

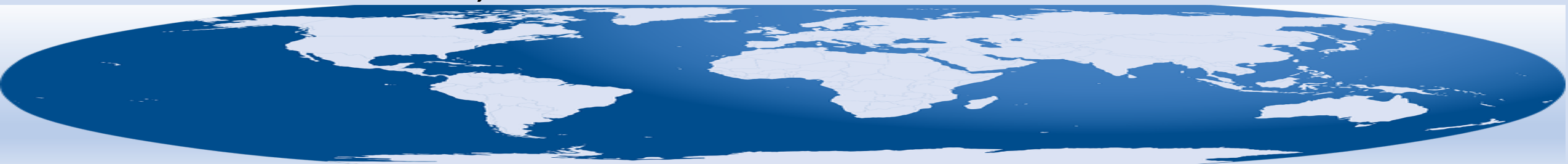
Salute mentale di comunità ed
etnopsichiatria: un nuovo territorio per la
salute mentale

Giuseppe Cardamone

9-10 giugno 2020

I Servizi territoriali di salute mentale hanno sostituito l'Ospedale psichiatrico. Il cambiamento dei luoghi delle attività di cura ha avuto un carattere multiforme e profondamente trasformativo, perché:

- sottraeva tali attività a un contesto anti-terapeutico perché gerarchico, autoritario ed in fin dei conti oppressivo;
- effettuava uno spostamento di senso, almeno per alcune di esse: da attività di intrattenimento ad attività di inserimento e di inclusione (lavoro, autonomia economica) o di espressione o di realizzazione di sé;



- evitava l'effetto di sradicamento delle persone con problemi di salute mentale mantenendoli in diretta connessione con i loro contesti socioculturali di vita;
- mirava non solo a un esercizio democratico del potere psichiatrico, ma anche a un'elaborazione e un'applicazione democratiche del sapere psichiatrico;
- contrastava o quantomeno limitava il pregiudizio e la parzialità di classe prodotti dall'Ospedale psichiatrico nella distribuzione delle cure alla popolazione.



La contestazione dell'istituzione totale si è proiettata nel campo aperto della vita sociale, indirizzandosi verso l'eliminazione (o, più realisticamente, verso la riduzione) dei fattori psicopatogeni generali e specifici: svantaggio economico, disuguaglianza sociale, vulnerabilità somatica, sanzione morale e stigma.



In questo modo è stata proposta alle persone con problemi di salute mentale una forma specifica di alleanza terapeutica, non fondata soltanto su una presunta competenza nella gestione tecnica della malattia, ma preconizzando una convergenza verso un progetto generale di salute mentale (culturale, politico e sociale) riguardante l'intera società, con l'obiettivo di coinvolgere ogni ceto e ordine istituzionale (lavoro, giurisprudenza, istruzione).



È necessario aggiornare questo patrimonio tecnico e ideale accumulato nei Servizi pubblici di salute mentale territoriali, per affrontare le sfide cliniche e di salute mentale poste da un territorio che – a oltre 40 anni dalla Riforma dell'assistenza psichiatrica – si presenta come radicalmente mutato.



Il territorio della salute mentale è mutato per effetto di una serie di processi tra cui:

- Le tecnologie informatiche che hanno permesso la creazione di un territorio virtuale parallelo a quello materiale, lungo cui fluiscono reti di comunicazioni e relazioni;
- Lo sviluppo tecnico che ha permesso di velocizzare enormemente gli spostamenti attraverso il territorio reale, fino quasi ad annullare le distanze;



- Lo sviluppo di tecniche statali e di tecnologie che al contrario hanno la funzione e l'obiettivo di selezionare, rallentare o bloccare questi movimenti secondo logiche composite derivanti da convergenze e/o da divergenze fra legislazioni nazionali e sovranazionali, così come dai rapporti di forza interstatali. Tali tecniche e tecnologie rendono particolarmente difficile (ma mai impossibile) percorrere queste «distanze annullate»;

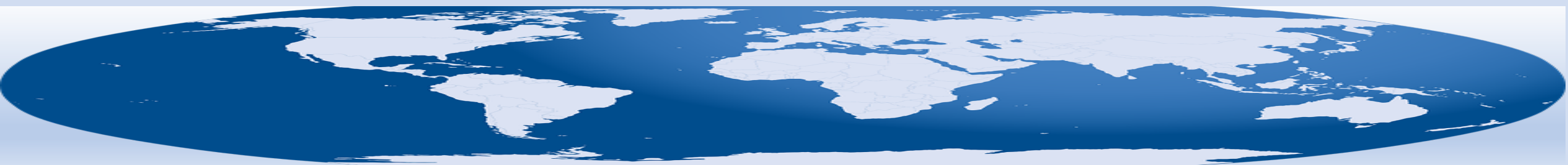


- La sostanziale stagnazione economica ormai cronica, accompagnata dalla crisi dei meccanismi e delle finalità redistributive dello stato e dall'aumento delle disuguaglianze sociali;
- I mutati assetti geopolitici globali, con la fine della logica bipolare e l'inizio di una «disunità del mondo», cui si associa l'attivazione costante di conflitti locali o regionali o a valenza globale portati avanti da attori statali o meno e che producono violenza strutturale (guerre economiche) e violenza intenzionale (guerre guerreggiate e strategie terroristiche di varia natura).



Alcune qualità e caratteristiche del territorio trasformato da questi e altri processi diventano particolarmente significative per i Servizi di salute mentale che operano nella comunità. Ad esempio:

→ Si creano tensioni conflittuali fra territorio reale e territorio virtuale: si pensi alle persone (giovani) che riescono a costruirsi una modalità di esistenza nel territorio virtuale, mentre falliscono in quello reale, distaccandosene; oppure a coloro che non riescono o non hanno potuto acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per muoversi nel territorio virtuale, vedendo ridotte le proprie possibilità di interazione e integrazione sociale e lavorativa.



Per quello che ci interessa oggi discutere è necessario sottolineare che un nuovo ambito istituzionale (il **sistema di accoglienza**) è stato creato per gestire l'insieme dei processi migratori, definendo al contempo una modalità di interazione con la differenza culturale. Questo sistema istituzionale ha rappresentato al contempo una strategia di gestione delle politiche migratorie e una modalità di implementazione di una politica di integrazione.



Ciò ha significato e in parte significa ancora che:

→ **Politica migratoria:** L'insieme dei flussi migratori (o quasi) è stato sussunto da questo sistema che fondava/fonda la liceità del movimento migratorio sul diritto umanitario e sul diritto alla protezione internazionale, con le conseguenze di:

a) Eliminare o rendere insignificante il fenomeno dell'irregolarità che nei decenni precedenti aveva mantenuto fuori dalle garanzie costituzionali e giuridiche masse crescenti di persone (es., reso problematico o non esigibile il diritto della persona alla salute), salvo la necessità di ricorrenti sanatorie;



b) Spingere i migranti a «prendere la forma» (*dovendo essere loro si liquidi!*) del contenitore giuridico predisposto con le motivazioni lecite alla migrazione, a discapito di altre pur valide e legittime da altri punti di vista. Alla fine, oggi, il paese si ritrova privo di una politica migratoria complessiva e articolata.



→ **Politica dell'integrazione:** Il sistema ha cercato e cerca di gestire (cioè di ridurre la complessità di) persone che:

- Presentavano in larghissima parte caratteristiche che le accomunava/accomuna in una sorta di classe sociale: povere (perché tali in origine o per la perdita dei propri beni a causa della fuga), dequalificate (perché non qualificate o perché titoli e qualifiche non sono legalmente riconosciuti), in possesso di diritti ad esigibilità differenziale, marginali dal punto di vista sociale e politico, ecc.



A questa comunanza di condizioni di vita, di esperienze e di prospettive, si oppongono tuttavia processi di segmentazione (direbbero gli antropologi) giuridica (soprattutto adesso con la nuova normativa e la sostituzione della protezione umanitaria con altre fattispecie «speciali» con diritti differenziati), sociale (creazione di un welfare separato) e fisica (che in alcuni casi ha sfiorato e sfiora la segregazione);



- Presentavano una loro articolazione interna in termini religiosi e culturali. L'incontro con la differenza culturale si pone come uno degli elementi centrali dei conflitti sociali e (geo)politici in essere, sia che tale incontro venga visto negativamente (e stigmatizzato) sia che venga percepito come positivo e creativo, e indipendentemente dal fatto che tale differenza venga considerata in qualche modo reale piuttosto che meramente fittizia e irreale.



Per i Servizi di salute mentale tutto ciò ha comportato e comporta:

1) Interagire con un nuovo campo istituzionale popolato da una serie differenziata di attori statali e del privato sociale. Al riguardo è necessario sottolineare alcuni aspetti.

a) Il lavoro in salute mentale dei servizi richiede preliminarmente un'analisi istituzionale del sistema di accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati al fine di:



- Comprendere finalità, poteri, compiti, prassi ed esigenze dei differenti attori del sistema di accoglienza poiché tutto ciò determina lo specifico profilo assunto dal sistema di accoglienza. Ad esempio, si può notare come alle figure chiamate ad una massima e più intensa interazione con i richiedenti asilo e rifugiati corrisponda una minima definizione professionale e quindi una minima autonomia decisionale (operatori dell'accoglienza e mediatori culturali);
- Individuare le tensioni specifiche in questo ambito istituzionale fra gli attori del sistema di accoglienza;



- Comprendere le specifiche pressioni che questo campo istituzionale esercita sui richiedenti asilo e rifugiati. In particolare quelle che hanno un'influenza diretta o indiretta sulla salute mentale: le pressioni iatrogene (attese indefinite, dipendenza da altri, inattività lavorativa, obbligo alla rimemorazione traumatica ripetuta, ecc.) e quelle acculturative (acquisizioni di nuovi modi di fare; attacco ai legami e alla solidarietà familiare e di gruppo, ecc.).



b) Il lavoro in salute mentale comporta un dialogo interistituzionale e un lavoro intersettoriale per i Servizi di salute mentale (es., Progetto SPRINT e poi il finanziamento Regionale).

Si tratta di un'apertura dei Servizi verso questo nuovo campo istituzionale da cui proviene una domanda di cura psichiatrica e/o psicologica che presenta al suo interno notevoli differenze, ma che tuttavia è contraddistinta da alcune specificità cliniche ed extra-cliniche.



Prima quelle extra-cliniche: si intende in questo caso che la domanda di cura (nel suo sorgere, nel suo manifestarsi e nelle possibilità di rispondervi) dipende da una serie di fattori contestuali, tra cui ad es.:

- Tipologia (appartamento/struttura collettiva), configurazione spaziale e collocazione geografica (es., isolamento) della struttura di accoglienza;
- Numero rispetto agli ospiti, qualifiche professionali e competenze nel campo della salute mentale degli operatori delle strutture di accoglienza;
- Tempi di attesa per l'audizione in Commissione territoriale e vincoli all'autonomia durante questa attesa (ad es., coprifuoco, possibilità di accesso a luoghi di socializzazione, possibilità di inclusione lavorativa);
- Le specifiche tensioni conflittuali fra richiedenti asilo e operatori dell'accoglienza rispetto alla Commissione territoriale o ad altre risorse istituzionali (es., accuse di ritardare l'audizione, di averne modificato il risultato, di non fare abbastanza per accelerare i tempi di attesa ad una visita medica, ecc.)



2) La domanda di cura proveniente da richiedenti asilo e rifugiati presenta però uno suo specifico profilo per questioni essenzialmente cliniche.

Questa specificità in parte rinvia alla pervasività dei fenomeni post-traumatici: da contesti di guerra o da tortura nei paesi di origine; dai ripetuti rischi di morte a cui sono andati incontro o alle morti a cui hanno assistito (traversata del deserto e del mare, violenze urbane in luoghi ad elevata conflittualità), da violenze diffuse e trattamenti inumani e degradanti subiti nel viaggio (nelle prigioni o nelle «connection house» libiche, ma non solo).



Tuttavia, il concetto di trauma (nonostante la prevalente concettualizzazione unitaria del trauma e che questo trauma si consideri complesso) non riesce a risolvere gli enigmi clinici individuali che sempre vengono riassorbiti, oltre che in una storia personale specifica, anche in una trama culturale che sempre può arrivare a sussumere e rielaborare l'evento o l'atto traumatico, i suoi effetti sintomatologici e le strategie di cura/guarigione.



Se in altri ambiti (ad es. quello giuridico) la differenza culturale è un fattore che può (o anche deve) essere considerato del tutto fittizio, in salute mentale questo non è possibile perché ogni gruppo umano elabora una sua cultura la quale a sua volta influenza tutta una serie di elementi e dimensioni strettamente connessi con la salute e i disturbi mentali, così come con la cura:



- le concezioni del corpo, della persona, delle relazioni e del mondo nel suo complesso;
- la lingua;
- l'organizzazione e le dinamiche familiari;
- le pratiche e i vissuti rispetto questi elementi (corpo, relazioni sociali, famiglia, contesto naturale e antropico, ecc.);
- ecc.

Inoltre ogni gruppo umano elabora proprie concezioni relative alla malattia (inserite e coerenti con specifiche ontologie), propri saperi (es. nosografici e diagnostici) rispetto ad essa e proprie strategie di cura.



Tutto ciò implica per i servizi di salute mentale la necessità di allargare il lavoro multidisciplinare e multiprofessionale già avviato dalla Riforma psichiatrica, includendo nuovi saperi (es. antropologia medica e culturale, l'etnolinguistica, ecc.) e nuove figure professionali (mediatori linguistico-culturali, antropologi, ecc.) nei propri setting clinici e comunitari.



L'etnopsichiatria si offre come ambito disciplinare che da tempo ormai ha approfondito questi aspetti, proponendo una metodologia generale di dialogo multidisciplinare (Devereux) e una metodologia clinica di interazione con l'altro (Nathan).

