

# L'etnopsichiatria e i Servizi pubblici di salute mentale: aspetti clinici, politici e organizzativi del lavoro transculturale

SERGIO ZORZETTO, GIUSEPPE CARDAMONE

## 1. Introduzione

Questo contributo intende restituire alcune riflessioni su un'attività da sempre volta a innestare nei Servizi pubblici di salute mentale (d'ora in poi SSM) i contributi creativi e progressivi dell'etnopsichiatria clinica e critica. Ci è sempre sembrato il modo di proseguire e rafforzare il senso profondo della riforma psichiatrica italiana, riconoscendo però la necessità di prendere in considerazione la dimensione culturale e quindi, più o meno direttamente, il punto di vista antropologico-culturale, nella comprensione dell'esperienza di malattia e nell'attuazione dei processi di cura. Continuiamo ancora a coltivare questa ambizione, pienamente dentro i Servizi, cercando di promuovere gruppi laboratoriali e collettivi progettuali multidisciplinari (Harrag 2007; Inglese, Cardamone 2010; 2017; Zorzetto 2019).

Come è a tutti noto, la Legge 180 del 1978 (Legge Basaglia), poi confluita e riassorbita nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78), ha chiuso gli ospedali psichiatrici e avviato la strutturazione di una risposta territoriale (e non concentrazionaria) ai bisogni di salute mentale della popolazione. I Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie hanno rappresentato l'articolazione organizzativa e lo strumento operativo di questa rivoluzione concettuale e pratica. Progressivamente i Dipartimenti si sono strutturati in équipe multidisciplinari composte da psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali e operatori socio-sanitari. Queste équipe sono incaricate delle risposte ai bisogni di salute mentale emergenti dal territorio, articolate fra quelle ambulatoriali (interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici, ecc.), quelli ospedalieri (ricovero nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura interno agli ospedali generali, previsto per situazioni di acuzie non altrimenti trat-

tabili), quelli riabilitativi e abilitativi (condotti a domicilio, presso centro diurni, o anche negli spazi comunitari) e quelli residenziali e semiresidenziali (comunità terapeutiche, strutture abitative supportate, ecc.). La Legge 81/2014 ha completato il processo di deistituzionalizzazione, chiudendo anche gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sostituiti con strutture chiamate Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Il SSM di Prato, nel quale operiamo, fa parte del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Centro ed è diviso in due Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e in una Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia-Adolescenza. Le due U.F. Salute Mentale Adulti contano complessivamente 85 operatori (di cui 18 psichiatri e 10 psicologi) e devono rispondere a un bacino di utenza di circa 250.000 abitanti. Prato è una città industriale che ha subito fortemente la crisi del tessile e del modello di distretto, a partire dagli anni '90. Ciononostante ha rappresentato sempre un luogo di attrazione dei movimenti migratori internazionali (e nazionali). Ad oggi, ci sono gruppi migranti con una presenza radicata e articolata su più generazioni (cinesi, albanesi, marocchini, tunisini, rumeni, pakistani), così come altri di più recente arrivo con esperienze di inserimento attraverso i sistemi di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati (nigeriani, gambiani, maliani, senegalesi, ghanesi, nigerini, somali, eritrei, afgani, pakistani...). Gli accessi al SSM testimoniano infine di migranti dagli status giuridici più diversi che provengono da altri contesti ancora: paesi sudamericani (Santo Domingo, Brasile, Perù, Colombia) ed Europa dell'Est (Georgia, Moldavia, Ucraina).

Questa nostra collocazione ci spinge a pensare non solo l'apporto metodologico e operativo dell'etnopsichiatria e dell'antropologia culturale, ma anche quello organizzativo. Portiamo avanti una possibilità di etnopsichiatria nel Servizio pubblico, coltivando anche l'ambizione di un SSM complessivamente capace di aprirsi al contributo della dimensione culturale nella cura delle persone, provenienti da altri mondi o meno. Il compimento di un qualche passo in una simile direzione richiede una strategia composita negli obiettivi e articolata nel tempo. È necessario introdurre nell'operatività dei servizi – auspicabilmente in modo stabile – competenze antropologiche ed etnopsichiatriche in grado di arricchire il panorama multidisciplinare, multiculturale e multiprofessionale esistente (Zorzetto 2019). È indispensabile che la costruzione di una maggiore sensibilità culturale dell'attività dei Servizi coinvolga le équipes di salute mentale nel loro complesso o almeno aggregi loro porzioni tecniche significative (si veda, ad esempio, Cangioli e altri, in corso di stampa). È infine richiesto che alla messa in discussione del potere psichiatrico e psicologico si affianchi una riflessione critica e fattiva su come rendere maggiormente democratica la produzione del sapere in questi stessi ambiti disciplinari (Nathan, Zajde 2012; Cardamone, Zorzetto 2019).

L'etnopsichiatria e la psichiatria transculturale hanno sempre cercato – almeno nelle loro espressioni migliori e più significative – non solo di elaborare metodologie innovative di intervento clinico, ma anche di modificare i contesti entro i quali quelle metodologie dispiegavano la loro azione (Zempleni 2019; Collignon 1983; Kirmayer e altri 2020).

L'etnopsichiatria che pratichiamo e promuoviamo intende misurarsi con le sfide relazionali, gli enigmi clinici e le incertezze ontologiche che i “pazienti della notte” pongono innanzi, e confrontarsi con le dimensioni collettive e istituzionali che li abitano. Deve allo stesso tempo regolare i conti con le dimensioni collettive e istituzionali da cui noi stessi, “clinici perduti”, siamo abitati (Inglese 2005a; Nathan 1997; Zorzetto 2020).

## 2. Il lavoro multidisciplinare e la clinica transculturale nei SSM

Nei SSM le prese in carico degli utenti si distribuiscono fra quelle sostanzialmente o tendenzialmente monoprofessionali – e quindi realizzate da singoli operatori – e quelle per cui si attivano confronti e collaborazioni multiprofessionali – e dunque gruppalì. Il funzionamento concreto delle équipes multiprofessionali è influenzato e condizionato da conflitti di potere (fra professioni), epistemologici (fra discipline e saperi) e istituzionali (con l'organizzazione nel suo insieme).

Complessivamente e a titolo esemplificativo, il tipo di lavoro multidisciplinare nei Servizi può essere fatto confluire in due grandi tipologie fra quelle individuate a metà del secolo scorso da Roger Bastide (2003). Si possono facilmente individuare quelle équipes (o quei processi di équipes) che presentano una “coesistenza di tipo stratificato” fra le diverse discipline e professioni. Questa modalità di funzionamento prevede lo svolgimento autonomo del proprio compito da parte di ciascuna disciplina (e professione), delegando poi a una data figura professionale (e disciplinare) la sintesi dei contributi e dei risultati di ciascun operatore. Uno degli esempi richiamati da Bastide è quello delle ricerche di Kardiner e Linton, in cui il funzionamento di équipes si concretizza nell'utilizzo del materiale etnografico nell'ambito di spiegazioni di tipo psicoanalitico. Gli apporti di una disciplina (l'antropologia culturale, in questo caso) contribuiscono alla conferma comparativa delle teorie della seconda (la psicoanalisi), che compie la sintesi decisionale, ovvero spingono a sue riformulazioni, cambiamenti e innovazioni (Kardiner 1969). L'atto decisionale della figura apicale finisce pertanto per determinare una gerarchia fra le diverse prospettive e tale gerarchia determina la definizione dell'oggetto di intervento o di ricerca. Nella realtà quotidiana dei Servizi l'apicalità di una disciplina, tuttavia, istituisce spesso una gerarchia di

poteri indotta dall'esterno, oltre che derivante dalla storia delle professioni: in effetti, chi si incarica dell'atto decisionale è maggiormente esposto o sottoposto a queste induzioni. Direttamente o indirettamente, esplicitamente o implicitamente, la delega al controllo sociale che si riversa sui SSM agisce come fattore eteronomo al lavoro multidisciplinare, spingendo verso un atto decisionale tanto risoluto quanto incapace di contenere la complessità intravista grazie al confronto fra saperi. Si registra sempre più una diffusione territoriale dell'istanza di controllo per via legislativa o giudiziale: posizioni di garanzia per i curanti; custodie cautelari presso strutture sanitarie, libertà vigilate, misure di sicurezza detentive e non detentive e obblighi alla cura per i pazienti (Facchi, Cardamone 2017). Questo processo di diffusione del controllo sociale appare come un effetto di ritorno o un rimbalzo restauratore: un secondo tempo dell'istanza liberatoria che ha diffuso la cura nel territorio come strumento di superamento dell'istituzione totale. La cura della salute mentale non riesce mai a svincolarsi dall'abbraccio con l'istanza di controllo sociale, mantenendo con essa una distanza variabile in funzione del clima sociopolitico e culturale generale. Questa è una ragione in più che impedisce a essa di pensarsi come semplice funzione tecnica, capace finalmente di sbarazzarsi del ruolo e del valore dei contesti e dei territori – con la molteplicità di intenzionalità economiche, sociali, culturali e politiche da cui sono attraversati.

La seconda modalità di funzionamento di équipe risponde al criterio metodologico della “integrazione multidisciplinare pratica”. Da questo punto di vista, ciascuna disciplina (e professione) svolge il proprio ruolo in successione, senza che una assurga a un ruolo dominante sull'altra. Ogni professione di fatto può arricchire la propria valutazione e la propria operatività pratica con le informazioni, i dati e le conoscenze che derivano dall'azione delle altre, rilette comunque a partire dalla propria prospettiva operativa e disciplinare.

Si pone a questo punto il problema di cosa significhi introdurre l'antropologia culturale (e medica) in simili lavori mono o multidisciplinari o, più in generale, cosa comporti innovarli in funzione della diffusione di interazioni transculturali di cura.

Lo stesso Bastide individua tre modalità capaci di rendere transculturale la ricerca e quindi, per quanto ci interessa in questo contesto, il lavoro clinico dei Servizi. In primo luogo, invoca il confronto del clinico con l'etnologo. La qualità transculturale della clinica e dell'assistenza in salute mentale, da questo punto di vista, deriva nuovamente da una modalità di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di un qualche tipo.

Le altre due modalità sono direttamente praticabili anche rimanendo in una prospettiva squisitamente monoprofessionale e cioè individuale: lo studio per-

sonale della letteratura etnologica da parte del clinico e il viaggio. Si tratta evidentemente di due modi diversi – il primo intellettuale e teorico e il secondo maggiormente pratico-esperienziale – di confronto con l'alterità culturale. Il viaggio, oltre all'immersione sensoriale e relazionale in altre realtà geoculturali, può permettere la riflessione teorica a partire da osservazioni e interrogazioni dirette delle visioni e delle pratiche altrui (in particolare quelle concernenti salute, malattia e cura). Se lo studio della letteratura etnologica può essere considerato un prerequisito scontato per chiunque desideri confrontarsi con l'alterità culturale, il viaggio ha sempre costituito la cifra della prospettiva etnopsichiatrica, convergendo – o coincidendo in qualche caso – con il vincolo conoscitivo della ricerca sul campo scelto dall'antropologia culturale. Si possono del resto riconoscere diverse tipologie di viaggio, per durata e per intento. Dai periodi di soggiorno occasionali in luoghi esotici – come il viaggio a Giava di Kraepelin (1989) divenuto strumento fortuito per comparazioni transculturali (Kraepelin 1996) –, ai viaggi etnografici di Devereux fra i Sedang o fra i Mohave, fino ai viaggi nelle colonie come medico militare di Collomb o le esperienze professionali nel corso della seconda guerra mondiale e poi in favore delle *displaced person* di Murphy (1951; 1952). Il viaggio esperienziale, quello di ricerca e quello professionale costituiscono a loro volta tre modalità attraverso cui creare quelle condizioni di spaesamento necessarie per iniziare a prendere in considerazione le verità dell'altro (le sue epistemologie e le sue ontologie) e per mettere fra parentesi le proprie. Lo spaesamento indotto dalle pratiche transculturali diventa tanto più interessante quanto più riesce a determinare non tanto un vacillamento delle teorie e delle metodologie del clinico, quanto un'incertezza rispetto alla natura stessa dell'oggetto che quelle metodologie dovrebbero dispiegare e quelle teorie comprendere e spiegare.

Le modalità indicate da Bastide hanno continuato a svolgere la loro funzione anche nella fase postcoloniale dell'etnopsichiatria. Il viaggio esperienziale può essere considerato una modalità accessoria, ma di certo quello di ricerca (Coppo 2007; Beneduce 2010) e quello professionale hanno continuato a svolgere una funzione importante e centrale. Il viaggio professionale, ad esempio, ha trovato nella cooperazione internazionale, prima, e nel lavoro umanitario, dopo, le sue modalità di espressione postcoloniali, con contributi significativi all'etnopsichiatria anche dal versante italiano (Coppo 1993; Bibeau, Charland 1994; Fassin, Pandolfi 2013).

D'altra parte, la sola esposizione all'altro – realizzata per via mediata tramite un antropologo, per via intellettuale attraverso l'analisi di produzioni scientifiche o artistiche o per la via esperienziale consentita dal viaggio – non garantisce la realizzazione dell'incontro con questo stesso altro, passibile eventualmente

di innovare prospettive teoriche, metodologie operative o prassi organizzative, ma anche di modificare l'oggetto stesso dell'intervento. Il problema di queste innovazioni o rivoluzioni – in effetti, metamorfosi più o meno limitate o totali a seguito dell'incontro con l'altro – è che si accoppiano inevitabilmente a cambiamenti nelle reti di relazioni istituzionali, professionali e amicali. Di fatto, andrebbe sempre considerata la bidirezionalità dei processi acculturativi: sempre ben messi in evidenza dal lato del gruppo o individuo subalterno e sempre un po' trascurati dal lato del soggetto appartenente al gruppo dominante (ricercatore, clinico). Il clinico (o il ricercatore) subisce delle influenze da parte dell'alterità culturale che vanno dalla fascinazione alla repulsione. Questi movimenti sono a loro volta sottoposti alle pressioni che su di lui gravano. In particolare, il suo essere posizionato di fronte all'altro dalle politiche espresse dalla società di cui fa parte, dai compiti istituzionali a lui affidati (più o meno definiti per via scientifica, deontologica e legislativa), dalle reti di relazioni istituzionali, professionali e disciplinari a cui appartiene (con le loro teorie di riferimento, prassi operative, ecc.; ma anche con i loro legami amicali e di conoscenza). Il clinico (o il ricercatore) è d'altra parte chiamato ad assumere un posizionamento rispetto all'altro e rispetto alle politiche, ai compiti istituzionali e alle reti relazionali che lui stesso rappresenta nell'incontro. Infine, il mondo di provenienza del clinico (quelle porzioni a lui più prossime ed eventualmente anche quelle da lui più distanti) è sempre molto attento ai suoi movimenti e posizionamenti teorici, metodologici e identitari: sempre molto attento, in ultima analisi, al controllo delle frontiere (si veda, ad esempio, la controversia nata intorno all'etnopsichiatria clinica nathania: Fassin 1999; 2000; Nathan 2000; Coppo 2000; Beneduce 2001).

### 3. Il contributo dell'etnopsichiatria al lavoro multidisciplinare nei SSM

Nel perimetro entro cui si muovono i possibili processi di soggettivazione e identificazione delle alterità (ora nella forma attiva di identificare l'altro, ora in quella riflessiva di identificarsi con l'altro ora infine in quella passiva di essere identificati dall'altro) sono riconoscibili alcune delle poste in gioco politiche e culturali di un'etnopsichiatria esportabile nei SSM. A questi processi corrispondono, in varia misura, e a seconda dei casi, irrigidimenti o innovazioni teoriche o metodologiche. Possono anche corrispondere incertezze, oscillazioni o mutamenti nella natura stessa degli oggetti scientifici considerati dalle discipline psicologiche e psichiatriche.

Non è questa la sede per ripercorrere gli snodi teorici che portano dai viaggi onniscienti e solitari di Devereux tra i Sedang, i Mohave e i Greci verso il “me-

todo clinico parlamentare” proposto dall’etnopsichiatria clinica nathaniana (Nathan 1994; 2003). Altri lo hanno fatto per noi, altrove e nei diversi contributi di questa sezione monografica. Questo ci consente di sottolineare solamente come Devereux e Nathan rappresentino esempi delle altre due modalità di lavoro multidisciplinare previste da Bastide: la “coesistenza disciplinare di tipo egualitario” (già per l’autore esemplificata dal fondatore dell’etnopsichiatria generale) e la “integrazione multidisciplinare teorica” (di cui il modello nathaniano costituisce a nostro avviso una concretizzazione sopraggiunta un paio di decenni dopo la sua formulazione). L’identificazione delle due precedenti modalità si basava sulla tipologia di relazioni esistenti fra discipline diverse personificate dai rispettivi rappresentanti professionali. Queste altre due modalità di collaborazione fra discipline si fondano sul modo in cui viene messa in discussione la natura degli oggetti di esperienza su cui ciascuna disciplina è chiamata ad applicarsi, trasformandoli in specifici oggetti scientifici. Il passaggio da Devereux a Nathan segna un cambio di passo imposto dai mutati contesti storici. È del resto ben noto come le realtà metropolitane europee di fine Novecento abbiano esposto il clinico a una molteplicità qualitativa e quantitativa assolutamente ingovernabile da una sola mente, per quanto capace di approfondire diversi ambiti disciplinari, e da due sole braccia, per quanto operose. Ed è in questa prospettiva che si ritrova nell’operare di Nathan quella dimensione, presente fin dall’esperienza della Scuola di Dakar, e a nostro avviso ancora oggi auspicabile nel suo potenziale dispositivo clinico gruppale (ovvero parlamentare), al fine di far fronte alla molteplicità di provenienze dei pazienti.

Per fronteggiare la richiesta di cure provenienti da tutto il Senegal, Collomb dovette attrezzare un gruppo di lavoro. La sua équipe si misurava con una realtà socioculturale certamente variegata ma, in fin dei conti, delimitata e con un’esperienza storica comune derivante dal processo di islamizzazione, dalla dominazione coloniale e dall’inizio della fase postcoloniale. Il “Centre Devereux” fondato da Nathan ha dovuto confrontarsi con una domanda più limitata quantitativamente (essendo un centro clinico universitario istituito all’interno della Facoltà di Psicologia), ma d’altra parte molto più variegata dal punto di vista dei mondi geoculturali di provenienza dei pazienti e degli status giuridici da loro posseduti. A fronte di questa complessità puntuale (il paziente) e contestuale (gli scenari culturali e geopolitici globali), il dispositivo clinico nathaniano propone un gruppo multiculturale, multilinguistico e multidisciplinare chiamato a prendere sul serio e discutere i mondi culturali di provenienza dei pazienti. Questi mondi diventano decifrabili proprio grazie al dispositivo parlamentare che convoca in co-presenza mediatori etnoclinici (cioè psicologi e psichiatri di varia provenienza e con esperienze di ricerca sulle tecniche terapeutiche diffu-



se nei propri paesi), antropologi, filosofi, etnolinguisti, e così via. Sono mondi evocati e introdotti nella scena clinica dalle parole stesse delle persone accolte, una volta incoraggiato il ricorso alle loro lingue matrici. La traduzione assicurata dagli interpreti permette di dare voce alla specifica sofferenza dei pazienti; mentre il complessivo confronto multidisciplinare (e multilinguistico) permette l'emersione di verità alternative contenute in quella medesima sofferenza. Verità alternative che rinviano alle teorie del male, della malattia e della cura vigenti nei mondi culturali presentificati e che sono evocate per mezzo del riferimento a questi ultimi (ai modi di fare messi in atto da pazienti e familiari, ai ricorsi da loro effettuati, al linguaggio sintomale osservato, ecc.).

In estrema sintesi la proposta metodologica deveureuxiana solleva e cerca di risolvere un'incertezza epistemologica. Devereux spinge a chiedersi quali vantaggi di comprensione per il clinico e quali vantaggi clinici e soggettivi per il paziente ci sono se si prova ad analizzare la sofferenza del paziente (o comunque un certo fenomeno clinico) prima dal punto di vista individuale (utilizzando gli strumenti della psicoanalisi) e poi dal punto di vista culturale (usando quelli dell'antropologia). Sapendo che l'una prospettiva e l'altra restituiscono qualità diverse di quella sofferenza (o di quel fenomeno). Quella nathaniana, mostra l'esistenza e cerca di affrontare un'incertezza ontologica. Nathan spinge a interrogarsi sui vantaggi di comprensione per il clinico e su quelli clinici e soggettivi per il paziente nel caso si adotti prima la prospettiva teorica del clinico occidentale (psichiatria, psicoanalisi, ecc.) e poi una di quelle espresse e agite dai guaritori tradizionali identificabili nel mondo di provenienza del paziente. La clinica etnopsichiatrica da lui descritta e analizzata mostra la comparsa di fenomeni di possessione là dove la clinica psichiatrica diagnosticava nevrosi da indennizzo a carico di migranti infortunatisi nei luoghi di lavoro dopo molti anni di superficiale e fittizia integrazione (Nathan 1994); la possibilità di osservare disturbi da spavento codificati secondo modelli culturali locali là dove in precedenza erano stati identificati disturbi da stress post-traumatico causati da violenze politiche e collettive (Nathan, Grandsard 2011); il valore eziologico e patogenetico della mancata esecuzione del rito della circoncisione, là dove lo psicoanalista Ferenczi aveva evocato l'angoscia di castrazione (Zajde 2012).

#### 4. Modi della mediazione linguistica e culturale nei SSM

Devereux, da un lato, e Nathan, dall'altro, costituiscono a nostro avviso i punti di riferimento rispetto ai quali indirizzare lo sviluppo di modalità etnopsichiatriche di lavoro multidisciplinare nei SSM. Occorre tenere presente che una coe-



sistenza disciplinare di tipo egualitario o un'integrazione multidisciplinare teorica sono obiettivi perseguibili asintoticamente nei Servizi, almeno secondo i modi prefigurati dai due autori qui appena richiamati. Da un lato un'organizzazione complessa, articolata ed estesa come quella dei Dipartimenti di Salute Mentale sarà difficilmente influenzata dal modello del clinico onnisciente e solitario che tenti di emulare o validare la cifra complementarista di Devereux. L'organizzazione può sicuramente accettare e persino auspicare la presenza di una simile modalità operativa al suo interno, ma gli altri operatori presi singolarmente o l'équipe nel suo complesso difficilmente si incammineranno sul suo solco, poiché si tratta di un cammino impervio e faticoso. Necessariamente le modalità di acquisizione di competenze transculturali si attesteranno su standard qualitativi diversi. Il viaggio (esperienziale, di ricerca o professionale) rimarrà una scelta personale che molto difficilmente potrà rientrare in piani formativi riconosciuti per i clinici o in una qualche strategia di azione transnazionale dei sistemi sanitari locali<sup>1</sup>. Lo studio personale, sempre possibile ovviamente, si traduce organizzativamente in programmi di formazione continua limitati rispetto a necessità, a un tempo, molto vaste (capacità di effettuare confronti comparativi al fine di poter raggiungere una dimensione analitica di tipo metaculturale) ed eccessivamente specifiche (conoscenza puntuale di una pluralità di sistemi sociali, politici, culturali e soprattutto terapeutici locali). Infine, allo stato attuale, la presenza di figure antropologiche nei SSM semplicemente non è prevista in modo strutturale e vi si incontra solamente grazie a specifiche progettualità a termine o per l'interesse individuale – sempre interessante, ma del tutto aleatorio dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria – che porta un clinico ad acquisire formalmente anche competenze antropologiche.

I clinici dei servizi odierni, del resto, incontrano l'altro a casa propria, se così si può dire. Lo spaesamento è un processo che si svolge tutto dal lato del paziente, mentre il clinico rimane fin troppo appaesato. L'appaesamento è rafforzato da vincoli giuridici, deontologici, istituzionali e professionali. Banalmente, ma concretamente, una qualunque presa in carico richiede obbligatoriamente – anche per le procedure informatiche di registrazione – l'emissione di una diagnosi, secondo i sistemi nosografici ufficialmente riconosciuti. Questa esigenza contrasta con le osservazioni derivanti dall'attività clinica transculturale, che hanno sempre messo in evidenza il carattere polimorfo-dinamico delle fenomenologie

---

<sup>1</sup> È tuttavia da sottolineare che abbiamo portato avanti azioni puntuali che andavano in una simile direzione (cfr., Cantini e altri 1999; Carpio e altri 2005). L'opzione strategica rimane valida e auspicabile.

presentate dai migranti (De Almeida 1972; 1975; Inglese 2005b). Inoltre, come già sottolineato, l'etnopsichiatria pone la necessità di prendere in considerazione altre verità ricavabili dalle fenomenologie morbose osservabili – verità alternative rispetto a quelle prefigurate dalla psichiatria e dalla psicologia e che si presentano nelle forme di eziologie tradizionali o di sindromi culturalmente caratterizzate (Nathan 1996; 1988; Inglese 2010). Nonostante la possibilità di relativizzarne la portata e il valore da parte degli stessi clinici, le decisioni diagnostiche hanno risvolti operativi cogenti poiché sempre ne conseguono scelte terapeutiche e assistenziali molto concrete. Non di rado, diagnosi di natura più o meno “non specificata”, seppure cangianti nel tempo, arrivano prima o poi a imprimersi nella vita delle persone e nella mente dei clinici, illuminando in modo fioco e parziale le vite di questi “pazienti della notte”. Alla fine, non è difficile osservare come le équipes cliniche finiscano per perdere memoria di migrazioni vissute in prima persona o in modo riflesso, non connettano più le sofferenze agli incontri e scontri culturali esperiti o patiti, ai successi o ai fallimenti migratori incorsi e non si preoccupino più del contributo che la dimensione culturale può dare al loro ulteriore rischiaramento.

La proposta metodologica di Nathan può essere ancora oggi considerata come una soluzione tecnica capace di sospendere, o quanto meno di relativizzare, lo stato di appaesamento del clinico, attraverso la moltiplicazione delle differenze linguistiche e culturali e la valorizzazione – parossistica se si vuole – della funzione epistemica che scaturisce dagli altri attori della forma di base della relazione transculturale di cura<sup>2</sup>. Il dispositivo “parlamentare” può essere pensato come uno strumento per creare una sorta di spaesamento a domicilio, in virtù della sua capacità di indurre nella mente e nel corpo l'esperienza dell'incertezza ontologica.

Tuttavia, anche in questo caso, occorre prendere atto dell'impossibilità per i

---

<sup>2</sup> La forma nucleare o di base della relazione di cura transculturale comprende: una persona in uno stato di sofferenza o malattia, il clinico e colui che definiamo approssimativamente – e per molti versi impropriamente – “guaritore tradizionale”. Il clinico e il guaritore tradizionale a loro volta sono inseriti in una trama di legami che li connette entrambi al rispettivo mondo di provenienza. Questa forma nucleare o di base della relazione di cura è sempre presente anche se il terzo polo (il “guaritore tradizionale”) rimane silente e non visibile al clinico occidentale. Il caso limite si verifica quando il clinico riesce a essere riconosciuto dal paziente in una posizione comparabile a quella del guaritore tradizionale: poiché ne rispetta l'ethos o ne conosce i modi di fare nei confronti di specifici oggetti culturali. Quest'ultimo si presenta allora come una potenzialità: strutturata e innescata dai processi inculturativi cui è stato sottoposto il paziente; attualizzata dallo stesso psicoterapeuta a partire da una precisa intenzionalità terapeutica e per mezzo di accorgimenti metodologici e tecnici.

SSM nel loro complesso di attualizzare il dispositivo parlamentare approntato in ambito universitario (parigino) a fini di ricerca, oltre che clinici. L'impossibilità deriva da limiti materiali (economici) ma anche da limitazioni concernenti il "capitale culturale" delle risorse umane disponibili. I SSM sono in grado di rappresentare al proprio interno solo una minima e sempre minoritaria quota di molteplicità culturale, attraverso la presenza dei mediatori linguistico-culturali. La specifica funzione svolta da queste figure professionali, perennemente precarie e scarsamente definite nei percorsi formativi e nelle metodologie operative, varia in funzione di una pluralità di fattori strutturali e aleatori. In questo scenario cangiante e sfaccettato, è importante delineare alcuni nuclei di aggregazione delle modalità di mediazione linguistica e culturale riscontrabile nei SSM, mettendone in evidenza limiti e potenzialità, struttura e funzioni. È necessario, soprattutto, comprendere quanto ciascuna declinazione della funzione di mediazione sia in grado di rendere interessanti le alterità culturali che le attuali forme della migrazione internazionale consegnano all'osservazione. Come si è cercato di mostrare, il possibile interesse non deriva esclusivamente dalla loro mera esistenza, ma richiede l'instaurazione di un posizionamento epistemico intenzionale.

È possibile mettere in evidenza almeno tre modi attraverso cui intendere la funzione di mediazione. Due modalità declinano in modo diverso la mediazione nella clinica. La terza modalità estende la funzione di mediazione alla dimensione extraclinica e cioè al territorio.

La prima forma di mediazione, forse quella che più facilmente viene presa in considerazione e attuata, è la mediazione che si potrebbe dire interpersonale. Il suo obiettivo è l'accordo fra le persone coinvolte: il clinico e il paziente. In ultima istanza, essa tende a coincidere con il raggiungimento dell'adesione al trattamento da parte del paziente. Questo tipo di mediazione in larga parte conferma e riproduce gli assetti relazionali preesistenti, le funzioni di sapere e le connesse asimmetrie di potere. La qualità riproduttiva di questa modalità di mediazione può dispiegarsi assertivamente tramite l'affermazione del sapere-potere del clinico ma può anche avvalersi del dialogo interculturale. Nel primo caso, concettualmente estremo ma assai diffuso, potrebbe più propriamente essere definita "prescrizione", piuttosto che "mediazione". Si ritrova nell'interazione fra medico e straniero e spesso anche nelle relazioni educative e di aiuto che si svolgono nell'ambito dei sistemi di accoglienza. A livello implicito, tuttavia, la si scorge anche nella cura in salute mentale, poiché in fondo non manca mai la richiesta rivolta all'utente di aderire ad una qualche visione della malattia e in ultima istanza di avanzare una domanda di cura a titolo personale e individuale – come già messo in evidenza dai coniugi Ortigues nella loro esperienza senegalese (Ortigues M., Ortigues E. 1966). Nel secondo caso, la mediazione interper-

sonale può tendere alla ricerca dell'accordo grazie all'individuazione di possibili "corrispondenze" e similarità fra culture, fra concezioni della malattia e fra sistemi di cura. L'accordo può essere perseguito anche attraverso l'individuazione di equivalenze simboliche. L'alleanza terapeutica che si instaura attraverso simili strategie presenta tuttavia profili passibili di severe critiche. Queste critiche sottolineano la necessità di mettere in questione la "costruzione clinica della realtà" e non la "costruzione culturale della realtà clinica" (Tausig 2006).

La seconda modalità di mediazione si focalizza non sulle persone, ma sui mondi culturali di provenienza che l'incontro interpersonale mette a confronto, o più esattamente in conflitto (mediazione culturale). Non è sufficiente che compaia un'alterità culturale perché la cultura diventi un elemento significativo rispetto alla comprensione e alla cura della sofferenza psichica. Non è sufficiente cioè che si presenti un soggetto, per quanto esotico, affinché il clinico si ponga il problema della differenza culturale. Un qualunque soggetto diventa problematicamente esotico sempre in rapporto a un clinico e alla sua istituzione di appartenenza, con la loro visione del mondo e della psicopatologia. L'esotismo di questo soggetto diventa rilevante in sé solo per mezzo di una funzione di mediazione capace di mettere in dubbio la validità delle teorie di un mondo (quello del clinico), proprio quando cercano di rendere conto di ciò che si produce nell'altro (quello del paziente). Una funzione di mediazione capace soprattutto di mettere in evidenza la validità delle teorie vigenti nel mondo dell'altro. Secondo questa visione della mediazione, affinché l'alterità culturale, oltre che rilevante in sé, diventi anche significativa per il clinico, occorre un'ulteriore condizione: una sorta di liminalità soggettiva, prima ancora che strutturale, del clinico rispetto al suo mondo istituzionale, professionale o disciplinare di appartenenza. Questo stare sulla soglia, questa parziale estraneità, questo collocarsi "ai confini" da parte del clinico, è la condizione di partenza per assumere una postura epistemica che permetta di accogliere la "verità" dell'altro e di sospendere l'effettualità della propria. Non sono in gioco le verità soggettive dell'uno o dell'altro e quindi non ci si riferisce a una sorta di *epochè* fenomenologica. Sono in gioco le verità teoriche dei rispettivi mondi rispetto alla sofferenza o al problema clinico emergente.

Questa marginalità permette di muoversi verso il (mondo del) soggetto-reso-esotico-per-finalità-tecniche, a costo di "allontanarsi" dai propri riferimenti istituzionali, professionali e disciplinari. Il sistema paziente-mediazione-clinico svolge una funzione di comunicazione e di mediazione fra i mondi culturali implicati nell'incontro. Si tratta di una modalità di mediazione incentrata sugli aspetti impersonali della relazione. Non si interessa dell'interazione fra le persone, dei loro conflitti o dei loro possibili accordi. Si interessa del conflitto fra teorie incardinate in opposte ontologie. È questa la modalità di mediazione che

caratterizza la clinica etnopsichiatrica che, soprattutto nella sua versione nathiana, si è focalizzata sulla messa in tensione e sul conflitto fra le teorie e gli oggetti del mondo del paziente e le teorie e gli oggetti del mondo dominante in un certo contesto sociale e territoriale (Casadei e altri 2005; Zorzetto 2109).

Entrambe le modalità di mediazione “nella clinica” richiedono di convocare in qualche modo e secondo una qualche forma un mediatore (interprete, antropologo...) che si ponga fra paziente e clinico. Si può però individuare una terza modalità di mediazione che si dispiega nel territorio (mediazione istituzionale o comunitaria). Si tratta in effetti di una trasposizione o di un raddoppiamento della mediazione. Una volta che è stata effettuata una mediazione fra clinico e paziente è possibile che il clinico diventi a sua volta mediatore fra il paziente e le realtà istituzionali dei mondi di approdo di questi soggetti esotici, o comunque dei mondi egemoni in un certo territorio. Devereux (1998) media fra Jimmy Picard e il Winter Veteran Hospital di Topeka, in Kansas. Collomb media fra i pazienti psichiatrici senegalesi (e i loro mondi tradizionali) e l'istituzione manicomiale coloniale. Michele Riso media fra migranti italiani e la clinica psichiatria universitaria di Berna (Riso, Böker 2000). Nathan lo fa fra diverse istituzioni parigine (tribunali per i minori, servizi sociali, servizi psichiatrici, ecc.) e i migranti dalle ex colonie francesi.

Nella sua versione interpersonale, la mediazione tende a riprodurre gli assetti epistemologici e quelli sociali esistenti. Può d'altra parte ambire a svolgere funzioni di *advocacy* del paziente (riscatto sociale e giuridico), soprattutto se accoppiata con una modalità istituzionale di mediazione. Nella sua versione impersonale, invece, la mediazione tende verso un suo *empowerment* culturale (riscatto culturale). La funzione (etno)psicoterapeutica si avvale maggiormente della versione impersonale della mediazione, mentre le versioni interpersonali e istituzionali della mediazione possono essere maggiormente accostate al lavoro comunitario e al limite psicoeducativo (svolto però, quest'ultimo, non solo nei confronti della “utenza migrante” ma anche degli “operatori accoglienti” e delle istituzioni nel loro complesso).

Nel corso dell'operatività quotidiana queste diverse modalità di mediazione non si escludono reciprocamente, ma possono alternarsi all'interno della medesima presa in carico, a seconda della fase del processo terapeutico-riabilitativo e in conseguenza di una pluralità di fattori concernenti il clinico, il mediatore e l'organizzazione sanitaria.

La mediazione-prescrizione mira all'adesione dell'utente alla proposta/decisione dell'operatore e si fonda pertanto sull'asimmetria netta di potere e di sapere fra i due attori. Il suo esito può oscillare fra l'accettazione/assoggettamento, da un lato, e la recalcitranza, dall'altro. Al mediatore è conferito il ruolo di favorire

l'adesione dell'utente alle proposte avanzate e a tal fine si osserva il ricorso agli strumenti retorici della persuasione e della seduzione, oppure – se possibile – ad argomenti di autorità (fondati ad esempio su età, genere o status). Nella modalità negoziale della mediazione interpersonale l'obiettivo sfuma verso il raggiungimento di un accordo che può pertanto contemplare anche le visioni, le teorie, gli obiettivi dell'utente straniero. Si ritrova anche qui un'asimmetria di potere e di sapere e tuttavia si ammette l'utilità della partecipazione dell'altro al processo di cura. Si può ipotizzare una maggiore inclusione dell'utente nei processi decisionali della cura, senza che si possano escludere dagli esiti l'assoggettamento e la recalcitranza. Al mediatore è richiesto l'uso della persuasione, della seduzione o anche di argomenti di autorità al fine di promuovere la fiducia nell'utente e la sua disponibilità al confronto, evitando o attenuando i conflitti con l'operatore. Egli può inoltre mostrare le similitudini fra i mondi dell'utente e dell'operatore e le possibilità di traduzione delle categorie e dei concetti dell'uno in quelli dell'altro. Nella mediazione culturale si persegue il confronto fra le teorie esplicative della situazione problematica caratteristiche della società ospitante e del mondo da cui proviene l'utente, nonché le specifiche e rispettive modalità di messa in forma dell'esperienza patologica. Viene perseguito asintoticamente un ideale di simmetria fra i saperi dei rispettivi mondi, nell'ambito di una relazione in cui permane una certa asimmetria di potere. Gli esiti riscontrabili vanno dalle strategie oppostive o mimetiche dell'utente, fino alla possibilità per quest'ultimo di condividere con il clinico le proprie modalità di fabbricazione culturalmente specifiche (antropopoesi). Nelle precedenti modalità di mediazione il clinico gode di uno stato di appaesamento, restando in una cornice di traducibilità pressoché completa di un mondo nell'altro e di un'esperienza nell'altra. La mediazione culturale può invece causare nell'operatore stati di incertezza, variamente connotati e anche rischi soggettivi e oggettivi di tipo relazionale e istituzionale. Per il clinico si può parlare di rischi derivanti dallo stato di spaesamento; per il mediatore di rischi connessi a stati più prossimi all'inquietante familiarità di elementi culturali che – spesso – sperava di aver lasciato “al paese”. Il sistema clinico è chiamato a prevenire questi rischi per il mediatore, con sistemi di protezione adeguati. È questa la condizione di base affinché il mediatore possa svolgere la funzione che gli viene assegnata: rappresentare la differenza, la diffusione e la validità delle teorie e dei modi di fare presenti nel mondo di provenienza suo e dell'utente; aiutare a comprendere i limiti di validità delle categorie e dei concetti dell'operatore una volta che si prova ad applicarli al mondo di provenienza dell'utente ed alla sua esperienza. Nella mediazione istituzionale, infine, l'operatore si fa rappresentante presso un terzo (organizzazione del terzo settore, istituzione pubblica, ecc.) degli interessi, dei bisogni, degli obiettivi e dei diritti dell'utente. Da questo punto di vista, essa

mira ad aprire nuove possibilità per l'utente e a difenderne o promuoverne i diritti, a partire dal rapporto di conoscenza che l'operatore ha instaurato con lui. Si può riscontrare di conseguenza una simmetria (tendenziale) di potere e di sapere fra operatore e utente. A questa simmetria fra operatore e utente, corrisponde una asimmetria di potere e di sapere verso l'esterno: fra l'operatore che cerca di svolgere una funzione di *advocacy* e il soggetto terzo a cui si rivolge. Tutto ciò può rafforzare l'alleanza fra utente e operatore, con il rischio di un ipercoinvolgimento di quest'ultimo e di contraccolpi sulla sua funzione terapeutica.

L'incontro fra due soggettività qualunque (anche appartenenti alla medesima area culturale) può essere pensato come l'incontro fra due "effetti di potere-sapere" (Deleuze 2007), per quanto un potere-sapere possa essere formale, ufficiale ed egemone e l'altro informale, ufficioso e subalterno. Quando quell'incontro si realizza intorno o a causa di un problema emergente si pone sempre il dubbio sull'ambito a cui ricondurre quel problema e sulla disciplina e sulla professione necessarie per affrontarlo e possibilmente risolverlo. L'etnopsichiatria generale mette in evidenza come l'esito di questo incontro non possa essere ridotto a una questione (mono)disciplinare, ma implichi la risoluzione di un problema epistemologico fondamentale dell'osservatore (Devereux 1984) e necessiti la convocazione di (almeno) due teorie differenti fra loro poste in una relazione di complementarità (Devereux 1975). Ancora di più, l'etnopsichiatria clinica ha mostrato che risolto il problema epistemologico – o abbozzatane la risoluzione –, compare immediatamente un problema ontologico (Nathan 2005; 1994), convergendo in questo senso con una serie di posizioni attuali in antropologia culturale e della scienza (Descola 2005; Viveiros De Castro 2002; 1998; Latour 2012), ma che già da tempo costituivano un patrimonio dell'antropologia italiana (de Martino 2007).

Di fronte a una impasse diagnostica o terapeutica, è necessario porsi il problema se il dispositivo interattivo informato da una certa teoria non comporti una mutilazione fatale dell'utente, delle sue qualità generali (di specie), specifiche (culturali) e individuali (psicologiche). A questo punto è necessario convocare una funzione di mediazione che permetta di modificare il dispositivo interattivo e conoscitivo, ma anche che permetta all'altro di "contro-osservare", rendendo rilevanti e significative le sue specifiche logiche (latamente culturali). A questo punto diventa però necessario tollerare l'incertezza e l'indeterminazione derivanti da una sempre parziale e incompleta coordinazione fra punti di osservazione (e di azione) che sono iscritti in mondi (culturali, per così dire) in fin dei conti incommensurabili: quello del clinico e quello del paziente e dei suoi gruppi di riferimento. Il lavoro di mediazione fra mondi che ne deriva conduce sempre a verità parziali, limitate nel tempo e nello spazio. Queste verità emergenti sono vincolate dalle autonome derive dei mondi che si incontrano in modo puntuale e



dallo specifico dispositivo interattivo di volta in volta attivato.

## 5. Elementi minimi e condivisi per un'etnopsichiatria nei Servizi pubblici di salute mentale

Negli ultimi dieci anni, o poco più, si è assistito ad un aumento di attese ed aspettative rispetto all'orientamento etnopsicologico ed etnopsichiatrico sia all'interno dei SSM che in territori limitrofi (in particolare nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati). A questo incremento della domanda ha corrisposto un progressivo radicarsi di esperienze sia nel settore sanitario, sia in quello sociale. Per la maggior parte, queste esperienze hanno avuto l'orizzonte limitato dei finanziamenti a progetto. Ciò ha spostato sempre più le competenze etnopsicologiche ed etnopsichiatriche nell'ambito del terzo settore, maggiormente capace di intercettare simili forme di risposta istituzionale ai bisogni sociosanitari dei territori. Si è assistito di conseguenza al moltiplicarsi delle esperienze attive sul campo che si sono affiancate ad altre presenti da lungo tempo. Solo per fare alcuni esempi, si possono citare il Centro Studi Sagara a Pisa, la cooperativa Terre Nuove a Milano e il Centro Frantz Fanon o la Fondazione Mamre a Torino.

La delega ricevuta da Enti locali e da Aziende sanitarie ha creato le condizioni affinché il terzo settore svolgesse una funzione di supplenza (sempre in proroga) di quello pubblico e, d'altra parte, anche di "tenuta" complessiva dei sistemi. Questa supplenza ha permesso adeguamenti progressivi dei funzionamenti organizzativi pubblici, incrementandone la sensibilità culturale generale e, in alcuni casi, le competenze etnopsicologiche ed etnopsichiatriche specifiche.

A fronte di questa situazione, il SSM di Prato ha fatto la scelta dell'inserimento strutturale di simili competenze nel proprio organico. Sul versante universitario, d'altra parte, non si assiste a una parallela e corrispondente introduzione di corsi e di contenuti relativi alle nuove acquisizioni di conoscenza e di ricerca su tali argomenti.

Le esperienze esistenti nel settore pubblico e nel terzo settore si impegnano ad elaborare proposte operative, arrivando anche a produrre un corpus teorico consistente e interessante. Nessuna di queste esperienze presa singolarmente, né la loro azione parallela o convergente, riesce tuttavia ad assurgere a punto di riferimento nazionale, sintonizzando le molteplici realtà locali verso specifiche metodologie cliniche o, ancora più ambiziosamente, riuscendo a influenzare le politiche sanitarie e sociali generali.

La convergenza fra Servizi pubblici e terzo settore è sfaccettata, altalenante e non sempre coerente. Tuttavia si può registrare una significativa e innovativa

tendenza a prestare attenzione ad alcuni aspetti essenziali e fondativi che sono così riassumibili in maniera sintetica:

1) i flussi migratori internazionali hanno introdotto una molteplicità qualitativa (le differenze culturali di uomini e donne provenienti da una pluralità di mondi geograficamente distanti) e quantitativa (intensificazione nelle singole realtà locali dell'incontro con l'altro culturale) che ha richiesto la ricerca di competenze etnopsicologiche ed etnopsichiatriche nonché l'introduzione strutturale o a progetto della figura dell'etnopsicologo clinico – e in misura minore dell'antropologo culturale – nei SSM;

2) l'accessibilità dei servizi, come parametro qualitativo generale, ha dovuto confrontarsi con le criticità derivanti dai profili culturali e linguistici dell'utenza, adottando misure di contrasto alle barriere di varia natura che le alimentano;

3) l'introduzione sistematica della mediazione linguistico-culturale in salute mentale ha prodotto azioni di miglioramento dell'accessibilità per le popolazioni migranti e per i gruppi linguistici e culturali minoritari;

4) la mediazione linguistico-culturale in salute mentale è stata chiamata, ancora di più, a contribuire ai processi di *empowerment* culturale e sociale di questi gruppi di popolazione. Da questo punto di vista ha concorso all'attuazione di cambiamenti istituzionali dei Servizi, che mirano a valorizzare la personalizzazione delle cure e l'esperienza soggettiva degli utenti, promuovendone il protagonismo nell'ambito del processo di cura. A tal fine, sarà necessario attivare specifici percorsi formativi e costanti attività di supervisione con funzione di protezione e supporto per i mediatori;

5) le innovazioni metodologiche della clinica etnopsicologica ed etnopsichiatrica hanno contribuito alla valorizzazione delle variabili extra-cliniche (e quindi sociali e culturali) capaci di influire sui destini degli utenti, così come del lavoro intersettoriale in salute mentale. È importante, pertanto, che si collochino all'interno del più ampio alveo delle discipline della salute mentale, in una prospettiva strategica di salute mentale di comunità.

Questo nostro scritto non costituisce una rassegna esaustiva di come l'etnopsichiatria si sia declinata nel SSM. Ha inteso piuttosto far emergere l'impalcatura tecnica e operativa di un particolare approccio ai problemi di salute mentale delle persone che accedono ai servizi con storie culturalmente connotate, non necessariamente provenienti da mondi geograficamente distanti.

La sfida che si prospetta è quella di evitare la semplificazione e la riduzione della complessità dell'approccio etnopsichiatrico, nel mentre lo si connette al senso delle buone pratiche sviluppate in alcuni SSM e in alcuni territori.

## Bibliografia

Bastide Roger

2003, *Approche interdisciplinaire de la maladie mentale*, in R. Bastide, *Le rêve, la transe et la folie*, Paris, Editions du Seuil, pp. 151-172, (ed. or. 1967).

Beneduce Roberto

2010, *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Torino, Bollati Boringhieri.

2001, *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*, "Il De Martino. Bollettino dell'Istituto Ernesto de Martino", 11, pp. 213-233.

Bibeau Gilles, Charland Carole

1994, *Sur la piste des errances du renard pâle: les recherches d'une équipe italo-malienne sur le haut-plateau dogon*, "Psychopathologie africaine", 26, 3, pp. 341-386.

Cangioli Linda, Zorzetto Sergio, Ambruoso Jenny, Tantini Giulia, Fedi Maria, Hagi Afef, Cardamone Giuseppe

In c.d.s., *Costruire Servizi di Salute Mentale culturalmente competenti. Primi passi a Prato di avvio di un progetto di costruzione di gruppi di DBT Skills Training adeguati a richiedenti asilo e rifugiati*, "Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici", 23, <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/>.

Cantini Alfio, Campostrini Roberto, Cardamone Giuseppe, Diakité Chiaka, Inglese Salvatore, Mounkoro Pakuy P., Palumbo Pasquale, Pisani Lelia, Zorzetto Sergio

1999, *Progetto di microcooperazione sociosanitaria sull'epilessia tra Prato e il Cercle di Bandiagara in Mali*, in R. Campostrini, G. Cardamone, P. Palumbo (a cura di), *L'epilessia alle soglie del terzo millennio. Dal morbo sacro al tibu sugo: Nord e Sud del mondo a confronto*, Prato, Azienda USL n. 4 di Prato, pp. 50-53.

Cardamone Giuseppe, Zorzetto Sergio,

2019, *Un nuovo territorio per la salute mentale*, in Centro Studi Sagara (a cura di), *180 psichiatrie e oltre*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì, pp. 127-150.

Carpio Arturo, Bharucha Nadir E., Jallon Pierre, Beghi Ettore, Campostrini Roberto, Zorzetto Sergio, Mounkoro Pakuy P.

2005, *Mortality of Epilepsy in Developing Countries*, "Epilepsia", 46(Suppl. 11), pp. 28-32.

Casadei Filippo, Festi G., Inglese, Salvatore

2005, *Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale*, in L. Attenasio e altri (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 268-317.

Collignon René

1983, *A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire: les dispositifs villageois d'assistance: éléments pour un dossier*, "Psychopathologie Africaine", 19, 3, pp. 287-328.

Coppo Piero

1993, sous la direction de, *Essai de psychopathologie Dogon*, Bandiagara (Mali), Editions CRMT/PSMTM.

2000, *Politiche e derive dell'etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese*, "I Fogli di ORISS", 13-14, pp. 119-140.

2007, *Negoziare con il male*, Torino, Bollati Boringhieri.

De Almeida Zulmero

- 1972, *Introduction à la psychopathologie de la transplantation*, "L'information psychiatrique", II, pp. 167-173.
- 1975, *Les perturbations mentales chez les migrants*, "L'information psychiatrique", 51, pp. 249-281.
- Deleuze Gilles  
2007, *Che cos'è un dispositivo?*, Napoli, Cronopio, (ed. or. 1989).
- de Martino Ernesto  
2007, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Torino, Bollati Boringhieri, (ed. or. 1948).
- Descola Philippe  
2005, *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard.
- Devereux Georges  
1975, *Saggi di etnopsicoanalisi complementarista*, Milano, Bompiani.  
1984, *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, (ed. or. 1967).  
1998, *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, Paris, Fayard, (ed. or. 1951).  
2007, *Saggi di etnopsichiatria generale*, nuova edizione italiana a cura di Inglese S., Roma, Armando Editore.
- Facchi Edvige, Cardamone Giuseppe  
2017, *La salute mentale pubblica riformata dalla Legge 81: criticità e prospettive*, "Gruppi", 1, pp. 41-49.
- Fassin Didier  
1999, *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, "Genèses", 35, pp. 146-171.  
2000, *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*, "L'Homme – Revue française d'anthropologie", 153, pp. 231-250.
- Fassin Didier, Pandolfi Mariella (editors)  
2013, *Contemporary States of Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*, Zone Books, New York.
- Harrag  
2007, *Di clinica in lingua. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.
- Inglese Salvatore  
2005a, *Pazienti della notte e clinici perduti. Questioni di etnopsichiatria clinica*, in D. Ranci (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica. L'esperienza di Terrenuove*, Milano, Edizioni di Terrenuove, pp. 13-38.  
2005b, *A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti*, in L. Attenasio e altri (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 61-163.  
2010, *Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costrutto nosologico di Culture-Bound Syndrome*, in S. Inglese, G. Cardamone 2010, pp. 153-174 (ed. or. 1999).
- Inglese Salvatore, Cardamone Giuseppe  
2010, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.  
2017, *Déjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.
- Kardiner Abram  
1969, *L'individu dans sa société. Essai d'anthropologie psychanalytique*, Paris, Gallimard, (ed.

or. 1939).

Kraepelin Emil

1989, *Memorie*, Pisa, ETS.

1996, *Psichiatria comparativa*, "I Fogli di Oriss", 6, pp. 195-198, (ed. or. 1904).

Latour Bruno

2012, *Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*, Paris, La Découverte.

Murphy Henry B.M.

1951, *The resettlement of Jewish refugees in Israel, with a special reference to those known as displaced persons*, "Population Studies", 5/2, pp. 153-174.

1952, *The assimilation of refugee immigrants in Australia*, "Population Studies", 5, 3, pp. 179-206.

Nathan Tobie

1988, *Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, Presses Universitaires de France.

1994, *L'influence qui guérit*, Paris, Editions Odile Jacob.

1996, *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri.

1997, *The immigrant, his shrink, his judge, his social worker, and other representatives of the Occult*, "The Journal of Twentieth-Century/Contemporary French Studies revue d'études français", 1/1, pp. 311-321.

2000, *Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie*, "Genèses", 38, 1, pp. 136-159.

2003, *Non siamo soli al mondo*, Torino, Bollati Boringhieri.

2005, *Etnopsichiatria, complementarismo, possessione*, in L. Attenasio e altri (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 164-178.

Nathan Tobie, Grandsard Catherine,

2011, *Disturbi da stress post-traumatico e disturbi da spavento: ripensare il trauma da una prospettiva etnopsichiatrica*, "Il Vaso di Pandora", 19, 3, pp. 31-55.

Nathan Tobie, Zajde Nathalie

2012, *Psychothérapie démocratique*, Paris, Odile Jacob.

Ortigues Marie-Cécile, Ortigues Edmond

1966, *Edipe africaine*, Paris, Plon.

Risso Michele, Böker Wolfgang

2000, *Sortilegio e delirio*, a cura di V. Lanternari, V. De Micco, G. Cardamone, Napoli, Liguori editore, (ed. or. 1964).

Viveiros de Castro Eduardo

2002, *O nativo relativo*, "MANA", 8, 1, pp. 113-148.

Zajde Nathalie

2012, *Traumatisme et religion. Note ethnopsychanalytique sur « Un petit homme-coq » (Ferenczi), les poulets de Kappara et la circoncision*, in T. Nathan T., N. Zajde 2012, pp. 193-211.

Zempleni Andras

2019, *Ripensare la psichiatria all'africana. Clinica ed etnografia a Fann (Dakar, Senegal, 1958-1978)*, in Centro Studi Sagara (a cura di), *180 psichiatria e oltre*, Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì, pp. 59-77.

Zorzetto Sergio

2019, a cura di, *Richiedenti asilo e rifugiati fra clinica e territorio*, Paderno Dugnano (MI), Edi-

zioni Colibrì.

2020, *Clinica in regime di frontiera. Il sistema di accoglienza e i problemi di salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati*, "Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici", 20, <http://www.nuova-rassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-20/clinica-regime-frontiera-sistema-accoglienza-salute-mentale-richiedenti-asilo-rifugiati>.

### **Abstract**

The authors address the question of how ethnopsychiatry can be received, understood and practiced by the Italian public mental health services, based on their experience in Prato (Tuscany). The analysis is developed by a double methodological level: at the first point, we worked on the meaning of multi-professional and multidisciplinary work and opportunities that comes with it; on the other hand, we carried out a careful critical review of cultural linguistic mediation in mental health. The operational horizon that forms the background to the experience described is that of good practices in community mental health.

Gli Autori affrontano la questione di come l'etnopsichiatria possa essere recepita dai SSM italiani, a partire dalla loro esperienza in quello di Prato. L'analisi si sviluppa seguendo un duplice livello metodologico: da una parte vengono approfonditi il senso e le opportunità del lavoro multiprofessionale e multidisciplinare; dall'altra viene effettuata un'attenta revisione critica della mediazione linguistico-culturale in salute mentale. L'orizzonte operativo che fa da sfondo all'esperienza descritta è quello delle buone pratiche in salute mentale di comunità.

**Key words:** ethnopsychiatry; community mental health; ethnoclinical mediation.

**Parole chiave:** etnopsichiatria; salute mentale di comunità; mediazione etnoclinica.