me forse il linguaggio è più semplice, è più terra terra secondo me...sì meno, approfondito, secondo me, perché non sai chi hai tanto dall'altra parte, primo colloquio, quindi, sì, io penso di tararmi su un livello più basso, più somatizzato, sicuramente, non so se per questo, se questa è una conseguenza di come si presenta la persona, se noi ci tariamo bassi per questo motivo...”.*

(Intervista GB, medico)

Il terzo tipo propone un approccio che tiene conto della diversità, presta attenzione all'appartenenza culturale, tollerando atteggiamenti e applicando relazioni terapeutiche più “flessibili”; nelle sue derive negative questa modalità può portare ad uno stile in cui prevale la retorica della diversità culturale, con il rischio di una culturalizzazione eccessiva della patologia:

*“Una certa quota di bizzarria nei sintomi, nel pensiero, viene tollerata negli stranieri, per essere considerata patologica, nel senso che l'africano che arriva qua e che mi dice che crede negli spiriti, insomma, sì, ho bisogno di avere altri sintomi per capire che sta delirando, nel senso che culturalmente so che c'è tutta una parte di sintomi che se me li dicesse un italiano, penserei che è uno schizofrenico, che rispetto a un africano, non penso, sì, per cui, no, tieni sempre presente un po' il riferimento culturale poi, di appartenenza. Nel senso che ho pazienti appunto che riportano alcune cose che sono proprio assolutamente culturali, non sono patologiche. Se me le portasse un italiano sì, le considererei patologiche”.*

(Intervista AC, medico)

*“Era difficilissimo fare una diagnosi perché i sintomi che loro portavano rispondevano ad altri parametri culturali, ad altri paradigmi culturali, per cui una voce, un'allucinazione come diremmo noi, non era necessariamente un'allucinazione, ma poteva essere un modo per dirci qualcos'altro, i famosi, no, quando dicono sento delle voci, di fantasmi, diavoli, i famosi diavoli”.*

(Intervista SB, medico)

Il quarto tipo si pone il problema della diversità, ma si muove su posizioni ambivalenti: riconosce la necessità di una formazione su questi temi, salvo

criticare i modelli formativi perché eccessivamente omogeneizzanti o generici; considera l'appartenenza culturale come elemento di comprensione della storia della persona, ma propone di uscire dai concetti di appartenenza e territorio, essendo ormai svuotati di senso.

*“Cioè, che cos'è un territorio di appartenenza? C'è qualcosa di più vecchio di “territorio di appartenenza”? Quando le persone sono migranti all'interno del territorio, allora se un paziente...io vedo Vigonza: allora a Vigonza ci vanno a vivere quelli che si comprano l'appartamento all'inizio, poi si trasferiscono a dieci chilometri, a Strà. Dico un paese delle zone che conosco ma potrei...ma potrei dire la stessa cosa di Padova.. Cambiano di dieci chilometri: devono cambiare medico di base, Ulss e sono costretti ad andare al CSM, quindi un discorso che è all'interno del CSM, che la Psichiatria si sta facendo da qualcun tempo, sempre di più...è 'sta rigidità della presa in carico territoriale...”.*

(Intervista SB, medico)

*“Però in realtà sono i pazienti che devono, cioè.. devono immaginare che staranno qui con noi per molto tempo, da un lato. Dall'altro noi psichiatri dobbiamo abituarci a lavorare sul fatto che i pazienti non staranno qui per molto tempo, quindi se li vedo quattro volte, devo lavorarci quattro volte e non dire ho tempo, ho tempo per costruire una relazione! Dovremmo anche noi essere un po' più plastici!”.*

(Ibidem)

Appare chiaro quindi quanto non sia possibile omogeneizzare gli stili relazionali degli operatori, così come non è possibile definire un'unica modalità di affluenza dei migranti ai servizi. Occorre approcciarsi al fenomeno cercando di rintracciare ricorrenze, ma senza cadere nella tentazione di costruire modelli di causalità o discorsi ad hoc per un resoconto scientifico. Entrare nelle soggettività dell'altro, migrante o operatore, richiede un atteggiamento di ascolto, scoperta, sospensione del dubbio nel tentativo di afferrare le sfumature che rendono le narrazioni più aderenti possibili all'universo esplorato.

## Capitolo 4

### Quando la malattia irrompe nel progetto migratorio: le storie

Prima di entrare nelle storie narrate dai migranti, appare opportuno accennare alcuni elementi emersi dalla raccolta dei dati quantitativi, utili per comprendere il campione incontrato.

Alla stessa stregua dell'osservazione delle prime visite psichiatriche, analizzate nel precedente capitolo, vengono di seguito esposte due tabelle, una relativa alle interviste biografiche a migranti che entravano in contatto con i servizi per la prima volta, era il 2011 (n. 19), e una con le interviste a migranti in carico da diversi anni (n. 7).

NOME	GENERE	PAESE di prov.	INVIANTE	MOTIVO INVIO	URGENTE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	CONCLUSO
Dorina	F	Albania	MMG	disturbi psichici	No	disturbi di personalità	Sì	No
Dragan	M	Bosnia	MMG	disturbi somatici	No	disturbi dell'umore	Sì	No
Grace	F	Colombia	MMG	disturbi psichici	No	disturbi dell'umore	Sì	No
Fatima	F	Marocco	MMG	disturbi psichici e somatici	No	disturbi somat.	No	Sì
Meryem	F	Marocco	MMG	conflitti ambientali	No	altre condizioni cliniche	No	Sì
Cristina	F	Romania	MMG	disturbi psichici	No	disturbi dell'umore	No	Sì
Ludmila	F	Romania	PS e poi MMG	disturbi psichici	Sì	disturbi dell'umore	Sì	No
Aneta	F	Romania	psichiatra privato	disturbi psichici	No	disturbi d'ansia	Sì	No
Costel	M	Romania	MMG	disturbi psichici	No	disturbi dell'umore	Sì	No



Corina	F	Romania	familiare	disturbi psichici e somatici	No	disturbi dell'adattamento	Sì	No
Lena	F	Romania	PS	disturbi psichici	Sì	disturbi d'ansia	Sì	No
Larisa	F	Romania	specialista	disturbi somatici	No	disturbi dell'adattamento	Sì	No
Suzana	F	Romania	MMG	disturbi somatici	No	disturbi dell'umore	No	Sì
Damian	M	Romania	MMG	conflitti ambientali	Sì	disturbi d'ansia	Sì	No
Angela	F	Romania	MMG	disturbi psichici	No	disturbi dell'adattamento	Sì	No
Linda	F	Brasile	altro ambulatorio	disturbi somatici	No	disturbi dell'alimentazione	No	Sì
Madhu	M	Bangladesh	MMG	disturbi psichici e condotte	No	disturbi correlati sost. stupefacenti	Sì	No
Dijana	F	Macedonia	familiare	disturbi psichici	No	disturbi dell'umore	Sì	No
Tamara	F	Romania	MMG	disturbi psichici	No	disturbi d'ansia	Sì	Sì

**Tabella 6: Migranti intervistati che avevano avuto un primo accesso nel 2011.**

Dei 19 “primi accessi”, c’è una forte predominanza femminile, con 15 migranti donne e solo 4 di genere maschile. Questo riflette i dati sull’affluenza totale dei nuovi accessi di migranti nell’anno 2011, potendo affermare che su questo fronte le interviste biografiche sono moderatamente rappresentative dell’intero universo.

GENERE	Migranti <b>totali</b> che hanno effettuato l’accesso al CSM nel 2011	Migranti <b>intervistati</b> che hanno effettuato l’accesso al CSM nel 2011
Maschi	24,5%	21%
Femmine	74,5%	79%
Totali	100%	100%

**Tabella 7: Confronto in percentuali sull’appartenenza di genere tra migranti che complessivamente si sono rivolti al CSM nel 2011 e coloro che in quello stesso anno hanno svolto l’intervista biografica.**

La provenienza è marcatamente sbilanciata verso l’Europa dell’Est (11 persone provengono dalla Romania), mentre gli altri paesi sono

sottorappresentati: 3 vengono dai paesi Balcanici, 2 dal Nord Africa, 2 dall’America Latina e 1 dai paesi orientali; questo dato riflette le percentuali sulle affluenze totali eccetto che per le provenienze dall’Est Europa dove negli intervistati si ha il 58%, mentre nell’affluenza totale la percentuale è del 44%.

L’inviante, colui che promuove l’avvio del percorso, differisce tra il campione e l’intera popolazione.

INVIANTE	Migranti <b>totali</b> che hanno effettuato l’accesso al CSM nel 2011	Migranti <b>intervistati</b> che hanno effettuato l’accesso al CSM nel 2011
MMG	42%	63%
Ospedale (PS e consulenza)	40%	16%
Altro (familiari..)	18%	21%
Totali	100%	100%

**Tabella 8: comparazione sul soggetto inviante, tra il campione e l’intera popolazione migrante afferente al CSM nel 2011.**

La diagnosi maggiormente rappresentata è il disturbo dell’umore (42%), seguito dai disturbi d’ansia e dai disturbi di adattamento con la stessa percentuale (16%), seguiti da altre patologie dai numeri molto ridotti. Questo dato non riflette la composizione diagnostica sul totale dei migranti dove si assiste ad una predominanza di disturbi d’ansia, seguiti dai disturbi dell’umore e dai disturbi correlati ad alcool e sostanza stupefacenti.

A chiudere questo spazio che fornisce la cornice e alcune direttrici del fenomeno, si propone una tabella con i migranti “storici”, in carico cioè da diversi anni presso i servizi psichiatrici. I numeri, ridotti, rappresentano due situazioni in carico da più di 10 anni, due in carico tra 5 e 10 anni, uno seguito da 5 anni, uno da 3 e uno da 2. Dal punto di vista del genere la prevalenza è femminile, mentre sul fronte del paese di origine la maggioranza (n. 4 casi) proviene dalla Romania, seguita da Togo, Albania, Marocco, tutti rappresentati da un’unica persona. La prevalenza della Romania riguarda “gli ultimi arrivati”, un’affluenza che riflette il mutamento dei flussi migratori in entrata.

Da rilevare come la mancanza di strumenti di raccolta dei dati negli anni precedenti al 2000, abbia compromesso la possibilità di effettuare comparazioni più complete tra queste situazioni e i nuovi accessi.

I migranti intervistati seguiti dal servizio da diversi anni sono indicati nella tabella che segue.

NOME	GENERE	PAESE di provenienza	ANNO primo CONTATTO CSM	URGENTE	DIAGNOSI
Nilaja	F	Togo	1999	N.P.	disturbi dell'umore
Donjet	M	Albania	2001	N.P.	disturbi d'ansia
Rachida	F	Marocco	2004	N.P.	disturbi dell'umore
Vasilica	F	Romania	2006	Sì	Schizofrenia e altri disturbi psicotici
Dumitra	F	Romania	2007	N.P.	disturbi dell'umore
Catiuca	F	Romania	2009	Sì	disturbi dell'umore
Tache	M	Romania	2010	Sì	No diagnosi

**Tabella 9: interviste biografiche a migranti entrati in contatto con il CSM da diversi anni**

#### 4.1. Collocazione della malattia nella narrazione biografica

Un aspetto ritenuto di notevole importanza nell'ascolto e nell'analisi delle interviste biografiche, è individuare dove avviene la collocazione della narrazione della malattia all'interno della storia della propria vita. È molto difficile tracciare una sintesi delle modalità emerse, così come è poco percorribile cercare di definire dei generi letterari presenti in tutte le interviste, proprio per la mancanza, frequente, di una struttura narrativa ben definita (Cardano, 2007).

Qualche tipizzazione può essere comunque ipotizzata: *in primis* ciò che appare evidente è la differente strutturazione della forma narrativa biografica

tra migranti in carico al servizio da molti anni e persone che hanno avuto un primo accesso nell'anno 2011. I pazienti cd "storici" concentrano larga parte della loro storia sul progetto e sul percorso migratorio, nominano autonomamente l'avvento della malattia (si avverte un prima e un dopo molto netti) e collocano la malattia in relazione a eventi, cause, attribuendole un significato. I pazienti cd "nuovi", sono concentrati molto di più sul presente, su problemi concreti, sul motivo che li ha portati a rivolgersi ad un CSM, sulla necessità di star bene, e in fretta; sono focalizzati sull'urgenza di risolvere questioni contingenti e non procrastinabili, sorvolano spesso sulla storia migratoria, faticano a trovare una collocazione dell'evento "malattia" nella loro biografia, ma ringraziano e mostrano una grande riconoscenza rispetto alla possibilità di aver potuto raccontare la propria storia "completa" in occasione dell'intervista.

Un'altra differenza tra queste due categorie la si riscontra nello spazio narrativo attribuito alla definizione delle cause e dell'origine della malattia: nei pazienti "nuovi" questa parte è molto scarna, a vantaggio di quella dedicata alle manifestazioni, mentre nei pazienti "storici" la rielaborazione sui motivi correlati all'insorgere della malattia è più chiara e riesce a essere raccontata maggiormente.

A titolo esemplificativo di quanto affermato, si riportano tre situazioni, le prime due relative a pazienti con un primo accesso nel 2011, la terza relativa a una paziente in carico da molti anni: Grace, al termine della narrazione della propria vita (durata circa 45 minuti su un totale di 1h40') da lei definita una "lotta" e raccontata come un romanzo picaresco, ricco di diverse tappe del viaggio (dalla Colombia verso la Cina, il Giappone, il Cile e quindi l'Italia), di disavventure, di situazioni di illegalità di varia natura, esprime i tratti della malattia, affermando i motivi che l'hanno portata "qua", ossia al centro di salute mentale.

*"E io, pago affitto, pago affitto di un appartamento, pago 500 €, sto anche compartendo con una amiga, una ragazza, no, che mi aiuta, le ho affittato una camera, una cameretta lì, me dà 200, y il resto pago io con mi figlio, y vado avanti, y dopo, adesso...porquè sono arrivada*

*qua...porquè que tiengo yo, è cadudo, sono caduda, scusa italiano, sono caduda como in una depressione, no”.*

(Intervista Grace)

Corina, dopo 50 minuti, racconta l’irrompere del problema fisico, che poi ha portato alla situazione di malessere psicologico che sta vivendo.

*“Questo è un lavoro che mi piaceva perché stimolava la mente e...già mi ha aiutato un pochino e pensavo che è arrivato il sole sulla mia strada, stavo meglio diciamo, abbiamo preso un appartamento, poi abbiamo fatto un mutuo, abbiamo preso una macchina, pregavo, affitto addio, ho visto che anche i miei incubi si erano diminuiti, appoggio del mio marito, l’amore, tutto quanto, è stato favorevole per me. Dopo il 2008 è successa questa **sfortuna** con la mia schiena, e.. .quando ho saputo che ne ho discopatia perché un po' di medicina diciamo mi intendo cosa vuol dire, **mi è crollato il mondo addosso**, sono caduta in ginocchio nel pronto soccorso e proprio mi sono presa con le mani nella testa e mi davo con la testa nel muro, perché ho pensato al lavoro, e dopo per la gravità della cosa”.*

(Intervista Corina)

La malattia irrompe proprio nel momento in cui parevano superate molte fatiche: “Io quando sono riuscita dopo tanti anni di sofferenza, e, di mancanza di tutto, per godermi un po' la vita, adesso sono andata da quell'altra parte, e questo è duro, è molto duro” (*Ibidem*).

Nilaja, una delle prime pazienti del CSM, affronta la sua storia con un’intervista di tre ore; dopo mezz’ora, mentre racconta della conoscenza del futuro marito, dice: “Incominciamo a frequentarci e dopo due anni mi sono ammalata, ci siamo persi di vista, io mi sono ammalata e sono rientrata [nella cittadina di provenienza]”. Racconta quindi subito l’insorgenza della malattia, mettendola in relazione a fatti, manifestazioni e prime ipotesi di significato:

*“Ho sempre avuto un mal di testa forte, tutta la malattia, un’emicrania molto forte, dovuto allo studio, studiando tanto, un mal di testa forte guarda, urlavo, sentivo un fuoco dentro, un forte mal di testa, da urlare”.*

(Intervista Nilaja)

“Sentivo come un fuoco dentro”: secondo lei e i medici del Togo la causa era da ricercare nell’eccessivo studio, perché “la testa si scalda, sai da noi...(…) c’è un modo di spiegare il male, non si dà la certezza, non si fa un’analisi totale” (*Ibidem*).

Nelle interviste raccolte, l’esperienza della migrazione appare oltre che come cornice dotata di senso, anche come elemento che incide nell’emergere di una sintomatologia catalogata come disturbo di salute mentale. Per comprendere meglio quest’aspetto, ci si avvale degli stralci delle cartelle cliniche redatte da infermieri e psichiatri del reparto ospedaliero di Padova.

In un primo caso, l’avvento della malattia coincide con l’impossibilità di rientrare in patria:

*“La sintomatologia sarebbe iniziata ad Agosto di quest’anno [2009] (“per la crisi”) su base reattiva a difficoltà lavorative e contrasti con i familiari. Riferisce che aveva bevuto perché il fratello aveva i soldi e poteva tornare in Romania mentre lui doveva stare qui”.*

(Cartella clinica di Goran, SPDC)

Anche in un’altra persona ricoverata le difficoltà riguardano un adattamento difficile nel nuovo paese, e un senso di forte appartenenza rispetto alle proprie origini. Ecco i frammenti di questa storia.

*“Ha vissuto i primi 10 anni con i nonni (genitori e fratelli a Bucarest per lavoro). Viene in Italia a 10 anni lasciando i nonni in Romania, 9 anni fa (1999). “Riferisce che avrebbe piacere di tornare a vivere lì trovando qui difficoltà relazionali sia coi i genitori che con i compagni di scuola”.*

*“Ha il progetto di tornare in Romania con il fratello per qualche tempo, per concedersi una pausa”.*

*“Riferisce difficoltà nei vari ambiti della vita (in particolare a livello scolastico) ed incapacità ad adattarsi alla vita in Italia”.*

*“Umore deflesso dalla partenza del fratello per la Romania (un anno fa).*

*Mangia solo il cibo portato dai parenti”.*

(Cartella clinica di Ioana, SPDC)

In un secondo caso l'esordio della sofferenza (che porta a un tentato suicidio in carcere) emerge per il motivo opposto, in concomitanza con la comunicazione del rimpatrio forzato:

*“Paziente detenuto da circa un anno e mezzo presso la casa circondariale di Padova. In Italia da circa 3 anni. Da alcuni giorni ha ricevuto la comunicazione del suo prossimo rimpatrio”.*

(Cartella clinica di Khalid, SPDC)

Sulla stessa scia, nella cartella clinica di Dorina emerge in tutta la sua drammaticità la violenza legata a un rimpatrio non desiderato, giudicato pericoloso per la propria vita, e d'intralcio al proprio progetto futuro e alla voglia di riscatto. Nella cartella troviamo uno scritto della ragazza, che rappresenta un appello accorato affinché tale rimpatrio non si realizzi.

*“VOREI restare in Italia per adesso finno non finisco i miei studi. Per pavore non desidero ritornare a casa in Albania. Assolutamente no perché adesso andrei a vivere dal mio ragazzo, studiare che mi manchano 3 esami e la tesi, lavorare e poi con una laurea universitaria tornare nel mia terra Albania. Quando vera questo giorno si torno ma per adesso per favore non rovinare la mia vita, io voglio finire i miei studi restando in Italia e vivere e lavorare qua”.*

*“I numeri dei miei famigliari in Albania non cie le ho nemeno io perché hanno cambiato perché io e mio fratello abaiamo litigato e io ho fatto una denuncia alla mio faratello in Questura Firenze e la mia familia ha cambiato nr di telefono per non avere contati con me”.*

(Cartella clinica di Dorina, SPDC)

In realtà lo scritto e l'appello rimangono inascoltati e i medici appuntano che, sentito il fratello, questi riferisce di aver già acquistato un biglietto aereo per Dorina, destinazione Albania, quattro giorni dopo la dimissione dal reparto.

L'impossibilità di decidere del proprio futuro, la costrizione che imprigiona molti migranti in situazioni non volute, una storia che non procede come ci si era immaginati, e un percorso che si fatica a ricostruire e in cui spesso sfugge un senso di coerenza generale, rappresentano tutti elementi di forte fragilità e rottura di un equilibrio personale.

## 4.2. La lacerazione dalla storia

*“Un elemento importantissimo di ogni carriera è l’idea che ci si costruisce, quando ci si volta a guardare il cammino percorso”.*

(Goffman, 2003)

*“Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l’ordinanza in ospedale psichiatrico. Ciò che caratterizzerà il ricovero del primo, non sarà soltanto il fatto di non venire automaticamente etichettato come un malato mentale “pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo”, ma il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà”.*

(Basaglia, 1968)

Storia della malattia e storia personale sono particolarmente intrecciate e interconnesse. Rileggere la propria storia alla luce della malattia è altrettanto importante che rileggere la malattia alla luce della propria storia. La necessità di ricucire i tasselli della propria esistenza sgretolati da eventi impetuosi come uno stato di sofferenza che destabilizza, blocca, spaventa, diventa un atto importante ma non sempre facile. La propria biografia pare seguire percorsi impreveduti, costellata di tasselli che non trovano il giusto incastro, senza una meta, senza appigli certi e sicuri. Lo strappo che produce la migrazione, di qualsiasi natura, si fonda con la lacerazione prodotta dalla malattia, e l’insieme di queste due rotture richiedono uno sforzo di ricucitura e di riassetto spesso non possibili se lasciati alla solitudine di chi li porta.

Nell’analisi delle interviste biografiche si è prestata attenzione alla definizione che le persone offrivano della propria storia sotto forma di *metafore*, nell’ipotesi che potessero far emergere elementi utili in ordine a ciò che si andava a ricercare. La propria vita viene descritta in vari modi, a seconda delle esperienze vissute e degli obiettivi personali; è possibile comunque raggruppare le narrazioni in quattro macro metafore, esemplificative delle diverse rappresentazioni del percorso biografico vissuto e raccontato.

C’è la metafora *bellica*, quando la storia viene descritta come una “battaglia” (Costel), una “lotta” (Grace) costante e quotidiana. Le difficoltà della



vita che vengono superate portano a costruire un'immagine passata di un sé comunque capace, forte e autonomo, che si scontra con l'incapacità attuale di non riuscire più a farvi fronte. Qualcuno rovescia questa lettura e ipotizza che sia proprio l'eccessiva esposizione a prove troppo pesanti ad aver indebolito la propria forza originaria, rendendo vulnerabili e non più in grado di fronteggiare le difficoltà.

Questa lotta può essere fuori controllo, la solitudine nel combatterla molto forte e allora la metafora cambia, diventa il racconto della mancanza, della *perdita*, ci si sente una "barca in mezzo al mare (...) una nave sin rumbo [traduzione: *senza rotta/meta*]" (Grace), un'esperienza che rischia di andare (e portare) alla deriva e di non riuscire a riportare la propria vita nei binari di una strada giusta, di realizzazione personale e di benessere psico-fisico. Le parole chiave sono "perdersi", "perdere il controllo" e "perdere l'amore per i propri cari". A queste perdite si accompagna una forte paura.

*"Quando mi trattano male mi sento proprio una persona persa (...) Però io ero persa dal controllo proprio, ero proprio persa dal controllo, litigo tutti i giorni quasi con mio marito, perché lui vuole parlare, chiacchierare, e io non sopporto che mi parla, voglio stare in silenzio, pensare e basta".*

(Intervista Dijana)

Un'altra metafora di sé molto presente è quella della *pecora nera*: molti migranti infatti riferiscono di vivere una situazione di esclusione, poca considerazione (spesso sin dall'infanzia) e senso di straniamento rispetto alla normalità vista negli altri. Corina infatti afferma: "perché in tutta la mia vita mai dato amore, però anche mai ricevuto amore, sono stata come un cane bastonato"; e ancora "perché io sono stata la pecora nera della famiglia e non è che mi ascoltavano tanto"; Donjet descrive il senso di esclusione e di straniamento così:

*"Ma le voci mi hanno portato a stare male, a stare male, perciò non riesci a giudicare, a pensare, a niente, vivi soltanto per vivere, senza niente, ti senti una patata in mezzo una marea di gente, uno ti passa di fianco e non si accorge di niente, se uno ti sorride, se uno ti ride, se uno ti parla, se uno ti saluta, non la senti. Mi sono spiegato?"*

Nella maggior parte dei racconti emerge una rappresentazione di sé, specialmente dell'identità infantile (come tratto poi caratterizzante le future scelte di vita), che evidenzia le caratteristiche di una personalità scaltra, furba, a tratti ribelle, solitaria, che cerca una differenziazione dalla massa, che si sente "diversa" dagli altri e che ha delle aspirazioni, artistiche, letterarie e legate a un progetto emancipatorio. La partenza dal proprio paese e la venuta in Italia rappresentano per i più una conseguenza inevitabile rispetto a queste premesse, una rottura con la tradizione e il passato che diventa fisica e marca la differenza con chi è rimasto di là. La metafora presente in questi casi è quella della *diversità*, della *ribellione*: "come una pianta che si sta asciugando, e c'è un fiore che vuole sbucare, così sono stata io, perché mi piacevano fare delle cose che altri bambini non li facevano, hai capito, e per questo sono stata vista male, anche dai miei" (Intervista Corina).

*"Quindi essendo tanto diversa da lei e molto più ribelle, uhm, mi definisce un po' pazza, ecco, ma non credo pazza da legare o da ricoverare no non credo intenda questo, ecco, intende un po' pazzarella, un po' ribelle".*

(Intervista Suzana, migrante)

*Già da da piccola mi sentivo francese e quindi ero...altro! (ride) non ero...ero diversa da loro, sì, sicuramente, spiccavo, cioè o perlomeno nella mia mente, non so se.. nelle aspirazioni magari, nel fascino; io sono così, apparentemente normale, però io mi sento attraente (ride), penso di avere anche un buon parlare, e...anche fisicamente non sono male, tutto opinioni mie, ecco, non (ride), non me l'hai mai nessuno detto nessuno, ecco, opinioni mie su di me".*

(Ibidem)

Tale differenziazione può permanere comunque anche nel paese ospitante, laddove questo non riesce ad assolvere in pieno ai suoi compiti di accoglienza e non promuove atteggiamenti d'integrazione piena; la persona che si sente diversa nel paese d'origine, si sente nuovamente "altro" anche nella terra di migrazione, contribuendo a una costruzione del proprio sé che non è solo diviso tra due appartenenze, ma lacerato su tre fronti (l'appartenenza originaria al paese di origine, la rottura con questo e l'insediamento in un paese

in cui non ci si sente mai del tutto a casa). Questo percorso di crescita e distacco spesso non avviene in simultanea tra i partner, portando in diverse occasioni anche a separazioni, giudiziarie o solo verbalmente agite, con il proprio compagno/a con il quale manca un terreno comune di condivisione sul “sentire” migrante e sul progetto migratorio e di vita.

### 4.3. Definizione della malattia

*“Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. E' una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita”.*

(Basaglia, 1979)

La questione della definizione della malattia mentale è molto ampia e difficilmente circoscrivibile, o perlomeno difficile da risolvere con una risposta univoca. La definizione è diversa a seconda dell'attore che la pronuncia: nel caso del terapeuta o comunque operatore dei servizi, la malattia sarà definita sulla base delle conoscenze medico-scientifiche, delle esperienze personali, professionali e formative, sulla base del manuale diagnostico di classificazione delle patologie, sulla base dei sintomi osservati e di quanto riferito dal paziente. La persona, dal canto suo, detentrica del sentire e del soffrire, fa esperienza della malattia su di sé, e definisce la malattia in base alla sua storia, al suo vissuto, alla concezione di malattia e di malattia mentale, oltre che di cura, e in base ai significati che la sofferenza assume in relazione al suo progetto di vita. Di seguito verrà affrontato il tema della definizione dedicando uno spazio al ruolo preminente della restituzione diagnostica compiuta dal medico all'interno

dell'avvio della relazione terapeutica, lasciando quindi la parola alle voci dei migranti e alle definizioni che danno della loro malattia.

#### 4.3.1. *“Comunque devi dare un titolo!”: l'irrinunciabilità della diagnosi*

La diagnosi, secondo il vocabolario Treccani viene così definita: *“diàgnosi s. f. [dal gr. διάγνωσις, dal tema di διαγιγνώσκω «riconoscere attraverso»]. In medicina, giudizio clinico che consiste nel riconoscere una condizione morbosa in base all'esame clinico del malato, e alle ricerche di laboratorio e strumentali”*.

Secondo un manuale di semeiotica medica:

*“La diagnosi costituisce il giudizio con il quale il medico riconosce e descrive la situazione morbosa nella quale si trova il suo malato. Essa rappresenta l'atto finale di una serie di giudizi intermedi attraverso i quali la conoscenza dei fenomeni che avvengono nel paziente viene via via acquisita e perfezionata”*.

(Tarquini et al. 1996)

È quindi un giudizio, una valutazione soggettiva sulla base dei sintomi del malato e degli esiti di esami. È basata sull'evidenza, su ciò che può ricondurre alcuni segni (sintomi) ad una categoria ben precisa (malattia).

La diagnosi consta di diverse fasi, *in primis* l'anamnesi (indagine della storia clinica del paziente, raccontata direttamente o raccolta dai familiari; esame dei pregressi patologici nella persona e nella famiglia del soggetto e di altri dati utili a definire la presenza di malattie passate o presenti) e la semeiotica (esame del paziente da parte del medico per raccogliere i segni e i segnali di un'eventuale disfunzionalità).

Durante la prima visita avviene ciò che viene definita “restituzione diagnostica”: il soggetto consegna al terapeuta la propria sofferenza e si vede riconsegnare un nome, una categoria, premessa di rappresentazioni, percorsi futuri, cura, presa in carico, guarigione o cronicità.

La restituzione diagnostica appartiene alla prima fase del contatto con i nuovi pazienti ed è la premessa per poter proseguire il trattamento. Nei

confronti della comunicazione della diagnosi da parte del medico gli atteggiamenti del soggetto sofferente sono di due tipi: da un lato essa costituisce un'aspettativa desiderabile perché finalmente offre confini e un nome a una sofferenza così impalpabile e non collocabile nel soma, dall'altro si accompagna alla paura, al timore, quasi costituisse una minaccia, perché potrebbe consegnare uno stigma foriero di esclusione e discriminazione.

Si può scorgere un'analogia tra il momento dell'accoglienza presso un centro di salute mentale comprensivo della fase della restituzione diagnostica, e l'ingresso di una persona presso un ospedale psichiatrico, così come viene efficacemente descritto da Goffman nella fase del pre degente, prima tappa della carriera morale del paziente<sup>57</sup>.

Nella restituzione diagnostica al soggetto, il terapeuta colloca la malattia in una cornice di significati, raramente (per quanto si è osservato) utilizzando categorie della tassonomia medica. La questione della chiarezza comunicativa medico-paziente è oggetto di studi e interrogativi molto ampi che questa tesi non può affrontare in maniera completa, ma basti sapere che è importante per costruire una relazione terapeutica efficace e proficua: ciò non significa che in nome di questa chiarezza il terapeuta debba utilizzare categorie proprie dei manuali medici, quanto invece offrire al soggetto le chiavi di lettura che possano sostenerlo nell'approccio consapevole alla malattia. Al contrario, la consegna dell'etichetta della malattia può essere particolarmente controproducente e quando accade spesso avviene in maniera inconsapevole, laddove s'incappa nell'errore di trasporre in una relazione terapeutica idiomi e linguaggi tipici della formazione medica:

*“Non è che gli puoi dire: lei ha un disturbo border-line di personalità, sennò mi capita come quella paziente che seguivo al Dolo che c'aveva sta diagnosi, che gli avevano fatta anni prima, dice: “dottore ma sarà sta borderline che mi*

---

<sup>57</sup> “Per colui il quale sia giunto a considerarsi - in modo più o meno giustificato - come mentalmente squilibrato, l'entrata in ospedale psichiatrico può talvolta portare sollievo, forse, in parte, a causa della rapida trasformazione del suo status sociale: invece di essere, ai propri occhi, una persona discutibile che tenta di conservare il ruolo di persona integra, diventa una persona ufficialmente discussa ma che, ai propri occhi, non lo è poi tanto. In altri casi invece l'ospedalizzazione può peggiorare lo stato del malato che si ricovera spontaneamente, nel suo riconoscere confermato, in una situazione obiettiva, ciò che era stato prima solo un'esperienza personale” (Goffman, 2003).

*fa star male? Cos'è sta borderline? Che malattia c'ho? Come m'è venuta?" Va beh, magari si può fare a meno di dire, perché sennò per noi, noi medici abbiamo sto difetto che, avendo un vocabolario che usiamo costantemente con noi stessi, poi dopo ci scappano delle cose anche coi pazienti, ma quello che poi rimane ai pazienti sono frammenti delle cose..."*

(Intervista PB, medico)

*"Questo capita spesso quando vedi pazienti di qualcun altro, e ti dice: "ah si mi ha detto questo", tu dici: "non gli può aver detto sta cosa, è quello che gli è rimasto in testa a lei", però fa riflettere su come devi spiegare, a volte c'è bisogno di più tempo, ci vuole, per spiegare ai pazienti".*

(Ibidem)

Se come si dice nel titolo del paragrafo la diagnosi è irrinunciabile, è altrettanto vero che la diagnosi viene formulata "nonostante", in questo caso nonostante la diversa rappresentazione portata dal soggetto sofferente. Si è trovato molto illuminante a tal proposito uno stralcio di un appunto medico su una cartella cartacea dell'archivio di Padova, laddove un medico dichiara che "la paziente riferisce di non poter parlare perché qualcuno le ha rubato l'energia; nega dispercezioni anche se in atteggiamento di ascolto, verosimile **atmosfera pre-delirante**" (cartella clinica Valentina, SPDC). Appare evidente come la particella *pre* possa essere molto rischiosa: banalizzando si potrebbe affermare che potenzialmente chiunque potrebbe essere in un'atmosfera pre-delirante! Ciò che appare qui interessante è proprio la forte discrepanza tra il racconto delle cause del malessere da parte della persona, e la differente interpretazione e valutazione ad opera del medico.

Un'altra situazione in cui emerge una diversa rappresentazione di cosa vuol dire malattia tra medico e paziente riguarda l'esperienza di Fatima, una signora marocchina, che riceve una risposta che non corrisponde alle proprie aspettative:.

*"Pensavo che lei mi dicesse "hai, devi fare una visita", cioè approfondire qualcosa, che mi dava delle medicine, o magari un'agopuntura almeno o una qualche terapia, qualcosa...Mi ha detto: "vai a lavorare", non ho capito. Quando ho detto a mio marito: mi ha detto che devo lavorare, mi ha detto: ma vè? [ride]"*

(Intervista Fatima)

La considerazione che ciò di cui si sta parlando viene liquidato con un “vai a lavorare” non restituisce alla persona la giusta legittimazione alla propria sofferenza, spostando il piano del discorso su altri livelli, invece che concentrarsi sul racconto della persona. Cozzi (2007) ha svolto un’interessante lavoro di ricerca all’interno di un CSM friulano, raccogliendo storie di malattia di donne che esprimevano con la “depressione” una costellazione di malesseri che tracciavano una fitta rete di rimandi tra la storia individuale, quella comunitaria e quella societaria. Ha rinvenuto la categoria del “vai a lavorare” anche nella raccolta delle sue biografie, e ritiene che sia un aspetto che provoca conseguenze sia a livello della rappresentazione della malattia (diventa ancora più incomprensibile, priva di una causa) sia nell’accentuare la mancanza del lavoro come fosse responsabilità personale.

*“Lei ha solo bisogno di un lavoro” per il paziente significa che quanto prova non è leggibile come malattia, rendendo ancora più incomprensibile quanto avviene nel corpo. Sottolinea poi ancora una volta il fallimento di non averlo, il lavoro, non trovarlo (...) allora essere di peso alla famiglia.”*

(Cozzi 2007: 55)

#### 4.3.2. “Io, per me, cos’ho?”

La definizione data dagli psichiatri gioca un ruolo fondamentale nella rappresentazione dell’esperienza soggettiva e nella costruzione dei significati, anche futuri. Ciò che emerge dalle interviste ai migranti riguarda un far riferimento, continuo, alla definizione data dal medico o da altri ritenuti legittimati a farlo.

*“Già le colleghe infermiere dicevano: “Guarda che tu sei molto depressa!”, ho detto: “Ma va’ là! Non è niente, sto bene, sto là..”. Però xè vero che piangevo, camminavo sulla strada piangevo come una deficiente da sola perché non so, avevo proprio... stavo proprio male! Vado da lui [MMG] e gli faccio: “Dottore, io non ce la faccio più! Ho avuto una crisi di nervi! No una, migliaia di crisi di nervi, però questa era molto forte!”, faccio: “Io ho paura di non essere proprio.. sono caduta in depressione proprio brutta brutta, perché me lo sento, facendo anche io questi corsi lo so cosa significa avere*

*depressione!". Fa: "Beh, vediamo!". Me già dà malattia: "depressione" e basta".*

(Intervista Ludmila)

Come testimonia questa migrante, anche la propria formazione o esperienza professionale giocano un ruolo importante nella definizione del proprio star male: sono numerosi, infatti, i migranti soprattutto donne, impegnati in lavori di cura dove vengono a contatto con molte malattie, tra cui quelle trattate al centro di salute mentale. La formazione e lo studio servono per cercare conferma di quello che il medico ha riferito:

*[Ricercatore: Ma quello che ha lei, secondo lei ha un nome? Le hanno detto che ha un nome?]*

*"Disturbi di ansia, disturbi di ansia, perché **io ho letto** un pochettino dei disturbi di ansia, e pare essere questa roba, perché scrive su un libro che questi disturbi la persona è insicura, va a verificare il gas, va a verificare la porta, io faccio le stesse robe, proprio, dico, "Maria vergine, proprio come scrive qua sono qua", vado a verificare 2, 3 volte finché vado in letto, anche la porta se mi dice il marito è chiusa, vado anch'io a vedere se è di sicuro chiusa, **mi hanno detto** che un anno mi serve per questa roba".*

(Intervista Lena)

La diagnosi non è data una volta per sempre, ma può mutare in base ai sintomi che presenta la persona e alle valutazioni dei medici: spesso la persona deve "migrare" da una definizione all'altra, integrando la nuova etichetta nella propria identità, entrando in malesseri nuovi, in piani terapeutici differenti, con farmaci diversi, nuovi effetti collaterali e nuove procedure di cure.

*"Sono andata avanti con le cure con antidepressivi, però nel 2009 ho avuto una fase maniacale...tipo sa, che va in euforia [ridendo]! E i dottori mi hanno cambiato la diagnosi perché non era più depressione, era disturbo bipolare, e hanno cambiato tutte le cure di nuovo. E anche nel 2009 sono stata ricoverata, il ricovero più lungo, di quasi tre mesi! Sì, perché la fase maniacale è molto brutta: dura tanto e litighi con le persone, sei a rischio di fare dei casini grossi! Io ero arrabbiata con mio marito, urlavo sempre, ero... poi anche ricoverata litigavo con tutti gli infermieri: ero un disastro [ridendo]! E adesso mi curano per disturbo bipolare, questa penso che sia la diagnosi giusta adesso".*

(Intervista Vasilica)



L'appiattimento sulle definizioni del terapeuta è una costante molto forte nelle interviste, nonostante i migranti vengano sollecitati a dare una risposta o un'impressione personale, come emerge in maniera emblematica dallo stralcio di intervista che segue:

*“Che cosa me sta succedendo in mi testa, en mi cervello?”*

*[Ricercatore: Che risposta si è data, secondo lei cosa sta succedendo nella testa?]*

*“Yo è la prima volta che vengo digamos cercando aiuto digamos psicologica, psichiatrica, non so, e...che tiengo yo? como ha ditto lei [la dottoressa] una depressione, è depressione, depressione, lo sai sono caduta como en depressione<sup>58</sup>”.*

(Intervista Grace)

Nel corso delle interviste la definizione della malattia occupa solitamente un tempo molto denso, accompagnato da emotività e silenzi, quasi a testimoniare un aspetto carico di sacralità e di rilevante importanza per sé. In molti casi la definizione della malattia è un elemento sollecitato dall'intervistatore: il soggetto si sofferma su termini quali: “mi sono ammalato di questa malattia che ho anche adesso” (Catiuca, migrante), privilegiando quindi la narrazione delle manifestazioni della sofferenza o dei motivi dello star male. Lo stralcio d'intervista che segue testimonia una modalità di approccio alla definizione della malattia come quello appena definito: una migrante che non è interessata, non cerca e non ricorda l'“etichetta” della malattia, e nella narrazione si sofferma sulle manifestazioni e sui motivi dello stare male.

*[Ricercatore: ma i medici cosa dicevano che era capitato?]*

*“Ah, la stessa cosa che ho avuto qui, che c'è la mia malattia, delirio, non so come si chiama”*

*[Ricercatore: lei cosa diceva che era successo, secondo lei?]*

*“Ehm...non lo so, non lo so spiegare bene”*

*[Ricercatore: provi male, provi a spiegarlo male]*

*[ride] “Eh sì, cos'è successo....non dormito per un periodo lungo, sono...accumulato la stanchezza e pensieri, abbastanza tanti pensieri...”*

*[Ricercatore: quali sono i pensieri che ha di più?]*

*“È lungo questo periodo che devo stare qua fisso, per fare studiare mia figlia,*

---

<sup>58</sup> Traduzione: “Io è la prima volta che vengo, diciamo, a cercare aiuto, diciamo psicologico, psichiatrico, non so e...cos'ho io? Come ha detto lei [la dottoressa] una depressione, è depressione, depressione, lo sai, sono caduta come in depressione..”

*per fare, per aiutarla, perché sono, sono io con soldi, lei sta a casa, deve studiare”.*

(Intervista Catiuca, migrante)

Parlare della definizione, dei contrasti più o meno presenti tra la categoria del medico e la percezione personale, era anche l'occasione per analizzare i significati che tale etichetta comportava per la persona, cosa poteva provocare nei confronti della propria identità e nei percorsi futuri.

*“Il mio medico mi ha detto, perché sono andata con il foglio della dott.ssa Turella e ho detto “Cosa c'è scritto, magari mi faccia capire”, ha detto” Lei soffre di depressione”. Ho cominciato ad aver paura sinceramente, perché non voglio far del male alle persone, voglio far del male a me, solo a me, e per questo, ho detto, per mio, per mio marito voglio venire qui [al CSM], e perché ho paura di non fare male a qualcuno, può succedere anche questa cosa? Lei cosa dice?”*

(Intervista Corina)

Quel “lei cosa dice” così carico di responsabilità per chi deve rispondere (e di affidamento in chi lo pronuncia), evidenzia il timore di essere ingabbiati in disturbi che lasciano poco spazio all'autodeterminazione e possono condurre ad agire in maniera incontrollata, fuori dalla propria intenzionalità.

“Ho detto: io sono diventata matta e basta” (Intervista Fatima): la conclusione cui si arriva è lapidaria e lascia poco spazio al cambiamento, alla cura e a una prospettiva futura di “normalità”. La percezione dell'essere matti, con tutto che ciò comporta è efficacemente descritta da uno psichiatra intervistato

*“Perché alla fine tanto noi l'abbiamo chiamata sempre salute o malattia mentale, in realtà malattie sono, cioè la gente pensa subito son matto, **perché se sei matto vuol dire che non sei giusto, se non sei giusto vuol dire che non riesci a stare nella società**, questa è l'equivalenza totale, che poi dopo è vera sta cosa, nella sua intima essenza è così la follia, non riesci a stare nella società, allora questo terrore di non essere, di non essere più in grado di avere una vita come tutti gli altri, è legato alla condizione peggiore della salute mentale”.*

(Intervista PB, medico)

D'altro canto però, la definizione della malattia libera da un senso di colpa molto forte, quasi si potesse finalmente non essere più responsabili del proprio star male, quasi non fosse più una propria scelta o si agisse con comportamenti intenzionali. Si esce quindi dalla responsabilità dei propri agiti come strani e inadeguati per entrare nella logica della malattia, contro cui possono agire solo due azioni: l'accettazione e la cura.

*“Perché la nostra mentalità in Romania è questa: Centro Salute Mentale uguale matto. E cioè ma non è così perché è una malattia, cioè non è che sei matto che sei diventato matto da oggi a domani, è una malattia, però anche a me c'è voluto tanto accettarlo”.*

(Intervista Tamara)

In sintesi, si possono rintracciare tre tipi di approccio nei confronti della definizione della malattia da parte dei migranti intervistati: un primo tipo appartiene a chi si appiattisce sulla definizione del terapeuta *tout court*, in una dinamica in cui intervengono (anche se talvolta volti al negativo) termini quali accettazione, affidamento e fiducia; il secondo tipo riguarda chi, pur definendo la propria malattia secondo quanto riferito dal medico, integra questo nome documentandosi autonomamente (sia in occasioni di formazione professionale, sia attraverso la ricerca su internet<sup>59</sup>...) Il terzo tipo non ricorda o non cerca la definizione diagnostica e si sofferma sulle manifestazioni della malattia, sugli eventi correlati all'insorgere della sofferenza, sul nuovo equilibrio cui la malattia l'ha portato. Questo terzo tipo è presente in misura minore rispetto agli altri due.

L'accettazione o meno della diagnosi è un elemento che non appartiene in maniera statica solo a uno dei tre tipi, ma convive con modalità altalenanti in tutte e tre.

---

<sup>59</sup> La ricerca sulla “salute online 2013” condotta dalla *Pew Research Center* nell'ambito del progetto “*Pew's Internet and American Life Project*” ha rivelato come il 35 per cento del campione (3000 americani) si affidi al web per cercare informazioni riguardanti la natura dei disturbi fisici di cui soffre.

La definizione e costruzione della malattia rappresentano una fase cruciale nel rapporto medico-paziente perché propongono un nome e un bagaglio di significati che coinvolgono l'intera esistenza della persona, agendo soprattutto sul fronte dell'aspetto identitario. Il nome pone la persona di fronte al nuovo sé, produce una riorganizzazione delle proprie prospettive future, ricalibrando progetti e formulando nuove ipotesi. Questo è tanto più evidente quanto più coinvolge migranti, persone che hanno fatto della propria salute un elemento da preservare per poter affrontare la migrazione e mantenerla, e che devono fare i conti con una nuova situazione di vita, che stravolge i piani e richiede un riassetto di nuovi equilibri. Viene richiesto al migrante di fare i conti con tre aspetti del percorso della carriera di paziente, che corrispondono a tre sé, che egli deve riuscire a integrare:

- rapporti con la struttura sanitaria che cura: sapersi orientare tra impegnative, appuntamenti, riferimenti telefonici e fisici, rapporti con infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali...(sé malato)
- rapporti con il lavoro: permessi per visite, comunicazione a datori di lavoro e colleghi, gestione delle diverse rappresentazione della malattia mentale nel luogo di lavoro, conciliazione tra malattia, terapia e ritmi lavorativi; lavoro come elemento di garanzia per la permanenza in Italia e quindi da preservare a tutti i costi. (sé produttivo)
- dimensione familiare/rete sociale: gestione della malattia in relazione alla rete familiare, amicale e sociale più ampia, sia in Italia che nel paese di provenienza. Incidenza della malattia nel rapporto di coppia, coi figli, gestione della comunicazione della malattia con i propri cari, soprattutto a distanza, e soprattutto in rapporto alle rappresentazioni della malattia presenti nelle persone rimaste nel paese d'origine. (sé sociale)

Gli elementi legati alla relazione terapeutica e alla restituzione diagnostica non vanno intesi come tipici dell'incontro tra migranti e operatori, ma esemplificativi delle maggiori criticità e sfaccettature che questa relazione incarna, anche tra medici e autoctoni. Le particolarità invece appartenenti alla dinamica medico-paziente migrante riguardano alcune difficoltà di conciliare la

lettura del migrante riguardo ai suoi sintomi con le categorie diagnostiche convenzionali. Gli psichiatri riferiscono di aver incontrato tali problematiche più spesso all'inizio della loro carriera: "Ci si chiedeva come interpretare i sintomi (...) era difficilissimo fare una diagnosi perché i sintomi che loro portavano rispondevano ad altri paradigmi culturali, per cui una voce, un'allucinazione come diremmo noi, non era necessariamente un'allucinazione, ma poteva essere un modo per dirci qualcos'altro" (Intervista SC, psichiatria). In questo caso l'esperienza vissuta dallo psichiatra è stata poi efficacemente incanalata in percorsi di supervisione e in un'attenzione alla formazione sull'etnopichiatria e la psichiatria transculturale, cercando di colmare gap conoscitivi e risposte standardizzate.

Gli interrogativi posti dal medico non sono molto cambiati, ciò che è cambiata è la composizione dell'utenza che si rivolge al centro di salute mentale, rappresentata in misura maggiore da persone provenienti dai Paesi dell'Est Europa. Con questa tipologia di pazienti i medici riferiscono di non aver riscontrato particolari difficoltà in merito alla formulazione e condivisione della diagnosi, quanto al doversi relazione con modelli di organizzazione familiare molto diversi da quelli abituali, o con dinamiche che avevano analogia con "i veneti di 40-50 anni fa": un parallelismo tra stranieri e arretratezza che emerge in tutte le interviste degli operatori.

Con le persone invece provenienti dall'Africa riemergono le difficoltà legate a diversi modelli di malattia e di significazione della sofferenza.

*"Un po' più complicato invece magari con gli africani, nel senso che, tante volte ci si trova appunto quando hanno in mente, non so, a me viene in mente quelli che sono un po' animisti, no? Per cui appunto il modello di malattia è completamente diverso rispetto al nostro, per cui è lo spirito che fa ammalare, per cui bisogna andare dal santone, e allora lì...tante volte ti trovi che proprio...è complicato".*

(Intervista AC, medico)

E ancora:

*[Ricercatore: Ci sono stati casi in cui la diagnosi non è stata accettata dalla persona?]*

*“Mm.. per motivi diversi, si! Prendo un mio paziente psicotico, un nigeriano che mi ha detto: “Non è vero niente!”. I farmaci li ha presi lo stesso, eh, però non eravamo d'accordo sul perché! Ritorniamo al discorso di prima, che lui diceva che erano delle cose che andavano sul significato religioso.. e lui è un grande psicotico. Però quanto sia dovuto al culturale io non metterei... quanto sia anche la gravità della malattia...”.*

(Intervista SB, medico)

La difficoltà di conciliare la definizione del medico con la propria soggettiva esperienza di sofferenza rimane uno dei nodi cruciali e più importanti per la persona, che deve integrare nella nuova esperienza migratoria anche questo nuovo status di paziente, e di malato seguito da un centro di salute mentale. Deve riuscire a far convivere il proprio sentire con i nomi dei riferimenti diagnostici e la spiegazione che questa malattia porta con sé, un difficile compito di cucitura costante di questo patchwork, una dinamica che assomiglia a un sottile gioco d'equilibrio, su un filo, e Fatima lo spiega in maniera molto chiara.

*[Ricercatore: Queste crisi lei come le chiama?]*

*“Ehh, io le chiamo crisi d'ansia come ho sentito in pronto soccorso [ride], non posso chiamare diversamente, posso sentirli, ma non posso chiamarli”*

*[Ricercatore: Lei può sentirli, invece gli altri danno un nome, ma secondo lei, lei che le sente, se dovesse dare un nome, che non ha sentito dal pronto soccorso, come li definisce?]*

*“Uhm, non riesco, non ho mai pensato, io prendevo il tempo per pensare, non lo so”.*

*[Ricercatore: Sono come...se dovesse pensare a una similitudine, sono come...]*

*“Sono punizioni”.*

(Intervista Fatima)

#### **4.4. Le manifestazioni della malattia**

Una parte considerevole del racconto della malattia viene occupata dalla trattazione di come questo stato irrompe nella vita, con quali caratteristiche e con che determinati tratti. Difficile riuscire a ricondurre le descrizioni delle

persone sotto etichette molto precise, si corre il rischio di appiattare le espressioni e le singolarità sotto delle categorie onnicomprensive; si tenterà piuttosto di estrapolare dei dati comuni a più soggetti e indicare alcuni elementi ricorrenti.

Anzitutto occorre specificare che nel racconto di malattia la persona utilizza elementi, vocaboli ed espressioni legati al proprio vissuto antecedente la formulazione di una diagnosi, e questo in particolar modo se il contatto con il servizio sanitario è avvenuto in tempi recenti.

In secondo luogo l'aspetto di somatizzazione occupa un posto molto rilevante: viene riportato in maniera comune a molti il "mal di testa" (intervista Ludmila; Nilaja), la "cefalea" (cartella clinica Augustin, Mahmud, SPDC), "scoppia la testa e stanco in testa" (cartella clinica Nasirthage, SPDC), "problemi alla testa" (cartella clinica Youssef, SPDC), "vena del capo che tira" (cartella clinica Luz, SPDC).

Un altro aspetto riguarda la spersonalizzazione, il vivere l'esperienza di essere "due sé divisi", quello sano e quello che prova dolore (intervista Fatima), e come questo porti a non essere più del tutto padroni delle proprie azioni: dal "non riuscire a gestire le crisi" che accadono (intervista Magadela), fino a "perdere il controllo" sulla propria esistenza (intervista Dijana), fatto questo che provoca una forte angoscia. La malattia, inoltre, irrompe stravolgendo i bisogni primari, come ad esempio "non mangiare" (intervista Catiuca), o al contrario "mangio, mangio, mangio!" (intervista Linda).

Gli operatori riferiscono che la manifestazione della malattia è un aspetto che costringe loro a riflettere e interrogarsi durante la fase della valutazione dei sintomi, precedentemente alla formulazione di una diagnosi. La diversa appartenenza culturale porta qualcuno di loro a informarsi e documentarsi sul ruolo delle credenze, delle tradizioni e dei significati sottesi a talune espressioni, per evitare di attribuire un carattere di patogenicità in maniera impropria.

Se le manifestazioni sono eccessivamente *strane*, inusuali, eclatanti, possono anche generare paura, sospetto, diffidenza negli operatori, creando una difficoltà poi di entrare in relazione con la persona sofferente. Tutti gli psichiatri, abbracciando il pensiero della *psichiatria transculturale* (Ancora

Sbardella, 2011), risolvono questo dilemma affermando che “le forme del soffrire sono uguali” (intervista PB, medico): l’aspetto contenutistico può cambiare, a seconda dell’appartenenza culturale, ma non gli aspetti formali (intervista GB, medico); questo a loro avviso permette di formulare la diagnosi in maniera abbastanza precisa.

Molti medici riportano il tipo di descrizioni dei migranti sopra riportato, e affermano il grande coinvolgimento somatico nelle manifestazioni di malattia mentale: questa somatizzazione è più evidente che non negli italiani (“i rumeni in questo sono come i veneti di 40-50 anni fa” (intervista SC, medico)) perché vivono l’esperienza della malattia come “il mio corpo mi ha tradito” (intervista RR, medico), soprattutto laddove il rapporto col corpo è di tipo funzionale e non solo estetico. Con la somatizzazione i migranti riescono a esprimere in maniera molto immediata e facile quello che stanno vivendo, altrimenti difficilmente spiegabile a sé e agli altri. Tali affermazioni portano però ad alcune riflessioni, tra cui: l’elevata attenzione sul soma è proprio una caratteristica tipica dei migranti o non potrebbe essere legata anche allo stile di approccio dei medici, tarato su un livello molto basso e concreto?

#### **4.5. Il “perché” e il “come”: causa e origine della malattia, tra interpretazioni e rappresentazioni**

Nel racconto della malattia, la persona indica alcuni elementi come possibili cause o concause di questo stato, in una ricerca spesso costante del motivo e dei significati che hanno portato a vivere una tale sofferenza.

Alcune parole chiave sono molto evidenti e ricorrenti.

Viene indicata la *povertà*, soprattutto nell’infanzia: situazioni di ristrettezza economica e deprivazione che hanno predisposto a stati di debilitazione e fragilità, a loro volta concorrenti nell’emergere di un disturbo mentale. Durante l’intervista con una migrante, parlando di un’amica a cui avrebbe chiesto la disponibilità per un’intervista, Suzana afferma: “non so se sia altrettanto interessante, ecco, perché lei proviene da una famiglia abbastanza



ben messa, economicamente, non ha passato le cose mie, però soffre comunque di depressione”.

Un ruolo molto forte sembra essere giocato inoltre dallo *stress*. A livello medico lo stress viene definito come la capacità di adattarsi e rispondere a degli stressor (sollecitatori): è una condizione frequente e fisiologica, oltre che necessaria, tipica delle strategie di adattamento delle persone. Nel momento in cui tale stress diventa limitante o eccessivamente gravoso, provocando malessere, senso d’inadeguatezza e incapacità di rispondere alle richieste provenienti dall’esterno, viene definito come patologico. Alcuni ricercatori dell’università di Berkeley hanno recentemente messo in luce una correlazione tra lo stress cronico e alcune modificazioni del cervello che, a lungo termine, potrebbero provocare problemi mentali quali ansia e disturbi dell’umore (Chetti, Friedman et al., 2014). La situazione di stress cronico è ben spiegata da una migrante, Dijana, che sottolinea il carattere di sofferenza permanente.

*“Piuttosto quando arriva mio marito di lavoro, piuttosto di parlare, io mi metto a piangere perché non so perché, mi viene così, per come? penso che la mia paura, **il mio stress che è entrato nel sangue, nel cuore e non esce più**, cerco di fare qualcosa per fare uscire questa paura, però non esce più”.*

(Intervista Dijana)

La testimonianza appena citata fa emergere un altro aspetto, presente in numerose narrazioni, relativo al carattere d’ineluttabilità, tipico della condizione di malattia: un senso d’impotenza e d’impossibilità a difendersi, e la considerazione di dover imparare strategie e modi nuovi per convivere con la malattia in maniera dignitosa.

Lo stress blocca, inchioda ai propri pensieri e non permette un’evoluzione, non fa intravedere una soluzione o una possibile via d’uscita. Anche le ipotesi che vengono formulate risultano comunque irrealizzabili o non definitivamente risolutive, cariche di molte interpretazioni ambivalenti.

*“Però io per i miei pensieri penso che mi rilasso un po’ [vorrebbe tornare nel paese d’origine n.d.r], di non pensare per esempio di tutto questo che sto passando, qua, penso di non pensare, però credo che*

*penserò, poi per i bambini, e mi mancheranno, anche là soffrirò non è che starò tranquilla, loro qua e io di là, soffrirò anche forse di più, però a me, per i miei pensieri mi manca solo questo, non so altro cosa fare, per farmi cambiare la mia testa, così, i miei pensieri, perché penso sempre al male, anche se vado in ospedale ho paura come andrà a finire, questa mia visita, come andrà a finire l'altra visita, come andrà a finire questa chiamata, come...sempre, sono sotto stress, agitata, sempre”.*

*(Ibidem)*

Lo stress è accentuato dalla mancanza di strutture o infrastrutture (macchina, patente, mezzi pubblici, o servizi centralizzati), dalla mancanza di supporti familiari o amicali in Italia, che rendono molto più complicate numerose attività quotidiane (intervista Larisa).

Il macro tema “stress” è a sua volta diviso in due sotto categorie. Da una parte c'è lo “stress lavorativo”, in cui rientrano sia le situazioni di iper lavoro, che di mancanza dello stesso: quest'ultimo provoca oltre che preoccupazioni per il proprio sostentamento, anche uno stato di insicurezza rispetto al permanere nel territorio italiano (vincolato al rinnovo di status giuridici di regolarità) e un senso di fallimento dei propri doveri nei confronti della famiglia, sia presente in Italia che soprattutto nel paese di origine. Una psichiatra a tale proposito afferma

*“In molti casi che ho visto io c'era sempre questa componente lavorativa importante, diciamo, di stress, di difficoltà di inserimento, ma anche di sentirsi discriminati in qualche modo, credo che le ultime vicende degli ultimi anni abbiano reso abbastanza problematica la vicenda, insomma, per molti, tutta la storia dei permessi, no, la questione del mettersi in regola insomma”*

*(Intervista RR, medico)*

Lo stress relativo a elevati carichi di lavoro, che non lascia nemmeno il tempo di assolvere ai bisogni primari, che costringe la persona a una corsa continua, sembra essere più che una caratteristica personale, una condizione intrinseca al paese ospitante. Questo stato viene contrapposto a volte alla situazione “felice” e “rilassata” del paese d'origine, che porta una migrante ad affermare: “se ero in Romania arrivavo mica a questo punto” (intervista Lena), come se una concausa dei propri disturbi fosse proprio la permanenza in questo

tessuto socio-economico. Di particolare importanza poi la volontà di non deludere le aspettative dei datori di lavoro, che spesso finiscono con l'exasperare la situazione e portare a situazioni di malessere: "io questa qua [datrice di lavoro molto esigente] la lascio perché sennò mi fa impazzire" (intervista Suzana). In un'intervista una migrante afferma che l'eccessivo lavoro l'ha portata a tentare il suicidio in più occasioni, gesto che assume il significato di "riposarsi".

*"Me voleva tira..., como se dice, buttare in un canale, dopo un'altro giorno...ho troppe, idea, idea strane nella testa, no, de finirla, de andarme como a riposare, no, come a riposarme già".*

(Intervista Grace)

Qualche altra testimonianza in merito a situazioni di stress lavorativo la si rintraccia negli stralci che seguono, particolarmente significativi e densi da non poter essere ridotti di lunghezza.

*"Lo stress. Lo stress, perché io lo sento sulla mia pelle, che c'è, vuoi fare tante cose, come io, scuola, tirocinio, lavoro, in casa, ho una casa grande, due piani, voglio pulirla, lavoro anche in altre 3 case, voglio pulirle anche quelle, voglio fare tutto, alla sera quando arrivo alle 8 sono...non ce la faccio a stare in piedi, la schiena mi fa male, tutto questo stress, per poter portare anch'io qualcosa a casa, perché adesso la situazione è un po' più...mio marito è in malattia, con quell'incidente che ha avuto, a un passo di essere licenziato, ehhh, tutto questo insieme dico anche se porto anch'io un cinquanta euro a casa alla settimana, va bene, voglio fare tutto, è uno stress, ce la facciamo? posso mangiare? ho tempo, non ho tempo, devo andare via, devo ritornare, devo andare in altra parte, e tutto questo stress, per questo dico io che si è arrivato a questo punto. Da noi sei tranquillo a casa tua se vuoi ti svegli, lavori, sennò dormi, se...non lo so, questo è il mio pensiero..."*

(Intervista Lena)

*"Ero tanto stressata per il lavoro, perché volevo soddisfare le sue esigenze, lei stava anche esagerando, tanto, io ero soprattutto preoccupata di non perdere il lavoro (...) volevo a tutti i costi tenerlo questo posto, e soprattutto tenermi in salute perché sapevo che siccome non ero in regola e m'ha detto che non mi mette neanche in regola, io dovevo essere sana per mantenerlo".*

(Intervista Suzana)

*"Però, continuando la vita alimentare sbagliata, sempre fumare, sempre caffè, sempre poco mangiare, tanto stress, lavoravo anche*

*tanto, perché nel frattempo ho lavorato anche in un negozio di prodotti alimentari e...c'era tanto da lavorare...tra servire : clienti, ordinare la merce in magazzino, tante, tante robe, poi c'era anche il padrone di casa ecco che non voleva vederti di star ferma un attimo, quindi tanto stress”.*

(Ibidem)

La narrazione del proprio paese come isola felice non è comune a tutti i migranti, anzi per qualcuno la causa del proprio star male deriva proprio da situazioni di lavoro molto pesanti vissute prima dell'espatrio:

*“Perché era vita molto dura! Eh, te lavoravi tanto sui campi, te svegliavi la mattina, te partivi alle quattro, tornavi a casa la sera...non è che sono come qua le macchine, te lavoravi con le mani! Avevi ettari e ettari che facevi con le mani.(...) Eh si perché ti arrivavi a casa tardi e dovevi stare là, lava, perché non avevo la lavatrice, lava a mano, prepara il mangiare, non aveva il gas, quelle robe là.. con la legna per fare da mangiare. Dopo la mattina riparti e fai...e là...ciò, avere tutte queste responsabilità perché tu sei una donna...ho detto io non ci credo ste cose qua! Non vuol dire che se sei una donna e sei una mamma devi proprio essere una schiava in casa!”.*

(Intervista Ludmila)

L'altra categoria dello stress, accennata anche nel precedente stralcio, afferisce all'ambito familiare: situazioni di violenze domestiche, tradimenti coniugali, incomprensioni, solitudine nell'accudimento dei figli o nella gestione della casa. Di seguito alcuni esempi, il primo tratto dalla cartella clinica di una migrante nel reparto ospedaliero di Padova, il secondo da un'intervista a una migrante:

*“Il gesto autolesivo sarebbe stato causato dalla scoperta che il marito l'avrebbe nuovamente tradita e continuerebbe a tradirla come in passato”.*

*“Dopo la scoperta della persistenza della relazione extraconiugale del marito con una donna delle Filippine (instauratosi circa 5 anni fa), la paziente avrebbe pensato di non essere più in grado di reggere il peso della situazione (...) e avrebbe assunto una boccetta di Bromazepan per “farla finita”.*

*“La paziente riferisce di avvertire su di sé un grosso carico di responsabilità della gestione familiare e del sostentamento dei figli”.*

*“Lamenta numerose problematiche fisiche (...) e afferma di sentirsi tutto il carico di responsabilità della gestione familiare e del sostentamento dei figli sulle proprie spalle, perché non può contare sul marito”. Afferma di aver pensato di non poter più tirare avanti e, dopo*

*aver abbracciato i figli, avrebbe assunto l'ultima boccetta di Bromazepan."*

(cartella clinica di Luz, SPDC)

*"Cinque, sei anni, sono **rimasta da sola** con 3 figli, prima, e...mi sono trovata molto...mi sono stressata, abitavo fuori dal paese, dovevo fare tutto da sola, e mi spostavo sempre con la macchina, e...ad un certo punto, **ero carica** sia cioè come programma personale, che insegnavo arabo, che come bambini, la mattina andavano a scuola e il pomeriggio facevo fare 2-3 sport, mi sono trovata proprio in una situazione brutta. Sono rimasta incinta per la quarta volta...ho avuto una brutta gravidanza, sempre ogni momento, **sono forte, sono...cioè riesco, ce la faccio, aiuto gli altri, ma dopo quando svengo con la crisi d'ansia...**"*

(Intervista Fatima)

Anche le famiglie "spezzate", o "disperse", date da una migrazione condotta in maniera individuale, o senza l'apporto della famiglia d'origine, possono produrre sofferenza e portare a vivere situazioni di dolore all'inizio non codificati.

*"Questa donna minutissima che aveva un figlio in Italia, uno a Barcellona, l'altro in Germania, a casa aveva lasciato il marito e che si vedeva che proprio per lei il fatto di avere questi figli lontani era questo l'elemento, di depressività, e quindi era tutto sullo stomaco, lei non riusciva a mangiare, non riusciva a mangiare, era stata vista, avevano fatto la gastroscopia, l'avevano portato da specialisti, mi hanno portato tutti i documenti, anche spendendo tanti soldi, ma mai da uno psichiatra".*

(Intervista RR, medico)

La terza parola chiave che ritorna come causa della malattia è il *distacco*, l'essere sradicati, una doppia appartenenza che diventa doppia assenza, un'integrazione a metà, mai veramente completa, che porta a dire che un motivo è proprio perché "non sono a casa" (intervista Catiuca). Ci si sente travolti da numerosi cambiamenti, ai quali non sempre ci si adatta in fretta o completamente, eventi questi confermati dai successivi stralci, voci di migranti mescolate a opinioni degli operatori.

*"Depressioni, le depressioni post-partum e direi un disagio, il disagio di non sentirsi non so, accettata in questa società, di non sentirsi integrata, di avere perso i legami, le radici, ecco, persone che perciò si*

*scompensano, proprio sentendosi strappate dalle loro radici, ecco le persone che non riescono assolutamente a integrarsi quel minimo da capire un po' come muoversi, ecco, qui da noi.”*

(Intervista CC, infermiera)

*“Da due anni che comincio, a volte sto bene, a volte agitarmi, però io penso, un po' da quando ho capito le malattie, e tutto quello che ho, e un po' anche, può darsi anche stress, non so cosa, son stanca di andare da medici, sempre, e **poi sono una straniera, qualcuno mi tratta bene, qualcuno mi tratta male** [voce commossa], **quando mi trattano male mi sento proprio una persona persa, una persona che come nessuno che vuole bene, la persona che li vuole guarire, anzi forse mi vuole fare del male, così mi sento a me stessa, non è che va sempre così”.***

(Intervista Dijana)

*“Sono diventata matta perché...non so, qui non riesco a essere marocchina, e non riesco arrivare a essere italiana. E... **sono rimasta a metà**...però, da un altro verso, sono tornata in Marocco e non riesco più a vivere in Marocco, ho qualcosa di marocchino che mi rimane e non riesco a liberarmi, ho acquisito qualcosa dall'Italia, che mi va bene”.*

(Intervista Fatima)

*“Nella genesi di questo disturbo sicuramente è emersa una grande componente legata a una **difficoltà proprio di integrare**, per quanto lei fosse così evoluta e comunque così facilitata nel contatto con la cultura europea, però una difficoltà di integrare nei **suoi aspetti molto emancipati, evoluti ecc, con degli aspetti di invece più legati alla sua cultura di origine** dove l'importanza della famiglia, della madre di famiglia ha un ruolo più preservato e lì lei riusciva con difficoltà a bilanciare il tempo che lei dava al lavoro con il tempo che doveva dare alla bambina e un po' al suo progetto di famiglia, insomma questa cosa l'aveva mandata in tilt.”*

(Intervista ET, medico)

Un altro fattore che determina lo stato di malessere si riferisce a esperienze di malattia o lutto di familiari, e del conseguente sentirsi soli al mondo, senza riferimenti o aiuti, che portano a non avere più l'energia necessaria per affrontare la vita:

*“Anche quello me tiene a mi molto preoccupada, sì, y reagi vengo con esta depression, despression, muy triste, muy triste como senza voglia como de andare avanti, senza, senza, como te explico, yo siento che ho perso non so se a perder mi mama, perdì como...prego molto a Dio, por giorno me sento tranquilla, por giorno...me pongo anche a bere un po' de vino, liquore, dopo, por quello ho avudo questa, crisi digamos de che,*

*ho pensato a togliermi la vida, finirla (...) e in quel periodo me vedìa che non...molto male, como chiusa, chiusa, **no vedìa como porta di uscita, no?***

(Intervista Grace)

*“Disturbo psicotico. Il paziente riferisce dispercezioni uditive e idee di persecuzione. Il quadro è insorto due anni fa dopo la morte del padre”.*

(Cartella clinica di Mustapha, SPDC)

La solitudine, il non sentirsi compresi nei propri problemi, crea chiusura e difficoltà di superare le fatiche e le rielaborazioni di ciò che accade.

*“La mia suocera quando ha visto che la bambina è malata mi ha detto una parola, mi ha detto che sono una handicappata, e se non sono stata capace di fare un bambino sano, ho fatto una handicappata. Pensate, dottoressa, sono passati 10, 11 anni, queste parole li sento come sento le parole della bambina, sono molto pesanti, non li posso digerire, rimangono, sono tante cose da dire, gli dico, se, se mi ricordo piano piano qualcosa, sto male, forse sto male per tutto quello che la gente, non è così gentile.”*

(Intervista Lena)

Un motivo dello star male deriva in molti casi proprio dall’essere stati travolti da numerose situazioni difficili, da esperienze laceranti e dolorose, che nella lettura di chi le ha vissute non riescono più ad essere tenute insieme ed esplodono in malesseri di varia natura.

*“È difficile, io non capisco alcune cose, tutte queste io li tengo dentro, li tengo, non lo so se mi fa male tutte perché, sono troppe, troppe. Quelle che pesano, non le puoi toglierti da te stessa”.*

(*Ibidem*)

Appare importante sottolineare come nel racconto della malattia sia presente la ricerca di significato per dare un senso all’esperienza vissuta: la ricerca di correlazioni, motivi e cause fa emergere il bisogno di un mondo dotato di senso che permetta di ristabilire un ordine di normalità, anche quando il nuovo senso appaia bizzarro, incongruo, incoerente e spiazzante. Una sorta di meccanismo di difesa, che Garfinkel (1967) esprime bene nell’elenco delle procedure del ragionamento sul senso comune, che porta l’uomo a trovare

confini certi e definizioni della situazione nuove e adattabili a contesti e situazioni ignote o imprevedibili.

#### 4.6. Conseguenze della malattia: l'esclusione

Nell'analisi delle storie di malattia appare non sempre facile distinguere le cause dalle conseguenze: in questo paragrafo si tenterà di considerare la categoria dell'esclusione come elemento successivo all'insorgere della malattia, consapevoli che il contributo che essa potrebbe aver dato all'avvento stesso della malattia è comunque notevole.

Esclusione, discriminazione, differenza, diffidenza, non-integrazione, sono parole chiavi ricorrenti nelle interviste biografiche e nelle interviste agli operatori, e delineano un quadro di estrema fragilità e vulnerabilità per chi si trova a vivere tali situazioni.

Vivere con una malattia definita "mentale" significa fare i conti con i pregiudizi, ormai secolari, legati a questo disturbo e alle rappresentazioni prodotte nel tempo dalle società su cosa significhi "essere matto" e sul concetto di "follia". Come spiegato efficacemente da uno psichiatra, e come già esposto, c'è una sorta di equivalenza tra l'essere matto e l'essere fuori dalla società: "perché se sei matto vuol dire che non sei giusto, se non sei giusto vuol dire che non riesci a stare nella società, che poi dopo è vera sta cosa, nella sua intima essenza è così la follia" (Intervista PB, medico). Lo stigma continua a essere molto forte e produce discriminazioni e disagi, escludendo di fatto la persona da spazi e tempi di "normalità" e relazionalità.

*"Però prima del 2000 non era molto popolare, in Romania il termine, no la frase, vado dalla psicologa somiglia con" vai da manicomio", qualcosa del genere, quindi ti vergogni, non puoi dire diciamo che vai da un psicologa a fare delle sedute, tutti pensano che sei matta, e devi andare a ricoverarti in manicomio, e ti trattano come, come pensano loro che devi essere trattata, **una persona sconfortevole per la società.**"*

(Intervista Corina)



Secondo i migranti, la differente appartenenza culturale e la malattia incarnata vengono vissuti dal paese ospitante con poca accettazione delle diversità, tanto da condurli a sentirsi addirittura inutili e ininfluenti, forse perfino invisibili.

***“È molto duro per la gente straniera, in un paese straniero, anche questo diciamo che mi ha, mi ha deluso tantissimo, però è duro quando i tuoi colleghi ti dicono, “ma perché cavolo non vai nel tuo paese”, con i tuoi colleghi di lavoro da anni diciamo, è duro proprio, e dopo c'è anche la gente magari nei supermercati, dal dottore, io sinceramente non apro la bocca, per non sapere che sono straniera”.***

(Ibidem)

***“Io non faccio nulla, sono proprio inutile su questo mondo, a questa, a questa punto di vista, neanche al lavoro non mi vogliono, adesso sono in malattia, aspetto, per decidere cosa, perché non hanno posto per me, pensa te se mi licenziano anche quelli, già la mia testa proprio la sento che non.. mi sta soffiando... tutto, tutto va storto, l'unica cosa che mi rimane di pregare a Dio è... neanche non posso parlare con vicini di casa perché loro pensano che se ho questa invalidità, prendo soldi, prendo i schei, come se li sto fregando Anna, pensa te, ho paura anche di aprire la bocca di dire magari per piacere puoi portarmi di qua per prendere un pezzo di pane, niente, cosa vuole dire, che sono inutile proprio, se magari se non sarò sul mondo, tutta la gente andrà dritta per lo stesso senza di me”***

(Ibidem)

L'esclusione assume a volte i tratti di un'auto esclusione: le relazioni personali sono vissute come pericolose o destabilizzanti o poco comprensive, tanto da desiderare di poter stare da soli.

***“Però non rispondo tanto alle chiamate perché mi dà fastidio. E gli avevo anche detto “Non riesco più a parlare con nessuno perché non fate altro che dirmi: “Come stai? Ma cosa è successo? Ma come va con lui? Ma là..?” e là a me mi fa ancora peggio perché uno comincia a piangere, comincia a tremare perché mi agito...”***

(Intervista Ludmila)

L'esclusione non è solo quella agita da altri nei confronti di una malattia ritenuta difficile o pericolosa o sgradevole; si possono delinearne altre forme che coinvolgono diversi ambiti della vita personale. Da una lato, la malattia esclude di pensare al futuro: “però sinceramente no, adesso, adesso, non voglio

pensare, neanche non posso pensare al futuro diciamo perché se comincio a pensare cosa faccio già... vado fuori di testa, perché già la mia vita è molto limitata” (intervista Corina).

In secondo luogo la malattia esclude dalla possibilità di sentirsi normali: “però vorrei anche io amare, provare questo sentimento, io vorrei anche io sentire amore, di fare amore, voglio anche diciamo essere una persona normale, questo lo vorrei tanto” (*Ibidem*).

In terzo luogo la malattia esclude dalla possibilità di lavorare, realizzarsi ed emanciparsi: “Dopo, mi ha detto no, non devi lavorare, perché la tua salute non ti permette, svieni più spesso, non stai bene” (Intervista Fatima).

Un elemento che accentua il sentimento di esclusione è la discriminazione da parte dei servizi socio-sanitari, che in maniera a volte subdola, per via di un razzismo “strisciante”, possono attuare comportamenti di non considerazione delle differenze e di stigmatizzazione. Una psichiatra racconta nello stralcio che segue la sua esperienza.

*“Però sottopelle secondo me passa, e questo è il problema secondo me del razzismo, poi, perché non è quello professato così "ah io sono contro" perché quelli so' cretini e non...è quella cosa sottopelle che passa, per cui poi alla fine tu non dici più "abbiamo ricoverato un signore della Cina", ma dici abbiamo il cinese, abbiamo il pakistano, abbiamo il marocchino, abbiamo lo schizofrenico, cioè è lo stigma, lo stigma che noi psichiatri abbiamo sempre cercato di combattere, quindi non dobbiamo dire che un paziente è schizofrenico, dobbiamo dire che c'è un persona ammalata di schizofrenia, eh, sì come dobbiamo dire che c'è un paziente ammalato di diabete, cioè non è la malattia che identifica la persona, non dovrebbe essere la nazionalità, hai capito, e invece purtroppo anche nelle riunioni, tutti ci caschiamo, cioè tutti ci caschiamo perché poi alla fine, se tu vivi in un modello culturale permeato di questo, che ogni giorno ti fa sentire questo, e gli articoli sul giornale, eccetera, tu non te ne accorgi ma assorbi, questo secondo me è il grande problema reale”.*

(Intervista RR, medico)

La percezione di una differenza di trattamento emerge anche da parte dei migranti.

[Ricercatore: Secondo lei la trattava così perché lei era straniera?]

*“Uhm, io pensavo di sì. io pensavo sì, e anche gli diceva, e lui mi diceva no, non è questo, però io dicevo mi tratti così perché io non ho tutti i diritti come voi italiani di essere trattata come un paziente normale, e comincio a piangere”.*

(Intervista Dijana)

Non sentirsi del tutto compresi, accettati, sia in quanto migranti, sia in quanto affetti da un malessere definito mentale, sia da entrambe le cose insieme, porta a difficoltà che interessano diversi ambiti della vita della persona. L'esperienza del non riconoscimento o misconoscimento produce effetti sul senso identitario, sul fronte della realizzazione di sé e sulla possibilità di superare le situazioni difficili invece che sentirsi vittime e oggetti degli eventi.

## Capitolo 5

### L'ambivalenza come dimensione ricorrente

Il fenomeno migratorio è dinamico, un processo continuo, spesso contraddittorio di “variazione della rappresentazione della realtà di se stessi e degli altri. (...) È assai interessante osservare come i migranti giochino (nel senso goffmaniano) fra varie identità, appartenenze o rappresentazioni di sé” (Palidda in Sayad, 2002: XI-XII).

Le contraddizioni, l'ambivalenza sono davvero dimensioni ricorrenti nelle narrazioni biografiche e di malattia, come pure nelle interviste agli operatori. Le caratteristiche tipiche della condizione di migrante, mai solo emigrato né esclusivamente im-migrato, evidenziano una mobilità notevole, raccontano di persone che vivono uno stato giuridico mutevole, esperiscono un attaccamento alla propria terra d'origine che cambia in intensità e rappresentazioni lungo la loro storia, e un desiderio/necessità di appartenenza al paese in cui vivono. Sperimentano su di sé ciò che Park (1928) definisce come “ibrido culturale” e che Sayad (2002) indica come una “doppia assenza”. Anche Schütz (1979) nella già citata analisi dello straniero, definisce l'ambiguità come una caratteristica legata alla condizione del migrante tanto da diventare una condizione di vita abbastanza stabile, poiché, solitamente, il soggetto non riesce a scegliere di aderire in modo completo ad uno dei due mondi, e vive in costante oscillazione tra maggiore o minore distanza dai modelli di appartenenza e del paese ospitante.

Le categorie seguenti danno conto di alcuni ambiti in cui l'ambivalenza viene narrata maggiormente.

## 5.1. La doppia appartenenza e la doppia assenza

*[Ricercatore: Cosa potrebbe fare là in Macedonia?]*

*“Niente, basta che mi sentirò in mia casa, in mio posto, là dove ho passato mia vita, perché qua mi sento proprio buttata su un'altra parte”.*

(Intervista Dijana)

Come si evince dalla voce della migrante intervistata, la percezione di come sia veramente “casa” è difficilmente circoscrivibile a un'unica definizione o località, anche se è indubbio che la descrizione di “perché qua mi sento proprio buttata su un'altra parte” evidenzia un attaccamento al proprio luogo di origine molto forte, che non è stato “rimpiazzato” da un'appartenenza altrettanto significativa. Altre interviste invece fanno emergere una rappresentazione del proprio sentirsi a casa molto più orientata alla nuova sistemazione in Italia, soprattutto nei confronti delle seconde generazioni, che non si ritrovano nel paese di provenienza dei genitori, poiché spesso non corrisponde a un'immagine idealizzata e statica fin qui costruita.

*“Allora mi piacerebbe, piaceva avere la mia casa, per aiutare mia mamma ad arredare la sua...perciò mia mamma ha costruito la sua casa, l'ha arredata bene, però è vuota, non ci abita nessuno, adesso lei è qui, e la casa è lì, e i miei figli non vogliono andare lì, perché la casa è bella, sì, la roba è tutta dell'Italia, sì, ma quando esce nel quartiere, sente le parolacce, sente le bestemmie...qui non fa caso, che un italiano dice bestemmia, ma quando ha trovato il marocchino a dire bestemmia, allora...questi qui, proprio annullato, non vuole più andare in Marocco, ha detto: non sono perfetti come pensavo. Ho detto: Guarda, nessuno è perfetto, neanche in Arabia Saudita”.*

(Intervista Fatima)

La presenza dei figli pone questa questione in maniera molto forte, in misura maggiore se essi stessi sono la sintesi di due appartenenze, perché figli di matrimoni misti.

La scarsa integrazione, la continua memoria delle diverse origini, pone la persona a chiedersi dove possa sentirsi veramente a casa, perché accolta, e dove possa andare per “trovarsi”, come se la ricerca di sé, della propria identità, passasse per un continuo andare, viaggiare e cercare.

*“Va in Marocco, uno fa: “tuo padre è cristiano, italiano cristiano, la tua fede è 50%, non riesci mai ad avere la fede completa, è a metà”. Da quell'anno non è più voluto tornare. Qui gli danno del marocchino, in Marocco danno a mio figlio del cristiano, ha detto: “dove vado a vivere, in Gibilterra, io”?*

*I bambini giocano, uno scherza con l'altro, diceva: “marocchino di merda”. Lo stesso figlio, nel giro di 2 mesi, siamo andati in Marocco, il vicino di casa ha detto: “figlio del cristiano, la tua fede è solo a metà, non riuscirai mai...” praticamente non entra in paradiso (ride)”*

(Ibidem)

***“In Italia non trovo, non mi trovo, non trovo me stessa, ma tornando in Marocco non riesco più a trovarmi, mi cerco, come mio figlio, vado a cercarmi a Gibilterra...”***

(Ibidem)

*“Eh lui [il marito] non mi lascia tornare perché cerca di confortarmi, non può, non può chiedermi anche questo, “sei una mamma, i bambini hanno bisogno della mamma”, però io per i miei pensieri penso che mi rilasso un po', di non pensare per esempio di tutto questo che sto passando qua, penso di non pensare, però credo che penserò, poi per i bambini, e mi mancheranno, anche là soffrirò non è che starò tranquilla, loro qua e io di là, soffrirò anche forse di più, però a me, per i miei pensieri mi manca solo questo, non so altro cosa fare, per farmi cambiare la mia testa, così, i miei pensieri”.*

(Intervista Dijana)

Il migrante è “atopos, senza luogo, fuori luogo, inclassificabile. (...) Né cittadino, né straniero. (...) l'immigrato si situa in quel luogo “bastardo” di cui parla anche Platone, alla frontiera dell'essere e del non-essere sociali. Fuori luogo, nel senso di incongruo e di inopportuno. (...) Doppia assente, nel luogo di origine e nel luogo di arrivo” (Bourdieu in Sayad, 2002: 6).

Sentirsi a casa in due posti, o non sentirsi a casa da nessuna parte, sono solo alcune delle possibili percezioni o stili che riguardano questo tipo di ambivalenza. Molte volte la doppia appartenenza o la doppia assenza non sono vissute allo stesso modo ad esempio da parte dei due partner, che pure hanno condiviso lo stesso progetto migratorio.

*“Ah...perché non si trova più bene là, si è staccato di tutto. Eh, lui si trova... cioè per lui la casa è qua, non là. **E per me non so dov'è, perché non mi sento a casa nè qua, nè là...ma...è così.**”*

(Intervista Tamara)

Questo sentimento così mutevole esprime, o riflette, un'elevata mobilità del migrante, sia in termini dell'elevato numero di paesi che ha attraversato, sia in relazione alle continue andate e ritorni nel proprio paese d'origine, molto più elevate rispetto alla migrazione di qualche decennio fa. Questi nuovi modi di intendere lo spostamento fanno sperimentare più vicinanza, un legame vivo e molto presente, elemento questo di protezione rispetto a situazioni di isolamento e solitudine, ma a volte anche di continua rimessa in discussione del proprio progetto migratorio.

*“Ma per restare, per restare, non...ma non è che adesso voglio ritornare, **quando vado là non vedo l'ora di venire qua, quando sono qua, non vedo l'ora di andare là...**è un po'...perché di là è la mia famiglia, forse se fossero tutti qua, sarebbe a posto, neanche non vorrei vedere la Romania, però, visto che loro sono tutti là, voglio andare anche di là”.*

*(Ibidem)*

Il pensare al rientro non assume necessariamente le caratteristiche di un fallimento rispetto al progetto migratorio, ma può rappresentare un'eventualità concessa a chi nel paese di origine sa di poter contare sulla presenza di legami familiari significativi, su una situazione economica felice e su prospettive ancora aperte; queste condizioni sono contrapposte a chi “deve” continuare la propria permanenza in Italia perché non ha alternative altrove. Se non si torna, i motivi non sono di natura economica o pratica, ma legati a traumi subiti, difficoltà incontrate e non ancora rielaborate.

*[Ricercatore: Ha pensato di tornare indietro qualche volta?]*

*“Sì, dicevo anche a mio marito che faccio bene, anche se finisco questa scuola, a me tanto di lavorare e prendere tanti soldi non mi interessa, voglio farla, finirla, spero con il tutto il cuore che lo finisco e ho detto a mio marito, se... le cose vanno così per te, sei in cassa, adesso cassa integrazione, ti mette in mobilità, in disoccupazione qualcosa, se torniamo a casa, siamo vicino di loro (genitori n.d.r.), hanno bisogno anche loro di noi, ormai, sono da soli, cosa facciamo? Che alla fine anche là si vive bene, stanno qua quelli che non hanno niente, noi invece abbiamo tutto e stiamo qua per...per cosa... è che là è difficile per noi vivere, sono ricordi molto più...”*

*(Intervista Lena)*

La rappresentazione del proprio paese è un elemento molto presente nelle narrazioni biografiche, e l'ambivalenza su questo riguarda la doppia concezione come un "rifugio" o al contrario come una "prigione". Come si è già trattato nel par. 4.5. il paese ospitante può apparire come un luogo dove impera un lavoro molto intenso, con ritmi accelerati (Intervista Suzana, Tamara), legato a debiti da onorare e aspettative da mantenere, contrapposto a una situazione felice e più rilassata del paese d'origine. Lì non c'è lo stress vissuto nel paese ospitante e, secondo i migranti, le persone sono meno affette da disordini mentali (Intervista Lena). Allo stesso tempo è una terra di poche prospettive, dove manca del tutto il lavoro, la prospettiva di futuro si arresta e si assiste a corruzione (Intervista Grace) e inefficienze.

Oppure le narrazioni riguardano un paese di origine più gioviale, più aperto, più "caldo", però anche meno "sicuro" (Intervista Linda). Il paese viene visto come *rifugio*: "diciamo che in Romania avevi proprio un rifugio. Magari avevi i genitori vicino a te, eri nel tuo paese, nella tua.. eri là e qua non puoi rifugiarti da nessuna parte " (Intervista Lena), un porto a cui ritornare, per ricaricarsi (Intervista Cristina), per fare scorte di affetti e vicinanza, ma anche come gabbia: "Perché là non te gavevi né una pensione, né uno stipendio, non te gavevi niente, dovevi venire.. pensavi al futuro dei ragazzi, a farti una casa" (Intervista Ludmila), come un sistema in cui si è incasellati in rigidi schemi di ruoli, legati soprattutto alle differenze e disparità di genere.

È impossibile considerare la migrazione come un tutto omogeneo, né esistono elementi comuni a tutti i rapporti del migrante con il paese di origine e con i connazionali: nelle interviste emerge molto spesso sì il sentimento di appartenenza al paese d'origine, ma con caratteristiche che evidenziano una differenziazione sia rispetto a chi è rimasto "di là", sia rispetto a chi è emigrato "di qua", come se il proprio progetto migratorio fosse comunque irriducibilmente singolo e diverso.

*"Forse noi non siamo qua come gli altri, perché abbiamo avuto sempre anche in Romania, non siamo stati di quelli che non sapevamo cos'è"*



*una bicicletta, una macchina, e loro quando non avevano di là niente sono arrivati qua, vogliono proprio catturare tutto, avere tutto loro”.*

(Intervista Lena)

Anche la contaminazione con tradizioni, stili e comportamenti diversi da quelli del proprio paese, apre a sfide e alla necessità di fare sintesi di differenti codici: chi integra i nuovi aspetti, pur nel rispetto delle proprie specificità, rischia talvolta di essere estromesso e di venir considerato un “meticcio” (tanto più se la mixité è accentuata da matrimoni misti).

*“Ci sono gli uomini che non vogliono che le loro donne frequentano me, che io parlo con gli uomini, cioè coperta come sono, non mi trucco, proprio apposta per parlare liberamente, e parlo delle cose normali, non vado a parlare delle cose vergognose, ma lo stesso, il fatto che io sono libera, vado con la macchina, mio marito mi lascia la... per esempio se una donna ha bisogno, anche a mezzanotte, lui tiene i bambini, io vado. Per esempio tre giorni fa una signora aveva bisogno di andare via...l'ho accompagnata, alle 3, di notte, cioè lui non ha problemi, si fida, tranquillo”.*

(Intervista Fatima)

Chi emigra in forma volontaria sente di avere dentro sé un potenziale di rottura con un mondo preconstituito, con regole già fissate, e ritiene di poter scrivere da sé il proprio destino: [i genitori ] “volevano sposarmi in quel paese, prendere un ragazzo che lo conoscevano loro, lavorare tutta la vita la terra, rimanere un contadino, quindi io volevo fare diciamo qualcosa con la mia vita di diverso” (Intervista Corina); spesso però si scontra con i pregiudizi degli autoctoni rispetto alle capacità dei migranti.

*“All'inizio io, era duro, perché le ragazze erano italiane e non capivo niente, due parole, tutto qui, e diciamo prima volta quando ho detto “beh, speak english?” Quelle hanno cominciato a prendere fuoco, “no ma fai la spiritosa?”, qualcosa del genere, io non capivo tanto ma c'era un'altra ragazza rumena che mi ha detto che erano molto offese, che faccio anche l'intelligente, che...tutto qui, e dopo ho cominciato a non parlare, anche quando dicevano a miei colleghi che avevano bisogno di fare dei calcoli, no, anche se sapevo, mai detto qualcosa, si parlava, mi diceva “ma l'hai mai letto quel libro”, no, anche se sapevo con gli occhi chiusi, mai, mai, detto queste cose”.*

(Intervista Corina)

*“Secondo loro (italiani) dobbiamo solo fare pulizie ma non vedono che uno può essere anche in grado di fare di più, anche in ufficio? Per esempio io sono anche capace di lavorare in ufficio, e c'ho lavorato per uno può due mesi da un mio amico, e tutto soddisfatto ha detto “non capisco perché non trovi lavoro”. [...] Ho fatto anche due anni di informatica, mi sono anche diplomata appunto per trovare lavoro, niente, mai, non mi hanno mai, sempre mi hanno detto di no. Oppure al supermercato, ma neanche là, sono andata a fare domande, proprio zero, non...chissà cosa pensano, che noi non sappiamo contare, matematica diversa?”.*

(Intervista Aneta)

## **5.2. I servizi e i farmaci, tra paura della dipendenza e fiducia nell'aiuto professionale**

Un altro aspetto in cui l'ambivalenza si esprime è la rappresentazione e il rapporto con i servizi di cura e con gli strumenti terapeutici quali i farmaci. I poli attraverso cui quest'ambivalenza oscilla sono, da un lato, la paura della dipendenza e la diffidenza sulla loro reale utilità, e dall'altro il riconoscimento e la fiducia nell'aiuto e nell'efficacia della cura.

Prima ancora di accettare il ruolo dei servizi e dei farmaci, la persona deve accettare il proprio stato di malattia: non esiste un percorso lineare e molte volte è proprio il rapporto con i terapeuti che permette di elaborare questa consapevolezza.

L'accettazione del proprio star male passa spesso attraverso le considerazioni delle persone a sé più vicine, che riscontrano delle anomalie nel comportamento e delle difficoltà non superabili in maniera autonoma. Molte volte la consapevolezza della rete rispetto a comportamenti bizzarri o non più accettabili non è sempre accompagnata, secondo alcuni operatori e in alcuni casi, dall'interesse a capire le ragioni profonde del malessere delle persone (Intervista CC, infermiera).

*“Ero triste, cioè proprio triste, infatti se ne sono accorti. Mi vedevano triste, magari scontrosa e... la mattina facevo fatica ad alzarmi dal letto, quello sì. Invece poi un po' alla volta mi sono fatta forza, nel senso*

*che mio marito sì, con la scusa che lavora tanto, anche ha fatto anche fatica a vedere qualcosa...è un uomo (risata)!"*

(Intervista Linda)

Molte volte l'irrompere della malattia viene ricondotta a cause organiche e a sintomi somatici, e i primi tempi gli sforzi sono destinati a rintracciare delle motivazioni fisiche, portando i migranti a sottoporsi a esami, indagini e numerosi accertamenti.

*"Però prima di arrivare a questo psichiatra sia qua in Italia sia quando sono andata giù in Romania, ho fatto tutte le analisi possibili e impossibili dappertutto perché ero convinta che c'è qualcos'altro perché mi faceva male qua, perché sentivo male qua, perché mi fa male, perché non riesco a mangiare, che cosa c'entra lo stress con il mal di schiena, con il mal di testa, ho fatto le analisi dappertutto (ride) perché ero sicura che ho cancro non so dove non so perché, chissà che malattia ho e tutte le analisi erano uscivano bene sempre bene sempre bene e alla fine sono arrivata dalla psichiatra".*

(Intervista Tamara)

La malattia, ignota, che provoca disequilibrio, che costringe a fare i conti con malesseri nuovi, che suscita timore per i cambiamenti che comporta, prevede percorsi diversi di accettazione e diffidenze, anch'essi carichi di ambivalenze.

L'accettazione della malattia può essere particolarmente dura per la persona, abituata a un controllo molto forte su di sé, o al contrario può risultare di sollievo, perché libera dalla responsabilità personale, potendo attribuire malesseri e comportamenti inusuali a una forza esterna, la malattia appunto. Di seguito vengono riportati due stralci che evidenziano le due diverse posizioni, in questo caso presenti nella stessa persona, a riprova della non linearità dell'atteggiamento e della compresenza di differenti sensazioni nei confronti di un aspetto tanto delicato e intenso da coinvolgere l'esistenza intera.

*"Perché è difficile accettare queste, cioè all'inizio ho pensato non è possibile che dallo stress puoi avere questi sintomi che puoi sentirti così male, se non sapevo cosa vuol dire attacco di panico non, non sapevo niente di questa malattia qua proprio zero, e non accettavo, cioè non volevo accettare, però comunque ho cominciato a prendere quelle gocce, che mi hanno fatto più male che bene perché da novembre,*

*novembre e dicembre non me lo ricordo, cioè non mi ricordo, so solo che dormivo e piangevo, e dormivo e piangevo sempre, e non volevo stare a casa da sola, non lasciavo mio marito andare al lavoro perché avevo paura di stare da sola a casa, in questo periodo sono andata dal mio medico e in PS non so quante volte perché stavo male e mi sentivo ogni giorno più male...”*

(Ibidem)

*“Perché è una malattia, cioè non è che sei matto che sei diventato matto da oggi a domani, è una malattia, però anche a me c'è voluto tanto accettarlo”.*

(Ibidem)

A volte l'affluenza al servizio più che coincidere con la consapevolezza del proprio star male, risponde a richieste esterne, di componenti del nucleo familiare, che si decide di accontentare per non far soffrir loro ulteriormente.

*“Quindi diciamo sono stata costretta un pochino arrivare qui. Io non, io non penso che ne ho problemi con la testa, diciamo; lo so che non ho vita sessuale, diciamo, però, neanche adesso voglio riconoscere che ne ho problemi mentali, però lo faccio per lui, perché lui è molto contento e vedo quando vado a casa che è molto contento magari quando mi porta lui qui.”*

(Intervista Corina)

L'ambivalenza nei confronti di servizi e cure riguarda la dinamica autonomia-dipendenza: *autonomia* intesa come capacità di “farcela da soli”, di essere ancora padroni delle proprie scelte e con un controllo sulla propria vita, e *dipendenza* intesa come sottomissione della propria vita a stili esterni, che imbriglia in meccanismi di non piena libertà e che richiede la presenza di professionalità e strumenti standardizzati e istituzionalizzati per poter tornare a star bene.

Certamente la volontà, libera, di rivolgersi a un centro di salute mentale rappresenta un ottimo punto di partenza per la costruzione di una relazione terapeutica efficace: affluire a un servizio con la fiducia nelle possibilità di cura di operatori professionisti significa accettare in larga parte le proposte che il servizio darà.

Al contrario invece, la diffidenza, può risultare di intralcio alla comunicazione, alla relazione con gli operatori e al percorso di cura. Diffidenza,

beninteso, che può essere presente in tutti gli attori coinvolti, non solo in chi si rivolge ai servizi, ma anche negli operatori. Secondo tutti gli psichiatri e gli infermieri intervistati, la maggiore difficoltà su questo fronte è tipica delle persone orientali, specialmente se provenienti dalla Cina: queste rappresentano la “distanza” per eccellenza, dai codici linguistici, dalle pratiche di cura e dalle espressioni della sofferenza, e pongono gli operatori in una situazione di difficoltà e spesso di incapacità a rispondere in maniera adeguata. Diffidenza che si esplicita, nei migranti, in una mancata accettazione dei farmaci, in una chiusura nella comunicazione, in altre parole in un non riconoscimento dei servizi come deputati alla cura e alla guarigione dal male vissuto. Una diffidenza, secondo alcuni, che racconta molto di più, e che in realtà si esprime nei confronti di tutto ciò che è occidentale, a prescindere dalla bontà della proposta, terapeutica o meno.

*“Una diffidenza nei confronti del sistema, come se fosse meglio quello che viene prodotto da loro, una diffidenza... anche se gli dicono che i farmaci vanno bene, poi gli prescrivono gli stessi farmaci, non lo so, però, se li fanno importare dalla Cina. Addirittura a volte la stessa molecola, non solo lo stesso principio attivo, lo stesso farmaco, così, lo stato italiano glielo dà gratis, vabbè, come vuoi”.*

(Intervista PB, medico)

Partendo dall'affermazione di Beneduce: “L'efficacia di un trattamento è la sua capacità di elaborare un senso soddisfacente per colui che soffre e per il suo gruppo” (Beneduce, 1997a: 23), entriamo nell'analisi del rapporto coi farmaci. Questa è un'altra dimensione nella quale risulta presente la dinamica oscillante tra fiducia e sfiducia, tra accettazione e diffidenza.

Da un lato infatti il farmaco diventa il depositario per eccellenza della cura, spesso circondato da un'aurea di guarigione miracolistica; così come rivolgendosi a un servizio di salute mentale ci si aspetta una restituzione diagnostica, allo stesso modo ci si può aspettare di vedersi prescritti dei farmaci. La prescrizione delle medicine è raccontato, da qualche psichiatra, come più facile con i migranti, proprio per i poteri di guarigione totale che essi vi attribuiscono.

*“Allora secondo me si aspettano, di avere la medicina, sì, sì sì, sì, ecco, da quel punto di vista lì è più... facile, secondo me, con gli stranieri, nel senso che hanno molto anche un vissuto un po' miracolistico nei confronti della medicina, nel senso che il farmaco è proprio il veicolo della salute, nel senso che gli attribuiscono dei poteri anche maggiori rispetto a quelli che realisticamente può, può avere, e queste secondo me le differenze un po' più degli italiani, sì, questo mi viene in mente, che hanno un rapporto forse un po' più interno, no per alcuni aspetti col farmaco”.*

(Intervista AC, medico)

Uno strumento importante nella relazione terapeutica e che incide sull'efficacia dell'adesione al trattamento, riguarda una comunicazione chiara, precisa e completa: quest'aspetto sarà affrontato in maniera più approfondita al cap. 6. Qui si accenna alla necessità, riscontrata in molti operatori e non circoscrivibile solo alla relazione con i migranti, di offrire una declinazione comprensibile dei diversi tipi, degli effetti e dei tempi che contraddistinguono l'assunzione dei farmaci. Tale aspetto, che dovrebbe far parte del patrimonio professionale dei medici, diventa irrinunciabile quando si ha a che fare con la comunicazione sugli psicofarmaci, in cui il nome stesso evoca malattia mentale, follia, psichiatria, e azioni sulla psiche stessa, la propria mente, il proprio cervello.

*“Perché non vuole prendere il farmaco? - Eh perché poi mi cambia la testa - hai capito? - E dopo che succede, come sarò io? - Eh insomma, cioè è chiaro che noi introduciamo qualcosa di nuovo, il farmaco, lo psicofarmaco, ha un valore, importante, importantissimo, spiegare bene, ecco perché io dò sempre tante spiegazioni sull'uso, perché poi sennò la compliance non c'è”.*

(Intervista RR, medico)

Spesso questa comunicazione non è del tutto efficace, o non sufficiente a superare le diffidenze della persona, e l'approccio con i farmaci può essere poco convinto, talvolta osteggiato quando addirittura assolutamente disatteso. In questa eventualità troviamo la rappresentazione del farmaco come un elemento che agendo sulla mente, provoca una trasformazione della persona, rendendola “non più se stessa”, cambiandola, ponendo la vita fuori dal controllo personale.

*“La vera depressione è un'altra cosa e quello a me.. a me fa tanta paura la depressione! A me fa tanta paura, anche perché ho degli amici che.. che sono in cura anche qua. E quindi li vedo che sono degli zombie. E..”*

*[Ricercatore: Per via della malattia o dei farmaci?]*

*“Non so, non so. Li vedi che non sono più la stessa persona! Sono veramente cambiatissimi. Ho un amico in particolare che, proprio recente... e lo vedi che cammina come... cioè è una persona che non c'è! **Lui è lì ma non c'è!**”*

(Intervista Linda)

Certamente l'espressione maggiormente presente per la scelta di rivolgersi ad un servizio e rispetto all'accettazione della malattia e dei farmaci, è la *paura*: come si è già detto riguarda il timore di “cambiare”, di non essere più se stessi, di modificare la propria personalità in via definitiva, e soprattutto di non poter più vivere senza, il timore quindi di una dipendenza senza fine. Inoltre c'è la paura che i farmaci non siano compatibili con le normali azioni della vita quotidiana, e soprattutto col lavoro, o che rendano più riconoscibili le malattie di cui soffre la persona. Secondo alcuni le medicine sono assolutamente inefficaci, o comunque inutili senza una forza di volontà che produca la motivazione a star meglio, altri riferiscono che servono a tranquillizzare ma non possono impedire che il cervello continui a rielaborare e ricordare traumi e sofferenze subiti. Per alcuni l'aspetto più negativo sono gli effetti collaterali, che caricano la persona di ulteriori dolori o preoccupazioni, soprattutto sulla loro reversibilità. Spesso inoltre i timori riguardano anche la cerchia familiare, laddove questa non condivide la scelta di ricorrere alle medicine per uscire dalla sofferenza: “Secondo mio marito sono una drogata che non posso stare senza medicine” (Intervista Tamara).

Come nelle precedenti ambivalenze, anche nel rapporto coi farmaci spesso coesistono nella persona entrambi gli atteggiamenti, lo stralcio che segue lo esprime in maniera chiara e esemplificativa.

*“Però magari io adesso prendo queste terapie qua: mi sento un po' più tranquilla, già dopo dieci giorni che li prendo sono un po' più.. Però ho paura che dopo se vado a lavorare.. anche diciamo che vado provare a lavorare, però dopo se ho una ricaduta, perché non è che posso andare a lavorare e prendendo anche queste cose qua.. e se mi succede qualcosa, magari anche se prendo queste, che ho una crisi di nervi o*

*chissà che cosa, mi fa: "Beh, te prendi queste, te droghi, è normale che te comporti così!".*

*[Ricercatore: Chi gliel'ha detto?]*

*"No, dico...mi faccio un'idea, diciamo. E là.. Perché ormai sappiamo tutti che è una droga...No! xè un antidolorifico! Quindi... Xè che dormo tanto".*

(Intervista Ludmila)

Un aspetto molto importante, tanto da essere presente in numerose narrazioni, e che si ritiene permetterebbe una gestione più consapevole e serena dell'aspetto della cura, riguarda la necessità di essere informati. Conoscere, sapere, documentarsi, informarsi, sono espressioni che tornano in molte delle interviste, e sono relativi sia alla definizione della malattia, che all'utilizzo dei farmaci. La conoscenza permette di arginare ansie e supposizioni, consente di sentirsi nuovamente padroni delle proprie scelte e consapevolmente protagonisti del proprio percorso di guarigione.

Ovviamente anche la conoscenza non sfugge alla dinamica dell'ambivalenza, e può essere un elemento che, descrivendo malattia e farmaci con dovizia di particolari, produce preoccupazione; pur succedendo in misura molto ridotta è un elemento di cui tener conto soprattutto quando l'informazione avviene in maniera autonoma, su canali non sempre affidabili o del tutto comprensibili: "Però non voglio neanche diventare dipendente da queste cose qua perché ogni volta che vado su internet e chiedo informazioni su queste cose.. è tosto!" (Intervista Ludmila).

### **5.3. Psichiatria tra aiuto e controllo**

*"Nel nostro mestiere la finalità è quella di affrontare, - trovare la maniera di affrontare la contraddizione che noi siamo: oppressori ed oppressi, e che dinanzi a noi abbiamo una persona che si vorrebbe opprimere. Bisogna fare in modo che questo non avvenga. L'uomo ha sempre questo impulso, di dominare l'altro; è naturale che sia così. E' innaturale quando si istituzionalizza questo fenomeno oppressivo. Quando c'è un'organizzazione che, approfittando dei problemi contraddittori, crea un circuito di controllo per distruggere la*



*contraddizione, assolutizzando i due poli della contraddizione ora in un modo ora nell'altro.*

*Noi rifiutiamo questo discorso. Noi diciamo di affrontare la vita, perché la vita contiene salute e malattia, e affrontando la vita noi pensiamo di fare la prevenzione. Pensiamo di fare il nostro mestiere: di infermieri, di sanitari, di medici”.*

(Basaglia, 1979)

La pratica della medicina psichiatrica si trova a dover fare i conti con una dicotomia non presente in maniera così evidente nelle altre discipline mediche: la doppia accezione di cura e controllo. La malattia mentale, con il suo carattere di stranezza, bizzarria, a-normalità, eccentricità, dolore non collocabile e poco narrabile, provoca il più delle volte paura, timore, chiusura. Spesso emerge il bisogno di contenere, farmacologicamente quando anche non fisicamente, le espressioni poco gestibili del malato. Pur senza entrare nei meandri della storia della psichiatria (e della follia), è indubbia la connessione e il parallelismo molto stretti tra l'istituzione psichiatrica e l'istituzione carceraria, sia in termini di privazioni delle libertà sia in termini di tipologie di persone inserite. Il mandato sociale dell'istituzione psichiatrica riguarda proprio la capacità di controllare e allontanare persone ritenute pericolose o improduttive o di sovvertimento dell'ordine socio-politico-morale: la rivoluzione di Basaglia chiedeva non la cancellazione della malattia mentale o la sua negazione, quanto di “slegare” i matti, di “aprire” al territorio esistenze che erano state allontanate dalla loro comunità, in una sorta di restituzione di responsabilità e partecipazione della collettività nel percorso di cura delle persone. Ora, a distanza di 35 anni dall'intuizione e dalla riorganizzazione della psichiatria, restano ancora alcune zone d'ombra dove il controllo e la contenzione fanno parte di cure accettabili e necessarie in molti casi: si pensi alle forme del “trattamento sanitario obbligatorio”, alle porte a doppia mandata nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, alle forme di sedazione farmacologica ecc.

Nelle interviste raccolte e nell'analisi degli stralci delle cartelle cliniche del reparto di Padova, emerge quest'aspetto di mancanza di libertà data sia dalla condizione della malattia, che impedisce lo svolgersi di azioni normali e quotidiane, sia dai servizi di cura, sia inoltre in alcuni casi dalla condizione

carceraria che coinvolge moltissime delle persone che negli anni considerati afferivano al reparto.

La contenzione, fisica e farmacologica, è stata sicuramente l'aspetto sul quale ho riflettuto maggiormente, sia mossa da incredulità e da interessi personali, sia da orientamenti deontologici<sup>60</sup>, sia da interrogativi sulla sua utilità, e sulla leggerezza (non credo) del suo uso da parte degli operatori. Non dubito che essa sia l'estrema ratio di fronte a comportamenti che mettono in pericolo la vita stessa degli operatori, o siano di rischio per la persona stessa, ma ciò non toglie l'elevato carico emotivo che mi hanno provocato l'aver trascritto e ora riportato le descrizioni presenti nelle cartelle cliniche del reparto di Padova.

Di Kamil nella cartella clinica del reparto scrivono: la diagnosi è di "agitazione psicomotoria, disturbo di personalità, abuso di sostanze multiple, in debole mentale. Il 16/06 episodio di aggressività: bloccato per somministrazione della terapia e poi condotto nello stanzino di contenimento".

Chewe, originario dell'Etiopia ma adottato dall'età di 5 anni da una famiglia italiana, giunge in pronto soccorso "francamente delirante e verosimilmente allucinato". "Il paziente attualmente è contenuto fisicamente, data l'agitazione psicomotoria, per la somministrazione della terapia". "Ore 19.11, il paziente appare sedato: si toglie contenzione fisica al torace e agli arti inferiori".

Rahid proviene dalla casa di reclusione di Padova, su ordinanza del giudice che dispone degli arresti domiciliari in un reparto psichiatrico: viene accolto il 27 settembre e il 30 settembre compie un atto autolesivo; l'1 ottobre avviene il "contenimento per somministrazione della terapia", il 2 ottobre si ripropone il "contenimento per somministrazione della terapia per due volte". Il 4 ottobre viene dimesso e rientra nel carcere da cui proveniva.

Ismaila è una ragazza nigeriana di 35 anni, in fuga da Torino e da una situazione di disagio economico forte, di assenza di lavoro, di perdita della casa,

---

<sup>60</sup> Non potevo rinnegare le indicazioni etiche e i principi della professione cui appartengo (il servizio sociale), *in primis* l'autodeterminazione delle persone e il rispetto delle libertà inviolabili.

di mancanza di permesso di soggiorno. Una parte della cartella clinica mi ha colpito perché ha del paradossale, viene qui riportato a stralci:

*“Paziente molto agitata. Viene sedata”*

*“Paziente più contenuta, ha beneficiato della terapia praticata”.*

*“Appare piuttosto sedata”.*

*“La paziente non risulta accessibile al colloquio in quanto molto sonnolenta”.*

È ovvio che la collaborazione della persona non sia possibile nel caso in cui la sedazione sia molto forte: dov'è l'equilibrio tra il dover *contenere* e il mantenere comunque degli spazi di dialogo con la persona?

Per alcuni il collocamento in carcere è addirittura da preferire al reparto ospedaliero, tanto da richiederne la dimissione (“il paziente mostra crescente insofferenza per l'ambiente di reparto e chiede di poter rientrare in casa di reclusione” (Cartella clinica Amir, SPDC)); per altri il migrare tra strutture di cura e riabilitazione ha un prezzo in termini di libertà che è più alto dello star male, tanto da dichiarare “preferisco la malattia alla prigionia” (Cartella clinica Marco, SPDC).

Risulta evidente come in una relazione, ancor più se terapeutica, la costrizione sia indice di forte disparità, di assenza di considerazione e di riconoscimento delle esigenze e richieste altrui, di uno sguardo etnocentrico forte e in senso lato, dove una parte ha comunque sempre ragione e ha diritto di limitare le libertà personali dell'altra parte. In una relazione terapeutica quando questo accade, si può determinare un primo illusorio convincimento di aver ottenuto la compliance dell'altro, ma lo si è solo “contenuto” entro schemi e percorsi che egli non avrebbe mai voluto affrontare. Una compliance può quindi diventare esclusivamente strumentale, ai fini di ottenere vantaggi migliori, e riuscire così a sopportare la situazione in cui ci si trova, costretti, a vivere.

*“La terapia farmacologica costituisce condizione sine qua non per ottenere sigarette durante il giorno e visita dei familiari (madre e figlia in particolare). Il paziente quindi si dimostra compliant rispetto a queste condizioni”.*

(Cartella clinica Kamil, SPDC)

Nell'incontro con gli operatori del CSM ho potuto osservare una riflessività importante su questi temi, sul doppio ruolo e sulla necessità di non scivolare in maniera incontrollata verso la privazione delle libertà della persona. L'aspetto su cui tenere vigile l'attenzione è la costruzione di una buona relazione, una relazione terapeutica dove trovino spazio sia le necessità di cura che il rispetto delle specifiche modalità di affrontare la malattia e l'uso della terapia da parte della persona interessata.

L'aspetto della libertà ha anche un'altra sfumatura, molto sentita da parte di numerosi migranti, e relativa alla mancanza di libertà nel paese d'origine, sia per l'essere vissuti durante regimi socialisti, sia per le collocazioni rigide in pregiudizi di genere in cui molti migranti, soprattutto donne, venivano costretti, sia per le privazioni economiche a cui si era destinati. Le parti delle interviste relative a quest'ambito sono molto intense ed emotivamente ricche, e hanno permesso di aprire squarci su un aspetto del "prima" del migrare che può raccontare molto anche sulle aspettative del trasferimento verso altri paesi e verso l'Italia.

La ricerca di libertà per qualcuno coincide proprio con l'allontanarsi dal proprio paese, vissuto, come si è già detto, come una gabbia, piena di costrizioni, di limitazioni e di rigidi ruoli di genere:

*"E da là ho detto: "Beh, non vedo l'ora avere la carta di identità in mano, io me ne vò!". Ho visto la carta d'identità e me ne sono andata, perché ho detto basta, non ce la facevo più a sopportare.. perché io ero così, tenuta stretta, "Non puoi andare là, non puoi andare far questo, non puoi far questo, devi stare a casa, devi fare.. non puoi vestirti così..". Se loro mi compravano i vestiti ciao ben venga, se no io usavo quello che avevo e là.. già da piccola "Beh, non vedo l'ora scampare in Italia, che così.."*

*[Ricercatore: Cos'è che le stava più stretto di tutto?]*

*"Eh non avevo quello che volevo, come avevano le mie amiche! Non potevo uscire, non potevo vestirme.. diciamo un paio di jeans o qualcosa.. mi vestivo con quello che compravano loro, i genitori, perché se no.. Ero molto.. lavoravo tanto le pulizie di casa, certe volte ho imparà anche da piccola a preparami da magnare perché se dovevo farlo".*

(Intervista Ludmila)

La situazione socio-economico-politica di provenienza della maggior parte dei migranti intervistati (che corrispondono alla percentuale più significativa come presenza nel territorio oggetto di studio) non poteva rimanere ai margini delle storie di vita delle persone, proprio per quell'impegno, preso all'inizio del percorso di ricerca, di dare voce alle esperienze soggettive delle persone nel loro insieme, cogliendo tutte le sfaccettature che compongono la trama dell'esistenza. Il racconto della vita durante il regime sovietico, di quanto accaduto nei giorni della rivoluzione e la situazione successiva e attuale, ha restituito alla persona una notevole dose di competenza, di conoscenza e di possibilità di esprimere interpretazioni sul proprio paese, sulle proprie scelte e sulle vite di chi è rimasto "di là". Ho trovato degli spunti riflessivi molto importanti proprio sul tema della libertà, faticosamente conquistata sia come nazione che come persone, libertà che non ha mancato di svelare, talvolta, i suoi aspetti più perversi.

*"La libertà di esprimersi è tutt'altra cosa dalla libertà di comportarsi, e la gente fa sempre confusione, e soprattutto diciamo la politica sono sono cambiati i leader però la mentalità è rimasta la stessa".*

(Intervista Corina)

*"È il sistema perché ti sta mentendo con la luce davanti, e questo non va bene per la società, in senso di migliorare la situazione, e di migliorare ehm...la forza di esprimersi, dell'individuo, e non puoi dirmi in televisione che questi vanno bene, perché tu sei pagato a fare quella reclame però io penso così perché lo fai per i soldi, non puoi fare per il bene degli altri..."*

(Ibidem)

La libertà non è conquistata tout court nel momento in cui si emigra, ma a volte è proprio l'emigrazione che imbriglia in sistemi di sfruttamento e riduzione in schiavitù, dai quali si può uscire solamente "pagando il debito" che si era contratto. La sensazione di libertà finalmente acquisita permette alle persone di potersi ripensare nuovamente artefici del proprio futuro.

#### 5.4. Il futuro con la malattia, nel progetto migratorio e rispetto ai figli

Un altro aspetto in cui gioca un ruolo forte l'ambivalenza è il pensiero rispetto al futuro, inteso sia come prospettiva di vita in cui è incastonata la malattia, sia come riflessione sul proprio progetto migratorio, sia infine rispetto al progetto familiare laddove siano presenti dei figli.

L'esperienza migratoria non è mai del tutto compiuta, rimane sempre una zona di confine in cui la persona è in equilibrio, spesso dis-equilibrio, tra il restare e il tornare. La decisione non è sempre assunta una volta per tutte, perché ci sono aspetti che mancano del proprio paese e che mancherebbero dell'Italia se si tornasse indietro. L'altalena della nostalgia e della malinconia è un aspetto presente nella maggior parte delle storie raccolte, anche laddove la scelta di emigrare coincide con l'affermarsi di una situazione di miglior benessere, e di cesura dei legami affettivi e familiari, spesso sinonimi di costrizioni. Molti affermano poi che non si può veramente tornare indietro, perché nel frattempo si è cambiati come persone, e il contesto in cui si ritorna è mutato: l'illusione del migrante di poter tornare nella situazione così come l'aveva lasciata, si scontra con una realtà in cui nel frattempo altre dinamiche si sono inserite, portandolo a vivere il proprio paese come diverso ed "estraneo", e a diventare così doppiamente straniero.

*"Le donne in Marocco fanno, per esempio, fa molto per andare dall'estetista, si cura meglio, invece la donna qui cerca risparmio, cerca comprare regalo da portare in Marocco. Invece quella in Marocco vive meglio di...dal lato cioè che... come...si trattano bene come corpo, invece qui si pensa al viaggio, si vive 11 mesi, per viaggiare un mese d'estate".*

(Intervista Fatima)

L'ambivalenza sull'essere, stare, tornare, andare e venire, si aggiunge alla provvisorietà della propria condizione di salute, che rende ancora più difficile pensare e pianificare il proprio futuro. La malattia, come detto, blocca, costringe a rallentare i ritmi e a rivedere le priorità, impone di familiarizzare con codici

nuovi ed espressioni tecniche, prevede di avere un approccio nuovo col proprio corpo, con i sintomi, il malessere, i vari dolori. Richiede una capacità riorganizzativa non da poco, che non coinvolge solo la singola persona ma anche la sua rete, il suo contesto. Inevitabile che produca uno spaesamento, una situazione di confusione e punti di vista spesso opposti, che pure riescono a convivere. La malattia denominata “mentale” porta con sé le variabili “cura” e “fine della terapia” che sono molto più sfumate rispetto a qualsiasi altro disturbo organico, tanto che non è possibile affermare in maniera chiara se si possa ripristinare la situazione precedente; questi aspetti portano a mio avviso a esasperare i due diversi estremi nel rapporto con la sofferenza, accentuando sensazioni di ineluttabilità e fissità della malattia, contrapposte a motivazioni forti alla guarigione e a ristabilire relazioni “sane” con gli altri.

La salute per un migrante è un bagaglio da conservare e preservare, e diventa il nulla osta per affrontare un viaggio, la ricerca di lavoro, la tenuta, la permanenza, la possibilità di costruire una nuova casa, una famiglia, nella terra ospitante. Appare quindi chiaro che convivono, talvolta anche nella stessa persona, atteggiamenti ambivalenti sia in ordine al rifiuto della cura (diffidenza nei confronti della proposta terapeutica, timore di dipendenza, scarsa considerazione di efficacia), e un eccessivo ricorso a questa, sia per sé, sia per i propri familiari (molti psichiatri infatti riscontrano che, una volta instaurata una relazione di fiducia, la persona conduce in ambulatorio anche i propri parenti).

*“Una volta che la mamma è venuta dall’Algeria a trovarlo, e questa donna magrissima in realtà, che era stata vista da un sacco di specialisti in Algeria per questi disturbi dello stomaco, eccetera, lui ha capito che in realtà sua mamma aveva un disturbo, e ce l’ha portata, ed è stata bene”.*

(Intervista RR, medico)

*“Si portano dietro i parenti che stan male, per venirsi a visitare qua”.*

(Intervista AC, medico)

Nel tentativo di “guarire a tutti i costi” si può incorrere nel rischio di una medicalizzazione eccessiva, di un surplus di esami, visite, approfondimenti, assunzione di farmaci, tutti volti a ristabilire un prima, uno stato di benessere

ed equilibrio. Non è da escludere un ulteriore elemento che concorre al ricorso, a volte persino spropositato, delle cure, ed è relativo all'esistenza di un sistema sanitario nazionale che, pur con gli attuali tentativi di risparmio della spesa, consente l'accesso a visite e farmaci, quando non gratuiti, comunque dai costi contenuti. Viene riconosciuta inoltre la qualità professionale e il valore di una sanità pubblica, spesso contrapposta a povertà, corruzione e scarsità di risorse come tipiche dei paesi di origine.

A volte però la malattia non sembra possa essere curata, viene vissuta senza lasciar spazio alla "speranza", alla guarigione, con pensieri carichi di negatività, ma mai comunque definiti, caratterizzati anch'essi da ambivalenza e indecisione su quale sia la scelta migliore per il proprio futuro e per il futuro dei propri affetti.

*"Non lo so cosa fare, e neanche non voglio pensare cosa faccio con la mia vita, non voglio neanche fare soffrire mio marito, neanche i miei, con, con diciamo la mia perdita, se magari un giorno penserò veramente di, di andare sulla strada giusta, [ride], però neanche così non voglio rimanere".*

(Intervista Corina)

*"Per questo faccio questi sforzi [rivolgersi a un CSM] perché...non vorrei, non vorrei lasciarlo da solo, sinceramente, però, ogni tanto voglio lasciarlo perché magari si può fare la sua vita, e neanche non posso diciamo mettermi le cose nel bagaglio e dove vado, cosa faccio, magari se stavo morta così, metterò una pietra sopra, piangerà non so, soffrirà, però dopo si riprende la sua vita..."*

(Ibidem)



## Capitolo 6

### Il Riconoscimento

La condizione umana appare attraversata dalla dinamica dell'ambivalenza, come si è visto nel precedente capitolo e come ci ricorda Crespi (2004), che offre un'accurata analisi di tutte le dimensioni in cui questa viene vissuta, elaborata e affrontata.

Per capire appieno tale dinamica occorre considerare la situazione esistenziale dell'individuo, connotata anch'essa dall'ambivalenza.

La dimensione di riflessività e coscienza è ciò che caratterizza l'animo umano e lo rende diverso rispetto all'animale. Il processo è graduale e può essere schematicamente suddiviso in tre fasi: in un primo momento emerge la capacità di differenziarsi dalle cose esterne e dagli altri; si tratta di un processo che si sviluppa dall'età infantile e nel quale, via via, si perdono progressivamente gli schemi concettuali dell'onnipotenza e dell'egocentrismo). In un secondo momento l'individuo acquista la capacità di riflettere sul suo pensiero di differenziazione ed è in questa fase che nasce la riflessività.

La coscienza, infine, si manifesta nel momento in cui (si perdoni la tautologia) si ha la *presa di coscienza*, si avverte di aver colto l'essenza e il senso del proprio essere e del proprio agire. Questa sensazione, definita da Crespi "giubilatoria" (fa dire: "ci sono!") si accompagna ben presto alla dimensione della paura: paura di non esserci, timore della morte. Anche la coscienza, quindi, vive in un rapporto di ambivalenza, che oscilla continuamente tra la necessità di differenziarsi e quella di identificarsi/determinarsi: se s'identifica troppo in un oggetto la coscienza non è più tale, se si differenzia eccessivamente diventa evanescente, la sfida sta nella ricerca di un equilibrio continuo. L'origine dell'ambivalenza risiede nella dimensione stessa dell'esistenza: la vita

dell'individuo è una tensione che non si acquieta mai tra la finitezza e l'indeterminatezza, è la tendenza a cercare di uscire dalla limitatezza e riguarda la continua ricerca dell'*Assoluto* (Nietzsche, 1992).

Esplicitata l'ambivalenza presente nella coscienza, spinta dalla tensione verso l'indeterminatezza e il bisogno di definizioni, appare utile approfondire il processo attraverso il quale si forma la coscienza. Tale percorso avviene sempre in una dimensione d'intersoggettività e presuppone, quale condizione irrinunciabile già esaminata nel cap. 1.4, la presenza di una dimensione di *riconoscimento* tra le persone. Crespi a tale proposito sviluppa la teoria del *riconoscimento reciproco*: l'insicurezza che caratterizza la coscienza di sé è superata a condizione che l'individuo sia confermato quanto al suo "essere" ed "esistere" tramite l'accettazione che gli altri gli manifestano.

Il rapporto di riconoscimento assume necessariamente una dimensione di reciprocità: non si può ottenere il riconoscimento dell'altro senza a sua volta riconoscerlo. Questa dinamica presuppone l'accettazione che la nostra esistenza umana sia connotata da una non totale autosufficienza e viva di intersoggettività: l'autonomia è strettamente legata alla (inter)dipendenza.

Se si assume la categoria del riconoscimento sia come condizione per percepire la persona in quanto degna di essere considerata, e sia come presa d'atto della dimensione umana di intersoggettività, il riconoscimento diventa la chiave di lettura e di interpretazione di tutto l'agire umano e permette di spiegare perché i comportamenti degli individui non possono essere ricondotti solo a modelli di semplice razionalità strumentale, ma assumono talvolta caratteristiche "irrazionali", nella ricerca di un "prestigio", di un'identità, in una parola: del riconoscimento.

Esistono vari livelli di riconoscimento:

a. Nei rapporti interpersonali esso può assumere la forma dell'amore incondizionato. L'esempio più evidente è quello presente nel rapporto madre-bambino nel quale non c'è reciprocità, il riconoscimento da parte del genitore proviene all'inizio solo in virtù della constatazione dell'esistenza del figlio, senza chiedere nulla in cambio. Se le condizioni di promozione educativa saranno valide, la relazione porterà progressivamente il bambino a vivere il

riconoscimento nella sua forma di reciprocità. Viceversa, se non verrà soddisfatto il bisogno di reciprocità la formazione della personalità dell'individuo ne uscirà in qualche misura “mancante”, frustrata e potenzialmente incapace di sviluppare riconoscimento verso l'altro, oltre che probabilmente sempre dipendente ;

b. Nei rapporti sociali il diritto al riconoscimento, inteso come il considerare l'altro come partecipe della vita pubblica e della volontà collettiva, riguarda il rispetto e il riconoscimento, ad esempio, della dignità di un'altra cultura.

c. Nell'ambito dei rapporti sociali si fa riferimento alla stima sulla quale è fondata la solidarietà sociale. Qui Crespi parla del riconoscimento dell'inoggettività dell'altro: tale definizione parte dal presupposto che non si può considerare l'altro solo per il ruolo che riveste o le azioni che intraprende, ma lo si può pensare come uguale (a me) e nello stesso tempo diverso (da me), essendo entrambi accomunati dalla stessa esperienza esistenziale. Quando noi teniamo presente l'inoggettività dell'altro, noi riusciamo a vedere l'altro come individuo che sta agendo per uscire dalla sua condizione di indeterminatezza e cercare il riconoscimento, al di là dei valori o comportamenti per noi “inaccettabili”. In questa dinamica l'ostilità, che pure può esistere, non sarà mai simmetrica perché non ci si dimenticherà della comune condizione umana.

La questione del riconoscimento diventa la chiave di lettura e apre a nuove ipotesi di intervento nell'ambito della relazione tra il medico e il migrante, all'interno della cornice di un centro di salute mentale. Appare chiaro come accogliere tale categoria, che più che essere particolarmente innovativa è nella sua essenza molto “umana”, permette di ristabilire una situazione di legittimazione sia a chi porta la sofferenza sia a chi è deputato alla sua accoglienza e cura.

## 6.1. Nella relazione medico-migrante

La questione del riconoscimento nella relazione tra il medico e il migrante apre a un ambito in cui s'intrecciano numerosi livelli, i principali dei quali riguardano: il riconoscimento come ascolto e accoglienza delle definizioni dell'altro da parte dell'operatore sanitario, la legittimazione del ruolo di paziente e di medico, e infine la mediazione/contrattazione delle diverse concezioni di salute e malattia con il terzo attore, spesso nascosto, il più delle volte molto lontano, rappresentato dal paese di origine nelle sue declinazioni di reti amicali e familiari.

In questo paragrafo verrà analizzato il ruolo del riconoscimento all'interno di una relazione terapeutica qual è quella che si instaura tra l'operatore sanitario, soprattutto medico psichiatra, prevalentemente di nazionalità e lingua italiana, e il migrante che si rivolge al centro di salute mentale.

Gli aspetti che possono agevolare la relazione e la comunicazione riguardano più aspetti quali la "sospensione per quanto possibile del tono dell'urgenza e della risposta concreta e la valorizzazione del momento dell'accoglienza" (Ancora, Sbardella: 58). L'accoglienza più che essere una risposta attiva diventa una funzione di sfondo del servizio, una modalità di pratiche professionali che può avere due funzioni:

- la consultazione, che permette dopo alcuni incontri di restituire al migrante un disagio decodificato e le informazioni su cosa può offrire un centro di salute mentale;
- la presa in carico, ossia l'avvio di un progetto terapeutico.

Oltre all'accoglienza e alla sospensione del tono dell'urgenza, resta cruciale offrire uno spazio in cui la persona venga incoraggiata a raccontare la storia del suo percorso migratorio, non "a grandi linee" ma dettagliatamente, usando i riferimenti spaziali, i nomi, le date, per fare memoria di una storia personale che si intreccia alla storia della famiglia e agli eventi socio-politico-economici più generali. La storia migratoria potrà divenire narrazione di

malattia, espressione di definizioni e rappresentazione, costruendo insieme al terapeuta i significati e le letture di questo evento.

L'adeguato riconoscimento promuove uno spazio di ascolto in cui la persona può esprimere il proprio disagio senza sensi di colpa, senza giustificazioni o minimizzazioni, ma al contrario sentendosi legittimata a provare ciò che vive, e a rintracciare nelle proprie emozioni il senso di qualcosa di più profondo. Lo esprime in maniera molto chiara una psichiatra:

*“Quindi in qualche modo non ci si può permettere di pensare alla nostalgia del proprio paese, questo è quello che io ho visto, quando io poi, questo per esempio in alcuni casi riesco a farlo, cioè a dire che, caspita, dico “ma come fa, non vede sua mamma da sette anni, no?” Allora lì, nel momento in cui tu **lo legittimi, e gli dai validazione** a questo concetto, allora è come se anche loro potessero dire “cavoli, allora è vero”, cioè si può star male per non aver visto la propria madre per sette anni, capito? Cioè dico “come fa? Io non so, se non dovessi vedere mia madre per sette anni penso che starei peggio di lei” cioè, allora lì, hai capito, **il paziente si sente riconosciuto**, perché in realtà no si vergognano no, tra di loro, non devono far vedere che si sta male per questo, perché, anzi, sei un fortunato perché tu sei arrivato, tu sei qui, tu puoi lavorare, gli altri son morti sul barcone, o non si sa che fine hanno fatto, quindi c'è un senso di privilegio, da una parte, quindi non si può dire che si è, che si sta male, perché ci manca...”*

(Intervista RR, medico)

Lo psichiatra funge da *specchio*<sup>61</sup>, permette al migrante di raccontare a un altro da sé una realtà che nei proprio confronti viene taciuta, minimizzata e mimetizzata: quando questo specchio riflette la possibilità di riconoscere in una malattia i motivi dello star male, la persona riacquista un'immagine di sé ricucita e integrata.

Al contrario quando questo non avviene, la relazione appare asettica, concentrata sull'organo da curare e sul disturbo da debellare. La presa in carico “globale”, invece, onnicomprensiva di tutte le dimensioni della persona, delle sfaccettature anche solo accennate, e delle rappresentazioni personali di malattia e cura, permette un lavoro certamente più lungo, faticoso, meno

---

<sup>61</sup> La metafora dello specchio evoca the *looking-glass self*, il sé specchio, individuato da Cooley (1902), come modello di comprensione della propria identità in relazione a come gli altri ci vedono; in altre parole i giudizi che gli individui danno di se stessi sono correlati al giudizio che di loro dà un gruppo. Il sé riflesso è ciò che gli individui credono che il gruppo pensi di loro.

immediatamente *riconoscibile*, ma probabilmente maggiormente orientato a ripristinare e salvaguardare il benessere della persona nel suo insieme.

*“Tu fai un anamnesi, che dev’essere un’anamnesi di vita, sì, sì sì, poi a me insomma in realtà a volte ho anche un po’ una curiosità personale, nel senso che a me piace tantissimo viaggiare, per cui insomma se trovo gente che mi racconta così di come vivono, da dove arrivano, ho proprio una curiosità anche mia insomma che esula un po’ così dalla, dalla professione, per cui sì, sì sì sì, e son convinta che contribuisce a far sentire il paziente compreso, conosciuto, con un interesse poi reale, no?, da parte del medico, quindi, perché mi chiede queste cose, per cui sì, no no, sono convinta che sia fondamentale per...”*

(Intervista AC, medico)

Una testimonianza che esprime il sentimento di poca considerazione e di mancate attenzioni da parte del personale medico nei confronti di una migrante, denota tutti i rischi sopra citati e afferma in maniera lapidaria che “Io per loro [per i medici] sono una straniera, una maledetta rumena” (Intervista Corina).

La legittimazione, la validazione, il riconoscimento, diventano alcune delle parole chiave per approcciare in maniera più consapevole, probabilmente più efficace, le sfide che l’utenza migrante pone ai servizi italiani: un’accoglienza delle diversità senza appiattirle nell’omogeneizzatore culturale del “sono tutti uguali (tra loro)” o “sono tutti diversi (da noi)” ma sottolineando la specificità culturale di cui fanno parte, e il patrimonio personale, e di storia migratoria, che portano con sé. Oltre alla sensibilità del singolo operatore e a una formazione continua necessaria per acquisire una competenza culturale<sup>62</sup>, per alcuni operatori la differenza la fa poter avere all’interno dell’équipe alcune figure che abbiano fatto esperienza diretta della migrazione, sia interna all’Italia che all’esterno: “Beh, secondo me ci vorrebbero un paio di operatori che non fossero italiani e che non fossero della zona di Camposampiero già...già cambierebbe..” (Intervista SC, medico), e che possano introdurre nel gruppo professionale altri modelli esplicativi ed elementi di discussione di un etnocentrismo spesso

---

<sup>62</sup> Definizione di competenza culturale data da Walker (in Ancora, 2011: 74 e segg): “l’abilità di vedere al di là dei confini della propria interpretazione culturale, la capacità di mantenere un’obiettività quando ci s’incontra con individui provenienti da culture diverse dalla propria e la capacità di interpretare e capire intenzioni e comportamenti di persone di culture diverse in maniera non giudicante e senza pregiudizio”.

inconsapevole. “Quindi anch'io ho vissuto la mia migrazione, quindi forse per quello capisco bene insomma certi modelli, perché secondo me anche questo è uno sradicamento” (Intervista RR, medico).

Riconoscimento significa sapersi mettere dall'altra parte, e rappresentarsi la situazione nei suoi molteplici ambiti per far emergere le necessità e gli aspetti più importanti di cui tener conto. Significa, in questo caso, pensarsi come soggetto malato in un contesto straniero, privo della necessaria padronanza linguistica per destreggiarsi nel racconto della propria malattia, delle proprie abitudini e degli aspetti più vari della quotidianità. Nella relazione interculturale sono presenti numerosi non-detti e dati per scontato che difficilmente l'autoctono riesce a far emergere, tanto è intriso di determinate pratiche, di certe rappresentazioni, di consuetudini consolidate. Un buon lavoro terapeutico potrebbe comprendere anche tutta questa fase di traduzione, non tanto e non solo intesa come translitterazione di termini ed etichette, quanto di emersione di codici sottaciuti e di orientamento tra mondi talvolta così impenetrabili e bui.

*“Però io pensavo beh, io se fossi e mi scompensassi in Africa a me piacerebbe di più avere uno psichiatra italiano, scusa, mi sentirei più tranquilla! Quindi...mettendosi al posto loro....raccontargli le mie cose...anche...che io do per scontato tutta una serie.. che non devo spiegare da dove arrivo, cosa faccio, come mangio...”*

(Intervista SC, medico)

Appare utile sottolineare ancora una volta come sia importare il riconoscimento della diversità, intesa questa non come etichetta entro cui far rientrare atteggiamenti bizzarri e non riconducibili a determinate categorie, né come giustificazione di una differenza così forte da non permettere un dialogo e una relazione onesta, paritaria<sup>63</sup> e dai fini chiari. Significa mettersi in ascolto dell'altro, della sua storia e di ciò che sceglie di raccontare e di mostrare, lasciarsi attraversare dalle narrazioni, entrare nelle diverse dimensioni della vita della persona cercando per quanto possibile di non voler arrivare

---

<sup>63</sup> Su questo termine, mai veramente possibile in una relazione fortemente asimmetrica come quella osservata, si veda il prossimo paragrafo.

frettolosamente a definire categorie, incasellamenti e catalogazioni, soprattutto diagnostiche.

La testimonianza che segue è di una psichiatra che “riconosce” la necessità di fare un salto di qualità nelle dinamiche relazionali con i migranti: essa parte dall’attribuire una notevole importanza alla storia migratoria, per arrivare a dubitare delle numerosissime diagnosi di disturbi dell’adattamento che, pur fotografando un disagio vero e riferito proprio all’ambito dell’adattamento socio-lavorativo, finiscono per cristallizzare la situazione e non offrono strumenti di lavoro innovativi e rivolti anche ad utenza diversa da quella cui si è (o era) abituati.

*“Basterebbe essere una volta dall'altra parte, se uno si immagina lui in Cina, in CSM, penso che ce n'è da migliorare, in tantissimi aspetti: l'accoglimento, quello che dicevi prima dell'approfondimento della storia migratoria, io penso che siano persone che vorrebbero sentirselo chiedere perché credo che sia un aspetto difficile, molto duro, noi siamo inchiodati qua per cui immaginarsi a fare certe, certi viaggi, certe decisioni, certi distacchi, penso proprio di sì. ecco cosa avevo visto, secondo me che tante volte, quando vediamo questo pazienti mettiamo nell'ambito dei disturbi dell'adattamento, no: questo è un aspetto da una parte importantissimo, tanto che lo ficchiamo dentro la diagnosi, e dall'altra però secondo me non è abbastanza valutato, considerato, insomma, considerato nell'importanza che dovrebbe avere, quindi, un CSM che lavora con gli stranieri come lavora con gli italiani, ovviamente ha un alto rischio di drop out, ovvio, possiamo essere un pochettino più attenti”*

(Intervista GB, medico)

## 6.2. La questione asimmetrica

La relazione terapeutica, di aiuto, di cura, per quanto improntata all’ascolto, al rispetto della persona, alla volontà di costruire percorsi inclusivi, alla libertà di seguire delle cure, non può sfuggire alla dimensione di asimmetria che è insita nel rapporto che s’instaura: da una parte chi “sta male” e chiede “aiuto”, portando i sintomi di tale malessere da cui chiede di essere liberato, dall’altro chi detiene le competenze e gli strumenti per



“guarire”. Il riconoscimento pieno e reciproco quindi, non potrà esserci del tutto (è pur sempre una relazione professionale e strumentale) ma può essere comunque significativo nel momento in cui consideriamo il riconoscimento di entrambi i poli, sia del migrante che del medico.

Per reciprocità intendiamo la libertà che deve essere garantita alla persona che sceglie volontariamente di aderire a una proposta terapeutica, la fa sua, ne condivide gli obiettivi e le declinazioni pratiche della cura. La “reciprocità del discorso” è lo strumento con cui Basaglia (1979) riteneva che si potesse uscire dalla tutela del malato, ma soprattutto dalla protezione della società nei confronti del malato, ed entrare in una dinamica del “contratto” che richiede la piena consapevolezza delle persone, la libertà di scegliere e anche (o soprattutto) di potersi opporre. Questa opposizione non va intesa come una situazione di anarchia generalizzata, quanto di restituzione al malato di una propria autonomia decisionale e di scelte con le quali fare i conti. Si potrebbe obiettare che i manicomi sono chiusi da tempo, che qui si sta trattando di situazioni ambulatoriali in cui la volontà di sottoporsi alle cure è un requisito imprescindibile per poter proseguire il trattamento: in realtà occorre prestare attenzione alle modalità relazionali in cui l’asimmetria prevale fortemente tutt’oggi, dove il potere della medicina ragiona ancora in termini di convinzioni, di uso di termini scientifici e di fiducia nelle competenze salvifiche del “dottore” e della “pastiglia”.

### *6.2.1. “La butto sul medico”. Il camice, la diagnosi, la prescrizione, i farmaci*

Nel corso delle interviste agli operatori, chiedevo loro se avevano incontrato difficoltà, e quali, nella relazione terapeutica con i migranti. Molti riferivano soprattutto i problemi linguistici nel caso di migranti di recente insediamento o poco integrati nel tessuto comunitario, oltre a fatiche legate alle diverse concezioni dei servizi, a un uso poco ortodosso dei farmaci ecc...

Su questi aspetti gli operatori avevano adottato alcune strategie, messe in campo proprio per riuscire a gestire le difficoltà o incongruenze, e rivolte

principalmente a far accettare la cura e le terapie. Emergeva l'utilizzo di strumenti di persuasione e di convincimento tipicamente medici, a evidenziare così quanto il bisogno del riconoscimento del ruolo sia fondamentale e sia richiesto dagli stessi psichiatri e serva a rafforzare anche la loro stessa identità e il senso del loro operare.

Viene riconosciuta dalla maggior parte degli operatori intervistati la necessità di costruire sin da subito una relazione terapeutica chiara e sufficientemente di fiducia; significa quindi definire nel corso dei primi colloqui il ruolo del servizio, degli operatori, le competenze a loro attribuite e come si possa affrontare il malessere che la persona porta.

*“Allora: prima parte cerchi di conoscere quello che hai di fronte...allora prima mi presento, cerco di fargli capire che non sono un orco, ma che non sono neanche una deficiente da prendere in giro, no?...perché è questo il problema”.*

(Intervista SC, medico)

Il bisogno di riconoscimento, quindi, passa per la richiesta di rispetto, elemento che dovrebbe essere reciprocamente riconosciuto ad entrambi gli attori in gioco.

Il medico che si definisce “degli anni 2000, è un medico che ascolta, che è confidente, che ha delle competenze, te le mette a disposizione, fa ha un contratto con te...” (*Ibidem*), dice di riconoscere quindi il ruolo attivo e libero della persona, salvo poi affermare con forza la necessità di porre in primo piano la necessità di un riconoscimento e affidamento nelle mani della medicina: “Se poi non lo rispetti è un problema anche tuo! Cioè... stai male te!” (*Ibidem*).

Per qualche medico la necessità di esibire il proprio ruolo e il proprio sapere è funzionale all'adesione al trattamento, oltre che a procurarsi rispetto e autorevolezza, anche se va a discapito della comprensione e della consapevolezza di termini e significati.

*“Però la butto sul medico...su un piano molto medico, perché mi sembra che ci sia un maggior rispetto di quest'area. Magari dice: “va beh, è un*

*medico: non lo capisco quello che sta dicendo, però un po' mi fido perché è una persona che ha una professione..". Questo provo!"*

*(Ibidem)*

*[Ricercatore: E se uno mette in crisi la diagnosi o mette in discussione il fatto che sia effettivamente una malattia?]*

*"Eh, lì tiro fuori tutti gli strumenti che ha uno psichiatra per convincere del contrario!"*

*(Ibidem)*

La relazione terapeutica assume, in questi casi, uno scontro di opinioni, una partita in cui si deve con-vincere e vincere sull'altro, più che una piattaforma in cui promuovere un rapporto di fiducia, ascolto e aiuto empatico.

La fatica di dover convivere poi, con rappresentazioni della malattia inconsuete, esterne all'universo occidentale e medico, può essere affrontata e risolta proprio facendo leva sulla posizione dominante, sul potere che comunque appartiene all'essere medico e che può produrre un'adesione incondizionata.

*"Allora lì dipende sempre tanto sai secondo me un pochino da quanto sentono la tua posizione come una posizione comunque dominante, no, culturalmente, o socialmente, nel senso che hanno comunque magari una fiducia di base, nei confronti... "il dottore dice che si fa questo, allora si fa".*

*(Intervista AC, medico)*

*"Però glielo spiego esattamente, alla stessa maniera, non cambio modo perché quello è il mio modo di parlare, non posso modificare i miei paradigmi! Se vedo che la persona è un po', appunto, c'è qualcosa che va aldilà.. sono incomprensibili, ecco, chiamiamoli incomprensibili, o la butto molto sul medico anch'io.. **mi atteggio un po', metto pure il camice addosso**, e quindi cerco di spiegare qual è la malattia, uso la parola "malattia" ma è una cosa che si guarisce, sottolineo il fatto che si guarisce, basta avere la pastiglia! Cioè, uso cose molto mediche, la semplifico e...provo così nel senso che non mi invento, certo, certe cose ma magari semplifico, taglio, taglio le spiegazioni e do tempo magari anche.. però **la butto sul medico**.."*

*(Intervista SC, medico)*

Il riconoscimento dello psichiatra in questi primi esempi è un traguardo da conquistare usando "tutti gli strumenti" in proprio possesso; in altre

situazioni, altrettanto frequenti, è invece guadagnato senza fatica, anzi addirittura il suo ruolo evoca una forma di rispetto che diventa “riverenza”, e consente un’adesione quasi incondizionata al trattamento.

*“In realtà io non mi sento che mi è più difficile convincere gli stranieri, di questo, nel senso che, quello che gioca a mio vantaggio, con gli stranieri, è che hanno ancora, ancora un pochino, un po' una riverenza, mi vien da dire, per la figura del medico, che invece gli italiani hanno proprio molto molto meno, per cui ti giochi un po' di più quel ruolo lì, no, anche tu hai un po', un'autorità come ti viene riconosciuta naturalmente, e che sfrutti, poi per fargli aderire alla terapia. Cioè è un giochetto che con gli italiani (ride) non funziona più, no no no, molto, molto più difficile, diventa, devi veramente sudartela con, con gli italiani, un po', un po' di più insomma...”*

(Intervista AC, medico)

Il riconoscimento è talmente forte quando racchiude in sé la rappresentazione dell’universo medico come competente, esperto, capace di curare quelle situazioni di malessere e disagio che minano il progetto migratorio, la percezione di sé e dei propri obiettivi.

*“Ecco lui è il primo che mi ricordo anche perché era molto aderente alla terapia e ai colloqui e anzi avrebbe richiesto anche più terapia di quella che io gli davo nel senso che lui voleva assolutamente che questi suoi disturbi scomparissero.*

...

*ecco sicuramente lui è quello che ricordo forse anche con più simpatia proprio comunque per questo suo aspetto di grande investimento sulle cure che noi potevamo proporre e sui farmaci che io potevo dare, e sicuramente avrebbe preso qualsiasi cosa io gli avessi prescritto [ride]”.*

(Intervista RR, medico)

Il sapere medico specialistico che infonde sicurezza e fiducia è quello per cui molte persone chiedono al medico di medicina generale di poter avere un colloquio psichiatrico: “Avevo bisogno di sfogarmi proprio con una persona... non diciamo perché il mio medico non è qualificato, per amor di Dio, però una persona che se ne intende di queste cose” (Intervista Ludmila), cercando quindi il meglio per sé, e quello che può aiutare a uscire dal disagio e dalla sofferenza.

### 6.3. Riconoscimento e identità

La questione del riconoscimento è strettamente interconnessa con il tema dell'identità, e nell'analisi di uno dei due termini non ci si può esimere dall'indicare, anche se in questa sede in forma solo accennata, le implicazioni dell'uno sull'altro.

Il dibattito sull'identità attraversa tutta la tradizione delle scienze sociali, portando le diverse branche a riflettere sulla sua formazione, sulle sue interrelazioni, sulla funzione e sulle caratteristiche, oltre che soprattutto sul ruolo predominante ora dell'aspetto individuale, ora dell'influenza dell'ambito sociale. La sociologia affronta il tema sin dalle sue origini e propone diverse visioni di questo tema passando, per citare solo alcune, da teorizzazioni deterministico-funzionali di stampo positivistico a interpretazioni dettate dalla corrente del pragmatismo, per arrivare ad analisi dell'interazionismo simbolico, della fenomenologia, dell'etnometodologia e del costruzionismo sociale.

Un contributo importante, che ha dato impulso a nuovi sviluppi anche in altre discipline, è la teorizzazione proposta da Mead (2010) con il suo "Self, Mind e Society". Per Mead l'identità della persona è formata da più elementi, in stretta relazione tra loro, ognuno con funzioni diverse. Mead va oltre l'analisi già citata del *looking-glass self* di Cooley (1902) perché scompone il self in due componenti: il me inteso come oggetto (il self visto dal punto di vista degli altri, la componente sociale del sé) e l'io inteso come soggetto attivo e autoriflessivo, capace di riflettere sul mondo e di riflettere su se stesso (componente spontanea della personalità). Il sé diventa così anche un potente meccanismo interiorizzato di controllo sociale che permette all'uomo di percepirsi oggettivamente inserito in un contesto sociale in cui gli altri attori vivono delle aspettative inerenti il suo ruolo. È a questo punto che Mead inserisce la figura dell'*altro generalizzato* quale terzo componente dell'identità individuale: l'altro generalizzato è il punto di vista della società all'interno dell'individuo, l'insieme di valori, norme e credenze tipiche della comunità a cui si appartiene.

Appare evidente quindi come la questione dell'identità porti con sé la necessità di considerare l'aspetto di relazione tra sé e gli altri non come elemento di semplice influenza ma come elemento costitutivo e determinante, anche se non deterministico. Mente, sé e società indicano i tre attori che concorrono a creare nella persona una completezza tale da consentire di agire a più livelli in maniera coerente, adeguata, consapevole e orientata. O meglio, questo è ciò che propone la teorizzazione: cosa accade invece quando il self è costretto a destreggiarsi tra diversi altri generalizzati? Quando l'unità del proprio self è minata da diversi contesti sociali da attraversare? L'interazionismo simbolico partecipa al dibattito affermando che la normale condizione dell'individuo sano è quella in cui si ha un'autocoscienza stabile e centrale: Rosenberg (1981) afferma che ciò è dimostrato proprio dagli studi sulla malattia mentale. In altre parole, un self frammentato è anomalo, una scarsa autostima e una debole concezione di sé sono alla base di problemi e disagi. Goffman (1981) dissente da tale posizione e afferma che piuttosto è vero il contrario, ossia che la normalità risiede nel vivere e gestire più self piuttosto che essere ingabbiati in un'unica stabile concezione di sé: fluttuare tra diversi self relazionali, taluni contestuali e mutevoli, è la regola non l'eccezione.

La capacità di fare sintesi tra mondi diversi attraverso cui si transita, e la possibilità di ricevere riconoscimento sia in quanto altro da sé, che in quanto self in sé, in ciascuno dei contesti attraversati, appaiono elementi da considerare nell'analisi di situazioni di disagio e malessere.

Il processo di definizione dell'identità deve necessariamente essere negoziato con altre persone per potersi sviluppare. Qualora quest'approvazione assuma la forma di mancato riconoscimento o di misconoscimento, ovvero quando l'altro, singolo o in forma associata, non riconosca tratti essenziali della persona, l'identità individuale ne è profondamente segnata diventando "una forma di oppressione che imprigiona l'individuo in un modo di vivere falso, distorto, impoverito" (Habermas, Taylor, 2008).

Al di là dei facili proclami o intenzioni, occorre considerare questa modalità a livello di relazione, e di relazione terapeutica in particolare, perché

“un riconoscimento adeguato non è soltanto una cortesia che dobbiamo ai nostri simili: è un bisogno umano vitale” (*Ibidem*: 10).

Per capire “la stretta connessione tra identità e riconoscimento dobbiamo prendere in considerazione un aspetto cruciale della condizione umana (...). Questo aspetto cruciale della vita umana è il suo carattere fondamentalmente *dialogico*” (*Ibidem*: 17). Noi diventiamo esseri umani sviluppati attraverso lo scambio con altre persone di diversi modi di espressione: il linguaggio non si autodefinisce da solo ma viene acquisito dallo scambio con altri. L'introduzione al linguaggio avviene attraverso l'interazione con altre persone per noi importanti, gli *altri significativi* (Mead, 2010); la genesi della mente umana non è monologica ma dialogica e questo essere dialogici diventa il tratto costitutivo del nostro essere lungo tutto il corso della nostra esistenza, ovvero attori in un dialogo che è sia esterno a noi, con gli altri, che interno a noi, con la nostra coscienza e la riflessività (Garfinkel, 1967)

Rousseau (1972) avverte del rischio insito nel processo di costruzione dell'identità così fortemente legato al riconoscimento: gli uomini, essendo così vulnerabili alla stima altrui, rischiano di costruirsi una falsa identità del tutto assoggettata al giudizio degli altri che concorre al pericolo, ad un livello più generale, di omologazione che sfuma ogni differenza e ne inibisce l'originalità. Taylor risponde a questo pericolo affermando che “abbiamo bisogno di relazioni per completarci ma non per definire noi stessi” (Habermas, Taylor, 2008: 18): in altre parole, rimane forte la necessità di capire, ad esempio, in che modo i genitori hanno avuto influenza su di noi per non cadere mai più in una simile relazione di dipendenza. Relazione infatti non è sinonimo di dipendenza, ma semmai di interdipendenza. La formazione e la conservazione della nostra identità (intesa come il “chi siamo” e “da dove veniamo”) rimangono dialogiche per tutto il tempo che viviamo.

Appare assai evidente quindi quanto una relazione terapeutica basata su un riconoscimento abbia l'effetto positivo di incidere anche sulla solidità del self, sulle capacità adattive, di resilienza<sup>64</sup> e sul senso della propria identità, non

---

<sup>64</sup> Gli studi sulla resilienza, la capacità cioè di un esito favorevole dello sviluppo nonostante circostanze avverse e traumatiche, (sviluppati soprattutto nell'ambito della psicologia clinica)

deficitaria o sbagliata, ma degna di un ascolto e di una possibilità di reinterpretare il proprio futuro.

*“Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo”.*

(Basaglia, 1964)

Il rischio infatti è quello di essere ingabbiati nelle definizioni che la malattia porta con sé, e di non trovare vie d'uscita a una situazione che si percepisce come ineluttabile, destinata a continuare e a cronicizzarsi; questo pericolo assume forme di angoscia laddove il progetto nei confronti del proprio futuro è bloccato. Non serve essere internati nei manicomi dell'epoca pre-basagliana per sperimentarlo: anche l'inserimento in percorsi di cura ambulatoriale può condurre a sentimenti di disfatta, ad un avvimento su se stesso che non produce scintille di cambiamento ma fissità e immobilismo, come se la trama della storia fosse già stata scritta da altri e la persona si trovasse solo come attore a rappresentare dialoghi e situazioni fuori dal proprio controllo e dalla propria volontà.

Il riconoscimento di sé come persona, diversa per provenienza ma accomunata dalla stessa appartenenza al genere dell'umanità, l'accoglienza del disagio come reale e degno di attenzioni e cure, la possibilità di sperimentare forme nuove di narrazione della malattia, in cui ci si apre alla possibilità di esplorare mondi possibili, sono tutte caratteristiche preziose di una relazione terapeutica molto “umana”.

Da quanto detto emergono i tratti costitutivi di una relazione medica che tenda al riconoscimento e alla reciprocità: *in primis* occorre ricordare la *fiducia*,

---

hanno messo in rilievo la possibilità dell'essere umano di trasformare un evento critico e potenzialmente destabilizzante in una opportunità di apprendimento e di crescita.



vicendevole, che assegna al terapeuta il ruolo di colui che può aiutare, e al soggetto che chiede il ruolo di colui che è competente nella definizione e gestione del proprio malessere. Il secondo elemento riguarda l'atteggiamento di *ascolto*: delle molteplici sfaccettature della situazione, della storia migratoria della persona, del racconto della malattia, uscendo da una logica dell'emergenza ed entrando in quella dell'accoglienza e dell'accompagnamento.

La fragilità delle persone può portare esse stesse a vivere in un atteggiamento di affidamento completo nei confronti del medico che sembra riproporre la dinamica della dipendenza già vista nell'analisi della teoria del riconoscimento.

*“Mi manca qualcosa, a volte lo chiamavo [il medico] anche per sentirlo, perché lo sentiva una persona gentile, invece alla fine comincia a rispondermi male e...ho detto basta, adesso, una volta l'ho buttata anche tutta la mia terapia, tutti i farmaci che avevo li ho buttati, per due mesi non ho preso più niente, ho detto o vita o morte, non va avanti così, ospedali e con medici, perché mi diceva di cambiare [medico], mio marito, però io ho detto non volevo cambiare perché dalla paura che trova uno peggio di lui, questo che mi faceva paura, ero abituato con lui, abituata, poi se trovavo un altro pensavo che sarà peggio di lui, meglio non sopporto, sono una persona forse un po' fragile, però, sono così”.*

(Intervista Dijana)

L'accoglienza di questa richiesta di accudimento è importante che viaggi insieme a modalità di stimolazione dell'autonomia e di spazi di restituzione delle proprie capacità di gestione delle situazioni.

Un altro punto importante nella relazione appare la *flessibilità*, intesa come capacità del terapeuta di uscire da modalità standardizzate di erogazione di servizi o di relazioni tra paziente e medico per accogliere situazioni inusuali, forme di uso dei servizi diverse da quelle attuate dagli autoctoni. In altre parole, significa prestare attenzione alla costruzione di una buona relazione con la persona, alla non fissità del tragitto e all'elevata mobilità che caratterizza i percorsi attuali delle persone.

*“È quello il...secondo me il pregiu..la difficoltà con questi pazienti è che noi dobbiamo uscire dallo schema della presa in carico in eterno, della*

*presa in carico di lunga durata. Quattro colloqui, cinque colloqui, sei mesi possono essere sufficienti per fare un buon lavoro, costruire un pezzo di relazione, poi devi fare in modo che il resto lo faccia.. e dobbiamo uscire anche un po' da queste logiche e del fatto che la gente si sposta, mica perché è cattiva, mica perché non ha.. non è una persona solida, ma semplicemente perché le esigenze della vita..."*

(Intervista SC, medico)

Significa quindi accettare le modalità di andare e venire dai servizi.

*"Poi questo gruppo di donne con disturbi nevrotici che metto un po' tutte quante insieme, e queste per il tipo di patologia, che non è gravissima, per la frequenza con cui vengono, restano sempre un po' così, un po' più superficiale, direi, almeno io sento che sono relazioni terapeutiche un po' più superficiali".*

[Ricercatore: ma anche per un discorso linguistico?]

*"Mmm, un po' per quello, un po' perché comunque son pazienti che appena, appena stanno bene non vengono, insomma".*

(Intervista GB, medico)

Un altro elemento caratterizzante una buona relazione terapeutica riguarda una *comunicazione* efficace perché completa, accessibile, onesta, che aiuta nella presa di coscienza del proprio stare e del percorso per uscire dal malessere. La buona comprensione comporta quindi una maggiore adesione al programma di cura o al contrario può prevedere la possibilità di non farvi parte, perché in entrambi i casi sono offerte alla persona le chiavi di lettura e gli elementi che permettono una scelta consapevole e "adulta"<sup>65</sup>.

*"Devo dire che siccome appunto io ho questo approccio in cui spiego sempre ai pazienti il tipo di farmaco cosa fa, come funziona, quali, se la persona riusciamo a capirci insomma, che con la traduzione ovviamente mediazione è un po' più difficile, però anche con loro lo faccio, magari in modo più semplice, devo dire che invece vedo che questo serve sempre a tutti i pazienti, cioè avere delle spiegazioni chiare, cioè sull'uso del farmaco, a cosa serve e dare un nome, no, una diagnosi, tranquillizza i pazienti, no, non, anche cioè ecco quindi pazienti, cioè siano stranieri siano italiani sono pazienti"*

(Intervista RR, medico)

---

<sup>65</sup> Un rischio che si è potuto osservare in talune relazioni riguarda l'approccio nei confronti del paziente straniero come doppiamente incompetente, sia perché esterno alle conoscenze mediche sia perché proveniente da paesi pregiudizialmente inferiori culturalmente, e viene trattato talvolta quasi alla stregua di un bambino.

In sintesi, ciò che appare irrinunciabile è l'attenzione alla persona più che al sintomo, o alla ricerca di cura per rimuovere tale sintomo, o alla definizione della patologia entro cui catalogare le affluenze, promuovendo una relazione in cui “ci si guarda”, in cui si è disponibili a mettersi in gioco e a perdere anche pezzi della propria credibilità o della propria professionalità da “camice bianco”. Significa affrontare il rapporto con l'altro promuovendo la piena espressione della propria narrazione e dedicando il giusto spazio e tempo alla crescita di tale relazione.

A tale proposito ritengo opportuno chiudere questa analisi riportando lo stralcio di un'intervista di una ragazza migrante che, raccontando della figura della madre quale punto di riferimento nella cura di numerose malattie nel paese di origine, esprimeva quale punto di forza il suo essere particolarmente competente nella relazione con le persone.

*“Ah, aveva il suo orticino là, poi stava tanto fuori a prendere, che ne so.. le foglie di quell'albero fanno bene per la circolazione: parte e va a prendere queste cose. A lei piaceva molto queste cose qui! Ma anche che adesso è capitato di aver visto uno si taglia la mano facendo un lavoro: va da mia mamma prima di andare all'ospedale. E quello li entrano le formiche nell'orecchio: va da mia mamma prima di andare all'ospedale per cui c'era tutta 'sta cosa qui insomma.. che poi alla fine non so se funzionasse veramente o se non funzionasse, però lei anche dal punto di vista umano è molto.. è sempre stata molto brava, molto.. molto! C'è solo da imparare da lei, quello sì!”*

(Intervista Linda)

#### **6.4. Riconoscimento a distanza: il migrante non è solo**

Come indicato dalla prospettiva sulle migrazioni assunta in quest'analisi, la rete del migrante assume un interessante osservatorio attraverso cui cogliere le modalità di relazione della persona con la propria traiettoria, la propria provenienza e il proprio progetto. Le reti vengono definite come “complessi di legami interpersonali che collegano migranti, migranti precedenti e non migranti nelle aree di origine e di destinazione, attraverso i vincoli di parentela, amicizia e comunanza di origine” (Ambrosini, 2006).

Questo particolare rapporto con il qui e l'altrove, definito transnazionalismo, riguarda un "processo mediante il quale i migranti costituiscono campi sociali che legano insieme il paese d'origine e quello d'insediamento" (Glick Schiller, Basch, Blanc, 1992).

La migrazione transnazionale è un processo di continuità che lega le comunità da una parte e dall'altra della frontiera, coinvolgendo la vita di tutti i giorni dell'immigrato. È un sistema di transizione sociale che consta delle decisioni familiari e della loro continuità nella vita dell'emigrato, il che permette alla comunità di origine di sostenersi (Glick Schiller, Basch, Blanc, 1995). Indica, in altre parole, un complesso di relazioni che va al di là della distanza e dello spostamento fisico, e che tiene conto della reciprocità. I migranti transnazionali in questo loro essere "multisituati" (Levitt, Jaworsky, 2007:131) possono acquisire delle identità multiple vivendo ad avendo contemporaneamente interessi in due spazi e su due sponde. La difficoltà d'inserimento nella società di arrivo favorisce questa situazione di contatto a distanza e trova nella vita transnazionale un sostegno e un rifugio all'isolamento.

La fatica e viceversa, abilità, del migrante sta nel riuscire a mantenere ricucite le due rive, integrando simbolicamente il suo essere doppio e spesso il suo essere diviso.

Questa modalità di vivere sui confini, sulla *frontiera* (Vianello, 2009), si riversa non solo sull'elevata mobilità geografica che li contraddistingue (relativa sia ai numerosi paesi attraversati lungo la traiettoria del loro percorso migratorio, sia soprattutto alle numerose andate e ritorni nel paese di provenienza), ma assume i tratti di un legame che esprime la sua presenza, pur nell'assenza fisica, influenzando e modellando le scelte e le rappresentazioni legate a diversi ambiti, tra cui quello della malattia e della cura.

Si è convenuto di dedicare uno spazio apposito alla relazione del migrante con il proprio paese d'origine, nonostante sia stato difficile scorporare dalle interviste questo tema, tanto era permeato all'interno della storia generale come elemento presente nei vari settori della narrazione e nelle varie fasi di vita.

Il transnazionalismo della cura assume diverse caratteristiche ed è interessante riflettere su cosa significhi fare riferimento alle rappresentazioni della malattia e dei luoghi di cura tipici del paese di provenienza. Nella concezione della malattia si assiste a contaminazioni nella definizione, nelle cause e nella cura. Le sue declinazioni assumono diversi tratti, che possono essere raggruppati nei tipi che seguono:

- a) Nella concezione della malattia e dei servizi assume un ruolo importante l'esperienza mediata, non diretta, del migrante con i servizi nel paese di provenienza, quest'ultimo diventa un interlocutore invisibile ma presente con cui dialogare per definire la scelta di rivolgersi ai servizi. Nel primo stralcio d'intervista la migrante riporta sia la definizione di malattia mentale, data come stigma fisso e schematico, sia l'esperienza dell'ospedale psichiatrico visto da fuori, con gli occhi di bambina che accompagnava la madre a trovare le amiche lì ricoverate; nel secondo brano la persona esprime la rappresentazione dei servizi e dei disturbi psichici a questi associati.

[Ricercatore: *Esiste la depressione in Brasile? Cioè come..?*]

*“Sì, sì. Però io mi ricordo, quando ero piccola.. io non so qua, mi ricordo quando ero piccola, con la scusa che per casa mia veramente passava di tu.. ci passavano tutti perché abitavamo in una città, quindi tutti quelli che arrivavano dall'interno, dai paesini nostri là, stavano a casa nostra per andare dal medico, per.. il punto d'appoggio era lì. E mi ricordo qualche amica di mia mamma, un paio, che adesso secondo me erano depresse anche se bisogna vedere bene che cosa significa depressione.. **Loro erano considerate pazze e quindi si aprivano le porte dell'ospedale psichiatrico**”.*

[Ricercatore: *Cosa si ricorda, com'erano?*]

*“Ehm.. cioè che avevano.. per noi tutti erano matte. Però fatalità tutte e due che erano sposate, che avevano figli, tutto, e iniziavano...io non mi ricordo bene cosa avessero di preciso...e però si diceva che erano matte. Io adesso se ci penso dico: “Secondo me erano depresse e basta!”. Quella era depressione! E mi ricordo che mia mamma poi le andava a trovare in ospedale psichiatrico*

*E in ospedale psichiatrico ancora meno che meno, ma neanche in sala d'attesa non ci facevano stare. Io mi ricordo: mia mamma ci portava e ci lasciava fuori. E io mi ricordo 'sto grande cancello di ferro, chiuso con delle catene, e noi che sbirciavamo dai buchetti che c'erano. E li vedevi fuori che prendevano il sole. A mezzogiorno un po' paura... **mi facevano un po' paura perché le vedevi là che camminavano,***

*sembravano degli zombie. Ecco, ho questo ricordo di...avevo dieci-dodici anni, mi ricordo 'sta cosa qua".*

(Intervista Linda)

*"Perché la nostra mentalità in Romania è questa: Centro Salute Mentale, matto. E cioè ma non è così perché è una malattia, cioè **non è che sei matto, che sei diventato matto da oggi a domani, è una malattia, però anche a me c'è voluto tanto accettarlo**".*

(Intervista Tamara)

- b) Il transnazionalismo della cura si esplicita anche con l'aver fatto esperienza diretta di rapporto con servizi psichiatrici all'estero e dalla successiva necessità di collocare tale esperienza nella propria storia di malattia e migrazione riuscendo a dargli un senso, spesso non così evidente; emerge nel prossimo brano il grido di denuncia nei confronti di servizi rigidi, privi dell'adeguato riconoscimento dell'altro, non orientati alla ricerca delle cause del malessere ma piuttosto interessati a gestire e soffocare comportamenti ritenuti devianti e inadeguati.

*"È andato diciamo brutto, è andato storto la mia... il mio suicidio".*

[Ricercatore: *Era triste lei che era andato storto?*]

*"Sì, tanto triste, anche perché dopo, quando sono tornata di nuovo a scuola, ho fatto diciamo una settimana in ospedale, mi sembra, di là non aveva, forse magari avevo un appoggio se mi mandavano uno psichiatra, perché hanno saputo che volevo suicidarmi, però non è successo nulla del genere, mi hanno controllato, visto che andava tutto bene, mi hanno mandato a scuola. A scuola mi ricordo che mi ha chiamato la direttrice, mi ha dato due schiaffi e mi ha detto che mi chiamano i genitori...era proprio una vergogna, ti trattavano come, **come una bestia**, proprio non c'era nessun, diciamo, nessuna comprensione per una persona, ti trattavano proprio come un pezzo di, di merda, a tutti quanti, **non pensavano perché ha fatto questa cosa, ma perché è successo?** niente, beh a parte che quella infermiera mi ha parlato male che non era neanche un dottore di farmi quel controllo, mi ha fatto quel controllo, va bene, mi ha mandato via e dopo mi sono ripresa di nuovo la mia vita quotidiana".*

(Intervista Corina)

- c) Il migrante malato spesso sceglie consapevolmente un ritorno "terapeutico" nel proprio paese: tornare a curarsi nella propria terra assolve a numerosi aspetti: in primo luogo alla possibilità di poter narrare la malattia nella propria lingua; in secondo luogo alla possibilità

di utilizzare mappe concettuali e riferimenti condivisi e dati per scontato; in terzo alla considerazione che la cura proposta è affidabile, tale da evocare maggiore fiducia e credibilità. Non è da sottovalutare inoltre la possibilità di un rientro a casa dove poter esprimere il proprio disagio senza incorrere in sanzioni sociali date da un contesto straniero, senza il pericolo di perdere status acquisiti e senza doversi esporre a persone nei confronti delle quali si sta agendo un nuovo sé, *immacolato* e privo di imperfezioni e difetti.

- d) Transnazionalismo della cura significa inoltre la possibilità di riproporre modalità di gestione della malattia del paese di origine nel paese ospitante. La *mixité* tra sistemi e pratiche di cura di contesti diversi emerge in numerose esperienze; di seguito viene narrata una modalità di cura appartenente alla medicina tradizionale di una migrante, legittimata dalla psichiatra occidentale in virtù di una relazione terapeutica consolidata e basata sul riconoscimento reciproco.

*“Io ho una paziente che è, non mi ricordo se è della Costa d'Avorio, ho un vuoto se dell'Angola, adesso non mi ricordo bene, quindi non nordafricana, bene integrata, i figli che sono cresciuti qua, e così, che scherzando una volta mi raccontava che lei aveva per esempio, cioè lei è una depressione ricorrente, ogni volta sospende la terapia, ogni volta che sta bene, pur avendo una grave depressione, però viene subito quando sta male, abbiamo pattuito questo, e si fida di me, chiede di me, però lei per esempio mi spiegava tutta una ritualità, lei mi raccontava tutta una ritualità che hanno nel loro luogo per star bene quando stanno male, di trovarsi tutta la famiglia si trova attorno e lei deve parlare per giorni; è una cosa che mi ha raccontato, meglio di come la sto raccontando io, per cui lei dice io quando sto male so che ho anche bisogno di correre da mia sorella, che vive però a Parigi, e di stare con lei due giorni, e devo parlare continuamente, cioè ripropone questo schema. Allora, per esempio, in questo caso, io l'ho lasciata andare a Parigi pur essendo un grave episodio depressivo che magari con un'altra paziente le avrei messo il marito alle costole, l'avrei messa a letto, perché insomma c'erano anche dei rischi, insomma era una gravemente depressa, però sentivo che era troppo importante, quindi era una medicina alternativa, di cui lei aveva bisogno, e l'ho lasciata andare, facendola accompagnare dal marito sul vagone letto, facendomi telefonare, ovviamente ansiosa, il giorno dopo che era arrivata a Parigi e che la sorella l'aveva vista, poi è stata lì a Parigi quella settimana, ha fatto con sua sorella quello che c'era bisogno di*

*fare e poi, poi lei dà logicamente il beneficio della terapia non solo al [nome del farmaco] ma anche a questa cosa, ma non è che mi offendo, mi va bene. Cioè questa è una medicina alternativa”.*

(Intervista SC, medico)

- e) Nel rapporto a distanza la malattia diventa spesso un elemento da nascondere alla propria rete di riferimento sia per evitare l’insorgenza di preoccupazioni, sia per senso di vergogna rispetto a un fattore di “fallimento” o comunque d’intralcio al progetto migratorio. Il riconoscimento in questo caso non c’è perché non viene richiesto, sicuri che non sarebbe concesso e convinti che la rappresentazione di sé che verrebbe riflessa sarebbe quella di una persona sbagliata: piuttosto si sceglie la strada del silenzio sul proprio malessere, sicuri di non essere compresi del tutto, come appare nello stralcio che segue e che chiude l’esposizione delle diverse declinazioni del transnazionalismo della cura in rapporto al riconoscimento.

*“Ehm...diciamo non riesco a mentire del tutto, e non voglio stare, non voglio farli stare male quindi evito, diciamo ultima volta ho parlato 3 settimane fa con la mia mamma, ogni tanto parlo anche con papà però, raramente. Dipende, lei risponde di solito al telefono. Non sappiamo che le cose sono andate così, non sappiamo che io ne ho invalidità, non sappiamo che forse rimarrò senza lavoro, non sappiamo che faccio delle sedute con la psichiatra”.*

[Ricercatore: Cosa penserebbero se lo sapessero?]

***“Che sono fuori di testa, sono matta”.***

(Intervista Corina)



## Capitolo 7

### Nuove sfide per i servizi: osservazioni conclusive

Chiudere un percorso così complesso, compiuto in più anni, che ha aperto a nuove relazioni entrando nelle vite delle persone, nei loro disagi e fatiche, appare un'operazione difficile e ingenerosa, perché pretende di racchiudere in poche righe significati, definizioni, rappresentazioni e prospettive, personali e non sempre riconducibili a modelli o tipi ideali.

In quest'ultimo capitolo si cercherà di tracciare una sintesi delle espressioni maggiormente presenti nel lavoro indagato, evidenziando laddove possibile delle piste di lavoro potenzialmente utili, degli spunti di riflessione per la pratica medica rivolta ai migranti, e delle questioni che rimangono aperte, future tracce di nuove ricerche.

Nell'analisi degli aspetti che emergono dalla pratica della medicina occidentale con la sofferenza migrante occorre tener presente l'assunto indicato nell'introduzione, concernente l'indicazione che studiare l'incontro tra servizi e migranti permette di evidenziare modalità e difficoltà presenti anche nella relazione con l'utenza autoctona, e questo in accordo con quanto indicato dalla psicologia interculturale (Mantovani, 2003, 2004, 2008) e dagli assunti di Sayad che si chiede "se i problemi degli immigrati siano veramente problemi degli immigrati o piuttosto problemi della società e delle istituzioni in relazione agli immigrati, problemi di origine sociopolitica" (Sayad 2002; Pussetti 2010).

Le indicazioni che seguono rappresentano piste utili anche nella relazione definita usuale, quella tra servizi di salute mentale e pazienti autoctoni, consapevoli che la tematica della cultura diversa sia

fondamentalmente fuorviante, essendo ogni incontro terapeutico un confronto tra culture e/o sottoculture differenti.

## 7.1. L'integrazione “nonostante”

Una buona capacità di ascolto dei servizi nei confronti di un'utenza definita diversa, talvolta difficile, è sicuramente un primo importante elemento che manifesta accoglienza e che prepara il terreno per l'avvio di una relazione terapeutica significativa.

L'ascolto delle diversità, l'approfondimento di alcune tematiche, il coinvolgimento in ricerche su questi ambiti, hanno sollevato, negli stessi operatori incontrati, alcuni interrogativi su quali servizi siano maggiormente rispondenti alle necessità portate dalla nuova utenza, quali migliorie sia necessario apporre e come si possa declinare la pratica clinica con l'attenzione a nuovi paradigmi di significati di malattia e di cura.

Un tema ricorrente riguarda l'interrogativo sulla necessità di disporre di servizi *dedicati* per i migranti, anche sulla stregua di esperienze analoghe in altri contesti italiani<sup>66</sup>. Ci si chiede se sia più adeguato prevedere sportelli o ambulatori dedicati, o se sia più opportuno mantenere i servizi così come sono organizzati, evitando canali riservati. I limiti di entrambi sono evidenti: con i servizi dedicati si rischia di ghettizzare le differenze in percorsi ad hoc, puntando l'attenzione sulla differenziazione, mentre nel mantenere lo status quo si rischia di non considerare adeguatamente determinate esigenze, appiattendolo le prese in carico con strumenti omogenei e standardizzati. Gli operatori intervistati e sollecitati su questo tema hanno risposto evidenziando, con sfumature e consapevolezze diverse, l'ambivalenza di questo tema, per alcuni un problema irrisolvibile, perché qualunque strada si intraprenda rischia di non rispondere in maniera completa ai bisogni portati.

---

<sup>66</sup> Si veda l'esperienza del “Centro Franz Fanon” a Torino e del “Centro Devereux”, a Bologna.

<sup>67</sup> [www.viverlatutta.it](http://www.viverlatutta.it)

<sup>68</sup> <http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-La-Campagna-Viverla-tutta-/la-campagna-viverla->

*“Oddio in realtà ecco secondo me noi non abbiamo come un pensiero specifico sugli stranieri che ci arrivano, no, nel senso che sì, ho idea che tendiamo un pochino a trattarli come trattiamo gli italiani, per cui giochiamo un po' le stesse, lo stesso tipo di risorse, e a un certo punto non so, non si è pensato a un gruppo differenziato per stranieri, per etnie, o, nel senso che cerchiamo di inserirli nei gruppi terapeutici che abbiamo, e così, ma anche non so anche l'inserimento lavorativo, passa attraverso gli stessi canali...e...non so se sia appunto un bene o un male... sì sì, li integriamo o gli offriamo qualcosa di più adatto o più specifico? Appunto, ecco, sì”.*

(Intervista AC, medico)

[Ricercatore: *E come vede i servizi solo dedicati agli stranieri?*]

*“Eh vedi, per esempio quelli di Prato lo fanno, non credo che sia tanto sballata, cioè dipende come viene impostata la cosa, perché una specializzazione maggiore ci vuole, e devi essere formato su questo, c'è poco da fare, è troppo potente questa parte della storia personale per non considerarla, non so, credo sia un po' ideologico dire no devono...dopo, chiaro, che questo si può applicare anche alla scuola, secondo me...c'è tanto il rischio, sta paura del razzismo, del pregiudizio, che magari non ti fa vedere cose che sono lampanti, se dopo alla fine non li aiutiamo, non so cosa serve, però non saprei decidere, onestamente, non saprei se fossi una responsabile di servizio, sì dedichiamo...”*

(Intervista GB, medico)

L'integrazione nei servizi “a tutti i costi” è un'integrazione nonostante le diverse esigenze, è minimizzare le differenze e non problematizzare la relazione, l'approccio e la pratica medica. La retorica dell'uguaglianza deve contemplare l'attenzione (e la valorizzazione) alla diversità. La questione sui servizi dedicati riflette l'eterno dilemma tra la politica dell'uguaglianza (che è politica dell'universalismo nel suo sottolineare l'uguale dignità di tutti i cittadino) e la politica della differenza (che ha una base universalistica ma chiede di riconoscere l'identità irripetibile, distinta da quella di chiunque altro, di questo individuo o questo gruppo) (Habermas, Taylor, 2008: 22 e segg.).

All'interno di una relazione terapeutica entrano in gioco almeno quattro differenti culture legate al ruolo della medicina e ai significati della malattia: la cultura della nazione in cui viviamo, quella dei servizi, quella del singolo operatore e quella dell'utente. I rischi più frequenti di queste interazioni riguardano da un lato lo scivolamento nell'opposizione loro-noi e noi-loro, “cioè

della lotta per differenziarsi e tenere separati ambiti e punti di vista” (Ancora e Sbardella, 2011: 41), dall’altro il rischio della seduzione reciproca, ossia l’annullamento delle differenze.

Per uscire da queste difficoltà si potrebbe cercare di “porre attenzione al percorso che ha condotto all’elaborazione della domanda, in una sorta di analisi della costruzione dei significati e dell’interconnessione degli eventi” (*Ibidem*: 42).

Ci si intende soffermare:

*“Sulle storie che vengono narrate, sulla stratificazione della domanda e sulla progettualità co-costruita insieme per dipanarla. Il loro “altrove” si può indagare attraverso le domande che concernono le loro spiegazioni sui sintomi e sulle pratiche che avrebbero messo in atto in patria per risolvere il problema con cui si presentano a noi”.*

*(Ibidem: 42)*

## **7.2. Come gestire i dilemmi operativi**

Le suggestioni evocate dall’analisi delle interviste biografiche e delle interviste semi-strutturate evidenziano alcuni accorgimenti che possono essere adottati, e che permettono di uscire, almeno in parte, dal problema apparentemente irrisolvibile dei servizi dedicati ai migranti.

Una riflessione che si caratterizza come introduttiva a tutte le successive, ponendosi come strutturale e di ampio respiro, riguarda la necessità, per ogni servizio, di dotarsi di un sistema di rilevazione dati che consenta la registrazione di elementi significativi della storia del migrante – paziente, quali: le tappe del percorso migratorio, gli obiettivi del progetto migratorio, le reti esistenti “qui e lì”, con un’attenzione all’ambito transnazionale e all’influenza dei network familiari e amicali. Un *data base* che consenta una rapida quanto completa estrapolazione dei dati, per permettere una lettura del fenomeno e della sua evoluzione, e per offrire adeguati strumenti anche in un’ottica di riflessione utile alle politiche della salute non più incentrate solo su tematiche

emergenziali ma strutturali. Non ultimo, un sistema che sappia dialogare con gli archivi degli altri servizi, permettendo così comparazioni e raggruppamenti.

Rispetto invece agli aspetti migliorabili nei servizi singoli, si rileva come significativo, in primo luogo, un adeguato percorso formativo permanente, che sembra infatti utile per poter mantenere viva l'attenzione e l'interesse lungo il quotidiano lavoro di accoglienza e cura. Un percorso che investa tutto il personale, sia medico che infermieristico, e permetta uno scambio di esperienze e una condivisione di difficoltà, oltre che di proposte formative, a livello interdipartimentale, ossia che investa più settori dei servizi socio-sanitari, in una logica di lavoro di rete effettivamente agita.

In secondo luogo, oltre a momenti (in)formativi su tematiche che permettano di esplorare modalità inusuali ma efficaci, parrebbe utile prevedere approfondimenti su aspetti maggiormente pregnanti per il servizio, come ad esempio difficoltà correlate a pratiche di cura difformi da quelle usuali.

*“Forse se si facesse formazione comunque, i colleghi hanno la mente pronta, e quindi pongono più attenzione, comunque, per certo tipo di disturbo, insomma, come non puoi trattare un'anoressica se non la sai trattare, qui c'è una parte di competenze che sicuramente devi avere”.*

(Intervista GB, medico)

Occorre prestare attenzione inoltre anche alla condivisione di situazioni riguardanti i migranti in sede di équipe: viene rilevato da quasi tutti gli operatori la mancanza di consuetudine nel discutere di *cas*i di stranieri, vuoi per abitudine a considerarli comunque fuori dal comune e quindi non eleggibili a discussioni plenarie, vuoi per il timore di mostrare la propria ignoranza in materia, vuoi per lo scarso interesse a evidenziare modalità di gestione nuove e più efficaci. In analogia a questi aspetti va ricordato il basso numero di inserimenti di migranti in percorsi riabilitativi (centri diurni, comunità alloggio, gruppi appartamento...): nell'anno 2012 nel servizio di Camposampiero solo una ragazza migrante era stata inserita in un gruppo riabilitativo. Azzardando delle ipotesi su questo si potrebbe dire che ci sia poca volontà di investire nelle capacità riabilitative del paziente migrante, e si scelga di destinare le (poche)

risorse ai pazienti italiani, o nel fatto che questi percorsi abbiano caratteristiche e requisiti pensati per un'utenza autoctona.

La presenza di personale migrante, la contaminazione del ruolo del terapeuta che si apre a nuove forme di relazione (che include la rete parentale, la mediazione culturale, il collega straniero), sono forme che possono aiutare a considerare altri punti di vista e altre modalità di recupero del benessere e dell'equilibrio. Il personale migrante non è certo la panacea ma permette di attingere a esperienze che possono orientare su nuove chiavi di lettura della sofferenza. Per qualche psichiatra basterebbe ancora meno:

*“Basterebbe essere una volta dall'altra parte, se uno si immagina lui in Cina, in CSM, penso che ce n'è da migliorare, in tantissimi aspetti: l'accoglimento, quello che dicevi prima dell'approfondimento della storia migratoria, io penso che siano persone che vorrebbero sentirsi chiedere perché credo che sia un aspetto difficile, molto duro, noi siamo inchiodati qua per cui immaginarsi a fare certe, certi viaggi, certe decisioni, certi distacchi, penso proprio di sì. Ecco cosa avevo visto, secondo me che tante volte, quando vediamo questi pazienti mettiamo nell'ambito dei disturbi dell'adattamento, no: questo è un aspetto da una parte importantissimo, tanto che lo ficchiamo dentro la diagnosi, e dall'altra però secondo me non è abbastanza valutato, considerato, insomma, considerato nell'importanza che dovrebbe avere, quindi, un CSM che lavora con gli stranieri come lavora con gli italiani, ovviamente ha un alto rischio di drop out, ovvio, possiamo essere un pochettino più attenti”*

*(Ibidem)*

Il patrimonio di competenze e sensibilità di cui è portatore chi ha fatto l'esperienza della migrazione (interna all'Italia o internazionale, nel caso dell'operatrice adottata), hanno rappresentato per il servizio di Camposampiero una ricchezza e uno stimolo sicuramente utili ad orientare il lavoro e a muovere verso ipotesi diverse d'intervento. Gli interessi manifestati da alcuni operatori per i temi della presente ricerca risentono parzialmente anche della particolare composizione dell'équipe dell'ambulatorio.

Il fenomeno della migrazione assume le stesse caratteristiche di chi ne fa parte, in perenne movimento, difficile da fermare e fotografare, e ciò che risulta

da quest'indagine potrebbe già essere stato sorpassato da nuove dinamiche e conformazioni: appare ugualmente utile evidenziare alcune ricorrenze emerse.

Anzitutto l'analisi ha fatto emergere come sia cambiata la modalità di affluenza ai servizi rispetto alla percezione che ne hanno gli operatori e le principali ricerche sul tema: l'urgenza assume al carattere di falso mito, poiché nella realtà il migrante accede ai servizi utilizzando i canali previsti, soprattutto tramite l'invio del medico di medicina generale. Le percentuali comunque elevate di affluenza urgente, come indicate nel capitolo 3, contengono anche l'invio del medico di medicina generale con *urgenza differibile*, e rappresentano quindi un valore sicuramente sovrastimato. La rappresentazione dell'urgenza come canale di accesso utilizzato rischia di far adottare approcci modellati su questo, dove non si ripensa alle prese in carico in maniera strutturale perché si vive la relazione come estemporanea, sfuggevole, difficilmente afferrabile. Ribattere all'urgenza con l'urgenza rischia di adottare risposte basate sul bisogno concreto e non sulla creazione di una relazione terapeutica, di fiducia e ascolto. Considerare questa fascia di utenti in maniera adeguata richiede quindi che si esca dalla logica dell'urgenza.

L'incontro con il diverso per eccellenza, straniero portatore di disagio mentale, può far cadere nel tranello di creare nuove categorie diagnostiche e d'intervento: la sfida è riuscire a evitare questa tentazione ma aprirsi a nuove possibilità di racconto della malattia e considerarla come tale, con una sua continuità narrativa (Habermas, Taylor, 2008; Crespi, 2004), anche laddove si faccia fatica a coglierla. Ciò che può aiutare nella pratica clinica come nella relazione di accoglienza è favorire la narrazione come esplorazione di mondi possibili, riconoscendo un ruolo fondamentale alla biografia per come viene raccontata e come potrebbe essere narrata se si usasse il congiuntivo (Marzano, 2006).

Come appena citato, è necessario dotarsi di forme di accoglienza aperte all'imprevisto e alla differenza, e considerare l'accoglienza come fondante l'approccio relazionale di tutti gli operatori.

*“L'accoglienza, da non confondersi con la necessità di una risposta attiva è, prima di tutto, la presenza comunque di un Operatore che accoglie il paziente, anche attraverso la raccolta “concreta” di alcuni dati attraverso una scheda prestampata. È una funzione di sfondo del servizio non necessariamente propedeutica alla prescrizione di qualche terapia. Si potrebbe anche dire che l'accoglienza è un assetto interno fondamentalmente autentico e accettante che sospendendo temporaneamente l'urgenza della risposta concreta, rende possibile l'ascolto e il dialogo”.*

(Ancora e Sbardella, 2011: 58)

Nel momento dell'accoglienza intesa quindi come spazio dedicato del primo contatto e come cultura di approccio del servizio, è importante che venga posta attenzione alla storia più ampia del paziente. Le schede di primo accesso devono poter contenere spazi nei quali si preveda di raccogliere la storia migratoria della persona: il suo percorso, il suo progetto, la presenza di network a livello transazionale (Ambrosini, 2006), evitando per quanto possibile di considerare solo il “qui ed ora”, che azzerà il passato e la proiezione al futuro, le appartenenze (plurime) e le rappresentazioni (della malattia e dei servizi).

Non è un caso che in questo momento storico si assista a un grande successo nei confronti della medicina narrativa (Charon, 2001), proprio per questa ritrovata attenzione alla storia che la persona propone su di sé e sulla sua malattia, utile al medico per esplorare nuove *province di significato*. (Bruner, 1987, 1992).

*“Il nucleo centrale della medicina narrativa è il processo di ascolto del paziente mediante una tecnica di conversazione molto raffinata che conduce il medico a capire, mediante l'ascolto delle proprie emozioni e di quelle del paziente, il significato della sua pratica clinica”.*

(Masini, 2009)

Approccio olistico, storia come atto interpretativo, descrizione del paziente come forma di sperimentazione della salute, incoraggiamento dell'empatia (Greenhalg, Hurwitz, 1999), queste le parole chiavi di una forma terapeutica che sta prendendo piede anche in Italia. Oltre ai consueti ambiti clinici, di sperimentazione e formazione, può essere utile citare il primo laboratorio di medicina narrativa on line gestito dalla campagna “Viverla



tutta<sup>67</sup> della fondazione Pfizer in sinergia con Repubblica.it: un contenitore dove nell'anno 2012 sono state raccolte oltre 800 storie ora oggetto di analisi.

*“La Campagna **“Viverla Tutta”**, promossa con il sostegno di **Pfizer**, nasce con l'intento di offrire una lettura della malattia alternativa al discorso sociale prevalente, che tende a vederla solo come evento negativo. Le storie di malattia raccontate da chi ne è protagonista in prima persona contengono una serie di elementi relativi alla percezione dell'esperienza, alla sua interpretazione e al modo di affrontarla che, se correttamente raccolti, interpretati ed analizzati attraverso apposite tecniche e metodologie (quelle della Narrative Based Medicine (NBM) o **Medicina Narrativa**, possono contribuire a **migliorare i percorsi di assistenza e cura**, riconoscendo la **centralità del paziente** ed affermando l'importanza, per la medicina, di **prendersi cura del malato e non solo della malattia**”.*<sup>68</sup>

Il progetto prevedeva oltre alla raccolta e analisi delle storie di malattia, anche la produzione di *“Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative”*, elaborate dalla Conferenza di consenso promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del *“Laboratorio sperimentale di medicina narrativa”*, i cui partner sono la Asl 10 di Firenze e l'*European Society for Health and Medical Sociology*, con il sostegno di Pfizer. Tali linee di indirizzo vogliono dare risposte a tre questioni:

- a. Che cos'è la medicina narrativa;
- b. Quali sono le metodologie e gli strumenti utilizzati nella medicina narrativa;
- c. Quale può essere l'utilità e in quali ambiti e contesti.

Nel Comitato scientifico del Convegno, momento di condivisione delle linee di indirizzo, spiccano nomi di alcuni studiosi ritenuti tra i *“padri”* della medicina narrativa, Hurwitz e Charon *in primis*.

*“Durante il Convegno internazionale, inoltre, saranno resi noti i risultati dell'analisi di più di 800 storie raccolte tramite la Campagna web **“Viverla Tutta”**, su una pagina dedicata de **“LaRepubblica.it”**, e i*

---

<sup>67</sup> [www.viverlatutta.it](http://www.viverlatutta.it)

<sup>68</sup> <http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-La-Campagna-Viverla-tutta-/la-campagna-viverla-tutta-asp>

*primi passi del progetto di partenariato europeo “Story Telling on Record” (S.T.o.Re.), coordinato dall’ISS e portato avanti con altri cinque Paesi, in relazione alla cartella clinica integrata con informazioni di medicina narrativa (uno strumento che intende integrare le informazioni del medico, dell’infermiere e più in generale dell’operatore sanitario con la storia e l’esperienza del paziente)”*.<sup>69</sup>

A testimonianza di quest’attenzione nei confronti della medicina narrativa, e dei suoi benefici effetti, riporto i dati sulle mail di *alert* ricevuti tramite il sistema *google alert* che avevo attivato come semplice test, da marzo 2012 a fine giugno 2014: in questo periodo ho ricevuto nella casella di posta n.211 notizie di convegni, eventi o pubblicazioni in merito.

Ci si chiede a questo punto a cosa sia dovuto tutto questo successo: anzitutto credo vada indicato come motivo la necessità di ritornare alla funzione curatrice della parola, la propria e quella del terapeuta, riportando il trattamento medico dentro alla relazione.

In secondo luogo emerge come necessario riappropriarsi della competenza sulla descrizione del proprio stato: protagonismo e partecipazione attiva nel processo di guarigione e non più solo attesa passiva di strumenti e trattamenti su di sé.

E ancora: non più solo attenzione al sintomo ma sguardo ampio alla complessità e multidimensionalità della persona. La citazione che segue riporta il pensiero di una psichiatra che esplicita in maniera chiara la necessità di avere un’attenzione sempre viva su tutti gli aspetti che la persona porta nella relazione clinica (Pussetti, 2010), non potendosi più solo soffermare semplicemente sul sintomo.

*“C’è tanta irregolarità, anche su questo c’è un senso di impotenza, per quanto mi riguarda, perché se le segnali, loro perdono il lavoro, se gli dici “vai al sindacato”, hai capito, quindi ti trovi in una brutta situazione, perché ti rendi conto che sono situazioni di sfruttamento e non sai come gestirle, io personalmente... sono cose che mi mettono sempre in grande difficoltà, perché credo che non si possa curare un sintomo, noi dovremmo curare tutta la persona, io non posso dire a una persona che è normale lavorare un anno senza avere un giorno di*

---

<sup>69</sup> Comunicato stampa n. 11/2014 dell’11 giugno 2014 dell’istituto superiore della Sanità: “La scienza basata sui racconti, una risorsa per la pratica clinica”.

*riposo, perché questa si chiama schiavitù, sostanzialmente, e quindi c'è sempre questa difficoltà”.*

(Intervista RR, medico)

Infine, credo che ci sia un'attenzione particolare nei confronti della medicina narrativa perché questa afferma in maniera forte la possibilità di esprimere la sofferenza, i sintomi, la malattia secondo propri canoni e paradigmi, non mutuati necessariamente dalla conoscenza medica e dalle categorie diagnostiche. Una relazione terapeutica non centrata esclusivamente sulla contrapposizione tra le conoscenze medico-scientifiche del terapeuta e il senso comune del paziente, permette alla persona di esprimere con strumenti che le sono propri un malessere di cui è portatore: ascoltare altre rappresentazioni e significati apre a nuove ipotesi di intervento e nuovi ruoli, dove la competenza non è più solo quella del terapeuta ma diventa anche quella di chi porta in prima persona la sofferenza.

### **7.3. Lavorare sui confini**

L'incontro tra i servizi e i vissuti di malattia nel percorso migratorio ha aperto a nuove sfide, complessità poco conosciute e messa in discussione del dato per scontato (Schütz, 1979).

Viene richiesta una competenza professionale che sappia stare nei confini, nella frontiera (Vianello, 2009), negli spazi grigi di relazioni poco chiare, di procedure poco ortodosse e di domande a cui non si sa dare risposta. Considerare l'incontro non solo tra due persone ma tra due realtà, che mediano, concertano e integrano diversi paradigmi e significati.

*“Molto spesso il lavoro è sul limite, sul confine, secondo me, anche perché, questa è la cosa secondo me più difficile anche per noi operatori, eh, sul confine tra mondi diversi che si incontrano, i loro originali, e questi in cui si trovano e la nostra difficoltà di stare anche noi sul confine, perché a volte eh, un po' per ignoranza, perché non sempre noi conosciamo tutto, anzi poco”.*

(Intervista RR, medico)

Stare nei confini significa inoltre accettare l'ambivalenza e l'ambiguità come elementi costitutivi ed espressivi più che come ostacoli alla relazione terapeutica. Come si è visto nel cap. 5 pensare all'ambivalenza, nelle forme descritte, come categoria di relazione e rappresentazione permette di uscire dalla logica della *responsabilità* del fallimento del percorso terapeutico, per considerarla una modalità di porsi in relazione. Si tratta di provare a stare nell'ambivalenza, esplicitandola.

*“Rispetto è condivisione e trasparenza (...): vuol dire abbandonare una posizione di expertise, per assumerne una di curiosità (...). Rispetto è la possibilità di trovare una forma di reciprocità e pariteticità; è permettere alla vita di entrare nel contesto terapeutico (...). Non si tratta di tradurre le mappe degli stranieri nelle nostre, neppure di negoziare tra le loro e le nostre. Non pretendere di dare risposte esaustive, ma utilizzare le domande come stimolo per entrare in un dialogo, in un dominio comune, in una danza che sia possibilmente condivisa”.*

(Ancora, Sbardella, 2011: 46-47)

Promuovere, quanto più possibile, la realizzazione del riconoscimento, e in particolare del riconoscimento reciproco, consapevoli che la considerazione di tale aspetto è intimamente legata alla riuscita del percorso terapeutico.

Il riconoscimento, inoltre, passa attraverso una comunicazione chiara, completa, dettagliata, dei ruoli, dei servizi, di cosa vuol dire “presa in carico psichiatrica”, di aspetti legati al futuro e al futuro con la malattia.

*“Il riconoscimento passa anche attraverso il rispetto dell'altro e la consapevolezza delle differenze in campo, collegate all'esperienza di emarginazione, alla sofferenza del quotidiano e non solo. Per far questo è necessario costruire il proprio ruolo e la propria autorevolezza attraverso la considerazione dell'altro che implica atteggiamenti di curiosità, collaborazione e condivisione. Questa collaborazione (...) si espleta attraverso la costruzione di una narrazione condivisa”.*

(*Ibidem*: 46)

Tenere ben viva la tematica del riconoscimento risulta tanto più importante quanto questa si sofferma sul riconoscimento delle differenze

culturali e del potenziale conflitto sociale che si concretizza in diversi modi. La sfida per operatori della salute culturalmente competenti riguarda il mettersi in gioco nell'incontro con l'altro, vivere l'incertezza di una relazione terapeutica, percepire il potere che le nostre parole hanno nel contribuire alla costruzione delle situazioni (Melucci, 2000). Comprendere le differenze e i limiti, e soprattutto sapere continuamente costruire ponti, in una costante attenzione al riconoscimento.

*“Ogni cultura etnica parla il proprio linguaggio e cerca di veder riconosciuto questo diritto, ma al di là dell’aspetto politico del riconoscimento c’è in questa esigenza una dimensione assai più importante. La cultura è modellata sempre più da apparati anonimi che impongono i loro nomi e i linguaggi attraverso i quali la gente comprende e si mette in rapporto con la realtà. Nominare il mondo in modo diverso sfida questa omogeneizzazione e l’imposizione di codici standardizzati”.*

(Melucci, 2000: 50)

Il tema del riconoscimento è fortemente correlato alla questione delle identità, sia individuali che sociali, in movimento e in bilico, poiché si è particolarmente consapevoli che la parola “crea”, promuove ma anche incasella e blocca, con effetti sul senso di sé, della propria collocazione e della propria rappresentazione. A tale proposito si ritiene utile richiamare l’aspetto delle diagnosi, attraverso le quali c’è il rischio di fissare la sofferenza sotto un’etichetta predefinita e fissa.

*“Quando vediamo questi pazienti mettiamo nell’ambito dei disturbi dell’adattamento, no, questo è un aspetto da una parte importantissimo, tanto che lo ficchiamo dentro la diagnosi, e dall’altra però secondo me non è abbastanza valutato, considerato”.*

(Intervista GB, medico)

Richiamare l’attenzione al ruolo della diagnosi porta con sé la necessità di considerare il momento del primo contatto, spazio deputato all’accoglienza, all’ascolto della sofferenza e alla definizione della malattia; ricevere una restituzione diagnostica libera dall’ignoto e dalla paura dell’“io per me cos’ho, ma allo stesso tempo reifica lo stato attuale.

*“Molti dei programmi finiscono per stereotipare e reificare l’esperienza migratoria, per attribuirle uno statuto ontologico e per rendere omogenee esperienze emozionali che sono individuali, eterogenee e non riducibili a modelli prestabiliti. Si è di fronte a una ideologia medica che sistematizza caratteristiche e comportamenti socioculturali non congiunti a sintomi psicopatologici: una lettura medicalizzante della condizione del migrante permette di trasformare i problemi sociali, economici e politici di gruppi svantaggiati in elementi potenzialmente patologici che possono essere controllati e monitorati farmacologicamente”.*

(Pussetti, 2010)

Di fronte a tali sollecitazioni ci si chiede come uscire dall’atteggiamento della medicalizzazione rivolta a orientare atteggiamenti e pratiche del soggetto ospitato verso l’integrazione o l’assimilazione nella società ospitante. Nel trattamento e nell’assegnazione di una diagnosi non si considera troppo spesso come questa contribuisca alla costruzione di un’identità sociale e personale di un soggetto come malato e pazzo; si potrebbe cambiare rotta, considerando la condizione non come un fatto ma come una relazione, ossia come il prodotto di uno scenario attuale più vasto e di un processo classificatorio basato su valori sociali, politici, etici ed estetici (Pussetti 2007: 10-11).

Le barriere principali nella relazione con pazienti di background culturali e visioni del mondo diverse, che la Pussetti indica (2007: 6), sono di seguito elencate:

- power asymmetry
- colonial legacies
- misdiagnosis

La ricerca sul campo evidenzia che al di là delle migliori intenzioni i professionisti della salute mentale transculturale patologizzano credenze, comportamenti e pratiche culturali, leggendole come interpretazioni inappropriate di esperienze umane o come sintomi di problemi di salute mentale (*Ibidem*: 11): appare quanto mai difficile per i professionisti occidentali della malattia mentale andare al di là del pensiero *pathology-based*.

La proposta di una nuova psichiatria transculturale riguarda uno spazio terapeutico flessibile che permetta l’azione reciproca di tante differenti

interpretazioni e strategie di *coping*<sup>70</sup> che affrontano la crisi, che consideri il modo in cui il paziente e il suo gruppo di riferimento definiscono e danno senso alle situazioni che vivono (*Ibidem*: 13). Il rischio infatti è quello che le rigide strutture della nosologia biomedica possano patologizzare le esperienze e i comportamenti degli altri riproducendo le strutture di disuguaglianza sociale già esistenti (*Ibidem*: 13).

La sfida è anche quella di uscire dalla logica della diagnosi per entrare in quella della relazione: “Una cosa è considerare il problema come una crisi e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, una soggettività che mette in crisi il medico” (Basaglia, 2000).

Stare sui confini significa riconoscere reciprocità a tutti gli attori in campo, promuovendone la partecipazione e l’autodeterminazione, e rappresenta lo stare in una posizione che, pur nella sua scomodità, offre a chi lavora un osservatorio privilegiato di dinamiche in perenne evoluzione.

*“Viene richiesta alle organizzazioni che lavorano sul “confine”, sulla frontiera “una competenza esplorativa che può reggere la sfida del farsi delle politiche solo se improntata alla reciprocità, dei soggetti e delle organizzazioni”, così che l’essere di fatto posizionato sui confini liminali permette agli attori sociali di agire [...] come attori attenti alle trasformazioni in corso”.*

(Ferrari 2010: 217)

La metafora della danza appare come una delle più efficaci per evidenziare la necessità di trovare un equilibrio nuovo ad ogni passo, e di ascoltare la presenza dell’altro sia per non inciamparci contro, ma soprattutto per creare una coreografia comune. La danza che propone Sclavi (2003) attraversa tre livelli, che indicano dei passi affinché l’uomo riesca a entrare in relazione piena nei confronti di un altro uomo: il primo “passo” riguarda l’uscita dal senso comune e dalle aspettative di ruolo (“è uno allenato a non limitarsi a vedere e sentire quel che ci si aspetta di vedere e sentire” (Sclavi, 2003: 223)); il secondo livello riguarda l’atteggiamento di chi sa mettersi in gioco rischiando la faccia, sa valorizzare le difficoltà e le sconfitte, “accetta di buon grado di essere

---

<sup>70</sup> Per “strategie di coping” si intendono le modalità di adattamento con le quali si fronteggiano situazioni stressanti.

smentito, sorpreso, spiazzato, di sentirsi goffo e lento e sa gestire tutto questo come delle virtù” (*Ibidem*); il terzo passo riguarda il riuscire ad “essere un esploratore di mondi possibili, sempre un po’ straniero a casa propria” (*Ibidem*).

## 7.4 Domande aperte e nodi cruciali

Nella trattazione di un tema vasto come quello del presente lavoro è indubbio che siano stati tralasciati alcuni argomenti, o non si siano approfonditi determinati ambiti.

Sicuramente un argomento poco trattato, che è stato oggetto di riflessione personale e condivisa con gli operatori del centro di salute mentale, è quello delle adozioni internazionali. Mi sono trovata in diverse occasioni a riflettere se includere nella ricerca i casi di persone nate all'estero, ma trasferitesi in Italia perché adottati da famiglie italiane. Inizialmente il problema era metodologico, ossia se considerarli parte del campione: la scelta che è stata fatta è stata quella di includerli, considerando che avevano comunque vissuto l'esperienza del distacco, del trasferimento in uno stato diverso da quello di origine, con lingua, tradizione e pratiche differenti. L'aver esperito un percorso migratorio, che produceva un progetto migratorio legato a quello della famiglia adottante, conteneva elementi che potevano essere considerati molto preziosi.

La loro presenza è stata inserita nella raccolta dei dati, non avendo invece né assistito a una prima visita né raccolto la storia di chi portava tale esperienza. Parlando con i medici emergeva la sensazione di trovarsi a interagire con persone portatrici di una complessità a cui non si era sempre preparati. L'ambito della salute mentale di soggetti con esperienza di adozione internazionale è un campo ancora inesplorato che, a dire degli operatori, e secondo quanto rilevato nella mia indagine sui dati, fa emergere aspetti nuovi, non sempre noti.

L'occasione dell'intervista con la psicologa, adottata a sua volta, è stata molto fruttuosa.



*“C’è intanto indubbiamente un trauma originario enorme, ma così, nel pensiero che ho fatto in questi anni c’è che la famiglia adottante, forse anche socialmente eh, c’è un tentativo onnipotente di riparare a quel trauma, no, per cui c’è tutto il periodo dell’infanzia che illude no? è la grande illusione, per cui questa famiglia si propone di riparare a quel trauma, lo fa adottando tutti i mezzi a sua disposizione, illudendo, illudendo il bimbo e poi il ragazzo, che quel trauma possa così essere non solo riparato, perché avere un atteggiamento di riparazione, ben venga, ma riparato dagli altri, e non da...e senza un lavoro di soggettivazione che comunque attraverso un percorso indubbiamente dolorosissimo che deve continuare, no, c’è questa illusione, quindi nel momento in cui ci si rende conto che quest’illusione è un’illusione per l’appunto, c’è la grande rabbia, c’è, c’è eventualmente anche creare un mondo parallelo, e la rottura, la frattura psicotica, la scissione, io penso che ci sia molto anche di questo”.*

(Intervista CJ, psicologa)

Si potrebbe obiettare che il “trauma” sia insito nella maggior parte dei percorsi di adozione, compresi quelli degli autoctoni, perché l’abbandono è una caratteristica comune. Si ritiene comunque che questo tema faccia emergere in maniera chiara contraddizioni e difficoltà di tali percorsi, ponendosi come ambito ricco e generatore di riflessioni utili.

Uno dei nodi critici nel discorso sull’incontro pazienti migranti – servizi sanitari psichiatrici, riguarda la questione spinosa, già affrontata, sulla dialettica servizi dedicati ma ghettizzanti o servizi accessibili a tutti ma omogeneizzanti. Questo dilemma riporta anche la questione dell’integrazione intesa come assimilazione contrapposta al riconoscimento delle peculiarità culturali che esita in un’eccessiva differenziazione. Una riflessione che può arricchire la discussione tra questi due poli riguarda la ripresa del discorso sull’altro generalizzato (Mead, 2010) e del conflitto tra mondi di riferimento valoriale diversi. Ne “Il Contadino Polacco” (Thomas e Znaniecki, 1918), la soluzione che permetteva di fare sintesi di modelli diversi pareva essere il rapportarsi ad altri generalizzati di livello più elevato, una comunità di attitudini universali, portatrici cioè di norme, valori, credenze condivise in quanto cittadini di un unico Stato-Nazione (Habermas, Taylor, 2008). Al di là degli aspetti “superati” quali il discorso di unico stato-nazione, di patria o bandiera, appare utile

riuscire a richiamarsi a valori universali in quanto essere uomini e donne, in quanto appartenenti a una dimensione sovralocale che supera le diverse appartenenze e provenienze. Significa, in altre parole, riconoscersi parte di una stessa condizione, quella umana, attraversata da difficoltà e caratterizzata da risposte personali e sociali a tali difficoltà, che al di là e nel rispetto delle peculiarità e specificità cerca di entrare in relazione, sospende il giudizio e promuove l'altro nella reciprocità dell'incontro.

Nel lavoro che qui si presenta si è parlato di utenza migrante, ribadendo però in più occasioni che ciò che emergeva poteva essere trasferito alla relazione con l'utenza autoctona: è il caso, ad esempio, della sottolineatura sulla necessità di dotarsi di un equipaggiamento molto adattabile e vario nella gestione del dolore, della sofferenza, della malattia, soprattutto se malattia mentale, con il suo carico di rappresentazioni, vissuti, conseguenze (personali e sociali). Uno strumento che si è rivelato utile riguarda il riferimento alle *illness narratives*: veri stratagemmi per l'organizzazione simbolica dell'esperienza di guarigione e del processo terapeutico (Pussetti, 2007: 13). Ascoltare come i soggetti interpretano la loro malattia è una strategia indispensabile per capire le multiple dimensioni simboliche della sofferenza e le forme culturali differenti che dovrebbero integrare il processo di guarigione.

Approcciarsi con strumenti dai confini incerti, che sostituiscono o si affiancano prepotentemente alle categorie diagnostiche e agli strumenti di indagine clinica standard, e che attribuiscono ai malati il ruolo di primi attori, è una piccola rivoluzione dei servizi di cura della persona, dai medici di medicina generali, agli operatori dei reparti ospedalieri o degli ambulatori specialistici.

*“La complessità del mondo (...) è metafora degli infiniti cammini possibili e della nuova esplorazione a cui si è chiamati, ma essa evoca anche lo sgomento di un procedere che sembra destituito di fondamenti certi, e che alcuni teorici vorrebbero esorcizzare con una riduzione di aspettative o riportando la domanda sociale entro limiti di “governabilità”.*

(Ingrosso, 1994: 13)

Parlare di cura impone di dare finalmente una nuova accezione al termine “salute”, parola con la quale si è aperta l’indagine e che è stata ampiamente dibattuta nel cap. 1. Cosa sia la salute è stato detto, ciò che occorre sottolineare invece è la direzione che stanno prendendo le politiche sulla salute negli ultimi 20 anni. Le “raccomandazioni di Salsomaggiore” (*Ibidem*) sono un documento politico-culturale contenente le indicazioni emerse dal III Simposio dell’*International Network for a Science of Health*, e rilevano che “la salute e la qualità della vita sono frutto del concorso della responsabilità individuale, delle azioni collettive e delle politiche pubbliche”. Sulla responsabilità individuale e le azioni collettive questo lavoro offre un contributo, sia quando apre a nuove riflessioni, sia quando individua alcuni temi sui cui implementare formazione e competenza culturale (Ancora, Sbardella, 2011).

Per quanto riguarda invece l’area delle politiche si osserva come questa continui a concentrarsi su problemi di crisi fiscale con conseguente arretramento dei criteri di equità. Questi problemi, non riducibili solo a carenze organizzative e mancanza di risorse, hanno alla base una “crisi di orientamento e direzione” (Ingrosso, 1994: 17) conseguente all’impianto sanitarizzante delle strutture e connesso all’autoproduzione sociale dei bisogni sanitari.



## Riferimenti bibliografici

- AAVV (2007), *Professione sociologo* in "Newsletter di sociologia" ed.1, febbraio 2007, anno IV, pp. 17-21.
- Achotegui D.J. (2005), *Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*, in "Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría" Volume V, N° 21. pag 39-53.
- Ambrosini M. (2006), *Delle reti e oltre: processi migratori, legami sociali e istituzioni*, in Decimo F., Sciortino G. (a cura di), *Reti migranti*, Il Mulino, Bologna.
- Ancora A., Sbardella A. (2011), *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici. Un confronto tra operatori*, Franco Angeli, Milano.
- Aneshensel C.S. (1992), *Social Stress: Theory and Research*, in "Annual Review of Sociology", vol.18, pp. 15-38.
- Armezzani M. (2004), *In prima persona. La prospettiva costruttivista nella ricerca psicologica*, il Saggiatore, Milano.
- Arvidsson H., Hulstjo S. (2009), *Needs and care of migrants considered as severely mentally ill – cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample*, in "European Psychiatry", n. 24, pp. 533-539.
- Augé M., Herzlich C. (1986), *Il senso del male*, Il Saggiatore, Torino.
- Bains J. (2005), *Race, culture and psychiatry: a history of transcultural psychiatry*, in "History of Psychiatry", n. 16, pp. 139-154.
- Basaglia F. (1964), *La distruzione dell'ospedale psichiatrico*, in "Scritti", vol. I, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. (1968), *Il problema della gestione*, "Scritti", Vol. I, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. (1982), *Ideologia e pratica in tema di salute mentale*, in "Scritti", vol. II, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. (2000), *Conferenze brasiliane*, ed. Cortina, Milano.
- Becker H. S. (2007), *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*, il Mulino, Bologna (ed. orig.1998).
- Belelli G. (1989), *Il metodo del discorso*, Liguori Editore, Napoli.
- Beneduce (2007b), *Epistemologia e metodologia della cura nelle società multiculturali. Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza*.

- Contributo alla costruzione di servizi di salute mentale antropologicamente competenti*, Ministero della Salute, Roma, 18 aprile 2007.
- Beneduce R. (2007a), *Etnopsichiatria*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (a cura di) (1997), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Italia, Torino.
- Beneduce R. et al. (1994), *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Berger P.L., Luckmann T. (1997), *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna (ed. orig. 1966).
- Bertaux D. (2003), *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Franco Angeli, Milano (ed. orig. 1998)
- Bhugra D. (2005), *Cultural identities and cultural congruency. A new model for evaluating mental distress in immigrants*, in "Acta Psychiatrica Scandinavica", n. 111, pp. 84-93.
- Bichi R. (2000), *La società raccontata. Metodi biografici e vite complesse*. Franco Angeli, Milano.
- Bichi R. (2004), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e Pensiero, Milano.
- Blumer H. (2008), *Interazionismo simbolico*, Il Mulino, Bologna, (ed. orig. 1969)
- Bracci F., Cardamone G. (a cura di) (2005), *Presenze: migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Brown P. (1995), *Naming and Framing: the social construction of diagnosis and illness*, in "Journal of Health and Social Behaviour" vol. 35, pp. 34-52.
- Bruner J. (1986), *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge.
- Bruner J. (2003), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino (ed. orig. 1990).
- Bucchi M., Neresini F. (2001), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma.
- Burnam M.A. et al. (1987), *Acculturation and Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders Among Mexican Americans in Los Angeles*, in "Journal of Health and Social Behaviour", vol. 28, n. 1, pp. 89-102.
- Cardano M. (2001), *Etnografia e riflessività. Le pratiche riflessive costrette nei binari del discorso scientifico*, in "Rassegna Italiana di Sociologia" n. 2, aprile-giugno, pp. 173-204, Il Mulino, Bologna.
- Cardano M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Roma, Carocci.

- Cardano M. (2006), *Le narrazioni e la loro analisi*, in "Rassegna Italiana di Sociologia" n. 2 aprile-giugno, pp. 361-370, Il Mulino, Bologna.
- Cardano M. (2007), "E poi cominciai a sentire le voci...", *Narrazioni del male mentale*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 1, gennaio-marzo, pp. 9-56, Il Mulino, Bologna.
- Cardano M. (2009), *Etnografie: immagini della pratica etnografica* in "Rassegna Italiana di Sociologia", in n. 1, gennaio-marzo, pp. 5-16, Il Mulino, Bologna.
- Cardano M. (2010), *Mental distress: Strategies of sense-making*, in "Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine", n. 14, n. 3, pp. 253-271.
- Cardano M. (2011a), *La ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Cardano M., Manocchi M., Venturini G.L. (2011b), *Ricerche. Un'introduzione alla metodologia delle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- Cardano M. (2011c), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Caritas Italiana (2006), *Terzo rapporto sulla povertà in Europa*.
- Casalbore A. (2009), *L'inclusione sociale dei giovani di origine straniera. Realtà o illusione* in "Rivista internazionale di Edaforum" ([www.rivista.edaforum.it](http://www.rivista.edaforum.it)), Anno 5, n. 15 - 31 Ottobre.
- Cavarra R. (1993), *Incertezza ed autocontraddittorietà nei soggetti. Un'ipotesi*, in Carbonaro A., Facchin C (a cura di) (1993), *Biografie e costruzione dell'identità. Tradizione e innovazione nella riproduzione sociale*, pp. 124-136, Franco Angeli, Milano.
- Charon R. (2001), *Narrative medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*, in "American Medical Association", vol. 286 n. 15, pag. 1897-1902.
- Chetti S., Friedman Ar., et al. (2014), *Stress and glucocorticoids promote oligodendrogenesis in the adult hippocampus*, in "Molecular Psychiatry".
- Cipollini R. (a cura di) (2002), *Stranieri, percezione dello straniero e pregiudizio etnico*, Franco Angeli, Milano.
- Collins R. (1992), *Teorie sociologiche*, Il Mulino, Bologna (ed. orig.1988)
- Colombo A, Sciortino G. (a cura di) (2002), *Assimilati ed esclusi*, Il Mulino, Bologna.
- Colombo E. (2001), *Etnografia dei mondi contemporanei. Limiti e potenzialità del metodo etnografico nell'analisi della complessità*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 2, aprile-giugno, pagg. 205-230, Il Mulino, Bologna.
- Conrad P. (1992), *Medicalization and Social Control*, in "Annual Review of Sociology", vol.18, pp. 209-232.

- Cooley C. H. (1902), *The Distribution of Power in Exchange Networks*, in "American Journal of Sociology", 89:275-305.
- Coppo P. (2005), *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Cortella L. (2002) *Autocritica del moderno. Saggi su Hegel*, Il Poligrafo, Padova.
- Costa G. et al. (1994), *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*, in Beneduce R. et al, *La Salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, La Nuova Italia Scientifica, Napoli.
- Costa P. (2001), *Verso un'ontologia dell'umano*, UNICOPLI, Milano.
- Cozzi D. (2007), *Le imperfezioni del silenzio. Riflessioni antropologiche sulla depressione femminile in un'area alpina*, Bonanno Editore, Acireale - Roma.
- Crenshaw K. (1989), *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of Color*, in "Stanford Law Review", vol. 43.
- Crespi F. (2004), *Identità e riconoscimento nella sociologia contemporanea*, Laterza Bari-Roma.
- De Martino E. (1975), *Mondo popolare e magia in Lucania*, Basilicata editrice, Roma-Matera.
- Devereux G. (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma (ed. orig.1973).
- Donati P. (a cura di) (1983), *La sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- Eliade M. (1974), *Lo sciamanesimo e le tecniche dell'estasi*, Edizioni Mediterranee, Roma (ed. orig.1951).
- Ferrari M. (2010), *La frontiera interna*, Academia Universa Press, Milano.
- Fitzpatrick T.R., Freed A.O. (2000), *Older Russian immigrants to USA: their utilization of health services* in "International Social Work", 162 (1), pp. 12-24.
- Frigessi D. (1994), *Percorsi, modelli e attese di salute* in Beneduce et al (1994), *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Frigessi D., Risso M. (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- Fullin G. (2002), *Instabilità del lavoro e vulnerabilità: dimensioni, punti di equilibrio ed elementi di fragilità*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 4, ottobre-dicembre, pp. 553-586, Il Mulino, Bologna.
- Garfinkel H. (1967), *Studies in ethnomethodology*, Polity, Cambridge.
- Geertz C. (1987), *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna (ed. orig.1962).



- Gergen K. J., Gergen M.M. (1986), *Social Psychology*, Springer, New York.
- Gergen K.J., Gergen M.M. (1988), *Narratives and the self as relationship*. In L. Berkowitz, "Advances in experimental social psychology" (Vol. 21, pp. 17-56), Academic Press, New York.
- Giglioli P.P, Dal Lago A. (a cura di) (1983), *Etnometodologia*, Il Mulino, Bologna.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (2009), *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*, Armando, Roma (ed. orig.1967).
- Glick Schiller N, Basch L, Blanc Sanzton C. (1995), *From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration.*" In "Anthropological Quarterly", vol. 68, n. 1, pp. 48-63.
- Glick Schiller N., Basch L. G., Blanc Sanzton C. (1992), *Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration*, in "Annals of The New York Academy of Sciences", 645, New York.
- Gobo G. (1999), *Le note etnografiche. Raccolta e analisi*, in "Quaderni di Sociologia", XLIII, 21, pp. 144-67
- Goffman E. (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna (ed. orig.1956)
- Goffman E. (1981), *Relazioni in pubblico*, Bompiani, Milano (ed. orig.1971).
- Goffman E. (1983), *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè, Milano (ed. orig.1963).
- Goffman E. (1987), *Forme del parlare*, Il Mulino, Bologna (ed. orig.1981).
- Goffman E. (2003), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1961).
- Good B. J. (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino (ed. orig.1994).
- Good B. J. (2006), *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran*, in I. Quaranta (a cura di), "Antropologia medica: i testi fondamentali", Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Greenberg G. (2010), *Inside the battle to define mental illness*, in [http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff\\_dsmv/](http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/).
- GREENHALG T., HURWITZ B. (1999), *Narrative based medicine: why study narrative*, in "British Medical Journal", 318 (7175), pp. 48-50.
- Haasen C. et al. (1997), *Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implication for services and research*, in "European Psychiatric", n. 12, pp. 305-310.
- Habermas J., Taylor C. (2008), *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*. Feltrinelli, Milano(ed. orig.1993).

- Hesse H. (1975), *Siddartha*, Adelphi, Milano (ed. orig.1922).
- Honneth A. (2002), *Lotta per il riconoscimento*, Il Saggiatore, Milano.
- Horwitz A.V. (1982), *The Social control of mental illness*, Academic Press, New York, London.
- Horwitz A.V. (1984), *The Economy and Social Pathology*, in "Annual Review of Sociology", vol. 10, pp. 95-119.
- Horwitz A.V. (2007), *Transforming Normality into Pathology: The "DSM" and the Outcomes of Stressful Social Arrangements*, in "Journal of Health and Social Behaviour", vol.48, n. 3, pp. 211-222.
- Horwitz A.V. (2011), *Creating an Age of Depression. The social construction and consequences of the major depression diagnosis*, in "Society and Mental Health", anno I n. 1.
- Ingrosso M. (1994), *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, Franco Angeli, Milano.
- Jarvis G.E. et al. (2010), *High rates of psychosis for black inpatients in Padua and Montreal: different contexts, similar findings*, in "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", vol.46 n. 3, pp. 247-253.
- Jedlowski P. (2000), *Storie comuni. La narrazione nella vita quotidiana*, Bruno Mondadori, Milano.
- Kerouac J. (2002), *Big Sure*, Mondadori, Milano (ed. orig. 1962).
- Kirmayer L.J. (2006), *Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization* in "Transcultural Psychiatry", vol. 43 (1), pp. 126-144.
- Kirmayer L.J. et al. (2003), *Cultural consultation: a model of mentale health servicesfor multicultural societies*, in "Canadian Journal of Psychiatry", 48, pp. 145-153.
- Kittay E.F. (2009), *Il danno morale del lavoro di cura migrante. Per un diritto globale alla cura*. (traduzione di Casalini B.) in <http://www.sifp.it/articoli-libri-e-interviste-articles-books-and-interviews/il-danno-morale-del-lavoro-di-cura-migrante-per-un>
- Kleiner R. J., Parker S. (1959), *Migration and Mental Illness: a new look*, in "American Sociological Review," vol. 24. N. 05, oct. 1959, pp. 687-690.
- Kleinman A. (2006), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*. In I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica: i testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kuo W.H., Tsai Y.M. (1986), *Social Networking, Hardiness and Immigrant's Mental Health*, in "Journal of Health and Social Behaviour", vol. 27, n. 2, pp. 133-149.

- Kvale S. (1996), *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviews*, Sage, London.
- La Mendola S. (2009), *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*, UTET, Torino.
- Leduc N., Proulx M. (2004), *Patterns of Health Services Utilization of Recent Immigrants*, in "Journal of Immigrant Health", vol. 6, n. 1, pp. 15-27.
- Levitt P., Jaworsky B.N. (2007), *Transnational Migration Studies: Past Developments and Future Trends* in "Annual Review of Sociology", 33, pp. 129-56.
- Littlewood R. (2001), *Culture-specific psychiatric illness?*, in "The British Journal of Psychiatry", 179, pp. 460-461.
- Low S. M. (1982) recensisce l'opera di Krause E. A. (1977), *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*, in "Medical Anthropology Association", vol. 13, no.2, pp. 23-24.
- Maccacaro G. A. (1979), *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano.
- Malmussi D. et al. (2010), *Migration-related health inequalities: Showing the complex interaction between gender, social class and place of origin*, in "Social Science and Medicine", n. 71, pp. 1610-1619.
- Mantovani G. (2004). *Intercultura. È possibile evitare le guerre culturali?*, Giunti, Firenze.
- Mantovani G. (2005), *L'elefante invisibile. Alla scoperta delle differenze culturali*, Giunti, Firenze.
- Mantovani G. (a cura di) (2008), *Intercultura e mediazione. Teorie ed esperienze*, Carocci, Roma.
- Mantovani G., Spagnolli A. (a cura di) (2003), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Marini M. G. (2011), *La cura del raccontarsi*, Sole 24 ore Sanità, 1 febbraio 2011. [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)
- Marzano M. (2001), *L'etnografo allo specchio: racconti dal campo e forme di riflessività*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", a. XLII, n. 2, aprile-giugno, pp. 257-282, Il Mulino, Bologna.
- Marzano M. (2006), *Etnografia e ricerca sociale*, Laterza, Bari-Roma.
- Masini V. (2010), *Medicina narrativa e sociologia della salute* in [http://www.prepos.it/medicina%20narrativa%20forli.htm#\\_ftnref3](http://www.prepos.it/medicina%20narrativa%20forli.htm#_ftnref3)
- Maturo A. (2004), *Narrative - Based Medicine* in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute. Vol II*, Franco Angeli, Milano.

- Mc Namee S., Gergen K. (1998), *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Mead G.H. (2010), *Mente sè e società*, Giunti editore, Firenze (ed. orig.1934).
- Melucci A. (1998), *Verso una sociologia riflessiva: ricerca qualitativa e cultura*, Il Mulino, Bologna.
- Melucci A. (2000), *Culture in gioco. Differenze per convivere*, Il Saggiatore, Milano.
- Meo A. (1999), *Relazioni, reti e "social support"*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", vol. 129 n. 1, pp. 129-158, Il Mulino, Bologna.
- Micheli G. A. (1989), *Eziologie sociali della malattia mentale*, in Beneduce R. et al, *La Salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, La Nuova Italia Scientifica, Napoli.
- Ministero della Salute (2002), Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale- Direzione Generale della Prevenzione Ufficio XI,  
<http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=115&sub=1&lang=it> (22.03.2012)
- Moustakas C. (1994), *Phenomenological Research Methods*, Sage, London.
- Nandi A., Loue S., Galea S. (2009), *Expanding the universe of universale coverage: the population health argument for increasing coverage for immigrants*, in "Journal of Immigrant Minority Health", n. 11, 433-436.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino (ed. orig.2001).
- Nathan T., Pichot P. (1998), *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, ORISS Ed. Colibrì, Pisa.
- Navarini G. (2001), *Etnografia dei confini: dilemma clinico e polisemia*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 2, aprile-giugno, pp. 283-307, Il Mulino, Bologna.
- Nietzsche F. (1992), *Così parlò Zarathustra*, Mondadori, Milano (ed. orig.1885).
- Ochs E., Capps L. (1996), *Narrating the self*, in "Annual Review of Sociology", vol. 25, pp. 19-43.
- Olagnero M., Saraceno C. (1993), *Che vita è. L'uso dei materiali biografici nell'analisi sociologica*, NIS, Roma.
- Orbuch T.L. (1997), *People's accounts count: The Sociology of Accounts*, in "Annual Review of Sociology", vol. 23, pp.455-478.
- Pandolfi M., Gordon D. (1986), *Italy*, in "Medical Anthropology Quarterly", vo. 17, n. 4, pp. 90-91.

- Park R. (1928), *Human migration and the marginal man*, in "The American Journal of Sociology", n. 6, vol. XXXIII, Chicago Press University.
- Parsons T. (1995), *Il sistema sociale*, Einaudi, Torino (ed. orig.1951).
- Pavese C. (2006), *Il mestiere di vivere. Diario (1935-1950)*, Einaudi, Torino.
- Payton A.R., Thoits P.A. (2011), *Medicalization, Direct-to-Consumer Advertising, and Mental Illness Stigma*, in "Society and Mental Health", anno I n. 1.
- Perrotta R. (2005), *Cornici, specchi, maschere. Interazionismo simbolico e comunicazione*, Edizioni Cleub, Bologna.
- Pescosolido B.A. (1986), *Migration, Medical Care Preferences and the Lay Referral System: A Network Theory of Role Assimilation*, in "American Sociological Review", vol. 51, n. 4, pp. 523-540
- Poggio B. (2004), *Mi racconti una storia? Il metodo narrativo nelle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- Poggio B. (2007), *Così lontane, così vicine. Ricomporre il legame tra pratica narrativa e pratica medica*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 1, gennaio-marzo, pp. 141-147, Il Mulino, Bologna.
- Propp V. (1982), *Morfologia della fiaba*, Einaudi, Torino (ed. orig.1966).
- Pussetti C. (2006), *A Patologizacao da diversidade. Uma reflexao antropologica sobre a nocao de culture bound syndrome*, in "Ethnografica", vol.X, pp. 5-50.
- Pussetti C. (2007), *Ethnographies of new clinical encounters. Immigrant's emotional struggles and transcultural psychiatry in Portugal*, in "Ethnografeast", Lisbon, ISCTE.
- Pussetti C. (2010), *Identidades em Crise: imigrantes, emocoes e saude mentale em Portugal*, in "Saude Soc." Sao Paulo, V.19, n.1, pp. 94-113.
- Ranci C. (2002a), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Ranci C. (2002b), *Fenomenologia della vulnerabilità sociale*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 4, ottobre-dicembre, pp. 521-551, Il Mulino, Bologna.
- Ricœur P. (1991), *L'identità narrativa*, in «Revue des sciences humaines», LXXXXV, 221, janvier-mars 1991, pp. 35-47.
- Rousseau J.J. (1972), *Le passeggiate solitarie*, in "Opere", Sansoni, Firenze.
- Rosenberg M. (1981), *The Self-Concept: Social Product and Social Force*, in Rosenberg M., Turner R.H., "Social Psychology", New York.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina, Milano (ed. orig.1999).
- Schnittker J., Mcleod J.D. (2005), *The social psychology of health disparities*, in "Annual Review of Sociology", n. 31, pp. 75-103.

- Schütz A. (1979), *Saggi sociologici*, UTET, Torino (ed. orig.1971).
- SCHWARTZ H., JACOBS J. (1987), *Sociologia qualitativa*, Il Mulino, Bologna (ed. orig.1979).
- Sclavi M. (2003), *Arte di comunicare e mondi possibili*, Mondadori, Milano.
- Sévigny R. et al. (2010), *Explanatory Models of Illness and Psychiatric Rehabilitation: A Clinical Sociology Approach*, in "Qualitative Sociology Review", vol. VI, issue 3, pp. 63-78.
- Silverman D. (2002), *Come fare ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- SIMMEL G. (1998), *La differenziazione sociale*, Ed. Laterza, Bari-Roma (ed. orig.1890).
- SIMMEL G. (1998), *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino. (ed. orig.1908)
- Tahar B. J. (1999), *L'estrema solitudine*, Bompiani, Milano (ed. orig.1974).
- Tarquini B. et al (1996), *Il nuovo rasoio. Semeiotica e metodologia medica*", Idelson, Napoli.
- Taylor C. (1993), *Radici dell'io. La costruzione dell'identità moderna*, Feltrinelli, Milano.
- Teller C.H. (1973), *Access to Medical Care of Migrants in a Honduran City*, in "Journal of Health and Social Behaviour", vol.14, n.3, pp. 214-226.
- Thomas W.I., Znaniecki F. (1968), *Il contadino polacco in Europa e in America*, Edizioni di Comunità, Torino (ed. orig.1918).
- Tognetti Bordogna M. (1989), *I confini della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Vega W.A., Rumbaut R.G. (1991), *Ethnic minorities and mental health*, in "Annual Review of Sociology", n. 17, pp. 351-383.
- Vianello F.A. (2009), *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Wagner W. et al. (1999), *the Modernization of Tradition: Thinking about Madness in Patna, India*", in "Culture and Psychology", n. 5, pp. 413-445.
- Wagner W. et al. (2000), *"I have some faith and at the same time I don't believe" – Cognitive Polyphasia and Cultural Change*, in "Journal of Community and Applied Social Psychology", n. 10, pp. 1-23.
- Weisberger A. (1992), *Marginality and Its Directions*, in "Sociological Forum", vol. 7, n. 3, pp. 425-446.

## **Appendice**





## Allegato 1. Scheda di rilevazione primi accessi migranti

SCHEDA RILEVAZIONE INTERVENTI UTENTI STRANIERI		
U.O. PSICHIATRIA CAMPOSAMPIERO/CITTADELLA		
DATA PRIMO CONTATTO		OPERATORE
COGNOME		NOME
SESSO	DATA DI NASCITA	DOMICILIO
<input type="checkbox"/> M		
<input type="checkbox"/> F		
NAZIONALITA' O PAESE DI PROVENIENZA		RELIGIONE
DATA DI ARRIVO IN ITALIA	MODALITA' DI ARRIVO IN ITALIA	
PROGETTO MIGRATORIO SU ALTRI PAESI	<input type="checkbox"/> SI: QUALE <input type="checkbox"/> NO	
MOTIVI MIGRAZIONE		CITTADINANZA ITALIANA
1 Economici - lavoro		<input type="checkbox"/> Si
2 Studi		<input type="checkbox"/> No
3 Asilo		RIFUGIATO
4 Ricongiungimento coniuge		<input type="checkbox"/> Si
5 Ricongiungimento altri familiari		<input type="checkbox"/> No
6 Art. 18		PERMESSO DI SOGGIORNO
7 Altro		<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
CONOSCENZA LINGUA ITALIANA		CONOSCENZA ALTRE LINGUE
1 Nessuna		1 Inglese
2 Scarsa		2 Francese
3 Sufficiente		3 Spagnolo
4 Discreta/Buona		4 Tedesco
SCOLARITA'		LAVORO
1 N. C.		1 N. C.
2 Nessuna		2 Disoccupato
3 Fino ai 10/12 anni		3 Casalinga
4 Fino ai 14/16 anni		4 Studente
5 Fino ai 18/20 anni		5 Occupato in modo precario
6 Università		6 Occupato stabilmente
STATO CIVILE		SITUAZ. FAMILIARE
1 N. C.		1 N. C.
2 Single		2 Vive solo
3 Coniugato		3 Con coniuge e figli
4 Coniugato con figli		4 Fam. d'origine
5 Separato/Divorziato		5 Amici/Parenti
6 Vedovo		6 altro
		ALTRI FAMILIARI IN ITALIA
		1 N. C.
		2 No
		3 Si (coniuge più eventuali figli)
		4 Si (la famiglia d'origine)
		5 Si (altri parenti)

INVIANTE		MOTIVO DELL'INVIO	
1	Paziente	1	N. C.
2	Pronto soccorso	2	Conflitti ambientali
3	Familiari/amici	3	Condotte
4	Med. Medicina Generale	4	Disturbi psichici
5	Guardia Medica	5	Disturbi somatici
6	Forza pubblica	6	T.S.
7	Altri luoghi di ricovero	7	Altro
8	Altro		

PRECEDENTI PSICHIATRICI IN ITALIA			
1	N. C.		
2	Si		
3	No		
SE SI			
1	Ricoveri	6	Terapia farmacologica
2	TSO		
3	Consulenza		
4	Presa in carico al CSM		
5	Presa in carico ai Servizi Sociali		
		1	n.c.
		2	neurolettici
		3	antidepressivi
		4	ansiolitici
		5	stabilizzatori
		6	altro

PRECEDENTI PSICHIATRICI NEL PAESE D'ORIGINE			
1	N. C.		
2	Si		
3	No		
SE SI			
1	Ricoveri	7	Terapia farmacologica
2	TSO		
3	Consulenza		
4	Trattamenti ambulatoriali		
5	Supporto sociale		
6	Medicina tradizionale		
		1	n.c.
		2	neurolettici
		3	antidepressivi
		4	ansiolitici
		5	stabilizzatori
		6	altro

PRESCRIZIONE		DIAGNOSI PRESUNTA SECONDO IL DSM 4 TR	
1	Nessuna	1	Ritardo mentale
2	Psicologica	2	Delirium
3	Farmacologica	3	Demenza
	1	4	Altri disturbi cognitivi
	2	5	Disturbo mentale dovuto condizione medica
	3	6	Disturbi correlati ad alcool
	4	7	Disturbi correlati ad altre sostanze stupefacenti
	5	8	Schizofrenia ed altri disturbi psicotici
	6	9	Disturbi dell'umore
	6	10	Disturbi d'ansia
	6	11	Disturbi somatoformi
	6	12	Disturbi fittizi
	6	13	Disturbi dissociativi
	6	14	Disturbi sessuali e dell'identità di genere
	6	15	Disturbi dell'alimentazione
	6	16	Disturbi del sonno
	6	17	Disturbi del controllo degli impulsi
	6	18	Disturbi dell'adattamento
	6	19	Disturbi di personalita
	6	20	Altri condizioni cliniche

ESITI CONTATTO	
1	Invio Medico di Medicina Generale
2	Presa in carico al CSM
3	Ricovero volontario in SPDC
4	Ricovero in TSO
5	Ricovero in reparto non psichiatrico
6	Invio al SERT
7	Invio ai Servizi Sociali
8	Altro

## Allegato 2. Modulo di consenso informato



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Dipartimento di sociologia*

*Scuola di dottorato in Scienze Sociali*

### **MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

Nell'ambito della scuola di dottorato in Scienze Sociali è stato attivato un progetto di ricerca, condotto dalla dott.ssa Anna Piasentini, avente come obiettivo quello di *dare voce* alle persone migranti che si rivolgono ai servizi di salute mentale, al fine di conoscere le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno, anche in un'ottica di miglioramento dei servizi stessi.

Nel chiederLe di firmare questo foglio, La invitiamo a partecipare a questo progetto di ricerca attraverso la narrazione della sua esperienza migratoria e del contatto con il Centro di Salute Mentale.

La informiamo che il progetto è assolutamente indipendente dall'attività del Centro di Salute Mentale, e nulla di quanto Lei dirà sarà riferito al suo terapeuta e agli altri operatori del Centro.

Tutte le informazioni raccolte nel corso di questa ricerca rimarranno completamente anonime e verranno usate esclusivamente per gli scopi dichiarati dalla ricerca; saranno altresì adottate tutte le misure a protezione della sua riconoscibilità, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali.

Sono stata adeguatamente informata dalla Dott.ssa Anna Piasentini sugli scopi e sulle caratteristiche di questo progetto di ricerca e accetto di prenderne parte.

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Allegato 3. Traccia delle interviste biografiche**

L'intervista si apriva con la domanda: "Mi racconta la sua storia?" (se serviva, specificavo: "Mi racconta la sua storia da quando è nato, è venuto in Italia, a Camposampiero e al centro di salute mentale?")

Per agevolare l'avvio del discorso portavo un atlante geografico così da restituire al migrante la padronanza di riferimenti territoriali, appartenenze e competenze su luoghi e origini. Nel corso dell'intervista, lasciata il più possibile libera, attraversata da silenzi e rilanci, venivano affrontati alcune fasi tipiche delle interviste biografiche, e alcune tematiche relative alla ricerca. Di seguito le riporto entrambe.

- Infanzia.
- Giovinezza.
- Scolarità.
- Età adulta.
- Lavoro/occupazione.
- Transizioni/cambiamenti.
- Perdite e successi
- Progetto migratorio: scelte, percorsi, viaggio, rete.
- Contatto con i servizi: canale di accesso, primo contatto, aspettative, caratteristiche, assunzione del ruolo di paziente, relazione e legittimazione della malattia e del terapeuta.
- Rappresentazione della malattia mentale
- Nominare la malattia e collocarla nella storia di vita più vasta.

### Allegato 4. Modello di cover sheet

NOME INTERVISTATO	
TRASCRIZIONE E ID TRACCIA	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
GENERE	
ETÀ	
RESIDENZA	
DOMICILIO	
RELIGIONE	
NAZIONALITÀ	
CITTADINANZA	
<b>INFANZIA</b>	
Prime memorie	
Esperienze traumatiche	
Relazioni	
<b>GIOVINEZZA</b>	
Adolescenza	
Figure guida	
Relazioni	
<b>ETÀ ADULTA</b>	
Matrimonio	
Figli	
Relazioni	
<b>TRADIZIONI CULTURALI</b>	
Celebrazioni	
Riti	
Vacanze	
<b>SCOLARITÀ</b>	
<b>LAVORO- OCCUPAZIONE- CARRIERA</b>	
<b>ATTIVITÀ ASSOCIATIVE- VOLONT.</b>	
<b>TRANSIZIONI E CAMBIAMENTI</b>	
Traslochi	
Lavoro	
Famiglia	
<b>PERDITE</b>	
Morte	
Divorzio	
Malattia	

Incidenti	
SUCCESSI	
MIGRAZIONE	
Data arrivo in Italia	
Modalità arrivo in Italia	
Progetto migratorio su altri paesi	
Progetto migratorio	
Motivi migrazione	
Situazione giuridica	
Conoscenza lingua italiana	
Conoscenza altre lingue	
Stato civile	
Situazione familiare	
Altri familiari in Italia	
CSM	
Data primo contatto	
Inviante	
Motivo dell'invio	
Precedenti psichiatrici in Italia	
Se precedente presa in carico	
Precedenti psych. nel p. di origine	
Se sì	
Prescrizione	
Esiti contatto	
Aspettative sul servizio	
MALATTIA MENTALE	
Diagnosi	
Rappresentazioni	
Nominare	
TRANSNAZIONALISMO DELLA CURA	
TEMI PRINCIPALI-tratti salienti-motivi guida	

## **Allegato 5. Traccia interviste semi-strutturate**

rivolte agli operatori della salute (medici psichiatri, infermieri, psicologi)

- *Esperienze professionali*: Da quanti anni lavora come medico psichiatra? E al CSM? Ha lavorato anche in reparto?
- *Incontro con i migranti*: Ha memoria del primo straniero incontrato o di quello che l'ha più colpita? C'è una storia particolare di una relazione con il migrante che mi vuole raccontare?
- *Caratteristiche relazione con il migrante*: Quali sono le principali difficoltà che ha riscontrato nel primo incontro con il migrante? Come si è sentito? Cosa ha fatto? E oggi, quali sono le difficoltà che incontra? Com'è cambiata la migrazione? Come e se è cambiato il suo approccio professionale?
- *Adeguatezza del percorso formativo*: Era attrezzato a gestire situazioni con i migranti? Il percorso di studio le aveva fornito gli strumenti per interpretare ed entrare in una relazione terapeutica con lo straniero?
- *Formazione permanente*: Ha modo di frequentare occasioni di formazione su questi temi? Cosa è rimasto della precedente indagine?
- *Affluenza migranti*: Qual è la prevalenza di stranieri che accedono? Sono più quelli che vengono in urgenza o tramite i canali normali? Più uomini o più donne?
- *Prima visita psichiatrica*: Come si struttura una prima visita con il migrante? Viene dedicato uno spazio al racconto della storia migratoria e del progetto migratorio?
- *Narrare la malattia*: Che strategie mette in campo per parlare di un malessere che non si vede, che non è circoscritto in un organo visibile? Come integra rappresentazioni diverse della malattia con quelle della medicina occidentale?
- *Restituzione diagnostica*: Come comunica la diagnosi della malattia alla persona? Come integra diverse spiegazioni sull'origine della malattia?

- *Comunicazione con i migranti*: Potendo generalizzare ci sono dei motivi che ostacolano la comunicazione e la presa in carico di persone che provengono da altri Paesi?
- *Ruolo del farmaco e legittimazione dello psichiatra*: Ha riscontrato difficoltà nell'accettazione della proposta terapeutica e del proprio ruolo? Si è trovata nella situazione di dover accettare la convivenza di farmaci ufficiali con la medicina tradizionale/alternativa?
- *Condivisione nell'équipe multidisciplinare*: Le situazioni di difficoltà lavorative con i migranti sono oggetto di confronto all'interno dell'ambulatorio?
- *Ipotesi future*: ci sono accorgimenti che potrebbero essere portati per contribuire a migliorare questa situazione? Come vede l'ipotesi di aprire servizi dedicati?