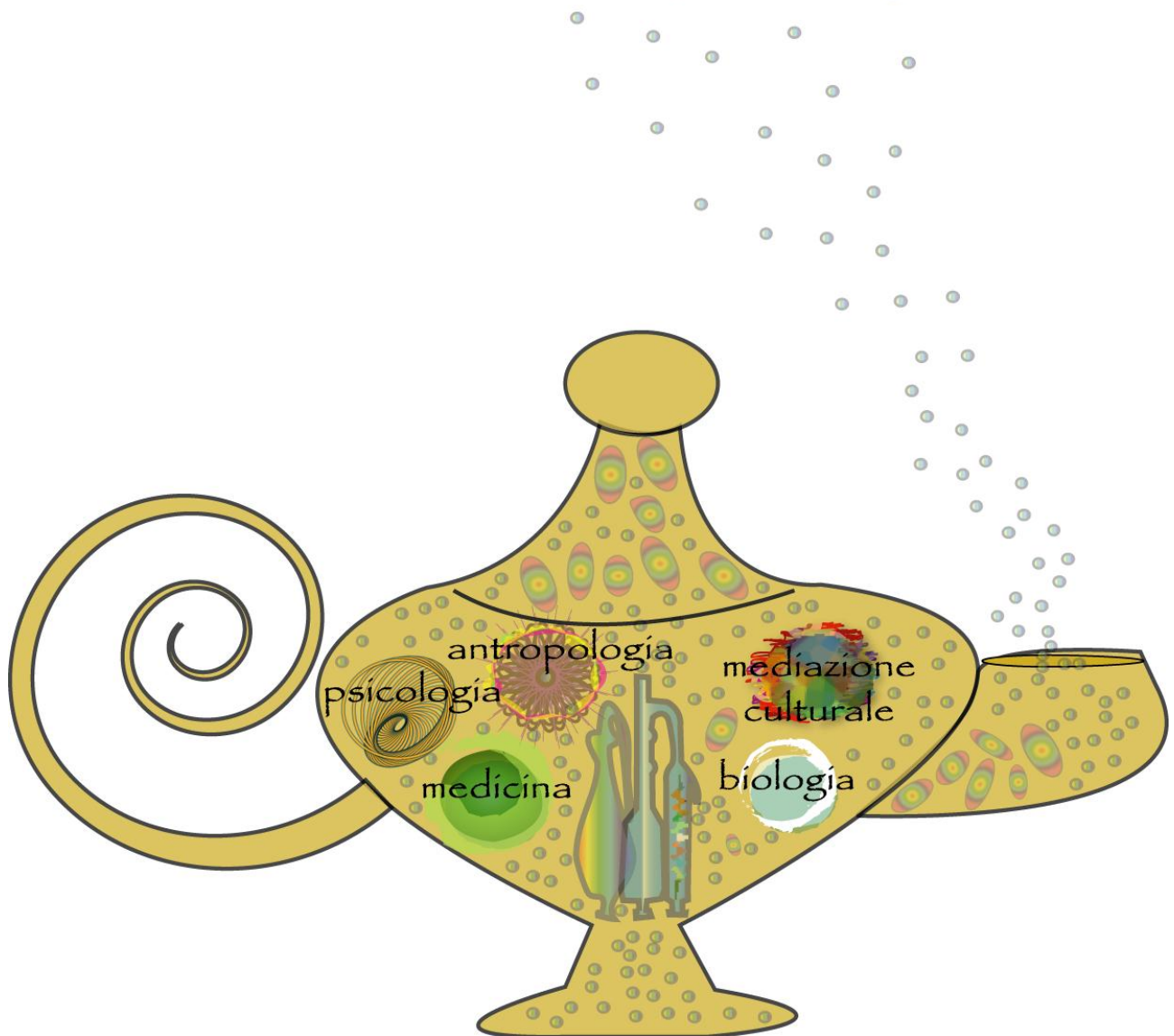


Per la costruzione di setting di cura transculturali

Comunità di pratiche e contributi di ricerca

Tumiati, Gutierrez, Ranieri (a cura di)

Il seguente rapporto di ricerca si inserisce in continuità con l'indagine conoscitiva “*Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici*” effettuata, dal 1 marzo 2005 al 28 febbraio 2007, presso la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano di Roma (*Ricerca Finalizzata* nell'ambito delle iniziative finanziate dall'I.S.S.). Nell'annualità 2008-2009 il LABORATORIO TRANSDISCIPLINARE E INTERCULTURALE PER LA RIFLESSIONE EPISTEMOLOGICA INTORNO AI MODELLI DI DIAGNOSI E TERAPIA dell'INMP ha proseguito in un lavoro di esplorazione e sistematizzazione di campo volto al tempo stesso a qualificare peculiari aspetti dei processi di lavoro e delle competenze di mediazione linguistica-culturale, oltreché contenuti di riflessione teorica-applicativa. La realizzazione di questo percorso è stato partecipato dall'intera equipe del laboratorio e da expertise su tematiche e strategie di ricerca afferente all' ISFOL. (8 luglio 2009)





L'ALBERO DELLE PAROLE

LABORATORIO TRANSDISCIPLINARE E INTERCULTURALE PER LA RIFLESSIONE
EPISTEMOLOGICA INTORNO AI MODELLI DI DIAGNOSI E TERAPIA - INMP - ROMA

La realizzazione del rapporto è stato promossa dall'Albero delle parole.
Maria Cristina Tumiatì (responsabile INMP del Laboratorio)
Adela Gutierrez (co-referente INMP per gruppo mediazione culturale)
Cristiana Ranieri (ricercatrice ISFOL per l'animazione ed l'accompagnamento)

- **GRUPPO DI LAVORO PER TUTTE LE ATTIVITÀ DELLA RICERCA E PER LA REDAZIONE DEL DRAFT:**
- **Aberrash Bekele**, proveniente dalla Etiopia. Ha vissuto e lavorato per 20 anni in Serbia ex Jugoslava. Mediatrice culturale dal 1999. Esperienze nel settore sanitario dal 2003 presso Ospedale San Gallicano. Mediatrice linguistico culturale per le questure di Bari, Brindisi e Crotone con i richiedenti asilo politico. Interprete all'Ambasciata Americana per i propri connazionali e per i rifugiati della Bosnia Erzegovina dal 1999 fino al 2001. (3.1.2; **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Asta Brauklyte**, mediatrice culturale proveniente dalla Lituania. Dal 2002 lavora presso l'Ospedale San Gallicano. (3.2.2; **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Ana Bulcu Butea**, proveniente dalla Romania. Dal 2003 ad oggi mediatrice culturale nel Progetto "Roxane" del Comune di Roma rivolto alle persone vittime di tratta. Dal 2002 ad oggi mediatrice culturale presso l'Istituto San Gallicano. Operatrice sociale per le persone senza fissa dimora - Casa dei Diritti Sociali (2002/2004). (3.1.3; **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Salih Belloumi**, proveniente dall'Algeria. Mediatrice culturale dal 1999 presso l'Istituto San Gallicano. Corrispondente presso l'Agenzia Migra News per il progetto Equal – Media e immigrazione. (3.2.3; 3.2.4; **co redazione 1.1; 4; 43.2**)
 - **Tzehainish Casai**, proveniente dall'Etiopia, mediatrice culturale presso l'Istituto San Gallicano dal 2000, operatrice presso i centri per l'impiego e nella cooperativa sociale "Impegno per la Promozione". (**co redazione 1.1; 4**)
 - **Zenovia Cocan**, proveniente dalla Romania mediatrice culturale dal 2001. Operatrice sportello informativo e nell'ambito scolastico per la Provincia di Roma per quattordici comuni dal 2001 al 2006 e presso il progetto Penelope per la cooperativa Magliana 80. Dal 2005 presso Ospedale San Gallicano. (3.2.1; **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Teresa D'Arca**, medico infettivologo, pluriennale esperienza nei progetti di cooperazione allo sviluppo, dal 1999 presta la sua attività presso la Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni dell'Ospedale San Gallicano di Roma, che prosegue dall'aprile 2008 presso l'INMP con incarichi di collaborazione per le attività di assistenza, studio e ricerca in favore di persone senza fissa dimora, immigrati e nomadi (**co redazione 1.1; 2.3; 4; 7.3**)
 - **Adela Gutierrez**, proveniente dalla Argentina. Mediatrice culturale dal 1998 presso Ospedale San Gallicano, Asl RMC e nelle scuole del VI Municipio di Roma. Laureata in psicologia con una tesi attinente la ricerca. (3; 5.1 **co redazione: presentazione; 1; 1.1; 2.1; 4; 5**)
 - **Dorothy Ashamole Ukegbu**, proveniente dalla Nigeria. Mediatrice culturale dal 2005 presso Istituto San Gallicano. Collabora nella protezione delle vittime di tratta nel progetto Roxanne del Comune di Roma. (3.1.1; **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Seyum Mahares**, proveniente dall'Eritrea. Mediatrice culturale dal 2006 presso l'Istituto San Gallicano. (3.1.7; **co redazione 1.1; 4; 4,2; 7.1**);
 - **Vira Pauk**: proveniente dall'Ucraina, mediatrice culturale dal 2005 presso l'Istituto San Gallicano. Redattrice del periodico per la comunità ucraina a Roma in lingua (2007-2008) (3.2.6 **co redazione 1.1; 4; 4,2**)
 - **Maria Cristina Tumiatì**, psicologa e psicoterapeuta. Nel 2000 ha iniziato ad operare presso l'Ospedale San Gallicano di Roma proseguendo al presente con l'INMP dove ha promosso la nascita del laboratorio "L'albero delle parole", il servizio di etnopsichiatria clinica "Geografie del corpo" e il servizio richiedenti protezione internazionale, rifugiati e vittime di tortura "Passaggi nei territori di Giano". (**allegati; co redazione: presentazione; 1; 1.1; 2.1; 4; 6; 7.1; 7.2**)
- **GRUPPO DI LAVORO PER LA REDAZIONE DEL DRAFT:**
- **Hanna Bigue Messaoud**, proveniente dalla Mauritania, laureanda in antropologia (**co redazione 7.2**)
 - **Miriam Castaldo**, antropologa medica presso l'INMP, servizio di Etnopsichiatria clinica "Geografie del corpo" e servizio delle Persone Senza Dimora. Ha svolto attività accademiche e di ricerca antropologiche in Italia e in America Latina; ha coordinato e realizzato numerosi progetti in America Latina, Vicino Oriente e Africa Occidentale. (**co redazione 4.2; 7.2**)
 - **Nicoletta Chirico**, psicologa, tirocinante di specializzazione c/o l'INMP. (**redazione 4.1**);
 - **Elisa Ippoliti**, psicologa, tirocinante di specializzazione in psicoterapia transculturale c/o l'INMP. (3.1.1.1)
 - **Cristiana Ranieri**, ricercatrice, psicologa, ha svolto attività di ricerca sul campo in Marocco, nel poliambulatorio Caritas per immigrati ed il Centro Studi di etnopsichiatria e scienze umane del Santa Maria della Pietà di Roma, da 9 anni lavora c/o l'Area Politiche sociali e Pari Opportunità dell'ISFOL (**co redazione: presentazione; 1; 2.1; 2.2; 2.3; 7.2; 7.3**);
 - **Maria Concetta Segneri**, antropologa, ricercatrice INMP, ha svolto ricerche sul campo in Etiopia e a Lampedusa, è partecipe dell'équipe multidisciplinare del servizio "Richiedenti asilo, rifugiati e vittime di tortura". (**co redazione 4,2; 7.2**)
 - **Egizia Urciullo**, psicologa, psicoterapeuta (6.1; **co redazione 2.2**)
- **REVISORI:**
- **Marta Mearini**, antropologa.
 - **Stefania Rossetti**, psicologa.
 - **Patrizia Comuzzi**, infermiera transculturale.

Introduzione e Conclusioni **prof. Aldo Morrone**, medico dermatologo, Direttore Generale dell'INMP
La matrice organizzativa **Dr. Ottavio Latini**, U.O.C. Pianificazione strategica, Sistema informativo e Controllo di gestione.

INDICE

| | |
|---|----|
| Introduzione | 5 |
| La matrice organizzativa | 8 |
| PARTE I LA RICERCA | |
| ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI | 13 |
| Presentazione | 14 |
| 1 Attenzioni poste nell'esperienza | 16 |
| 1.1 Strategia e fasi della ricerca | 20 |
| 2. La complessità dell'approccio multidisciplinare | 26 |
| 2.1 Verso un'ecologia della multidisciplinarietà: dal laboratorio "L'albero delle parole" ai dispositivi di ricerca | 26 |
| 2.2 Riguardo il corpo nello spazio della cura | 48 |
| 2.3 Implicazioni sui profili della professione medica | 51 |
| 3. La ricerca attraverso la mediazione linguistico culturale | 53 |
| 3.1 Tra campo e storie | 59 |
| 3.1.1 Codice N006 | 58 |
| 3.1.1.1 L'identità nel nome. Lettura transculturale da una ricerca sul campo | 62 |
| 3.1.1.2 Storia della partecipazione alla ricerca e note proposte sull'Etiopia | 73 |
| 3.1.1.3 L'immigrazione femminile: emancipazione o sottomissione | 75 |
| 3.2 Intorno ai luoghi d'azione | 78 |
| 3.2.1 Ritornando a riflettere | 78 |
| 3.2.2 Rapporto dei mediatori con le altre professionalità durante la ricerca. Aspetti positivi e criticità | 81 |
| 3.2.3 Nuove Frontiere della Mediazione | 82 |
| 3.2.4 La nuova esperienza della mediazione linguistico-culturale all'interno della ricerca scientifica | 85 |
| 3.2.5 Inserimento di un nuovo elemento in un gruppo di ricerca | 89 |
| 3.2.6 Focus sull'alcolismo nell'Est Europa: l'Ucraina | 92 |
| 4. Il Campione: il profilo emerso dalla partecipazione volontaria | 94 |
| 4.1 L'immigrazione ed il progetto migratorio: desideri, paure, risorse | 99 |

| | |
|---|-----|
| 4.2 I sistemi di cura e l'organizzazione sanitaria dei paesi di provenienza _____ | 104 |
| 5. Prolusione all'elaborazione dei dati _____ | 120 |
| 5.2 Emozioni, salute e cultura. Stile di comportamento e salute fisica _____ | 120 |
| PARTE II L'ESERCIZIO DI RIFLESSIONE TEORICA _____ | 133 |
| SEZIONE I Modelli di diagnosi clinica: focus sul trauma _____ | 134 |
| 6. Le categorie diagnostiche del DSM e i mondi culturali della sofferenza: focus sul Disturbo da Stress Post Traumatico _____ | 134 |
| 6.1 Il Trauma tra le neuroscienze e la psicologia _____ | 150 |
| SEZIONE II. Strumenti di osservazione clinica: Focus su _____ | 165 |
| 7. Filtri per la diagnosi: riflessioni epistemologiche intorno ai dispositivi di indagine della malattia _____ | 165 |
| 7.1 Sperimentazione dell'utilizzo dell'intervista Semistrutturata del DSM, la SCID, con la partecipazione del mediatore linguistico culturale _____ | 165 |
| 7.2 Il test della figura umana e la costruzione culturale del corpo _____ | 171 |
| 7.3 Nel colloquio medico _____ | 178 |
| 8. Conclusioni e prospettive _____ | 183 |
| Allegati _____ | 184 |
| La costellazione dei dati raccolti _____ | 184 |

Introduzione

La promozione della salute dei soggetti fragili: una sfida del nostro tempo

Dal 1° gennaio 1985 al 30 novembre 2007, nella (ex) Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, sono stati sottoposti a prima visita 97.746 pazienti immigrati, regolari, irregolari e clandestini, 45.587 (il 46,6%) di sesso femminile e 49.678 (il 53,4%) di sesso maschile.

Lo staff multidisciplinare, che accanto a medici e infermieri ha visto coinvolti psicologi, antropologi, mediatori culturali e assistenti sociali, ha offerto la sua attività di consulenza al fine di realizzare un intervento attivo di promozione dell'accesso al servizio sanitario pubblico anche per tutti quegli stranieri non ancora regolari sul territorio che pur avendone diritto non erano iscritti al Sistema Sanitario Regionale (SSR), attraverso un percorso guidato di facilitazione all'iscrizione, al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Nella presa in carico, l'individuazione delle situazioni di disagio sociale e culturale come rischio di malattia ha fatto emergere queste prime osservazioni sulle malattie delle popolazioni migranti: esiste ormai un indubbio rapporto che lega fra loro fenomeni complessi quali l'espansione delle migrazioni nel mondo, la crescita della povertà in molti paesi, non solo nei cosiddetti "in via di sviluppo", e il livello di salute di una popolazione. Si tratta di relazioni complesse che interrogano anche la capacità dei sistemi sanitari di affrontare le sfide che nascono da questo profondo mutamento, che sta attraversando tutti i paesi globalmente. Il "*fenomeno del migrante sano*", dovuto ad un'autoselezione di chi decide di emigrare, va posto a confronto con la considerazione che il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato, sempre che giunga integro all'arrivo in Italia, si dissolve sempre più rapidamente, per una serie di fattori di rischio: il malessere psicologico legato alla condizione d'immigrato, la mancanza di lavoro e reddito o la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse - che spesso si aggiungono a una condizione di status nutrizionale compromesso- , la difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, nonostante una normativa, la legge Turco - Napoletano, già dal 1988 ne preveda l'accesso anche se irregolari o clandestini.

La condizione di salute degli immigrati dipende quindi in parte anche da un migliorato accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), soprattutto se consideriamo gli immigrati di seconda generazione o quelli presenti nel nostro Paese da un più lungo periodo di tempo. La scomparsa o l'attenuazione dell'"*effetto migrante sano*" (espressione per indicare, come descritto

prima, il depauperarsi delle risorse di salute possedute all'arrivo) deriva principalmente dalla migliorata capacità delle strutture del SSN di riconoscere, oggi più che in passato, una serie di patologie misconosciute fino a poco tempo fa. Oggi infatti l'immigrazione è divenuta ormai un fenomeno strutturale della nostra società e quindi l'attenzione verso tale fenomeno e l'esperienza accumulata ci permettono di comprendere meglio le condizioni di salute di persone che provengono da culture altre e che, specie nel primo periodo di permanenza, non sono sempre in grado di esprimere in maniera iso-culturale i propri bisogni di salute. Nel paese ospite avviene un'ulteriore selezione a rovescio, per cui molti stranieri, avendo contratto durante la loro permanenza malattie croniche invalidanti, ritornano nel paese d'origine. Ciò vale solo relativamente per i rifugiati, per i quali l'emigrazione non è stata una scelta e sul cui corpo si leggono i segni delle condizioni in cui si sono consumati l'esilio e le forme di repressione e di violenza subite. Le migrazioni, di per sé, sono fonte di stress e di pericoli per la salute, comportando una nuova organizzazione della vita con un conseguente totale sradicamento dall'ambiente di origine e dalle proprie sicurezze. Per questo, la tutela della salute dei migranti assume un'importanza strategica, anche nell'ottica di una salvaguardia della salute di tutte le persone a rischio di emarginazione. Una delle sfide in Sanità Pubblica riguarda la necessità di garantire percorsi di tutela a quella parte di popolazione che per vari motivi si trova a vivere ancora ai margini del sistema, in condizioni di fragilità sociale, economica e culturale.

Ai fini del contributo proposto, si segnala che alcune condizioni patologiche, con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, sono importanti non tanto per la consistenza numerica o per essere patologie importate dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete.

La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, garantire loro una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare a una organizzazione adeguata, a una capacità comunicativa efficiente, a una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e renderlo più fruibile e attento anche alla popolazione italiana. Occorre rilanciare una politica della salute sui determinanti sociali, il contesto ambientale e le iniquità presenti nella popolazione. Si tratta di favorire l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari di persone con bisogni disuguali, che devono ricevere interventi socio-sanitari appropriatamente dissimili e comunque garantire uguali opportunità di accesso alle popolazioni per contribuire a ridurre le disuguaglianze. È necessaria inoltre una rilettura dei bisogni di salute percepiti dalla popolazione

per poter demedicalizzare una domanda che spesso è artificiosamente e irresponsabilmente rivolta verso uno sfrenato consumismo farmacologico e di prestazioni sanitarie molto costose, spesso inappropriate, inefficaci, inutili e talvolta dannose. Un Istituto Nazionale può contribuire all'elaborazione di valide metodologie per la valutazione dell'impatto sulla salute (*health impact assessment*) e alla promozione di *capacity building* che migliorino l'organizzazione, le motivazioni del personale, le risorse, la partnership e la leadership di una vera politica di promozione della salute.

E' in questo quadro che si muovono, tra le altre, le attività di sostegno psicologico, antropologico e di educazione sanitaria svolte dallo staff multidisciplinare e multiculturale nel rispetto delle diverse culture dei migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi. Migliorare la qualità dei propri servizi, in un territorio di avanguardia, modificare le proprie strutture e culture organizzative e professionali, agendo efficacemente all'interno di un contesto di bisogni espressi dagli utenti e dalle loro comunità ha portato alla promozione ed all'organizzazione dei Workshop Internazionale "Cultura, Salute, Migrazioni", ed alla realizzazione dei Corsi di Medicina Transculturale, con accreditamento ECM, che attraverso seminari a cadenza mensile proposti a medici, ricercatori, antropologi, sociologi, mediatori linguistico-culturali, rappresentanti di Amministrazioni pubbliche, Scuola, Volontariato, Enti locali, Associazioni italiane e straniere, con l'obiettivo finale di fornire una utile strumentazione formativa per gli interventi di promozione della salute nei confronti delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio di emarginazione.

In questi elementi ci sono le radici e lo spirito della nuova organizzazione dell'I.N.M.P.

La matrice organizzativa

L' I.N.M.P. e -Il laboratorio multidisciplinare e multiculturale "L'albero delle parole" –

Il percorso formale per la costituzione dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà parte dall'adozione di un Protocollo d'intesa, in data 7 settembre 2006, fra il Ministero della Salute, la Regione Lazio, la Regione Puglia, la Regione Siciliana, e gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri per la costituzione del "Centro di Riferimento Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà", in cui contestualmente si dà mandato al prof. Aldo Morrone, Direttore della struttura di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'IRCCS Istituto Dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano di Roma di promuovere ed avviare tutte le procedure necessarie alla realizzazione di detto Centro. In applicazione dell'art. 1, co. 827 della legge 296/06 il Ministro della Salute, il Decreto 3 agosto 2007, accoglie i risultati dei lavori preparatori svolti con i rappresentanti delle regioni Lazio, Puglia e Siciliana e, acquisito il loro consenso, costituisce formalmente l'Istituto. Tale decreto prevede che "è istituito l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, di seguito definito Istituto, con personalità giuridica di diritto pubblico e dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute". In questo modo vengono individuati i primi nodi regionali di una rete nazionale che l'Istituto si propone di costruire nel tempo, sviluppando il rapporto di collaborazione con altri sistemi sanitari regionali interessati a promuovere lo sviluppo della promozione della salute delle popolazioni migranti presenti sul loro territorio e a contrastare l'insorgenza delle malattie correlate alla povertà che affliggono la popolazione a rischio di emarginazione sociale. L'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà rappresenta il consolidamento e la prospettiva di ulteriore sviluppo di un lavoro scientifico, clinico, di ricerca e formazione che ha preso avvio all'inizio degli anni ottanta con la creazione della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano – IRCCS presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma. In questo pluriennale percorso la Struttura Complessa del San Gallicano ha svolto un'attività più che ventennale di accoglienza, cura, ricerca scientifica e formazione specializzata riguardo alle condizioni di salute delle popolazioni migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, e di contrasto delle patologie della povertà, e pertanto tale Struttura è già stata individuata come "Centro di Riferimento e Consulenza della regione Lazio e delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le

iniziative di formazione e tirocinio degli operatori socio-sanitari sulle materie concernenti la salute degli immigrati” (Delibera Regionale n.1358, 15.04.98).

In linea con l’ispirazione originaria, e in risposta a concreti principi etici, è iniziata negli anni ottanta un’attività di accoglienza e cura gratuite dedicate alle persone più deboli ed emarginate, italiani e immigrati, a rischio di essere escluse dall’accesso alle cure sanitarie a causa della povertà, dell’ignoranza, o a causa di problemi con la legge. Tutto questo in linea anche con il dettato dell’articolo 3 della nostra Costituzione che afferma: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali” e dell’articolo 32 che sottolinea: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”, principi a cui iniziano a dare attuazione le recenti disposizioni legislative.

Il Servizio ha quindi rappresentato un valido osservatorio per lo studio e il monitoraggio delle condizioni di salute di particolari gruppi deboli, e dei rischi di salute a cui sono soggetti. La pratica clinica adottata è caratterizzata dalla triade: 1) facilitazione all’accesso del servizio socio-sanitario per tutte le persone; 2) riduzione dei costi attraverso l’adozione di prestazioni sanitarie appropriate; 3) migliore efficacia dei risultati in termini diagnostici e terapeutici. Il Servizio si è successivamente trasformato in Struttura Complessa che è rivolta alla sperimentazione di strategie integrate per la promozione della salute delle popolazioni migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi nella Regione Lazio, attraverso interventi clinici di prevenzione, diagnosi precoce e cura delle patologie più diffuse, nonché interventi di formazione nei confronti degli operatori socio-sanitari. Gli operatori della Struttura hanno portato avanti un’opera di diffusione e di formazione sui problemi dei loro pazienti, in collaborazione con gli altri Servizi dell’Istituto San Gallicano, che fornivano visite e analisi e contribuivano nelle ricerche e negli studi. Oltre alla specifica attività clinico-scientifico-epidemiologica, hanno offerto la loro opera professionale a persone emarginate con un approccio rispettoso e accogliente, promosso un lavoro di rete fra le istituzioni pubbliche e quelle private con obiettivi analoghi e compiuto, in collaborazione con queste, un’opera di formazione riguardo a questioni concernenti politiche della salute, pari opportunità, condivisione delle ricerche scientifiche (collaborazioni con ospedali e istituzioni in Europa, Africa, Sud Est asiatico e America Latina), formazione e impiego di mediatori linguistico-culturali.

Compiti assegnati all’Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà dal decreto del Ministro della Salute del 3 agosto 2007 sono: a. svolgere, in conformità alle programmazioni nazionale e regionali, attività di ricerca per la

promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà; b. elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri Enti, programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività; c. supportare, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con altre Organizzazioni internazionali, l'organizzazione del trattamento delle malattie della povertà nei Paesi in via di sviluppo attraverso la ricerca clinica ed altri strumenti; d. elaborare piani di ricerca clinica e modelli, anche sperimentali, di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà, anche in collaborazione con l'Unione Europea e Organismi dedicati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; e. istituire una rete delle Organizzazioni italiane, europee e internazionali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato che si occupano della promozione della salute delle popolazioni migranti e del contrasto delle malattie della povertà; f. assicurare le attività assistenziali tramite le strutture delle regioni partecipanti. Quindi è apparso necessario istituire strutture sanitarie poli-specialistiche, con uno staff multidisciplinare di mediatori linguistico-culturali formati ad hoc, da utilizzare nell'attività di accoglienza e di facilitazione all'accesso ai servizi del Sistema Sanitario Regionale nella regione Lazio, nella regione Puglia e nella regione Siciliana. In questo modo sarebbe possibile sperimentare, validare e divulgare un modello di offerta socio-sanitaria multidisciplinare e interculturale, al fine di favorire la tempestività dell'accesso ai servizi e l'efficacia correlata alla compatibilità con l'identità socio-culturale di tali gruppi di popolazione.

E' apparso inoltre necessario colmare il gap di formazione specialistica degli operatori socio-sanitari che vengono a contatto con la popolazione migrante finalizzata all'approccio interculturale, nella tutela della salute degli immigrati, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, e per il contrasto delle patologie della povertà, individuando modelli di intervento per il corretto e tempestivo accesso al S.S.R., con rispetto delle diverse identità culturali, con accreditamento ECM. Si tratta di costruire un intervento di sostegno formativo, che si avvalga del contributo di esperti nel settore della medicina delle migrazioni e del contrasto alle patologie della povertà, al fine costruire con gli operatori socio-sanitari locali un percorso di educazione, prevenzione, diagnosi e cura, di questi gruppi di popolazione, adattato ad un contesto multiculturale in rapporto con le istituzioni sanitarie locali. Occorre definire un percorso per la ricostruzione della storia sanitaria di queste persone, delle loro condizioni di criticità, dei possibili interventi a breve e medio periodo, avvalendosi anche del contributo di staff multiculturali in cui inserire mediatori linguistico-culturali. Tali mediatori linguistico-culturali formati ad hoc al fine di poter interagire positivamente con gli operatori sanitari e le strutture sanitarie locali. Inoltre occorre curare la formazione degli operatori socio-sanitari locali nel riconoscimento delle patologie e condizioni

delle persone vittime di tortura, che possono accedere alla richiesta dello status di rifugiati, curando anche la metodologia di raccolta dei dati anamnestici.

Nello specifico settore dedicato all'attività di ricerca sanitaria e scientifica, che si integri in una rete nazionale ed internazionale di strutture esperte nel settore della medicina delle migrazioni e del contrasto alle patologie della povertà si sono previste attività di sperimentazione e validazione di una serie di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute delle comunità di migranti e di popolazioni a rischio di povertà; di modelli organizzativi e gestionali per la tutela e l'assistenza delle comunità e delle fasce fragili della popolazione italiana, con l'obiettivo di favorire la tempestività nel ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale di tali comunità; l'osservazione epidemiologica per rilevare la tipologia e la frequenza della patologia riscontrabile (sia quella più comune, che quella di rara osservazione) e i fattori condizionanti più rilevanti delle manifestazioni patologiche. L'attività di cooperazione scientifica nazionale ed internazionale, di consulenza clinica e sperimentale e di cooperazione formativa, attivando una rete di riferimento con centri specializzati, punta anche alla realizzazione di pubblicazioni scientifiche che raccolgano i risultati dell'attività di ricerca e li mettano a disposizione della comunità scientifica nazionale ed internazionale.

In tale contesto è stato avviato un laboratorio transdisciplinare e interculturale per la riflessione epistemologica intorno ai dispositivi di diagnosi e terapia "L'albero delle parole" con l'obiettivo di costruire dei dispositivi multidisciplinari da adottare nelle diverse attività cliniche, sociali e di ricerca progettate dall'Istituto. Gli anni trascorsi si sono dispiegati nell'impegno in svariati ambiti operativi, ma soprattutto si sono focalizzati sui principi della comunicazione tra diversità. Antropologi, mediatori culturali psicologi e medici si dovevano modulare su teorie, linguaggi ed azioni relativi all'alterità culturale e professionale non ancora sufficientemente scandagliati ed assimilati. Per fare progredire al meglio le potenzialità del lavoro multidisciplinare era, ed è ancora necessario, imparare a esprimere la propria specificità all'interno di un team caratterizzato da una molteplicità di competenze, sviluppando consapevolezza riguardo le risorse che ogni professionalità può dispensare, trasmettere e ricevere dal gruppo.

Al presente, gli ambiti in cui si sono stati costruiti e sperimentati tali dispositivi sono:

- Il servizio richiedenti protezione internazionale, rifugiati e vittime di tortura "Passaggi nei territori di Giano";
- Il servizio di etnopsichiatria clinica "Geografie del corpo";
- I servizio interdisciplinare integrato di patologie della vulva "Oltre lo specchio di Venere";

- La ricerca finalizzata: “Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici”.

L’obiettivo generale è rappresentato dall’armonizzazione dei servizi esistenti, e in costruzione, attraverso un *laboratorio*, luogo multi articolato di riunione, ricerca, formazione e sperimentazione, per la creazione di nuovi modelli d’intervento, in grado di accogliere le complesse domande di aiuto portate dalle persone migranti in ambito socio-sanitario, applicabili su scala nazionale.

Gli obiettivi specifici individuati sono quelli dello sviluppo di una metodologia di accoglienza, di presa in carico e di cura delle persone immigrate. Tali obiettivi s’intendono perseguire attraverso tre principali filoni di attività:

- Individuazione delle principali problematiche della salute integrale delle popolazioni immigrate
- Studio, costruzione e sperimentazione di dispositivi multidisciplinari da adottare nelle attività cliniche, di ricerca e di formazione;
- Orientamento delle diverse attività in un’ottica etnopsichiatrica e transculturale.

PARTE I

LA RICERCA: ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI

Presentazione

Il seguente contributo si inserisce in continuità con l'attività di presentazione e diffusione dei risultati emersi nel corso dell'indagine conoscitiva “*Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici*” effettuata, dal 1 marzo 2005 al 28 febbraio 2007, presso la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano di Roma¹ (*Ricerca Finalizzata* nell'ambito delle iniziative finanziate dall'I.S.S., i cui risultati sono stati già oggetto di presentazione). La ricerca ha coinvolto cittadini immigrati provenienti dalla Nigeria, dall'Etiopia, dall'Eritrea, dalla Romania e dall'Ucraina. Il progetto si è proposto di analizzare, sperimentare e validare un modello di intervento socio-sanitario integrato e ripetibile in cui le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e le organizzazioni sociali e del volontariato collaborino al fine di prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute determinate dalla povertà e dall'emarginazione. Nell'équipe di lavoro multidisciplinare e multiculturale deputata alla realizzazione del dispositivo di analisi, sono stati coinvolti 10 mediatrici linguistico culturali, 2 medici, 1 psicologa.

I quattro aspetti principali che hanno impostato la fase di raccolta dati si possono così sintetizzare:

- Realtà socio-culturale del soggetto migrante;
- Stato psicologico del soggetto migrante;
- Stato di salute-clinico del soggetto migrante;
- Indicatori biologici (lab) del soggetto migrante.

La peculiarità che caratterizza e rende originale il percorso della ricerca è data dalla partecipazione delle mediatrici linguistico culturali a tutte le articolazioni del lavoro effettuato dall'équipe: dalla tessitura della trama alla concretizzazione del dispositivo raccolta dati; dalla costruzione dei protocolli all'organizzazione delle procedure ed alla loro attuazione con i partecipanti volontari; dall'elaborazione dei dati alle riflessioni ed agli approfondimenti di tutte le trattazioni attraversate dall'indagine. Il fattore cardine dell'assunto di predisposizione della ricerca è quello culturale. Intorno ad esso è stato pensato e ordinato tutto il dispositivo dello studio conseguito. Quello culturale non rappresenta un costituente trascurabile nel complesso degli elementi che ruotano intorno ai concetti di salute e malattia, ma al contrario secondo le prospettive del gruppo di lavoro, tale fattore ha un ruolo imperativo nella costruzione del corpo in tutte le sue complessioni e declinazioni che assume nell'interpretazione e nella rappresentazione della malattia e nell'organizzazione di sistemi di cura. A tale proposito, la professionalità dell'antropologo, nella

¹ Per le attività di ricerca condotte dall'Istituto consulta: <http://193.109.105.24/allegatiifo/Comunicati/CarellaStampa09012007/SchedaMedicinaMigrazioni.doc>; 193.109.105.24/allegatiifo/RicercaISG/ScientificReport.pdf; www.caritasroma.it/primopiano/Annuario2006-07/

fase di lavorazione dei dati, ha contribuito in modo decisivo all'analisi ed all'elaborazione delle complesse questioni etnico-culturali emerse nella riflessione intorno all'indagine conoscitiva preliminare.

Nel rilievo attribuito al lavoro di monitoraggio sullo stato di salute delle popolazioni migranti e nell'assunto che il concetto di fragilità rispetto allo stato di salute si ponga come fondamentale tassello tra modelli eziologici derivanti dalle scienze mediche ed un recente utilizzo di modelli di "diagnosi sociale" rispetto al rischio di vulnerabilità, è stata nodale la costruzione della suddetta équipe multidisciplinare nella predisposizione di accurate metodologie di analisi, che hanno incluso con pari dignità differenti profili professionali coinvolti nella attività del Servizio (medici, psicologi e mediatori linguistici-culturali). Si è dispiegato quindi un percorso che affronta con metodologie quali-quantitative le sfide poste dalla complessità di tale domanda di salute che raggiunge il sistema Sanitario.

Nel presente contributo "*Per la costruzione di setting di cura transculturali*" si vuole dare un segnale dell'impegno assunto per la realizzazione di più adeguati percorsi di *caring* nell'ambito dell'ampio processo di integrazione tra culture e risposte. Un segnale di riflessività e di confronto.

Questo primo draft, accompagnato nella sua strutturazione con il coinvolgimento di un profilo di competenze di ricerca sviluppate nell'ambito di attività volte alla realizzazione di Politiche di inclusione sociale, comunitarie e nazionali, potenziato dalla collaborazione tra le differenti professionalità e realizzato con la perseveranza di un trascinate coordinamento, espone gli aspetti metodologici della costruzione del dispositivo di raccolta dati della ricerca e presenta, in molti casi tracciandole semplicemente, alcune delle tematiche prese in esame e che saranno trattate in successivi contributi.

Il Quaderno si rivolge a chi lavora in ambito socio-sanitario tanto nella quotidianità operativa, in campo clinico, quanto nella ricerca e nella programmazione di modelli e strumenti per sostenere progettualità efficaci. L'auspicio è continuare.

1

Attenzioni poste nell'esperienza

Una prima considerazione di ordine complessivo sul percorso intrapreso.

Il lavoro di ricerca è stato costruito con l'intento di perseguire dei risultati che potessero operare attraverso un contributo conoscitivo, un contributo metodologico ed un contributo ai campi di applicazione ed ai processi di lavoro. Si è ritenuto che le matrici "conoscitive, metodologiche e applicative" potessero entrare in risonanza con quelle organizzative e che insieme queste prospettive potessero rappresentare un valore aggiunto dell'approccio speculativo.

Uno degli obiettivi che hanno guidato il percorso intrapreso è stato quello di comporre un dispositivo multidisciplinare capace di analizzare e accogliere la domanda d'aiuto portata dalle persone straniere (cfr. *La matrice organizzativa*).

La consapevolezza della complessità che avrebbe comportato l'elaborazione di un disegno di ricerca ha posto in primo piano l'esigenza di un approccio partecipativo interprofessionale (cfr. *pgr. 1.1*).

Anticipando ed esemplificando alcuni aspetti delle riflessioni teoriche proposte (cfr. *cap.2*), preme sottolineare la scelta di individuare campi caratterizzati dai tentativi di "contaminazione" tra i profili disciplinari coinvolti. Ci si è mossi, quindi, da considerazioni quali:

- dati come le condizioni abitative, la vicinanza o meno dei figli, la situazione di regolarità o irregolarità, il tipo di lavoro e il livello d'istruzione incrociati con i dati della psicologia e della medicina possono essere utili alla costruzione di indicatori di sintesi del rischio per la salute, rispetto ai quali procedere alla messa in atto di programmi di intervento intersettoriali.

- i profili immunologici possono essere letti in relazione tra corpo ed espressione delle emozioni².
(cfr. *pgr 5.2*)

Indagare alcune delle possibili perniciose conseguenze dell'esperienza migratoria sulla salute psicofisica della persona migrante, consegna enfasi agli sviluppi ulteriori della ricerca in merito

² In questa prospettiva sono rilevanti le ricerche che portarono ad individuare una modalità di coping particolare che fu denominata Tipo C, che correlava positivamente con la predisposizione a sviluppare tumori e con un decorso peggiore della malattia tumorale. La ricerca nell'ambito della psiconeuroimmunologia e della neuro mimino modulazione fornisce evidenze che indicano l'effetto dell'espressione emotiva sulla risposta immunitaria

all'osservazione che determinati aspetti socioculturali possono incidere non solo sulle condizioni di salute ma anche nella percezione e nell'atteggiamento delle persone riguardo alla prevenzione.

Inizialmente il gruppo ha aperto una riflessione sulla comparabilità dei sistemi sanitari esistenti nei diversi paesi di provenienza della popolazione raggiunta nella costruzione del campione (cfr. *cap.4*). Questa prima condivisione ha permesso l'approfondimento di aspetti culturali, ed è stata preziosa per la costruzione del gruppo. Inoltre, la conoscenza dei sistemi sanitari può aiutare a capire la modalità di relazionarsi rispetto alla salute, che ogni popolazione è abituata ad avere. La sperimentazione effettuata nella ricerca ci ha evidenziato che sarebbe opportuno uno spazio di maggiore approfondimento, una continuità, in questo senso nella abituale pratica clinica.

Si è voluto dare inoltre importanza alla partecipazione volontaria dei soggetti potenziali beneficiari ultimi del servizio stesso e quindi considerare gli aspetti culturali che possono essere presenti nella percezione di ogni popolazione rispetto alla ricerca in corso (cfr. *cap.4*). e ad un loro coinvolgimento nella riformulazione (continua) dei quadri concettuali di riferimento.

Ai volontari sono state poste domande sulla percezione delle cose che fanno ammalare o stare male. La maggior parte delle donne ha risposto che il motivo di una malattia è, spesso, lo stress subito al lavoro; la maggior parte degli uomini ha, invece, risposto che la causa di un malessere o di una malattia sono le cattive condizioni di vita, la mancanza d'igiene, il mangiar male, l'alcool, il fumo e, secondo alcuni volontari africani, anche "genericamente" i virus.

Riguardo l'indagine sulle possibili dannose conseguenze dell'esperienza migratoria sulla salute psicofisica della persona migrante si è partiti da una riflessione intorno all'esperienza dell'emigrazione (cfr.*cap.4*). Domande relative alla condizione migratoria, volte a raccogliere dati tanto sul vissuto che sulle esperienze, hanno rilevato fatto emergere la grande solitudine delle persone che spesso allargavano la narrazione ed andavano oltre le domande su temi più direttamente circoscritti da interessi sulla "salute", in particolare quando si parlava della famiglia, del percorso migratorio o di un evento importante avvenuto, nella famiglia, in assenza della persona.

Anche in questo campo, numerosi studi empirici e osservazioni cliniche condotti in psicosomatica inducono a considerare la capacità di "regolazione emotiva", di "mentalizzazione" dei vissuti emotivi come fattori strettamente connessi con lo stato di salute. Comprendere le nostre emozioni, dare significato ai nostri vissuti, ci permette infatti di modificare i nostri comportamenti in maniera adattiva, di alimentare la salute e il benessere.

L'attenzione a tali aspetti fa sì che vengano considerati e "presi in carico" anche i sentimenti di perdita ed i sentimenti di speranza ed aspettativa di ricompensa dei soggetti immigrati per il duro

lavoro che si è portati a svolgere, la speranza in un miglioramento delle condizioni economiche, educative, di nuove libertà politiche, sociali, culturali. Emigrare significa, anche, tentare di costruire, nel giro di qualche anno ciò che le persone dei luoghi in cui si migra hanno costruito e trasmesso ai propri discendenti in un arco temporale stemperato su diverse generazioni. Vuol dire pure cercare di acquisire in poco tempo i codici essenziali che guidano e regolano la cultura d'accoglienza e ciò è reso molto difficile dal fatto che per un lungo periodo di tempo l'immigrato decodifica la cultura dell'altro a partire dalle categorie interpretative interne alla propria cultura.

Introduciamo quindi questa ulteriore considerazione: nell'esperienza clinica, la classe dei "sintomi e stati morbosi mal definiti" risulta rilevante e non appare riconducibile a una scarsa qualità clinico diagnostica degli operatori, ma alle difficoltà che caratterizzano il rapporto terapeutico e talora a vincoli relativi alle procedure diagnostiche ed a esami di approfondimento specifici del nostro modo di leggere le forme sintomatologiche che non tengono conto del fatto che ogni cultura ha la propria idea di corpo, di malattia, di salute, di guarigione, di morte,. È ormai confermato da innumerevoli studi di antropologia medica, etnopsichiatria, psichiatria transculturale che i sintomi e la configurazione delle malattie sono il più delle volte legati alle culture di appartenenza e agli schemi di riferimento delle persone che li manifestano. Difatti nella letteratura sono descritte numerose culture-bound syndromes, cioè malattie specifiche di determinate culture che tuttavia, secondo alcuni specialisti, rappresentano solo in minima parte quelle esistenti nella realtà (cfr. *cap.6*). Dunque il modello clinico scientifico del mondo occidentale si scontra con il modello eziologico e con il modo di interpretare i sintomi delle persone provenienti da altre culture e, anche quando vi sia la volontà di comprendere l'altro, sono inevitabili i fraintendimenti e i problemi di decodifica del messaggio del paziente. Le differenze etniche e culturali tra operatori sanitari e pazienti sono una complicità in un rapporto, tra professionista e utente, già difficile per se stesso. Ci si interroga sempre più frequentemente sul disagio che scaturisce dall'entrare in relazione con pazienti provenienti da aree culturali diverse, sulle condizioni che possano facilitare uno scambio, sull'insoddisfazione che può derivare dal non riuscire a soddisfare i suoi bisogni (cfr. *pgr 7.3*). Occorre creare una lingua della malattia che sappia mettere in comune non tanto dei contenuti, quanto piuttosto un atteggiamento: un'apertura in ascolto.

L'ipotesi di fondo è rappresentata quindi dal fatto che l'efficacia dei dispositivi terapeutici sia connessa in primis all'utilizzo di un protocollo clinico che tenga conto di più matrici e che lo "spazio del corpo" rappresenti un luogo di incontro e di scambio culturale per la costruzione di una relazione terapeutica efficace, di un'alleanza terapeutica intesa come rinegoziazione di conoscenze, significati e vissuti della malattia.

In tale direzione, l'esplicitazione di considerazioni sull'utilizzo di alcuni strumenti diagnostici nelle differenti culture (cfr. *pgr. 7.1 e 7.2*), "intercettando" la relazione tra contenuti ed ambiti disciplinari, ha permesso di impegnarsi e confrontarsi in un approfondimento sull'utilizzo di alcuni strumenti diagnostici nelle differenti culture, sollecitando una riflessione metodologica sui dispositivi di raccolta informazioni da poter utilizzare nei colloqui psicologici e nei trias clinici con gli immigrati al fine di una loro riproposizione e replicabilità.

In tale quadro si inserisce l'assunto che la circolazione delle conoscenze debba essere messa al servizio della promozione di una "salute globale" con i suoi sviluppi concreti nella formazione e nell'efficacia della relazione terapeutica.

Altra considerazione è quella che l'esperienza della ricerca partecipativa ha rappresentato un'attività indispensabile tanto per la costruzione del gruppo, quanto per consolidare e orientare prassi operative, stimolando un apprendimento organizzativo del servizio.

Per concludere, si vuole richiamare la testimonianza corale rispetto al fatto che il lavoro di condivisione rappresenta uno degli strumenti fondamentali sul quale un gruppo transdisciplinare si costruisce e si arricchisce e che la promozione di una cultura della multidisciplinarietà fa progredire al meglio le potenzialità del lavoro che si realizza quotidianamente con l'utenza. Il *file rouge* è l'intrecciarsi di pratica e ricerca. Ciò ha comportato un forte investimento personale e professionale sulla ricerca e sulla formazione in sinergia, ovviamente, con il mandato e le strategie precisate dal nuovo assetto organizzativo e l'introduzione della mediazione linguistica culturale (cfr. *cap. 2 - 3 e seguenti*).

1.1 Strategia e fasi della ricerca

Quadro di riepilogo

| Fase | Attività | Contributo disciplinare | output |
|---|--|---|---|
| 1. Costruzione gruppo interdisciplinare | Condivisione mandato | Psicologi Mediatori culturali Medici | elaborazione strategia e percorso di ricerca |
| 2. Traduzione operativa dei profili di indagine | Differenziazione compiti | Mediatori Medici Psicologi | Volantino Consenso informato Costruzione protocolli e schede |
| 3. Operazionalizzazione degli strumenti | | Mediatori culturali | Traduzione degli strumenti |
| 4. Reclutamento della popolazione migrante | Proposta di partecipazione ai pazienti dell'ambulatorio. Proposta realizzata all'interno delle comunità | Mediatori, Psicologi, Medici | Partecipazione volontaria dei soggetti alla costruzione del campione di popolazione |
| 5. I incontro con il volontario | Informazione Consenso informato I Colloquio medico tine test | Mediatore Medico e mediatore | |
| 6. II incontro con il volontario | Prelievo sangue II Colloquio medico Somministrazione scheda socio-culturale, | Infermiere e mediatore Medico e mediatore Mediatore Mediatore operatori accettazione | Raccolta dati Restituzione risultati tine test |
| 7. III incontro con il volontario | III Colloquio medico I colloquio psicologico | Medico e mediatore Psicologo e mediatore | Restituzione analisi mediche Raccolta dati |
| 8. IV incontro con il volontario | II colloquio psicologico | Psicologo e Mediatore | Raccolta dati |
| 9. Costruzione tabelle raccolta dati Redazione dei primi rapporti di ricerca | Codifica dati | Psicologi Mediatori culturali Medici | Preparazione dati |
| 10. Condivisione gruppo di lavoro | Elaborazione draft Redazione Contributi | Psicologi Antropologi Mediatori culturali Medici | Definizione draft |

Le riunioni di coordinamento del Gruppo di lavoro multidisciplinare si sono svolte ogni venerdì, per almeno 5 ore a incontro, lungo tutto il percorso di ricerca, è sono state caratterizzate dalle

condivisioni dei risultati in progress, criticità del percorso, riflessioni intorno al dispositivo di ricerca.

Tanto il confronto operativo quanto una intensa ricerca documentale hanno inoltre accompagnato le riflessioni su metodologie, temi e modelli teorici.

Alcune specificazioni nello sviluppo delle fasi della ricerca:

rif. Fase 1) L'organizzazione del percorso

L'organizzazione del percorso da realizzare all'interno della ricerca (firma consenso informato, prelievo, tine test, colloquio socio-culturale, visita medica, colloquio psicologico) ha perseguito essenzialmente lo scopo di inserire l'aspetto di mediazione linguistico-culturale e la trama di relazioni interprofessionali ed interdisciplinari:

La riflessione sui Sistemi sanitari nei diversi paesi al gruppo. Nella costruzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, la ricerca collaborativa è una attività indispensabile, tanto per la costruzione del gruppo, quanto per orientare il lavoro specifico di ricerca. Rispetto a questa attività inizialmente il gruppo ha avviato una riflessione sulla comparabilità dei sistemi sanitari esistenti nei diversi paesi interessati. La conoscenza dei sistemi sanitari può aiutare a capire la modalità di relazionarsi rispetto alla salute, che ogni popolazione è abituata ad agire.

In diverse giornate è stato esposto da ciascun mediatore il sistema sanitario del proprio paese e in seguito si sono evidenziate rilevanti differenze. Per esempio nel caso dei paesi dell'Est Europeo il punto di riferimento chiaro è la Struttura Ospedaliera dove si risolve il problema nel suo insieme (inclusa la distribuzione dei medicinali prescritti). Questo semplice esempio può fare capire la difficoltà a utilizzare un sistema complesso come quello italiano, che spesso lascia una sensazione di mancanza di presa in carico delle persone e dei loro bisogni. A questo proposito, diversi indicatori che hanno evidenziato che la ricerca ha rappresentato un'occasione di fronte la quale le persone si sono sentite accolte in ogni aspetto, compreso nel concetto allargato di salute. Questo ha corroborato l'idea che il modello d'intervento proposto possieda i requisiti di base necessari affinché possa dimostrarsi adeguato.

La riflessione sui sistemi sanitari propri nelle diverse popolazioni partecipanti, ha permesso di allargare la visione del gruppo favorendo la comprensione dei diversi atteggiamenti e perplessità.

rif. Fase 2.) Il Consenso Informato

Come già specificato nella definizione del percorso, il Consenso Informato è stato realizzato nel seguente modo:

“La selezione dei volontari avviene attraverso un colloquio di accoglienza, durante il quale le persone interessate vengono informate sugli obiettivi e le modalità dello studio: gli incontri iniziali si articolano in due mattinate, nel corso delle quali si procede alla visita medica e alla applicazione del test per la tubercolosi, al prelievo del sangue e alla raccolta delle urine, ai colloqui culturali e psicologici.”

rif. Fase 3). Traduzione degli strumenti utilizzati nella ricerca

Il Volantino. Il volantino è stato concepito per divulgare informazioni di base ed è stato tradotto dai mediatori nelle principali lingue parlate dalle popolazioni in questione in modo che ogni operatore potesse poi ampliare l'informazione nel colloquio con i singoli. È da sottolineare che già nel momento della costruzione degli strumenti, e specificamente nel caso del volantino, si è presentata la difficoltà ad esprimere con giuste parole l'idea di ricerca

Il Consenso Informato. Il consenso informato è stato elaborato dal personale medico e successivamente tradotto dai mediatori nelle principali lingue parlate dalle popolazioni in questione. È stato discusso in particolar modo tanto il titolo della ricerca in cui appariva la parola “soggetti fragili” come la descrizione dei termini che si riferivano all'azione di ricerca.

I test psicologici. In questo caso è stato indispensabile capire l'argomento indagato in modo che la traduzione fosse adeguata e non una semplice traslazione di parole a un'altra lingua.

rif. Fase 4.) Il reclutamento dei Volontari

Modalità di contatto. Nell'individuazione delle modalità programmate per la proposta di partecipazione alla ricerca è stato ritenuto importante considerare gli aspetti culturali che possono essere presenti nella percezione di ogni popolazione rispetto alla ricerca scientifica e pertanto alla propria partecipazione. Il termine ricerca molte volte è interpretato come sperimentazione nella quale i soggetti si considerano come “topi di laboratorio”. Questo dovrebbe costituire un primo elemento di riflessione per poi considerare la modalità di approccio alle persone.

Infatti di non poca problematicità, seppure non diffusa, è stata l'esperienza del lavoro di diffusione realizzato nella comunità Nigeriana nella quale sono stati rilevati, come reazione alla proposta,

alcuni commenti del tipo: “Che è successo, sono finiti i maiali in Italia”, facendo riferimento agli animali di laboratorio. In ogni modo, è importante sottolineare altri elementi che contribuiscono a mutare questa percezione. All’interno di ogni popolazione esistono delle sottoculture legate ai livelli d’istruzione che possono influenzare la visione di una ricerca scientifica.

Le principali modalità avviate per proporre la partecipazione sono state fondamentalmente due:

- PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA AI PAZIENTI DELL’AMBULATORIO
- PROPOSTA REALIZZATA ALL’INTERNO DELLE COMUNITA’

Proposta diretta agli utenti:

Una presenza permanente dei mediatori nella sala d’attesa dell’ambulatorio ha offerto l’occasione di poter illustrare l’esistenza della ricerca. Anche la visita ambulatoriale con il medico della ricerca è stata occasione importante nella quale far conoscere ai volontari i metodi e le finalità della ricerca.

Proposta alle comunità:

L’altra modalità adottata è consistita nell’individuare i possibili luoghi di incontro delle comunità dove informare e invitare le persone alla partecipazione volontaria.

I luoghi di aggregazione spesso sono le chiese. Questo, e il ruolo da leader che la mediatrice culturale della Nigeria ha giocato nella sua comunità, ha determinato un contatto privilegiato con il settore cattolico.

rif. Fase 5) Colloqui socio-culturali per la conoscenza e la raccolta dei dati dei volontari

Il colloquio socio culturale è stato il momento principale nel quale approfondire tanto la situazione sociale delle persone, come gli aspetti culturali indicati nella scheda.

La scheda è stata costruita tenendo conto dei due aspetti: uno più specificamente socio – anagrafico e l’altro centrato su alcuni aspetti culturali rilevanti rispetto alla ricerca. La raccolta dei dati socio – anagrafici ci ha permesso di collocare la persona all’interno del suo percorso migratorio e di rilevare il suo grado d’integrazione nella società italiana.

Gli aspetti culturali sono stati scelti per capire se alcune variabili si differenziassero a seconda della provenienza delle persone. L’appartenenza religiosa e i cambiamenti della sua pratica dati dalla lontananza dai luoghi in cui si realizzava, la possibilità di dare continuità ai momenti di socialità, ma anche gli aspetti legati più direttamente alla salute, come la percezione delle cose che fanno star male, ci hanno permesso di creare una cornice culturale per poter interpretare successivamente le possibili differenze.

La Scheda socio-culturale ha inteso raccogliere:

- 1- dati relativi alle condizioni anagrafiche e sociali delle persone che, in una prospettiva longitudinale della ricerca, permettano di tener conto delle variazioni che possono condizionare lo stato di salute.
- 2- dati relativi ad aspetti culturali da due prospettive differenti: da una parte quelli culturali così come sono concepiti nella società d'origine e che sono radicati profondamente in una cultura; e dall'altra gli aspetti culturali che, con in luoghi diversi assumono caratteristiche inconsuete determinate da fattori di "contaminazione". Questi aspetti culturali possiedono una dimensione temporale che, essendo diversa da quella precedente (forse meno riscontrabile in una prospettiva longitudinale della ricerca a breve termine), permette di rilevare una caratteristica nodale dell'oggetto "cultura": la sua dinamicità che si contrappone ad una visione statica della stessa.

rif. Fase 5) Colloquio medico e analisi cliniche

Prelievo e Tine test. Rispetto al profilo medico sono stati indagati alcuni valori biologici che potrebbero essere messi in relazione con gli aspetti psicologici del migrante partecipante alla ricerca ossia: CD4; risposta ai fitogeni; cortisolo.

rif. Fase 6.) Il colloquio ed il protocollo psicologico

Il protocollo psicologico si è declinato in due incontri :

nel primo si effettuavano

- la presentazione degli aspetti psicologici della ricerca;
- un colloquio clinico con una intervista semi-strutturata per la raccolta dati;
- la somministrazione del test della figura umana;
- la somministrazione del disegno dell'interno del corpo (vedi cap. 2.1)

nel secondo si operava

- la somministrazione della SCID-I;
- della Vignetta C;
- della Loneliness Scale (UCLA);

Gli appuntamenti per i colloqui sono stati presi dai mediatori culturali.

Per non costringere i volontari partecipanti alla ricerca a venire molte volte in ospedale si è stabilito di programmare il primo colloquio psicologico congiuntamente alla visita medica di restituzione dei risultati delle analisi biologiche.

Il secondo colloquio è stato fissato per appuntamento.

La mediazione culturale nei colloqui psicologici. L'inserimento del colloquio psicologico in una ricerca sulla salute ha presentato difficoltà diverse declinate a seconda delle popolazioni di appartenenza.

Il lavoro condiviso con la psicologa ha aiutato a svelare le perplessità e le difficoltà dei partecipanti. Il mediatore culturale è stato considerato parte integrante nel colloquio psicologico, poiché non è stato presente solo quale traduttore da una lingua a un'altra, ma ha giocato un ruolo indispensabile nell'aiutare gli altri professionisti a decodificare gli aspetti culturali emersi nel colloquio.

rif Fase 8) Codifica Dati

Infine è stato elaborato un foglio elettronico che permettesse di organizzare e sistemare i dati raccolti con la scheda socio culturale. Questa azione, apparentemente solo tecnica, ha permesso al gruppo di avere una percezione di insieme della ricerca. In merito all'elaborazione, si sono quindi avviate operazioni di verifica dei modelli di lettura proposti e presentati nel presente Draft. Operazioni che si prestano alla continuità del lavoro di ricerca ed a nuove aperture nel dibattito teorico e nell'indagine scientifica.

La complessità dell'approccio multidisciplinare

2.1 Verso un'ecologia della multidisciplinarietà: dal laboratorio “L'albero delle parole” ai dispositivi di ricerca

La creatività è il processo in grado di produrre idee originali
che hanno un valore, il quale, il più delle volte,
passa attraverso l'interazione di diversi approcci disciplinari.
Sir Ken Robinson

L'inquadramento propone importanti ambiti di “contaminazione disciplinare” sviluppandone le specificità di campo che, volutamente, si collocano nelle dimensioni prese ad analisi nel presente *Draft*.

Nell'attività clinica con lo straniero, ma anche con l'italiano, è imprescindibile considerare la persona nella sua interezza, vale a dire, quale soggetto biologico, psicologico, sociale, culturale, economico e politico. Infatti, il concetto di uomo non va inteso in maniera univoca e fissa, ma come il risultato dell'azione costante di tali interazioni biologiche, psicologiche, sociali e culturali (Morin, 2000). Per comprendere queste interazioni non basta riunire interdisciplinariamente differenti saperi affinché ogni specialista emetta una propria personale opinione su un certo tema. Sebbene costituisca un miglioramento rispetto all'incomunicabilità di saperi, tuttavia l'interdisciplinarietà consiste nell'analisi parziale, e parcellizzata, di due o più specialisti di diverse discipline; ognuna delle quali reclama per sé una specificità “scientifica” che ottiene all'interno dei propri rigidi confini.³ Vale a dire un insieme di opinioni che non si influenzano né retroalimentano reciprocamente. In proposito lo psichiatra tedesco Fritz B. Simon afferma che *quando le opinioni di due persone differiscono in quanto a sapere se la realtà dell'uno si deve descrivere come illusione, o l'illusione dell'altro come realtà, sorge una pericolosa ed esasperante forma di comunicazione*(1998: 135).

All'interno di queste statiche interpretazioni mono-disciplinari, le innumerevoli forme in cui si manifesta la sofferenza umana si leggono attraverso una logica globalizzante, fondata su approcci

³ La scissione scientifica ha contribuito alla frammentazione del concetto di uomo. Basti pensare che il riduttivismo verso l'oggetto e l'oggettivismo del metodo di numerose discipline ha influenzato la nascita di nuove egemonie per il controllo delle società che si definivano semplici, verso le quali si è avuta sia un'attitudine di conservazione per non intaccarne la “purezza”, sia un approccio integrazionista che prevedeva un miglioramento per tali culture locali; miglioramento auspicabile solo in merito al progresso e alla “civiltà” dell'area socio-geografica dell'Occidente.

epistemologici fatti di opposizioni, frammentazioni e dicotomie.⁴ È stata questa postura positivista ad aver tenuto distanti tra loro tanto teoricamente quanto metodologicamente discipline come l'antropologia e la psicologia, configurandole come saperi separati nonostante la condivisione dello stesso soggetto di studio: l'essere umano.

In base a queste scissioni, il senso del male dell'altro, nonché la sua comprensione, è stato oggetto per molto tempo solo dei paradigmi disciplinari e delle loro interpretazioni assolute ed esclusive, infine le uniche che, pensandosi come detentrici della "verità", lo hanno caratterizzato e spesso caratterizzano tuttora unilateralmente. Ben lontano dall'isciversi in questa logica, le molteplici forme e gli altrettanto molteplici contenuti delle malattie costruite e rappresentate dall'uomo nelle sue differenze culturali e sociali si caratterizzano per la loro complessità. La negoziazione di tali significati, e significanti, che assume la sofferenza umana è possibile solo attraverso un approccio teorico-metodologico proveniente da varie discipline, volte alla conformazione di un sapere condiviso: quello multidisciplinare. Questo approccio non mira alla creazione di una nuova e condivisa forma di verità "ultima" (che poi non esiste di per sé), bensì agli scambi di saperi opposti o comunque differenti, all'alleanza tra più figure che incarnano differenti discipline, all'inclusione del dubbio e dell'incertezza come incentivi per generare nuove forme di conoscenza e all'espansione dei suoi limiti. Contestualizzato nel nostro ambito, questo approccio mira alla creazione di una comune strategia - tra psicologo, mediatore culturale e antropologo - volta a definire atti interpretativi e in seguito interventi terapeutici efficaci per saper rispondere a quelle richieste di salute che provengono semplicemente da chi sta male.

In base a quanto menzionato, per la costituzione di un servizio capace di farsi carico della cura della salute di persone che portano domande d'aiuto multiformi ed aliene diventa dunque necessario orientarsi verso un approccio multidisciplinare. Nel caso contrario, non sarebbe possibile far fronte alla complessità - in termini di numero di componenti costitutive - delle questioni portate da tale, multiculturale, tipologia di utenza.

Gli spazi e i tempi condivisi e mediati dellaboratorio transdisciplinare e transculturale "L'albero delle parole"

⁴ Proprio la scissione scientifica ha contribuito alla frammentazione del concetto di uomo; basti pensare che il riduttivismo verso l'oggetto di studio ha contribuito alla nascita di nuove egemonie per il controllo delle società che si definivano semplici, verso le quali si è avuta la doppia attitudine dell'estrema conservazione per non intaccarne la "purezza" e quella integrazionista che prevedeva un miglioramento per tali culture locali; miglioramento che sarebbe avvenuto solo grazie al progresso e alla "civiltà" dell'area socio-geografica dell'Occidente.

Dal 2000 presso la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale del San Gallicano ora INMP è attivo un laboratorio transdisciplinare e interculturale “L’albero delle parole”, concepito con l’obiettivo di costruire dispositivi multidisciplinari da adottare nelle diverse attività cliniche, sociali e di ricerca progettate dall’Istituto e per sviluppare una riflessione epistemologica intorno ai modelli di diagnosi e terapia. L’impegno, tanto affascinante quanto complesso, si predispone soprattutto intorno all’armonizzazione della comunicazione tra diversità. Antropologi, mediatori culturali, psicologi e medici si modulano su teorie, linguaggi ed azioni relativi all’alterità culturale e professionale rappresentando ciascuno la propria specificità all’interno di team animati da poliedriche abilità e competenze, condividendo la consapevolezza delle risorse che ogni specialità può offrire, trasmettere e ricevere dal gruppo.

Il laboratorio si propone di:

- Studiare, costruire e sperimentare **dispositivi multi e transdisciplinari** da adottare nelle attività cliniche, di ricerca e di formazione;
- Armonizzare i servizi INMP già esistenti e in costruzione attraverso un laboratorio, luogo multi - articolato di riunione, ricerca, formazione e sperimentazione per la **creazione di nuovi modelli d’intervento** in grado di accogliere le complesse domande di aiuto portate in ambito socio-sanitario.

Gli ambiti in cui si sono stati costruiti e sperimentati tali dispositivi sono:

1. Il servizio richiedenti protezione internazionale, rifugiati e vittime di tortura ”Passaggi nei territori di Giano”;
2. Il servizio di etnopsichiatria clinica ”Geografie del corpo”;
3. Il servizio interdisciplinare integrato di patologie della vulva “Oltre lo specchio di Venere”;
4. Diverse attività di formazione;
5. La ricerca “Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici” (analisi dell’esperienza);

Nella presente ricerca “L’albero delle parole” ha partecipato alla progettazione e alla realizzazione di un complesso dispositivo multi - articolato, dispiegato lungo le declinazioni delle differenti professionalità coinvolte che, sintonizzate sull’osservazione e l’approfondimento degli “stati” e delle condizioni psico-fisico-sociali delle 5 popolazioni indagate attraverso incontri specialistici in setting multidisciplinari composti da medici, infermieri, psicologici e mediatori linguistico culturali, si sono profuse per consentire ai volontari di riferire intorno alla loro salute e alla loro situazione attraverso i codici della loro cultura di appartenenza e nella loro lingua madre.

Nell'ambito di questa ricerca, la figura dell'antropologo è intervenuta solo nella fase ultima dell'analisi dei dati; ma in questo senso ha anch'egli collaborato interpretando le fenomenologie dei corpi, interrogando i dati e in nome di un relativismo "ben temperato" (Cassano, 2002) contestualizzando le identità che si sono considerate.

Tutti gli operatori della salute coinvolti nella ricerca hanno tentato di non far "stendere nessuno sul letto di Procuste", famoso brigante della mitologia greca che aggrediva i viaggiatori e li costringeva a stendersi sul suo letto, stirando poi le membra dei piccoli e tagliando quelle degli alti di statura per adattarli alle dimensioni del letto in questione. Nei casi incontrati ci si è adattati, senza tagliare o stirare corpi socio-culturali di nessun genere, senza universalizzare o pretendere di uniformare le reciproche ricchezze che prendono forma proprio a partire dalle mutue diversità.

Proposizioni nella costruzione del dispositivo e del protocollo di raccolta dei dati psicologici

La disposizione delle procedure, delle metodologie e degli strumenti per la raccolta d'informazioni psicologiche si è sviluppata attraverso:

- L'integrazione di elementi appartenenti a due differenti approcci per la diagnosi e la ricerca intorno i disordini psichici:
 - quello ad orientamento *etnopsichiatrico* di matrice Europea;
 - quello del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali *DSM-IV* di matrice statunitense;
- L'approfondimento di argomenti della *psiconeuroimmunologia* che rilevano evidenze circa l'effetto dell'espressione emotiva sulla risposta immunitaria;
- L'analisi di alcuni aspetti psicodinamici legati all'immigrazione;
- Il vaglio di dispositivi psicodiagnostici;
- La ricognizione di strumenti di osservazione che operano attraverso le *rappresentazioni del corpo*.

Testualizzando e contestualizzando la metodologia

L'**etnopsichiatria** è uno dei primi modelli clinici concepiti per l'intervento psicoterapeutico con gli immigrati. Proposta negli anni Ottanta da Tobie Nathan⁵ come sviluppo dell'impianto teorico

⁵ Tobie Nathan insegna Psicologia clinica e psicopatologia all'Università di Parigi VIII, ateneo in cui dirige il "Centre Georges Devereux", istituito per dare aiuto psicologico alle famiglie immigrate.

formulato negli anni Settanta dal suo maestro Georges Devereux⁶ l'etnopsichiatria, a tutt'oggi, rappresenta uno dei più interessanti metodi di trattamento concepiti in questo ambito.

I tre termini *etno*, *psichè* e *iatria* che ne compongono il costrutto vengono interpretati in tal modo:

- *La dizione “etno”, dal greco etnos, designa la tribù, la stirpe, la famiglia, ma anche la provincia, il territorio e indica la dimensione locale, particolare di una parte rispetto ad un tutto, sottolinea l’approccio clinico sul collettivo e sul gruppo,⁷ e «funziona come marcatore della differenza culturale che costituisce anche la chiave di accesso privilegiata alle peculiari dimensioni storiche e mitiche da cui originano ed entro cui vivono i pazienti» (Inglese 2001, p. 68);*
- *Psichè equivale a soffio, respiro, vita, spirito, anima e sottolinea l’attenzione alla storia psicologica del singolo. Il termine non coincide meccanicamente con l’apparato psichico di Freud, ma è un concetto intermedio che riconosce l’esistenza, nei più diversi contesti culturali, di un principio impalpabile che rende umano l’individuo, una sorta di “soffio” vivificante che può arrivare a coincidere con l’anima, intesa come parte immarcescibile della persona che va incontro a infinite trasformazioni di stato rimanendo all’interno del corpo, dislocata nei suoi organi nobili o a esso sopravvivendo distribuendosi nel mondo ambiente, nel cosmo, nell’aldilà (Inglese 2001, p. 69).;*
- *Iatrèia, che vuol dire cura medica, in quest’accezione specifica assume una funzione sociale essenziale rivolta al trattamento delle persone e alla soluzione di problemi di adattamento degli individui nelle proprie nicchie sociali, e indica l’arte di prendersi cura in senso più ampio inglobando modi differenti di guarire non necessariamente coincidenti con quelli praticati da coloro che hanno un titolo medico o psicologico conferito da una formazione universitaria⁸.*

L'etnopsichiatria è definita come:

- «Un pensiero psicologico che ha deliberatamente deciso di considerare le persone, il loro funzionamento psicologico individuale, le modalità delle loro interazioni a partire dai loro attaccamenti – attaccamenti multipli a lingue, a luoghi, a divinità, ad antenati, a modi di fare» (Nathan, 2003, p. 49).

⁶ Etnologo e psicoanalista transilvano, vissuto in Ungheria ed emigrato in Francia, caposcuola del pensiero teorico dell'etnopsichiatria.

⁷ Coppo, 1996, p. 9; Sironi 2001, p. 83.

⁸ Inglese 2001, p. 69; Sironi 2001, p. 83.

- «Il nome di una pratica clinica, di un modo di fare terapia e di una disciplina che tiene conto non solo della storia individuale, ma anche della storia collettiva del paziente, della sua appartenenza a vari gruppi: culturale, etnico, sociale, religioso, politico» (Sironi 2001, p. 83);

L'etnopsichiatria configurata da Tobie Nathan si può considerare come uno sviluppo della psicologia clinica caratterizzato dall'abilità di stabilire, sia nel corso del colloquio sia nell'analisi multidisciplinare e multiculturale del problema portato dal paziente, dei legami dinamici tra le sue modalità relazionali, il suo modo di rappresentare la sofferenza, la sua cultura specifica e le altre culture incarnate, nel dispositivo psicoterapeutico, da persone di diversa origine e professionalità. Tali persone sono principalmente psicoterapeuti, antropologi e mediatori linguistico culturali, ma si possono includere altre genti, come ad esempio parenti e amici del paziente o ulteriori professionalità. L'etnopsichiatria si qualifica quindi come una disciplina multidisciplinare che cerca di comprendere i significati e i codici che concernono la psicopatologia (il normale e il patologico) relativi alle appartenenze del paziente con il proposito di costruire un intervento clinico sincretizzato ossia che incorpori, nelle elaborazioni diagnostiche - terapeutiche sviluppate durante il processo di cura, pratiche specialistiche ascrivibili ai diversi universi teorici convocati nei colloqui. A tal fine, il setting clinico etnopsichiatrico è configurato in modo da permettere da una parte la ricostruzione dei riferimenti culturali del paziente (la lingua, le teorie implicite, le logiche interattive, i modi di fare ecc. del suo sistema culturale), dall'altra di passare incessantemente da un'area culturale all'altra alternando una molteplicità di universi teorici. Essendo pluriteorico, tale dispositivo non dipende da nessun concetto teorico ampio e può quindi essere sottoposto ad analisi dettagliate dei processi, generalmente in termini logico-formali (Nathan, 1996:56-57).

Gli operatori dell'etnopsichiatria

Gli psicoterapeuti. Il terapeuta che opera un intervento clinico in un dispositivo etnopsichiatrico davanti ad una richiesta di aiuto psicologico dovrebbe cominciare ponendosi una domanda fondamentale, ovvero: «a partire da quale sistema di pensiero riuscirò a stabilire dei legami nel funzionamento psichico di questo paziente?» (Nathan, 1996, p. 43). Nel percorso terapeutico, quindi, attività importante è la messa a fuoco di una possibile coesione fra evento psicopatologico e pensiero teorico che lo interpreta (Nathan, 1990, p. 115). Nel setting transdisciplinare dell'etnopsichiatria clinica praticata presso l'INMP lo psicoterapeuta ha il ruolo di conduttore del colloquio clinico e tale funzione la esercita con il principio delle pari autorevolezze degli altri specialisti partecipi del dispositivo di cura. Nella conduzione ha il compito di facilitare l'espressione dei diversi ambiti di competenza affinché i differenti universi teorici emergano

producendo lo sviluppo dei processi diagnostico-terapeutici. Le professionalità antropologiche e di mediazione culturale hanno una funzione nodale nell'indagine del sistema, o meglio dei sistemi di pensiero che caratterizzano il paziente. E anche lo stesso paziente perde la sua posizione di oggetto e diviene un collaboratore di una ricerca comune intorno ai dispositivi che a partire dalla sua nascita lo hanno "edificato". Infine, è interessante sottolineare che per lo psicologo «ciò che in materia di psicoterapia potrebbe divenire l'oggetto di una teoria *finalmente scientifica* è proprio il dispositivo terapeutico stesso. Più esattamente: i diversi dispositivi capaci di produrre una trasformazione *radicale, profonda, duratura* – i soli "esseri" in quest'ambito che potrebbero non essere influenzati dalla pratica di chi li osserva» (Pichot, Nathan, 1998, p. 70).

La conseguenza di tale modo di praticare la psicoterapia si rivela interessante per varie ragioni.

- *In primo luogo conduce a ripensare insieme al paziente sia la sua sofferenza sia le teorie che l'hanno contenuta, costruita, elaborata...*

Ripartire la logica dell'etnopsichiatria a ogni paziente, qualunque sia la sua origine, induce a pensarlo, sempre, al centro di un dispositivo tecnico preesistente al suo incontro con il terapeuta. Questa formulazione rivela un altro aspetto importante dell'etnopsichiatria, ossia che la disciplina impegna il terapeuta a non considerare mai un disturbo come naturale ma sempre come "costruito" da determinati professionisti⁹. Per tale ragione, il paziente, promosso informatore, è invitato a discutere con il terapeuta le osservazioni emerse, ad argomentare le ipotesi formulate, a condividere la responsabilità del trattamento da quel momento elaborato in comune. «Così concepita, l'etnopsichiatria genera in modo naturale un'etica poiché essa non ne subisce le regole come una costrizione –l'obbligo della condivisione, la costruzione della "verità" nel corso di un dialogo contraddittorio fanno parte dei suoi postulati teorici e quindi tecnici» (Pichot, Nathan, 1998, pp. 82-83).

- *Sottolinea che non è più necessaria la preservazione di un rapporto psicoterapico duale, segreto, in quanto non si tratta più di elaborare una "sedicente" parte nascosta della persona, ma l'intervento prevede che la persona stessa esplori un dispositivo pubblico immaginato e istituito dal gruppo a cui appartiene.*

Questa prospettiva comporta che i familiari e gli amici del paziente possano partecipare al dispositivo tecnico come indispensabili informatori e preziosi ausiliari terapeutici. In tal modo non sarebbero più gli individui ad essere interessati al paziente ma le varie forme di collettività. Per

⁹ Per chiarire questo passo Nathan riporta un esempio: «prima di Freud, l'omosessualità poteva essere considerata solo come una cattiva condotta; dopo di lui, come un disordine strutturale. Prima di lui, l'omosessualità era un comportamento, accettabile o meno, giustificabile o criticabile; essa non definiva un gruppo "naturale" di persone: Freud ha fabbricato l'omosessualità» (Pichot, Nathan, 1998, p. 82).

Nathan questa concezione ha per conseguenza che non vi sarebbe più la necessità di «preconizzare una psichiatria “comunitaria”, essa si imporrà di fatto - la comunità non si decreta, si vive condividendo degli interessi! Se il gruppo ha interesse a questa forma di psichiatria vi parteciperà spontaneamente. Ma se, al contrario, sono solo i professionisti ad interessarsene il gruppo abbandonerà loro il malato come un paria¹⁰. La prospettiva che propongo permette ai meccanismi di solidarietà di imporsi come nella vita quotidiana e non di essere imposti dal di fuori per motivi di ordine morale» (Pichot, Nathan, 1998, pp. 83-84).

- *Inoltre, come già evidenziato, non si avrà più bisogno di pensare la verità di una persona nascosta nella sua parte inconscia, una parte che il soggetto stesso ignora. Si tratterà, piuttosto, di smontare la “fabbricazione”, opera di professionisti.*

Questa componente delle teorie nathaniane evidenzia alcuni argomenti dell'orientamento etnopsichiatrico che possono sembrare dubbi o “non scientifici”; ad esempio, quelli che orbitano intorno alle entità non umane. Tali argomenti sono piuttosto complessi e, solo per introdurli, sarebbero necessarie molte parole. Tuttavia è importante considerare che nel pensiero etnopsichiatrico «rimpiazzare le teorie dell'“anima” con i discorsi tecnici che hanno concretamente organizzato il pensiero sul malato permette di dare intenzionalità alle forze nascoste che agiscono la persona» (Pichot, Nathan, 1998, p. 84).

Tale procedimento tutela il paziente. Per illustrare questo punto Nathan adotta la metafora giuridica, osservando come nel diritto appaia consueto considerare che la verità risieda nello sviluppo retorico e contraddittorio di una discussione professionale tra avvocati e procuratore e che questa modalità di pensiero si possa trasporre in psicopatologia. Per farlo bisognerà imparare a pensare che la verità di un disturbo risieda, forse, anche nella discussione contraddittoria dei diversi modi di pensare il paziente. Dovrebbe essere la capacità di produrre contraddizioni a permettere, a chi è sottoposto a giudizio, di preservare la propria libertà. «Si potrà facilmente immaginare che un sistema terapeutico siffatto, capace di cercare la verità del disordine di un soggetto in una discussione contraddittoria dei dispositivi tecnici manipolati da rappresentanti autorizzati, permetterà meglio di preservare l'integrità del paziente» (Pichot, Nathan, 1998, pp. 84-85).

- *Infine, se si accoglie questa visione, uno psicopatologo non sarà più il veggente che instancabilmente dissotterra le disgrazie nascoste nel segreto dei destini strutturali o biologici. Ma si affermerà in ciò che dovrebbe essere «un demiurgo, che ripopola il mondo di nuovi esseri concettuali, di nuovi oggetti terapeutici – di feticci» (Pichot, Nathan, 1998, p. 85).*

¹⁰ «Michel Foucault, in *Storia della follia*, ha ben descritto l'abbandono dei malati ai professionisti, ha però ommesso di segnalare che ciò derivava da una nuova teoria della follia che non riguardava più la comunità ma la persona» (Pichot, Nathan, 1998, pp. 83-84).

«L'etnopsichiatria non consiste – non è mai consistita - nella promozione di tecniche “tradizionali” presso pazienti migranti; proprio al contrario, essa è la pratica della diplomazia nell'universo della psichiatria, è un modo di procedere che suggerisce di “approfittare” della presenza dei migranti per proporre una psicoterapia che rispetti i principi minimi della democrazia, e in particolare l'introduzione del contraddittorio nell'ambito stesso del dispositivo terapeutico» (Nathan, 2001, in Nathan, 2003 p. 77).

Partendo da questa premessa possiamo continuare avendo presente che il paziente immigrato è sempre immerso all'interno di almeno due mondi: quello di appartenenza culturale, attorno al quale opera la sua struttura psicofisica, e quello del paese ospite. Per questa ragione, nell'esercizio della psicoterapia con lo straniero, è importante approntare un setting capace di evocare un ambiente oggettuale in grado di garantire il suo senso di identità psichica e culturale.

Per fare ciò sarebbe necessario costruire un quadro relazionale ispirato al rispetto dei suoi:

- *esseri invisibili: geni, spiriti, divinità, antenati;*
- *modi di fare: lingua originaria, alleanze familiari, intermediatori tradizionali, riti;*
- *dottori: guaritori tradizionali;*
- *oggetti di culto: amuleti, feticci (Inglese, in Nathan, 1996a, p. 13).*

Secondo Tobie Nathan, il dispositivo ideale per l'etnopsichiatria psicoterapica dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- *la multidisciplinarietà;*
- *la conduzione messa in atto da uno psicoterapeuta con le abilità necessarie alla gestione di un gruppo rappresentato da cotante alterità.*

Ma soprattutto dovrebbe svolgere:

- *Funzioni statiche:*
 - *per la sua similitudine con le pratiche “tradizionali”, un tale gruppo costituisce un contesto “a metà strada”, “nel mezzo”, “ibrido”, adatto a fornire un contenitore alla sofferenza di pazienti che si trovano sempre, chi più chi meno, in situazioni di acculturazione;*
 - *il gruppo media la relazione fra lo psicoterapeuta conduttore e il paziente lasciando che le eziologie “tradizionali” si dispieghino sino all'evocazione della vita privata e profonda del soggetto¹¹ (Nathan, 1996a, p. 50).*
- *Funzioni dinamiche:*

¹¹ Per Nathan non si può comprendere nulla sul funzionamento delle eziologie tradizionali se non si tiene conto del fatto che esse sono formulabili solo in gruppo e sempre in modo interrogativo (Nathan, 1996a, p. 50).

- il gruppo innesta un discorso sul paziente che dà luogo ad uno sviluppo caleidoscopico delle interpretazioni senza che questo rimanga incastrato in una rappresentazione univoca (di tipo diagnostico);
- per ogni situazione clinica presa in esame, il gruppo assicura una funzione di sostegno psichico e culturale. Permette infatti la circolazione di eziologie apparentemente irrazionali senza umiliare il paziente e senza costringere il terapeuta alla condiscendenza;
- il gruppo, essendo un oggetto attivo, ha la capacità di decostruire, attraverso una sorta di bombardamento semantico di grande valore affettivo, la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo. «Tutto accade, in un certo senso, come se ogni coterapeuta si impossessasse di un frammento della problematica del paziente e lo elaborasse per proprio conto davanti a lui. Quando infine il terapeuta principale enuncia la sua proposta, il paziente si vede presentare una nuova riorganizzazione dei suoi elementi, strutturati a partire dall'esperienza vissuta in gruppo» (Nathan, 1996a, p. 53).

Gli antropologi.

L'antropologo non possiede a priori una conoscenza olistica su tutte le culture umane, ma fruisce di un proprio rigoroso bagaglio costruito in base all'esperienza sia empirica (il campo è *la condicio sine qua non*) sia teorico-metodologica, che lo capacita a un approccio etnosemantico per essere in grado di confrontarsi e di interrogare il soggetto di studio considerato, senza mai smettere di discutere i propri parametri e codici socio-culturali.

Nell'ambito del dispositivo etnoclinico questo bagaglio teorico-metodologico viene continuamente elaborato nel *setting* multidisciplinare con gli psicologi e i mediatori culturali: attori-agenti attraverso la cui alleanza si determina lo spazio di ascolto e quello di cura.

Muovendosi prudentemente nei racconti di vita di chi è alla ricerca di cura, ma anche di un senso della propria sofferenza, l'antropologo attraverso un'oculata etnografia esplora e interroga le tecniche e i sistemi eziologici dell'immigrato, riconoscendone il potere terapeutico. Nell'ambito dell'alleanza stabilita con gli psicologi e i mediatori culturali si abdica la violenza del lessico psicopatologico che riduce e nega la pertinenza di segni e simboli del male e della malattia che non si iscrivono in esso. Ci si trova così di fronte, come dice Beneduce (2007), a psicologie altre, con un proprio linguaggio e propri modelli esplicativi. Tramite l'approccio antropologico si cerca di comprendere questi codici di significazione "altri" nelle forme e contenuti espressi da chi

manifesta la sofferenza al fine di instaurare anche un processo di riconoscimento e di legittimità dell'altro.

La realizzazione di un *setting* scevro da ogni imposizione linguistica e concettuale, inoltre basato sull'ascolto e sulla comprensione della diversità, è dunque necessario poiché l'intento dell'etnopsichiatria, della clinica della migrazione è quello di rispondere a un bisogno di salute, in qualsiasi forma essa si manifesti.

I mediatori culturali

Per operare all'interno di un setting etnopsichiatrico sarebbe necessaria la professionalità di mediatori culturali con competenze psicologiche. In Italia sono pochissimi i mediatori laureati in psicologia. Si è tuttavia deciso di operare, in ogni caso, con loro, sebbene "non addottorati" in ambito psicologico.

Tra gli elementi dell'orientamento etnopsichiatrico pertinenti la ricerca è stato dunque possibile inserire essenzialmente l'aspetto di mediazione linguistico-culturale.

Fra i riferimenti culturali del paziente presenti nello spazio della seduta d'etnopsichiatria quello della lingua è uno dei più importanti perché:

- *rappresenta una forma specifica del sistema culturale della persona; «La lingua è tipicamente la "cosa" che può essere fabbricata soltanto da un gruppo. Sono i locatori a produrre la lingua tutti i giorni – qualsiasi locatore è infatti in grado di modificare durevolmente un termine, un'espressione, una pronuncia, una regola di sintassi, a condizione che questa modifica sia in seguito adottata dal gruppo. "E poiché è evidente che la lingua è uno dei sistemi che contribuiscono più fortemente alla strutturazione dell'individuo, se ne può concludere che il gruppo fabbrica una cosa che, in seguito, fabbrica a uno a uno gli individui del gruppo" »(Nathan 2000 in Nathan, 2003: 75);*
- *l'approccio etnopsichiatrico cerca di porre al centro non già "il malato" bensì gli oggetti che la persona porta con sé, ed uno di questi è proprio la lingua.¹² La lingua, considerata come cosa che gli uomini fabbricano insieme agli altri, acquisisce una valenza diversa da quella della sola comunicazione. Si trasforma in un oggetto da sviscerare nella sua etimologia, nei suoi paragoni con altre lingue, nella varietà dei significati che acquisisce la stessa parola quando la si*

¹² "... [sebbene] l'uomo è ovunque lo stesso [...], in compenso gli oggetti fabbricati da diversi gruppi umani sono diversi. La differenza che vale la pena studiare si trova negli oggetti, nelle cose, non (è ovvio) negli umani. E' importante tenere a mente che quando parlo di "cose", si tratta di oggetti fabbricati dai collettivi e non dagli individui, sia pure riuniti in gruppi. Esempi di cose come io l'intendo: le lingue, i sistemi di cura, le tecniche di divinazione o le fabbricazione di feticci" Nathan, 2003

immerge nella storia e nella esperienza delle popolazioni. Quindi, l'importanza dell'utilizzo della lingua madre non solo come modalità di comunicazione, ma come il principale oggetto di studio è uno degli aspetti significativi della mediazione in etnopsichiatria.

- *Possiede il potere di evocare l'universo fisico, affettivo, conoscitivo ed esperienziale della persona. Questo universo è lo sfondo strutturale in cui è contenuta la sua esistenza e quella del suo gruppo di appartenenza;*
- *Intorno ad essa si costruisce spontaneamente il pensiero della persona, si determina il suo senso di appartenenza e si configurano le sue possibilità di scambio sociale all'interno del suo gruppo (Inglese in Nathan 1996a:13; Nathan, 1996a:49)*

Inoltre, nel dispositivo clinico etnopsichiatrico la lingua:

- *Assegna alla persona una posizione differenziata rispetto a coloro che non appartengono allo stesso campo linguistico;*
- *La traduzione e la circolazione delle diverse lingue parlate da ciascun partecipante nell'interazione grupale stabiliscono implicitamente una relazione di comunicazione e di scambio con l'alterità culturale e psicologica;*
- *Diventa un'induzione deputata ad aprire la prospettiva del legame e della mediazione tra mondi culturali diversi e tra dimensioni diverse di uno stesso mondo culturale;*
- *Infine, attraverso la lingua vengono veicolate le eziologie tradizionali portate dai mediatori presenti alla seduta.*

I mediatori che hanno partecipato alla ricerca non sono semplici esperti della lingua madre, anche perché nessun mediatore è un “esperto naturale”¹³ della propria lingua, per quanto paradossale questo possa sembrare. Essi sono soprattutto negoziatori di senso, ma anche attori del senso stesso, perché agiscono inevitabilmente su di esso, mediandolo e modificandolo in base alle proprie personali categorie, ma anche innescando dinamiche, reazioni, azioni. È importante riflettere sul fatto che tali azioni dinamiche non si innescano solo tra il richiedente aiuto e il mediatore, ma tra e con gli altri operatori del *setting*, la psicologa e l'antropologa.

Ibañez sosteneva che la misurazione altera, inevitabilmente, ciò che misura. L'osservazione non parte da un solo sguardo, ma da una reciprocità degli stessi. Quando questo sguardo osservatore (e a sua volta spesso inconsapevole di essere osservato) si posa sui corpi, e ancor più sulle parole e interagisce con esse, attiva inevitabilmente una serie di processi di trasformazione sia in sé stesso, sia nel proprio interlocutore.

¹³ Prendo in prestito questa accezione da Beneduce 2007.

I mediatori, oltre alla loro azione di generatori di trasformazione all'interno del setting etnoclinico, sono inoltre portatori d'innomerevoli conoscenze culturali concernenti la propria popolazione di provenienza come:

- *cultura di appartenenza;*
- *società di provenienza;*
- *problemi economici, politici, sociali, ecc. del paese del volontario;*
- *conoscenza dei sistemi sanitario, giuridico, scolastico, politico, economico, sociale, relazionale, culturale ecc. del paese ospite;*
- *conoscenza degli stessi sistemi nel proprio paese;*
- *conoscenza delle strutture familiari della cultura del volontario;*
- *conoscenza del sistema relazionale della cultura del volontario;*
- *conoscenza del sistema di pensiero della cultura del volontario;*
- *conoscenza dei disturbi tradizionalmente riconosciuti nel mondo culturale del volontario;*
- *conoscenza delle condizioni in cui versano gli immigrati della stessa provenienza del volontario a Roma;*
- *conoscenza dell'esperienza dell'emigrazione, ecc;*

Indubbiamente è stato necessario che il mediatore culturale comprendesse ciò che si faceva all'interno del setting psicologico della ricerca. Così uno degli obiettivi prefissati è stato quello di stimolare in corso d'opera, nei mediatori coinvolti, lo sviluppo di particolari disposizioni come:

- *consapevolezza del patrimonio di conoscenze inerenti la propria cultura di appartenenza;*
- *passione per la ricerca delle specificità dei sistemi ufficiali e non di diagnosi e cura della propria cultura;*
- *propensione ad identificare "il senso del male" portato, nel setting, dalle persone della propria etnia e rivelato dal loro peculiare modo di ordinare ed esprimere la sofferenza;*
- *destrezza a far comprendere il disagio espresso dal proprio conterraneo all'operatore con cui si esercita la funzione di mediazione culturale;*
- *auto osservazione della gestione delle proprie emozioni davanti ad un immigrato in difficoltà;*
- *perizia nel discernere ciò che appartiene al proprio vissuto da ciò che appartiene alla persona con cui si professa la mediazione;*
- *modalità e strategie d'intervento all'interno di un setting etnopsichiatrico (Tumiati, 2008);*

Le categorie diagnostiche condivise dalla comunità scientifica internazionale

La scelta di integrare nella costruzione del protocollo di ricerca elementi appartenenti al **DSM-IV** è stata data dal fatto che il prontuario statunitense per i disturbi mentali è adottato dalla maggior parte degli operatori della salute mentale della medicina ufficiale e veicola un linguaggio noto a tutta la comunità scientifica (vedi cap. 6). In aggiunta a ciò vi sono stati motivi legati alla difficoltà incontrata nell'identificare uno strumento diagnostico applicabile a tutte le popolazioni straniere, strumento infine individuato nella SCID-I, le Interviste Cliniche Strutturate per i Disturbi dell'Asse I del DSM-IV (vedi § 7.1).

Il Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM), concepito negli USA dall'American psychiatric Association (APA) nel 1952, rappresenta, nonostante alcuni suoi aspetti discutibili, il punto di riferimento diagnostico per gli psichiatri di tutti i paesi del mondo. Nell'edizione del DSM-IV (1994-95) è stata introdotta un'appendice, la I, che riporta le Culture Bounds Syndromes (vedi § 7.1), dove sono state delineate delle linee guida per la formulazione dei casi clinici di persone appartenenti ad altre culture. Nel libro "Psichiatria culturale: un'introduzione" pubblicato dall'APA nel 2004, viene suggerito un prospetto, basato su specifiche variabili culturali e sull'applicazione delle linee guida del DSM-IV-TR, per la formulazione dei casi clinici con lo straniero.

Le variabili culturali ivi contemplate che si propongono ad una considerazione trasversale anche alle scienze mediche sono:

- *l'identità etnica;*
- *la razza;*
- *il sesso e l'orientamento sessuale;*
- *l'età;*
- *la religione;*
- *la migrazione;*
- *lo status socioeconomico;*
- *l'acculturazione;*
- *la lingua;*
- *la dieta;*
- *l'istruzione (APA, 2004).*

La visitazione di tali variabili «si propone di mettere in luce ruoli e funzioni, sia positivi sia negativi, nel comportamento sano e malato, nell'espressione dei sintomi, nei modelli esplicativi, nelle cause dello stress e nei sistemi locali» (APA, 2004:VII) in modo da indurre il clinico a vagliare gli elementi che possono influenzare la diagnosi e il trattamento.

Nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR vengono proposti quattro temi principali, e soprattutto una valutazione globale del paziente, per la formulazione culturale del caso. Questi sono:

- *Identità culturale del soggetto*

che si rileva con questo procedimento: «Registrare i gruppi di riferimento etnici o culturali del soggetto. Per gli immigrati e le minoranze etniche, registrare separatamente il grado di coinvolgimento rispettivamente nella cultura di origine e nella cultura ospite (quando possibile). Registrare anche le capacità, abitudini, e preferenze linguistiche (compreso il multilinguismo)» (DSM-IV 1996:917).

- *Spiegazione culturale della malattia del soggetto*

che si effettua con questo procedimento: «Possono essere individuati i seguenti elementi: i principali linguaggi del disagio attraverso i quali vengono comunicati i sintomi o il bisogno di supporto sociale (per es. "nervi", possessione da parte di spiriti, lamentele somatiche, sfortuna inspiegabile), il significato e la percezione della gravità dei sintomi del soggetto in relazione alle norme del gruppo di riferimento culturale, le categorie patologiche locali usate dalla famiglia e dalla comunità del soggetto per designare la condizione, le cause ipotetiche o i modelli esplicativi che il soggetto e il gruppo di riferimento usano per spiegare la malattia, le preferenze attuali e le esperienze avute in passato con i medici o con le pratiche di cura alternative» (DSM-IV 1996:917-918).

- *Fattori culturali collegati all'ambiente psico-sociale e ai livelli di funzionamento*

che si rilevano con questo procedimento: «Registrare le interpretazioni culturalmente significative dei fattori sociali di stress, le forme di supporto sociale disponibili, e i livelli di funzionamento e di compromissione. Vanno inclusi i motivi di stress nell'ambiente sociale locale, e il ruolo della religione e delle reti di parenti nel fornire supporto emozionale, strumentale, e informativo » (DSM-IV 1996:918).

- *Elementi culturali della relazione tra il paziente e il medico*

che si osservano con questo procedimento: «Indicare le differenze di cultura e di stato sociale tra il paziente e il medico e i problemi che queste differenze possono causare riguardo alla diagnosi e al trattamento (per es. le difficoltà a comunicare nella lingua madre del paziente, nel farsi esporre i sintomi o nel comprendere il loro significato culturale, nel concordare una modalità appropriata di relazione o un certo grado di confidenza, nel determinare se un certo comportamento è normale o patologico) » (DSM-IV 1996:918).

- *Valutazione culturale globale ai fini della diagnosi e del trattamento*

che si stabilisce nel modo seguente: «L'inquadramento va concluso valutando quanto le considerazioni di carattere culturale possono specificamente influenzare il giudizio diagnostico e il programma di cura. » (DSM-IV 1996:918).

Le linee guida richieste per la formulazione dei casi clinici di persone appartenenti ad altre culture proposte dal DSM-IV-TR sono state distribuite ed integrate, a seconda dei contenuti, nei protocolli psicologico, socio-culturale e medico. Le informazioni sull'identità etnica, l'età, la religione, la migrazione, lo status socio economico, la lingua e l'istruzione sono state raccolte dalle mediatrici linguistico culturali; quelle riguardanti la dieta dal medico; le altre dalle psicologhe.

La cartella clinico – psicologica è stata strutturata con:

- Uno spazio aperto alla narrazione dello stato, dei vissuti e del modo di essere e stare nel mondo del volontario. In tale spazio si avviava l'osservazione degli elementi culturali della relazione tra il medico e il paziente;
- Una sezione dedicata all'anamnesi fisiologica, all'infanzia, all'adolescenza, alle famiglie genitoriali e attuali, alla sessualità e alle relazioni affettive, ai recenti cambiamenti di vita. In quest'ambito si approfondivano l'identità culturale del volontario ed i fattori culturali collegati all'ambiente psico-sociale;

Tra le aree d'osservazione si:

- Indagavano eventuali, precedenti o attuali, disturbi psicologici ed i modi in cui erano stati affrontati sia attraverso i sistemi di cura tradizionali che quelli ufficiali, la spiegazione culturale della malattia del volontario;
- Approfondivano gli aspetti psicodinamici dell'immigrazione a partire dalle risposte alle seguenti domande: Quali sono i desideri con cui è partita-o dal suo paese? Quali sono i suoi desideri attuali? Quali erano le sue paure quando è partita-o dal suo paese? Quali sono le sue paure attuali? A che cosa dava e dà valore? A quali risorse (psicologiche: cognitive, affettive, comportamentali, compresi i processi di regolazione degli affetti) fa appello quando cerca di soddisfare i suoi desideri nel contesto ambientale in cui vive?
- Esploravano le modalità relazionali dei volontari con la famiglia genitoriale, allargata e nucleare per analizzare gli aspetti psico-culturali di tali rapporti ed eventuali conseguenze;
- Raccoglievano dati per approfondimenti legati alla rete relazionale e di sostegno di cui fruisce il volontario nel nostro Paese;
- Sondavano il rapporto del volontario con le proprie emozioni;

- Rilevavano gli indicatori della comunicazione (verbali, non verbali e paraverbali) per cercare anche in questi aspetti che potrebbero essere infusi dalle culture di appartenenza delle popolazioni osservate.

Gli strumenti psicodiagnostici

La scelta di un formulario psicodiagnostico somministrabile a persone provenienti da differenti culture si è rivelata abbastanza complessa visto che non esistono (e forse non possono esistere) strumenti veramente predisposti per tutte le popolazioni. Soprattutto perché, l'ordine lessicale e categoriale medico-psicologico nel quale questi test vengono articolati nasce da inquietudini teorico-metodologiche all'interno della cultura che li crea e li necessita. Non sarebbe infatti sufficiente una semplice traduzione linguistica per mediare e negoziare tali codici socioculturali "altri" e la trama in cui la memoria individuale e sociale viene tessuta dagli attori sociali.

Si è ricorso a diverse consulenze presso accademici e ricercatori specialisti in psicopatologia e psicodiagnostica dell'Università di Roma "La Sapienza" ed alcuni psicoterapeuti esperti nella clinica con l'immigrato, ma nessuno conosceva uno strumento diagnostico calibrato per tutte le popolazioni. La soluzione trovata, e che entrava in sintonia con altre scelte di protocollo (vedi cap. 6), è stata quella di usare le Interviste Cliniche Strutturate per i Disturbi dell'Asse I del DSM-IV: la SCID-I.

La SCID è un'intervista semistrutturata sviluppata da Spitzer e collaboratori (1987) per la diagnosi della maggior parte dei disturbi di Asse I, disordini caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non "strutturali", e per quelli di personalità sull'Asse II del DSM. Era inizialmente destinata a soddisfare sia i bisogni del ricercatore sia del clinico: ciò richiedeva che lo strumento fosse, da un lato, abbastanza dettagliato per i ricercatori, e dall'altro, facile da utilizzare anche in un contesto clinico (vedi § 7.1).

I dispositivi di osservazione che operano attraverso le rappresentazioni del corpo. A fronte di un accreditato statuto scientifico di oggettività delle scienze mediche relativamente al *corpo*, per esplorare le potenzialità ed i limiti di un test su differenti culture si è partiti dall'assunto di base che si doveva lavorare con qualcosa connesso alla rappresentazione di un'immagine. Un'immagine da ammirare, da confrontare con altre immagini, da analizzare. Il disegno ci appariva come un buon modo per indagare alcune delle differenti modalità percettive ed espressive delle popolazioni indagate.

Il Test della Figura Umana ed il disegno dell'interno del corpo sembravano gli strumenti più adatti allo scopo. Tutti i volontari che hanno portato a termine il primo colloquio psicologico hanno quindi svolto il Test della Figura Umana e disegnato l'interno del corpo.

Per interpretare il reattivo della figura umana, ma anche per analizzare i disegni dell'interno del corpo, sono stati utilizzati degli strumenti teorico-metodologici che hanno attribuito l'importanza dovuta ai differenti modi culturali di costruire il corpo simbolico dell'alterità. Tutto ciò per non tradurre nelle categorie biomediche, e così inevitabilmente snaturalizzare, il senso sociale del corpo e delle malattie che in esso prendono forma; una forma sempre individuale e sempre necessariamente culturale. Per auspicare una corretta e fondamentale comprensione reciproca è infatti necessaria un'ermeneutica mediata prima di tutto dalla propria disponibilità alla negoziazione stessa. Alla luce di quanto affermato, si è quindi stabilito di valutare l'importanza della cultura in rapporto alla plausibilità del test della figura umana considerando i fattori che possono influenzare il modo di rappresentare la persona nelle differenti popolazioni (vedi § 7.2).

Ad esempio basandosi sulla concezione balinese del corpo, costruito come un insieme di parti animate separatamente, gli antropologi Bateson e Mead sostenevano che l'intensa relazione degli uomini balinesi con i propri galli, stabilita attraverso i numerosi combattimenti, dimostra che questi animali rappresentano *dei peni distaccabili, operanti da soli, genitali ambulanti con una propria vista*. Secondo l'antropologo Geertz, invece, identificandosi con il suo gallo, il balinese, non si identifica con il suo ego ideale, e neppure con il suo pene, ma anche e allo stesso tempo con ciò che più teme e odia (...) le potenze delle tenebre (Geertz, 1998). E ancora, nei paesi dell'Est Europa le icone cristiane rappresentano le divinità antropomorfe in una forma ieratica e statica, mentre in Africa le divinità o le differenti entità sono rappresentate comunemente in movimento. A tale proposito appariva altrettanto interessante l'aspetto legato alla sensorialità dato che le persone dell'Est essendo tutte scolarizzate ed abituate ad acquisire informazioni attraverso la lettura, sviluppano una forma sensoriale di tipo visuale, mentre gli Africani, immersi in un mondo più orale e musicale acquisiscono una forma sensoriale di tipo propriocettivo (Bourguignon, 1983, p. 184). Questi aspetti della cultura possono influire in modo sostanziale nel disegno della figura umana, richiesto dal test in questione, e quindi produrre dei risultati culturalmente condizionati.

Rispetto alla raffigurazione dell'interno del corpo, del suo significante invisibile a chi lo contiene e agli altri, siamo partiti dall'assunto che l'individuo elabori la propria forma e la propria sostanza, inoltre i liquidi e gli umori, così come le essenze materiali e immateriali, naturali e sovranaturali che in essi scorrono, codificandoli in base a come la cultura in cui si inseriscono ha elaborato la propria concezione del mondo

Ad esempio ci sembrava interessante esplorare il legame che poteva intercorrere tra la rappresentazione che la persona esprime disegnando l'interno del corpo in forma simbolica o anatomica, lo studio dell'anatomia nelle scuole e l'atteggiamento delle popolazioni rispetto al tema della prevenzione nell'ambito della salute; oppure se poteva esserci un legame tra gli organi disegnati ed eventuali patologie; ma anche e soprattutto gli aspetti culturali connessi alla rappresentazione dell'interno del corpo.

Ci è sembrato importante enfatizzare che l'immagine del corpo che costruisce ogni popolazione non ha necessariamente i limiti anatomici del proprio organismo. Le "percezioni etnoanatomiche"¹⁴ che ogni individuo rappresenta sul e dentro il proprio corpo costituiscono una vera e propria mappa cognitiva dell'essere umano; chiaro, una mappa che si può leggere solo dopo aver compreso l'iconografia della legenda sociale.

Gli argomenti della psiconeuroimmunologia che rilevano evidenze circa l'effetto dell'espressione emotiva sulla risposta immunitaria. Nella costruzione del dispositivo psicologico di raccolta dati si è posta centrale la riflessione intorno all'esperienza dell'emigrazione rispetto l'indagine su alcune delle possibili perniciose conseguenze di tale esperienza sulla salute psicofisica della persona migrante. La migrazione è un evento potenzialmente stressante che porta con sé perdite di ogni tipo: si perde il supporto della famiglia, degli amici, della comunità, la facilità del linguaggio nativo, i costumi, il cibo e le molteplici connessioni con la propria rete sociale. Queste assenze fisiche, seppure reali, diversamente dalle perdite dovute alla morte, nel caso della migrazione possono assumere un carattere provvisorio. Difatti è sempre possibile fantasticare un eventuale ritorno o un futuro ricongiungimento con le persone care. In proposito Beneduce si riferisce al concetto di nostalgia che si elabora intorno all'esperienza migratoria, intendendolo come un sentimento lacerante che sì, rinvia al ricordo delle relazioni familiari, al rapporto emotivo con il territorio d'origine, ai ricordi dell'infanzia e della giovinezza, ma che soprattutto si rifà a un tempo passato, a suo modo spezzato e smarrito (2007: 246).

Questi sentimenti di perdita vengono inoltre accompagnati da sentimenti di speranza ed aspettativa di ricompensa per il duro lavoro che si è portati a svolgere nell'attesa in un miglioramento delle condizioni economiche, educative, di nuove libertà politiche, sociali, culturali. Emigrare significa anche, tentare di costruire, nel giro di qualche anno, ciò che le persone dei luoghi in cui si migra hanno costruito e trasmesso ai propri discendenti in un arco temporale stemperato su diverse generazioni. Vuol dire pure cercare di acquisire in poco tempo i codici essenziali che guidano e reggono la cultura d'accoglienza e ciò è reso molto difficile dal fatto che per un lungo periodo di

¹⁴ (Lock e Scheper-Hughes, 2006:169).

tempo l'immigrato decodifica la cultura dell'altro a partire dalle regole d'interpretazione della propria cultura. La coesistenza di tali elementi contrastanti contribuiscono a creare un persistente miscuglio di emozioni: tristezza ed esaltazione, assenza e presenza, disperazione e nuova speranza, e tutto ciò rende il dolore incompleto o tende a posporlo. L'ambiguità diviene inscritta nella vita degli immigrati ed è una contraddizione con la quale bisogna costantemente imparare a convivere (Andolfi, 2004). Numerosi studi empirici e osservazioni cliniche condotti in psicosomatica inducono a considerare la capacità di "regolazione emotiva", di "mentalizzazione" dei vissuti emotivi come fattori strettamente connessi con lo stato di salute. L'emozione è quel processo che ci guida nel dare significato al mondo, interno ed esterno, che colora le esperienze. Comprendere le nostre emozioni, dare significato ai nostri vissuti ci permette di modificare i nostri comportamenti in maniera adattiva, di alimentare la salute e il benessere. Una serie di ricerche mostrano la stretta relazione esistente tra la capacità di "mentalizzare" i vissuti emotivi, di elaborare le emozioni e la salute, intesa nella sua più ampia accezione.

La Loneliness Scale (UCLA) e la Vignetta C.

In questa prospettiva sono rilevanti le ricerche che portarono ad individuare una modalità di coping particolare che fu denominata Tipo C, che correlava positivamente con la predisposizione a sviluppare tumori e con un decorso peggiore della malattia tumorale (L. Temoshok, 1985, 1987). Il quadro di tipo C é caratterizzato da una asincronia tra una risposta psicologica di soppressione e non espressione ed una eccessiva risposta fisiologica allo stress. [In alcune ricerche], quando si attivava un quadro di tipo C, i potenziali *stressor* non erano adeguatamente affrontati con mezzi psicologici, ma al contrario si verificava una eccessiva risposta allo stress di tipo fisiologico. Una notevole mole di ricerca nell'ambito della psiconeuroimmunologia e della neuro-immuno-modulazione ha mostrato che le alterazioni ormonali indotte dallo stress sono in grado di alterare la sintesi e la liberazione di citochine da parte dei leucociti (Glaser et al., 1999) e presentano un effetto generalmente immunosoppressivo sull'attività delle cellule NK (Natural Killer Cell Activity, NKCA) che hanno un compito chiave nel controllo delle metastasi (Herbert, Cohen, 1993).

L'intreccio di modelli etiologici è emblematico.

Nella misura in cui un individuo si trova a rispondere ripetutamente e in modo cronico a situazioni stressanti, tra cui alcune delle più difficili sono una diagnosi di cancro e il conseguente trattamento, con un'esagerata risposta fisiologica allo stress che porta ad una riduzione della NKCA, questo individuo andrà incontro ad un aumento di rischio di metastasi. Pertanto, l'individuo che utilizza in modo cronico uno stile di coping di tipo C in risposta allo stress, avrà una prognosi, rispetto al cancro, significativamente peggiore di un altro individuo che affronta gli

stessi stressor con uno stile di coping adeguatamente espressivo e attivo, in grado di ridurre la risposta fisiologica allo stress.

Ci sono inoltre evidenze che indicano l'effetto dell'espressione emotiva sulla risposta immunitaria¹⁵ (Solomon, 1997); (Shea, Burton e Giris, 1993); (Solano e coll. 1995, 1996). Una delle prime ricerche effettuate fu quella di Kimzey e collaboratori (1976), sugli astronauti dopo il ritorno del programma Skylab: in questi soggetti venne riscontrata una diminuzione della reattività dei linfociti fino a tre giorni dopo il ritorno. In questo tipo di situazione è difficile distinguere gli effetti della situazione mentale emotiva da quelli dello stress fisico. Nel 1977, un gruppo di psichiatri e immunologi australiani (Bartrop et al., 1977) pubblicò su Lancet un breve articolo in cui veniva riferito l'esame dal punto di vista immunologico di 26 persone a distanza di 2 e 6 settimane della perdita del coniuge, avvenuta nello stesso ospedale dove si svolgeva la ricerca. In entrambi le occasioni venne evidenziata, rispetto ad un gruppo di controllo una Riduzione della risposta ai mitogeni. Tra i due gruppi non si evidenziarono differenze di tipo ormonale, per cui gli autori sostennero che l'influenza delle emozioni legate al lutto si esplicasse per vie diverse.

Schleifer e collaboratori (1983) esaminarono la funzione immunitaria dei mariti di 15 donne prima e dopo la morte di queste ultime per un tumore della mammella. A distanza di 1-2 mesi della perdita venne riscontrata una riduzione altamente significativa della risposta ai mitogeni rispetto alla misurazione effettuata prima del evento luttuoso. Irwin e collaboratori (1987) riscontrarono in un gruppo di donne il cui coniuge era da poco deceduto di tumore polmonare una attività delle cellule NK ridotta di più del 50%.

Su 76 donne, 38 coniugate e 38 separate, Kiecolt – Glaser, Fisher e collaboratori (1987), le donne separate rispetto alle coniugate presentavano più basse concentrazioni di cellule NK, minori concentrazioni di linfociti T-Helper, una minore risposta ai fitogeni. Presentavano, inoltre, livelli significativamente più alti di Anticorpi Anti EBV (virus di Epstein – Barr). Un aspetto molto interessante è che i due gruppi non differivano né nei punteggi di depressione, né in quello di solitudine. Come a dire che la misura immunitaria riesce a cogliere una sofferenza che non viene evidenziata dai test psicometrici. (Pag. 61-62). Ironson e collaboratori (1990): un gruppo di soggetti in attesa di effettuare il test di sieropositività HIV venne studiato prima e dopo la diagnosi. Al momento dell'ingresso allo studio tutti i soggetti mostrarono, rispetto ai controlli, una funzione immunitaria depressa: ridotta risposta ai fitogeni, ridotta attività delle cellule NK. Laddove poi i soggetti che risultarono sieronegativi ripresero rapidamente una funzione

¹⁵ La psicoimmunologia è: «la disciplina che studia in modo sistematico il sistema immunitario quale sistema in grado di reagire e modificare la sua reattività anche sulla base delle interazioni tra individuo e ambiente mediate dal sistema nervoso relazionale (sistema nervoso centrale)» (Biondi, 1984)

normale, nei soggetti risultati sieropositivi i valori relativi alla funzione immunitaria rimasero bassi per diverse settimane (probabilmente per una minore capacità organica a riprendersi, ma anche per lo sconvolgimento causato dalla notizia).

In conclusione, quella di “immigrato” è una condizione potenzialmente molto stressante, sia per le difficoltà sociali, economiche, culturali, che spesso tale condizione implica, sia per la forte ambivalenza emotiva che l’immigrato si trova a sperimentare e a dover elaborare. La migrazione può essere considerata un “evento paranormativo”, un momento di transizione che implica la costruzione di nuovi equilibri relazionali, mette alla prova il senso di identità, implica la ridefinizione del proprio ruolo sociale. Si può ipotizzare che la “competenza emotiva” sia un fattore determinante nel processo di ricostruzione di tali equilibri. Nell’ambito degli studi sul sistema immunitario sono stati riscontrati gli effetti negativi di un’espressione emotiva inadeguata. Workman e La Via (1987) esaminarono un gruppo di soggetti in attesa degli esami di abilitazione, riscontrando una diminuita risposta ai mitogeni, nei soggetti con atteggiamenti sia evitante che intrusivo. Lo stesso risultato è stato documentato (Lutgendorf, e altri 1997) in un campione di soggetti in attesa dei risultati del test di sieropositività HIV. Shea e coll. (1993), riscontrarono una peggiore situazione immunitaria sia in soggetti definiti attraverso diversi test come caratterizzati da “repressione delle emozioni negative” sia in soggetti definiti come caratterizzati da “estrema espressione delle emozioni negative”. A conferma proprio del concetto di adeguatezza dell’espressione emotiva, Solomon e coll. (1997) riscontrarono che la situazione immunitaria quattro mesi dopo un terremoto nella propria zona di residenza era correlata con l’adeguatezza della reazione emotiva allo sconvolgimento effettivo subito nella propria vita privata e lavorativa a seguito dell’evento (compresi ovviamente danni materiali): i soggetti cioè che mostravano un numero più ridotto di linfociti erano quelli che avevano espresso, e/o tuttora esprimevano, un forte disagio a fronte di danni lievi, o un disagio scarso a fronte di danni gravi. Alcuni ricercatori italiani (Solano et al. 1995, 1996), in un lavoro su soggetti sieropositivi, quindi in una situazione di presumibile disagio, hanno misurato la loro espressione di affettività depressiva mediante la scala di Gottschalk – Gleser (1969) applicata a delle brevi interviste. I soggetti con la miglior situazione immunitaria risultarono quelli che mostravano punteggi di affettività depressiva intermedi.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Messon S.p.A, Milano.

American Psychiatric Association (2004), *Psichiatria culturale: un’introduzione*, Raffaello Cortina Edizioni, Milano.

- Andolfi M. (2004) *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*, FrancoAngeli, Milano
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Biondi M., Marino V. (1999), *Stress e sistema immunitario: una rassegna di 43 studi sperimentali di psicoimmunologia condotti nell'uomo tra il 1992 e il 1998*, Medicina Psicosomatica, Vol.44, n.1.
- Bourguignon E. (1983), *Antropologia psicologica*, Laterza, Bari.
- Coppo P. (1996), *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, Milano.
- Galimberti U. (1999), *Enciclopedia di psicologia*, Garzanti, Milano.
- Geertz C. (1998) “Vedere le cose dal punto di vista dei nativi”, in Fabietti U. e Matera V, *Etnografia*, Carocci, Roma.
- Griaule M. (1975), *Dio d'acqua*, Red Edizioni, Como, 1996.
- Guggino E. (1993), *Il corpo é fatto di sillabe*, Palermo, Sellerio.
- Inglese S. (2001), Etnopsichiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata, in Rotondo A., Mazzetti M., *Il carro dalle molte ruote*, Edizioni Terrenuove, Milano.
- Nathan T. (1990), *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nathan T. (1996a), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1996b), Stengers I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pichot P., Nathan T. (1998), *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Edizioni Colibrì, Milano.
- Sironi F. (2001), *Ruolo e funzione degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il Centro Georges Devereux*, in Rotondo A., Mazzetti M., “Il carro dalle molte ruote” Edizioni Terrenuove, Milano.
- Solomon, GF., Segerstrom, SC., Grohr, P., Kemeny, M. Fahey, J. (1997), *Shaking up immunity: psychological and immunologic changes after a natural disaster*, Psychosomatic Medicine. 59(2): 114-27.
- Tumiati M.C. in Anagnostopoulos K., Germano F., Tumiati M. C. (2008), *L'approccio multiculturale: Interventi in psicoterapia, counseling e coaching*, Sovera, Roma.

2.2 Riguardo il corpo nello spazio della cura

Attraverso riflessioni di sintesi sul concorso disciplinare delle scienze psicologiche ed antropologiche, la concentrazione si pone su profili essenziali rispetto al tema dell'efficacia della relazione di cura e di presa in carico dei problemi di salute. Tale tema non può che affermarsi con indubbia insistenza operativa (e politica) nella mutata società italiana ed europea al confronto con un nuovo scenario creato dai flussi migratori, tenendo in debito conto la necessità di visualizzare gli orizzonti ed i modelli di interpretazione attraverso cui si esprime la malattia nei differenti linguaggi e nelle differenti culture.

A partire dalle posizioni salienti assunte dai principali modelli teorici e sperimentali che si sono posti a crocevia di quella che adesso sembra richiesta auspicabile di competenza ad una medicina transculturale, si vuole quindi richiamare e proporre come zona sensibile di osservazione quella del corpo-persona con il suo portato esistenziale e culturale. Come attenzione da condividere, riproponendola, nel cuore delle progettualità di formazione, sperimentazione e consolidamento dei dispositivi di cura.

La lettura di tale centralità sposta l'analisi sulle implicazioni della formulazione dei modelli eziologici e diagnostici della malattia, sulla rappresentabilità di tale esperienza come luogo di negoziazione ed alleanza per la realizzazione di un efficace percorso di cura.

Nondimeno, il campo di analisi offre un luogo di riflessione multidisciplinare e stimola all'elaborazione di correlazioni dei dati di ricerca che tengano in considerazione tanto la confluenza degli aspetti legati alle abitudini ed alle condizioni di vita (aspetti legati all'adattamento) quanto alle capacità/modalità di espressione ed elaborazione dei vissuti nel determinare lo stato di salute.

Le ricadute attese dall'intraprendere queste riflessioni si configurano nella complessa finalità generale del progetto intrapreso dal Servizio di generare conoscenza/formazione/competenza utile per perseguire l'efficacia e la qualità dei servizi offerti, volendo collocare la specificità del tema trattato ai diversi livelli di relazione sollecitati (nel dialogo con l'utenza, nel dialogo tra gli operatori, nel dialogo con e tra organizzazioni impegnate) nelle prospettive di sviluppo di intervento e di riflessione proposte.

La visione di insieme è quella mediata dall'ottica transculturale nella quale il vissuto di malattia va collocato nel rapporto tra dimensione culturale e realtà psicologica ed i disagi, i disturbi mentali e le relative modalità di cura vengono studiati collegandoli all'insieme dei processi sociali e simbolici che ogni gruppo umano sviluppa nel suo rapporto con l'ambiente.

Seppure nell'ambito delle discipline mediche, psicologiche ed antropologiche la centralità dell'esperienza corporea si ponga come elemento fondante nella strutturazione della conoscenza, nell'organizzazione della personalità e nella percezione e rappresentazione dello stato di salute e di

malattia, occorre ribadire con forza l'interesse e l'attenzione per le dimensioni soggettive di tale esperienza, ossia per tutti quei processi attraverso cui, da un lato, la cultura entra a far parte della vita degli individui, dall'altro i soggetti si appropriano dei discorsi culturali: adattandoli, trasformandoli, contestandoli, ed in ultima analisi negoziando continuamente il loro significato in relazione alla propria storia personale e sociale.

Nell'ambito della costruzione di setting di cura transculturali si rileva, inoltre, che nella definizione dei profili diagnostici, la decodifica della malattia "espressa" rappresenta un quadro entro il quale rileggere i *sintomi-correlati* ai fini della prognosi, con ricadute importanti sulla efficacia della presa in carico delle persone nell'ottica di un'integrazione di vari apporti "terapeutici".

L'enfasi viene quindi posta sull'importanza di un attento esame delle esperienze del corpo nel vissuto di malattia, considerando le sostanziali differenze, nelle diverse culture, che riguardano l'uso, la codificazione e i significati attribuiti al corpo, le sue implicazioni sul piano del vissuto soggettivo e psichico.

In questo panorama il discorso sul corpo si può articolare lungo due questioni generali che possono costituire un'intelaiatura per le azioni volte non solo alla terapia, ma anche allo sviluppo della *compliance* e della educazione alla salute:

- da una parte analizzando come "il corpo considerato" entri in tutti quegli aspetti del processo di formazione del sè e del mondo, prefigurandosi nei soggetti (nei differenti poli della relazione) come luogo di elaborazione di sapere, come costruito culturale, come motore stesso di azione sociale,
- dall'altra assumendo lo stesso come luogo di un'informale processo di apprendimento, come luogo di elaborazione dei nostri stessi criteri percettivo-valutativi, si vuole supportare la riflessione sull'importanza del superamento delle opposizioni epistemologiche classiche del pensiero occidentale: mente\corpo, natura\cultura nei *setting* terapeutici.

Si richiama alla necessità di indagare, nella ricerca condotta, l'esplorazione della relazione tra percezione e vissuto corporeo propria di ogni individuo, legata alla storia individuale, alla cultura d'appartenenza ed alla dimensione sociale.

2.3 Implicazioni sui profili della professione medica

Tra i temi sensibili che riverberano nel percorso professionale dei profili delle professioni mediche:

- la vasta e complessa fenomenologia che costituisce il "versante sociale" delle dinamiche di salute/malattia;
- le concezioni della salute e nuove immigrazioni;
- le problematiche sanitarie dell'immigrato e la dimensione psicologica del migrante;
- i problemi della calibrazione dei servizi sanitari nelle società multiculturali¹⁶.

La domanda/offerta sanitaria relativa all'utenza immigrata non può derogare questioni che riguardano la relazione tra il paziente immigrato e l'esperienza della malattia, e la pluralità dei sistemi medici e la eterogeneità dei modelli culturali. Ne discende che processi oggettivi quali le acquisizioni ed i traguardi delle scienze mediche debbano confrontarsi con dinamiche culturali e vissuti soggettivi nelle recenti immigrazioni.

Le problematiche normative, demografiche, linguistiche e socio-culturali poste dal recente fenomeno migratorio nel territorio italiano, il complesso quadro delle concezioni di salute/malattia e dei sistemi medici nelle differenti culture, ha portato nel corso della ricerca ad un confronto multidisciplinare di approfondimento sugli orientamenti culturali e di costume e sulle concezioni e pratiche di salute/malattia nei principali gruppi etnici immigrati nel territorio.

Le sollecitazioni dalle evidenze che emergono nella relazione terapeutica medico-paziente derivanti tanto dagli aspetti legati ai saperi, le rappresentazioni, le pratiche, quanto dalla gestione domestica/quotidiana dei processi di salute e malattia, dall'alimentazione, dagli stili di vita, pongono il medico nella condizione di dover/voler indagare nondimeno sui fattori sociali che intervengono nei processi di salute/malattia, sulle rappresentazioni collettive concernenti la corporeità. Pongono, quindi, una nuova centralità professionale del rapporto medico-paziente nel ripensare oggi i sistemi di osservazione clinica e nell'identificazione delle caratteristiche e delle condizioni di realizzazioni di un dialogo autentico.

¹⁶ Merita un richiamo all'iniziativa progettuale realizzata nel 2000: *Salute per tutti, tutti in salute. Esperienze e strategie di riduzione dell'esclusione dai servizi sanitari nella popolazione immigrata europea*, ricerca finanziata dall'Unione Europea (contratto n. 1999/DGV/008/99) attraverso l'associazione CIDIS/Alisei alla quale ha partecipato per l'Italia la Fondazione ed il Servizio di medicina preventiva delle migrazione dell'Istituto ospedaliero dermosifilopatico San Gallicano, Roma). La ricerca ha fornito per ciascuno dei Paesi partecipanti: (a) un quadro dei servizi sanitari esclusivamente o "anche" direzionati con competenze specifiche a una utenza extra-comunitaria, (b) una analisi dei servizi e delle esperienze più significative condotte in tale ambito, (c) un repertorio bibliografico dei lavori scientifici che in riferimento a tale ambito sono stati pubblicati entro il 2000. Riunioni di coordinamento internazionale della ricerca hanno avuto luogo a Roma il 18 marzo 2000, a Tarragona il 6-7 maggio 2000, a Tarragona il 16-17 giugno 2000, e a Roma il 13 novembre 2000 (in occasione del VII Workshop internazionale "Cultura, Salute, Immigrazione").

Affianco alle tre dimensioni della malattia: il processo biologico (disease), il vissuto soggettivo (illness), la incidenza sullo statuto sociale della persona (sickness), l'antropologia medica e l'etnomedicina, contestualmente alle riflessioni translabili dalla etnopsichiatria, forniscono un contributo di indubbia validità ad una necessaria rivisitazione della prassi medica. I loro approcci (culturalmente orientati) alla salute, così come alla malattia, suggeriscono la possibilità di un percorso clinico "integrato" che non si limiti ad una visione strettamente biologica dell'essere umano, ma che si volga a contemplare i tre aspetti fondamentali costituenti la persona: quello organico, quello psichico o mentale, e quello ecologico o culturale (Di Raimondo 1998-99)¹⁷,.

Nella promozione di *processi di salute* dalla situazione di avvio, ma anche per la promozione ed educazione alla salute, il processo terapeutico, nella sua accezione più ampia, ha il dovere di trasferire le competenze dello specialista medico al paziente stesso, il quale, avvalendosi delle rappresentazioni eziologiche proprie della sua storia culturale, riuscirà a tradurre la sofferenza in atto in un linguaggio socialmente condiviso e di più semplice accessibilità.

¹⁷ Fondazione Angelo Celli, per una cultura della salute, dir. Tullio Seppilli (edita rivista italiana di antropologia medica)

La ricerca attraverso la mediazione linguistico culturale

La Mediazione Culturale in Italia, e in particolare a Roma nasce come conseguenza di un bisogno pratico per dare spazio ad una utenza dei Servizi, sempre più numerosa, di persone provenienti da altre culture. Questa nascita legata a questione pratiche ha segnato la Mediazione Culturale in Sanità con una modalità più vicina al concetto di assistenzialismo che al concetto di cultura, che doveva essere l'essenza di questa nuova professione.

L'inclusione della Mediazione Culturale in un'équipe di ricerca ha permesso di approfondire alcuni elementi su questioni metodologiche – teoriche.

La presenza dei Mediatori Culturali in questa esperienza ha le sue ragioni metodologiche in un approccio multidisciplinare e interculturale, che tiene conto dell'integrità della persona. Inoltre la questione metodologica si combina ad alcuni concetti di base di natura antropologica, e ad alcuni derivati da diversi approcci alla salute come l'etnopsichiatria.

Attraverso l'esperienza di due anni di lavoro all'interno di un'équipe interdisciplinare, queste riflessioni sono ritenute utili al dibattito e alla costruzione di una idea di mediazione culturale *in progress*, che tenga conto delle caratteristiche e delle particolarità delle popolazioni immigrate in Italia, ma anche di quelle dei Mediatori Culturali che lavorano sul territorio, cercando di focalizzarsi tanto sugli aspetti positivi quanto nelle criticità.

Aspetti che la ricerca ha permesso di osservare e dai quali possano scaturire interessanti per l'analisi di un'elaborazione teorica:

La mediazione culturale. Le ragioni della sua esistenza. Nel 1998 viene approvata la legge sull'immigrazione, conosciuta come la “Turco-Napolitano” (legge 40), il cui principio fondante è stato l'attivazione del processo di integrazione culturale attraverso la mediazione culturale e la creazione della figura del mediatore culturale professionale. La figura del mediatore culturale, ancora non era definita e già appariva nella legge come elemento d'integrazione.

Possiamo partire allora dal concetto di “processo d'integrazione culturale” per poter cominciare a cercare un quadro di riferimento teorico.

Altri elementi che ritroviamo nei diversi corsi di formazione per mediatori culturali come la antropologia, la comunicazione e la conoscenza del quadro normativo, ci danno successivi spunti.

Potremmo azzardarci ad affermare che la mediazione culturale è trasversale a diverse discipline, ma con un'ottica comune rispetto alla diversità e alla complessità delle cose e le situazioni.

La mediazione culturale nella costruzione del gruppo di lavoro. Un gruppo di lavoro multidisciplinare non è in sé una novità, ma dal punto di vista della mediazione culturale è poco frequente la collocazione del mediatore all'interno di un'équipe, non più come uno strumento al servizio delle attività di altri professionisti, bensì come figura professionale in grado di contribuire in tutte le fasi dell'indagine con la propria ottica e la propria specificità.

Prima ancora di parlare del professionista può essere utile ragionare sul posto che occupa la cultura all'interno di un progetto di ricerca di questo tipo. Un progetto di ricerca dove le differenze/somiglianze culturali si collocano al centro del quesito che si pretende conoscere.

Se si considera che la cultura sia quell'elemento che attraversa ogni aspetto della vita delle persone, non si possono prendere in considerazione soltanto le tradizioni folcloristiche attraverso cui si manifestano le caratteristiche più vistose di una intera cosmovisione.

Sicuramente la maggior parte delle persone che lavorano nel immigrazione sono d'accordo con questa affermazione. Il problema è trasformare questa idea in una pratica concreta.

Se abbiamo la capacità di non considerare nessun realtà come neutra, come così "scientifica" da non aver bisogno di una visione altra, forse abbiamo fatto il primo passo per poter porre la cultura al centro della questione.

Noi abbiamo chiamato quest'ottica: socio – culturale perché senz'altro le situazioni sociali sono un aspetto della cultura fondamentale, e ed hanno di per sé un significato culturalmente determinato. Tanto per fare un esempio quasi banale: la condizione di sposata o single di una donna può avere una valenza molto diversa da una cultura ad un'altra.

Inoltre, è da considerare che noi lavoriamo con persone che hanno lasciato il loro paese e vivono attualmente immersi in una realtà altra. Questo genera situazioni nuove, nuovi approcci alla realtà che non sono più quelli di prima, ma neanche si sono acquisiti acriticamente quelli della società di accoglienza (tanto per chiarire quanto quel concetto di "si sono integrati" è molto più complesso di dire "adesso sono come noi").

Se vogliamo che questa complessa realtà sia presente nell'approccio allo studio delle popolazioni, non si può limitare la presenza del mediatore culturale a quella di semplice traduttore linguistico, o ad interventi mirati nei colloqui. E' indispensabile una partecipazione di questa figura professionale per costruire un modello (dalla progettazione, gli strumenti, gli interventi, la raccolta dei dati, fino alla sua successiva elaborazione) che insieme alle altre figure possa contribuire con un'ottica culturale diversa. Nel rispetto, certamente, di ogni competenza.

Come esempio riporto il lavoro realizzato intorno al concetto di prevenzione, legato al momento del contratto della partecipazione nella ricerca.

La “prevenzione”, considerata come una serie d’indagini cliniche per individuare malattie, è apprezzata come un valore assoluto e positivo. Contrariamente a questo punto di vista, in alcune popolazioni c’è una maggior predisposizione alla “promozione della salute” (come atteggiamenti quotidiani di attenzione alla salute) e si guarda con diffidenza alla ricerca di malattie, nei momenti in cui la persona si sente bene. Questo si considera come fonte di preoccupazioni anticipate.

Anche il concetto di gratuità in alcune occasioni può creare un atteggiamento di diffidenza, perché si parte dalla idea difensiva che in questo mondo non c’è niente di gratuito. In questo caso le esperienze di gruppo, anche se non necessariamente dirette, condizionano altamente il rapporto con le istituzioni.

La costruzione del gruppo deve essere considerata una delle fasi del processo attraverso cui grazie ad un linguaggio comune sarà possibile portare avanti una prospettiva interculturale e multidisciplinare.

Infatti, la prima fase della Ricerca Finalizzata è stata la condivisione di diversi sistemi di salute presenti nei paesi d’origine delle popolazioni in questione, da parte dei mediatori.

La mediazione culturale, in generale, e in particolare nel lavoro di ricerca, trova la sua più completa espressione nel lavoro di squadra, dove le prospettive si completano a vicenda in un gioco ad incastro e complementarità.

E’ interessante sottolineare come questa complementarità non si concluda con la presenza soltanto dei mediatori delle popolazioni in questione, ma anche da mediatori di altre culture che allargano la prospettiva di ogni argomento in discussione. Questo è un argomento che, sviluppato in diversi contesti lavorativi, crea di per sé una metodologia.

La mediazione culturale e la costruzione dello strumento della scheda socio-culturale. Le schede elaborate per raccogliere i dati nei diversi settori sono state ideate con una prospettiva settoriale (socio- culturale, psicologica e medica), ma contemporaneamente una unica logica che permettesse di vedere la stessa realtà da tre ottiche diverse, con l’obiettivo di fornire una visione complessa e non semplificata della realtà.

La costruzione di questa scheda è stata preceduta di una serie di scambi e discussioni, nel gruppo di lavoro, sui diversi aspetti che ci interessavano indagare.

La Scheda socio culturale è stata pensata per raccogliere due tipi di dati:

dati relativi alle condizioni anagrafiche e sociali delle persone, che in una prospettiva longitudinale della ricerca ci permettesse di tener conto delle variazioni di queste ultime.

dati relative ad aspetti culturali da due prospettive differenti:

da una parte quegli aspetti, nel modo in cui sono concepiti nella società d'origine e che hanno una profonda radice in quella situazione culturale; e dall'altra, quegli aspetti culturali che con lo spostamento di territorio prendono caratteristiche diverse dovute a diversi fattori di "contaminazione" ed ambientazioni differenti.

Anche gli aspetti culturali hanno una dimensione temporale, che essendo diversa da quella dei dati anagrafici (forse meno riscontrabili in una prospettiva longitudinale della ricerca a breve termine), permettono di rilevare una caratteristica fondamentale dell'oggetto "cultura": la sua dinamicità, in contrapposizione ad una visione statica della stessa.

Questo esercizio pratico di costruzione di una scheda apre uno spazio alle riflessioni sul bagaglio culturale portato dal mediatore e la consapevolezza del suo valore attraverso una formazione adeguata.

Il capitale comune che tutti i mediatori o futuri mediatori culturali portano con sé è l'aspetto principale sul quale lavorare. Questo capitale è costituito da un patrimonio di significati che ognuno ha appreso nel vivere quotidiano a contatto con il suo mondo e che molte volte non viene riconosciuto né valorizzato, soprattutto da se stessi.

La mediazione culturale e la partecipazione nel colloquio psicologico (con indirizzo etnopsichiatrico). La realizzazione del colloquio psicologico con la presenza del mediatore come parte integrante dell'équipe e non come una opzione che è il paziente a decidere, parte da un concetto chiaro del luogo che occupa la cultura nello stato di salute della persona.

E' forse uno degli aspetti che permette un approfondimento e un confronto più forte e che mette in questione lo stesso mediatore.

La mediazione culturale e la sua funzione nella cultura medica. La scienza positivista ha avuto una importanza fondamentale nella educazione non solo occidentale, ma di tutti i continenti.

Una scienza che non mette in discussione i suoi parametri difficilmente può dare spazio alla mediazione culturale all'interno della sua stanza.

La mediazione culturale nella ricerca. La questione etica. L'aspetto etico è stato la prima questione che ci si è posta di fronte alla proposta della partecipazione come mediatori nella ricerca.

La proposta di partecipazione in una ricerca a persone immigrate (cioè fuori del proprio ambiente), appartenenti inoltre alla parte più svantaggiata del pianeta, ci ha messo di fronte ad un quesito etico: era giusto chiedere a persone svantaggiate una collaborazione senza un compenso? come avrebbero

reagito le persone a questa richiesta? La domanda non era retorica. Infatti ci sono stati dei commenti del tipo: “Come mai, sono finiti i maiali in Italia?”

D'altra parte è risaputo quanto le ricerche in generale, e quelle in campo medico più specificamente, tengano conto soprattutto di soggetti maschi, bianchi ed europei, questo ottenendo in tal modo, dei risultati che sono relativamente generalizzabile. Visto da questa prospettiva, abbiamo avuto inizialmente alcune risposte. Una ricerca nell'ambito della salute, che tenga conto di altre popolazioni, apre la possibilità alla diversità generata da condizioni socio-ambientali e culturali differenti.

La chiarezza nella presentazione delle ragioni dello studio è stata la risposta che ci siamo dati.

3.1 Tra campo e storie

Le Parole

Ricerca:

*in Amarico, in Pigin
è stato difficile da tradurre
per le connotazione negativa
della ricerca sulle persone.*

3.1.1 Codice N006

La Nigeria è uno dei cinque paesi prescelti a partecipare alla ricerca promossa e guidata dall'équipe multidisciplinare (medici, infermieri e mediatori) della Struttura Complessa dell'Istituto San Gallicano. Si trattava di studiare le difese immunologiche delle popolazioni selezionate.

Io e la mia collega Saliha siamo state assegnate alla indagine sulla popolazione nigeriana. Temevamo di non riuscire ad entrare in contatto con le persone che incontravamo; di ricevere un rifiuto al nostro invito a partecipare alla ricerca. Dopo tante riunioni e consultazioni, abbiamo deciso di adottare una linea condivisa per perseguire gli obiettivi prefissati.

Abbiamo deciso di frequentare la chiesa cattolica, protestante e pentecostale, tutte le celebrazioni sacre avvenute nel periodo della ricerca, e le persone hanno risolto di rispondere alla nostra iniziativa da quando abbiamo scelto di sostituire la parola ricerca con la parola check up.

Abbiamo lavorato tutti i giorni comprese le domeniche.

Una enorme difficoltà ha riguardato la somministrazione e compilazione della scheda socio culturale. I nigeriani sono molto riservati. Molte domande hanno provocato in loro il rivivere certe esperienze traumatiche ed il ricordo di vissuti dolorosi. Spesso ci chiedevano a cosa servissero tutte le domande che gli rivolgevamo. Abbiamo cercato le soluzioni migliori per rispondere adeguatamente a tutte le loro perplessità e fornire tutte le informazioni necessarie. Tre persone si sono rifiutate di rispondere e compilare la scheda. La maggioranza dei nigeriani non è abituata ad effettuare i controlli medici periodici. Spesso le loro lamentele riguardavano il troppo sangue estratto. Come mediatori, abbiamo dovuto utilizzare la nostra abilità e competenza. Le analisi indicavano spesso casi di morbidità in corso.

La partecipazione alla ricerca è stata libera.

Uno degli aspetti più qualificanti di tale struttura è l'aver mediatori culturali a completa disposizione dei partecipanti, con una capacità straordinaria di svolgere l'attività di accoglienza. Ponendoci come PONTI abbiamo favorito la comunicazione tra il servizio ed i partecipanti nella

loro madre lingua o in un'altra lingua veicolare per l'orientamento verso i servizi interni alla struttura o verso quelli territoriali. Abbiamo orientato le persone con regolare permesso di soggiorno verso i centri di impiego, le ASL di appartenenza e gli uffici delle entrate. In questi ultimi è possibile ottenere il codice fiscale per potersi iscrivere al servizio sanitario nazionale. Abbiamo effettuato un inserimento temporaneo rilasciando un tesserino STP (straniero temporalmente soggiornante) con un codice a coloro che sono irregolari. Abbiamo poi creato una rete di congiunzione tra i servizi interni alla struttura al fine di:

- orientare i soggetti verso lo sportello di consulenza socio – sanitario;
- offrire informazioni ed indicazioni circa la consulenza legale;
- promuovere l'inserimento lavorativo e scolastico.

Abbiamo tradotto il consenso informato ed altri strumenti metodologici che sono stati usati nel corso della ricerca.

Partecipare alle sedute psicologiche, in qualità di mediatori, cercando di avere un approccio rispettoso, non è stato facile. Molti intervistati sostenevano di non aver né problemi psicologici né psichiatrici. Nella nostra cultura solo i malati si espongono a tali tipi di cure. Abbiamo cercato di tutelare le diverse identità etniche che hanno partecipato alla ricerca: gli Ibo, gli Hausa, e gli Edo.

Una donna nigeriana si è presentata in ospedale per partecipare alla ricerca dopo aver avuto informazioni da un altro partecipante. Presentava differenti problematiche. Era molto confusa e depressa quando è venuta da noi per avere informazioni riguardanti i criteri di ammissione alla ricerca. Durante la fase di accoglienza e compilazione della scheda socio-culturale, abbiamo saputo che l'interessata veniva seguita da un centro di salute mentale, fatto a noi completamente sconosciuto. Difficilmente nella nostra cultura accettiamo di effettuare una visita psicologica, nonostante i disturbi che manifestiamo.

Uno dei punti che la preoccupava era la sua incapacità di avere dei figli. Aveva effettuato numerosi esami ed ecografie, si era sottoposta ad un intervento senza esito positivo. Quando si evidenzia una possibile sterilità fra le coppie, la vittima è sempre la donna perché ogni sospetto e colpa ricadono su di lei. Nel nostro contesto familiare si crede che ogni coppia debba avere dei figli per questo, quando ciò non avviene, ella deve utilizzare tutte le sue risorse e forze per trovare soluzioni a questo problema.

Il secondo problema manifestato riguardava il suo rapporto con il marito. L'uomo aveva sposato un'altra moglie secondo il rito tradizionale nigeriano senza il suo consenso e con essa aveva avuto tre figli occupando la sua casa e mandandola quasi via.¹⁸

Il terzo punto da lei riportato ruotava attorno al suo lavoro. Ella aveva un negozio molto famoso e conosciuto. Comprava scarpe, borse ed altre merci dall'Italia per rivenderle nel suo paese d'origine. I guadagni ottenuti da questi affari venivano dati completamente a suo marito che, oltretutto, la maltrattava. Inevitabilmente con i disturbi psicologici non era stata più in grado di tenere sotto controllo gli affari e aveva perso tutto, compreso il denaro iniziale.

Al momento della ricerca, la donna pregava tantissimo sperando di ottenere la grazia del Signore: essere madre. Io e Saliha l'abbiamo incoraggiata affinché continuasse a frequentare il centro diurno dove era stata presa in cura e affrontasse la realtà presente della sua salute con coraggio per poter ritrovare il sorriso perso.

Io e la mia collega abbiamo mostrato non soltanto di "sapere fare" ma anche di "saper essere".

Quando ero in Nigeria, non conoscevo alcuni aspetti di me. Soltanto al mio arrivo in Italia, ho scoperto aspetti positivi del mio carattere, come l'essere flessibile, l'aver forza di volontà, l'essere paziente e riuscire ad adattarmi in ogni situazione in cui mi trovo. Le dolorose esperienze che ho dovuto affrontare mi hanno permesso di maturare e crescere dal punto di vista personale. Le aspettative che avevo prima di partire non coincidono oggi con la mia nuova realtà. Dal mio punto di vista, la migrazione è una sofferenza, solitudine nostalgia ed eventualmente una malattia. Qui in Italia ho dovuto introdurre la parola sofferenza nel mio vocabolario personale. Evidentemente quando svolgevo l'attività di accoglienza nei confronti dei nigeriani, provavo nei loro confronti una forte empatia, specialmente verso coloro senza permesso di soggiorno e verso i nuovi arrivati. Ero la persona "ideale", capace di capire esattamente la realtà in cui si trovavano.

¹⁸ Il ruolo che occupa la donna nella famiglia è fondamentale e indispensabile. È lei che dirige e controlla l'andamento e la gestione del nucleo familiare e dà il suo contributo alla famiglia allargata. La donna è costretta a dialogare sempre con tutti ma soprattutto con suo marito prima di prendere decisioni sulle cose da fare.

I figli collaborano alle vicende della casa, dando il loro contributo per quanto è possibile. La tradizione concede all'uomo il diritto di avere altre mogli (poligamia). Negli anni passati, le donne soprattutto sterili hanno accettato queste usanze ma, dato che la cultura non è stagnante, cioè è soggetta a continue trasformazioni, oggi ci sono grandi cambiamenti. Le donne moderne hanno quasi sradicato e rifiutato questo tipo di pratiche.

La donna di oggi non accetta l'idea di condividere il proprio marito, quindi si muove sempre di più verso l'adozione, ovviamente previo consenso del proprio marito. In caso di rifiuto da parte di costui, la donna tende a portare lei un'altra donna in casa, preferibilmente brutta e analfabeta.

Ho vissuto l'esperienza della migrazione in prima persona, sulla mia pelle. L'ho elaborata e trasformata in una risorsa. Ho trasmesso il calore derivato da questo vissuto non soltanto ai nigeriani ma a tutti coloro che hanno partecipato alla ricerca.

3.1.1.1 L'identità nel nome. Lettura transculturale da una ricerca sul campo¹⁹

..."Lea trova in effetti questo riconoscimento solo in sé
e tramite lei è stato trasmesso il senso dell'elezione per e dal Bene,
che significa la vita"

Catherine Chaliè

"Mamma perché mi chiamo Elisa?"

"Perché è un nome che mi piaceva e poi la nonna, che non hai potuto conoscere, si chiamava così..."

"Sarà, ma a me sembra un nome da contadina..."

A dieci anni ho denigrato il mio nome e inconsapevolmente la bellezza di chi me lo ha tramandato, non riconoscendone l'importanza e il peso che in queste 5 lettere sono contenute. Col crescere ho pian piano cominciato ad accorgermi delle bellissime sfumature che dietro di esso si nascondevano, di come abbia contribuito in modo inconscio alla costruzione di quella che sono, identificandomi, nell'immaginario dell'altro, in un modo anziché in un altro. Ho così cominciato a chiedere all'interno della mia famiglia chi fosse mia nonna, quali ricordi ha lasciato in chi l'ha conosciuta e in che cosa, se questo è accaduto, io la ricordassi di più agli altri. Per mezzo del mio nome ho ricostruito la storia della mia famiglia riuscendo così a delineare quel filo conduttore che ha "portato a me".

Ho scelto di approfondire le mie conoscenze in questo ambito così poco "parlato" della psicologia ripensando alle diverse persone nigeriane incontrate durante questa ricerca e in seguito al difficile ed entusiasmante compito assegnatomi dalla vita di attribuire il nome a mia figlia "Lea". Le domande che hanno attraversato la mia mente nello scegliere un nome hanno riguardato il patrimonio di rappresentazioni simboliche che, all'interno della mia cultura, questo avrebbe potuto evocare nell'altro e in chi lo avrebbe portato. Così si è passati dalla semplicità, adatta per un cucciolo di cane (la mia prima reazione di fronte la proposta del mio compagno di attribuire questo nome a nostra figlia), alla maestosità della moglie di Giacobbe: Lea, una delle quattro matriarche fondatrici delle tribù d'Israele! Il meccanismo, lungo e complicato con cui alla fine abbiamo scelto di chiamare nostra figlia Lea mi ha così indotto a ragionare "psicologicamente" sull'evento, evocando in me i numerosi soggetti con cui sono entrata in contatto durante lo studio svolto al S. Gallicano.

La ricerca cui ho partecipato ha riguardato la rilevazione di dati da un punto di vista multidisciplinare impegnando: medici, mediatori culturali, antropologi e psicologi. Nello specifico

¹⁹ Sebbene in questo capitolo siano presenti i contributi dei mediatori culturali, ci è sembrato opportuno inserire in questa sezione il presente articolo poiché il lavoro sul campo è stato realizzato durante i colloqui con i volontari nigeriani.

ho espletato la parte clinica inerente l'ambulatorio di etnopsichiatria insieme ad altre colleghe. Il mio compito è stato quello di rilevare il percorso migratorio di una fetta di campione costituito da persone provenienti dalla Nigeria. Nella cartella clinica da me compilata, le informazioni riguardavano le scelte, i rapporti con la famiglia, le emozioni provate, ed altro ancora, da parte del soggetto interpellato.

Il fattore che mi ha indotto a questo approfondimento è stata la constatazione che la maggior parte dei soggetti aveva cambiato il proprio nome con uno prettamente occidentale e spesso con un nome di derivazione biblica (nomi di santi, profeti o apostoli).

Si è così deciso, insieme al gruppo di lavoro, di aggiungere all'interno della cartella clinica dei soggetti la dicitura "nome tradizionale" da verificare all'inizio di ogni colloquio.

Nel seguente lavoro vorrei cercare di approfondire quanto emerso dai colloqui con quella fetta di campione appartenente alla popolazione nigeriana di etnia Ibo, in merito al nome tradizionale dei soggetti arruolati per la ricerca e cercare, con gli strumenti teorici della psicologia transculturale, una chiave di lettura più approfondita sul nome che alla nascita ogni individuo riceve.

Gli ibo sono una delle tre etnie maggioritarie della Nigeria e nello specifico appartengono nella quasi totalità alla religione cristiana presente sul territorio con innumerevoli chiese. Trovandomi ad affrontare i colloqui con la mediatrice culturale Ibo, ho avuto modo di scoprire che la comunità a cui lei fa riferimento a Roma è di natura cristiana-cattolica; nello specifico appartiene al movimento carismatico. I carismatici si caratterizzano in quanto fondano l'espressione della loro fede sui doni dello Spirito Santo ed evidenziano le seguenti caratteristiche:

1. la nostalgia della Chiesa originaria;
2. il desiderio di recuperare il soffio potente dello Spirito che ritengono sgorgasse liberamente in seno alla Chiesa dei primi secoli;
3. l'accento posto dai fedeli sulla relazione personale con il Signore Gesù e sulla vita nello Spirito Santo con i suoi frutti e i suoi carismi;
4. la fede testimoniata in maniera viva ed operante;
5. la preghiera viene praticata in modo spontaneo attraverso le diverse lingue, canti, balli con l'abbandonarsi allo Spirito ;
6. le manifestazioni soprannaturali.

Una prima considerazione in merito all'appartenenza religiosa è emersa riflettendo sulle radici animiste della popolazione nigeriana, che nel caso del movimento carismatico riescono a rimanere ben ancorate ai riti di possessione e trance tipici, per esempio, del vodu. Il vodu è, infatti, una religione in cui "il contatto dell'uomo con il divino, per mezzo del fenomeno della possessione,

avviene all'interno del più intimo dei santuari: il corpo umano" (Pizzorno 1999, pag 2); come per il vodu quindi, nel movimento carismatico il fedele entra in stretta correlazione con il Divino (vedi sopra i punti 5 e 6) non vedendo così sradicati quei "simbolismi interiorizzati" della propria cultura. L'ipotesi dalla quale prendo le mosse è che con i processi di occidentalizzazione il rischio è quello di creare acculturazione all'interno di sistemi valoriali molto lontani dai nostri. Il movimento carismatico, a mio avviso, ben si sposa con l'abitudine alla presenza di fenomeni soprannaturali legandosi così alla descrizione della personalità africana fornitaci dallo psichiatra senegalese Sow (Berry e coll, 2000 pag. 77-78). Egli individua all'interno della personalità di ognuno 3 strati: all'esterno posiziona il corpo, poi il principio di vitalità, infine nello strato più interno colloca il principio spirituale di pertinenza solo umana. Gli strati appena descritti sono concentrici e connessi a tre assi preposti a collegare la persona con il mondo esterno: il primo asse congiunge il mondo spirituale agli antenati, il secondounisce il principio di vitalità alla famiglia estesa dell'individuo e il terzo congiunge la comunità più ampia con la persona; i tre assi rappresentano rapporti che sono solitamente in stato di equilibrio (vedi fig.1).

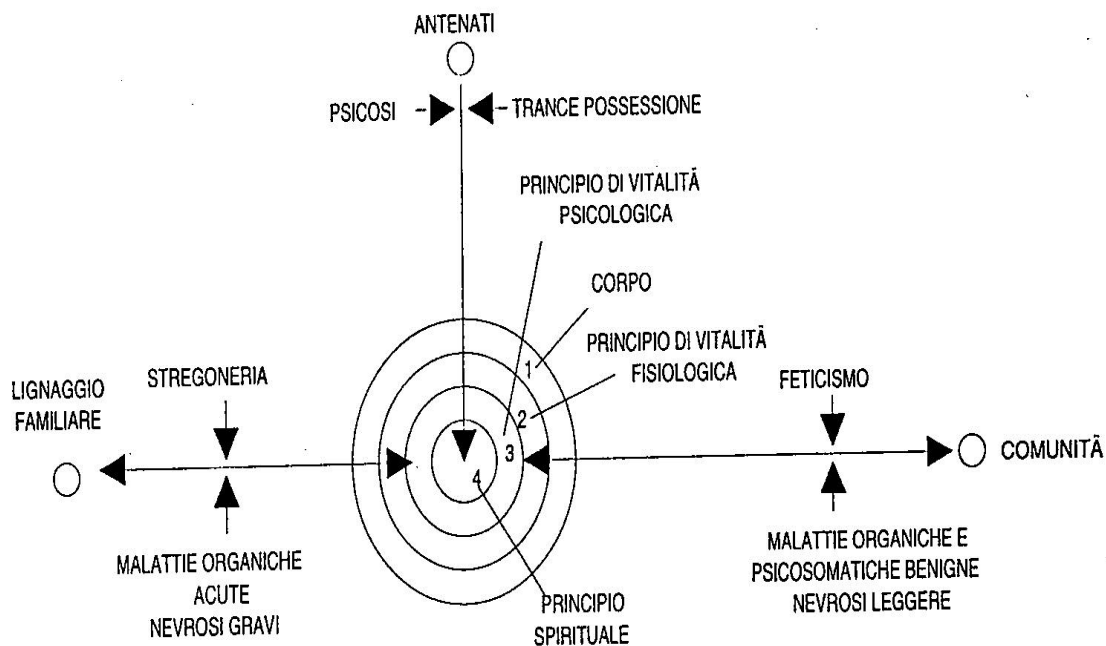


Figura 1

Seguendo lo schema proposto da Sow il movimento carismatico si inserisce perfettamente all'interno del principio spirituale, non venendo così a creare squilibrio nell'"abitudine culturale" del soggetto in questione. In questo modo, il campione esaminato ha lasciato in me la consapevolezza

di essere stato sottoposto ad un naturale processo di inculturazione²⁰ (per quanto riguarda il fenomeno religioso), piuttosto che ad un processo di acculturazione che il fenomeno migratorio avrebbe potuto provocare²¹.

Berry e coll. (1994: 19) fanno risalire il termine acculturazione al mutamento culturale e psicologico causato dal contatto con altre persone che appartengono a culture differenti e che tengono comportamenti differenti (...); l'acculturazione è una seconda e più tardiva forma di inculturazione, e può avvenire in ogni momento della vita di ognuno, non solo durante l'infanzia. Essa comporta il ri-apprendimento (compresa una certa specifica ri-socializzazione) e può creare sia nuovi problemi sia nuove possibilità per l'individuo.

Una seconda riflessione in merito alla religiosità del campione analizzato mi ha indirizzato invece nel vivo del discorso inerente il nome proprio e l'identità in un'ottica transculturale. Il fatto che gli Ibo da me intervistati siano così religiosi ed osservanti mi ha portato a chiedere (in via del tutto informale, dal momento che il campione rispettava la regola dell'anonimato) il nome proprio anagrafico di alcuni soggetti. Inizialmente mi è stato spesso dato un nome occidentale: Maria, Elisabeth, Gabriele ecc..., poi davanti al mio stupore per nomi così poco nigeriani e molto italiani, con l'aiuto della mediatrice ho potuto comprendere che, con il fenomeno migratorio, il nome tradizionale è stato abbandonato a causa della difficile pronuncia... (basti pensare che il mio portiere, Tamil, si chiama Davanathan, da lui stesso abbreviato in Nathan, ma nel mio palazzo è stato ribattezzato Nando!!!). Così ho scoperto nomi dal significato sorprendente che hanno contribuito in parte a dar forma "all'unicità" di chi mi ha regalato la propria storia.

Ifunania (amare) è un ragazzo di 26 anni che nel sedersi occupa tutta la sedia ed è venuto in Italia con un contratto di ingegnere dell'ONU. Il contratto è ora scaduto ed è quindi in cerca di un lavoro che gli permetta di mantenersi, tenendo presente che deve pagare l'affitto di un piccolo appartamento condiviso insieme ad altri 5 connazionali. Nei momenti difficili ragiona sul problema e cerca di trovare una soluzione. Ha difficoltà nel chiedere aiuto al prossimo. La sua famiglia è cattolica ma lui non fa nessun riferimento alla propria religiosità durante il colloquio.

²⁰ L'individuo viene incluso o accerchiato dalla propria cultura; egli acquisisce, con l'apprendimento, ciò che la cultura ritiene necessario. Non vi è di necessità nulla di deliberato o di didattico in questo processo; sovente vi è apprendimento senza insegnamento specifico: Il processo di inculturazione coinvolge i genitori e altri adulti e coetanei, in una rete di influenze sull'individuo, che possono tutte limitare, plasmare e guidare l'individuo in via di sviluppo. Il risultato finale (se l'inculturazione ha successo) è una persona competente nella cultura, ivi compresa la lingua, i rituali, i valori e così via. John W. Berry et coll. (1994: 18).

²¹ È da tenere in considerazione il dato fondamentale che riguarda la religiosità dei soggetti arruolati nella ricerca: la quasi totalità apparteneva già alla comunità cattolica in Nigeria prima di emigrare, continuava però – all'interno della propria comunità – ad usufruire, all'occorrenza, dell'aiuto dei guaritori tradizionali dei villaggi in cui si trovava a vivere.

Iweoje (come il re e la regina, palazzo reale), ha ricevuto questo nome dal nonno che l'ha presa a vivere con sé quando aveva 8 anni. Il padre era violento e picchiava spesso lei e sua madre. *Iweoje* ha 27 anni, vive a Latina a casa del ragazzo e della sua famiglia. Non ha il permesso di soggiorno, per vivere compra merce che poi rivende porta a porta. Deve estinguere un ingente debito nei confronti di una compaesana che le ha pagato il biglietto aereo dalla Nigeria in Italia e le ha dato aiuto durante i primi difficili tempi. L'entità del debito accumulato fa sospettare che colei che l'ha aiutata fosse una usuraia. *Iweoje* afferma di non volersi prostituire per restituire tutto il denaro e quindi lavora molto ed è stanca. Nei momenti difficili prega, a volte condivide il problema con gli amici, a volte preferisce la solitudine.

Onyekachukwu (nessuno è più grande di Dio) ha 43 anni ed è in Italia per mettere in pratica il suo percorso di vita: diventare un prete. Ha ricevuto la chiamata a 15 anni e da allora ha fatto di tutto per servire il Signore. Nei momenti difficili prega e aspetta il risultato. La sua famiglia di origine è cattolica.

Ikechukwu (la potenza di Dio) è un ragazzo di 30 anni venuto in Italia perché figlio unico e in quanto tale è il solo erede dei beni di famiglia. Mi spiega che nel suo villaggio è pericoloso essere figli unici in quanto oggetti di aggressioni e uccisioni per fini ereditari. Con la sua famiglia ha deciso di espatriare e di costruirsi una vita in Italia. Sta cercando lavoro come manovale. Nei momenti difficili prega Dio in quanto solo con lui condivide la sua vita. Se ha un problema non si rivolge ad amici o parenti ma soltanto a Dio. La sua famiglia di origine è anglicana.

Anayo (pregare per andare verso Dio) è fuggito dalla Nigeria per problemi di carattere religioso, non entra in merito alle vicende che lo hanno portato in Italia. Nel viso ha diverse scarificazioni legate all'appartenenza del padre alla religione “tradizionale”; la mamma è invece cattolica. Il padre era un guaritore locale, una persona importante nel villaggio. Nei momenti difficili *Anayo* prega Dio e cerca di condividere con i suoi amici Italiani i problemi che incontra.

Chinedu (il Dio ti guida) è un timido ragazzo di 21 anni, è venuto in Italia con la speranza di diventare un *web designer*, ma non è riuscito a coronare il suo sogno. Ora vuole tornare a casa dalla sua famiglia e cercare di aprire un commercio tra il suo paese e il nostro. Nei suoi momenti difficili prega. *Chinedu* è il più introverso dei soggetti da me incontrati, è diffidente e con difficoltà risponde alle domande poste nel colloquio.

Agharese (come una farfalla: è bella ma dura poco) ha 25 anni e al suo arrivo in Italia è rimasta incinta. Ha avuto dei momenti difficili nel nostro paese e durante questo primo colloquio non dice molto delle sue esperienze negative. I suoi genitori sono pentecostali mentre suo marito è cattolico non praticante. Nei momenti difficili cerca di parlare con gli altri e risolvere il suo problema. *Agharese* è l'unica delle persone intervistate che si presenta spiegando che qui in Italia si chiama E., le suore da cui è stata "ribattezzata" M. ma in realtà lei si chiama A. e che io posso decidere come chiamarla durante il colloquio!

Chkwumma (Dio mi conosce, sa i miei problemi) ha questo nome perché prima di lui la madre aveva perso due bambini. Alla sua nascita la mamma lo ha affidato a Dio poiché era l'unico a sapere di cosa potessero necessitare entrambi. Sono 4 anni che è in Italia per lavorare, vive in un appartamento con alcuni amici. Nei suoi momenti difficili parla solo con Dio, lui è l'unico in grado di indicargli la strada giusta.

Gli esempi sopra esposti sono solo alcuni dei colloqui effettuati, si tratta comunque di una sintesi molto approssimata di incontri durati all'incirca un'ora e mezza. Quello però che salta subito all'occhio è il processo di acculturazione inerente il nome proprio. Queste persone hanno tutte cambiato il nome assegnatogli alla nascita per adeguarsi agli standard occidentali, la loro identità si è nascosta dietro la necessità di veder riconosciuta la propria esistenza. Cambiare il proprio nome per abbracciare simboli diversi, non legati al proprio bagaglio di valori, porta l'individuo ad una rinegoziazione identitaria spesso delicata e non facile, perché senza saperlo non è il semplice nome a cambiare, ma un intero sistema di valori. Tale identità che non esiste - o meglio esiste solo agli occhi di Dio in quanto l'unico in grado di riconoscerci nel momento del bisogno (quasi tutte le persone che ho incontrato per la ricerca si rivolgono solo a Dio per vedere realizzato il proprio benessere) - ha portato questi soggetti ad assumerne un'altra, più vicina a quella della popolazione che li ospita, ma questo solo esteriormente.

I soggetti intervistati risultano infatti poco inseriti in una rete sociale (tranne alcune eccezioni), nonostante la presenza intorno a loro di diverse persone. L'aver rinarrato il significato del proprio nome, ma soprattutto aver avuto la sensazione che qualcuno si fosse accorto "dell'imbroglione identitario", mi ha permesso di entrare nel vivo della vita dei soggetti che con gioia mi hanno reso partecipe dei significati, delle eredità e forse anche delle difficoltà che in un semplice nome possono essere contenute. Del resto è nel nome che risiede il centro dell'identità di ogni individuo (Terranova Cecchini, Tognetti Bordogna, 1992) e nelle società di tipo tradizionale (io questo lo toglierei perché non ci sono più società che considerano "tradizionali"; si potrebbe dire "società

altre”.) questo spesso si lega fortemente all'asse spirituale del nucleo dell'io, come di seguito tenterò di mettere in luce.

Come precedentemente illustrato, nello schema proposto da Sow riguardo la personalità tradizionale vi è, nella costruzione dell'io, un asse che collega il principio vitale con l'avo, l'ancestro. Tale asse - chiamato spirituale nella rielaborazione effettuata da Terranova-Cecchini, Inghilleri (1991) fig. 2- interviene nella costruzione del nome dei soggetti Ibo da me intervistati. Se si osserva la traduzione o la storia del nome, il concetto è più evidente: molti di loro sono cattolici praticanti e nel nome è possibile rintracciare devozione e riconoscenza verso Dio, oppure sono nomi di derivazione familiare legati ad avi o ancora scelti dai personaggi più sapienti all'interno della famiglia (per es. un nonno). In queste società vi è un riconoscimento manifesto della presenza di una parte spirituale che alberga in ogni individuo; tale spiritualità, rappresentata all'interno della costruzione della sostanza dell'io da Terranova-Cecchini e Inghilleri (1991) nella fig. 2, è tale da "vivificarsi" con l'identità di ognuno nel nome proprio. Assegnare alla nascita un nome come: "Dio mi conosce, sa i miei problemi", collega sin da subito l'individuo all'interno di un sistema di valori in cui la presenza, ma soprattutto l'esistenza del Divino e del soprannaturale, non vengono negoziati all'interno del "bagaglio di artefatti" utili per abitare l'ambiente circostante. Cambiare il proprio nome da *Chkwumma* a Gabriel (per es.) porta, a mio avviso, a un nascondimento identitario non solo riguardante la propria lingua madre, ma anche ai propri valori e credenze che vengono così esperiti in solitudine (quasi tutti i soggetti da me intervistati si rivolgono a Dio nel privato sotto forma di preghiera, difficilmente condividono le proprie difficoltà con altri, specialmente se italiani).

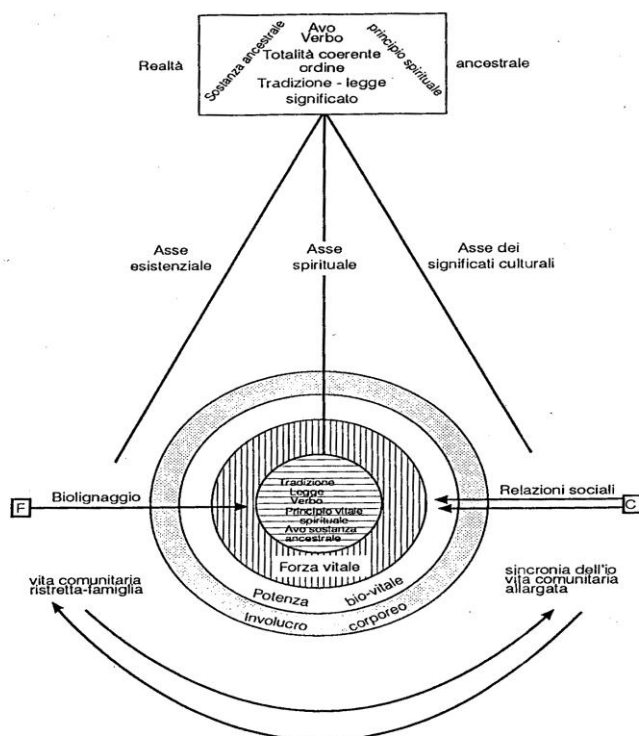


Figura 2

Sow, nel descrivere lo schema della personalità, parlava di equilibrio tra gli assi; con la trasformazione identitaria legata al cambiamento del proprio nome si viene a creare un "annebbiamento" dell'asse spirituale a favore così di un maggior coinvolgimento dell'asse dei significati culturali; la sensazione è quella di precipitare verso la perdita del significato spirituale in favore di quanto caratterizza la società-comunità, che in questo caso è quella occidentale. Il nome non è più legato così all'avo, all'ancestro, ma alla comunità di riferimento sociale.

Quanto descritto mi porta all'ormai noto fenomeno del chiamare i propri figli seguendo schemi inseriti nel palcoscenico mediatico, consumistico e di mercato. Inevitabile, in questo modo, è la sostituzione della storia familiare, pertinente ad ognuno, con ciò che al momento è più "desiderabile" a livello sociale: Chanel è il nome assegnato alla figlia di un noto calciatore e ripreso dal cognome di una stilista famosa per il suo profumo e le sue borsette. Ecco come il nome entra nei processi identitari dell'individuo arrivando, a livello macrosociale, a delineare la trasformazione del nuclei profondi dell'io. Con il dilagarsi dei processi di globalizzazione - legati anche agli ingenti spostamenti delle persone verso i paesi più industrializzati - e la sempre più dilagante presenza di "format" televisivi all'interno delle reti nazionali, si può notare il diffondersi dell'assunzione di nomi anagrafici fino a qualche tempo fa impensabili. Come notano Fruttero e Lucentini (1998: manca il numero di pagina perché la citazione è letterale), riguardo i circa mille nomi in circolazione a partire dagli anni settanta, "...una parte non trascurabile è costituita da nomi stranieri più o meno italianizzati o da stravaganti appellativi di nuovo conio, direttamente o indirettamente ispirati alla tv".

Se si assume il concetto del nome proprio come quello di artefatto simbolico²² noteremo come nelle periferie metropolitane (almeno nella mia che è quella romana) la tendenza degli autoctoni è quella di prendere le distanze dalle proprie radici culturali riguardanti il nome proprio. Si incontrano così bambini/e dai nomi come Swami, Samia, Chantal, Leila, Kevin, Ridge, Brooke ecc., che devono i loro nomi a personaggi virtuali e non, che popolano le nostre televisioni nazionali. Mentre è sempre più diffusa la tendenza da parte della popolazione emigrata, presente sul territorio romano, di attribuire e attribuirsi nomi legati alla tradizione Cattolica italiana.

Dalle interviste che ho svolto, il dato evidenziato è che, almeno per la popolazione di tipo tradizionale come quella degli Ibo, il nome proprio si lega al nucleo profondo dell'io seguendo l'asse

²² L'artefatto è un ente non presente in natura ma costruito o prodotto dall'uomo. Gli artefatti sono i costituenti stessi delle culture umane e in essi ritroviamo non solo le cose e le strutture materiali, ma anche le idee, i prodotti artistici, le tecnologie, le concezioni politiche, le religioni i rituali e così via. (Inghilleri, 2007).

dell'avo, dell'ancestro e quindi del verbo fondatore. Il nome promuove così, nell'arco della vita, la consapevolezza dell'esistenza di qualcosa oltre l'uomo e oltre la vita a cui ogni individuo contribuisce a dare continuità. Spostandoci dagli Ibo alla società occidentale, il risultato è comunque simile in quanto - anche se non legato alla religiosità dell'individuo - il nome (almeno per la gran parte delle persone della mia generazione) rimane comunque il rappresentante della storia familiare di ognuno. Si affievolisce l'importanza legata alla trascendenza ma rimane comunque il legame con il riconoscimento di una continuità generazionale (anche se forse questo dato è maggiormente riscontrabile con il cognome).

Nel "destino nel nome" film del 2006 della regista indiana Mira Nair si può ben cogliere quanto il nome proprio di uno dei protagonisti entri all'interno del nucleo profondo dell'io portando il soggetto verso la propria "risoluzione identitaria". Dopo essere sopravvissuto a un incidente ferroviario, Ashoke cambia la sua personale visione della vita; inizia a viaggiare - prima in Inghilterra e poi in America - e torna in India solo per sposare secondo la tradizione bengalese una giovane donna scelta dai genitori. Ashima decide che è l'uomo per lei ancor prima di conoscerlo, nel momento in cui prova le sue eleganti scarpe europee lasciate nell'atrio e con qualche timore, ma piena di speranze, lascia la patria e il calore della famiglia per seguire il marito a New York. Nonostante i contrasti climatici e culturali, Ashima trova conforto nel compagno che imparerà ad amare e rispettare. Alla nascita del primogenito i due giovani sposi decidono di rispettare l'usanza indiana che vuole sia la nonna materna ad assegnare il nome proprio al primo figlio. Trattandosi dei primi anni settanta e dovendosi affidare ad una lettera affinché ciò possa accadere, ripiegano su un nome di circostanza da cambiare poi in seguito. Il bambino viene registrato all'anagrafe con il nome di Gogol, in onore dello scrittore russo al quale Ashoke imputa la sua salvezza ("Il cappotto" di Nikolaj Gogol è il pretesto per creare il legame tra padre e figlio sul quale si basa il film tratto dal romanzo omonimo di Jhumpa Lahiri) e di conseguenza la gratitudine per tutto quello che in seguito è avvenuto nella sua vita (famiglia inclusa). Premessa necessaria, perché *The Namesake* (titolo originale della pellicola) gira intorno a questo nome bizzarro - prima voluto e in seguito ripudiato dal bambino. Gogol si vergogna e appena raggiunta la maggiore età cambia il proprio nome e si allontana dalla trazione bengalese per abbracciare in pieno la cultura neworkese. Il protagonista assume le caratteristiche di chi subisce un processo di acculturazione per "compiacenza sociale" e la massima espressione del processo si manifesta con il ripudio del proprio nome anagrafico. I rapporti con la famiglia di origine sono ridotti al minimo e la sensazione che si prova è quella di una persona che "si fa vivere" trascinata dalla casualità degli eventi. Con la morte del padre Gogol è finalmente messo di fronte all'inevitabile riflessione riguardo le sue radici, prende il libro dell'autore di cui porta il nome e ripensa alle parole con cui da adolescente Ashoke gli spiegò il perché del suo nome.

Senza quel libro Ashoke sarebbe morto in un incidente ferroviario; inoltre l'augurio che gli veniva fatto era quello di viaggiare e visitare il mondo prima di fermarsi definitivamente in un posto. Gogol, quindi, alla fine del film parte, seguendo il destino impresso in quel nome impostogli dal padre.

Al di là della esemplificazione cinematografica riguardante i valori pertinenti gli usi e le abitudini della cultura bengalese, a mio avviso è rilevante sottolineare come il nome svolga un importante ruolo nei processi dinamici dell'identità delle persone, a prescindere dalla cultura cui si faccia riferimento. Quello che cambia nelle dinamiche interne all'individuo, a livello emico²³, è il valore simbolico di riferimento culturale. Così per gli Ibo nell'asse ancestrale-spirituale è chiaro un collegamento manifesto con la trascendenza, la religione di riferimento, mentre per la società occidentale, la sensazione potrebbe essere quella di una linearità con gli ideali a cui l'individuo è legato. L'esempio lampante può rintracciarsi nella famiglia tal dei tali che ha chiamato la primogenita Ernesta in onore di Ernesto "Che" Guevara. Anche nel film in precedenza riassunto, il nome assegnato al primogenito è legato agli ideali espressi da un autore russo, nel quale la famiglia del film si identifica. Con il nome che gli Ibo assegnano alla nascita ai propri figli, come precedentemente evidenziato, si inserisce da subito l'individuo nella sfera "magico-religiosa" di pertinenza, legando così il nome proprio all'asse spirituale della fig. 2. Diversamente, invece, per le società occidentali. In questo caso il nome è più ancorabile all'asse dei significati culturali (sempre fig. 2) in quanto espressione spesso di ideali o valori che attraversano la storia familiare nel momento della nascita.

Concludo affermando che l'aver il privilegio di chiamarsi in un modo piuttosto che in un altro non è questione di scarsa importanza, in quanto il nome anagrafico assume le vesti di un importante artefatto simbolico in grado di evocare nell'individuo la spiritualità presente (spesso non riconosciuta) in ognuno. L'aver cambiato nome da parte degli Ibo risulta a questo punto un dato fondamentale in quanto "priva l'io di sue parti costitutive, quali la tradizione ancestrale fissata nel territorio e nei suoi artefatti, si toglie alla popolazione, all'io culturale di ciascuno dei suoi membri, la capacità di sviluppo del proprio pensiero, della propria società" (Rosalba Terranova-Cecchini, 1991 pag. 35).

²³ Il termine ripreso da Pike, ed utilizzata da Berry a partire dal 1969, indica il sistema valoriale, l'etica, l'umorale di un gruppo in contrapposizione ad etico che indica l'universalità dei valori. Emico è lo specifico ethos di una cultura: con questo si sottolinea come il mondo dei valori è relativo ad un contesto culturale e che alle molte culture del pianeta corrispondono declinazioni diverse l'una dall'altra, delle norme e delle regole, del concetto di bene e di male, del significato dei comportamenti che conseguono a tutto ciò (lezione della prof.ssa Terranova-Cecchini R. del 10 marzo 2007).

Un semplice nome potrebbe così portare l'individuo a "risalire" la bellezza della propria trascendenza oppure a manifestare l'assunzione di modelli alieni che fissano lo sviluppo dell'io in meccanismi di mimetismo e dipendenza.

Bibliografia essenziale

Berry Johon W.,Poortinga Ype H., Segall Marshall H., Dasen PierreR.(2000),*Psicologia transculturale*, Guerini Studio,Milano.

Chalier C.(2008), *Le Matriarche- Sara,Rebecca, Rachele e Lea*, Giuntina, Firenze.

Faldini Pizzorno,L.(1999),*Vodo*, Xenia tascabili, Millano.

Fruttiero, Lucentini(1998),*Il nuovo libro dei nomi di battesimo*, Oscar Mondatori,Milano.

Inghilleri,P. (a cura di)(2007),*La « buona vita »*, Guerini e Associati, Milano.

Inghilleri,P., Terranova-Cecchini,R. (a cura di) 1991, *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Franco Angeli, Milano.

Terranova Cecchini, R., Tognetti Bordogna, M.(1992), *Migrare*, Franco Angeli, Milano.

3.1.2 Storia della partecipazione alla ricerca e note proposte sull’Etiopia

Fare ricerca, per la nostra gente, è una cosa strana e poco comune. La nostra gente sente parlare di ricerche solo sugli animali. Quindi questa parola li spaventa. Dal luglio 2005, avendo a disposizione dei volantini tradotti in diverse lingue, abbiamo iniziato l’attività proponendo la partecipazione ai giovani richiedenti asilo. A tal fine ci siamo recate in diversi centri di accoglienza ed abbiamo incontrato le donne etiopi, presso la sede della comunità etiope, in ristoranti africani, in feste private, in negozi di parrucchiere africane, presso la chiesa ortodossa etiope dopo la messa domenicale. Personalmente ho svolto anche una intervista presso una radio indipendente (Radio Onda Rossa) che trasmette un programma in lingua amharica ogni domenica dalle ore 14:00 alle ore 16:00. La maggior parte dei partecipanti dell’Etiopia alla ricerca sono stati giovani richiedenti asilo politico, coinvolti spiegando loro che questo programma (TEKLALA MIRMERA ovvero –general check up in amharico) sarebbe stato utile per la conoscenza del loro stato di salute dopo la lunga sofferenza per il viaggio verso l’Italia. Dopo il loro consenso informato, era necessario spiegare l’utilità di effettuare le analisi del sangue con 12 provette. I giovani erano molto spaventati nel vedere tutte queste provette piene del loro sangue. Temevano questo prelievo e, in lingua amarica, chiedevano di non prelevare troppo sangue essendo questo, in Italia, un bene molto prezioso - *“io ho poco sangue”*, affermavano. Molti di loro sono timidi e mostrano un atteggiamento timoroso nel rispondere ad alcune domande sulla loro vita personale, quasi come se ciò gli facesse rivivere le esperienze traumatiche del loro percorso migratorio. In questa fase, il ruolo del mediatore è stato molto importante. Abbiamo dovuto spiegare loro che i nostri colloqui sia psicologici che medici non miravano ad ottenere informazioni sul loro passato. La maggior parte dei partecipanti coinvolti aveva una posizione sociale ed economica precaria, senza una vita stabile, con spostamenti frequenti alla ricerca di lavoro per mandare soldi ai loro cari e per pagare i debiti del loro viaggio. Non gli interessava granché della loro salute. Le donne con propri problemi di salute inizialmente hanno partecipato volentieri. Tuttavia a causa della mancanza di permessi da parte del proprio datore di lavoro ed a causa del fatto che un’assenza lavorativa può comportare un licenziamento, dichiaravano di avere difficoltà nell’accedere alla programmazione degli appuntamenti necessari.

Storia della partecipante alla ricerca. Codice ET030. La partecipante aveva tre anni quando ha perso la sua mamma. Suo padre ha deciso di sposarsi con un’altra donna e da bambina è dovuta andare via da casa e vivere con la propria zia materna fino alla età di 12 anni. Non avendo la possibilità di andare a scuola, si è trasferita ad Asmara ed ha iniziato a lavorare come donna delle pulizie per mantenersi. Quando ha compiuto 18 anni, ha avuto la proposta da alcuni conoscenti di un lavoro come domestica in Arabia Saudita. Anche se era molto contenta di andare a lavorare, ha

dovuto aspettare ancora qualche anno, tempo necessario per poter ottenere un passaporto di viaggio. In Etiopia, in quel periodo, era molto difficile lasciare il paese in giovane età.

La ragazza riporta che, avvenuto il suo trasferimento, le sue condizioni di salute sono andate notevolmente peggiorando, la cosa non era di certo positiva per l'attività lavorativa che stava svolgendo. Dice di essere stata operata quattro volte al rene ed inoltre le è stato diagnosticato un diabete dovuto allo stress. In Arabia Saudita ha vissuto quasi venticinque anni lavorando come collaboratrice domestica. Non è sposata e non ha neppure dei figli. Ogni tanto andava in Etiopia per trascorrere un po' di tempo con i suoi familiari, facendosi sostituire dalle sue amiche per non perdere il posto di lavoro al rientro. Tornata dall'Etiopia in Arabia Saudita, il datore del lavoro presso il quale lavorava da quasi otto anni, le ha chiesto di sottoporsi a delle analisi del sangue per malattie infettive presso il suo medico privato. Il fine del datore di lavoro era quello di farle credere di aver contratto il virus dell'HIV per poterla licenziare e tenere con sé la ragazza con la quale aveva avuto una relazione durante la sua assenza. Purtroppo, la nostra partecipante è stata così costretta a lasciare l'Arabia Saudita ed è dovuta tornare al suo paese contro la sua volontà.

Dopo qualche mese di permanenza in Etiopia decide di venire in Italia per curare il suo diabete. Si è recata in una ASL per curarsi, pur non riuscendo a comunicare con gli operatori a causa della barriera linguistica. Fortunatamente ha incontrato una collega mediatrice culturale del nostro gruppo di ricerca che l'ha accompagnata presso il nostro ospedale. Grazie alle dovute visite effettuate si è scoperta una epatite C. Ha iniziato subito la terapia settimanale sia per l'epatite che per il diabete. Ancor oggi viene da noi per curarsi.

3.1.3 L'immigrazione femminile: emancipazione o sottomissione

L'immigrazione dalla Romania inizia prevalentemente nel periodo immediatamente successivo alla caduta del regime Ceausescu (dicembre del 1989). La maggior parte delle persone che emigrano sono giovani che, in seguito alla conclusione degli studi, non riescono a trovare una sistemazione lavorativa, oppure giovani che lavorano sì, ma in condizioni indescrivibili. La libertà di emigrare non è immediata. E' necessario disporre di un visto turistico ottenuto sulla base di un invito effettuato da un amico originario del paese d'accoglienza, oppure bisogna pagare un'agenzia di viaggi che riesce, con alcuni agganci nei posti giusti, ad ottenere un visto collettivo e che organizza viaggi finti in vari paesi.

Una volta arrivati nel paese desiderato, in questo caso in Italia, il pullman si ferma in 2, 3 città per lasciare scendere i passeggeri e ognuno prosegue per la sua strada. Altri ancora passano clandestinamente le frontiere, nascosti in camion che effettuano corse internazionali, e la riuscita dell'impresa è difficile da prevedere.

Dal '92 il crollo economico pesa sempre di più sulla popolazione romena, tante fabbriche sono in chiusura e di conseguenza molti rimangono senza un'occupazione. Questo fattore fa' aumentare sempre di più i problemi all'interno delle famiglie, spesso gli uomini, per la disperazione di non poter più mantenere la famiglia, cadono nella trappola dell'alcool, le donne e i figli che non riescono più a mantenere l'equilibrio familiare subiscono con una forte frequenza violenze fisiche e psicologiche.

L'immigrazione aumenta, specialmente verso l'Italia, dove i romeni si sentono agevolati dall'affinità linguistica, e anche per il comportamento piuttosto accogliente degli italiani che facilita l'inserimento nella società.

Con il passare degli anni e con la diffusione delle informazioni da parte delle persone che sono già in Italia inizia ad aumentare anche il numero delle donne che scelgono di immigrare da sole, alla ricerca di una vita migliore. Sono donne che cercano un'alternativa ad un paese che le ha costrette per anni a rimanere chiuse nel buio, che le ha allontanate dalle fonti d'informazione occidentale, donne che tendono all'emancipazione o all'aumento dell'emancipazione, donne che non sopportano più i conflitti all'interno della famiglia dovuti spesso ai problemi economici.

Proprio queste sono le motivazioni che hanno portato in Italia A., una delle partecipanti a questo studio che ha deciso di fuggire dal proprio paese.

La partecipazione delle persone romene alla nostra ricerca ha come punto d'inizio il fatto di frequentare il nostro ambulatorio medico, che negli anni è diventato per loro un punto di riferimento.

A. è stata informata della ricerca sulla salute delle popolazioni migranti da sua sorella che aveva già deciso di far parte dello studio e che si trovava in Italia da più tempo.

Nel momento dell'intervista A. era molto cosciente dei suoi disagi psico-fisici ed ha subito considerato la ricerca come un'opportunità per controllare e migliorare il suo stato di salute accompagnata dalla speranza di trovare in noi un sostegno morale. Nel suo caso ha influito positivamente l'incontro con due mediatrici appartenenti alla sua stessa cultura, fatto che le ha trasmesso maggior senso di libertà nell'esprimere i suoi stati emotivi.

Il colloquio socio culturale è stato il momento principale per approfondire la situazione globale della persona.

A. è venuta in Italia nel 2003. Mi ha colpito molto la chiarezza con la quale ha risposto a una delle domande comprese nella scheda socioculturale, uno degli strumenti utilizzati nella ricerca.

Domanda: Per quale ragione hai deciso di partire?

Risposta: Non per i soldi, in Romania stavo bene economicamente, vivevo in una città molto bella, ero una commerciante; sono venuta per la disperazione dovuta al rapporto che avevo con mio marito che è un alcolista. I conflitti all'interno della famiglia erano troppo frequenti, non reggevo più la situazione. Sono venuta per salvare me e i miei tre figli.

Da questa frase emerge la particolarità di questo caso. Una donna che non parte per motivi economici bensì per recuperare la sua famiglia, la sua libertà e dignità, per lasciarsi alle spalle le violenze coniugali e rafforzare la propria emancipazione.

Ha deciso di partire prima lei e in seguito sarebbero dovuti venire i figli.

In Italia aveva già la sorella come punto di riferimento. Una volta arrivata, trova lavoro, aiutata dalla sorella, come collaboratrice domestica.

Nel frattempo conosce un uomo italiano e dopo un po' di tempo decide di andare a vivere con lui. Nella stessa casa dove va ad abitare insieme al suo uomo si trova anche il padre di lui che non tarderà a dimostrare il suo ruolo estremamente dominante all'interno della famiglia. Quest'ultimo spesso si intromette eccessivamente nella loro storia e addirittura comincia a fare a A. delle avances quando si trova solo con lei. Con grande difficoltà A. riesce a resistere a tutti questi ostacoli, pensando che una situazione migliore sarebbe difficile da trovare, specialmente considerando l'obiettivo di far venire in Italia anche i suoi figli.

Quando la raggiunge la figlia di 17 anni, A. si sente di ricompensare l'accoglienza del "suocero" per sua figlia lavorando meno tempo fuori casa (solo tre giorni a settimana per 3 ore) e dedicando il resto del tempo alle faccende domestiche. Presto però si rende conto che vivere in una casa con un uomo, suo padre e una figlia adolescente appena arrivata da un altro paese, è una condizione per lei estremamente difficile da gestire.

A. si sente di nuovo in uno stato di umiliazione e sottomissione, ha la sensazione di fare passi indietro, la sua vita viene gestita in modo patriarcale. L'unico conforto che riesce a trovare per tutti i suoi problemi è la preghiera. In Italia frequenta molto più spesso la chiesa, in Romania il marito le vietava persino di andare in chiesa e non perché fosse di religione diversa (lei cattolica, lui ortodosso) ma semplicemente per il gusto di offenderla, di impedirle di fare una cosa che la facesse star bene.

Dopo due anni dall'arrivo della figlia in Italia, anche il figlio 22enne di A. viene in visita in occasione del compleanno della sorella. Durante questo periodo anche lui partecipa alla nostra ricerca, in seguito alla quale scopre di essere affetto da epatite B, per la quale è stato assistito dal nostro Istituto.

Tra la malattia del figlio, la fragilità emotiva di una figlia adolescente aggravata da un tentativo di suicidio e le già descritte difficoltà quotidiane, A. si trova in una posizione di mediatrice improvvisata tra i suoi figli e la famiglia italiana.

In questa gravosa condizione A. ha chiesto a noi mediatori di intervenire in diversi ambiti, non sempre aderenti al ruolo che ricopriamo (es. essere mediatori familiari tra i conflitti emotivi con la figlia e il figlio).

Da questo caso piuttosto complesso il nostro studio ha rintracciato diversi spunti di riflessione per l'approfondimento dei bisogni delle donne e delle famiglie migranti.

Abbiamo posto il focus non solo sulla presenza della malattia del figlio di A. ma anche sull'evidenza del grande bisogno di questa donna di essere sostenuta e aiutata da un servizio di intervento psicologico individuale e familiare. Consideriamo, in ultima analisi, i diversi bisogni emersi in questo caso particolare:

- bisogno di A. di essere ascoltata e compresa nelle difficoltà quotidiane;
- bisogno di cura medica del figlio;
- bisogno di assistenza psicologica alla figlia;
- il bisogno di mediazione familiare nella famiglia di origine (A. e figli);
- il bisogno di mediazione tra la famiglia di origine e quella di accoglienza ("suocero e compagno italiani);
- il bisogno di mediazione culturale durante ognuno di questi interventi.

"Chi fugge sa da cosa fugge ma non sa che cosa trova"

3.2 Intorno ai luoghi d'azione

3.2.1 Ritornando a riflettere

Cosa ha significato per me come mediatrice culturale lavorare in questa ricerca, in questo primo studio realizzato con un gruppo di mediatori culturali “a colori”? Dico “a colori” perché il colore della pelle di ognuno di noi costituisce una sorta di eterogeneo mosaico in bianco e nero, conformato da una pluralità di culture unite nelle reciproche differenze da un profondo legame umano.

Quanto questa ricerca ha inciso sul mio percorso come mediatrice e come persona immigrata? Come immaginavo e come ho vissuto personalmente questo studio? Cosa ho imparato e cosa sono riuscita a dare professionalmente e umanamente a tutti coloro che ho accolto in questo lavoro?

Mi sono posta queste e altre domande che penso valgano non solo per me, ma anche per ognuna delle mediatrici e dei mediatori che vi hanno preso parte; senza dubbio alcuno a noi è capitata la parte più interessante credo: quella di accogliere e ascoltare le persone.

L'ascolto degli altri per me (per noi) ha rappresentato sempre un'occasione di tornare agli ‘alberi’ (quelli genealogici, della famiglia) ancora di riflettere su tanti fattori, tra i quali sulla maniera in cui viviamo il rapporto con il nostro passato, con la storia della nostra famiglia e con la tradizione, il rapporto che abbiamo con le nostre radici e quale relazioni abbiamo con la nostra storia, la stessa di cui siamo tangibilmente parte.

Ci siamo profondamente e lungamente interrogati sulle esperienze sociali e biologiche comuni: il nascere, il morire, l'amore, il cibo, la festa, i tempi e gli spazi quotidiani. Abbiamo riflettuto e ci siamo confrontati sulle diversità culturali che ci rendono poi, infine, così simili nel soffrire e nell'amare, ma ci siamo anche chiesti quanto il nostro vissuto è in grado di renderci deboli o forti dal punto di vista della salute.

Tuttavia su tutto ciò che è stato scritto e fatto, c'è ancora molto quanti-qualitativamente da approfondire; questo lavoro introduce e rende futuribile la continuazione della ricerca.

Il ruolo del mediatore. In merito a quanto detto finora, il ruolo del mediatore culturale è stato dunque fondamentale per approssimarsi alla ricerca. Egli ha infatti incarnato un ruolo introduttivo nella spiegazione della ricerca stessa: ha spiegato ai volontari la ragione di essere della ricerca, le motivazioni e i vantaggi individuali e sociali per i quali le persone avrebbero potuto interessarsi e parteciparvi. Importanti sono state dunque le capacità del mediatore di accogliere, spiegare, di essere credibile per i suoi connazionali; di nuovo, far comprendere il concetto di ricerca (significato e significante) ad altre culture con dei differenti codici di significato. L'attenzione a tali differenti

codici di significato è stata fondamentale durante la ricerca, soprattutto nella traduzione dei test e degli strumenti metodologici utilizzati. Infatti, occorre sottolineare che determinati tratti culturali come le emozioni trovano risposte e si possono esprimere solo nella propria lingua e in base alla propria cultura, dunque tramite chi sa interpretarla.

Bisogna anche tenere in considerazione che la disciplina psicologica non è accettata in tutti gli ambiti; per tale ragione, oltre quelli già menzionati, il ruolo del mediatore che la introduce e che ne spiega la funzione è decisamente rilevante. In Romania 14 anni fa quando sono immigrata, ricorrere allo psicologo era considerato avere problemi psicologici. Andava dallo psicologo chi era pazzo, chi altrimenti sarebbe stato rinchiuso in ospedali con sbarre alle finestre. Oggi, molti immigrati titubanti rispetto al primo colloquio psicologico, spesso trovano in esso uno spazio per dar sfogo alla loro emotività, per risvegliare ricordi di gioia e quelli più dolorosi legati al proprio percorso migratorio.

Ma il ruolo di mediatore si estende anche ad altre collaborazioni nell'ambito multidisciplinare. La presenza del mediatore nei colloqui con il personale medico è di massima rilevanza, poiché negozia l'ambito socio culturale all'interno della relazione medico-paziente e gestisce la relazione di entrambi, oltre che i bisogni e le richieste dell'immigrato.

Per il gruppo dei mediatori che ha lavorato alla ricerca questo ha rappresentato un itinerario dalla propria diversità alla diversità dell'altro, alla sua scoperta. Ogni mediatore ha potuto ripensare, ma anche ridefinire, la propria identità attraverso le storie di vita degli altri. Nel lavoro di gruppo hanno coinciso culture diverse, percorsi differenti di immigrazione e relativi tempi individuali di residenza in Italia, hanno coinciso inoltre diversi caratteri e condizioni di vita. Con tante difficoltà e caratteristiche così dissimili tra loro, chi è entrato prima o chi dopo, tutti hanno trovato una propria collocazione e un proprio spazio nel gruppo per la buona realizzazione di un lavoro come questo.

Se fino a ieri eravamo solo degli immigrati con la necessità di integrazione, oggi ci sentiamo non solo integrati, ma anche in grado di aiutare gli altri a farlo; il nostro ruolo è quello di mediare la salute tra differenti culture.

Le persone che hanno preso parte a questa ricerca hanno rappresentato una grande risorsa per analizzare e sperimentare, ma anche proporre un modello di intervento socio-sanitario integrato e studiare il profilo immuno-infettivologico maggiormente rappresentato nei soggetti in stato di deprivazione e a rischio di povertà. Infatti i partecipanti volontari hanno dimostrato l'influenza della

propria cultura²⁴ e delle proprie dinamiche migratorie sul vissuto fisico e psicologico di ognuno di loro.

Comunque si voglia, o possa considerare, la migrazione produce cambiamenti negli individui e nelle loro culture di appartenenza. Questo se da un lato arricchisce il contesto di accoglienza, da un altro indebolisce in vari modi quella dell'immigrato (perché è alquanto complesso pensare che la propria identità resti integra e che non venga messa in discussione); tutto ciò per lo meno fino all'avvenuta integrazione e accoglienza intima dei tratti sociali e culturali della cultura ricevente.

Analisi di caso. Ho percepito nelle persone provenienti dalla Romania un grande problema legato all'alcoolismo, con la conseguenza della distruzione delle famiglie, di figli traumatizzati dalle violenze consumate in seno alle famiglia. Quest'ultimo fattore si nota soprattutto nella difficoltà di integrazione dei giovani nel nuovo contesto; soprattutto se la madre ha un'altra famiglia oltre loro.

Spesso le persone con problemi di alcoolismo vengono al primo, massimo secondo colloquio, non di più. In questi casi abbiamo contattato l'operatore di strada che però non è riuscito a incontrare questi individui che sembrano essersi dileguati.

Ascoltando le storie di alcuni immigrati ho avuto l'impressione che coloro che sono arrivati da più tempo hanno sofferto in misura nettamente maggiore rispetto a quelli arrivati da meno tempo. Questo è attribuibile all'attuale miglioramento dei servizi di orientamento e progetti di integrazione. Ma c'è di più.

²⁴La geografia, il posto da dove arrivano (intra o extra continentale), il tempo (temporaneo, transito, definitivo), lo stato giuridico (regolare, non regolare, clandestino, rifugiato politico, richiedente asilo), le ragioni (volontario, forzato), il progetto migratorio (aspettative, tempi e modalità di realizzazione).

3.2.2 Rapporto dei mediatori con le altre professionalità durante la ricerca.

Aspetti positivi e criticità

Assegnazione delle responsabilità ai mediatori

Inizio della ricerca

Le difficoltà

Tra le altre professionalità, le figure delle psicologhe sono quelle con cui si è avuta la migliore empatia. Forse questo è dovuto alla vicinanza tra i due ruoli, tante visioni in comune, la grande sensibilità di ambedue le figure verso il benessere interiore delle persone immigrate.

Durante la ricerca come mediatrice ho avuto la possibilità di approfondire le mie conoscenze sui problemi psicologici che comporta l'esperienza migratoria.

Rispetto alla relazione con la psicologa, quella con la professionalità dei medici, dovuta alla sua specificità, avviene più a livello di traduzione linguistica e meno rispetto alla mediazione culturale.

Prima che cominciasse il lavoro di ricerca con l'arruolamento delle persone, per un periodo sono state fatte alcune riunioni, in cui abbiamo discusso sulla divisione dei ruoli tra le professionalità che avrebbero collaborato alla ricerca.

Ai mediatori è stato assegnato il compito di proporre la partecipazione degli immigrati alla ricerca, di prendere gli appuntamenti con le persone e quello di seguire, accompagnandole, le persone per tutte le tappe della ricerca. E' stato necessario l'accordo con la dottoressa e tra i mediatori stessi per la decisione di porre un limite giornaliero al numero di persone che avrebbero partecipato alla ricerca al fine di non sovraccaricare il lavoro del medico e del laboratorio. La stessa attività è stata svolta per il colloquio psicologico.

Da parte di tutti c'è stato molto entusiasmo, benché fin dall'inizio si siano riscontrate alcune difficoltà nella collaborazione tra le diverse professionalità. In laboratorio, gli infermieri non capivano il raddoppiarsi del lavoro, le lamentele sono state rivolte direttamente (e forse solamente) a noi, anche se noi non abbiamo deciso chi doveva fare dei prelievi. Abbiamo cercato di mediare non solo con dei partecipanti ma anche con il personale, ci siamo presi il carico di scrivere i nomi delle persone sulle provette e sui contenitori di urina. I mediatori divengono sovente i capri espiatori delle tensioni derivanti dal maggior carico di lavoro e divengono oggetto degli sfoghi e delle lamentele dell'altro personale presente in servizio.

Nel prolungarsi della ricerca abbiamo cercato di superare le problematiche, applicando maggior elasticità al nostro modo di fare, ma va comunque segnalato che spesso i mediatori si sono trovati, in virtù di questa maggior disponibilità, a svolgere compiti non propri della loro funzione.

3.2.3 Nuove Frontiere della Mediazione

La mediazione linguistico culturale procede di pari passo con il nostro impegno nella sanità pubblica, non può essere dissociata dalla storia e dall'identità dell'Ospedale San Gallicano e dalla nascita dell'INMP.

Sono mediatrice culturale da 10anni all'interno di questo labirinto multietnico e multidisciplinare chiamato Ospedale San Gallicano. Ho contribuito alla crescita del servizio di mediazione, ho acquisito una vasta esperienza per cui spesso sono chiamata a fare docenze e interventi di formazione sulla mediazione, anche fuori dell'Ospedale. Sono stata chiamata a prender parte a questo programma di ricerca, insieme ad altri professionisti provenienti principalmente dall'area della Mediazione Linguistico Culturale e della Sanità Pubblica .

La Mediazione Linguistico Culturale praticata all'esterno della struttura del San Gallicano è una novità assoluta e può rappresentare anche una risposta all'appiattimento della figura professionale del mediatore su mansioni di interpretariato linguistico o di semplice burocrazia quotidiana. Nell'ambito di questo programma di ricerca, il lavoro esterno presso alcune comunità è stato svolto da me, insieme alle colleghe Dorothy (Nigeria) e Mahares (Eritrea), ambedue provenienti dal corso di formazione sulla mediazione tenutosi precedentemente al San Gallicano. Dopo il corso, pur conoscendoci appena, abbiamo incominciato a lavorare insieme spostandoci nei luoghi di vita e di aggregazione delle comunità, operando sul loro territorio, rispettando le loro usanze e convenzioni. Questa prossimità si è dimostrata la nostra forza.

Una musulmana in chiesa, un contributo da mediatrice. Vengo dal mondo arabo, sono musulmana, anche se non molto praticante. Avevo un'idea ben precisa di cosa fosse un luogo di culto: la figura dell'imam, il corano recitato in coro e la preghiera fatta secondo un rituale preciso.

La presenza in chiesa è stato un evento memorabile per me. Infatti, al di fuori dell'Islam, non avevo mai avuto occasione di osservare da vicino le manifestazioni di una religiosità così semplice, spontanea, eppure fortemente caratterizzata dalla identità culturale e perfino tribale. Ogni domenica seguivo la messa, partecipavo alla questua, ero presente alle loro feste, tra una folla di donne, uomini e bambini vestiti con l'abito buono. Ho assistito a battesimi e comunioni, sono rimasta affascinata dai canti e dalla musica, mentre Dorothy stessa faceva parte del coro. Ho vissuto con la comunità nigeriana per mesi, ho parlato con molti di loro, ho conosciuto le famiglie e fatto amicizia anche col parroco. La nostra presenza continua in questo luogo di aggregazione ci ha dato spazio, visibilità e molte occasioni di dialogo. Dorothy e io siamo diventate una squadra forte dove lei, seppure priva di esperienza, dava un contributo importante grazie alla sua profonda conoscenza della comunità. All'inizio non è stato facile superare i pregiudizi e la cattiva informazione medica. Per esempio, molti erano riluttanti ad entrare nel programma di ricerca perché temevano che

sarebbero stati trattati come delle cavie da laboratorio, altri non volevano sottoporsi ai prelievi di sangue in assenza di una patologia preesistente. Anche la gratuità stessa degli interventi all'inizio è stata considerata come dequalificante da una popolazione abituata ad un sistema sanitario completamente privatizzato, che non pratica alcuna forma di prevenzione e funziona solo per i ricchi. Invece, un elemento che ha giocato in nostro favore è stato il desiderio di emulazione. Quando si resero conto che anche altre comunità erano coinvolte nel programma di ricerca, e che ne stavano ricevendo vantaggi, anche la diffidenza dei Nigeriani cominciò a sciogliersi.

La mia specificità di mediatrice culturale necessitava un doppio ascolto per creare un legame di fiducia e adattarsi al linguaggio dell'ambiente. È stato un grande lavoro di approccio, di osservazione, di individuazione e di continuità. Per me era fondamentale correggere la cattiva informazione e costruire una relation di scambio tra tutto quello che viene proposto per poter svegliare la curiosità delle persone e farli beneficiare delle diverse prestazioni che la struttura propone.

La Comunità eritrea. La mia collega Mahares, portatrice di due culture, nata in Eritrea e cresciuta in Italia, aveva la facilità nei rapporti umani tipica delle culture mediterranee, ma frequentava poco la propria comunità. Abbiamo quindi scelto una diversa strategia d'approccio. Su indicazione del padre di Mahares abbiamo contattato il proprietario di un ristorante tipico, molto frequentato dalla comunità eritrea. Questa persona, come un vero leader, ci ha dato molte informazioni sulla comunità, le sue problematiche, e come gli Eritrei guardano ai problemi della salute. Anche qui abbiamo tentato di usare una chiesa come tramite, abbiamo notato un pubblico femminile più numeroso e siamo riuscite a vedere il parroco. In generale, la comunità eritrea ci è apparsa più dispersa e meno organizzata di quella nigeriana. Abbiamo lavorato poco con loro per mancanza di tempo, abbiamo raggiunto solo una tipologia di persone, e per motivi diversi non abbiamo potuto approfondire il lavoro.

Il percorso formativo in Mediazione. Dorothy, madre di 3 figli, riservata, grande ascoltatrice e prudente per natura, all'inizio lasciava a me il ruolo di portavoce, limitandosi ad intervenire come traduttrice. Questa esperienza l'ha trasformata in una donna sicura di se, professionalmente capace, influente e ascoltata nella sua comunità e nella sua chiesa.

Per Mahares, invece, è stato diverso. Già perfettamente integrata in Italia, partecipando a questa ricerca ha avuto l'occasione di riprendere contatto con la sua comunità e le sue radici. Per me l'esperienza della mediazione all'interno della comunità Nigeriana ed Eritrea è stata fonte di grande conoscenza delle comunità, occasione di incontri e amicizia, ha suscitato in me riflessioni e curiosità, nuovi interrogativi, e mi ha fatto crescere sia dal punto di vista professionale che da quello umano.

Riflessioni conclusive sulla natura della Mediazione. Per la mia esperienza di anni, mi sono resa conto che la Mediazione linguistico culturale è una disciplina essenzialmente empirica. Non c'è ancora un metodo e ci troviamo di fatto in una fase pionieristico-esplorativa., una specie di laboratorio del mediatore e della stessa società. Ogni Cultura ha le sue parole per esprimersi, il dialogo interculturale non è ancora un metodo ma consiste piuttosto nella volontà di ascoltare ciascuno nella sua voce più profonda , di rivelare logica e coerenza per risalire al centro di quello che è la comunicazione. Allora può darsi che, dopo avere imparato ad ascoltare, l'efficacia della mediazione e la qualità degli scambi potrebbero aiutare l'incontro delle culture, non a scapito dell'identità di ciascuno, ma nei termini di una più ricca partecipazione e apertura.

3.2.4 La nuova esperienza della mediazione linguistico-culturale all'interno della ricerca scientifica

Introduzione. L'Ospedale San Gallicano, aperto alla realtà della popolazione immigrata in quanto soggetto debole dal punto di vista socio-sanitario, gestisce da tempo un servizio di mediazione linguistico culturale unico nel suo genere. Nel 2005, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Ospedale ha dato vita ad una ricerca denominata "Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici". La ricerca è fortemente indirizzata verso gli aspetti biologici, ma per la prima volta si è tenuto in gran conto anche l'aspetto psicologico e l'apporto metodologico fornito dai mediatori linguistico-culturali.

La scelta dei soggetti fragili è mirata su due continenti, l'Africa e l'Europa Orientale: Etiopia, Eritrea, Nigeria, Romania e Ucraina.

Il percorso della ricerca si articola in vari passaggi: un cheek up completo con prelievi e analisi del sangue, una visita di controllo generale seguita dal time test, due sedute psicologiche, un colloquio col mediatore per delineare il profilo linguistico e socio-culturale del paziente, e il rilascio del consenso informato.

Organizzazione. Come prima cosa è stato necessario raccogliere ed esaminare il materiale reso disponibile dalle fonti ufficiali (Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità). In seguito si è passato alla stesura in prime bozze di un volantino informativo, di un'ampia scheda dove raccogliere tutti i dati socio-culturali e storico-anagrafici dei volontari, e della modulistica per il consenso informato. Tutto il lavoro è stato tradotto nelle lingue d'origine dei pazienti. La dottessa Tumiatì e la dottessa d'Arca hanno monitorato assiduamente il procedere della ricerca fino alla sua conclusione. L'azione dei mediatori è consistita, in una prima fase, nell'incontrare i vari gruppi etnici coinvolti nella ricerca, raccogliendo e interpretando le loro reazioni di fronte a temi quali la ricerca scientifica e la sperimentazione su soggetti volontari, il rapporto con le istituzioni sanitarie, le aspettative generate dal sistema sanitario nazionale, e concetti del tutto estranei ai pazienti, come ad esempio quello del consenso informato. Una volta stabiliti gli opportuni canali, i mediatori hanno potuto dare inizio alla fase di reclutamento dei volontari, e, individuati i codici di comunicazione, al lavoro collettivo con lo psicologo e il paziente, nella sua lingua di origine.

Per i pazienti europei il lavoro del mediatore è consistito essenzialmente in una campagna informativa, e si è svolto tutto all'interno dell'ambulatorio, in quanto i pazienti di quelle nazioni frequentavano già l'Ospedale in grande numero.

Con gli Africani, invece, il mediatore ha dovuto agire fuori dalla struttura ospedaliera, recandosi di persona presso le varie comunità.

In questa fase, il mediatore ha praticamente invertito il suo ruolo abituale, diventando lui stesso rappresentante della struttura ospedaliera, e svolgendo una delicata opera di sensibilizzazione sulla politica sanitaria e di informazione sull'attività e le caratteristiche dell'Ospedale, stabilendo così un primo saldo rapporto con una fascia di cittadini immigrati che fino ad allora avevano usufruito solo marginalmente del Servizio Sanitario Nazionale.

Metodologia. La comunità nigeriana per la parte che abbiamo potuto raggiungere con i pochi mezzi a disposizione, è composta soprattutto da cattolici, anglofoni dal punto di vista linguistico-culturale. La minoranza musulmana è quasi del tutto assente, perché gli immigrati di quella fascia sociale si dirigono preferibilmente verso i paesi musulmani. I Nigeriani vivono in gran numero nei quartieri intorno a via Casilina, e la loro vita sociale è ricca e ben organizzata. Dal punto di vista sanitario, le ASL C e B hanno creato svariati ambulatori che sono frequentati con regolarità da questa popolazione.

Per un primo approccio con la comunità nigeriana ci siamo rivolti ad una associazione laica. Abbiamo partecipato ad una prima riunione in un ambiente multi-etnico, con i loro dirigenti, e le nostre proposte sono state messe all'ordine del giorno di un'altra riunione che si sarebbe tenuta di lì a poco, allargata a tutti i soci. L'associazione ci è parsa efficiente, ma lenta nei processi decisionali e non molto frequentata. In definitiva, non si trattava di un contatto utile ai nostri scopi.

Tutt'altra impressione abbiamo avuto invece dalla comunità di fedeli che si raccoglie intorno alla chiesa di S. Ambrogio ed al suo parroco don Roberto. I Nigeriani vivono la loro fede in modo fervente e spontaneo. I fedeli sono numerosi, entusiasti e affascinati dal carisma del loro pastore. Grazie a Dorothy, membro conosciuto e rispettato della comunità, abbiamo subito raccolto l'interesse di padre Roberto, che ci ha sostenuto attivamente invitandoci a parlare in chiesa dopo le funzioni. Si può ben dire che l'incontro con i fedeli è stata la chiave del nostro successo con la comunità nigeriana.

Le comunità dell'Etiopia e dell'Eritrea. All'inizio della ricerca sono arrivati in ambulatorio per una prima visita gruppi di giovani dell'eritrea e dell'etiopia arrivati da poco in Italia, quasi tutti con permesso di soggiorno umanitario di Crotone e Foggia.

Sono stati mandati dal "Centro Astalli" contatto prima, tramite colleghe mediatrice che operano all'interno dei centri di accoglienza, e dal "Centro di Collatina" visitato prima con medici volontari. Queste due popolazioni spesso si spostano in gruppo, la tipologia di persone arrivate da noi ha cercato di partecipare alla ricerca per l'opportunità di fare visite e analisi di sangue .

Sono, infatti, tornati più volte per analisi , hanno insistito ad avere la risposta, si sono, invece, mostrati meno interessati al colloquio psicologico .

Spesso dopo aver ritirato e letto gli analisi , sono andati fuori Roma alla ricerca di lavoro. Poi, un altro aspetto per esempio, tra il gruppo basta che uno di loro ha il telefono, lo da anche per gli altri.

Le loro difficoltà. La mancanza dell' iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e lo spostamento da una città all'altra, la mancanza di informazioni è dovuta anche alla loro grande mobilità e loro obiettivi era spesso la ricerca del lavoro dovunque sia, è capitato un caso dell'eritrea, che ha iniziato a imparare la lingua, a passare il suo tempo al british council , entrato nella ricerca molto convinto, compiendo il percorso intero e tenendo fede ai numerosi appuntamenti.

Aspetti particolari emersi durante la ricerca

- L'immigrato ignora i concetti di prevenzione sanitaria e di gestione della salute. Si serve occasionalmente delle strutture di emergenza e delle farmacie, senza porsi il problema di sottoporsi a un check-up o a una visita medica generale. L'individuazione tempestiva dell'insorgere di una patologia viene vista come un evento fortuito, non pianificato. Anche i prelievi di sangue e le analisi vengono considerati come legati a questioni di emergenza.
- La figura dello psicologo è del tutto assente nella cultura di gran parte degli immigrati Africani . Al suo posto verrebbe consultato il marito o la moglie, o qualche persona anziana in cui si pone fiducia, o un ministro di culto, o ancora ci si affiderebbe alla preghiera o perfino a pratiche magiche.
- Alcuni, dopo esperienze negative maturate nei loro paesi con organizzazioni di cooperazione, hanno sviluppato un atteggiamento di sospetto e sfiducia verso le istituzioni in generale, a cui nemmeno quella sanitaria si sottrae.
- La percezione del tempo è diversa per l'immigrato, specie se proviene dall'Africa. Per l'uomo occidentale il tempo è rigorosamente misurato da orologi e calendari, è qualcosa che può essere organizzato e gestito, ma inevitabilmente è una risorsa scarsa la cui mancanza genera ansia. Per l'uomo africano il tempo è qualcosa di fluido, non rigidamente misurabile, ce n'è per tutti quanto ne serve, e gli avvenimenti accadono con una certa fatalità. Mediare tra queste due concezioni radicalmente diverse di tempo, allo scopo di far procedere la ricerca secondo una tabella di marcia accettabile, è stata un'esperienza che ha messo a dura prova il personale, ma è stata anche un'occasione di crescita umana e professionale non comune.

Cosa ha portato la mediazione linguistico culturale alla comunità Nigeriana?La trasformazione delle persone e ripresa di coscienza del loro corpo e dell'importanza alla salute fisica e mentale, l'attenzione al colesterolo, allo zucchero, all'alimentazione in generale e imparare a farsi controllare, tutto un percorso di informazione e educazione che prima non c'era. Tutto il lavoro del mediatore come approfondimento, accompagnamento per l'intero percorso fino alla continuità. Si è

costruita anche la fiducia della comunità verso il mediatore, la facilitazione all'accesso al servizio sanitario nazionale, alla conoscenza delle Istituzioni Italiane , alle attività e le figure professionali che sono presenti dentro la struttura dell'ospedale San Gallicano di Trastevere.

Costituzione del gruppo: Cristina, Adela, Asta e Ana hanno partecipato ad una formazione all'Istituto Superiore della Sanità.

3.2.5 Inserimento di un nuovo elemento in un gruppo di ricerca

Il mio inserimento nel gruppo di ricerca è avvenuto in un momento particolare, decisivo, mancava qualche mese al termine e le difficoltà incontrate sono state diverse. La prima difficoltà è stata l'inserimento vero e proprio in un gruppo di ricerca che aveva svolto la maggior mole di lavoro, tutto il materiale per lo svolgimento della ricerca ha richiesto molto impegno, valutazione di aspetti molto delicati, le mie colleghe erano alla prima esperienza di ricerca e considerando che per ognuno di noi vi sono delle priorità che per l'altra sono aspetti secondari l'elaborazione del materiale da lavoro, si è rivelata faticosa. Dopo molti incontri e discussioni le mie colleghe sono riuscite a formulare del materiale idoneo per lo svolgimento della ricerca, del materiale che fosse all'altezza del delicato e notevole compito che le attendeva.

Credo che questo sia stato uno dei motivi per cui hanno avuto delle perplessità e difficoltà nell'accogliermi, a volte ho avvertito una sorta di chiusura, altre una sottile omertà che portava a escludermi dal gruppo. In alcune occasioni ho ricevuto anche delle critiche forse fondate o forse no, non l'ho mai capito, pur essendo consapevole di aver commesso degli errori. Ritengo che il loro comportamento fosse naturale è come quando arriva un nuovo studente in una classe già formata e affiatata da diversi mesi, è un elemento "ingombrante" che sia positivo o negativo riesce a creare un clima di scompiglio, anche se riesce solamente a sollevare questioni impensate e quindi ignorate, diventa un elemento di disturbo in un gruppo di egual posizione e mansioni. Fortunatamente l'accoglienza da parte di qualcuna è stata più calorosa e coinvolgente, ricordo come fosse ieri quando una collega è uscita dalla stanza dopo la mia presentazione e mi disse che non vi era nulla che io non potessi fare, che erano tutti passaggi molto semplici, o un'altra che mi disse che le faceva molto piacere il mio arrivo nel gruppo di ricerca, è stato come se per quei minuti fossero state nei miei panni e avessero saputo di cosa avessi bisogno, mi hanno accolta facendomi sentire a mio agio, trasmettendomi le prime nozioni, dandomi dei suggerimenti per intraprendere il mio nuovo percorso. Ritengo di essere stata fortunata, perché spesso trovarsi di fronte un "muro", è spiacevole e controproducente, non reca alcun vantaggio, anzi è motivo di attrito se chi lo incontra, ritiene che sia sorto senza alcuna motivazione apparente o reale, con ciò non voglio dire che sia del tutto sbagliato il modo in cui sono stata accolta, ma che poteva essere migliore, o almeno basata sul beneficio del dubbio. Forse anche questa situazione è servita per confrontarci per conoscerci e fornirci modo di cambiare idea o convincerci ulteriormente di ciò che già pensavamo. Dopo l'iniziale ostacolo dell'inserimento nel gruppo la mia attenzione si è rivolta su ciò che ritenevo più importante e prioritario, l'apprendimento di nozioni, tecniche e materiale soprattutto l'acquisizione di un buon metodo di lavoro per recuperare tappe sul lavoro già svolto, poiché la ricerca volgeva a terminare e la parte riguardante l'Eritrea era scarsa. Cercavo quindi di raccogliere informazioni

sulle tecniche usate da alcune mie colleghe, che avevano lavorato con comunità con similitudini con la mia, cercavo di capire quali fossero le tecniche d'aggancio migliori, le modalità per coinvolgere una comunità complessa e problematica come la mia parlandone con qualche collega che aveva già affrontato questa tappa per poi passare ad altre e portare avanti la ricerca poiché i tempi stringevano. Presa dal lavoro della ricerca ho lasciato che le nostre perplessità personali passassero in secondo piano sicura e fiduciosa che il tempo, spesso grande alleato, ci avrebbe aiutato; credo che in alcune situazioni affrontare spesso degli argomenti senza valutare o cambiare la propria posizione non sia né produttivo né salutare.

Effettivamente le mie colleghe lavoravano insieme assiduamente da diversi mesi avevano già superato molte difficoltà, sicuramente si conoscevano di più, avevano avuto modo di confrontarsi e di conoscersi, forse senza accettarsi, ma sapevano rapportarsi e confrontarsi a differenza di me che ero alla prima esperienza lavorativa così profonda e importante per la mia formazione e crescita, soprattutto la prima in un gruppo di ricerca.

Durante le nostre riunioni del venerdì, a volte rimanevo basita nel cogliere le loro affermazioni, per loro erano naturali, per me insolite, poi con il tempo ho capito che ciò nasceva da una maggiore conoscenza. L'incontro che doveva essere motivo di confronto, di valutazione e riflessione del lavoro svolto poteva diventare un vero e proprio scontro, una sorta di "tribunale" in cui si poteva puntare il dito sull'imputato assente e poi ogni rapporto ritornava a essere come prima, molto tranquillo ed equilibrato. Pensavo che ci fosse qualcosa d'innaturale in questo comportamento, non per la diversità di pensiero, che ognuna poteva esprimere, corretto e vero, ma per la naturalezza in cui ogni rapporto ritornava a essere, scorrevole e immediatamente sereno. Non trovo naturale essere arrabbiata con una persona, discuterci per due ore, poi, varcata una porta ogni dissapore svanisce come nulla fosse accaduto e senza successivi chiarimenti privati.

Col tempo ho capito che questo comportamento era una conseguenza del conoscersi da più tempo e dall'accettazione del carattere di ognuna, poiché ognuna di noi ha un carattere diverso dalle altre e soprattutto una personalità ben definita, che si scontrano ma che trovano sempre il sistema per lasciarsi indietro le incomprensioni e trovare anche dei lati dei caratteri che compensano e ci permettono di andare oltre le incomprensioni.

Per diverso tempo mi sono sentita un "elemento" che recava disturbo più che una "nuova collega", avvertivo di essere in più in un ambiente non confortevole e stimolante come luogo di lavoro, ma capivo di aver "scombussolato" un equilibrio di gruppo, di molte persone, quindi un equilibrio non solido, non perfetto, ma che faceva parte del loro modo di lavorare e di viverci.

A volte mi erano rivolte delle critiche, non costruttive con suggerimenti ma fine a se stesse. Ognuna aveva il suo metodo di lavoro, basato sulle proprie competenze, sul proprio carattere, sulle

proprie carenze, un metodo adattato alla propria comunità e alle mansioni, idoneo o non appropriato visto da altri, ma il mio non era appropriato, non era considerato adatto al tipo di lavoro da svolgere, come se la diversità di un metodo di lavoro sia più importante del risultato ottenuto, oppure come se una tecnica insolita precludesse una buona riuscita. Alcune volte avvertivo che si aspettavano che svolgessi delle mansioni o delle tappe nel loro modo, cosa impossibile per chiunque, credo, avrei dovuto sapere cosa fare per ispirazione e non per apprendimento o adattamento.

Abbiamo avuto modo di affrontare quest'argomento e come capita in un gruppo di lavoro di molte persone, qualcuna riteneva che alcune nozioni dovessero essermi comunicate, altre che dovevo essere io a chiedere, a distanza di tempo ritengo che l'iniziativa dovrebbe esserci da entrambi da chi accoglie e da chi si inserisce, è il modo migliore per creare un rapporto equilibrato e sereno.

Vi sono stati dei giorni in cui cercavo di capire cosa bloccasse questa situazione, ogni rapporto con le mie colleghe era stabile, non migliorava e non peggiorava; ma l'occasione per sboccare la nostra situazione si è presentata in un luogo diverso dalla sede di lavoro e non durante una riunione ma in un piacevolissimo incontro a casa di Adela che ci aveva invitate a mangiare l'empanadas e trascorrere una giornata diversa. E' veramente stata una giornata diversa, eravamo tutte insieme in un ambiente non lavorativo, per trascorrere del tempo piacevolmente libere e "leggere", senza nulla da dimostrare e da ribattere, ma soprattutto tutte uguali, in quest'occasione sono riuscita a vedere le mie colleghe in un'ottica diversa, riuscivo finalmente a vederle più vicine e meno professoresse dietro la cattedra.

Oggi i nostri rapporti sono cambiati, sono cresciuti, sono più distesi e piacevoli, spesso ci sosteniamo e ci facciamo delle confidenze, lavoriamo insieme collaborando serenamente, diverso tempo fa non avrei creduto fosse possibile, pensavo che avremmo trovato il sistema di collaborare civilmente ma nulla di più, curare i rapporti interpersonali ci permette di andare oltre molti aspetti e di capire alcuni atteggiamenti e comportamenti delle persone con cui collaboriamo e che ci sembrano troppo distanti.

3.2.6 Focus sull'alcolismo nell'Est Europa: l'Ucraina

Non è sufficiente far passare degli anni, diventare adulti per poter dimenticare o cancellare i sentimenti, le sensazioni che hanno segnato l'infanzia, l'adolescenza con lacrime, paura, disperazione quando non con il terrore, la vergogna, il senso di colpa e di forte solitudine.

Una persona adulta che è cresciuta con un genitore alcolista, ancora dopo tanti anni, spesso inconsapevolmente, si porta dietro il peso di quei giorni senza contare il fatto che le sensazioni vissute quotidianamente da un bambino influiscono fortemente sulla sua formazione come individuo.

Accade così che, passata l'adolescenza abbiano poca autostima, una visione negativa di sé, il non sentirsi all'altezza, sono troppo autocritici, sentono di non aver mai fatto abbastanza, fanno fatica a prendere qualsiasi decisione, sentono la necessità di tenere tutto sotto controllo e prevedere ciò che potrebbe accadere.

Queste persone sono le più predisposte ad avere disturbi psicologici, ansia, depressione, attacchi di panico.

Non avendo vissuto una infanzia normale, essendosi presi in carico problemi e responsabilità di un adulto che era assente, si può dire che sono dei bambini cresciuti troppo in fretta, che creeranno conflitti nelle loro nuove famiglie in una specie di "coazione a ripetere" avendo perso qualsiasi validità il normale rapporto con gli altri e, specialmente, quello fra uomo e donna

La partecipazione alla ricerca ha dato possibilità a coloro che vi hanno preso parte di raccontarsi durante una serie di colloqui psicologici, tirare fuori il dolore addormentato ed elaborare ricordi, darsi delle spiegazioni del loro comportamento di oggi e di quello di allora, prendendo finalmente consapevolezza di sé.

La ricerca ha evidenziato come i problemi susposti siano particolarmente presenti nella popolazione proveniente dall'Est Europa, in special modo da Romania ed Ucraina. Probabilmente a causa della tradizione di forte consumo di bevande alcoliche, risalente al periodo del regime sovietico. Nell'Unione Sovietica, infatti, le persone senza fissa dimora che chiedevano l'elemosina e facevano la vita da barboni e quelli che "...conducevano una vita da parassita" venivano condannati da 1 a 4 anni di galera o ai lavori forzati rieducativi per uno stesso periodo (art. 214 del Codice Criminale della Repubblica Socialista Sovietica d'Ucraina). Nel periodo del regime sovietico, gli alcolisti dovevano sottoporsi a cure mediche obbligatorie, chi si opponeva veniva rinchiuso nei manicomi.

Da quando l'Ucraina ha ottenuto l'indipendenza, da un lato a causa della rincorsa ai miti del capitalismo occidentale, dall'altro la nuova libertà di stampa e di pubblicità, ha portato a

conoscenza della popolazione le cifre aggiornate degli alcolisti, peraltro in continuo aumento. Ogni anno in Ucraina muoiono più di 40 mila persone per cause collegate all'assunzione di alcolici.

Delle quali, 8 mila sono da ricollegarsi a morti per avvelenamento da alcolici, 8 mila a morti per problemi cardiopatici, i rimanenti, a tutte le altre malattie e/o incidenti mortali causati dall'assunzione di alcool.

Il 30% della popolazione attiva, in età tra i 25 e 50 anni, è alcool-dipendente. Ne fanno uso sia uomini che donne, ma anche i bambini. In Ucraina la statistica dice che tra 10 persone che fanno uso di alcolici, una diventa alcool-dipendente. Negli ultimi 10 anni, i soli dipendenti dall'assunzione di birra sono cresciuti di 10-12 volte.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la gioventù ucraina in età adolescenziale (12-17 anni) sta al primo posto nella graduatoria mondiale per l'assunzione di alcolici.

A causa di questa situazione, il Governo ucraino, dall'aprile 2008, ha parzialmente limitato la pubblicità di alcolici e, dal primo gennaio 2009, il Presidente Yuschenko ha voluto una legge per cui non si potesse più esporre liberamente pubblicità di bevande alcoliche, oltre al divieto per personaggi famosi di pubblicizzare bevande alcoliche. Anche se il divieto non vige sulla stampa di settore e nelle Fiere specializzate.

Riterrei estremamente utile inserire, fin dalle scuole elementari, l'insegnamento sulla nocività dell'assunzione di bevande alcoliche in specie durante l'età adolescenziale

Il Campione: il profilo emerso dalla partecipazione volontaria

TOTALE PARTECIPANTI: 296 volontari

SESSO: il 53% (157) sono donne e il 47% (138) maschi

PROVENIENZA: 12% (36) ERITREA,

16% (47) ETIOPIA,

22% (65) NIGERIA,

30% (89) ROMANIA,

20% (59) UCRAINA

ETA MEDIA: 36 anni (35,71)

MEDIA TEMPO MEDIO D'IMMIGRAZIONE: 4 ANNI (3, 66)

STATO CIVILE: il 39% (101) CELIBE/NUBILE

38% (98) CONIUGATO/A

7% (18) CONVIVENTI

10% (27) DIVORZIATO/A

0.3% (1) FIDANZATO/A

2% (6) SEPARATO/A

3% (9) VEDOVO/A

POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO: il 61% non ha permesso di soggiorno

LIVELLO DI ISTRUZIONE: 20% (49) ALTA

47% (116) MEDIA SUPERIORE

25% (62) MEDIA INFERIORE

5% (17) ELEMENTARE

1% (2) ANALFABETTA

RINUNCIE TOTALE: 12% (38)

ABBANDONI TOTALI: 19% (59)

Rinunce: persone che essendo contattati e aderito non sono arrivati a fare il prelievo (primo passo del percorso).

Abbandoni: consideriamo quelli avvenuti durante il resto del percorso, cioè che non hanno completato il percorso.

| RINUNCE E ABBANDONI | ROMANIA | UCRAINA | NIGERIA | ETIOPIA | ERITREA | TOTALE |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| RINUNCE | 18 | 6 | 4 | 10 | | 38 |
| ABBANDONI | 33 | 5 | 3 | 6 | 12 | 59 |
| TOTALE | 51 | 11 | 7 | 16 | 12 | 97 |

APPARTENEZA CULTURALE: 26% (65) RURALE

74% (181)URBANA

| APP. CULTURALE | ROMANIA | UCRAINA | NIGERIA | ETIOPIA | ERITREA | TOTALE |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| RURALE | 27 | 15 | 12 | 5 | 6 | 65 |
| URBANA | 39 | 37 | 50 | 34 | 21 | 181 |
| TOTALE | 66 | 52 | 62 | 39 | 27 | 246 |

ETNIA DI APPARTENENZA (INDIVIDUATE):

ETNIA DI APPARTENENZA PER PAESE

| ERITRE/ETIOPIA | TOT. | % | NIGERIA | TOT. | % | ROMANIA | TOT. | % | UCRAINA | TOT. | % |
|----------------|------|-----|---------|------|------|-----------|------|------|---------|------|-----|
| ACOLOGZAI | 4 | 10% | BINI | 7 | 11% | ROMENE | 73 | 97% | RUSSO | 11 | 20% |
| AMHARA | 10 | 24% | EDO | 4 | 6% | ROM | 1 | 1,5% | UCRAINO | 43 | 80% |
| BARENTU | 1 | 2% | HAUSA | 4 | 6% | UNGHERESE | 1 | 1,5% | | | |
| BILEN | 1 | 2% | IBIBBIO | 2 | 3% | | | | | | |
| GURAGHE: | 1 | 2% | IBO | 39 | 60% | | | | | | |
| HAMASSEN | 12 | 29% | IJAW | 2 | 3% | | | | | | |
| HDARB | 1 | 2% | ISHAN | 4 | 6% | | | | | | |
| IROB | 1 | 2% | ISOKO | 1 | 1,5% | | | | | | |
| KEBESA | 1 | 2% | URHOBOR | 1 | 1,5% | | | | | | |
| OROMO | 1 | 2% | YORUBA | 1 | 1,5% | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----|------|--------|----|------|--------|----|------|--------|----|------|
| RASSA | 1 | 2% | | | | | | | | | |
| TIGRIGNO | 7 | 17% | | | | | | | | | |
| WEGI | 1 | 2% | | | | | | | | | |
| TOTALE | 42 | 100% | TOTALE | 65 | 100% | TOTALE | 75 | 100% | TOTALE | 54 | 100% |

RELIGIONI: IL 92,5% è CRISTIANO; IL 6% MUSSULMANO, 0.5% RELIGIONE ANIMISTA
E 1% ATEO

| RELIGIONE | TOT. | % |
|---------------|------|------|
| ORTODOSSA | 125 | 52% |
| CATTOLICA | 58 | 24% |
| GRECO ROM. | 15 | 6% |
| ISLAM | 13 | 6% |
| PROTESTANTE | 12 | 5% |
| PENTECOSTALE | 6 | 3% |
| ADVENTISTA | 3 | 1% |
| ANCLICANA | 3 | 1% |
| TEST.DI JEOVA | 1 | 0.5% |
| WAKAFATA | 1 | 0.5% |
| ATEO | 3 | 1% |
| TOTALE | 240 | 100% |

Partecipazione alla ricerca: modalità di reclutamento e motivazioni

RISULTATO OTTENUTO CON LE DIVERSE MODALITA' DI ARRUOLAMENTO

| MODALITA DI CONTATTO | Romania | Ucraina | Nigeria | Etiopia | Eritrea | Totale |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Personale ricerca (attività in Ospedale, sportello, ambulatorio) | 48 | 39 | 11 | 19 | 14 | 131 |
| Mediatori ambulatorio/ altro personale sanitario | 5 | 2 | 2 | 2 | | 11 |
| Mediatori ricerca – contatto con la comunità | | | 26 | 13 | 2 | 41 |
| Mediatore ricerca – contatto esterno | | | 2 | 11 | 15 | 28 |
| Altro partecipante | 25 | 16 | 24 | 4 | 6 | 75 |
| Auto- proposto | 4 | 2 | | | | 6 |
| Altra modalità | 11 | 2 | | 1 | 5 | 19 |
| TOTALE | 93 | 61 | 65 | 50 | 42 | 311 |

Essendo la modalità di contatto un aspetto significativo della progettualità di una ricerca, ci sembra interessante poter riflettere su come sono andate le cose.

Senza dubbio il maggior numero di adesione allo studio proviene dalla informazione data dai mediatori e dal medico della ricerca nel ambulatorio dell'Ospedale. Questo è dovuto al fatto che le persone erano già motivate perché portavano con sé una richiesta di salute. Contemporaneamente si può vedere che le due popolazioni maggiormente contattati in questo modo sono stati la Romania e l'Ucraina. Senz'altro nel caso della Romania questo è dovuto alla alta frequenza di persone di questa popolazione ai nostri servizi. Lo stesso si può dire della Ucraina, che se anche con un numero inferiore è il terzo paese, dopo la Romania e la Moldavia come numero di frequenza lungo l'anno 2006.

L'altra modalità prevista, cioè l'adesione di volontari provenienti dagli incontri con le comunità è stata utilizzata per le popolazioni della Nigeria, Etiopia e Eritrea.

Un numero interessante da evidenziare è quello rappresentato dai volontari inviati da altri partecipanti alla ricerca. Questo può essere un elemento per l'analisi di come le persone si sono trovate accolti dai professionisti della ricerca.

MOTIVAZIONE ALLA RICERCA

| MOTIVAZIONE | ROMANIA | UCRAINA | NIGERIA | ETIOPIA | ERITREA | TOTALE |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|

| | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|----|-----|
| MOTIVI DI SALUTE | 16 | 13 | 4 | 15 | 6 | 54 |
| PREVENZIONE | 28 | 14 | 11 | 16 | 14 | 83 |
| CHECK – UP | 32 | 24 | 28 | 2 | 5 | 91 |
| ALTRO | 4 | 5 | | 1 | | 10 |
| NON DATO | 13 | 5 | 22 | 16 | 17 | 73 |
| TOTALE | 93 | 61 | 65 | 50 | 42 | 311 |

Confrontando i due dati più significativi, cioè quello delle persone che hanno aderito alla ricerca a partire da una specifica richiesta medica (motivi di salute) e di quelli che hanno approfittato dell'occasione per fare un check – up, è evidente la superiorità di quest'ultima motivazione.

Analizzando individualmente popolazione per popolazione possiamo porre in relazione la modalità di contatto con le motivazioni alla partecipazione alla ricerca. Rispetto alla Romania e Ucraina, le persone sono state fondamentalmente contattate nell'ambulatorio dell'Ospedale. Ciò potrebbe fare pensare che c'era una richiesta di salute specifica. Ma contemporaneamente a questa richiesta, in genere le persone hanno chiesto un check – up completo, cogliendo l'occasione della gratuità. In questi paesi esiste una cultura della salute che considera il controllo periodico e profilassi una modalità di anticipazione delle malattie.

Nel caso delle persone provenienti dalla Nigeria, dall' Etiopia e l' Eritrea il contatto è stato realizzato maggiormente negli incontri con le comunità. In quel caso non c'è stato una richiesta specifica di salute. L'aspetto interessante da analizzare è quello di una concezione culturale che non prevede il controllo periodico, anzi che considera l'anticipazione della conoscenza delle malattie un possibile elemento di malessere.

Questa variazione di percezione si potrebbe spiegare, per esempio nel caso della Nigeria, dalla sollecitazione da parte del prete al quale fa riferimento questa comunità, ma anche e soprattutto il doppio ruolo della mediatrice che partecipa nel gruppo di ricerca e la sua funzione di leader all'interno della comunità di appartenenza. Forse, questa funzione di leader è stata rafforzata da questa funzione di collegamento tra comunità e Istituzione.

E' importante segnalare che questo aspetto non è valido per tutte le comunità, poiché la modalità di relazione all'interno del gruppo è culturalmente diversificata al punto che una stessa proposta può generare delle reazioni contrarie.

4.1 L'immigrazione ed il progetto migratorio: desideri, paure, risorse

L'immigrazione è lo specchio del giorno che ingrandisce le difficoltà del passaggio, visto che consumiamo la vita a fare internamente passaggi e ad attraversare frontiere.

Z. Dahoun

L'immigrazione può essere definita come trauma in sé, come esperienza che può incrinare equilibri raggiunti spesso faticosamente nel corso del tempo. L'individuo è esposto a fasi di disorganizzazione che interrompono la continuità dell'esistenza²⁵. Roberto Beneduce afferma che essa può rappresentare un'impresa dall'esito psicologico incerto poiché l'individuo cerca di conservare intatto il nucleo profondo della sua identità²⁶. La reazione emozionale comune nella situazione di immigrazione è uno stato di carenza protettivo dovuto alla mancanza di una rete rassicurante. La propria cultura, con i propri codici, rituali e sistemi di azione non riesce più a fare da contenimento per l'individuo ed è allora che l'identità può vacillare: “*mancherà lo spazio dove mettere quello che si trova*”²⁷. Infatti come afferma Leon Grinberg, ogni esperienza di rottura produce una doppia perdita, quella dell'oggetto e quella delle parti del Sé in esso depositate attraverso l'identificazione proiettiva. In questo modo secondo l'autore ad ogni lutto oggettivo soggiace un lutto del Sé²⁸. La conseguenza, come afferma Kaes, è un indebolimento del Sé che spinge il soggetto a mettere dolorosamente in discussione la continuità del Sé, la immagine corporea, l'organizzazione delle proprie identificazioni e dei propri ideali, l'uso dei meccanismi di difesa, la coerenza dei modi personali di sentire, agire e pensare²⁹. Il processo di identificazione risulterà profondamente disturbato dal momento che la nostra identità si struttura in relazione ad entità transpersonali quali la famiglia ed il gruppo³⁰. Infatti secondo Rouchy “è impossibile proclamare la propria identità senza nominare uno dei molteplici gruppi ai quali apparteniamo”. Sia i gruppi primari che secondari sono fondamentali per la costituzione di essa, poiché in entrambi lo sguardo dell'Altro è costitutivo dell'immagine del Sé e del rapporto del Sé con il Sé. Il gruppo primario è rappresentato dalla

²⁵ Cfr: L. Grinberg-R. Grinberg, Psicoanalisi de la migracion y del exilio, Ed. Piados, Baires, 1978.

²⁶ Cfr: R. Beneduce, Frontiere dell'identità e della memoria, Franco Angeli, Torino, 1999.

²⁷ Cfr: D.W. Winnicott, Gioco e realtà, Armando, Roma, 2003

²⁸ Cfr: L. Grinberg- R. Grinberg, op. cit.

²⁹ Cfr:R. Kaes, D. Anzieu, J. Bleger, J. Guillaumen, A. Missenard, Crise, rupture et deassement, Dunod, Paris, 1979.

³⁰ Cfr: S. H.Foulkes, Introduction to Group Analytic Psychotherapy, Heinemann Medical Books, London, 1948.

famiglia nella quale nasciamo. Il gruppo secondario di appartenenza dà conferma della continuità, della protezione e della istituzionalizzazione delle identificazioni dell'individuo abbozzate nel gruppo primario di appartenenza³¹. L'identità si compone quindi di un insieme di relazioni interiorizzate attraverso processi identificatori di cui ogni individuo entra a far parte sin dalla sua nascita³².

La nostra identità dipende allora di una continua relazione e dialettica tra personale e transpersonale, individuale e collettivo, interno ed esterno ed il primo fattore che la modella è la cultura. Come Thobie Nathan afferma “essa non è né un abito, né un colore ma il principio strutturale e strutturante del funzionamento dell'apparato psichico³³”. Kaes (1987), ha messo in luce il forte legame tra cultura e Sé distinguendo quattro funzioni psichiche di essa:

- 1) mantenere una base individualmente indifferenziata della struttura psichica necessaria per appartenere ad un insieme sociale;
- 2) assicurare un insieme di difese comuni;
- 3) dare indicazioni per l'identificazione e la differenziazione che garantiscono la continuità della distinzione tra i sessi e tra le generazioni;
- 4) costituire un' area di trasformazione psichica fornendo significati, modalità e rappresentazioni per trattare la realtà psichica. Quindi senza questo filtro culturale che ordini, governi e fornisca i principali strumenti di interazione dell'apparato psichico con l'ambiente, non esisterebbe nessun processo psichico. E' necessario che questo si mantenga sempre attivo ed integro per garantire il sentimento di identità, coerenza e coesione dell'individuo. Le culture lavorano proprio al confine tra identità ed alterità, tra ordine e disordine legando ogni individuo ad una comune entità indifferenziata che funge da base comune per tutti i suoi membri. Questa base culturale collettiva diviene parte del nostro corpo e del nostro Sé, lavora inconsciamente e autonomamente per cui ce ne rendiamo conto solo quando ci troviamo in un contesto estraneo (Le Roy,1991). Le culture promuovono un attivo processo di delimitazione che permette di sentirsi protetti e contenuti. Grazie ad una serie di dispositivi di regolazione, recupero, negoziazione e soluzione, le culture tutelano dalla possibile invasione del disordine dall'esterno, creando luoghi idonei a prevenire e nel caso a trattare i fenomeni individuali e collettivi che ne possano mettere a rischio l'ordinamento ed il funzionamento. L'individuo in crisi trova nella solidità della cultura in cui è immerso, il supporto necessario affinché la crisi non si trasformi in malattia e quindi in una lacerazione che tiene insieme individuo, gruppo ed ambiente sociale³⁴.

³¹ Cfr: J. C. Rouchy, Identification et groupes d'appartenance, Connexions, 55, 1990.

³² Cfr: D. Napolitani, Individualità e gruppaltà, Boringhieri, Torino, 1987.

³³ Cfr: T. Nathan, Principes d'ethnopsychanalyse, La Pensée Sauvage, Paris, 1993.

³⁴ Cfr: P. Coppo, Tra psiche e culture, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

La cultura rappresenta una difesa dalla “*perdita dell’esserci nel mondo*”, essendo la condizione che rende possibile quella Presenza affinché non si trasformi in Assenza. Ernesto De Martino parla in proposito di Crisi della Presenza: “la Presenza che si perde è la presenza che si isola, è il regredire dalla socialità e dalla comunicabilità verso il privato, il cifrato e l’incomunicabile³⁵”. L’affermazione della propria individualità può divenire un cammino impervio anche quando l’emigrazione è stata programmata e desiderata o quando si è trattato di un progetto largamente condiviso. In mancanza degli abituali schemi di riferimento e di conferma (quelli mediati dalla familiarità della lingua, dai comuni codici estetici e morali), il nucleo profondo dell’identità può disorganizzarsi, divenire disarmonico, ‘scollandosi’ da quell’involucro esterno che lo protegge. Il disorientamento, lo stato di confusione e di incertezza osservato in tanti immigrati (lo stesso di cui scrivevano Riso e Boker riferendosi agli italiani emigrati in Svizzera)³⁶, rappresenta un terreno sul quale fare emergere la nozione freudiana di “*Unheimlichkeit*”³⁷. Il perturbante sarebbe propriamente sempre qualcosa in cui non ci si raccapizza. Quanto più un uomo si orienta nel mondo, tanto meno facilmente riceverà un’impressione di turbamento. Infatti perturbante è tutto ciò che provoca un dubbio intellettuale, che dà scacco alle nostre certezze, facendo sì che il noto si trasformi in qualcosa di pauroso, inaspettato e inusuale.

Per tale ragione, il nuovo ambiente deve offrire la possibilità di ciò che Kaes definisce neo-struttura, neo-gruppo, che offra “un oggetto alla pulsione di essere qualcosa (...), una protezione contro il ritorno del trauma arcaico (...), che assicuri la continuità dell’esistenza (...), e la capacità di affidarsi ad un contenitore abbastanza buono”³⁸.

Nell’ambito di tale ricerca ci si è soffermati su quegli aspetti psicodinamici che avvolgono e contengono l’esperienza migratoria: la decisione di partire, il viaggio voluto, sognato, progettato e condiviso, altre volte necessario ed unica via di uscita da realtà politiche, economiche, culturali disastrose. Il viaggio assume così una configurazione multipla divenendo esterno, interno e di necessità insieme. Esso si connota come un viaggio di scoperta e conoscenza, crescita individuale e libertà, sfida con se stessi e con la vita. Come afferma Ceschi, (*op. cit.*, p. 64): «*La cosiddetta epoca moderna ha sensibilmente trasformato i caratteri, il significato e la portata del “viaggio”, inteso sia come spostamento sul territorio, movimento attraverso lo spazio, sia in quanto evento esistenziale, da collocare su un versante essenzialmente interno e connesso all’individualità della persona che lo compie. Questa doppia dimensione, quella del viaggio sul territorio e quella del viaggio attraverso se stessi che questa esperienza innesca e sviluppa, è da sempre presente nei*

³⁵ Cfr: E. De Martino, *Morte e pianto rituale*, Bollati, Boringhieri, Torino, 2000.

³⁶ Cfr. M. Riso E W. Boker, *Sortilegio e delirio, Psicopatologia in prospettiva transculturale*, Liguori, Napoli, 1992.

³⁷ Cfr. S. Freud, *Il Perturbante*, in “Opere”, vol IX, Boringhieri, Torino, 1980.

³⁸ Cfr: R. Kaes, *op. cit.*

*viaggi, trasversale alle differenti culture che ne hanno fornito diverse interpretazioni e pratiche*³⁹».

L'idea del *viaggio* può avere significati diversi che dipendono ovviamente anche dalla cultura di appartenenza, la quale definisce – come risulta subito dai risultati che approfondiremo in modo più dettagliato –, differenti interpretazioni o pratiche.

L'attenzione è stata posta sull'ambivalenza emotiva che la scelta di emigrare pone all'individuo. Il progetto migratorio infatti oscilla continuamente tra aspettative, desideri e paure. Dalle risposte emerse spesso le paure al momento della partenza sono legate alla nostalgia per la propria terra, ai familiari, all'ansia di non sapere se sarà possibile un ritorno, al disorientamento rispetto ad una realtà nuova caratterizzata da valori, modelli, comportamenti, codici sociali e comunicativi completamente estranei e differenti rispetto alla cultura di appartenenza. Sentimenti di ansietà sono anche generati dalla paura del nuovo, di ciò che non si conosce e che spesso, avvenuto il passaggio, non si è in grado di interpretare facilmente a causa degli strumenti inadeguati di cui si dispone ed a causa anche della condizione sociale marginale in cui ci si ritrova⁴⁰. L'immigrato tende, soprattutto nei primi tempi, a decodificare la realtà nuova e complessa attraverso le regole d'interpretazione della propria cultura. Queste sensazioni di ansietà e frustrazione possono alimentarsi e sussistere una volta stanziati nel paese di accoglienza. Soprattutto la condizione lavorativa e la malattia possono essere motivo di disagio psicosociale al punto da mandare in frantumi desideri e speranze. Il capitale salute è la vera carta di soggiorno del migrante ed il mezzo per rispondere al suo duplice contratto, con il paese di residenza e con il paese di origine. Il progetto migratorio è, in generale, anche un atto tendente al cambiamento, in meglio, della propria condizione personale, sociale e culturale, una trasformazione carica di significato e di valore, di aspettative e desideri.

Dalle interviste e dai dati ottenuti appare molto chiaramente come i sentimenti di perdita si alternino a sentimenti di speranza. L'atto e la decisione di emigrare racchiudono da un lato, elementi negativi come la paura delle conseguenze, la rottura dei legami, l'incertezza ed il timore di fallire e, dall'altro, elementi positivi, dinamici, come la speranza fondata o non, di riuscire, di migliorare, di sopravvivere, di sfuggire ai pericoli della guerra e delle persecuzioni, o anche come esperienza personale di crescita e di confronto. «*L'immigrazione ha [...] una valenza extra – economica espressa in termini di crescita spirituale, di guadagno in relazione al sapere, attraverso il contatto con le differenze, attraverso l'esperienza delle diversità*⁴¹>>»). Si fa strada la speranza di trovare un lavoro che permetta di aiutare concretamente la propria famiglia, la possibilità di crearsi un futuro che dia stabilità e sicurezza, il desiderio di potersi stabilire nel paese ospitante permettendo il

³⁹ Cfr: S. Ceschi, *Africa e Oriente, I vissuti del nomadismo: senegalesi e viaggio migratorio*, 1999, n 1 pag 64- 66

⁴⁰ Cfr: G.Favaro, M.Tognetti Bordogna, *La Salute degli immigrati*, Ed. Unicopili, 1988

⁴¹ Cfr: Ceschi, *op.cit.*, pag 66

ricongiungimento della propria famiglia, l'idea di poter fare un'esperienza di vita che, come tale, metta in gioco tutte le forze attive e vitali dell'individuo verso la trasformazione e la speranza di affermare finalmente le proprie libertà politiche, religiose, culturali in una terra scevra da guerre, persecuzioni e violazioni dei diritti. *«Il desiderio di partire può presentarsi, a volte, come qualcosa che «sorprende» l'individuo stesso, come un pensiero che, forse venuto a galla, non ha trovato spazio nella sua mente. A un dato momento, e senza sapere perché, egli lo accoglie e si rende possibile a questa nuova idea⁴²»*. Da queste parole sembrerebbe che il desiderio di partire sia qualcosa che rimane latente, sopito all'interno della mente dell'individuo, fino a quando poi questi non decide di organizzare il suo viaggio e partire. Ma quali sono i motivi di questo desiderio "nascosto" nella mente del viaggiatore? Continuano i Grinberg: *«[...], I motivi economici per esempio, possono spiegare il bisogno di trasferirsi in un ambiente che offra condizioni più favorevoli per lo sviluppo personale o per quello dei figli, [...]. Ma se pur presenti, tali motivi possono essere utilizzati ad un livello più profondo, come razionalizzazioni per soddisfare altri bisogni, conflittuali o meno, di origine interna. A volte può trattarsi di una ricerca di nuovi orizzonti, nuove esperienze, altre forme di cultura e filosofie di vita: il bisogno di partire risponderebbe quindi al desiderio di conoscere, di scoprire ciò che è lontano, l'ignoto, forse ciò che è considerato proibito o è idealizzato [...]»*, (Grinberg, *ibidem*). *«Anche l'evento della partenza, il momento della rottura, in cui la separazione si concretizza e il distacco prende forma compiuta, definitiva, contiene elementi plurimi e diversi e una dimensione che è accomunante e diversificata nello stesso tempo. È un evento che si presta ad essere vissuto in ultima istanza da ciascuno singolarmente, ma che risente e ingloba molti aspetti condivisi: in fondo la decisione di partire è la punta di un iceberg sotterraneo dove albergano la storia e l'attualità del proprio paese, della propria comunità e famiglia, dei percorsi e delle scelte personali in relazione al proprio ambiente di vita»*, (Ceschi S., *op. cit.*, p. 65).

La coesistenza di tali elementi contrastanti contribuisce a creare un persistente miscuglio di emozioni: tristezza ed esaltazione, assenza e presenza, disperazione e nuova speranza, qui/là, e tutto ciò rende il dolore incompleto o tende a posporlo. L'ambiguità diviene inscritta nella vita degli immigrati, ed è un'ambiguità con la quale bisogna costantemente imparare a convivere (M. Andolfi).

Molto significativi sono i dati emersi rispetto ai valori interni e di sostegno alla persona. Ruolo fondamentale riveste la religione come rifugio sicuro ed ancora a cui aggrapparsi in ogni momento di difficoltà, la famiglia, la salute e sentimenti positivi interni come la speranza, la fiducia negli altri, il lavorare in modo onesto, la propria istruzione. Si è cercato poi di esplicitare

⁴² Cfr: Grinberg, *op. cit.*, pag 68

le risorse interne ed esterne su cui l'individuo immigrato fa affidamento. Considerando l'immigrazione come un momento di passaggio, di forti cambiamenti, in cui è sempre dietro l'angolo la possibilità di piccole grandi crepe nei propri progetti e desideri, ci è apparso opportuno indagare tale aspetto per poter meglio comprendere le capacità di gestione e soluzione dei problemi. Tra le risorse attive all'esterno, grande importanza assume la rete amicale di connazionali. Nella prima fase del soggiorno, l'immigrato è generalmente sostenuto, psicologicamente e molto spesso anche materialmente dai propri connazionali. Nei confronti del nuovo venuto, coloro che hanno imparato le regole del gioco della nostra società, si comportano da tutori, da consiglieri, mettendo in atto una rete di aiuto sociale che si richiama al forte carattere comunitario e di cooperazione del paese di origine. Ritorna la religione e quindi la fede in Dio e la famiglia, quando essa è presente. Tra le risorse interne sono emerse invece qualità personali a cui il soggetto immigrato attribuisce grande valore, come la pazienza, la forza, sia fisica che morale, l'onestà, la volontà, la testardaggine.

L'obiettivo che ci si è proposti in tale ricerca è stato quello di mirare alla costruzione di un ponte tra i diversi saperi, un terreno comune su cui lavorare ed interrogarsi di continuo. Dobbiamo ammettere con Natale Losi che “la psicologia e più in particolare le scienze dell'uomo, quindi anche la medicina, devono rendersi conto che stiamo balbettando, e che la presenza qui da noi degli “altri”, mette ancora più in risalto questo balbettio”⁴³. La sfida che abbiamo accettato nell'ambito di tale progetto di ricerca e nel lavoro preliminare alla costruzione di esso, è la creazione di un saper fare nuovo, multidisciplinare e multiculturale. A tal proposito, l'équipe coinvolta è stata composta da mediatori culturali, antropologi, psicologi e medici. I dati, di cui è in corso l'approfondimento, sono stati ottenuti da quattro specifiche domande all'interno di un'intervista molto più vasta ed articolata riguardanti gli aspetti psicodinamici dell'immigrazione. I 4 punti presi in considerazione ed analizzati sono i seguenti:

- 1)desideri ed aspettative prima della partenza/ desideri ed aspettative attuali;
- 2)paure prima della partenza/paure attuali;
- 3) valori della persona;
- 4)risorse, interne ed esterne, a cui far appello in caso di necessità, nel paese ospitante.

Attraverso il lavoro di raccordo e di rete tra le diverse competenze e specificità culturali e professionali, procederemo ad una disamina dei risultati ottenuti contestualizzandoli grazie soprattutto all'apporto dei mediatori culturali e degli antropologi.

⁴³ Cfr; N. Losi, *Vite altrove*, Feltrinelli, Milano, 2000

4.2 I sistemi di cura e l'organizzazione sanitaria dei paesi di provenienza

...come se la cultura
non avesse quell'enorme potere di suggestione
che non c'entra niente con la natura delle cose...

Muriel Barbery

La coesistenza di sistemi di cura. Una lunga tradizione di studi delle scienze sociali, propriamente antropologiche, ha mostrato la presenza, la coesistenza e la relativa eterogeneità di differenti sistemi di cura di riferimento entro i quali considerare “l'evento malattia” e dare un senso, ma anche rispondere, a quel *richiamo all'esistenza degli organi, al rumore improvviso che essi producono* (Sindzingre, 1986: 87). Il concetto di cura merita una certa attenzione. Esso non è necessariamente inerente alla salute degli individui; spesso indica, invece, delle pratiche di attenzione verso sé stessi e verso gli altri. Se lo si circoscrive all'ambito della salute e della malattia, il concetto di cura è riferito a un insieme di gesti, parole e pratiche che mirano al sostegno di persone rese fragili dalla malattia e dalla sofferenza; *la cura è efficace in quanto processo di relazione e non come esito di guarigione* (Pizza, 2005: 229). Ma non è tutto; se da un lato fa riferimento ai trattamenti che mirano a ristabilire lo stato di salute, dall'altro si riferisce a trattamenti che mirano a ripristinare lo stato di benessere. Tuttavia benessere e salute non sono esattamente la stessa cosa; se benessere è la condizione di chi sta bene, la salute è l'assenza di malattia (Pizza, 2005: 235). Tutto ciò denota una notevole complessità.

I saperi di cura, ma anche quelli terapeutici, ognuno strutturato in base alle proprie semantiche del male e del bene, nel nominare ed enunciare la malattia e il dolore ne costruiscono a livello simbolico il senso e il decorso; in questo modo ne veicolano la causa e il trattamento, in accordo con il contesto in cui queste pratiche si iscrivono e acquisiscono a loro volta la propria significazione. Infine, *ogni saper-fare-terapeutico, è incluso implicitamente o esplicitamente in una catena di senso che lo collega ad una determinata visione del mondo, ad uno o più ideali di salute, a forme possibili di malattia, a una o più modalità terapeutiche* (Chirico, 2005).

Sebbene la biomedicina, denominata anche scientifica, istituzionale, egemonica, ufficiale, abbia rappresentato il sistema medico di riferimento per eccellenza da due secoli a questa parte⁴⁴, rispetto alla pluralità delle altre forme di medicina, è oggi una delle pratiche mediche inserite nella macro area socio-geografica dell'Occidente, le cui categorie, come ben evidenziava Kleinman, sono certamente culturali. Al di fuori di quest'area eteroclitica, dall'abusato significante di Occidente, si distinguono altri sistemi medici, per l'appunto non occidentali (la medicina cinese, la ayurveda, ma

⁴⁴ Per maggiori approfondimenti si veda Pizza, 2005.

anche le medicine chiamate “tradizionali”, ecc.), tutte normate e regolate dalle proprie istituzioni e costruite sul -e nel- proprio modello esplicativo coerente con le (sempre dinamiche) culture locali. Si considerano invece occidentali, seppure non dominanti, le pratiche mediche “altre”: quelle cosiddette popolari o alternative, basate su altre epistemologie e ontologie.

Il contenimento terapeutico del corpo frammentato. Non bisogna mai perdere di vista che i sistemi di cura, quanti e quali essi siano, si riferiscono sempre alle persone e tener conto della cultura dei pazienti è una necessità di cui la maggior parte dei clinici oggi è ben cosciente. Questi sono chiamati a intervenire nella crisi di senso che deriva dalla malattia nel momento dello squilibrio corporeo dovuto all'eccesso o al difetto di umori, sostanze o temperature, ma anche causato da preghiere mancate, da rituali non realizzati al momento corretto, da una pratica di stregoneria effettuata o ricevuta, da un fenomeno di possessione da parte di un “vento” o dalla perdita di una delle tante essenze corporee concepite come tali da differenti popolazioni.

Ogni essere bio-psico-sociale è anzitutto una persona nei vari sensi culturali possibili. Essa possiede sicuramente un cuore, possiede un fegato, dei polmoni, almeno un rene, ecc. e possiede anche delle malattie che, naturale e/o sovranaturale, provengono dall'alterazione di uno degli organi, sistemi o apparati da cui è conformato il suo corpo: la sua totalità. È questa totalità che rappresenta socialmente il senso dell'individuo (anche quello eziologico-terapeutico) e la propria forma di salute e sofferenza. Il corpo è dunque veicolo, contenitore, involucro, dimora, membrana, confine e frontiera, testo umano complesso capace di produrre e riprodurre segni e simboli portatori di un significato condivisibile nei propri codici da chi partecipa della stessa cultura e analizzabile attraverso la mediazione di tali codici da altre culture, al fine di una mutua comprensione e interazione. Questa mediazione permette di costruire con il paziente un quadro di riferimento coerente con la sua cosmovisione e dunque di porre le basi di una reale alleanza terapeutica. Tuttavia, la mutua negoziazione è di fatto impervia e si traduce spesso in una lettura unilaterale in base al comune denominatore⁴⁵ della categoria diagnostica biomedica. In questa categoria si omogeneizzano, de-significandoli, tutti quei segni e simboli della sofferenza che non si riconoscono nella nosografia biomedica. Così interpretato e così *agito*, il corpo allopatico, oggettivo, ma soprattutto oggettivato in un unico corpo biologico e in un'unica psiche universale si situa al di fuori da tutti i corpi probabili, al di fuori di tutti i differenti modi di essere corpo. Ma non solo. L'azione biomedica della cura si concentra sulla malattia, l'organo o gli organi squilibrati, e non nella persona intesa nella sua interezza e nelle differenze simboliche che la caratterizzano; niente affatto statiche ma dinamiche nei loro continui cambiamenti e risignificazioni, queste differenze simboliche spesso non vengono interrogate.

⁴⁵ Prendo in prestito questo concetto da Colleyn (Beneduce, 2002).

Il soma, e le iscrizioni della malattia che imprime e porta impresse, trasformato così da sociale a esclusivamente biologico, diviene universale, privato della propria specificità e del proprio senso. A questo punto sembra importante riflettere su un dato; è proprio il senso della malattia che può renderla curabile o meno, che costituisce il primo approccio di “presa in carico” del male, dunque non si può prescindere dal considerarla. Un determinato intervento di cura e terapeutico che non tenga conto della specificità culturale può ulteriormente aggravare la sofferenza nel corpo infermo, rispetto a quella che già presentava al momento della richiesta di cura. Questo aggravamento potrebbe così essere dovuto all’eziologia che ha spinto la persona alla ricerca della cura, ma anche ad altre cause riferibili sia all’incomprensione, e al mancato contenimento del senso del suo male da parte della biomedicina, sia a un erroneo, o parziale, intervento a causa del dialogo e della mediazione inefficace di cui sopra.

È allora pensabile di lasciare da parte l’individuo, la sua biografia e il suo contesto, per intervenire sulla sua malattia senza di esso? Analizzare la forma ignorandone il contenuto? È altresì pensabile creare delle categorie diagnostiche nelle quali inserire sotto significanti universali, tutti i significati culturali “altri”? E ancora, il corpo è analizzabile e curabile in parti, dunque frammentabile, in ogni dove, per ogni popolazione, nello stesso modo?

Si può semplicemente affermare che considerando l’ovvia risposta alle nostre domande, è senza dubbio necessario non smettere di interrogare le proprie categorie dove si ha la pretesa di comprendere, oltre che ascoltare, quelle degli altri

Il Sistema Sanitario in Nigeria. La Nigeria, un paese di 130 milioni di abitanti, consta di strutture sanitarie tanto pubbliche quanto private dislocate soprattutto nel sud del paese, che accoglie ben l’80% dei posti letto disponibili. L’eccezione è rappresentata dalla capitale federale Abuja che, ubicata al centro della repubblica, possiede adeguate strutture sanitarie.

Il regime pubblico di copertura sanitaria sociale è obbligatorio per tutti i lavoratori, tuttavia possono usufruire di questo servizio anche i pensionati e/o gli invalidi partecipando alle spese nazionali tramite il pagamento di un ticket previo alle prestazioni mediche. Tuttavia, il fondo di assicurazione sociale non è in grado di supportare l’elevato costo dell’attenzione sanitaria per tutta la popolazione, rendendo così la salute un bene per i pochi che se la possono permettere. Si pensi che proprio a causa del deficit del sistema sanitario nazionale è considerevolmente incrementato il mercato delle assicurazioni sanitarie private, alle quali ricorrono numerosi datori di lavoro.

Il settore pubblico è organizzato come un sistema piramidale alla base del quale si trovano i centri sanitari e ospedali di distretto e in cima gli ospedali centrali e generali.

- I servizi sanitari pubblici constano delle attrezzature e degli strumenti necessari per l'elaborazione di diagnosi semplici. Si tratta di complessi sanitari a pagamento, tuttavia meno costosi delle cliniche private. Secondo il tipo di struttura, dipendono dal governo federale, dagli stati federali o dai governi locali.
- Gli ospedali di distretto sono strutture che propongono tutte le cure con degli specialisti;
- I centri di salute secondari sono costituiti da strutture con esigui posti letto e provvisti del personale medico e ospedaliero;
- I centri di cure primarie sono complessi alquanto semplici che operano nell'ambito della prevenzione tramite un agente di salute dell'educazione all'igiene e che dispongono di una piccola farmacia;
- I consultori rappresentano anch'essi semplici strutture territoriali che se da un lato effettuano differenti tipi di vaccinazioni, dall'altro si occupano della diffusione di informazioni relative allo stato di gravidanza per le donne.

Per quanto riguarda l'aspetto farmaceutico, secondo l'Associazione dell'Industria Farmacologica Nigeriana, il paese dispone di produttori attivi di farmaci e la produzione locale copre il 30% della richiesta attuale. I principali medicinali prodotti localmente sono gli antimalarici, gli antibiotici, gli analgesici e le vitamine. Questi ed altri farmaci sono disponibili nei centri sanitari pubblici, nei centri sanitari religiosi, nelle farmacie, nelle cliniche e presso i mercati tramite il commercio ambulante. I prodotti, relativamente poco costosi da produrre, sono destinati a una popolazione numerosa con poche risorse economiche.

Il settore privato è composto da cliniche private e da istituti ospedalieri, alcuni dei quali appartengono a delle comunità religiose, e da altrettante strutture edificate grazie alla mano d'opera della popolazione: gli abitanti dei villaggi. Tale settore è esclusivamente basato sull'intero pagamento della prestazione medica da parte del paziente, che ha anche la possibilità di stipulare un abbonamento annuo presso determinati complessi sanitari.

Il settore tradizionale è molto importante nel contesto nigeriano ed è basato su un impianto terapeutico locale. Coloro che esercitano la medicina tradizionale sono dei medici, curatori professionisti, che si distinguono tra loro in base alla propria specializzazione di alcuni specifici disturbi e articolate forme di malattia e sofferenza; si differenziano inoltre in base agli strumenti che utilizzano, agli elementi e ai rituali che effettuano nell'ambito del percorso terapeutico per riportare allo stato di salute i propri pazienti. I terapeuti tradizionali nigeriani si occupano inoltre delle forme di malattia provocate dal mondo invisibile: forme di squilibrio psicofisico legate ad esempio a degli spiriti non esattamente benevoli. Essi sono infatti in grado di decifrare i codici del male e di trovare

una soluzione adeguata alle numerose tipologie di malattia, anche quelle che riguardano in apparenza la sfera esclusivamente psichica⁴⁶, mettendo in atto dei rituali, manipolando oggetti terapeutici e invocando entità il cui intervento ritengono necessario.

Conclusioni. La qualità delle cure sanitarie in Nigeria risente dell'esiguo budget che non è sufficiente a soddisfare la richiesta di salute del paese. Gli ospedali pubblici affrontano notevoli difficoltà a causa della penuria dei fondi e conseguentemente del personale, degli strumenti e delle attrezzature di cui necessita per espletare le proprie funzioni. Solo le cliniche private dispongono dei mezzi finanziari sufficienti per operare adeguatamente sul territorio e solo loro riescono ad accogliere, contenere e farsi carico adeguatamente della salute di pochi nonostante quella di molti.

Il sistema sanitario in Ucraina. L'Ucraina è un paese che ha subito un improvviso processo di impoverimento passando da un'economia stabile a una gravissima condizione di povertà nel 1991, anno in cui ottenne l'indipendenza. Precisamente, il passaggio dall'economia sovietica a quella di mercato è stato molto pesante. Le cause di tale collasso sono senza alcun dubbio la disgregazione del blocco sovietico e la tremenda catastrofe di Chernobyl. Dal punto di vista sanitario l'incidente avvenuto nella centrale nucleare nel 1986 ha provocato, e continua a provocare, un grave incremento di forme tumorali fino a 100 volte maggiore rispetto ai tassi precedenti; la situazione è ancora allarmante e richiede una costante attenzione da parte della comunità internazionale.

Le strutture ospedaliere pubbliche. La caduta dell'impero sovietico ha provocato anche un notevole incremento della sanità privata e un impoverimento repentino di quella pubblica. Un dato rilevante è che solo il 3,5% del PIL è destinato alla sanità, in confronto alla Francia (preso come esempio tra altri paesi europei) che destina al sistema sanitario il 10%. Infatti, sebbene numerose, le strutture sanitarie pubbliche in Ucraina sono qualitativamente carenti di una strumentazione diagnostica e terapeutica adeguata. Tuttavia la carenza della strumentazione, nonostante sia fondamentale, passa in secondo luogo rispetto a un altro dei principali problemi che investono il paese. L'alto tasso di corruzione relativo al sistema sanitario pubblico è senza dubbio l'ostacolo maggiore per la corretta fruizione del diritto alla salute. Infatti, l'assistenza gratuita che dovrebbe garantire il Sistema Sanitario Nazionale viene in realtà mediata da un costo, da una tangente, stabilito in base alla prestazione, che è necessario pagare al personale medico e infermieristico. Il rifiuto del pagamento di questa "tassa" ha come conseguenza il ricatto di una scadente e dubbia prestazione del servizio. Si pensi che nei complessi ospedalieri pubblici occorre pagare una tangente

⁴⁶ Per quanto riguarda i disturbi che concernono la sfera psicologica, in Nigeria si preferisce tentare la via terapeutica dei saperi tradizionali e solo in seconda istanza ci si rivolge alle cure biomediche; difficilmente si accetta di effettuare una visita psicologica.

di circa 100 euro affinché un parto, solo per nominare una tra le tante prestazioni, venga effettuato con un'adeguata attenzione da parte del personale. Paradossalmente gli unici servizi a pagamento previsti per legge dal Sistema Sanitario Nazionale sono i seguenti:

- Visita per la patente di guida;
- Visita per porto d'armi;
- Visita per ottenere documenti validi per l'espatrio;
- Visita, e relativi controlli, per i lavoratori impiegati in luoghi nocivi alla salute;
- Visita e controlli narcotici;
- Visita e controlli psicologici e psichiatrici.

Le strutture ospedaliere private. Come specificato finora, i complessi ospedalieri sono appannaggio di coloro che si possono permettere di pagare cifre decisamente elevate per la pluralità delle prestazioni medico-specialistiche; dunque per pochi e non per tutti.

Inoltre, è importante segnalare che l'Ucraina sta diventando un attrattivo centro di turismo della salute, soprattutto per ciò che riguarda le cure dentali, i cui costi sono sì elevati per la popolazione locale, ma certamente più esigui rispetto alla media delle prestazioni europee.

L'auto-attenzione sanitaria. Questo apparato di corruzione e la conseguente sfiducia nel sistema sanitario pubblico ha condotto molte persone, tutti coloro che non hanno le possibilità economiche, a ricorrere in misura sempre maggiore ai sistemi di auto-attenzione e conseguente auto-medicazione. Il passaparola relativo a una sintomatologia che appare comune e condivisibile senza differenze di genere, alcuni manuali divulgativi di medicina e la conoscenza popolare di numerose terapie locali, conduce alla familiare e personale gestione della sofferenza e della malattia.

Il sistema sanitario in Romania. Le assicurazioni per la salute rappresentano il principale sistema per finanziare e proteggere la salute in Romania.

L'assicurazione per i servizi della salute è obbligatoria per legge⁴⁷, infatti, nella maggior parte dei paesi europei, tra i quali la Romania in cui era attivo anche prima del 1945, questo sistema sanitario privato è piuttosto utilizzato.

Il costo dei servizi medici, sia nell'ambito della prevenzione sia soprattutto in quello curativo, è molto elevato a causa dell'alta tecnologia medica utilizzata ai fini della diagnosi e delle terapie volte alla cura. Per questo motivo è necessario che ogni cittadino, malato o sano che sia, contribuisca economicamente a costituire un fondo assicurativo poiché, indipendentemente dalle somme versate che sono proporzionali al proprio reddito, potrà beneficiare dei servizi medici

⁴⁷ Legge 145/1997.

necessari, i cui costi saranno sostenuti dal fondo di cui sopra. Questo sistema crea una solidarietà tra chi ha bisogno di cure mediche, tra giovani e anziani, tra persone con reddito differente, ecc.

Tutti gli assicurati hanno diritto all'attenzione medica preventiva e terapeutica. In tal modo:

- i bambini hanno diritto a dei servizi medici per la prevenzione delle malattie che possono danneggiare lo sviluppo fisico e mentale;
- gli adulti hanno diritto a un esame medico di prevenzione annuo per valutare lo stato di salute;
- le donne incinte soggette a una normale gravidanza hanno diritto a degli esami per seguire l'andamento della gestazione;
- le donne assicurate in età fertile hanno diritto a degli esami volti alla prevenzione del tumore cervico-uterino;
- i bambini fino ai 16 anni, i giovani dai 16 ai 20 due volte all'anno, infine gli adulti una volta l'anno hanno diritto ai servizi medici stomatologici di prevenzione.

Con lo scopo della prevenzione delle malattie e proteggere la salute, gli assicurati hanno il diritto di essere informati in modo permanente sui metodi per salvaguardare la salute, ridurre ed evitare le cause delle malattie.

In Romania, è regolamentato un sistema sociale di assicurazioni per la salute per permettere l'accesso ai servizi medici alle persone con basso reddito, che non possono contribuire alla costituzione del fondo assicurativo; questi sono:

- i bambini e i giovani fino a 26 anni, se sono studenti senza reddito;
- un nucleo familiare senza reddito mantenuto da una persona assicurata;
- le persona con handicap e sono mantenute dalla propria famiglia;
- le persone perseguitate politicamente dopo il 1945, i deportati, i prigionieri e i superstiti di guerra, gli invalidi e le vedova di guerra, gli eroi, i martiri, i feriti e i combattenti della rivoluzione di dicembre 1989, se privi di reddito che non sia quello proveniente dai diritti accordati per legge, pensioni incluse,
- le persone con carriera militare,
- le donne che sono in malattia per gravidanza, che sono in aspettativa durante il periodo dell'allattamento e coloro che assistono i propri figli infermi fino a 6 anni di età;

- le persone che sono agli arresti domiciliari o si trovano in uno stato di arresto preventivo;
- le persone che hanno un aiuto sociale in conformità con la legge.

Sistema sanitario etiope. L'Etiopia è uno dei paesi più poveri al mondo⁴⁸; il 65% dell'intera popolazione (82,544,840 abitanti) è analfabeta e il 45% vive sotto la soglia di povertà⁴⁹. Negli ultimi 20 anni ha fronteggiato siccità, carestie, epidemie, conflitti armati⁵⁰ ed emigrazioni interne⁵¹. La popolazione appartiene principalmente a 2 gruppi linguistico-etnici, Oromo (32,1%) e Amara (30,1%) e professa, per il 50,6% la religione Cristiana Ortodossa. Ha Addis Abeba come capitale, è una Repubblica Democratica Federale che si divide in 9 regioni (Afar, Amhara, Benishangul-Gumuz, Gambela, Harari, Oromia, Somali, SNNPR⁵², Tigray) e 2 "chartered cities"⁵³ (Addis

⁴⁸ Nella scala dell'UNDP Human Poverty Index (calcolato sulla base dei seguenti indicatori: 1. probability at birth of not surviving to age 40, 2. adult literacy rate; 3. population without sustainable access to an improved water source; 4. children underweight for age; 5. population below income poverty line) si posiziona al 99mo posto sui 102 paesi in via di sviluppo (WHO, 2007 in <http://www.who.int/countries/eth/eth/en/>).

⁴⁹ Dati che risalgono a stime del 1999-2000 indicano che il 23% della popolazione sopravviveva con meno di 1 USD al giorno (da <http://www.who.int/countries/eth/eth/en/>).

⁵⁰ Il Governo etiope ha ripreso del conflitto armato in corso da 13 anni con il Fronte di liberazione nazionale dell'Ogaden (ONLF) nella regione del Somali. Il conflitto con il Fronte di liberazione Oromo (OLF) nella regione dell'Oromia continua. Sia l'ONLF sia l'OLF hanno ricevuto il sostegno dell'Eritrea, mentre l'Etiopia ha sostenuto i gruppi di opposizione eritrei. La demarcazione dei confini in seguito alla guerra tra Eritrea ed Etiopia del 1998-2000 non ha avuto inizio e la Commissione internazionale di confine ha terminato i propri lavori a novembre del 2008 lasciando la questione irrisolta. L'Etiopia si è rifiutata di dare attuazione al giudizio della Commissione. Si è temuta l'insorgenza di nuovi combattimenti tra le truppe dei due paesi ammassate lungo il confine, in parte a causa del coinvolgimento di entrambi i paesi nel conflitto in corso in Somalia. A dicembre il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha esteso il mandato dell'UNMEE. Le truppe etiopi che sostenevano il governo di transizione in Somalia hanno commesso gravi violazioni del diritto internazionale umanitario contro i civili (da <http://www.amnesty.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/683>).

⁵¹ Oltre a circa 133.000 rifugiati presso campi allestiti ai confini con gli altri paesi (da <http://www.who.int/countries/eth/eth/en/>).

⁵² Southern Nations, Nationalities, and People's Region (da http://en.wikipedia.org/wiki/Southern_Nations,_Nationalities,_and_People%27s_Region).

⁵³ Città a statuto speciale.

Abeba, Dire-Dawa), ognuna delle quali è organizzata in zone, in *woredas*⁵⁴ e in *kebele*⁵⁵. L'estensione del territorio è pari a 1,127,127 km², la regione più popolata è l'Oromia⁵⁶.

Settore pubblico e privato

In Etiopia per accedere al servizio sanitario è necessario pagare l' "apertura" della cartella clinica (0.34 USD)⁵⁷, negli ospedali la degenza viene pagata giornalmente dai pazienti (1.28 USD)⁵⁸, non sono contemplate esenzioni per patologia, né tantomeno esistono agevolazioni causa basso reddito (700 USD per capita nel 2007 [vedi nota 9]), eccetto casi particolari (ad es. vedove di militari, impiegati governativi)*. I farmaci vengono tutti acquistati a prezzo pieno.

Il sistema sanitario, sia pubblico che privato, è presente sul territorio nazionale attraverso le seguenti tipologie di "health facilities"⁵⁹: 1. Ospedale⁶⁰; 2. Centro Sanitario⁶¹; 3. Clinica privata; 4. "Health Post"⁶²; 5. Farmacia; 6. "Drug Store"⁶³; 7. "Rural Drug Vender"⁶⁴.

⁵⁴ Distretti.

⁵⁵ "Neighbourhood" o comunità/villaggio.

⁵⁶ Altri dati sull'Etiopia (da <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/et.html>):

| | |
|--|---|
| Estensione terrestre | 1,119,683 km ² |
| Popolazione | 82,544,840 abitanti |
| Età media | 16,9 anni |
| Tasso di crescita | 3.212% |
| Tasso di nascita | 3.97 nascite/1,000 popolazione |
| Tasso di morte | 11.83 morti/1,000 popolazione |
| Tasso di mortalità infantile | 82.64 morti/1,000 nati vivi |
| Aspettativa di vita dalla nascita | 54.99 anni |
| Tasso di fertilità | 6.17 bambini nati/donna |
| Tasso prevalenza HIV/AIDS tra gli adulti | 4.4% (2003) |
| Popolazione con HIV/AIDS | 1.5 milioni (2003) |
| Decessi per HIV/AIDS | 120,000 (2003) |
| Maggiori malattie infettive | Bacterial and protozoal diarrhea, hepatitis A and E, and typhoid fever, malaria, meningococcal meningitis, rabies, schistosomiasis. |
| GDP – per capita (PPP) | 700 USD (2007) |
| Spese pubbliche per la Sanità – per capita (PPP) | 6 USD (2004) |
| Debito pubblico | 44.5% del GDP (2007) |
| Debito estero ("external") | 2.621 USD (31/12/2007) |

⁵⁷ Dati forniti dai medici dell' Italian Dermatological Center IISMAS, Mekelle, Tigray, Etiopia (2008).

⁵⁸ Vedi nota 10.

⁵⁹ Strutture sanitarie.

⁶⁰ 3 specifiche: 1. regionale, 2. distrettuale, 3. di zona.

⁶¹ Struttura sanitaria in cui è presente almeno un ufficiale sanitario.

Il rapporto che il Ministero della Salute etiope vorrebbe esistesse tra settore pubblico e privato consisterebbe in una stretta collaborazione ma, di fatto, anno dopo anno si assiste a una crescente proliferazione di cliniche private a dispetto di quelle pubbliche che, dotate di strumentazioni clinco-diagnostiche sempre più specifiche, inducono gli operatori sanitari (medici, infermieri e tecnici di laboratorio) a scegliere di lavorare in questo settore a discapito dell'altro. In realtà, sono le strategie di finanziamento adottate dal Governo etiope a favorire l'aumentare di questo disequilibrio all'interno del settore, perché, di fatti, non investe sufficientemente sullo sviluppo del settore della sanità pubblica (solo 6 USD per capita nel 2004 [vedi nota 9]), non aumenta il numero di strutture sanitarie pubbliche, non acquista strumentazioni per approfondimenti diagnostici, non aumenta gli stipendi agli operatori sanitari (presente anche un'ingente fuga di cervelli verso l'estero in cerca, tra l'altro, di collocazioni lavorative migliori), ecc., forse condizionato anche dalla tipologia dei finanziamenti forniti dai paesi sviluppati (indirizzati soprattutto a fronteggiare HIV/AIDS, TB e malaria). Anche le rilevazioni effettuate dalla *World Health Organization* (WHO 2008)⁶⁵ hanno evidenziato che è necessario accrescere il numero di centri sanitari al fine di incrementare l'accesso ai servizi ed assicurare l'assistenza sanitaria di base a tutta la popolazione. Infatti, al momento, il numero di strutture presenti fornisce 0.2 letti per 1000 ab., non ha una distribuzione omogenea poiché le zone urbane ne sono più fornite rispetto a quelle rurali (più del 50% della popolazione risiede a più di 10 km dal più vicino presidio sanitario), infine la popolazione è ostacolata nell'accesso a tali strutture a causa delle caratteristiche geografiche del territorio e, per quanto riguarda alcune regioni, dalle scarse vie di comunicazione.

Le carenze riscontrate a livello infrastrutturale si presentano anche a livello delle risorse umane.

Le figure sanitarie (specializzate e non) di cui dispone il sistema sanitario sono le seguenti: 1. Medico (tutte le specialità); 2. "Health Officer"⁶⁶; 3. Infermiere (tutte le specialità); 4. Tecnico Farmacista; 5. Tecnico di Laboratorio di Analisi Cliniche; 6. "Environmental Health Worker"⁶⁷; 7.

⁶² Struttura sanitaria in cui è presente almeno un infermiere o una levatrice tradizionale.

⁶³ Magazzini di medicinali.

⁶⁴ Venditori rurali.

⁶⁵ Da <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/VDUX-7MGUPG?OpenDocument>.

⁶⁶ Ufficiale sanitario con competenze inferiori rispetto all'infermiere.

⁶⁷ Operatore finalizzato all'implementazione dei servizi igienici sanitari (fognatura, acqua potabile) e di prevenzione (zanzariere, insetticidi, vaccinazione degli animali, ecc.).

Altra Tipologia di Tecnico; 8. “Communitary Health Agent”⁶⁸; 9. “Health Extention Worker”⁶⁹ “Traditional Birth Attendant”⁷⁰.

Da un rapporto redatto dalla WHO (WHO, 2006)⁷¹ al 2003 in Etiopia erano presenti:

- 1936 medici (tutte le specialità), cioè 0.03 medici/1000 abitanti;
- 14893 infermieri, cioè 0.21 infermieri/1000 ab.;
- 1347 “public and environmental health workers”⁷², cioè 0.02/1000 ab.;
- 18652 “community health workers”⁷³, cioè 0.26/1000 ab.,
- 2703 medici di laboratorio, cioè 0.04/1000 ab.;
- 7354 “other health workers”⁷⁴, cioè 0.10/1000 ab..

Considerando che la popolazione ammonta a 82,544,849 abitanti, è decisamente evidente quanto sia irrisorio il numero di operatori sanitari attivi sul territorio.

Le deficienze strutturali che si registrano nei settori dell’acqua potabile e degli impianti fognari, sommati a questa situazione del sistema sanitario, non rappresentano d’altronde un terreno fertile per un avanzamento immediato di questo ambito, anzi, ne accrescono le difficoltà; difatti, le patologie a maggiore incidenza riscontrate sul territorio interessano l’apparato gastroenterico (diarree [vedi nota 9]) e quello epiteliale (vedi nota 10).

Settore medicina tradizionale

Il ricorso agli operatori di medicina tradizionale da parte della popolazione etiope dovrebbe essere interpretato nei seguenti modi: 1. una strategia per individuare la causa o l’eziologia del malessere riportato; 2. un’azione per individuare una cura o terapia per il malessere riferito; 3. un’ alternativa ad una biomedicina che non risulta opportunamente accessibile sul territorio (carenze infrastrutturali, scarse risorse umane, elevati costi per l’accesso, ecc.); 4. un’espressione dell’effetto del sincretismo dei sistemi medici (biomedicina ed etnomedicine), secondo cui il paziente richiede diversi pareri circa il suo malessere, al fine di individuare la cura ritenuta più vicina al suo sistema culturale di riferimento. Esistono differenti tipologie di operatori di medicina tradizionali, alcuni sono ritenuti in possesso di capacità divinatorie e curative in quanto chierici, altri per discendenza, altri perché dotati di particolari poteri.

⁶⁸ Promotore di salute comunitario o referente per l’implementazione del sistema sanitario locale.

⁶⁹ Promotore sanitario di zona.

⁷⁰ Levatrici tradizionali.

⁷¹ Da http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex4_en.pdf.

⁷² Vedi nota 52.

⁷³ Vedi nota 53.

⁷⁴ Altri tecnici.

In molte regioni dell’Etiopia⁷⁵ è diffusa l’ideologia che la causa di un malessere risieda nel sangue, pertanto, si crede che il corpo si ammali perché l’agente che causa il malessere è entrato nel sangue e, tramite esso, si è sparsa nella parte del corpo interessata dal dolore, rendendola malata. Nel momento in cui il “male” entra nel circuito sanguigno, il sangue diventa “cattivo” – difatti acquista un colore scuro - e infetta la parte del corpo interessata procurando il dolore. Tra le terapie adottate per recuperare lo stato di benessere una delle più comuni consiste nell’incidere la pelle della parte del corpo interessata, affinché il sangue “cattivo” possa fuoriuscire, purificarsi, quindi tornare a circolare nel suo moto “naturale” all’interno del corpo. A tale fine, gli operatori tradizionali praticano dei tattoo e delle cicatrici sulle parti del corpo che il paziente dichiara essere affette dalla malattia; tra le più comuni: 1. fronte; 2. tempie; 3. sopracciglia; 4. gengive; 5. collo; 6. avambraccio; 7. polso; 8. condotti lacrimali (in prossimità); 9. regione lombo-sacrale; 10. polpacci. I malesseri verso i quali queste pratiche sono indirizzate, sono, ad esempio: 1. il tattoo al collo per bloccare il rigonfiamento della ghiandola della tiroide, o gozzo; 2. le cicatrici verticali praticate sulle tempie, sulle sopracciglia e sui condotti lacrimali per curare infezioni agli occhi che causano rossore e prurito acuto; 3. le cicatrici verticali sulla spalla per curare il dolore causato da un “colpo di vento”; 4. più cicatrici verticali praticate nella zona lombo-sacrale quando un bambino ritarda a deambulare.

Questi trattamenti terapeutici vengono praticati anche come strategie per prevenire le malattie di cui sopra.

L’incisione viene praticata con i seguenti strumenti: 1. ago; 2. pietra appuntita; 3. coltello, 4. lametta da barba. Le sostanze utilizzate per realizzare i tattoo sono: 1. fuliggine della lampada a cherosene; 2. fumo della lampada a cherosene (depositato su un piatto); 3. miscela composta dalla fuliggine della lampada a cherosene e dalla polvere del minerale *Kuil*; 4. miscela composta dalla fuliggine della lampada a cherosene, dalla polvere del minerale *Kuil* e dalla polvere del carbone derivante dalla pianta *Siniel*.

Le cicatrici possono raffigurare delle croci greche, dei cerchi, dei tagli verticali. Una volta che è stata incisa la pelle e sono state fatte uscire diverse gocce di sangue, l’adozione di poltiglie ricavate da vegetali completerà il trattamento.

Il sistema sanitario eritreo. L’Eritrea è vasta circa quanto l’Italia del nord ed ha una popolazione di circa tre milioni e mezzo di abitanti. Il termine Eritrea deriva dal greco “erythrea” e significava rosso. Il Mar Rosso ha preso il nome del mare lungo cui è situata. È un paese dove si pratica la

⁷⁵ Dati estrapolati da una ricerca etnografica condotta nella regione del Tigray dalla dott.ssa Segneri Maria Concetta (2006).

pesca, l'agricoltura, l'allevamento e si sfruttano le risorse del suolo come oro, ferro, zinco e petrolio. In Eritrea si professano principalmente tre religioni: cristiana ortodossa, cattolica e musulmana. Durante la guerra d'indipendenza dall'Etiopia si è assistito a una migrazione della popolazione non solo verso i paesi occidentali ma anche dai villaggi verso i centri urbani, come Asmara, la capitale, poi Keren e Massawa. Il paese ha ottenuto l'indipendenza dall'Etiopia nel 1993, ma nel 1998 per motivi territoriali ha intrapreso un nuovo conflitto con l'Etiopia, che sommato a quelli precedenti ha causato milioni di morti, feriti, mutilati, sfollati e orfani. Nonostante ciò l'Eritrea è un paese emergente e ricco di tradizioni, dove coesistono nove etnie diverse, ognuna caratterizzata da singolari peculiarità culturali. Gli usi e i costumi locali descrivono un popolo forte e rivoluzionario, ma allo stesso tempo legatissimo alle proprie origini e al proprio vissuto, che influenzano le scelte e lo stile di vita anche nei paesi occidentali, dove vivono molti autoctoni.

La capitale è Asmara, detta anche la “perla d’Africa”, fondata nel XII secolo da alcuni pastori originari della regione *akele guzai*. Inizialmente l'Eritrea era formata da quattro villaggi, la consacrò capitale del suo regno il Ras Alula, il “negus”. In seguito fu colonizzata dagli italiani e dai britannici; sono infatti molti gli edifici di stile italiano che si possono ammirare anche oggi, essendo Asmara una delle poche città eritree uscita indenne dalle guerre.

Pur essendo l'Eritrea una nazione “nuova” non ha un sistema sanitario definitivo, al contrario per quello che sappiamo è in continua evoluzione; viene infatti spesso aggiornato con diverse politiche sanitarie idonee ad affrontare le emergenze (intendendo con emergenze soprattutto le guerre). E' un sistema carente di strutture e infrastrutture, la preparazione del personale medico e paramedico è discreta e spesso si specializza in altri paesi. Le attrezzature diagnostiche e chirurgiche aggiornate sono insufficienti, scarseggiano anche i medicinali e gli abitanti più fortunati sono soliti chiederli all'estero; il paese non riesce effettivamente ad affrontare la grossa spesa dei farmaci di cui vi è continuo e necessario bisogno. Fondamentalmente il sistema sanitario si suddivide in pubblico e privato. Al sistema pubblico hanno accesso tutti, tramite interminabili attese e file pagando qualche nakfa⁷⁶ per il ticket. Privatamente le visite e gli esami hanno un costo maggiore, non accessibile a tutti, ma non vi sono attese e file da rispettare, si svolgono infatti molto rapidamente. L'Eritrea ha molti disagi da affrontare, oltre alle migliaia d'invalidi vittime della guerra che necessitano di cure continue. Vi sono problemi legati alla siccità, alla malnutrizione, alla malaria diffusa in alcune zone, alla mortalità infantile, alle malattie infettive come l'HIV e altre forme di sofferenza che sorgono a causa delle condizioni di precarietà in cui versa il paese. Con tutta probabilità il più grande ostacolo del sistema sanitario è rappresentato dalla situazione economica e politica eritrea.

⁷⁶ Moneta locale.

Le strutture sanitarie sono situate per lo più nella capitale, Asmara, mentre in alcuni dei piccoli centri vi sono dei presidi che non sono in grado di affrontare ogni necessità sanitaria, soprattutto non sono alla portata di tutti per la loro posizione (?). Le persone si spostano a piedi per giorni, i più abbienti con degli asini o facendo l'autostop per raggiungere un centro medico vicino o dirigendosi direttamente alla capitale; gli autobus non passano spesso, in alcune località si possono attendere anche delle giornate. Le enormi e tangibili difficoltà legate ai mezzi di trasporto, i costi elevati e l'irreperibilità dei farmaci favoriscono l'utilizzo della medicina tradizionale conosciuta e usata fin dai tempi più remoti. Questo tipo di sistema medico, alternativo a quello allopatico, era diffuso prevalentemente nelle zone rurali essendo alla portata di tutti; la ragione di tale diffusione è da ricercare sia nei costi bassissimi sia nella reperibilità dei materiali da utilizzare. La medicina tradizionale è praticata da specialisti, persone autoritarie, mature, sagge e con molta esperienza: donne e uomini anziani, capofamiglia. Ci si rivolge a loro non solo per problemi di salute, ma anche per avere dei consigli, per risolvere dei problemi quotidiani o sciogliere dubbi.

L'impegno più grande del sistema sanitario pubblico è stato quello di sostenere gli invalidi vittime di guerra oltre a sviluppare diverse campagne di prevenzione per le malattie diffuse nel paese. La campagna più rilevante sostenuta dallo stato è stata quella per la prevenzione dal virus dell'HIV, che purtroppo conta oggi 55.000 vittime tra cui 4.000 giovanissimi. La prevenzione per la diffusione del virus è divenuta una politica sanitaria. Le emittenti televisive locali affrontano l'argomento con interventi di medici che spiegano in breve che fortunatamente oggi è una malattia curabile, se diagnosticata in tempo, quindi insistono sull'importanza di effettuare il test. Consigliano alle famiglie di eliminare l'omertà che riguarda l'argomento, di parlarne con tutti i propri cari senza timore e senza vergogna e di convincere chiunque a fare il test, ma anche di utilizzare il profilattico durante i rapporti occasionali; si pensi che negli ultimi tempi lo stato aveva previsto il test HIV prima del matrimonio. Altre campagne di prevenzione sono state sviluppate per affrontare le emergenze sanitarie del paese: la mortalità infantile al di sotto dei cinque anni è scesa da 147 su 1000 nel 1994, a 74 su 1000 nel 2006 grazie alla diffusione e l'utilizzo di vaccini contro la poliomelite, il morbillo e il tetano neonatale. Nonostante la situazione politica precaria, le carenze economiche e i disagi in cui vive, il paese riesce a condurre delle politiche sanitarie incisive e importanti e sebbene non riesca a debellare ogni malattia può senza alcun dubbio contrastarle, compensando così ogni mancanza di risorse relative alla prevenzione.

Bibliografia

Augè M., Herzlich C. (curatori) (1986), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.

Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria*, Carocci, Roma.

Chirico N. (2005), *La mediazione linguistico culturale in ambito sanitario*, Tesi di Laurea in Psicologia Clinica, Seconda Università degli Studi di Napoli.

Galimberti U. (2002), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.

Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

Quaranta I. (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Prolusione all'elaborazione dei dati

Nell'intelaiatura del percorso di elaborazione dei dati, prima rilevanza è stata posta alla simulazione di un modello di analisi che, in riferimento al rilievo posto nelle considerazioni complessive esposte circa la relazione tra salute e cultura, esemplificasse il portato della *gestione delle emozioni* quale focus sensibile alla rilevazione di variabili intercorrenti che meritano una maggiore considerazione (non ancora pienamente goduta) tanto nei modelli teorici che nella pratica clinico-diagnostica e terapeutica. Tale prolusione all'elaborazione dei dati si configura quindi come carotaggio di evidenze acquisite nel corso della ricerca nei campi applicativi di natura sperimentale.

5.1 Emozioni, salute e cultura. Stile di comportamento e salute fisica

Il presente focus mette a fuoco uno degli aspetti analizzati e approfonditi durante la ricerca: le emozioni e la loro gestione nella situazione d'immigrazione e la loro ripercussione sulla salute fisica.

Sebbene l'immigrazione non sia di per sé un evento stressante, in essa sono tuttavia sempre presenti perdite provvisorie, che se non vengono mediate da una adeguata elaborazione, possono trasformarsi in concausa distress.

La ricerca psicosomatica ha individuato nella mancanza di una appropriata elaborazione delle emozioni l'indebolimento del sistema immunitario. In diverse ricerche si è proposto lo studio del rapporto tra emozioni e salute, dimostrando l'importanza, per la salute, di una elaborazione cognitiva e di una regolazione ottimale del vissuto emozionale, contrariamente a quanto spesso si afferma riguardo al bisogno di una "scarica" emotiva che liberi la mente da un eccesso di tensione (Solano, 2001).

Il nostro studio ha indagato, tra altre cose, lo stile di comportamento che i volontari mettono in atto davanti ad eventi potenzialmente stressanti, e le possibili correlazioni tra questo e il loro stato di salute. Perché l'importanza di indagare questo aspetto? Poiché essendo l'oggetto di studio, la salute delle persone immigrate, e considerando l'importanza della modalità di gestione delle emozioni sulla salute, ci siamo chiesti come potevamo rilevare questo dato nella nostra indagine.

A questo fine abbiamo utilizzato come strumento quello proposto da un **costrutto elaborato dall' approccio psicosomatico: lo stile di coping "Tipo C"**.

Il tipo C, descritto in questo costrutto, **sostiene lo stress cronico** perché i suoi tratti caratteristici sono: **la negazione e il non riconoscimento di segnali biologici o psicologici indicanti una situazione stressante e la tendenza ad accettare o a "convivere" con il problema piuttosto che ad esprimere i sentimenti e ad agire in modo tale da costruire opportunità nella direzione di mitigare o risolvere una situazione stressante**(Temoshok e Dreher, 1992). Valutata, in soggetti di Tipo C, una misura immunitaria, il numero di linfociti alla base del tumore, i risultati evidenziano che **l'indebolimento del sistema immunitario è fortemente correlato con la mancanza di espressività emotiva nei pazienti** (Temoshok, 1985).

I percorsi principali attraverso i quali lo stile di coping può influenzare il decorso della malattia sono due: percorso psicosociale e comportamentale, percorso psico-neuro-immunologico. I due percorsi non sono indipendenti ma interagiscono e si sostengono a vicenda (Temoshok, 1987).

Attraverso il primo percorso, il soggetto con stile di coping di Tipo C, non dando importanza alle proprie necessità e ai propri bisogni, non contattando i medici ai primi sintomi e non richiedendo sostegno sociale, favorirebbe un avanzamento più rapido del cancro.

Il secondo percorso evidenzia invece come l'attitudine del Tipo C a ridimensionare il problema, e a vivere come se niente fosse successo, può portare ad un ridimensionamento della risposta fisiologica acuta allo stress, ma parallelamente la disfunzione immunitaria aumenta nel tempo, mentre la malattia si cronicizza.

Perché questo strumento ci è sembrato particolarmente interessante? Poiché ci pareva conforme a un atteggiamento che abbiamo spesso riscontrato nelle persone immigrate come modalità di affrontare i problemi in cui s'imbattono, ossia: mettere da parte le emozioni per portare avanti il progetto migratorio, presentarsi alle popolazioni incontrate nel nuovo luogo di vita come persone portatrici di emozioni positive e poco lamentose per favorire la costruzione di nuove reti relazionali; poiché ci permette di indagare una modalità di comportamento che, sebbene poco adattiva, non va alla ricerca forzata di patologie; poiché pone in correlazione parametri spesso studiati separatamente; poiché ci apre le porte ad ulteriori approfondimenti.

Lo strumento si presenta nella forma di una breve storia che racconta la modalità di un soggetto di fare fronte ad una diagnosi di malattia grave.

I volontari dovevano segnare in una scala di 1 a 5, la maggior o minor somiglianza del proprio modo di agire e di gestire le proprie emozioni a quello proposto.

Il racconto è stato tradotto dai mediatori culturali in 5 lingue presenti nelle popolazioni coinvolte e somministrato durante il colloquio psicologico.

Altri strumenti utilizzati, e dei quali abbiamo considerato alcuni dati per questa analisi, sono stati: la scheda Socio Culturale, la scheda Psicologica, la scheda Medica (tutte e tre create dal gruppo di lavoro appositamente per la ricerca), un test che indaga il senso di solitudine, elaborato a partire dalla Loneliness Scale (UCLA), e la Structured Clinical Interview for DSM –IV Axis I Disorders (SCID I).

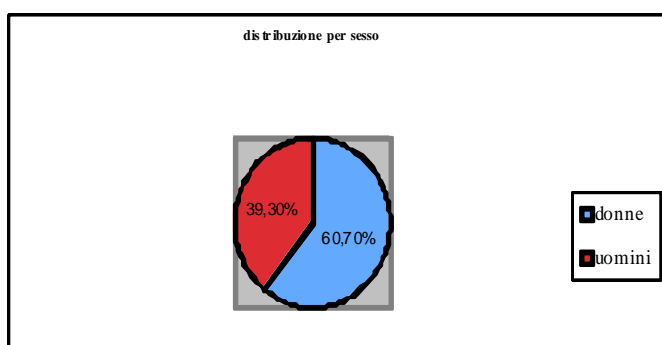
Questa indagine, più che rappresentare un punto d'arrivo, fornisce suggerimenti per domande ed ipotesi, tanto per successive ricerche, come per proposte d'interventi di tipo multidisciplinare e interculturale.

La ricerca sul campo

Il gruppo preso in considerazione in questa analisi è soltanto una parte dell'intero campione, ed è costituita da 107 persone (su 297 totali): i soggetti che hanno completato l'intero percorso proposto dalla ricerca.

Sinteticamente il percorso lungo il quale sono stati raccolti i dati, consisteva in: un colloquio socio culturale condotto dai mediatori (raccolta dati); un colloquio clinico medico; prelievo del sangue e successiva restituzione dei risultati delle analisi; primo e secondo colloquio clinico psicologico (raccolta dati) durante i quali sono stati somministrati il TFU (Test della Figura Umana); la SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders); Vignetta per il tipo C; Loneliness Scale (UCLA).

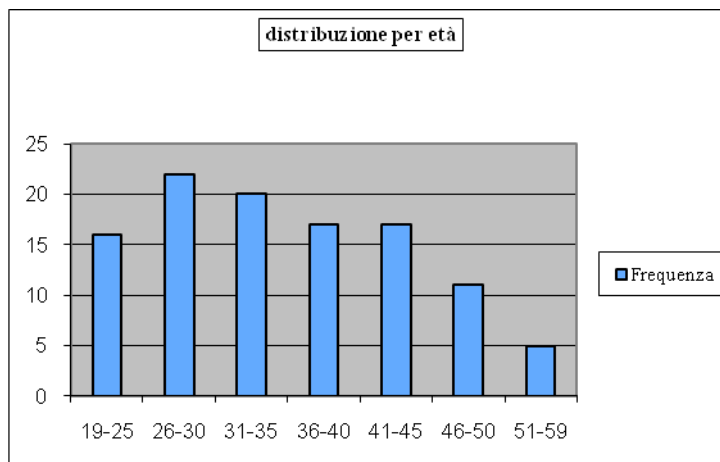
In primo luogo vediamo chi sono le persone alle quali abbiamo chiesto la collaborazione per poter realizzare questo studio, cioè **Il campione**:



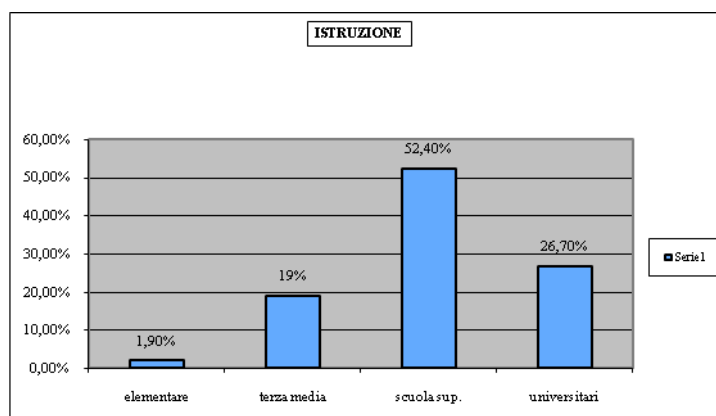
Il 60,7% (65 soggetti) sono donne, mentre il 39,3% (42 soggetti) sono uomini. E' probabile che la percentuale più elevata di presenza femminile sia dovuta ad una maggior disponibilità da parte delle donne a collaborare in situazioni di ricerca, ma in

parte riflette anche la tendenza della composizione, a livello nazionale, della popolazione immigrata.

L'età media delle persone considerate è di 35,2 anni (ds=9) con una età minima di 19 anni e una età massima di 59 anni. Anche questo dato è vicino a quello della media nazionale: la media della popolazione straniera in Italia è di poco superiore ai 30 anni (dato Istat al 1.1.2005)

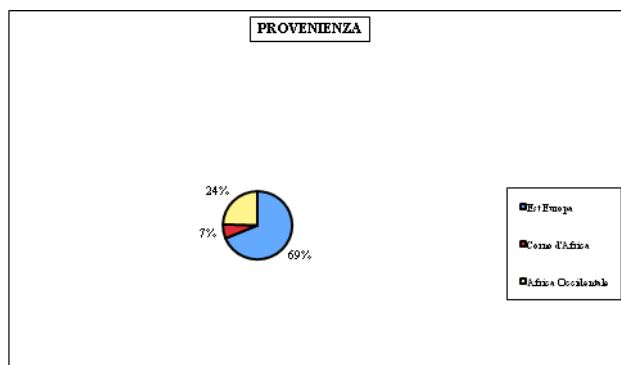


Il livello di istruzione delle persone rappresentate nel campione è elevato. Il 52,4% (55 soggetti) ha un diploma di scuola superiore, il 26,7% (28 soggetti) ha studi universitari.

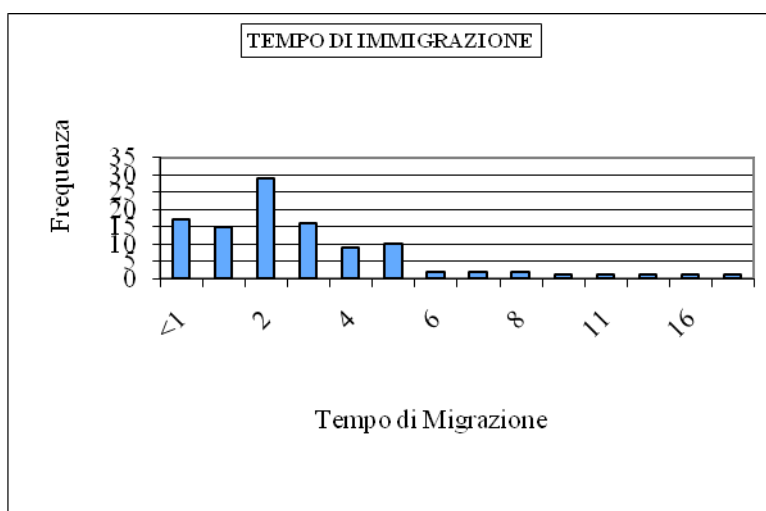


Condizioni migratorie

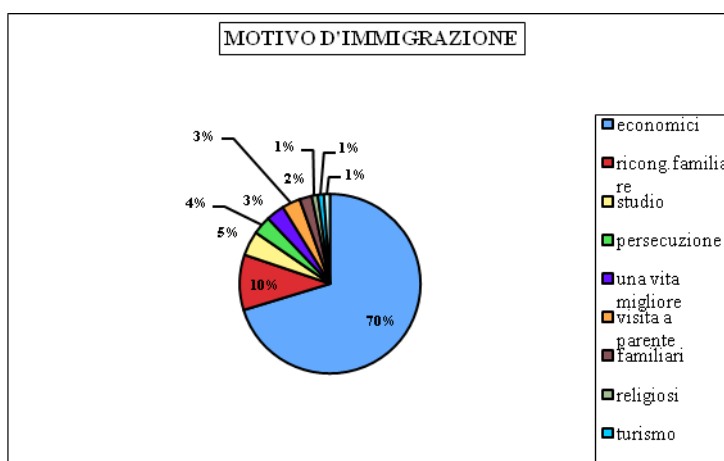
Le persone che volontariamente hanno partecipato alla ricerca sono state raggruppate in 3 categorie di provenienza: Est Europeo, Corno d'Africa e Africa Occidentale. Il 68,9% del campione (73 soggetti) provengono dell'Est Europeo, il 6,6% (7 soggetti) appartengono al Corno d'Africa e il 24,5% (26 soggetti) dall'Africa Occidentale.



La media del tempo di immigrazione è di 3 anni (ds.= 3.2) con un minimo di permanenza in Italia di 3 mesi, fino a un massimo di 22 anni. Il gruppo più numeroso (60%) è formato da persone la cui partenza dal proprio paese risale a un periodo compreso tra meno di 1 anno e 2 anni e mezzo.



E' da sottolineare l'importanza del tempo di immigrazione di questo campione, in modo che qualunque ipotesi si possa fare, si dovrà tener conto che si stanno considerando gli effetti sulla salute nel primo periodo d'immigrazione.

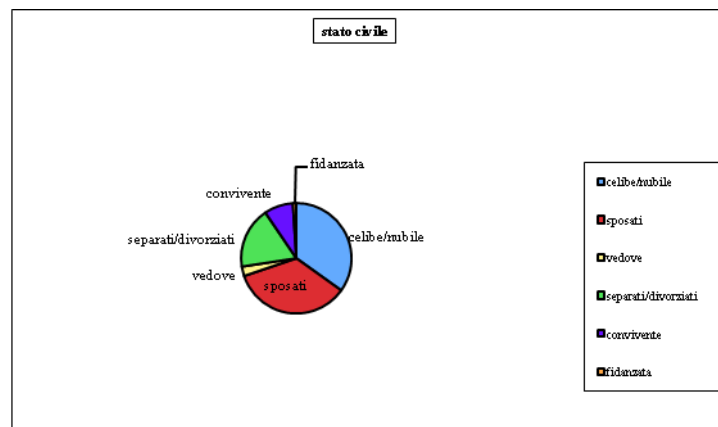


Nella grande maggioranza dei casi, cioè nel 70,3% (64 soggetti), il motivo dell'**immigrazione** è economico, seguito da un 9,9% (9 soggetti) per ricongiungimento familiare, un 4,4% per motivi di studio.

Solo un soggetto dichiara di vivere tanto in Italia come nel proprio paese. Certamente a livello numerico non ha nessun significato ma è interessante perché rappresenta una modalità di immigrazione che è caratteristica di un'epoca come quella attuale. La velocità e la massificazione dei mezzi di comunicazione permettono in alcuni casi questa “delocalizzazione” delle persone, che possono scegliere un posto come luogo di lavoro e l'altro dove continuare a coltivare i propri affetti e progetti.

Situazione demografica

Lo stesso **numero** di persone è sposata (37 soggetti – 34,9%) e celibe/nubile (37 soggetti – 34,9%) ma mentre tra i celibe/nubile prevalgono i maschi (24 persone su 37), tra gli sposati prevalgono le donne (22 donne su un totale di 37). Il 50% del campione (50 soggetti, di cui 36 sono donne) ha figli.



Quasi la totalità del campione, cioè il 98,1% (104 soggetti), vive insieme ad altre persone, mentre solo 2 persone, cioè il 1,9% vivono da sole. Soltanto il 12,4% abita insieme ai figli, mentre il restante 87,6% senza di loro. La cifra è significativa tenendo conto che il 50% dei partecipanti ha figli. Il 32,4% abita con il proprio partner e solo il 3,8% (4) vivono insieme ai genitori mentre il 7,7% (4) con altri parenti. Quest'ultimo dato risulta interessante se si tiene conto che il 49% del campione ha dei parenti in Italia. Questo può far presupporre che funzionano le catene familiari di immigrazione, ma le soluzioni abitative sono legate alle difficoltà nella risoluzione alloggiativa ed alle esigenze di lavoro.

C'è un 35,8% che convive con connazionali. Il 23,4% (23) del campione, quasi tutte donne (tranne 2), vive presso il proprio datore di lavoro e un 9,3% (10) in centri d'accoglienza.

Dati analizzati in questo focus

Stato di salute

I dati che seguono sono riportati e messi in relazione agli altri senza addentrarci negli aspetti di competenza esclusivamente medica, bensì come indicatori di salute generale che ci permetta di valutare l'influenza della modalità di coping sulla salute.

Indicatori di salute fisica considerati

Numero totale di malattie

Salute riferita (Bene, Abbastanza, Male)

Numero di visite effettuate (Minimo 3)

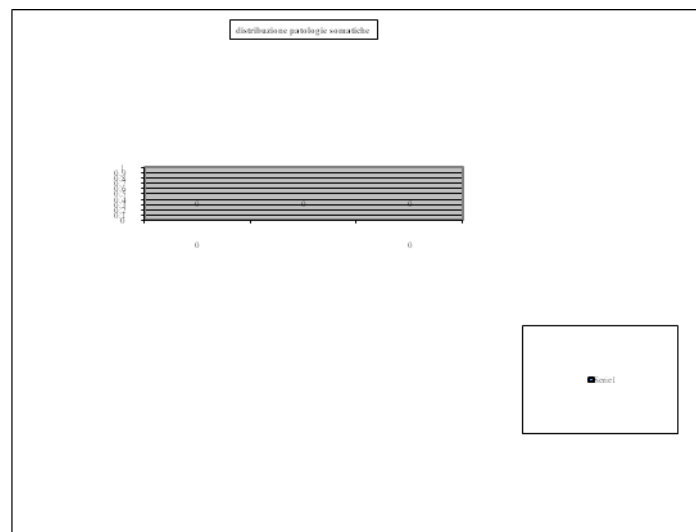
Secondo il criterio NUMERO DI MALATTIE, abbiamo diviso il campione in tre gruppi:

senza nessun disturbo, rappresentato dal 20,6 % (22)

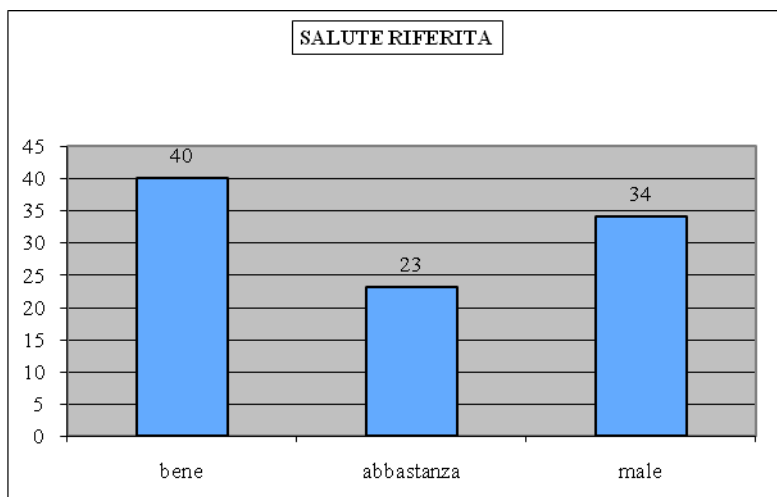
con 1 diagnosi individuata di patologia, rappresentato dal 48,6 % (52)

con 2 diagnosi di patologia individuate, rappresentato dal 26,2 % (28)

E' da tener presente che in generale i disturbi riscontrati sono, nella gran parte, riferiti a situazioni patologiche non gravi come cistiti o infezioni urinarie (19) e gastriti (13), anche se sono presenti portatori di infezioni da virus dell'epatite (2).



Secondo il criterio SALUTE RIFERITA, abbiamo diviso il campione in tre gruppi:

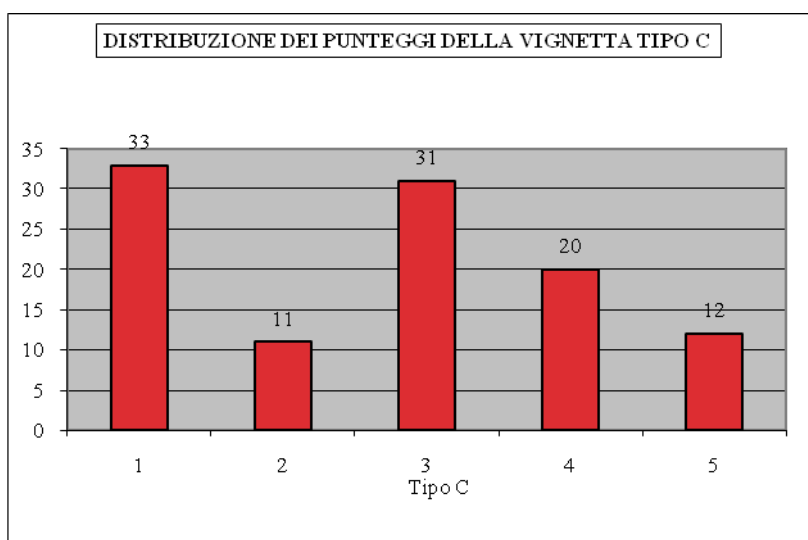


Abbiamo raggruppati nei due estremi le risposte ben definite (“bene” e “male”), mentre in quella che abbiamo chiamato “abbastanza”, abbiamo incluso tutte quelle risposte che definivano meno nettamente lo stato di salute.

La vignetta del tipo C

Le risposte date dai soggetti rispetto alla somiglianza del proprio modo di gestire la situazione con la storia proposta (che descrive un soggetto e la sua modalità di gestire una situazione stressante) erano inquadrate in 5 possibilità: da

1 = Non mi somiglia per niente, fino a 5 = mi somiglia completamente



Per poter descrivere e confrontare i dati raccolti attraverso questo strumento abbiamo aggregato le risposte in tre gruppi:

G1: risposte 1 e 2, scelte dalle persone che si identificano poco o nulla nella descrizione proposta,

Tipo Non C: **espressione dell'emotività**

G2: risposta 3, persone che trovano una somiglianza a metà,

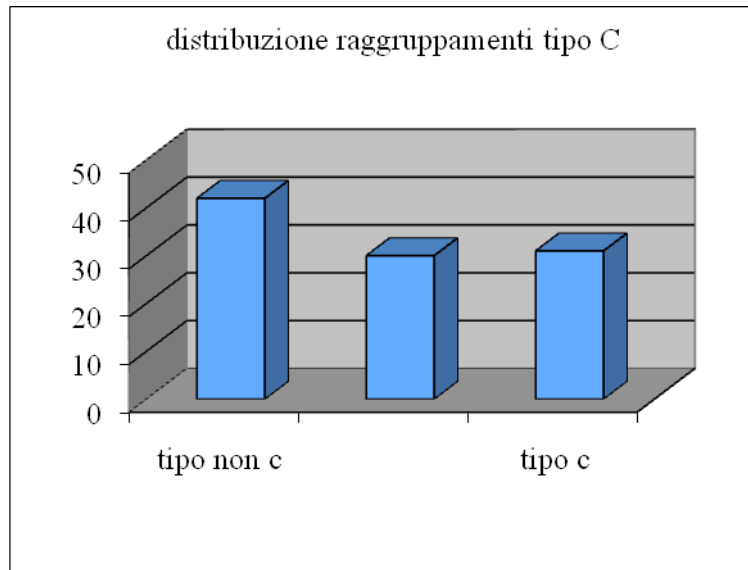
G3: risposte 4 e 5, cioè persone che s'identificano con il tipo di azioni ed emozioni descritte, e che potremmo chiamare i "tipo C": **non espressione dell'emotività**

La distribuzione dei soggetti, si presenta nella seguente maniera:

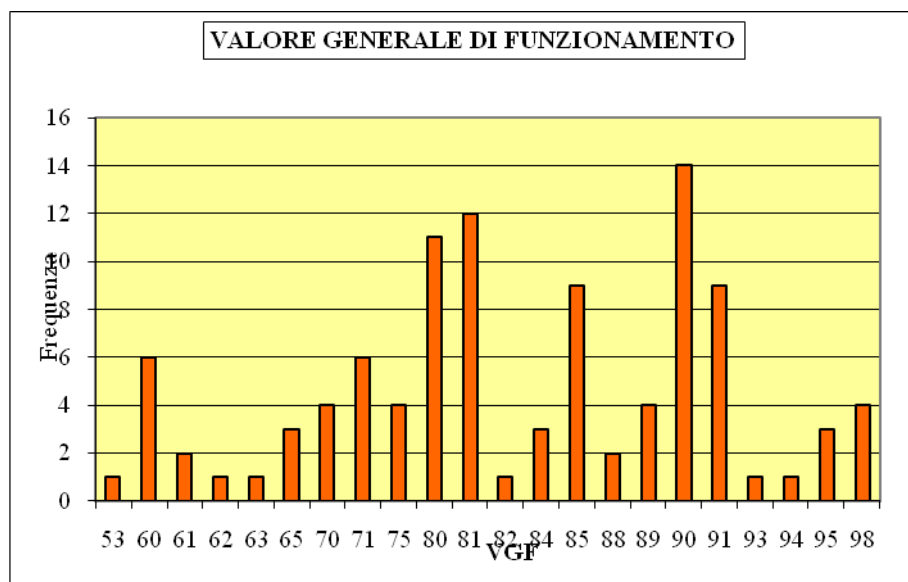
Tipo Non C: il 40,78% (42 persone)

Gruppo Intermedio: il 29% (30)

Tipo C: il 30,1% (31)



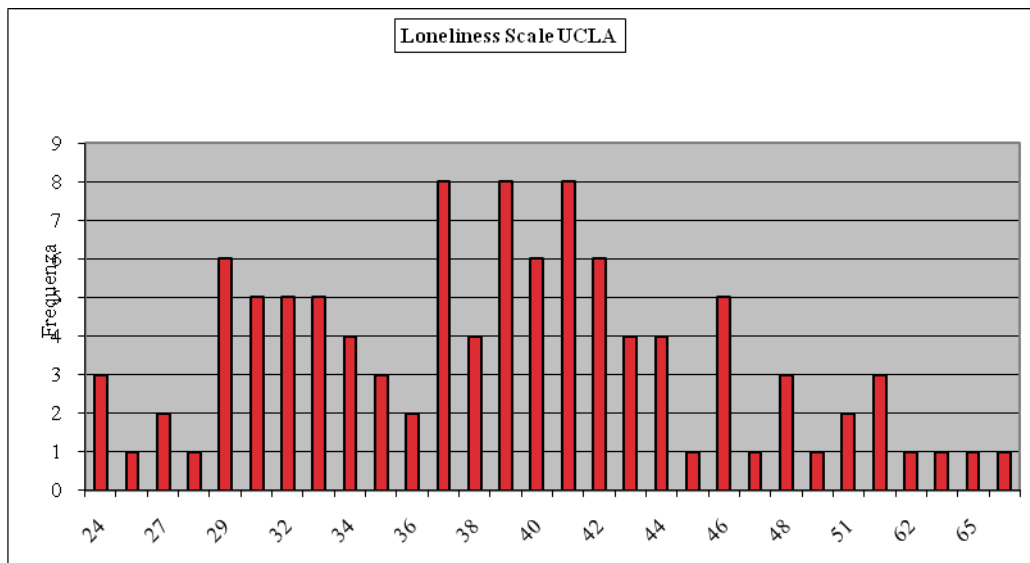
Valore generale di funzionamento (VGF) riconducibili all'asse I del DSM – IV rilevati con la SCID-I.



Oltre alla descrizione per sintomi e patologia, lo strumento della SCID I permette di dare ad ogni soggetto un Valore Generale di Funzionamento (VGF). Considera il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute - malattia mentale.

Il 36,4 % (39) della popolazione considerata, attualmente soffre di uno stato di disagio che si può collocare soprattutto nelle aree dei disturbi dell'umore (11,70%) e dei disturbi dell'ansia (21,40%). In pochi casi questi sintomi arrivano a situazioni che possono essere definite come veri e propri disturbi. Nella maggior parte si tratta di Disturbi d'Ansia Generalizzata e di Disturbo Depressivo Maggiore.

Loneliness Scale UCLA -



I soggetti sono stati raggruppati in due gruppi:

il 53,3% (57soggetti) si situano al di sotto della mediana (indicativo di un basso senso di solitudine)

il 41 % (24) dei quali sono uomini e il 59% (34) donne.

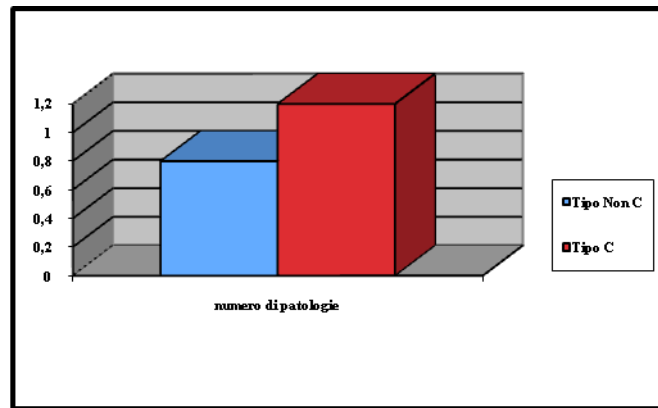
il 45% (48 soggetti) al di sopra della mediana (indicativo di un elevato senso di solitudine) dei quali

il 35% (17) sono uomini e il 64% (31) sono donne.

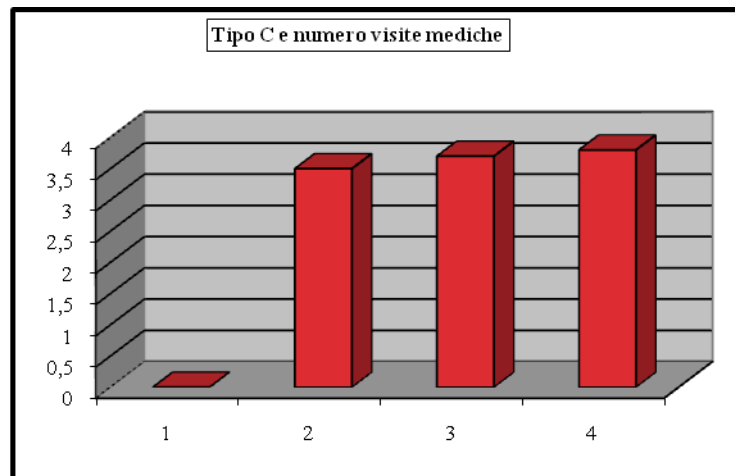
Analisi dei dati, conclusioni e prospettive

Sulla base dei risultati dell' indagine e delle elaborazioni dei dati, insieme alla conoscenza di questo tipo di popolazione, si è evidenziato quanto segue:

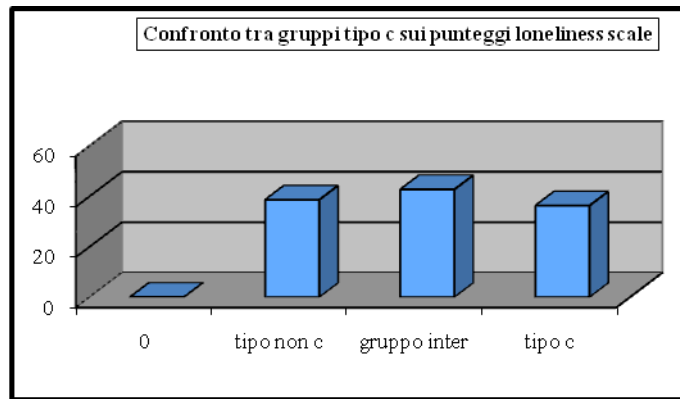
- 1- le persone immigrate che utilizzano una strategia di coping caratterizzata dalla non espressione delle emozioni, in particolare della rabbia, insieme alla esibizione di un aspetto forte e piacevole di fronte ad una situazione stressante (Tipo C) hanno una quantità di malattie significativamente superiore rispetto a chi non si identifica con questa modalità.



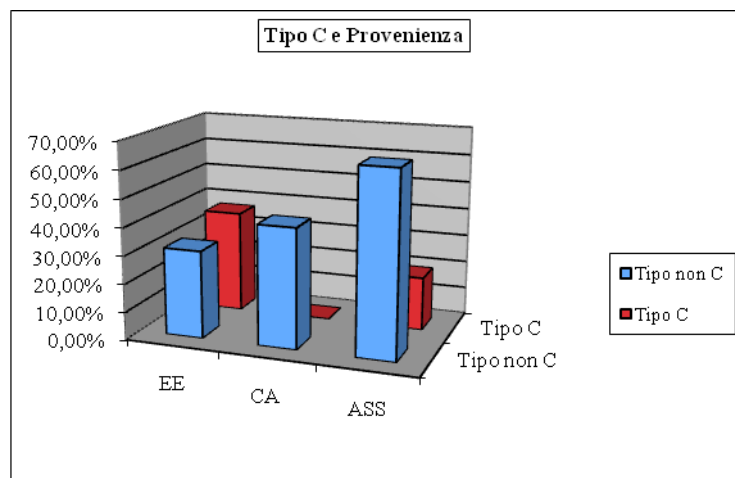
2- I soggetti con le caratteristiche precedentemente descritte, cioè classificati come Tipo C, hanno effettuato una quantità di visite mediche molto simile a quelli appartenenti al gruppo intermedio e a quelli del Gruppo Non tipo C. Considerando che hanno un numero di malattie superiore, possiamo affermare che c'è un atteggiamento poco attento al proprio disagio da parte dei soggetti Tipo C.



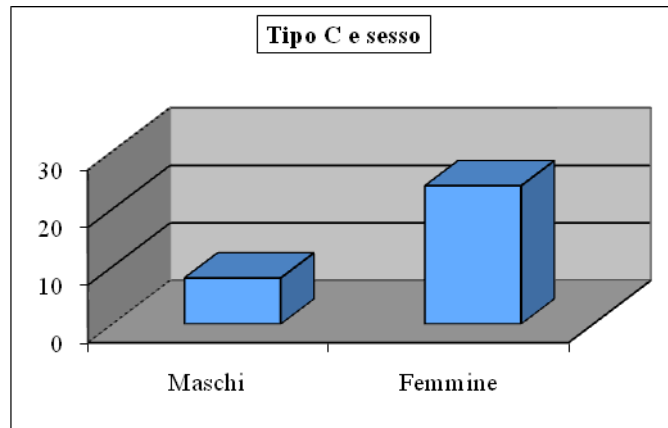
3- Prendendo in considerazione la misurazione del senso di solitudine, un sentimento che spesso accompagna la situazione di immigrazione, tra i soggetti Tipo C si evidenzia un basso senso di solitudine. Questo si può interpretare come una negazione dei propri bisogni e contemporaneamente potrebbe essere letto come la conseguenza di una tendenza a concentrarsi sul compiacimento degli altri, che lo porta ad attutire il sentimento di solitudine, come d'altronde viene descritto nello stesso costrutto.



4- Ci sono delle differenze significative tra i soggetti classificati come Tipo C e quelli Tipo Non C rispetto alla provenienza. Mentre tra le persone provenienti dall' Est Europeo i soggetti che si identificano come Tipo C rappresentano più di un terzo di questa popolazione, tra le persone provenienti dal Corno d'Africa non si trova nessun soggetto di tipo C, e tra quelli dell'Africa Occidentale meno di un quinto si identificano con il tipo C. Sebbene il dato significativo può essere messo in questione dovuto alla bassa presenza di soggetti proveniente del Corno d'Africa, le osservazioni che derivano da un lavoro quotidiano ci permette di ipotizzare differenze legate ad aspetti culturali nella modalità di coping delle persone.



- 5- Il Valore del funzionamento generale a livello psichiatrico non rappresenta una variabile da considerare in relazione alle diverse modalità di coping in situazioni stressanti. Questo ci permette anche di ipotizzare l'assenza di corrispondenza tra salute mentale e malattie somatiche.
- 6- In questa circostanza di immigrazione, sono soprattutto le donne ad avere una modalità di coping che comporta minore contatto con le proprie emozioni, e desiderio di dare una immagine di forza (Tipo C).



7- Nel nostro campione c'è una maggior tendenza ad adottare una modalità di coping Tipo C quando si è più avanti con l'età.

A partire dall'analisi dei dati quindi possiamo concordare che il costrutto del Tipo C permette di prendere in considerazione fattori di tipo psicologico che possono essere predittivi dell'evolversi della salute dei soggetti appartenenti alla popolazione immigrata.

Ci sono alcuni dati che sebbene non permettano di fare delle vere e proprie affermazioni, consentono di formulare domande che aprono le porte a future ipotesi:

- 1- Nella popolazione immigrata, il basso contatto con l'emotività, concausa di una maggiore presenza di patologia, può essere considerato come modalità già esistente nell'individuo oppure è la condizione di immigrazione a determinare un cambiamento nella modalità di coping portando i soggetti a un limitato contatto con le proprie emozioni?
- 2- Il costrutto che descrive la modalità di coping dei soggetti considerati come Tipo C fa parte di una visione della vita centrata sull'individuo e sulle sue capacità di modificare gli eventi tipica della cultura occidentale. Questo costrutto può essere assunto come valido in tutte le culture? Anche in quelle in cui gli eventi sono parte del movimento armonico del gruppo sociale?
- 3- Uno strumento come la "Loneliness Scale" che aspira ad individuare il senso di solitudine e non la rete sociale a cui fa riferimento il soggetto, associato ad un costrutto che tiene conto del contatto della persona con le proprie emozioni, acquisisce un significato che porta a interpretazioni diverse?.

In diversi studi e pubblicazioni si sottolinea l'importanza del corpo e della salute come uno dei parametri principali per la decisione a migrare.

L'analisi dei dati che ci permettano realizzare proposte di prevenzione e promozione della salute possono avere una buona risposta da parte delle popolazioni in movimento.

PARTE II

L'ESERCIZIO DI RIFLESSIONE TEORICA

6

Le categorie diagnostiche del DSM e i mondi culturali della sofferenza: focus sul Disturbo da Stress Post Traumatico

Il DSM

Trauma e cultura

Analisi di una vicenda traumatica

Introduzione. Uno degli aspetti fondamentali intorno cui ruotava il pensiero psicologico della ricerca era dato dall'assunzione del principio secondo il quale i fattori culturali siano costituenti cardine della persona da analizzare e valorizzare nella clinica come nella ricerca, nella diagnosi come nella terapia. La prospettiva inerente la classificazione psicodiagnostica all'interno della quale collocare gli eventuali disturbi rilevati diveniva, dunque, essenziale per una attenta ed onesta osservazione della complessità portata dai volontari che si prestavano alle nostre articolate analisi. Lo strumento psicodiagnostico più conosciuto al mondo è il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali). Esso veicola sia un linguaggio sia dei criteri che permettono agli attori partecipi della comunità scientifica internazionale di comunicare su inquadramenti clinico-psicopatologici comuni. Tuttavia, anche se portatore di tale insigne qualità, il suddetto prontuario ci appariva lacunoso riguardo l'inclusione di quei fattori, per noi imprescindibili, costituiti dalle appartenenze culturali, etniche, sociali, religiose, politiche che conferiscono la dovuta complessità alla persona esaminata; questo nonostante l'incoraggiante introduzione, nella sua VI edizione, di un'appendice che riporta le linee guida per la formulazione dei casi clinici di persone appartenenti ad altre culture. Nondimeno abbiamo ritenuto opportuno sperimentare il DSM, per rispetto alle pratiche della nostra cultura scientifica di appartenenza, per conoscere meglio i suoi limiti e le sue potenzialità, per continuare a riflettere intorno alla sua legittimità, per stabilire se adottarlo risolutivamente nelle successive ricerche e nella nostra prassi psicodiagnostica.

Il DSM.⁷⁷Nella seconda metà del XX secolo, dopo decenni passati nel tentativo di cercare costanti dietro le apparenze dei sintomi componendo, senza posa, entità nosologiche di cui postulava l'universalità, la psichiatria internazionale, non avendo trovato un "testimone affidabile" –gene, virus, struttura- che confermasse le tesi universalizzanti, ha verificato l'estrema difficoltà di costruire una psicopatologia strutturale (Nathan, 2003, p. 47). Preso atto dell'inattuabilità di tali procedimenti, la psichiatria americana li ha sostituiti con la ricerca di consenso degli specialisti, American Psychiatric Association (APA), realizzando il "Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder" (DSM), ovvero un manuale che fornisce i criteri diagnostici per universalizzare l'applicabilità dei giudizi clinici riguardo i disordini mentali. Tale manuale non è organizzato in modo da formulare enunciati naturalistici sui disturbi, ma è caratterizzato da un impianto descrittivo, basato sull'accordo della comunità degli psichiatri, sui segni distintivi di un dato disturbo psichico. Esso ha inoltre la peculiarità di dare voce ai portatori dei disturbi, o ai loro rappresentanti, a seconda del potere sociale, politico, economico ecc. di cui sono detentori. Ne è un esempio il fatto che le sette edizioni del DSM hanno visto entrare o uscire dal prontuario alcuni disturbi come, ad esempio, l'isteria presente in tutti i manuali di psichiatria editi prima dell'interposizione delle associazioni femministe che, leggendo nell'etimologia della designazione isteria (dal greco utero) un'accezione discriminatoria nei confronti delle donne, con determinazione sono riuscite a farla eliminare dal manuale; oppure l'omosessualità, anch'essa presente in tutti i manuali di psichiatria nella categoria psicopatologica delle perversioni, sino a quando, attraverso l'impegno ed il potere dei movimenti omosessuali è stata rimossa dal prontuario⁷⁸. Riguardo all'inserimento di nuove patologie, un esempio può essere dato dal «Post-Traumatic Stress Disorder» (PTSD), disturbo che approfondiremo più avanti, e che è apparso nel DSM in conseguenza all'esigenza dei reduci del Vietnam e dei poteri pubblici di trovare un riconoscimento istituzionale che garantisse, ai veterani che manifestavano problematiche, supporti di carattere terapeutico ed economico.

La possibilità di negoziare l'introduzione o l'eliminazione di un disturbo psichico dal DSM è tanto democratica quanto il suo contrario. Questo per una serie di motivi, come ad esempio il fatto che spesso il potere dei rappresentanti delle categorie diagnostiche è meno autorevole di quello dei rappresentanti delle multinazionali farmaceutiche⁷⁹ o quant'altro.

⁷⁷ Paragrafo estratto dal cap. 3 §3-10 di Tumiati M.C., in Anagnostopoulos K., Germano F., Tumiati M. C. (2008).

⁷⁸ Nel 1973, l'APA ha deciso ai voti (5.584 contro 3.810) di non definire più disturbo mentale la "omosessualità", dopo che attivisti del *Gay Liberation Movement* avevano organizzato picchetti alle riunioni dell'associazione.

⁷⁹ Può essere importante sapere che la metà degli estensori dell'ultima edizione del DSM hanno avuto rapporti economici (tra il 1989 e il 2004, con ruoli di ricercatore o consulente) con [società farmaceutiche](#). A tale proposito vedi Cosgrove, Schneider, 2006.

Concepito negli Stati Uniti d'America nel 1952, nel giro di pochi anni il DSM è diventato il punto di riferimento diagnostico per gli psichiatri di tutti i paesi del mondo. Senza nulla togliere all'immane opera di accrescimento del patrimonio scientifico mondiale concepita dagli Stati Uniti, sembra tuttavia necessario considerare che la psichiatria nordamericana, come ogni psichiatria, sia un sistema di cura dell'anima che riflette la struttura della sua società ed è adattata al trattamento della stessa. La maggior parte dei disturbi classificati nel DSM sono stati concepiti attraverso l'analisi delle problematiche psichiche degli americani e ordinati attraverso un modello che si definisce ateorico⁸⁰. Al di là del fatto che tale sistema classificatorio in realtà non si può riconoscere come fondatamente "ateorico", c'è da evidenziare un fattore molto importante ovvero che non appare attendibile l'universalizzazione dei disturbi mentali attraverso l'osservazione di un popolo definito. Il cittadino nordamericano, anche se multietnico, è informato dalla cultura statunitense attraverso i miti, i rituali, le iniziazioni, i valori ecc. che gli sono propri.⁸¹ Di conseguenza, gli americani percepiscono⁸² e reagiscono in modo conforme al loro mondo (nella loro unicità individuale), e utilizzano le cure prodotte dal loro sistema di pensiero. Se osserviamo il sistema di classificazione diagnostica e il tipo di trattamento proposti dal DSM possiamo rilevare che questi rispondono precisamente alla struttura sociale del popolo americano; ad esempio al suo sistema socio-sanitario che chiede di curare velocemente il cittadino dal problema invalidante per renderlo

⁸⁰ L'APA, American Psychological Association è l'associazione che ha elaborato il DSM. Dalle classificazioni inventariate nel DSM dalla Task Force dell'APA, si dovrebbe evincere che, come dichiarato nella prefazione alla terza edizione del DSM (APA, 1980):«l'approccio adottato dal DSM III è ateorico per quanto concerne l'eziologia e i processi fisiopatologici, eccetto per quei disturbi per i quali ciò sia stato stabilito con precisione (...). Tale approccio può essere detto 'descrittivo' in quanto le definizioni dei disturbi generalmente consistono nelle descrizioni degli aspetti clinici dei disturbi. Tali caratteristiche sono descritte al più basso livello di inferenza necessario per descrivere gli aspetti caratteristici del disturbo. Nell'edizione del 1996, un po' più prudentemente, si afferma che «il DSM è basato sui dati empirici più di ogni altra classificazione dei disturbi mentali». In realtà la questione classificatoria è molto più controversa rispetto a quella che è stata stabilita e divulgata dall'APA, per approfondimenti vedi Muscatello et al., in internet.

⁸¹ Il popolo nordamericano è formato totalmente da immigrati ed ha costruito la propria appartenenza su valori di aggregamento delle differenze. Proprio per tale motivo si distingue dai popoli che hanno un'appartenenza culturale che affonda le radici nel passato più remoto.

⁸² M. Wober, a tale proposito, sostiene che le culture differiscono per l'importanza che attribuiscono alle varie modalità sensoriali. Se guardiamo al modo in cui una persona viene informata, possiamo osservare che «crescendo in culture diverse, i bambini non utilizzano in grado uguale le stesse modalità sensoriali nell'acquisizione e nell'elaborazione dell'informazione che deriva loro dall'ambiente» (Bourguignon, 1983, p. 184). Ad esempio, «le culture africane attribuiscono maggiore importanza alla danza e al ritmo piuttosto che agli aspetti visivi dell'apprendimento, di quanto non facciano le culture occidentali, che insistono invece sul sapere leggere e scrivere. Pertanto i bambini occidentali sono educati alla visualità, mentre quelli africani alla propriocettività» [...] Questo approccio implica che la prestazione percettiva sia il risultato di "sensotipi" diversi» (M. Wober, cit. da Erika Bourguignon, 1983, p. 184).

al più presto operativo senza approfondire troppo le cause più intrinseche che potrebbero celare il senso del disturbo.⁸³

Come gli Stati Uniti, tutte le culture possiedono un prezioso patrimonio che esprime il proprio sistema di pensiero e quindi anche la propria psichiatria. Non tenere conto del fatto che ogni sistema culturale è costituito da un insieme di enunciati che riguardano la natura e la trasformazione della persona, dei morti, degli antenati, del male ecc., e che a questi enunciati corrispondono strategie culturali d'individuazione, denominazione, interpretazione dei disturbi di carattere emotivo, cognitivo, comportamentale e somatico ad essi collegati con le conseguenti operazioni di cura, adattamento e manipolazione degli stessi, sarebbe una mancanza di comprensione e di rispetto nei confronti del modo di essere dell'altro. Inoltre, i "saperi degli altri" costituiscono una risorsa che può contenere la capacità di partecipare all'accrescimento delle cognizioni terapeutiche dei diversi sistemi di cura tanto da poter apportare un interessante contributo, teorico, tecnico e metodologico, alla costruzione di un sistema psichiatrico autenticamente scientifico.

Ma c'è da ribadire l'incoraggiante innovazione operata alla fine del secolo, benché questa affiori come vereconda ouverture. Come accennato, nell'edizione del DSM-IV è stata introdotta un'appendice che riporta le Culture Bouns Syndromes (Sindromi Culturalmente Caratterizzate) e sono state delineate delle linee guida per la formulazione dei casi clinici di persone appartenenti ad altre culture. Oltre a ciò, nel 2002 l'APA ha proposto un prospetto, basato su specifiche variabili culturali e sull'applicazione delle linee guida del DSM-IV-TR (ultima edizione del DSM pubblicata nel 2000), per la formulazione di alcuni casi clinici (APA, 2004). Questo evento, che si può ritenere un'importante apertura alla relativizzazione delle classificazioni rigidamente impostate, ha creato inquietudine tra gli psichiatri con impostazione nosografica scientifico-universalista, sebbene l'ipotesi medico-scientifica secondo la quale i disturbi psichici sono l'espressione di problemi biologici e quindi universali non sia mai stata confermata. Forse il "perturbante culturale" crea tanti

⁸³ Oltre a ciò, l'impostazione del manuale si colloca perfettamente nella proiezione amministrativa di politica economica statunitense, che ha la peculiarità di esportare i propri prodotti nel mondo ottenendo cospicue entrate di danaro e realizzando, nel contempo, una propagazione del suo pensiero. A tale proposito è importante evidenziare che «Grazie all'accurato lavoro di affinamento e marketing effettuato dagli psichiatri per più di 4 decenni, i DSM/ICD godono ormai di un massiccio impiego quali strumenti diagnostici, non solo nei trattamenti al singolo paziente, ma anche in battaglie per l'affidamento dei figli, in casi di discriminazione per presunta invalidità psichica, in compare testimoniali, in questioni didattiche, ed altro ancora.⁸³ Di fatto, ovunque sia richiesta o offerta un'opinione psichiatrica, i DSM/ICD vengono presentati ed accettati quali tenutari della parola finale in materia di sanità mentale e di (cosiddetta) malattia mentale» (in internet, Citizens Commission on Human Rights). Inoltre è interessante tener conto del fatto che i proventi delle vendite del manuale e dei suoi sottoprodotti (per le cifre ibidem), rappresentano solo una frazione delle entrate derivanti da questi prontuari e dalla loro utilizzazione. Tanto è vero che se a questi aggiungiamo l'indotto dato dalla rete d'interessi collegati alle multinazionali del farmaco (per approfondimenti vedi Bellantuono e altri, 1993) e dai pacchetti formativi riguardanti le tecniche psicoterapeutiche consigliate dall'APA, ci possiamo rendere conto che il DSM, oltre ad universalizzare la propria psichiatria, veicola il proprio sistema economico-culturale.

timori proprio perché se dovesse accadere che nella costruzione di un linguaggio psichiatrico, deputato alla comunicazione tra i paesi del mondo, fossero realmente inglobati i rappresentanti dei “saperi degli altri”, è probabile che le classificazioni universaliste subirebbero un’importante trasformazione nella comprensione del “senso del male”. Ma se ciò dovesse effettivamente accadere, speriamo accada prima che la maggior parte delle culture di guarigione⁸⁴ siano estinte. A quel punto non resterebbe altro che considerare ciò che rimane come patrimonio mondiale dell’umanità.

Le Culture Bound Syndromes.⁸⁵ L’appendice I, introdotta nel DSM-IV, riconosce l’autonomia nosografica delle Culture Bound Syndromes (CBS)⁸⁶, tradotte in italiano come Sindromi Culturalmente Caratterizzate (DSM-IV, 1996, p. 917). Il prontuario statunitense recita che «il termine sindrome culturalmente caratterizzata si riferisce a modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM-IV. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente “malattie”, o per lo meno fastidi, e molte hanno denominazioni locali» (DSM-IV, 1996, p. 918).

È interessante notare che, benché nella dizione “Sindromi Culturalmente Caratterizzate” sia riportato che tali disturbi «possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM-IV», le CBS si rivelano come realtà che rendono problematico il metodo di organizzazione categoriale della diagnosi sollevando, nella migliore delle ipotesi, delle perplessità riguardo alla logica discriminativa (inclusiva ed esclusiva), empirica, segmentaria e induttiva adottata dalla psichiatria del DSM (Inglese, 1999, p. 121). A questo proposito c’è da precisare che tra gli esperti in Culture Bound Syndromes che hanno collaborato alla stesura dell’appendice I⁸⁷ del Manuale Statistico dei Disturbi Mentali vi sono sia sostenitori di un universalismo biopsicologico, che interpretano le CBS come manifestazioni locali di quadri psicopatologici universali dell’uomo che possono essere modificati e influenzati da particolari fattori culturali e quindi riconducibili alle classificazioni nosografiche della psichiatria occidentale; e sia sostenitori di un relativismo culturale

⁸⁴ Si prende a prestito l’espressione “culture della guarigione” dal titolo di una trasmissione ideata e curata da Elisabetta Confaloni e prodotta da RAI Educational.

⁸⁵ Paragrafo estratto dal cap. 4 § 4-4, 4-5 di Tumiati M.C., in Anagnostopoulos K., Germano F., Tumiati M. C. (2008)

⁸⁶ Negli anni Sessanta, Pow Meng Yap introdusse il costrutto *sindromi reattive culture bound* (Yap, 1969^o, 1969b). Precedentemente tali disturbi venivano definiti *esotici*, (Arieti, 1959).

⁸⁷ È importante ricordare che nel 1969 il Consiglio direttivo dell’APA ha ufficialmente approvato una dichiarazione che individua la psichiatria transculturale come un settore specialistico di studi (American Psychiatric Association, 1969, pp. 453-455). Il lavoro di questo settore comincia a dare i suoi buoni frutti come, appunto, l’Appendice I, Guida all’inquadramento culturale e Glossario delle sindromi culturalmente caratterizzate.

che considerano tali sindromi prodotte o generate da aspetti tipici di una particolare cultura e quindi non riconducibili alle classificazioni nosografiche della psichiatria occidentale.

Aldilà del dibattito tra gli estensori del DSM sulla relatività o meno del modello universale dei disturbi psichici, non si può fare a meno di riconoscere che, dalla loro legittimazione, nessun clinico che fa esclusivo riferimento al manuale statunitense potrà più ritenere i fattori e le variabili culturali come insignificanti aspetti folkloristici. Invero, un tale inserimento, oltre a far conoscere le effettività cliniche delle CBS, esorta esplicitamente lo psichiatra ad inserire nuovi elementi nella raccolta di dati sul paziente, come la definizione della sua identità culturale, la corrispondente interpretazione culturale del disturbo, i fattori culturali correlati all'ambiente psico-sociale frequentato dallo stesso con la precisazione delle modalità di funzionamento di questo ambiente, la considerazione della dinamica culturale intercorrente tra il paziente e il clinico, la valutazione culturale globale ai fini della diagnosi e del trattamento (DSM-IV, 1996, pp. 10, 917-918).⁸⁸

Alcuni specialisti a orientamento etnopsichiatrico ritengono che «il problema maggiore sollevato dalla metodologia comparativistica è rappresentato dal fatto che, in sostanza, il processo diagnostico è un costrutto culturale che discende da un insieme di saperi e di tecniche (metodo clinico) profondamente radicato nelle logiche cognitive di una determinata cultura. Esso è tributario di una definita tradizione mitologica e religiosa, intellettuale e scientifica, è inoltre dipendente dall'organizzazione sociale generale, dalla storia e dal sistema di valori di quella cultura» (Inglese, Peccarisi, 1997, pp. 13-14). Salvatore Inglese e Cesare Peccarisi, nel loro libro sulle CBS hanno tradotto Culture Bound Syndromes con “Sindromi Culturalmente Ordinate” anziché “caratterizzate” perché l'attributo “*ordinate*” indurrebbe a concepire e a disgelare, all'interno di ogni cultura, l'esistenza di un sistema nosologico coerente e coeso (ordinato), creato, tramandato e modificato in rapporto ai processi dinamici di conservazione e trasformazione storico-sociale. Per i tecnici della psiche ad orientamento etnopsichiatrico, tutte le culture esprimono varianti ideologiche locali applicate a risolvere i problemi posti alle collettività dall'esistenza di configurazioni disfunzionali o patologiche. Ogni sistema nosologico scaturirebbe da un processo lungo e complesso derivante dalle visioni del mondo espresse da una determinata comunità. «Non si può, peraltro, comprendere la logica e la coerenza di una nosologia locale senza conoscere i valori e lo statuto assegnato da quella cultura alla persona, al corpo, alle emozioni e alla dimensione dell'invisibile non umano (spiriti, antenati, divinità, forze della natura). Si può sostenere, inoltre, che ogni cultura possiede concezioni ben determinate intorno all'anatomia, la fisiologia e la patologia degli esseri umani»

⁸⁸ «Durante la stesura del DSMIV, gli psichiatri culturali più autorevoli (Good, 1996; Kleinman, 1988) hanno lanciato la sfida di includere un asse culturale e hanno elaborato una formulazione culturale, da includere nell'appendice I del DSMIV» (APA, 2004, p. 50).

(Inglese, Peccarisi, 1997, p. 17). Inoltre l'attributo "*Ordinate*" vorrebbe esprimere anche un altro aspetto importante dei problemi della salute, ossia che le culture selezionano e prescrivono modi altamente specifici di ammalarsi. «Tale concezione statuisce che il fenomeno morboso si innesta organicamente nel processo costitutivo e costruttivo dell'identità etnica e culturale di una collettività» (Inglese, Peccarisi, 1997, pp. 17-18).

Focus sulla classificazione diagnostica del Disturbo da Stress Post Traumatico. Per approfondire la questione dei limiti di alcune categorie diagnostiche del DSM abbiamo deciso di mettere la lente d'ingrandimento sul Disturbo da Stress Post Traumatico.

La scelta è stata orientata dal fatto che in tale Disturbo il "trauma" è assunto come fattore eziologico così come avviene in molti sistemi nosografici tradizionali. In secondo luogo perché ci permette di esaminare la questione delle categorie diagnostiche considerate nel DSM come universali. Infine perché essendo il PTSD un disturbo da stress, può essere utile per contribuire all'approfondimento sulla modalità di coping affrontata nella ricerca.

Nella terza edizione del DSM (1980) nella categoria diagnostica dei Disturbi d'Ansia è stato inserito il Disturbo da Stress Post Traumatico. Sebbene gli estensori del manuale psicodiagnostico stiano riflettendo intorno al PTSD, che presumibilmente, nelle prossime edizioni ricollocheranno in una nuova categoria, quella dei Disturbi da Stress, attualmente la sua configurazione sintomatica appare poco confacente alle persone provenienti da culture diverse da quella occidentale che hanno vissuto traumi importanti.

Dopo la guerra del Vietnam molti reduci sperimentarono condizioni psicosociali estreme caratterizzate da derive comportamentali che la psichiatria registrava nelle patologie di natura depressiva, nevrotica o psicotica. Tali collocazioni, senza tenere conto del prezzo pagato dai militari per le violenze inaudite praticate e subite durante la guerra, configuravano la sofferenza di quelle persone come fondamentalmente legata a problematiche riconducibili alla loro struttura di personalità. Nei primi anni Settanta un gruppo di veterani, clinici e giornalisti sposò la causa dei reduci di guerra spingendosi a proporre l'inserimento nel DSM di una «Post-Vietnam Syndrome»⁸⁹. Dopo numerose pressioni da parte del gruppo succitato e un lavoro di équipe che l'òne delineò il profilo sintomatologico, un nuovo quadro clinico, collocato nella categoria generale dei Disturbi d'Ansia, entrò a far parte della terza edizione del DSM con la denominazione di «Post-Traumatic Stress Disorder».

⁸⁹ La proposta d'introduzione nel manuale psichiatrico di una nuova categoria atta a diagnosticare i disordini psichici provocati dalla guerra, indusse il Comitato di Ricerca e Sviluppo dell'«American Psychiatric Association» alla costituzione di una «Commissione sui Disturbi Reattivi» composta da esperti del DSM e da rappresentanti del gruppo di veterani, giornalisti e clinici.

Può essere interessante analizzare la visione delle conseguenze del trauma nella categoria diagnostica del PTSD attraverso i criteri diagnostici stabiliti nel DSM per confrontarli, nei prossimi paragrafi, con quelli delle categorie diagnostiche tradizionali, nello specifico con la morfologia delle sintomatologie emerse in alcune persone nigeriane che parteciparono alla ricerca e che riferivano vissuti traumatici.

I criteri diagnostici individuati per il PTSD si dispongono nella seguente triade sintomatologica sviluppata dopo il trauma (A):

A) La persona deve aver vissuto almeno una situazione traumatica che gli abbia causato paura intensa, sentimenti d'impotenza o di orrore;

B) le modalità con cui l'evento traumatico può essere rivissuto (**intrusioni**) sono:

- ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni;
- sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento;
- agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione);
- disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;
- reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;

C) I comportamenti di **evitamento** degli stimoli associati al trauma e l'intorpidimento della ricettività emotiva si rilevano attraverso i seguenti comportamenti:

- sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma; sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma; incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
- riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative; sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri; affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore);
- sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita);

D) L'incremento del livello di attivazione del Sistema Nervoso Centrale (**iperaurosali**) dovrebbe essere evidenziato dai seguenti sintomi:

- difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno;
- irritabilità o scoppi di collera;

- difficoltà a concentrarsi;
- ipervigilanza;
- esagerate risposte di allarme;
- disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

La sintomatologia del PTSD fu stabilita attraverso l'osservazione delle problematiche presentate dai veterani del Vietnam; ma la condizione traumatizzante vissuta dai reduci americani può essere rappresentativa di tutti i canovacci traumatici presenti sul pianeta? Per meglio dire, è possibile ritenere, come propone il DSM, che gli individui a rischio PTSD possano appartenere alle più diverse tipologie di traumatizzati come quella dei reduci, delle vittime di catastrofi naturali, di violenza criminale, di persecuzione per motivi di appartenenza etnica, religiosa, politica, di disastri causati dall'umanità, di tortura, di repressione e quant'altro?

Analisi di una vicenda traumatica. Tra le persone volontarie che hanno partecipato alla ricerca, alcune hanno manifestato disturbi con una eziologia riconducibile ad eventi traumatici vissuti. Per contestualizzare il discorso sin qui proposto saranno presentate la storia e la sintomatologia di un uomo nigeriano che, dopo l'incontro con gli attori della ricerca ha continuato il suo percorso socio-sanitario presso l'INMP attraverso una presa in carico del servizio "Richiedenti protezione internazionale, rifugiati e vittime di tortura".

L'uomo che ha rifiutato la divinità ereditata. Mister C. nato nel '59 nello Stato di Anambra, in Nigeria, appartenente al gruppo etnico Igbo e di religione Cattolica Cristiana ha vissuto ad Ogidi (Stato di Anambra), città natale dei suoi genitori.

All'interno della sua comunità, gli uomini del lignaggio cui appartiene la sua famiglia, hanno sempre ricoperto la carica di leader spirituale (*Eze-Udo*). Il compito dell'*Eze-Udo* consiste nel condurre le cerimonie ed i rituali della divinità *Udo*⁹⁰ e fungere da intermediario⁹¹ tra questa ultima e la comunità.

Suo padre, sebbene convertito al cattolicesimo, alla morte di suo nonno è stato costretto a rinunciare al suo credo religioso⁹² per acquisire la suddetta carica che si tramanda patrilinearmente. Alla fine del 1999, mentre svolgeva le sue mansioni, è morto misteriosamente. Non è stata ancora scoperta la

⁹⁰ Mister C. riferisce che *Udo* è la divinità pagana rispettata dalla sua comunità. Racconta che nella cultura igbo, esistono due categorie di divinità: 1) *Chuk* o essere supremo, 2) *Umu-Agbara* o divinità/spirito. *Udo* appartiene alla seconda categoria.

⁹¹ Mister C. riferisce che *Eze-Udo* è l'unico membro della comunità a poter stabilire un contatto diretto con la divinità *Udo*. Quando *Udo* gli invia un messaggio, egli lo riferisce agli uomini (*Ndiichie*) che appartengono al *Consiglio degli Anziani* che, a loro volta, lo riferiscono a tutta la comunità.

⁹² Mister C. riferisce che *Udo*, quale divinità pagana, non ammette che il suo portavoce creda in un'altra divinità, né, tanto meno, in un altro essere supremo - quale è appunto il Dio cristiano - che non sia *Chuk*. Pertanto, per l'*Eze-Udo* può diventare molto rischioso non rispettare questa volontà (si crede che *Udo* possa arrivare ad ucciderlo servendosi dei suoi poteri).

causa del suo decesso. Con la morte del padre, mister C. per discendenza doveva ricoprire la carica di *Eze-Udo*. Come suo padre, ereditando la mansione di leader spirituale *Eze-Udo*, doveva rinunciare al suo credo cattolico, cosa che non voleva assolutamente fare. Nel 2000, insieme con altri giovani, arrabbiati come lui, partecipò a demolizioni e incendi di alcuni altari pagani. Diversi cittadini accusarono i sacerdoti cattolici di aver istigato i giovani con i loro insegnamenti a rinnegare la sacralità di *Udo*, tanto che i capi pagani scrissero una petizione al papa Giovanni Paolo II. Mister C. riferisce che il comportamento distruttivo manifestato da lui e i suoi compagni è stato generato dall'impossibilità di professare liberamente la loro fede religiosa. Da anni i seguaci di *Udo* perseguitavano i cattolici tanto che molti di questi sono stati trovati morti⁹³. Tali morti erano spiegate come punizioni di *Udo*;⁹⁴ in realtà, ormai da anni era evidentemente in atto uno scontro tra religioni.⁹⁵ Alcune persone che mister C. conosceva sia direttamente che indirettamente avevano avuto problemi in merito al non riconoscimento di cariche tradizionali. Da tempo l'uomo non andava in chiesa presso il suo villaggio migrando nei luoghi di culto cattolico dove nessuno lo conosceva. Dopo la morte di suo padre ha cominciato ad avere sempre più paura che qualcuno smascherasse la sua vera professione di fede e, vista la pericolosità della situazione, seguendo il consiglio di sua moglie, dei suoi figli e di alcuni conoscenti cattolici, ha deciso di abbandonare la sua città. Non appena fuggito, *Udo* ha cominciato a perseguitarlo per punirlo⁹⁶ di non essere diventato *Eze-Udo*. Non riusciva più a vivere tranquillamente; aveva spesso mal di testa, avvertiva uno stato di confusione mentale, quando camminava inciampava in continuazione, se entrava in una stanza vuota avvertiva la presenza di qualcuno, spesso, quando camminava, sentiva dei passi, ecc.. Ha deciso quindi di lasciare la Nigeria e di rifugiarsi in Italia luogo sacro del cattolicesimo. Arrivato in Italia nell'Ottobre del 2004 ha recuperato parte del suo benessere psico-fisico, grazie anche all'appoggio emotivo ricevuto dalla comunità cattolica cristiana⁹⁷ che frequenta assiduamente, in qualità di catechista e coordinatore della liturgia domenicale (addobbi per l'altare, letture dei libri sacri, offerte liturgiche, ecc.).

⁹³ Vari quotidiani riportano ritrovamenti di resti umani recenti o molto vecchi e notizie di uccisioni rituali in Okija, stato di Anambra, gli articoli riferiscono anche di arresti di religiosi animisti : "the Guardian" del 6 agosto 2004 (allegato n°1), "The Punch" del 5 agosto 2004 (allegato n°2), "The Punch" dell'11 agosto 2004 (allegato n°3).

⁹⁴ I quotidiani "The Guardian" del 7 agosto 2004 e "The International Newspaper of Nigeria" dell'8 agosto 2004 riferiscono che i sacerdoti pagani incolpano Dio delle morti avvenute (allegato n°4 e allegato n°6)

⁹⁵ Gli scontri tra pagani e cattolici persistono a tutt'oggi. Nel mese di agosto del corrente anno è miracolosamente sopravvissuto ad una grave ferita da arma da fuoco un prete cattolico di nome Nbaka che viene spesso in Italia presso le chiese di Roma. Non era la prima volta che veniva ferito. Sono molti i preti cattolici che vengono feriti o uccisi in Nigeria.

⁹⁶ Mister C. riferisce che nella sua comunità si crede che la divinità *Udo* si accanisca contro quei membri che non rispettano il suo volere, portandoli o alla morte o alla pazzia.

⁹⁷ Mister C. si riferisce alla comunità cattolica cristiana di immigrati anglofoni sita a Cesano.

Considerazioni conclusive sulla storia di mister C. e il suo “male”. Il racconto delle vicende di mister C. mostrano la sofferenza che percorre il suo corpo socio-culturale per aver infranto l’equilibrio della “tradizione” igbo tramite l’inosservanza della prescrizione ereditaria, che lo vedeva prossimo ad assumere la carica di *Eze-Udo* e seguire in tal modo le orme paterne. Ma non erano solo le orme paterne a dover essere seguite, si tratta di quelle degli antenati che non sono state calcate, di quelle del mondo invisibile che vive con i vivi e ne segue e ne guida a sua volta i passi. È senza dubbio la metafora di una multidimensionalità a cui occorre far riferimento, non solo dunque alla carne e alle ossa umane, ma alle anime, ai soffi, alle ombre e alle entità animiche dei morti di discendenza patrilineare che tornano e si reincarnano, secondo la cosmovisione igbo.

Cosa è successo, quindi? La reazione di rifiuto avuta da Mister C. sembra a prima vista una ribellione individuale, soggettiva, una decisione presa indipendentemente dal proprio ambito, che ha creato una lacerazione nel territorio del culturale; in realtà non è affatto così. Se la cultura, come diceva Laplantine “ha previsto tutto”, ha previsto allora anche l’opposizione violenta di mister C. verso il culto di *Udo* e i suoi adepti, scatenandone in tal modo le ire; ma non solo, la cultura ha costruito anche la sua capacità di difendere il proprio cattolicesimo non seguendo l’esempio di abdicazione religiosa del padre, morto misteriosamente mentre officiava i rituali in nome di *Udo*. Egli aveva infatti abbandonato un Dio per seguirne un altro.

Questa azione è dunque coesa ai suoi schemi simbolici e leggibile solo nelle trame culturali igbo che tessono e disfano la tela ermeneutica dei propri tratti. Non si è allora spezzato nessun equilibrio collettivo poiché tramite la persecuzione punitiva della divinità *Udo*, assolutista e totalizzante come un dio monoteista, il sistema sociale (precedentemente istituito e simbolizzato) assicura continuità a Mister C. Egli ri-fonda e ri-definisce in Italia la “tradizione” igbo, soprattutto il senso religioso, tramite la sua sofferenza, iscrivendola e significandola nel proprio corpo attraverso il Male. Tabernacolo di memoria, Il suo corpo infermo è *agito* dalla malattia che ricorda a mister C. i doveri comunitari ai quali si è sottratto; infatti *Udo* può condurre alla morte o alla pazzia chi non compie il suo volere. Inoltre, il sistema sociale igbo assicura la stessa continuità anche a chi aderisce totalmente alla norma culturale e assiste alle complesse e dolorose conseguenze dell’astrazione da un suo obbligo civile e religioso.

L’evidenza del Male nella persecuzione di *Udo* è dunque quanto di più coerente con il sistema ufficiale di pensiero igbo: *Udo* ri-chiama sé, vendicandosi e perseguendolo, l’*Eze-Udo* (mister C.) colui che era destinato ad assumere il ruolo di leader spirituale e fare da intermediario tra le divinità e gli esseri umani in Nigeria. La sua assenza indebolisce e mette in discussione il quadro normativo delle condotte sociali ed esso a sua volta crea un sistema coerente di agenti oppressori che provocano svariate forme di sofferenza a mister C.: il mal di testa, lo stato di confusione mentale,

l'inciampare in continuazione, l'avvertire la presenza di qualcuno quando entra in una stanza vuota, il sentire dei passi quando cammina, ecc. Tuttavia mister C. sente che i luoghi saturi di potere religioso, della religione che ha scelto lui e anteriormente a lui suo padre, prima di vedersi costretto ad abbandonarla, lo proteggono e agiscono per mezzo della comunità cattolica cristiana e della parola sacra. Egli diviene infatti catechista e partecipa attivamente alle liturgie, manipolando oggetti carichi di quel potere che lui stesso ha eletto; con tutta probabilità un potere che sente essere più forte di quello di *Udo*, o comunque in grado di contrapporvisi.

All'interno dello scenario delle vicende religiose, dei vincoli familiari e comunitari, del percorso migratorio di mister C. ci sono i margini per la mediazione e la negoziazione della sua malattia in base ai propri riferimenti simbolici e culturali. È nell'interpretazione dei valori del corpo infermo che si può comprendere la densa interpretazione culturale del "senso del male" e della sofferenza, i segni e i simboli di quella malattia che Sindzingre definisce il rumore improvviso degli organi (Augè, 1986).

Le nosografie di mister C. Nell'incontrare un "caso" che porta le problematiche e la sintomatologia manifestate da mister C., un clinico della psiche che opera con l'ausilio degli strumenti, dei criteri e delle categorie del DSM potrebbe fare una diagnosi includendo l'inquadramento culturale dei sintomi rilevati. Innegabilmente tale diagnosi condurrebbe lo specialista all'interno di una dimensione più ampia della complessità del suo paziente. Ma accoglierebbe realmente le sue istanze? Darebbe luogo alla giusta cornice per la costruzione di un intervento terapeutico corrispondente al senso del suo male?

Per mister C, l'équipe del servizio "Richiedenti protezione internazionale, rifugiati e vittime di tortura" dell'INMP, ha composto un dossier da presentare alla commissione che doveva esaminare la sua richiesta di asilo. Tale documentazione era costituita dalla sua memoria traumatica, da vari allegati estratti da pubblicazioni internazionali che avevano la finalità di avallare il suo racconto e da una certificazione che è stata redatta secondo i criteri diagnostici adottati dalla comunità scientifica internazionale.

Ecco un focus sulla sezione psicopatologica della certificazione:

« È importante sottolineare che la configurazione dei sintomi presentati da Mister C. si ritrova puntualmente in pazienti dell'Africa occidentale in conseguenza alla violazione di un tabù o al mancato rispetto ad obblighi collettivi. Quindi, facendo sempre riferimento al DSM-IV, il disturbo di Mister C. può essere inquadrato come Disturbo con morfologia Culturalmente Caratterizzata.

Ma potrebbe rientrare anche nella diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico poiché si evidenzia un'eziologia legata a vari fattori scatenanti e concomitanti con una sintomatologia caratteristica del disturbo:

Mister C si è confrontato con eventi che hanno implicato la morte di alcune persone e azioni persecutorie che mettevano a rischio la sua vita futura;

La sua risposta includeva sensazioni di paura, sentimenti di impotenza, raccapriccio e ripugnanza.

Sintomatologia rilevata:

- Sogni spiacevoli ricorrenti durante i quali spesso si svegliava in uno stato di paura che permaneva per diverse ore. In conseguenza a ciò Mister C. riferisce di aver sviluppato un atteggiamento di paura del sonno tanto da andare a letto il più tardi possibile, giusto quando non poteva più tenere gli occhi aperti;
- Sudorazione eccessiva, difficoltà respiratorie, palpitazioni e mal di testa feroci e permanenti;
- Sentimenti di diminuzione delle prospettive future;
- Sforzi per evitare pensieri, sensazioni associate con il trauma;
- Difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno;
- Difficoltà a concentrarsi;

Riguardo i sintomi psicotici emersi, data la loro eziologia e sintomatologia, si possono puntualmente annotare come sintomi traumatici declinati dalla sua cultura di provenienza nella forma in un Disordine Culturalmente Ordinato:

a) Mister C. non ha adempiuto ad un obbligo all'interno della sua comunità:

- 1) nel suo villaggio ha rifiutato la carica di Eze-Udo, leader spirituale per l'entità Udo, ereditata patrilinearmente (vedi memoria allegata);
- 2) in conseguenza a ciò è stato pervaso dalla paura di essere perseguitato e punito dall'entità in questione;

b) Mister C. ha cominciato a sentire la presenza di esseri invisibili. Riferendo:

- 1) “quando camminavo sentivo dei passi alle mie spalle”;
- 2) “inciampavo in continuazione”;
- 3) “se entravo in una stanza vuota avvertivo la presenza di qualcuno”;
- 4) “qualche volta, al mio passaggio, le porte delle stanze si aprivano automaticamente”;
- 5) “una voce pronunciava il mio nome”;
- 6) “Vedevo delle ombre inquietanti”;
- 7) “sentivo delle strane sensazioni sulla mia pelle”;

c) La presenza degli esseri invisibili pregnava le diverse dimensioni della coscienza di Mister C., permanendo, sotto differenti forme, nei suoi stati di coscienza ordinari e modificati.

- 1) negli stati di veglia: le giornate di Mister C. erano abitate da entità invisibili che Mister C. udiva, intravedeva e percepiva fisicamente;

- 2) negli stati del sonno: gli incubi di Mister C. erano abitati da entità notturne, spiriti dei morti, cani che lo aggredivano, in particolare uno gli mordeva le mani;

Il disturbo, in fase acuta, ha avuto la durata di un anno.

I sintomi psicotici sono scomparsi in Italia, luogo in cui sente che la potente protezione della Chiesa cattolica è più forte rispetto all'entità Udo.

È interessante notare che la sintomatologia rilevata in mister C. potrebbe “calzare” anche ad altre categorie del sistema diagnostico statistico del manuale statunitense.

Lo sguardo su mister C attraverso la lente diagnostica del DSM-IV può individuare dei segni riconducibili all'interno del DPTS. Altri occhi con gli stessi dispositivi di osservazione possono immettere la sua patologia nella categoria del Disturbo Depressivo Maggiore. Difatti, i sintomi manifestati dall'uomo potrebbero essere letti come distintivi di un disturbo dell'umore caratterizzato da: tristezza, scoraggiamento, insonnia, agitazione psicomotoria, ridotta capacità di concentrazione, faticabilità, senso di colpa nei confronti della divinità *Udo* che assume proporzioni deliranti.

La diagnosi da effettuare in un certificato può assumere le sembianze di un ibrido psicodiagnostico, sicuramente utile per i fini legali cui è diretto, ma poco “calzante” al sistema nosologico in cui l'etnia di mister C. avrebbe iscritto il suo disordine. George Devereux⁹⁸ asserisce che: «in psicopatologia, come in tutte le scienze del comportamento, non esistono dati indipendenti dallo specifico dispositivo clinico adottato per raccogliere e interpretare i fenomeni prescelti»⁹⁹. Indubbiamente il fatto che all'origine del disturbo di mister C. vi sia un evento traumatico incanala più facilmente la sintomatologia dell'uomo nella categoria diagnostica del PTSD. Tuttavia si potrebbe a lungo discutere sulle finezze osservative che possono condurre la patologia di mister C. in una categoria piuttosto che in un'altra. Quello che ci fa riflettere è che in ogni caso la sofferenza di mister C. non rappresenta realmente né il Disturbo Depressivo Maggiore, né il Disturbo da Stress Post Traumatico, né il Disturbo Delirante e non rientra neppure tra le 25 sindromi culturalmente caratterizzate elencate nell'appendice I del DSM. Riconosciuto che “non è possibile una distinzione netta tra colui che osserva e l'oggetto osservato, poiché entrambi si definiscono come tali attraverso la reciproca interazione”¹⁰⁰ ci viene sempre più rinforzata, dalla nostra esperienza clinica presso l'INMP, la concezione che nella diagnosi di una persona è imprescindibile tenere conto delle appartenenze cui è ancorato il suo sistema di pensiero. Tra queste vi sono i dispositivi di diagnosi e cura che sono costruiti e nello stesso tempo costruiscono i disordini da essa presentati. Devereux

⁹⁸ Fondatore dell'impianto teorico dell'etnopsichiatria.

⁹⁹ Sintesi di Salvatore Inglese di un enunciato di Devereux sul metodo (in Nathan, 1996, p. 13).

¹⁰⁰ Foerster (von), 1987.

enuncia: «Una disciplina scientifica del comportamento deve cominciare dall'esame della complessa matrice di significati nella quale trova il proprio fondamento ogni dato rilevante» (Devereux, 1984:43), noi stiamo cominciando da qui.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1969), *Position statement on the delineation of transcultural psychiatry*, The American Journal of Psychiatry, 126:453-455.
- American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (2004), *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Edizioni, Milano.
- American Psychiatric Association, 1983, *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Pichot Pierre, American Psychiatric Association, Masson, Barcelona.
- Arieti S., Meth J. M. (1959), Rare, unclassifiable, collective and exotic psychotic syndromes, In: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry*, Vol.1, Basic Books, New York, pp.546-563.
- Augé M., Herzlich C. (1986), (Prima Ed. 1983), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- Bellantuono C., Tansella M. (1993), *Gli psicofarmaci nella pratica medica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bourguignon E. (1983), (Prima Ed. 1979), *Antropologia psicologica*, Laterza, Bari.
- Citizens Commission on Human Rights, *L'impostura delle etichette, la gallina dalle uova d'oro della psichiatria DSM IV/ICD-10*, www.cchr.org/fraud/itl/cchr.htm.
- Cosgrove L., Schneider L. (University of Massachusetts, Boston, Massachusetts), Krinsky S. (Tufts University, Medford, Massachusetts), Vijayaraghavana M. (2006), "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry", in [*Psychotherapy and Psychosomatics*](#), Vol. 75, n. 3.
- Devereux G. (1984), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma.
- Foerster (von) H. (1987), *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.
- Inglese S. (1999), Radici strappate e malattie migranti, in Cardamone G., Inglese S., Zorzetto S., *Dion djongonon*, Edizioni Colibrì, Torino.
- Inglese S., Peccarisi C. (1997), *Psichiatria oltre frontiera, viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, UTET, Milano.

- Jilek W. G. (1998), *Psichiatria transculturale quo vadis?* presentato al WPA International Symposium on Cultural Psychiatry (Roma, Istituto Assunzione) nel 1997 e pubblicato su Transcultural Psychiatry Newsletter, XVI, I, Jan.
- Kleinmann A. (1987), *Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness*, British Journal of Psychiatry, 151:447-454.
- Muscattello C.F., Simonato P.M., Scudellari P., Grossi A., Isola N., *Il DSM e il pensare psichiatrico*, www.psychomedia.it/pm/modpsy/psypat/scudellari.htm.
- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1997), *La influencia que cura*, Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pfeiffer W. M. (1980), Kultur-gebundene Syndrome, In: Pfeiffer W.M., Schoene W.(eds.), *Psychologie im Kulturvergleich*, Ferdinand Enke: Stuttgart, pp. 156-170.
- Prince R. y Tchong-Larouche F. (1987), *Culture-bound syndromes and international disease classifications*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Reidel Publishing Company, Holland-Boston USA, vol. 11, n. 1, pp.3-19.
- Signorini I. (1982), *Patterns of fright: multiple concepts of susto in a nahua-ladino community of the sierra de Puebla, México*, "Ethnology", vol. XXI, n. IV, pp. 313-323.
- Signorini I. (1988), *Spavento e sindromi culture-bound. Sindrome?.L'Uomo*, vol. 1, n. 1/2, pp. 25-49.
- Simons R.C. (1985), *A feasible and timely enterprise: commentary on culture-bound syndromes and international disease classifications by Raymond Prince and Françoise Tchong-Larouche*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Reidel Publishing Company, Holland-Boston USA, vol. 11, n. 1, pp. 21-28.
- Simons R.C., Hughues C. C. (1988), *The culture-bound syndromes: folk illness of psychiatric and anthropological interest*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Reidel Publishing Company, Holland-Boston USA, vol. 12, n. 4, pp. 503-512.
- Stephenson P.H. (1979), *Hutterite bekief in evil eye: beyond paranoia and towards a general theory of invidia*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Reidel Publishing Company, Holland-Boston USA, vol. 3, n. 1, pp. 147-265.
- Tumiati M.C. (2008), Il torturatore e il suo doppio in Morrone A., *Oltre la tortura, percorsi di accoglienza con rifugiati e vittime di tortura*, Edizioni Magi, Roma.
- Tumiati M.C. in Anagnostopoulos K., Germano F., Tumiati M. C. (2008), *L'approccio multiculturale: Interventi in psicoterapia, counseling e coaching*, Sovera, Roma.

6.1 Il Trauma tra le neuroscienze e la psicologia

Definizione: Psicofisiologia del trauma

Approccio psicocorporeo - La centralità del corpo

Fino a poco tempo fa, molte ricerche sul trauma e sul disturbo posttraumatico da stress sono state condotte soprattutto nel campo della psichiatria.

Solo recentemente, a cominciare dagli ultimi decenni, si sta allargando e sviluppando questa visione limitata del problema. Lo sviluppo e gli apporti dei diversi campi di studio come le neuroscienze, la psico-biologia, la teoria dell'attaccamento, dell'Infant Research stanno portando nuovi e importanti elementi di comprensione sulle conseguenze del trauma nella vita dell'individuo. Questo nuovo punto di vista sta portando ad una accresciuta conoscenza sulla mutua interdipendenza che esiste tra risposte corporee, processi neurologici. e ambiente relazionale, sociale e culturale. Sia che il trauma accada in una forma psicologica, fisica, emozionale o neurologica, inevitabilmente si esprimerà a livello psicofisico.

Le esperienze traumatiche possono lasciare un segno indelebile nei ricordi di una persona e innescare una serie di disturbi in grado di alterare la capacità di regolare i propri sistemi biologici. Questa disregolazione biologica, a sua volta, si ripercuote sulla maniera in cui la persona pensa, prova emozioni e agisce. Con grande evidenza si sta rivelando che il tema del trauma, più di ogni altro campo di studi, dimostra l'innegabile collegamento tra mente e corpo.

In questo processo, il dualismo cartesiano che ha caratterizzato gran parte del dibattito del trauma nel corso degli ultimi cento anni si è praticamente dissolto. Sulla base dei recenti progressi e sviluppi delle ricerche condotte nell'ambito delle neuroscienze appare evidente l'impossibilità di tracciare chiare linee di demarcazione tra processi "psicologici" e "biologici".

Kolb (1987) nelle sue ricerche sugli effetti della seconda guerra mondiale sui soldati coinvolti in azioni belliche ipotizzò che un eccesso di stimolazione del sistema nervoso centrale al momento del trauma possa sfociare in modifiche neuronali permanenti, che hanno effetti negativi sull'apprendimento, sulla capacità di adattamento e sulla discriminazione degli stimoli.

Definizione: Trauma psichico. Nell'accezione classica il trauma è per definizione acuto, effetto di un evento che colpisce l'organismo in modo violento e istantaneo, solo recentemente ha assunto un significato più ampio, teso a comprendere sia le esperienze traumatiche maggiori, sia l'insieme di eventi traumatici minori e fallimenti relazionali precoci che espongono il soggetto a sentimenti primitivi e caotici e a vissuti prolungati di impotenza.

In questo senso Khan introduce il concetto di trauma cumulativo per descrivere l'insieme delle tensioni e degli stress che agiscono in modo silenzioso nel contesto del rapporto della prima relazione madre-bambino, assumendo valore traumatico solo cumulativamente e retrospettivamente. Van der Kolk (1996) utilizza l'espressione "atmosfera traumatica" per spiegare il modo in cui l'abuso e la trascuratezza esercitano sul bambino un effetto negativo, pregiudicando la sua capacità di regolare gli stati affettivi interni e di organizzare risposte comportamentali adeguate agli stressor esterni.

Terr (1994) propone la distinzione tra "traumi di tipo I", riferendosi a singoli eventi traumatici e "traumi di tipo II" che riguardano esperienze traumatiche durature e ripetute.

Il trauma va dunque considerato da due diversi ma complementari punti vista:

- **l'aspetto oggettivo**: si riferisce alla drammaticità intrinseca dell'evento. Esistono eventi come l'abuso e la tortura, per esempio, che sono esperienze dolorose e insostenibili per chiunque le subisce, con effetti potenzialmente distruttivi e che si connotano come esperienze oggettivamente traumatiche.

- **l'aspetto soggettivo**: si riferisce al modo individuale di elaborare l'evento traumatico che dipende da fattori sociali e culturali.

L'esperienza traumatica mette quindi in moto le dinamiche soggettive del sistema di ricerca di aiuto, di conforto e di protezione: cioè il sistema di attaccamento e il modello operativo interno che lo regola.

"Il trauma psichico è un evento imprevisto ed imprevedibile, che coglie di sorpresa l'individuo, e che può durare poche ore, settimane o mesi. La durata, considerando che il trauma può essere anche ripetitivo (cumulativo), la natura e l'intensità dell'evento, il particolare momento biografico e il ciclo vitale dell'individuo e le peculiarità difensive (resilienza), determinano una serie di eventi biologici e psicologici che si manifestano attraverso fenomeni psicopatologici a carattere acuto o cronico." (Bessel van der Kolk 1996)

La traumaticità di un evento dipende e può essere valutata solo tenendo conto di un insieme di variabili che comprende l'ampiezza, l'intensità e la precocità del trauma, la personalità, le caratteristiche dello stile di attaccamento, gli aspetti di vulnerabilità e resilienza, e infine le capacità di contenimento e di elaborazione della rete di relazioni affettive sociali e culturali.

Il vissuto determinato dal trauma, in prima istanza è quello di un'angoscia incontenibile dovuta alla disintegrazione delle capacità difensive ed integrative del sistema psicofisico, vissute come esperienza, immediata e totalizzante.

La reazione comportamentale può oscillare da un massimo di inibizione motoria ed affettiva (freezing) ad una risposta di agitazione psicomotoria scomposta ed afinalistica. Dato fondamentale rimane l'indicibilità e l'impensabilità dell'evento che rende impossibile qualsiasi operazione di mentalizzazione o di simbolizzazione e quindi, in ultima analisi, l'impossibilità di inserire tale evento nella memoria biografica e quindi nel tessuto narrativo del soggetto.

Fasi del trauma

Una prima fase acuta, quando il trauma determina un'invasione intensa nel sistema psicofisico, che mette in crisi l'organizzazione difensiva del soggetto compromettendo alcune funzioni fondamentali come il senso di identità, la continuità temporale, la capacità di memorizzare, l'impossibilità di dare un senso all'evento, il tutto vissuto in un totale senso di impotenza.

Una seconda fase di reazione dove, a seconda della natura-intensità del trauma e delle capacità difensive del soggetto, possono aprirsi due possibili reazioni e prospettive. La prima una possibile reintegrazione verso la normalità (e questa possibilità è tanto maggiore quanto più precoce è un eventuale intervento terapeutico) oppure la strutturazione di una formazione difensiva che potrà costituire la base della futura psicopatologia.

Una terza cronica che può manifestarsi a distanza anche di mesi con la presenza di evidenti segni clinici dovuti al trauma psichico

Il concetto di stress e di trauma psichico vanno tenuti distinti e separati, anche se a volte, soprattutto nelle fasi iniziali, i fenomeni psicobiologici possono essere sovrapponibili. Ma, superata la fase iniziale, se si instaurano fattori che evidenziano una psicopatologia bisogna ritenere che le strade dello stress e del trauma psichico siano diverse:

lo stress implica e richiede cambiamenti nelle normali strategie comportamentali di un individuo.

il trauma è un'esperienza che sopraffà le normali strategie comportamentali di una persona.

Reazioni post traumatiche.

Per arrivare ad una diagnosi di PTSD (Disturbo post-traumatico da stress) sono stati individuati tre criteri sintomatologici fondamentali:

- risperimentazione del trauma attraverso immagini, incubi, e angoscia per eventi che ricordano o simbolizzano il trauma;

- evitamento o diniego dei ricordi traumatici e appiattimento emotivo espresso per esempio dalla di munizione degli interessi o dalla sensazione di avere prospettive future ridotte;
- iperarousal con aumento dei disturbi del sonno, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, reazione di allarme, allessitimia (incapacità a verbalizzare i vissuti emotivi).

L'iperattivazione neurovegetativa è un correlato psichico reattivo alla situazione psicologica dell'evitamento.

Normalmente di fronte ad un pericolo esterno si attivano due meccanismi difensivi la paura e l'ansia segnali che inducono all'evitamento del pericolo e ci avvisano anche della possibile emergenza dell'angoscia. L'ansia-segnale può insorgere anche per dinamiche interne (quindi non necessariamente legate a fattori esterni traumatici) e serve a proteggere il soggetto dall'emergenza dell'angoscia legata alla ritualizzazione di situazione traumatiche pregresse.

L'emergenza dell'angoscia è inevitabile nelle situazioni traumatiche, perché l'evento diventa intollerabile ed annullando i meccanismi di difesa crea un totale senso di impotenza per cui emerge quell' angoscia primitiva che Winnicott definisce "impensabile" e Kohut "angoscia di disintegrazione". (Bessel van der Kolk 1996).

Bessel van der Kolk definisce il trauma "come la rottura del legame con il mondo e l'invasione dell' angoscia di rottura dell'unità dell'individuo e perdita della capacità di significazione. L'evento traumatico irrompe nell'esistenza scardinando il senso della temporalità: il passato diventa incumbente e intrusivo e ricompare negli incubi o nelle ecmesie".

Di fronte a questa situazione, le normali difese cadono ed emergono difese più primitive quali negazione, scissione, dissociazione, identificazione proiettiva, ottundimento affettivo, annullamento, che in un primo momento possono avere effetti curativi, ma nel tempo si trasformano nella causa di disturbi psicopatologici. L'emergenza di questi meccanismi di difesa primitivi, serve a proteggere l'individuo da un esperienza ancora più devastante che l'angoscia di destrutturazione del sè.

I meccanismi difensivi primitivi utilizzati dal soggetto possono rimanere successivamente rigidi e stereotipati. "Da una parte l'affermazione "non sarò più lo stesso", dall'altra l'impossibilità di integrare l'evento trasferendolo nell'ambito della mentalizzazione e del simbolico ed infine perchè l'evento stesso non possa essere inserito nella temporalità dell'individuo, ma divenga eterno e presente". (Bessel van der Kolk 1996)

Questo spiega il perché la psiche traumatizzata diventa autotraumatizzatrice cioè il trauma non cessa di esistere, ma si trasforma in una dimensione interna ostile-distruttiva, ipotesi molto bene espressa dal sabotatore interno di Fairbain.

La difficoltà che presentano questi pazienti nel corso di psicoterapie è che ogni tentativo di decostruire questi meccanismi, viene vissuto come un nuovo attacco traumatico e pericoloso. Il sistema difensivo psicofisico cerca di difendersi dal momento che la sua messa in crisi diventerebbe una nuova traumatizzazione.

In questo modo va considerata la causa della coazione a ripetere come tentativo fallimentare di autocura per cercare di inserire l'avvenimento traumatico all'interno del proprio contesto biografico piuttosto che come tentativo di espellere ricordi considerati intrusivi. In questo senso, la spinta ad elaborare il trauma attraverso la riattivazione può essere forte e compulsiva. Veniamo irresistibilmente attratti in situazioni che riproducono il trauma originale, secondo modalità sia evidenti che nascoste o dissimulate.

Psicofisiologia del trauma.

Come il cervello decodifica ed elabora esperienze ed emozioni traumatiche in modo diverso dagli eventi normali?

Il cervello il corpo e la mente sono inestricabilmente connessi. Le alterazioni in una qualsiasi delle tre influenzerà intimamente le altre due.

Le emozioni e le percezioni sono sia funzioni psicologiche, sia parte dell'apparato neuronale responsabile della regolazione biologica. I processi mentali sono il prodotto del corpo e del cervello che interagiscono continuamente attraverso gli impulsi neuronali e attraverso sostanze chimiche trasportate dal circolo ematico: i neuro ormoni e altri neuro modulatori.

L'organismo riceve informazioni dall'ambiente attraverso input sensoriali. Dopo aver analizzato gli input risponde con un movimento dell'intero corpo o di parti di esso (ad esempio: arti, corde vocali, ecc.). Un vasto numero di strutture cerebrali complesse svolgono la funzione di mediatori tra l'input sensoriale e l'output motorio: le aree corticali di associazione sensoriale, il tronco cerebrale, il talamo, i gangli di base, il sistema limbico, il cervelletto e la neocorteccia. Nel loro insieme queste strutture costituiscono un vasto numero di sistemi per l'elaborazione dell'informazione, che utilizzano la conoscenza innata e acquisita del corpo, del cervello e dell'ambiente.

Il midollo allungato e l'ipotalamo, sono responsabili principalmente della regolazione dell'omeostasi (funzioni di base:respiro,battito cardiaco, la pressione del sangue etc) ; **il sistema limbico**, è responsabile della conservazione dell'equilibrio tra il mondo esterno e la realtà interna (controlla i comportamenti attacco/fuga e azione/reazione ed è la parte del cervello maggiormente collegata alle emozioni).

Il livello più alto, **la corteccia cerebrale**, è responsabile dell'analisi e dell'interazione con il mondo esterno, contiene molte aree connesse l'una con l'altra: la corteccia visiva, la corteccia auditiva,

aree per le funzioni propriocettive, aree per il pensiero simbolico, per la memoria, per il linguaggio, per le emozioni, per la pianificazione e per l'azione.

I **processi coscienti** (consapevoli) sono correlati con la scarica neuronale nella maggior parte di queste aree.

I **processi non-coscienti** sono correlati con la scarica neuronale nella parte più bassa del cervello, area sub-corticale. Esiste una costante interazione tra i processi corticali coscienti e i processi corticali incoscienti

In circostanze normali, il nostro cervello raccoglie le informazioni, le elabora mediante le emozioni (sistema limbico) le invia alla neocorteccia per analizzare e valutare l'informazione e per preparare un piano d'azione soppesandone le conseguenze a breve, a medio e lungo termine. Questa valutazione deve essere seguita da una risposta appropriata e infine da un rilascio quando l'azione è stata superata.

Quando uno stimolo emotivo (un evento) è connesso a un piano d'azione, il campo di attenzione integra consapevolezza delle emozioni (essenzialmente, un processo del lobo frontale) con attenzione orientata dall'azione (essenzialmente un processo del talamo). La persona può sentirsi stressata dagli stimoli emotivi, ma non si sentirà sopraffatta, intensamente turbata o angosciata.

Cosa succede quando accade un evento traumatico e per il quale sembra non esserci risposta o soluzione?

Quando la persona si confronta con un intenso stress emotivo e, allo stesso tempo “non sa come gestirlo”, cioè quando è assente un piano di azione di controllo dell'attenzione, la corteccia può essere bombardata da messaggi emotivi senza “limiti” che di solito un piano di azione normalmente produce (Boadella-Liss 1986)

In questi casi l'individuo è costretto ad agire velocemente e istintivamente. Per fare ciò, il cervello privilegia le parti primitive del cervello (tronco e sistema limbico) così che l'azione possa produrre una reazione immediata senza un processo di riflessione e valutazione che potrebbe rivelarsi potenzialmente dannoso.

Il processo per questo tipo di comportamento si sostanzia in AZIONE - REAZIONE

Il processo azione/reazione ha lo scopo di proteggerci durante un momento di pericolo. Se l'individuo vive ripetute o prolungate esperienze traumatiche, questo modello di risposta viene rinforzato e verrà utilizzato automaticamente dal cervello. In altre parole, più viene attivato questo sistema neurologico, più questa “condizione temporanea” diviene una “caratteristica permanente”. Ciò che può accadere è che questo collegamento neuronale azione/reazione venga attivato anche da stress minori: il trauma non è più uno stato temporaneo ma è diventato una realtà pervasiva nella vita della persona

Il trauma crea una alterazione del livello basale della chimica del corpo (adrenalina/oppioidi).

Il corpo ha la capacità di generare delle sostanze capaci di alterare la mente e l'attività sensoriale durante un'esperienza traumatica.

Numerosi studi hanno dimostrato che i livelli chimici di adrenalina, cortisolo e serotonina risultano significativamente alterati in persone che sono state esposte a prolungati o ripetuti episodi traumatici. Si accompagna a questa produzione di adrenalina anche una riduzione di serotonina. La serotonina è l'elemento chimico che inibisce i nostri comportamenti aggressivi.

È stato più volte dimostrato, negli esseri umani, che c'è una correlazione tra abbassamento dei livelli di serotonina ed impulsività e aggressività. Negli animali, un abbassamento dei livelli di serotonina produce esagerata attivazione emozionale e/o manifestazioni aggressive (Van der Kolk 1996).

Le reazioni umane di fronte al pericolo sono in prima istanza istintive e biologiche e, in seconda istanza, psicologiche e cognitive. Rientrano in tre piani d'azione istintivi: la lotta, la fuga e l'immobilità. Queste tre reazioni sono comuni a tutti i mammiferi. Quando si percepisce un pericolo, corpo e mente entrano nel primo stadio di quel che va sotto il nome di "ciclo di risveglio/attivazione." I muscoli si tendono per cercare la causa di un possibile pericolo. Se la causa viene localizzata si entra allora nella seconda fase. Mobilitati, corpo e mente l'organismo comincia a produrre adrenalina e cortisolo, le due principali sostanze chimiche che forniscono l'energia necessaria per lottare o fuggire. Nel terzo stadio si ha la scarica di tale energia portando a compimento l'opportuna azione difensiva (vale a dire la lotta o la fuga). Il quarto stadio finale si attua quando il sistema nervoso, non più stimolato, ritorna ad uno stato di equilibrio.

Se invece si è sopraffatti dall'entità che ci minaccia e si è incapaci di lottare o di fuggire, istintivamente si mette in moto il terzo piano d'azione, la "reazione d'irrigidimento" (nota anche col nome di "reazione d'immobilità"). Questa manovra difensiva risponde a un duplice scopo. In primo luogo, può trarre in inganno l'aggressore facendogli perdere interesse e offrendo a noi la possibilità di scappare. In secondo luogo, non sentiremo alcun dolore se verremo feriti mentre ci troviamo in questo stato, perché nello stato di immobilità la coscienza sembra abbandonare il corpo (dissociazione). Ma anche se siamo immobilizzati il nostro sistema nervoso si trova al massimo stato di all'erta. Non abbiamo potuto scaricare nemmeno in parte l'energia mobilitata dal nostro corpo per la lotta o la fuga - il che ci ha lasciato in uno stato in qualche modo simile a quello di un'automobile di cui acceleratore e freni siano stati schiacciati a fondo contemporaneamente. E' impossibile completare il ciclo di attivazione quando non ci si può muovere.(Boadella-Liss 1986).

Le modificazioni chimiche che avvengono nel corpo, si muovono lungo continuum che va dall'iperattivazione alla risposta di tipo oppioide nota come dissociativa.

| CONTINUUM DI IPERATTIVAZIONE | CONTINUUM DISSOCIATIVO |
|--|--|
| Allarme-----vigilanza | Paralisi-----resa |
| Paura-----terrore | Dissociazione |
| Il sistema adrenalino si attiva | Il sistema oppioide si attiva |
| Induzione di eccitazione | Induzione di euforia |
| Decremento del livello serotoninico | Alterazione sensoriale |
| (impulsività e aggressività sono alterate) | (spazio, tempo, realtà con esagerate emozioni) |
| Ritmo cardiaco (aumento) | Ritmo cardiaco (decremento) |
| Pressione sanguigna (aumento) | Pressione sanguigna (decremento) |
| Respirazione (aumento) | Respirazione (decremento) |
| Aumento del tono muscolare | Tono muscolare flaccido/paralizzato |
| Aumento dei processi cognitivi | Decremento dei processi cognitivi |
| Risposta aggressiva | Risposta passiva |

(Bessel van der Kolk 1996)

Un'altra esperienza molto comune tra le persone vittime di trauma è chiamata esperienza bi-fasica o bi-modale. Avviene quando entrambi adrenalina e oppioidi funzionano simultaneamente o in rapida successione.

I Cambiamenti nel tono muscolare, nella chimica del corpo e nei processi di pensiero creano nell'individuo cambiamenti comportamentali e di personalità.

| IPERECCITAZIONE | DEPRESSIONE |
|---|---|
| Eccessivamente sensibile ai commenti negativi | Sensibilità troppo bassa ai commenti positivi |
| Iper attaccamento (eccessiva socialità) | Distacco (isolamento sociale) |
| Emozioni esplosive | Ridotte emozioni |
| (ostilità/pianto) | (assenza di sensazioni/paralisi) |
| Comportamenti iperattività | Stanchezza/insonnia |

(Bessel van der Kolk 1996)

MODELLI TEORICI

La teoria di Laborit

“Una delle azioni del sistema limbico sull'ipotalamo è quella di creare un'azione di piacere, come per esempio quella di inseguire (nel caso di un animale) una preda per mangiarla. La via neuronale attraverso cui si compie questa azione è la MFB (Median Forebrain Bundle). La seconda azione è la reazione allo stress, cioè ad una situazione di pericolo dove sono possibili due strategie: la lotta o la fuga. La via neuronale in questo secondo caso è data dal PVS (Sistema PeriVentricolare) Questi due sistemi, azione verso il piacere e azione per la lotta o la fuga, costituiscono le due parti del Sistema di Attivazione dell'Azione (SAA). (Boadella-Liss 1986)

Laborit ha dato un importante contributo scoprendo una terza via che è antagonistica rispetto al sistema dell'azione. Questa via neuronale, che unisce sistema limbico all'ipotalamo, è chiamata Sistema di Inibizione dell'Azione (SIA).

Il SIA serve ad impedire un'azione quando questa non è utile, cioè quando porterebbe ad una punizione o ad una tensione maggiore invece di diminuire il dolore. È chiaro che impedire un'azione può salvare la vita, nel caso di un'animale debole che può salvarsi solo mimetizzandosi, cioè bloccando qualsiasi azione locomotoria; ma è vero d'altra parte che l'inibizione deve essere breve, lunga appena quanto basta per riorganizzarsi. In altre parole il SIA deve agire solo per un breve momento e poi lasciare il posto al SAA, cioè all'azione. (Boadella-Liss 1986)

La ricerca di Laborit mostra che il funzionamento prolungato del SIA crea una serie di alterazioni organiche che alla fine portano alla malattia organica e ai disturbi dell'emotività. Un evento, soprattutto se è inaspettato, rimane impresso nella memoria e può dare il via al processo patologico di inibizione dell'azione. Possiamo immaginare che un evento traumatico stimoli la pulsione all'azione, ma il SIA agisce come una barriera, ostacolando la realizzazione dell'azione. Di conseguenza abbiamo diversi tipi di blocco (paura, angoscia, protesta, delusione, rassegnazione, ecc.).

I risultati di Laborit mostrano infatti la ragione profonda dei comportamenti compulsivi: solo nella ripetizione continua dell'azione alcune persone riescono a mantenersi in un equilibrio psicofisico, un equilibrio precario, che li priva delle innumerevoli altre dimensioni dell'esistenza, ma che almeno le preserva temporaneamente dal cadere nell'angoscia della paralisi dell'inibizione profonda. (Bessel van der Kolk 1996)

Per esempio, quando tutti i nostri meccanismi metabolici e neuromuscolari si preparano a combattere, o a scappare, i muscoli in tutto il corpo sono tesi secondo precisi schemi d'allerta, altamente energetici. Quando siamo incapaci di completare le azioni appropriate e di scaricare l'enorme quantità di energia generata dai nostri meccanismi di sopravvivenza, questa energia rimane fissata in schemi di tensione neuromuscolare e/o collasso. Un feedback afferente al tronco dell'encefalo, proveniente da queste risposte neuromuscolari/autonome incomplete, mantiene uno stato di acuta, e poi cronica attivazione e di disfunzione nel sistema nervoso centrale.

Peter Levine. Allen Schore, nel suo libro *La Regolazione dell'Affetto e l'Origine dell'Io*, ha descritto la psicobiologia dello sviluppo del neonato riguardante la maturazione delle strutture orbitofrontali e limbiche basata su esperienze reciproche con la persona che ha cura di lui. Le associazioni disfunzionali in questa relazione duale provocano mutamenti permanenti fisicochimici e anatomici che hanno conseguenze sullo sviluppo della personalità e su una grande varietà di manifestazioni cliniche. Può generarsi una relazione intima con interazioni negative che conducono

a uno stato di persistente ipertonicità del simpatico e del parasimpatico che può turbare profondamente “il livello di eccitazione” del neonato in fase di sviluppo. Una durevole ipereccitazione in questi neonati può incidere profondamente sullo sviluppo del comportamento e del carattere.

Questo fenomeno ha il suo correlativo nell’esperienza traumatica dell’adulto coi suoi effetti sul sistema nervoso autonomo. Questo effetto è stato ampiamente descritto per i reduci dal Vietnam e per altri gruppi di individui traumatizzati, ma forse il più significativo modello della psicofisiologia dell’esperienza traumatica è quello elaborato da Peter Levine, basato sul modello etologico della risposta «lotta/fuga/congelamento» osservata in animali di fronte a un pericolo di morte.

In natura, l’animale-preda fugge o tenta di lottare, ma se non vede via di scampo ha una risposta di «congelamento», in cui assume uno stato di immobilità pur continuando a manifestare alti livelli di attività sia del sistema simpatico che del parasimpatico. Se riesce a sopravvivere all’assalto, l’animale entra in una fase di scarica di questa automatica eccitazione ad alto livello tramite il sistema motorio con manifestazioni di tremore, movimenti di corsa, scuotimenti e respiro affannoso. Al termine l’animale ritorna al suo precedente stato di tranquilla allerta.

È interessante che i guardiacaccia intervistati in Africa da Peter Levine riferiscono che se un animale catturato per una visita di routine o per «etichettarlo» non manifesta la consueta risposta di tremore dopo essere stato rimesso in libertà, è destinato a sicura morte, probabilmente perchè non è riuscito a riprendere il suo giusto comportamento di autoprotezione.

Spesso l’individuo, per una presumibile acculturazione o inibizione neocorticale, non scarica questo stato di intensa eccitazione autonoma dopo una risposta di congelamento a fronte della percezione di un trauma, ma sopprime il fenomeno dello scaricamento, accumulando un alto livello di eccitazione autonoma probabilmente nei sistemi della memoria limbica e procedurale del cervello. Queste sequenze di risposta al trauma sono archiviate in zone cerebrali di pronta reperibilità, nei gangli cerebrali di collegamento probabilmente siti nelle zone orbitofrontali e limbiche del cervello. *Le memorie delle sequenze motorie* di un’esperienza traumatica possono essere ben conservate in questo sistema di memoria. Peter Levine ha scoperto che sondando “ la sensazione provata ” (*felt sense*) si può avere accesso a complessi schemi di movimento che riflettono precedenti esperienze traumatiche, attivare il sistema nervoso simpatico e riprodurre, tramite il sistema somatico/motore, una scarica di energia autonoma trattenuta, analogamente a quanto accade negli animali all’atto dello sblocco della risposta di congelamento. Ciò può costituire una risorsa terapeutica per desensibilizzare il condizionamento del sistema nervoso autonomo e ridurre il carico sintomatico dell’*arousal* che è all’origine di molti sintomi del disordine causato da stress post-traumatico.

Le implicazioni cliniche della sindrome del trauma per i sintomi sia emozionali che fisici sono molto significative. . Il trauma infantile è stato associato a una varietà di sindromi cliniche comprendenti la sofferenza cronica, la fibromialgia, la sindrome premestruale, la sindrome disfunzionale dei visceri e la sofferenza pelvica cronica. I sintomi acuti riferibili al disordine da stress post-traumatico (ipersensibilità agli stimoli, soprassalti esagerati, incubi e disturbi del sonno, attacchi di panico, ansietà e fobie) sono soltanto alcuni degli esempi di sindrome post-traumatica. Depressione, repressione delle emozioni, bruschi cambiamenti di umore, marcate disfunzioni cognitive, disturbi cronici del sonno, reazioni dissociative sono tutte tipiche manifestazioni tardive di questa sindrome.

Come e perché i ricordi di eventi traumatici vengono codificati in un modo diverso rispetto ai ricordi di eventi normali?

La memoria viene suddivisa in:

✓ procedurale o implicita (ovvero automatica e non consapevole) è la memoria contenuta nei comportamenti, senza un corrispettivo rappresentazionale, e che riguarda sia i comportamenti appresi (andare in bicicletta, ect.) sia gli *schemi emozionali relazionali*, legati alla struttura del carattere e che tendono a ripetersi nel tempo.

✓ esplicita, a sua volta suddivisa in *semantica*, fondata su elementi appresi ed entrati in categorizzazioni fisse (il significato di una parola, un giudizio fisso su qualcosa, etc.); *autobiografica o episodica*, è la memoria che conserva elementi specifici, unici e che coglie quindi la specificità di un vissuto emotivo (l'odore del profumo di una persona, etc.)

I centri nervosi fondamentali per il processo di memoria sono: L'amigdala e l'ippocampo, che sono notevolmente influenzati da alcuni neuro mediatori e ormoni.

L'amigdala, è l'area cerebrale connessa con le reazioni emotive più primitive, in particolare la paura. È la sede della memoria implicita e viene coinvolta da vissuti emotivi intensi, che si fissano e diventano engrammi stabili e duraturi. L'amigdala è virtualmente incapace di dimenticare: i ricordi, in genere non presenti alla coscienza, possono riemergere di fronte a stimoli che sono ricollegabili all'evento traumatico (immagini parassiti, flashbach, etc.)

L'ippocampo è collegato alla memoria esplicita. È dimostrato che lo stress e in genere gli eventi traumatici esercitano una funzione inibitrice sull'attività dell'ippocampo. Il trauma, quindi, acuto o ripetuto tende ad inibire la memoria episodica. Gli eventi quindi o non verranno registrati o verranno registrati solo nella memoria semantica, cioè senza il loro connotato personalizzante. Se il trauma è ancora più intenso, verranno registrati solo nella memoria implicita o procedurale: si

hanno cioè comportamenti, che testimoniano in modo rigido, che qualcosa di profondamente importante è avvenuto, ma di questo qualcosa non si ha un ricordo comunicabile.

In sintesi, il cervello non elabora tutte le sensazioni di un trauma perché esse possono essere fisicamente e/o emotivamente troppo forti. Queste sensazioni accumulate e non elaborate sono ciò che causa i flashback, disturbi della memoria e incubi.

Di particolare significato nel lavoro sul trauma e nella sua comprensione, è la forma di memoria implicita che è profondamente inconscia e forma la base per l'imprinting che il trauma lascia nel corpo/mente. La relazione tra gli aspetti impliciti ed espliciti di un'esperienza rappresenta una dinamica importante nella risoluzione di un trauma e nella questione dei ricordi.

L'importanza della memoria implicita rispetto all'esplicita, sta nel fatto che le prime esperienze infantili – prima dello sviluppo del linguaggio, prima dello sviluppo della memoria esplicita appunto - sono tutte depositate in questa forma di memoria: una forma di memoria che contiene in un certo senso le esperienze più arcaiche, anche traumatiche, relative alle primissime relazioni del bambino con la madre, e che sono depositate in una forma che non permette il ricordo ma che continua a condizionare la vita affettiva, emozionale, cognitiva dell'individuo, per tutta la vita.

Quindi ricordi procedurali o “corporei” sono sequenze apprese di “atti motori” sincronizzati, concatenati in azioni significative e coordinate. Si può non ricordare esplicitamente come e quando li si è appresi ma, al momento appropriato, essi vengono (implicitamente)“richiamati” e istantaneamente mobilitati. Questi “ricordi motori” sono formati e per mezzo di strutture relativamente involontarie nel cervelletto e nei gangli basali.

Nel trauma si realizza una dissociazione tra memoria implicita ed esplicita. Tale dissociazione comporta una compromissione della memoria autobiografica(esplicita) nei confronti dell'evento traumatico o di alcune sue componenti, mentre il ricordo implicito dell'avvenimento rimane integro e può comportare reazioni comportamentali (come impulsi alla fuga), reazioni emozionali(angoscia, paura ect.), sensazioni corporee ed immagini correlate al trauma.

“Spesso la persona è incapace di ricordare la fonte delle sue informazioni, il trauma non viene “ricordato” in forma esplicita e conscia. Viene codificato come procedura implicita basata su reazioni biologiche di sopravvivenza. La compulsione che così tante persone traumatizzate hanno a “ricordare”, è una cattiva interpretazione del profondo bisogno di completare queste risposte di sopravvivenza ad alta carica che sono fallite, o sono state interrotte nel momento in cui la persona veniva sopraffatta. Questo è un fattore significativo nella genesi della memoria spuria. (Levine)

Di fronte a questi pattern sintomatologici si ha allora bisogno di strumenti che non siano essenzialmente verbali, ma che incidano direttamente nel corpo del paziente, nel suo livello di

coscienza. Questo perchè alcuni ricordi sono così carichi emotivamente che è impossibile parlarne oppure risultano essenzialmente impermeabili ad ogni tentativo di elaborazione verbale.

Intali condizioni è possibile ipotizzare la presenza di meccanismi di immagazzinamento mnestico relativi a ricordi di paura codificati in strutture sottocorticali, come l'amigdala, che in certe condizioni sono ingestibili dalle aree corticali con funzione inibitoria; tali ricordi, inoltre, sembrano immagazzinati in vie neurali diverse da quelle abitualmente stimulate dalle psicoterapie verbali (LeDoux, 1996).

Approccio psico-corporeo al trauma - La centralità del corpo.

Traumi, abusi ed sindromi da stress post traumatico (PTSD), sono le le configurazioni dove il corpo è direttamente attaccato, trasformato o addirittura distrutto.

L'impostazione di Laborit dello studio del sistema nervoso incentrato sulle modifiche dell'organismo in risposta a condizioni di stress- la sindrome dell'inibizione d'azione- definisce il trauma come evento critico in cui si generano interruzioni funzionali patologiche che provocano una complessa disregolazione dell'organismo.

L'organismo non potendo agire per mantenere il suo equilibrio, quindi gratificare le sue pulsioni fondamentali, provenienti dai suoi segnali interni e non potendo fuggire o lottare per sfuggire alle condizioni negative, regredisce ad una risposta primordiale, memorizzando l'inefficacia della sua azione ed immobilizzandosi in tutti i suoi sistemi psicofisiologici.

La psicoterapia orientata sul corpo suggerisce un approccio che lavori contemporaneamente sui due versanti del fenomeno: corpo e mente, sensazioni e pensieri, movimenti e rappresentazioni.

La funzionalità e la validità dell'approccio corporeo al trauma si basa sul tipo di scissione che la memoria opera in questi casi: il ricordo viene incorporato in una sorta di cosiddetta *memoria corporea* (implicita) e riemerge in maniera anarchica, anche da semplici stimoli sensoriali. *Il fatto che il ricordo sia letteralmente incorporato, fa sì che lunghi trattamenti esclusivamente verbali non danno la garanzia di poter entrare in contatto con il nucleo traumatico della persona. Questo assunto mostra il nucleo centrale dell'esperienza traumatica: essa è un attacco massiccio alla persona nel suo senso di integrità corporea.* (Stupiglia 2007)

Come sostiene Levine:

“Che l'evento traumatizzante possa essere ricordato esplicitamente non è molto importante. Ciò che è importante, nella cura del trauma, è il portare a termine le risposte incomplete alla minaccia e la conseguente scarica dell'energia che era stata mobilitata per la sopravvivenza alla minaccia. Quando la memoria implicita (procedurale) viene attivata e rintracciata somaticamente, si può costruire una narrazione esplicita; non il contrario. In tal modo il paziente può iniziare a”

rimembrare”, vale a dire, a riconnettere gli aspetti dissociati dell’esperienza del corpo/sé, e sciogliere l’energia congelata localizzata nel nucleo del trauma.”

Levine considera i sintomi del trauma non “come un disturbo neuropsicologico permanente, ma come una distorsione funzionale e reversibile nei percorsi multi-dimensionali che connettono la mente e il corpo”.

Egli propone l’approccio della **Rinegoziazione dell’Esperienza Somatica**.

“Rinegoziazione” è un termine coniato per descrivere il processo di guarigione o di risoluzione del trauma. E consiste nella graduale scarica delle energie di sopravvivenza altamente compresse, accompagnata da un completamento “retrospettivo” delle risposte di orientamento che sono state congelate al momento della sopraffazione. Questa tecnica, attraverso il lavoro corporeo sui vari distretti muscolari esamina i percorsi critici attraverso cui l’informazione afferente da muscoli, giunture e visceri viene trasmessa sequenzialmente a porzioni primitive del cervello per regolare i comportamenti di sopravvivenza. L’approccio si avvale dell’educazione e della consapevolezza delle sensazioni corporee come strumento primario

Le energie incapsulate nel trauma devono riconnettersi all’ azione. In tal senso l’azione terapeutica implica questo doppio movimento: risperimentare le sensazioni e l’esperienza, ripetendola per creare nuove e sempre più evolute integrazioni psichiche.

Un importante componente per il trattamento del trauma è l’attivazione del naturale meccanismo di rilascio dell’energia in eccesso che porta il corpo a ripristinare lo stato di quiete. Connettersi alle sensazioni del corpo vuol dire diventare consapevoli dei vari schemi di tensione cronica e permettere l’emergere dei bisogni “interni-cinestetici” bloccati legati all’evento traumatico: paura, rabbia, impotenza ecc.

Attraverso la “sensazione sentita”, che forma lo sfondo inconscio di tutta l’esperienza, l’informazione interocettiva può essere riportata ad una forma cosciente.

La “sensazione provata” è costituita da canali di informazione cinestesici, propriocettivi, vestibolari e viscerali (automatici). Il flusso afferente entra nel tronco dell’encefalo (istintivo) come informazione non conscia, e viene poi elaborato al di sopra, dalle strutture cerebrali limbiche (emotive) e neocorticali (cognitive). (Levine)

Bibliografia

Berceli, D. (2005). *Trauma Releasing Exercises (TRE). A revolutionary new method for Stress/trauma recovery*. BookSurge, LLC.

- Boadella D. J. Liss (1986) *La psicoterapia del corpo: le nuove frontiere tra mente e corpo*, Astrolabio, Roma.
- Dowing G. (1995) *Il Corpo e la parola*, Astrolabio, Roma.
- LeDoux, J.E. (1996) *Il Cervello Emotivo. Alle origini delle emozioni*. Trad. It. Baldini&Castoldi, Milano 1998.
- Levine P. (2002), *Traumi e Shock Emotivi*, Trad. it. Macro-Edizioni, Firenze.
- Lowen A. (1994) *Arrendersi al corpo* Astrolabio, Roma.
- Shore, A. (2001 prima ed. 1996), *The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. Development and Psychopathology*, 8, pp.59-87; in Siegel Daniel J. (1999) *The Developing Mind -The Guilford Press Inc.*; tra. It. La mente relazionale, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Siegel Daniel J. (1999) *The Developing Mind -The Guilford Press Inc.*; tra. It. *La mente relazionale*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2001.
- Stupiggia M. (2007) *Il Corpo Violato*, La Meridiana, Roma.
- Terr L.C. (2004, prima ed. 1991), *Childhood traumas: An outline and overview*, in “American Journal of Psychiatry”, 148,10-20., in Van Der Kolk, B.A., MC Farlane A.C., Weisaeth L. (a cura di) (1996) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press.; trad. it. *Stress Traumatico: gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Roma, Edizioni Magi,.
- Van Der Kolk, B.A., MC Farlane A.C., Weisaeth L. (a cura di) (2004 prima ed. 1996) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press.; trad. it. *Stress Traumatico: gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Roma, Edizioni Magi.

Filtri per la diagnosi: riflessioni epistemologiche intorno ai dispositivi di indagine della malattia

7.1 Sperimentazione dell'utilizzo dell'intervista Semistrutturata del DSM, la SCID, con la partecipazione del mediatore linguistico culturale

Presupposto. Essendo la ricerca caratterizzata dalla multidisciplinarietà, ma soprattutto dalla multiculturalità, la scelta di uno strumento psicodiagnostico si presentava veramente complessa. Tra i test esaminati, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID), si prospettava come quella più adatta all'analisi che intendevamo sviluppare perché:

- La SCID è un'intervista semistrutturata per la formulazione delle diagnosi principali dell'Asse I e per quelli di personalità dell'Asse II del DSM-IV;
- Tale strumento è stato costruito in più versioni, una delle quali per la ricerca,¹⁰¹ adatto quindi a persone non necessariamente portatrici di disturbi psichici come, appunto, i volontari della nostra indagine;
- La SCID veicola i criteri diagnostici del DSM, il manuale psicodiagnostico più conosciuto nel mondo, e consente, quindi, l'uso di un linguaggio comune a tutta la comunità scientifica;
- Sebbene il suddetto manuale non apparisse calzante alle realistiche configurazioni dei disordini psichici portati da popolazioni di cultura non occidentale, per una serie di ragioni già esposte nel cap. 6, si è ritenuto importante adottarlo in questa ricerca, di conseguenza l'impiego del suo strumento diagnostico d'elezione ci sembrava pertinente al suo approfondimento;
- La maggior parte dei test e strumenti psicodiagnostici sono strutturati sotto forma di questionario. Nella ricerca non potevamo usare uno strumento così redatto, non sarebbe stato possibile trovarlo nelle lingue e nei profili culturali di tutte le popolazioni che andavamo ad indagare;

¹⁰¹ La costruzione della SCID come strumento per fare diagnosi in accordo con il DSM-III è stata avviata nel 1983. All'inizio fu strutturata per soddisfare sia i bisogni dei ricercatori che del medico clinico. In seguito furono organizzate due versioni della SCID, una clinica e una per la ricerca. Questo perché la Versione Ricerca è meno agile, ossia più lunga e dettagliata, della Versione Clinica. La prima SCID per la diagnosi della maggior parte dei disturbi di Asse I e per quelli di personalità sull'Asse II secondo il DSM-III-R, sviluppata da Spitzer e collaboratori (1987), fu pubblicata dall'American Psychiatric Press, Inc. nel maggio 1990. La SCID per il DSM-IV (Versione Ricerca) fu prodotta nel febbraio del 1996 ((First, Spitzer, Gibbon, Williams, 2000a:4).

- Essendo la SCID strutturata anche nella forma dell'intervista, abbiamo ritenuto interessante sperimentarla con l'utilizzo di una terza figura professionale, il mediatore linguistico culturale, che la traducesse.

La SCID nella ricerca “soggetti fragili e nuovi modelli d'intervento socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici”. Le motivazioni della scelta della SCID come strumento psicodiagnostico sono state condivise con medici e mediatrici linguistico culturali. Prima della sperimentazione della SCID è stata portata a termine una introduzione dello strumento e delle sue procedure di somministrazione al gruppo di mediatrici che avrebbero partecipato, con le psicologhe, al suo utilizzo. Abbiamo ritenuto opportuno impiegare la SCID dopo un colloquio di conoscenza, di presentazione delle nostre procedure e di esplorazione dello stato psicologico dei volontari poiché ci pareva indispensabile creare un'atmosfera di cognizione e fiducia prima di addentrarci nell'impassibile dimensione della raccolta dati orientata ad indagare eventuali aree psicopatologiche della persona.

La SCID-I CV¹⁰², che abbiamo usato nella ricerca, «è finalizzata all'uso in ambiti clinici per assicurare valutazioni standardizzate e di qualità» (First, Spizter, Gibbon, Williams, 2000a:5).

Abbiamo scelto la modalità di somministrazione che indaga e valuta tutte le principali diagnosi dell'Asse I del DSM-IV in modo da esaminare i vari moduli dello strumento con tutte le popolazioni analizzate.¹⁰³

La rassegna anamnestica non veniva effettuata perché tutte le domande contenute nei suoi stampati erano già state poste senza ripetizione alcuna, sia attraverso il colloquio socio-culturale realizzato dai mediatori sia nel primo colloquio psicologico.

La psicologa conduttrice del colloquio formulava le domande contenute nel protocollo di somministrazione della SCID, la mediatrice traduceva le domande del clinico e le risposte del volontario. Le risposte e le decisioni diagnostiche erano puntualmente annotate dal clinico nel protocollo di raccolta dati.

Compiuta la somministrazione della SCID si realizzava un briefing di riflessione tra la psicologa e la mediatrice per vagliare eventuali difficoltà legate allo strumento ed esprimere le osservazioni sulle problematiche psichiche emerse nel colloquio, quelle rilevate e non dal dispositivo diagnostico del DSM.

¹⁰²La SCID-I CV (*Versione Clinica*) Nella ricerca non è stata utilizzata la SCID-VR (*Versione Ricerca*) perché Giunti OS (Organizzazioni Speciali), editore unico della SCID in Italia non l'aveva in catalogo.

¹⁰³La SCID si può usare in più modi, ad esempio, dopo un colloquio clinico si può usare una parte dello strumento per confermare e documentare ipotesi diagnostiche (First, Spizter, Gibbon, Williams, 2000a:5).

Portati al termine tutti i colloqui della ricerca è stato aperto un dibattito tra le psicologhe e le mediatrici linguistiche culturali che hanno partecipato all'utilizzo della SCID intorno ai limiti ed alle potenzialità dello strumento per popolazioni appartenenti a culture "altre".

Il dibattito è ancora in corso e le sue elaborazioni e conclusioni saranno presentate nel successivo draft.

Intanto un preludio su alcuni elementi della sua prossima tessitura.

L'esperienza ed il vissuto del mediatore linguistico culturale nella somministrazione della SCID.

Premessa. Il mio inserimento nel gruppo di ricerca è avvenuto in un momento particolare, verso il termine di quest'ultima. Ho riscontrato diverse difficoltà sia tecniche, che sono riuscite a superare solo con caparbia e ingegno, sia d'inserimento e integrazione, in un gruppo di lavoro ben assestato che collaborava già da qualche tempo.

Le difficoltà tecniche sono state innumerevoli, tra queste l'intraducibilità di alcune frasi, di alcuni concetti e del progetto stesso. Le differenze tra la lingua italiana e quella tigrigna e tra le due culture sono notevoli e il compito più arduo non sta nel produrre un testo delle frasi o un questionario in unica lingua da poter poi tradurre, ma un predisposto per più lingue considerando i vocaboli e gli aspetti comuni e assottigliando le differenze. Nel descrivere le difficoltà più incisive troviamo la necessità di possedere un bagaglio più vasto delle lingue degli usi e dei costumi per quanto sia possibile, che permetta di trovarsi nella condizione ideale per l'interpretazione, poiché tradurre e interpretare è trasmettere e non riportare.

Un altro intoppo che non ci consente di tradurre con scioltezza i vari testi è rappresentato dalla differenza culturale e il vissuto storico sui quali un popolo basa la propria lingua, le esigenze quotidiane e le prospettive. Un metodo di traduzione più funzionale e semplice è quello verbale che ci permette di comunicare e trasmettere simultaneamente, adattando il nostro linguaggio alle reazioni del nostro interlocutore in modo da non ferirlo o creare equivoci.

Intraducibilità di alcuni testi e concetti. La SCID è considerata il miglior strumento psicodiagnostico da parte di tutti gli psichiatri mondiali. E' uno strumento "completo", ricco, dettagliato riesce a cogliere le sintomatologie della psiche, qualunque esse siano, in modo sintetico e netto così da formare un quadro psicologico della persona alla quale è somministrato, ma non deve essere considerato definitivo e onnicomprensivo.

La mia esperienza nell'ambito della ricerca "soggetti fragili e nuovi modelli d'interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici", durante i colloqui psicologici, mi ha permesso di

notare come l'utilizzo della SCID, anche parziale, riesca a creare un distacco netto tra il medico e il paziente, in alcune fasi una sorta d'imbarazzo in seguito ad alcune domande che il paziente trova inappropriate e futili. Si ha la naturale tendenza a considerare gli altri in base al proprio metro, ma per quanto riguarda la psiche e le sue "reazioni" è riduttivo, a volte anche offensivo e può ferire.

Da mediatrice linguistico culturale e da persona che vive tra due culture, ho provato imbarazzo nel formulare alcune domande, e ho verificato che ciò che è elemento utile di somministrazione della SCID, per alcune persone può essere superfluo o destabilizzante. Nel formulare alcune domande che ritenevo imbarazzanti in base alle mie conoscenze e alle reazioni dei pazienti, cercavo di spiegarne il senso e quanto potesse essere naturale e utile affrontare un argomento in un certo modo. A volte sono riuscita a comunicare e trasmettere in modo da ottenere una reazione positiva, altre volte non ho ottenuto alcun risultato, anzi ho dato vita all'effetto opposto, ho creato una certa indisposizione, ho fatto nascere domande poco pertinenti. Nella cultura occidentale si tende a sintetizzare, a concludere, a trovare risposte sempre e comunque spesso razionalizzando anche grazie a strumenti come la SCID, mentre in altre culture questo bisogno non è sempre così forte da portare a una razionalizzazione e risoluzione di un disagio, un malessere o un problema, a volte non occorre, qualunque sia la situazione tutto farà il suo corso. Credo che la SCID sia un valido strumento di supporto ma anche di "controllo", di cui in occidente si ha bisogno, ma che non può essere utilizzato in tutti i casi, poiché sappiamo bene che le differenze culturali e di vissuto sia personale sia storico, i malesseri e i disagi sono vissuti in modo diverso e quindi diverso deve essere lo strumento di diagnosi. La mia non vuole dimostrarsi una critica nei confronti della SCID, ma una puntualizzazione; non può considerarsi uno strumento psicodiagnostico mondiale applicabile su tutti i profili culturali. Forse bisognerebbe studiare tutte le culture e ideare diversi modelli di SCID applicabili in base alla provenienza e alla sintomatologia, più idonei, completi e in grado di supportare i medici e anche i pazienti con il fine di definire un profilo e "avvicinare" e alleviare i pazienti da ogni tipo di disagio.

Potenzialità e limiti dell'immissione della professionalità del mediatore linguistico culturale nel processo psicodiagnostico realizzato con la somministrazione della SCID. Nonostante il non "addottoramento" in ambito psicologico del mediatore linguistico culturale e nonostante le difficoltà di traduzione e di comprensione dei contenuti della SCID da questi incontrate, la sperimentazione dell'introduzione di una terza figura con appartenenze culturali corrispondenti a quelle dell'immigrato all'interno del dispositivo psicodiagnostico del DSM è stata proficua. Indubbiamente non è stato facile operare cercando di rispettare pienamente le disposizioni esposte nella guida dell'esaminatore della SCID-I su "Cosa fare e cosa evitare di fare"(First, Spizter,

Gibbon, Williams, 2000a:18). Il primo ostacolo si è incontrato nell'osservanza delle ammonizioni illustrate nei paragrafi «FARE le domande iniziali così come sono scritte, eccetto quando è necessario introdurre minime modificazioni per prendere in considerazione quello che il soggetto ha già detto o per chiedere elaborazioni o chiarimenti» e «NON FARE domande proprie pensando che questa sia la maniera migliore di ottenere la stessa informazione. Il piccolo miglioramento potrebbe avere un effetto indesiderato sul significato della domanda. L'esatta formulazione delle domande è stata curata con molta attenzione, esse funzionano in quasi tutti i casi» (ibidem). Invero non è stato possibile per i mediatori formulare le traduzioni di alcune domande in modo fedele per ovvie questioni linguistiche e culturali. Ma tale difficoltà non restava confinata alla questione della esatta traduzione delle domande strutturate dai costruttori della SCID. Essa irrompeva nel dibattito riguardante la morfologia dei disordini configurati nel DSM e si prospettava come connessa alla problematica più ampia relativa alla intransigenza delle nostre categorie diagnostiche rispetto ai disordini portati da popolazioni che avocano il diritto d'avere espressioni e configurazioni dei propri disturbi non riducibili a quelli definiti dagli estensori del più considerato manuale psicodiagnostico del mondo. Tuttavia, andando oltre alla perseverata riflessione intorno alle categorie diagnostiche della medicina ufficiale, alle difficoltà nella traduzione di una lingua, di una cultura, di un disordine psico-fisico, la sperimentazione della SCID con l'introduzione della figura del mediatore linguistico culturale si può ritenere stimolante sia per la riflessione che ha sollevato tra le professionalità in gioco sia per la considerevole complessizzazione che ha introdotto nel dispositivo psicodiagnostico del DSM.

La triangolazione creata dalla presenza di un terzo elemento collocato tra l'indagatore e l'indagato, sebbene abbia immesso nel colloquio di somministrazione della SCID un perturbante certamente difficile da imbrigliare nell'ottica del sistema diagnostico del DSM, si è rivelata tuttavia feconda per molti aspetti tra i quali, non ultimo, quello che inscena nel dispositivo della SCID la partecipazione di un altro rappresentante della cultura di appartenenza dell'esaminato incarnata, appunto, dal mediatore linguistico culturale. Tale presenza, portatrice di indubbia suggestione, rappresenta un'occasione di esplorazione dello stato psichico della persona secondo i criteri diagnostici del DSM altrimenti ineffettuabile. Assumendo che, in ogni caso, con una persona con appartenenze linguistiche e culturali aliene alla nostra, tutte le formule di valutazione psicodiagnostica dei sistemi di cura ufficiali che non valuta noi dispositivi di diagnosi e cura cui questa fa riferimento risulterebbero viziate da influenze e quant'altro, si può ben concludere asserendo che il colloquio di somministrazione della SCID con la collaborazione del mediatore linguistico culturale si può valutare senz'altro possibile e di conseguenza riproponibile.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

First M. B., Spizter R. L., Gibbon M., Williams J. B. W. (2000a), *SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders versione clinica, Guida dell'Esaminatore*, Organizzazioni Speciali, Firenze.

First M. B., Spizter R. L., Gibbon M., Williams J. B. W. (2000b), *SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders versione clinica, Protocollo di Somministrazione*, Organizzazioni Speciali, Firenze.

First M. B., Spizter R. L., Gibbon M., Williams J. B. W. (2000c), *SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders versione clinica, Protocollo di raccolta dati*, Organizzazioni Speciali, Firenze.

7.2 Il test della figura umana e la costruzione culturale del corpo

Introduzione. Durante la riflessione intorno agli strumenti psicologici da collaudare nella ricerca, la considerazione che il disegno della figura umana è praticato con forme, tecniche, codici e significati diversi, ma comunque rappresentato in tutte le culture, ci orientava verso l'idea di sperimentare il Test della Figura Umana.

Il proposito era:

- Rilevare se vi fossero corrispondenze tra i disordini psicologici individuati nei volontari ed i tratti psicopatologici emersi dalla somministrazione del test;
- Analizzare i vari aspetti riguardanti la costruzione culturale del corpo in ciascuna delle culture in questione;
- Analizzare se vi fossero delle tendenze peculiari nel disegnare il corpo umano in ognuna delle popolazioni indagate;
- Analizzare i criteri con cui sono stati stabiliti gli indici di interpretazione del Test della Figura Umana;
- Fare un confronto tra gli aspetti culturali nella costruzione del corpo delle popolazioni analizzate e gli indici di interpretazione degli aspetti globali ed analitici utilizzati per la sgrigliatura del Test della Figura Umana;
- Riflettere, attraverso l'analisi dei dati raccolti, intorno all'universalità o alla relatività del *Test della Figura Umana*, stabilire se adottarlo o no nella clinica psicologica dell'INMP e se si considerasse come tener conto dei fattori culturali nell'interpretazione dei suoi dati.

Il Test della Figura Umana

Il Machover Draw –a- Person- Test, Test della Figura umana, rientra fra gli strumenti delle cosiddette *tecniche proiettive*. La principale caratteristica di queste tecniche è l'utilizzo di prove relativamente non strutturate, al fine di rendere il soggetto libero di percepire e interpretare il materiale o la prova del test. Il materiale del test quindi, funziona come una specie di schermo sul quale il soggetto proietterà le sue caratteristiche: idee, atteggiamenti, bisogni, ansietà, conflitti, etc. Si tratta di procedure dissimulate, vale a dire il soggetto non conosce il tipo di interpretazione che verrà data alle sue risposte.

Le tecniche proiettive sono utilizzate per valutare in modo globale la personalità, e la loro efficacia sta nel rivelare gli aspetti inconsci non manifesti della personalità. Il loro *assunto fondamentale* è che le risposte agli stimoli poco strutturati del test o della prova, riflettano attributi rilevanti e stabili della personalità del soggetto.

Una peculiarità intrinseca di queste tecniche è la scarsa standardizzazione sia rispetto alla somministrazione che all'attribuzione dei punteggi. Il primo punto riguarda la rilevanza che assumono il tipo di istruzione date dall'esaminatore, insieme alle caratteristiche dello stesso e alla percezione che il soggetto ha dell'esame. Il secondo deriva dalla proiezione dell'esaminatore nell'interpretazione dei dati, da ciò deriva che l'*attendibilità del correttore* diventa una questione importante nell'applicazione dei test proiettivi.

Le tecniche proiettive costituiscono un mezzo efficace per rompere il ghiaccio nei primi contatti con il soggetto, sono inoltre particolarmente utili con individui che hanno scarsa conoscenza della lingua. Fra queste il *Test della Figura umana* è una tecnica proiettiva che utilizza una forma libera di espressione: al soggetto viene richiesto di disegnare una persona. Dopo il completamento del primo disegno, gli viene richiesto di disegnare una figura del sesso opposto a quello già disegnato.

Il Test della figura umana come test proiettivo, fu elaborato da Karen Machover utilizzando il test della Goodenough, che veniva usato come test di intelligenza sui bambini. Dopo un lungo studio su bambini, pazienti psichiatrici e popoli primitivi la Machover pubblicò nel 1949 il nuovo test con la sigla D.A.P. (Draw a Person). Il principio del nuovo test era che l'individuo, attraverso il disegno della figura umana, proietta la propria *immagine corporea* entro l'ambiente che è simboleggiato dal foglio bianco.

Già all'inizio del secolo scorso si è venuto a creare la distinzione fra schema corporeo e immagine corporea (P.Schilder, 1935): il primo concetto è stato elaborato come biologicamente dato, e come risultato di sensazioni dell'individuo e della loro integrazione a livello corticale; il secondo è un processo psicofisiologico complesso che attiene a variabili sia interne che esterne. L'immagine corporea è una rappresentazione mentale interiore, in gran parte inconscia, riguarda il vissuto fantasmatico e quindi soggettivo del corpo. E' un'immagine che varia nel corso della vita e dipende anche da fattori inerenti l'ambiente familiare e del gruppo, oltre che da fattori culturali e dalle mode. Attraverso la rappresentazione grafica l'individuo proietta l'immagine di sé, insieme alle ferite accumulate durante il suo sviluppo.

Identificazione ed interpretazione degli indici: la Machover non ha dato norme specifiche e negli anni vari studi hanno elaborato sistemi di siglatura sempre più accurati. I livelli di interpretazione si distinguono in *grafico, formale e di contenuto*.

Livello grafico: pressione sul foglio, tratto e linee, ombreggiature e annerimenti, cancellature

Livello formale: tempo di esecuzione, collocazione del disegno sul foglio, dimensione del disegno, omissioni esagerazioni distorsioni, direzione della figura, staticità e movimento, simmetria, trasparenza, stile dell'esecuzione.

Livello di contenuto: è distinto in due fasi quella analitica e quella sintetica.

Interpretazione analitica:prende in esame i dettagli del corpo, abiti e accessori, elementi ambientali.

Interpretazione sintetica: prende in esame l'impressione globale del disegno, l'ordine di esecuzione e il sesso delle figure, l'età e il tipo di personaggio disegnato.

Per poter effettuare una corretta diagnosi l'esame dei diversi indici dovrà convergere intorno ad una medesima area clinica, andranno quindi le aree di *convergenza degli indici*. Sono state individuate aree che a loro volta formano aree più vaste e che possono fornire quadri clinici più articolati, ad esempio buon adattamento e socialità, ansia e ossessività, tendenza all'acting out e aggressività etc.

Per la stesura del referto conclusivo oltre agli indici dovrà essere considerato il quadro generale e quanto è emerso sia nella fase della somministrazione che nell'inchiesta successiva. Il risultato rappresenterà un'ipotesi di lavoro che dovrà sempre essere approfondita da ulteriori tecniche diagnostiche.

Le ricerche transculturali sul Test della Figura Umana.

Non esiste un uomo al di fuori del suo corpo,
perché il suo corpo è lui stesso nella realizzazione della sua esistenza.

Galimberti

I segni e i simboli del corpo. L'individuo della specie *sapiens*, del genere *homo*, della famiglia degli ominidi, dell'ordine dei primati, della classe dei mammiferi, è un essere bio-psico-sociale. Il concetto di uomo non va inteso in maniera univoca e fissa, ma come il risultato dell'azione costante di tali interazioni biologiche, psicologiche, sociali e culturali¹⁰⁴ (Morin, 2000); infatti, così come i processi organici e fisiologici determinano l'immagine sempre culturale del corpo, la cultura a sua volta ne determina i processi fisiologici e organici di cui sopra.

Il corpo umano così conformato, biologico, psicologico, sociale e prima di tutto sempre culturale, occupa lo spazio dell'essere persona in questo mondo; fende l'aria con il suo respiro e con la sua sagoma, ne traccia i confini in base alla sua altezza o bassezza, alla sua magrezza o morbidezza, al suo gesticolare, al suo camminare a grandi o piccoli passi, infine a seconda dei limiti che definisce l'epidermide. L'involucro vivo di carne è la persona che vi abita.

Tutte le popolazioni costruiscono un'immagine del proprio corpo, della propria membrana esterna, del significante che assume la loro pelle; ove possibile riconoscendovi tratti paterni e/o materni, ma

¹⁰⁴ *Corsivo mio.*

anche animali.¹⁰⁵ Gli individui si relazioneranno sia alla loro familiarità (ad altre persone del proprio ambito socio-culturale) sia all'alterità (l'altro da sé, l'altro che non è lui) oltre che con il verbo, con il linguaggio del proprio corpo fisico nel quale sono iscritti dalla nascita i segni culturali che lo caratterizzano e significano. Le differenze di sesso/genere, le età, i gruppi sociali, la divisione e distribuzione del lavoro, i valori morali, l'estetica, le emozioni, il controllo sociale, tra gli innumerevoli altri fattori, risiedono nelle contestuali e peculiari concezioni del corpo umano che distinguono fra anziani, adulti, giovani e bambini, fra uomini e donne, schiavi e dominatori, fra malati e sani, fra spiriti e uomini.

Ma l'individuo non disegna solo il proprio involucro, si concentra anche e soprattutto nel suo interno, il suo contenuto invisibile; ne elabora la forma, la sostanza, i fluidi e le secrezioni, i colori e la temperatura, le quantità, la struttura, lo spazio e l'importanza gerarchica di ogni elemento che lo conforma, codificando in base alla propria cosmovisione gli equilibri e gli squilibri degli organi che si riflettono sull'esterno visibile.

Il corpo frammentato e oggettivato. Ogni persona è perciò anzitutto una persona nei vari sensi culturali possibili. Essa possiede sicuramente un cuore, possiede un fegato, dei polmoni, almeno un rene, ecc., e possiede anche delle malattie che provengono dall'alterazione-squilibrio di uno degli organi, sistemi o apparati da cui è conformato il suo corpo: la sua totalità. È questa totalità che rappresenta socialmente il senso dell'individuo (anche quello eziologici-terapeutico) e della propria forma di salute e/o sofferenza. Il corpo umano è dunque veicolo, contenitore, involucro, dimora, membrana, confine e frontiera, testo umano complesso capace di produrre e riprodurre segni e simboli portatori di un significato condivisibile nei propri codici da chi partecipa della stessa cultura e analizzabile attraverso la mediazione di tali codici da altre culture, al fine di una mutua comprensione e interazione.

Tuttavia, la mutua negoziazione è di fatto impervia e si traduce spesso in una lettura unilaterale in base al comune denominatore¹⁰⁶ della categoria diagnostica. Il corpo biomedico, oggettivo, ma soprattutto veicolato e oggettivato dal discorso medico-psichiatrico (un unico corpo biologico e un'unica psiche universale) si situa al di fuori da tutti i corpi probabili, al di fuori di tutti i differenti modi di essere corpo. Il soma, trasformato così da sociale a esclusivamente biologico, diviene universale; Galimberti lo definisce "Il supremo significante a cui tutti i segni del corpo sono

¹⁰⁵ Il concetto di *tonal* in Messico rappresenta l'alter ego animale dell'uomo. Il *tonal* si acquisisce alla nascita e stabilisce una relazione di dipendenza tra l'uomo e l'animale; vivranno per lo stesso periodo di tempo, si ammaleranno insieme, si proteggeranno a vicenda, avranno uno le caratteristiche dell'altro, anche fisiche. Per maggiori approfondimenti sull'argomento si vedano Lopez Austin, 1989; Aguirre Beltran, 1985.

¹⁰⁶ Prendo in prestito questo concetto da Colleyn (Beneduce, 2002).

sottoposti”. In questo senso la persona che soffre una determinata infermità e questa stessa infermità sono due fattori distinti tra loro; l’azione medico-psichiatrica della cura si concentra sulla malattia, l’organo o gli organi squilibrati, ma non nella persona globale, intesa nella sua interezza e le differenze simboliche che la caratterizzano, che spesso non vengono interrogate.

È allora pensabile di lasciare da parte l’individuo, il corpo migrante, la sua biografia e il suo contesto, per studiare la sua malattia senza di esso? Analizzare la forma ignorandone il contenuto? È altresì pensabile creare delle categorie diagnostiche psichiatriche internazionali nella quale inserire sotto significanti universali, tutti i significati culturali “altri”? E ancora, il corpo è analizzabile e curabile in parti, dunque frammentabile, in ogni dove, per ogni popolazione, nello stesso modo? E se in alcuni contesti culturali il cuore non fosse solo l’organo centrale dell’apparato circolatorio, ma insieme allo stomaco e al fegato, uno dei centri animici maggiori, in cui si concentrano le sostanze vitali più importanti (Lopez Austin, 1989)? E se curando il cuore non si pensasse anche a quelle entità animiche che risiedono nello stomaco e nel fegato? Senza dubbio alcuno, l’individuo passerebbe a quella miglior vita che il contesto socio-culturale da cui proviene ha costruito per lui.

Nel caso della ricerca, è nel corpo migrante (un corpo solo, ferito e lacerato, certamente stanco) che occorre creare degli spazi di mediazione tra il senso dell’altro e quello medico-psichiatrico, problematizzare il suo percorso e la memoria incisa su di sé, se si vuole interagire con esso.

Ri-pensando l’immagine della figura umana. L’immagine del corpo che costruisce ogni popolazione non ha necessariamente i limiti anatomici del proprio organismo. Le “percezioni etnoanatomiche”¹⁰⁷ che ogni individuo rappresenta sul e dentro il proprio corpo costituiscono una vera e propria mappa cognitiva dell’essere umano; chiaro, una mappa che si può leggere solo dopo aver compreso l’iconografia della legenda sociale. Alcuni esempi possono esemplificare quanto menzionato:

La personificazione degli spazi è piuttosto comune a numerose società situate al di fuori della macro area dell’Occidente. La popolazione Dogon del Sudan Occidentale così descriveva all’antropologo Marcel Griaule la pianta del proprio villaggio: *deve distendersi da nord a sud come un corpo d’uomo che giaccia supino (...) la testa è la casa del consiglio (...). A est e a ovest, le case per le donne in stato mestruale, rotonde come degli uteri: sono le mani. Le grandi case di famiglia segnano il petto e il ventre. Gli altari comuni, costruiti a sud, sono i piedi. Al centro, le pietre (...) formano un sesso di donna. A fianco, dovrebbe trovarsi l’altare di fondazione, immagine del sesso maschile* (Griaule, 1996:134).

¹⁰⁷ (Lock e Scheper-Hughes, 2006:169)

Così come per gli spazi, gli elementi naturali, vegetali e animali diventano testi del sociale in cui leggere tanto i vissuti individuali quanto le cosmogonie dell'alterità.

In Nigeria l'idea dei vermi nello stomaco è piuttosto comune tra le donne che esercitano la prostituzione. Infatti, *i vermi (...) sono un elemento fondamentale all'interno delle rappresentazioni del corpo, della salute e dei suoi scompensi in numerosi gruppi etnici della Nigeria; lo squilibrio derivante dalla loro circolazione all'interno dell'organismo viene connesso frequentemente a un'attività sessuale eccessiva, smodata, trasgressiva (quale appunto quella attuata nel corso di esperienze di lavoro come la prostituzione)* (Beneduce, 2002: 166). Anche in Italia, in Sicilia, è presente la concezione dei "vermi" nel ventre, in particolare nello stomaco, che si svegliano rompendo la sacca in cui riposano, per un evento casuale che li indispette¹⁰⁸, e si moltiplicano degenerando in altre malattie, arrivano alla gola e provocano la morte per soffocazione (Guggino, 1986: 125).

Per interpretare la figura umana, emerge chiara l'esigenza di strumenti metodologici che tengano conto dei differenti scenari simbolici e campi d'azione dei corpi culturali e non omogeneizzare, e inevitabilmente ridurre, all'espressione di una necessaria patologia le rappresentazioni "altre" dell'interno e dell'esterno del proprio corpo. Per comprenderli questi corpi occorre infatti analizzare, scevri da ogni prospettiva universalista, la semiotica di quelle stesse corporeità che sono state interrogate nell'ambito delle proprie rappresentazioni.

Canovaccio di lavoro intorno al focus sul Test della Figura Umana. Come tutti gli altri argomenti presentati nel draft, in questo contributo, l'elaborazione intorno ai limiti e alla potenzialità del Test della Figura Umana viene solointrodotta. Quello che in questoproemio si vuole prospettare è l'imprescindibilità del lavoro interdisciplinare ed interculturale riguardo un argomento che sembrerebbe di competenza esclusiva della psicologia ma che in realtà necessita della riflessione e del confronto di multiformi apparati teorici.

Il gruppo di lavoro composto per svolgere l'esercizio di analisi ed elaborazione delle potenzialità e dei limiti del Test della Figura Umana è attualmente così composto:

- Tre antropologhe che si curano di raccogliere tutto il materiale bibliografico riguardante la costruzione del corpo nelle culture osservate; riflettere intorno agli aspetti significativi emersi dalle informazioni visionate; esaminare, insieme alle altre professionalità dell'équipe, i disegni della figura umana raffigurati dai volontari per discernere tra questi gli aspetti peculiari della loro cultura di appartenenza.

¹⁰⁸ Elsa Guggino fa riferimento allo *scantu*.

- Mediatrici culturali provenienti da Nigeria, Eritrea, Etiopia, Lituania, Romania, Ucraina, che si uniscono alle antropoghe proiettandosi nella ricerca, in idioma, di materiale di studio sulla costruzione culturale del corpo; si affiancano alle psicoghe, nella ricerca in lingua di pubblicazioni sul Test della Figura Umana nelle nazioni delle popolazioni osservate; apportano il loro contributo conoscitivo riguardo le popolazioni in questione; sono partecipi di tutte le considerazioni e le riflessioni d'equipe;
- Tre psicoghe che approfondiscono alcuni aspetti dello strumento psicodiagnostico come “i criteri con cui sono stati stabiliti gli indici di interpretazione del Test”; coordinano le analisi e gli approfondimenti dell'equipe rispetto al test; lavorano i dati rilevati dalle sgrigliature dei test mettendoli in relazione agli altri dati sulla salute psicofisica ed alle informazioni raccolte; ponderano con il gruppo di lavoro gli aspetti transculturali o meno emersi dalle analisi multidisciplinari e multiculturali effettuate sul test; riflettono su altre possibili letture del disegno della figura umana considerando lo studio realizzato dal laboratorio multidisciplinare e multiculturale “L'albero delle parole”, gruppo ricerca, in relazione al disegno dell'interno del corpo. Lo studio intorno al tema del corpo disegnato si presenta complesso, stimolante e in corrispondenza sottile con il pensiero scientifico della ricerca che stabilisce che “lenti multi-disciplinari, multiculturali e multi-teoretiche osservino il corpo nei suoi aspetti multi-formi”. È a partire da queste proposizionali abbiamo costruito il dispositivo di raccolta dati della ricerca, i dispositivi per l'elaborazione dei dati raccolti ed avviato una riflessione epistemologica intorno ai nostri sistemi di diagnosi e trattamento. È questa la base su cui intendiamo sviluppare il nostro ambizioso progetto di realizzazione di complessi ed adeguati dispositivi di diagnosi e cura.

Bibliografia

Tramonti, F.R. (2002), *Il disegno della figura umana: uno studio cross-culturale*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Psicologia.

Tramonti, F.R. (2004), *Il disegno infantile: uno studio antropologico*, *Antropo*, 8, 101-106, www.didac.ehu.es/antropo.

Pinto, G., Bombi A.S, Cordioli, A. (1999), *Similarity of friends in three countries: a study of children's drawings*, *International Journal Behavioural Development*, 20: 453-469.

Berry J.W., Poortinga Y.H., Segall M.H., Dasen P.R. (1992), *Cross-cultural Psychology: Research and application* (Cambridge University Press).

Oliverio Ferraris, A. (1978), *Il significato del disegno infantile*, Boringhieri, Torino.

Cox, M.V, Parkin, C. (1986), *Young children's human figure drawing: cross-sectional and longitudinal studies*, *Educational Psychology*, 6, 353-368.

7.3 Nel colloquio medico

“voglio incontrare un medico”

Lo scopo di questa riflessione è quello di accrescere il ventaglio delle testimonianze e delle valutazioni in relazione all'esperienza della ricerca, analizzando più approfonditamente alcune caratteristiche dell'interazione utenza-operatore-servizio.

Il percorso della riflessione. Nel mandato della ricerca¹⁰⁹ ci si proponeva di produrre nuove conoscenze nella relazione fra stato di salute, condizione sociale e accesso ai servizi sanitari, al fine di contribuire ad un'analisi oggettiva del fenomeno che permetta, da ultimo, il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la prevenzione e riduzione delle “patologie da disagio sociale” o “malattie della povertà”.

Allo studio nel suo complesso hanno partecipato 5 unità operative (afferenti agli IFO Istituti Fisioterapici Ospitalieri, dell'ISS Istituto Superiore di Sanità e alla Caritas in partnership di progetto) per il perseguimento degli obiettivi:

1. analizzare sperimentare e proporre un modello di intervento socio-sanitario integrato e ripetibile in cui le strutture del Servizio Sanitario (SSN) e le organizzazioni sociali e del volontariato collaborino al fine di prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute determinate dalla povertà e dall'emarginazione.
2. studiare il profilo immunoinfettivologico maggiormente rappresentato nei soggetti in stato di deprivazione e di povertà, dove la definizione di un profilo immunologico, soggetto alla verifica di “similarità”, era finalizzato al *matching* sull'efficacia dei vaccini in sperimentazione.

Di competenza della Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni era il rilievo di campioni biologici nel laboratorio di analisi, poi integrati con gli altri risultati, che permettevano di studiare la risposta immunoinfettivologiche nelle varie popolazione agli agenti infettivi. Nella ricerca, un focus su *aids* (vaccini e soggetti fragili nei confronti dei vaccini), si richiama alla finalità che ad oggi si configura nell'accezione della Salute Globale (cfr. documenti nazionali ed europei e relativi programmi e linee di indirizzo).

Nell'articolare il piano di lavoro si è giunti quindi ad ampliare la riflessione sulle modalità di accesso e di partecipazione alla ricerca ed approfondirne alcuni elementi organizzando specifiche

¹⁰⁹ Il richiamo è all'attività svolta, negli anni precedenti, della ricerca finalizzata “Soggetti fragili: nuovi modelli d'intervento socio-sanitari e studi immuno-infettivologici” cofinanziata dal Ministero della Salute – Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

dimensioni di analisi e raccolta dati. L'introduzione del colloquio socio-culturale proposto nel momento dell'accoglienza, nell'ottica interdisciplinare adottata, ha rappresentato un ulteriore elemento di arricchimento (con ricadute a sistema, nell'accoglienza) nonché un momento di raccordo nell'attenzione posta alla multidimensionalità del *soggetto che chiede*.

Il riferimento a connotati di deprivazione e povertà trasposti nella condizione di fragilità degli stranieri immigrati ha aperto pratiche di riflessività che, al pari delle elaborazioni quantitative, si presentano con rinnovato significato rispetto alla ricollocazione dei temi sollecitati dagli obiettivi da perseguire.

Lavorare su questo, con la sensibilità di raccogliere nel profilo di metodologia scientifica le informazioni *entrando* nei dati, ci ha confrontato fin dall'inizio con le modalità di coinvolgimento dei soggetti volontari della ricerca, come lo spiegare, ad es., la necessità del prelievo di sangue nel consenso informato, al di là dell'implicito e sovraordinato modello di riferimento procedurale. "La gente scappava" o viceversa riservava un forte interessamento alla conoscenza del gruppo sanguigno, risultato che esulava dai dati biochimici di interesse dello studio e che pertanto non era possibile ottenere presso il nostro laboratorio. Nella corso della realizzazione della ricerca, non essendo un caso circoscritto, si proponeva l'invio della risposta ad altre competenze: ma, al tempo stesso, come interpretare così tanto interesse? Una richiesta che ad oggi nella "nostra" cultura è superata, poiché il rilievo del gruppo sanguigno è contestuale e fa parte delle pratiche di assistenza sanitaria quando necessarie. E' un fatto da "noi" a cui si dà mandato per implicito.

Ma c'è un altro collegamento, riguardo al chiedere-che-sollecita, anche in altre e numerose occasioni, un'associazione alla questione ampia dell'anomia, in una proiezione che ci fa vedere il soggetto che abbiamo davanti in ambulatorio come una persona alla ricerca di identità: in un contesto in cui non è difficile immaginare che i soggetti che vengono qui, siano stressati quotidianamente nella relazione con i servizi, che chiedendo chiarimenti circa *lo status* con implicazioni dirette sull'attribuzione di cittadinanza, lavoro-casa-soggiorno, li pongano ad un confronto del tipo "non ho"/"non sono", e che trovino comprensione e riconoscimento in una relazione medica nella quale possano esprimere quasi una legittimità di "appartenenza" al contesto fosse anche del tipo "io sono qui perché ho un callo"!

Il discorso della parte medica in quello studio era assolutamente necessaria al mandato di raccolta dei dati, ma non solo. A distanza di anni di elaborazione, sotto vari profili disciplinari, nel rileggere queste storie *ex-post*, tornando all'obiettivo posto dal modello socio-sanitario integrato e ripetibile da proporre, in questo contributo la riflessione parte dalla domanda: quale salute vogliamo favorire al fine di prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute dalle condizioni di povertà ed emarginazione. Quindi, quale la salute attuale e la salute che "vogliamo" proporre, e richiamiamo

anche un modello in ottica di filiera con altre organizzazioni, ad i gruppi poveri ed emarginati? Il confronto da contenere è anche con lo scenario evocante le difficoltà di “a chi dare i resti” (pensando ad es. alle realtà attuali di Lampedusa.)

I risultati, in realtà, erano che la “gente stava bene”, e questo era comunque in linea con le ipotesi più volte richiamate sul profilo del “migrante sano” ma, ancora una volta, sono state l’occasione per poter ampliare il discorso, far confluire nell’osservazione vari punti di vista.

Farsi carico di queste 300 persone è diventata una strada per crescere: iniziarono a portare anche le famiglie, a tornare, ad instaurare una relazione: al di là delle esigenze della ricerca e dell’offerta in cambio che si proponeva loro la gratuità di un *chek up* (cfr. in allegato la costellazione dei dati raccolti su: *la motivazione alla partecipazione alla ricerca*)

Dall’incontro clinico si cercava di aprire una porta: acconsentire al prelievo come significato dell’attenzione sanitaria che si dava loro e poi tornare per il colloquio psicologico. Il vincolo che si poneva alla riconsegna dei dati passando per la fase del colloquio psicologico, apriva inoltre un ulteriore spazio di *negoziazione* - “con lo psicologo no”/“non sono matto” (e anche qui, l’educazione di base rispetto ai profili psicoterapeutici) – che si ricollega alla questione di salute per esprimersi con un’altra versione: “in realtà sono molto nervoso.... potrebbe farmi bene”. Altri elementi riferivano la competenza nello spettro delle attività svolte nel campo del colloquio socio-culturale.

Il rilievo emerso del “fattore attenzione” rispetto del quale i partecipanti si sentivano investiti va considerato anch’esso parte integrante degli esiti della ricerca ed al pari della cosiddetta “ottica longitudinale” nell’osservazione dei soggetti, ha ricollocato nell’impegno della ricerca *continua* il lavoro interdisciplinare sulle questioni legate alla salute.

Collocando quindi in un punto “n” del percorso di accesso alle cure, *il medico cd di BASE*, il profilo che si intende sollecitare è quello in relazione ad una funzione che si offre nel permettere un percorso in cui il problema della malattia è fortemente condiviso in una dimensione di relazione umana: la persona deve essere sollevata dal vissuto di malattia per, nella partecipazione, sentirsi di poter instaurare un’alleanza positiva nella “gestione” della malattia

Nella ricerca della diagnosi ci si muove da esperienze che vanno da aspetti legati ai servizi specialistici alla “cosa magica” attribuita ad una medicina, alla dimensione del tempo sia nel processo di guarigione, sia per l’espressione/descrizione nell’esordio sintomatologico, dallo spazio dell’osservazione all’esperienza della comunicazione e della traduzione, dell’accompagnarsi dei significati esistenziali e clinici in essi contenuti. Nel colloquio che struttura la visita medica, la raccolta di anamnesi per non dimenticare (*affinché non sfuggano*) aspetti importanti è una delle funzioni “con il camice bianco”.

Le polarità della comunicazione soggettivo-oggettivo-culturale nelle dinamiche di risignificazione etiologica e diagnostica dell'osservazione. Questo focus non pretende di ripostulare la configurazione della metodologia di anamnesi e di diagnosi clinico-medica, che rappresenta quantunque un dispositivo di indubbia cerniera nei percorsi di presa in carico e di predisposizione di terapie personalizzate strettamente connesse ad evidenze “oggettive”. Ma si interroga e riflette: quel tempo di osservazione clinica, è un campo oggettivo?

La rappresentazione¹¹⁰ della malattia portata nella relazione di cura collegata a “sintomi fisici”, insieme alla comunicazione e all'osservazione possono sollecitare vissuti *transferali*, che richiamano esigenze profonde dell'*IO*, di dominio proiettivo. Aspettative, linguaggio narrativo, risonanze dell'esperienza dello stato di salute nella vita quotidiana da una parte, e professionale dall'altra, sono “materiali “ che nell'operatività abitano il luogo, il *setting*, del rapporto medico-paziente.

Collocando tale preambolo nel Servizio reso da questo ambulatorio e nell'esperienza del primo contatto, si vuole pertanto (in esito ai confronti disciplinare proposti ed ai rilievi dell'esperienza che scaturiscono dalla pratica professionale medica in contesti di relazione con persone di altre culture) esemplificare le seguenti aree di sensibile risonanza negli obiettivi di *compliance* terapeutica. Ritenendo quest'ultima un comprovato elemento di efficacia nella costruzione di percorsi di cura. Le aree che si propongono come approfondimento ad una *pratica di riflessività*, sono relativa ai ruoli ed ai vissuti lavorativi dei singoli operatori per rendere quanto più possibile presente la dimensione teorico-pratica, nonchè culturale del proprio lavoro nel contatto con l'utenza facente parte del campione.

La proposta di sistematizzazione che segue parte dalla considerazione che le domande che ci si pone nell'operatività siano esito di un percorso di elaborazione. E che l'attenzione sia posta nella reciprocità del processo di costruzione di una relazione di cura.

La matrice delle riflessioni: esemplificazione sinottica delle implicazioni trasversale dei precipitati tematici

| | <i>Utenza</i> | <i>Dimensioni di competenza configurano la gamma di sensibilità professionale</i> | <i>Ambiente socio-culturale di provenienza(di entrambi)</i> | <i>aree sensibili alla pratica di riflessività</i> |
|--|--|--|---|--|
| <i>Servizio e percezione della Struttura</i> | chi è, cosa chiede, come percorso di invio | formazione, ruolo e storia lavorativa attuali ricollocazioni nel mandato di servizio rapporto interprofessionale | modelli dei sistemi organizzati per la “guarigione” | Come descriverebbe il Servizio di questo ambulatorio ? Cosa fa lei qui, e come si trova in questa Struttura ?* Cosa assume ad es. una priorità |

¹¹⁰ Dal punto di vista del vissuto culturale e delle sue implicazioni sia sui profili di esperienza soggettiva che sociale sono tanti i contributi derivanti dalla antropologia medica

| | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|
| | | | | nel confronto, e con quali profili professionali si interfaccia |
| Il disagio | sintomi dichiarati : come/dove si manifesta la malattia) . rapporto con esso (vissuti, riflessioni, difficoltà) | l'esperienza del primo contatto: - chi si rivolge a questo ambulatorio, cosa dicono di avere, e cosa chiedono, come? situazioni emblematiche riguardo <i>la comunicazione</i> tra di voi (rispetto quali modalità e quali contenuti.... E le emozioni?) ansie e percezioni riguardo il corpo, le storie..., le malattie e la salute...) atteggiamenti riguardo la richiesta di analisi, farmaci, o altre visite "specialistiche" - le domande poste nel colloquio: ci sono domande rispetto alle quali deve maggiormente chiedere "chiarezza", o particolarmente sensibili ad una "traduzione" da parte del mediatore? ... le capita di percepire qualcosa che non venga capito...? La prescrizione medica | La <i>Variabile Culturale</i> nella Interpretazione della Malattia e nei Sistemi Organizzati intorno alla Guarigione: il <i>Corpo</i> : dimensioni esperienziali, <i>l'Immagine</i> : vissuto e rappresentazione | l'immagine del Corpo nel vissuto di malattia; la lettura diagnostica, i condizionamenti culturali percezione delle aspettative, il fornire informazioni che esplicitano i <i>motivi</i> delle domande poste percorso di presa in cura e le situazioni di invio Comunicazione, gesti, linguaggi e stili narrativi |
| La relazione di aiuto | la <i>Relazione Terapeutica</i> : spazio condiviso della cura | | La rinegoziazione del senso | La <i>compliance</i> terapeutica ed i dispositivi interdisciplinari nella costruzione di setting di cura transculturali |

Sulle motivazioni ed i limiti delle riflessioni proposte in riferimento a immigrazione e salute: cura e prevenzione, un ultimo accento alle prospettive ancora aperte per lo sviluppo di campagne di educazione sanitaria (oltre che di formazione e di qualificazione continua) su: i contributi (di ricerca) relativi allo studio transculturale della malattia e della cura; il portato dell'immagine del corpo (*l'interno* e *l'esterno*) nell'interpretazione della malattia e nel ricorso alla cura; le relative implicazioni teoriche ed operative nella dimensione della relazione terapeutica. E non per finire l'apertura dell'impegno al confronto (operativo e di ricerca) tra i tutti i profili chiamati nel mandato di cura, nel generoso percorso della multidisciplinarietà del lavoro e del reciproco scambio.

Conclusioni e prospettive

Il draft “Riflessioni iniziali” del mimeo “Per la costruzione di setting di cura transculturali”, ha voluto ripercorrere le riflessioni e i pensieri che hanno informato la ricerca finalizzata “Soggetti fragili: nuovi modelli di interventi socio-sanitari integrati e studi immuno-infettivologici” per elaborare sino in fondo il vissuto e l’insieme dei desideri che hanno dato corpo al progetto su cui l’INMP sta lavorando. Difatti, l’obiettivo che si vorrebbe raggiungere attraverso il lavoro intorno all’intero percorso della ricerca, dalla sua ideazione sino alla redazione del rapporto finale, non si limita esclusivamente all’analisi dei dati raccolti e all’utilizzazione dei suoi risultati, ma vuole anche lavorare alla sperimentazione di un modello operativo che possa realmente accogliere le multiformi e, sovente, aliene domande d’aiuto portate presso i nostri servizi. Costruire dispositivi che analizzino la malattia tenendo conto dei diversi fattori che la costituiscono, come quelli culturali, sociali, relazionali e quant’altro, non è cosa da poco! Rappresenta la vera sfida del nostro secolo e si proietta verso la ricapitolazione dei concetti di salute e di cura realizzati dai differenti sistemi medici viventi sul nostro pianeta, da quelli più potenti e conosciuti a quelli più ignoti. La tanto anelata multidisciplinarietà è contraddistinta da un enorme lavoro di confronto tra diversità professionali e culturali. Tale confronto deve essere reale e non caratterizzato esclusivamente da regolari riunioni nelle quali le discipline ragionano intorno ai casi o ai protocolli. La multidisciplinarietà, interdisciplinarietà, transdisciplinarietà, interculturalità, transculturalità o come le si voglia chiamare che l’INMP intende portare avanti è costituita da un lavoro di gruppo che si basa in primo luogo sulla pari autorevolezza delle varie discipline coinvolte nell’impegno assunto e da un vero dibattito democratico tra diversità professionali e culturali. Il dispositivo coinvolge tutti nella progettazione, nella costruzione dei protocolli, delle procedure e delle complesse azioni intorno alle attività di diagnosi e cura. La redazione del primo draft di questo mimeo è un esempio di ciò che vogliamo costruire. Tutti gli operatori che hanno partecipato alla ricerca hanno scritto i pensieri che li hanno attraversati durante il lavoro effettuato e spesso le scritture si sono fuse al punto da non lasciar trasparire chi ha scritto cosa. Quale professionalità ha espresso le sue riflessioni intorno ad un determinato tema.

Il progetto INMP si dispiega, nella sua formula proiettata verso la costruzione di nuovi modelli d’intervento, attraverso il percorso proposto dal laboratorio “L’albero delle parole” luogo in cui tale programmazione si configura e si manifesta interpretando i sistemi e i linguaggi con cui vuole operare affinché nei modi della cura si possano esprimere i veri diritti dei popoli e dei suoi rappresentanti che migrano nei nostri territori.

Allegati

La costellazione dei dati raccolti

| | |
|--|---------------------------------------|
| GENERE | VALORI DI BASE DELLA PERSONA; |
| MODALITA' DI CONTATTO | |
| ETA' | LAVORO; |
| PROVENIENZA | SESSUALITÀ E RELAZIONI AFFETTIVE; |
| CULTURA DI PROVENIENZA | CAMBIAMENTI DI VITA; |
| ETNIA | |
| STATO CIVILE | SOMMARIO DIAGNOSTICO SCID-I; |
| CONVIVENZA | DISTURBI PRECEDENTI; |
| FIGLI | SINTOMI; |
| ISTRUZIONE | QUANDO COMPARE IL SINTOMO; |
| QUALIFICA PROFESSIONALE | INTERPRETAZIONE DEGLI ALTRI; |
| FORMAZIONE IN ITALIA | CONSEGUENZE; |
| LAVORO IN ITALIA | |
| RELIGIONE | TEST FIGURA UMANA; |
| SALUTE | |
| SI RIVOLGE AL MEDICO | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: TIPO DI |
| MODI DI CURA IN FAMIGLIA D'ORIGINE | DISEGNO; |
| LA PERSONA CHE SI OCCUPAVA DELLA SALUTE IN | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: DISEGNO |
| FAMIGLIA | SIMBOLICO; |
| LA PERSONA CHE SI OCCUPA ADESSO | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: |
| COSE CHE FANNO AMMALARE | DISTRIBUZIONE ORGANI DISEGNO |
| COSE FANNO STARE BENE | ANATOMICO; |
| VACCINI | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: SCHELETRO |
| COSA SA DELL'AIDS | MUSCOLI ARTICOLAZIONI; |
| MIGRAZIONE | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: APPARATO |
| RAGIONI DELLA MIGRAZIONE | DIGERENTE; |
| DECISIONE DI PARTIRE | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: APPARATO |
| EVENTI NEI QUALI E' STATO ASSENTE | CIRCOLATORIO; |
| NEI MOMENTI DI DIFFICOLTA' COSA FA | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: ORGANI DI |
| | SENSO; |
| MOTIVAZIONE ALLA RICERCA; | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: APPARATO |
| INFANZIA; | RESPIRATORIO; |
| ADOLESCENZA; | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: SISTEMA |
| POSTO OCCUPATO IN FAMIGLIA; | NERVOSO; |
| TIPO DI RAPPORTO CON LA FAMIGLIA; | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: APPARATO |
| CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ DELLA | GENITALE E APPARATO ENDOCRINO; |
| FAMIGLIA; | DISEGNO INTERNO DEL CORPO: L'APPARATO |
| RELIGIONI; | ESCRETTORE; |
| ETNIA GENITORI E PARTNER; | |
| MADRE-PADRE ETÀ; | COLLOCAZIONE DELLE EMOZIONI NEL |
| FAMIGLIA D'ORIGINE; | CORPO; |
| FAMIGLIA ODIERNA CONIUGE; | EFFETTI NEGATIVI DELLE EMOZIONI; |
| | EFFETTI POSITIVI DELLE EMOZIONI; |
| MOTIVO IMMIGRAZIONE; | DOVE SI COLLOCA UN VIRUS NEL CORPO; |
| DESIDERI EMIGRAZIONE; | |
| PAURE EMIGRAZIONE; | |
| RISORSE SU CUI CONTAVA E CONTA LA PERSONA; | |

Categorie e codici

| MODALITA' DI CONTATTO | |
|-----------------------|--|
| 1 | persone che si sono rivolte all'ambulatorio e gli stato proposto da parte dei mediatori di turno e mediatori della ricerca e tramite volantino |
| 2 | - medico ricerca |
| 3 | lavoro del mediatore nella propria comunità |
| 4 | altro partecipante |

| ETA' | |
|------|-------------|
| 1 | meno di 20 |
| 2 | tra 20 – 30 |
| 3 | Tra 31- 40 |
| 4 | Tra 41 – 50 |
| 5 | Tra 51 – 60 |
| 6 | Tra 61 – 70 |
| 7 | Oltre 70 |

| CULTURA DI PROVENIENZA | |
|------------------------|--------|
| 1 | Urbana |
| 2 | Rurale |

| PROVENIENZA | |
|------------------|--|
| 1 ROMANIA | |
| 1A | Transilvania - minoranza ungherese |
| 1B | Moldova(montagna e colline) minoranza russa |
| 1C | Muntenia (pianura) |
| 1D | Oltenia(pianura e colline) |
| 1E | Banat(pianura e coline) |
| 1F | Dobrogea (montagna e costa) |
| 1G | Maramures(montagna e colline) |
| 1H | Bucovina(montagna e coline) |
| 1I | Crisana(colline, pianura) |
| 2 UCRAINA | |
| 2° | Leopoli, Ternopil, Volynsk, Hmelnytsky, Ivanofrankivsk (sono prevalentemente ucraini non mischiati coi russi, hanno mantenuto di più le tradizioni). Però essendo stato fino 1939 il territorio di Polonia, popolazione è mista. |
| 2B | Zakarpattia, (hanno influenza ungherese, slovena e in parte rumena) |
| 2C | Cernivzi (hanno influenza rumena) |
| 2D | Vinnitsia, Kiev (Ucraina centrale. Predominanza ucraina) |
| 2E | Crimea, – le persone di questa regione sono di origini assai diverse che per motivi militari si trasferivano di tutti i paesi dell'Unione Sovietica, anche se prevalentemente russa. C'è anche la comunità tartara e turca. |
| 2F | Kirovograd, Dnipropetrovsk, Harkiv (prevalentemente russa) |
| 2G | Mykolaiv (prevalentemente russa) |
| 3 NIGERIA | |
| 3A | Zona Nord: zona di Savana e con poche precipitazioni. Prevalenza di popolazione musulmana, e con attività economica pastorile. Maggioranza Hausa. Costituita dagli Stati: Sokoto, Kano, Kaduna, Borno, Katsina, Bauchi, Zamfara, Birnin – Kebbi, Gombe |
| 3B | Zona Centrale: si trova il territorio federale (capitale: Abuja). Capitale amministrativa. Savana arida e vegetazione bassa. Popolazione multietnica (ibo, hausa, tivi, yoruba, ecc.) e multireligiosa. Lokoja: Confluenza di due fiumi: Niger e Benue. Risorsa idroelettrica Stato: Koji. |
| 4 ETIOPIA | |
| 5 ERITREA | |

| ETNIA | |
|----------------|-----------|
| UCRAINA | |
| U1 | Ucraina |
| U2 | Russa |
| ROMANIA | |
| R1 | Romena |
| R2 | Ungherese |
| NIGERIA | |
| N1 | Ibo |
| N2 | Edo |
| N3 | Ishan |
| N4 – | Ijaw |
| N5 – | Itsekiri |
| N6 - | Bini |
| N7- | Urobhor |
| N8- | Hausa |
| N9- | Yoruba |
| ETIOPIA | |
| ET1 - | Amhara |
| ET2 - | Oromo |
| ET3 – | Tigrè |
| ET4 – | Gambella |
| ET5 – | Harer |
| ET6 – | Gurage |
| ET7 – | Dorzze |
| ERITREA | |
| ER1 – | Tigrino |
| ER2– | Chamasen |
| ER3 - | Abisine |

| STATO CIVILE | | |
|--------------|--------------|-------------------|
| 1 | Cogniugato | |
| | 1A | In Italia |
| | 1B | In patria |
| | 1C | In altro paese |
| 2 | Single | |
| 3 | Vedovo/a | |
| 4 | Separato/a | |
| 5 | Divorziato/a | |
| 6 | Convivente | |
| | 6A | In Italia |
| | 6B | In patria |
| | 6C | In un altro paese |
| FIGLI | | |
| | Si | |
| | No | |

| CONVIVENZA | |
|------------|------------------|
| 1 | Con partner |
| 2 | Con figli |
| 3 | Connazionali |
| 4 | Genitori |
| 5 | Altri parenti |
| 6 | Datore di lavoro |

| ISTRUZIONE | |
|------------|-------------------------|
| 1 | Elementare |
| 2 | Superiore |
| 3 | Laurea |
| 4 | Corso in Italia |
| 4A | Corsi di lingua e altri |
| 4B | Scuola superiore |
| 4C | Università |

| LAVORO IN ITALIA | |
|------------------|----------------------|
| 1 | lav. domestico fisso |
| 2 | ass. anziani fisso |
| 3 | lav. domestico a ore |
| 4 | baby sitter |
| 5 | giardiniere |
| 6 | muratore |
| 7 | manovale |
| 8 | falegname |
| 9 | autista |
| 10 | parrucchiera |
| 11 | cameriere |
| 12 | disoccupato |

| QUALIFICA PROFESSIONALE | |
|-------------------------|----------------|
| 1 MESTIERE | |
| 1a | cuoca |
| 1b | muratore |
| 1c | parrucchiere |
| 1d | sarta |
| 1e | falegname |
| 1f | muratore |
| 1g | cameriere |
| 1h | auto meccanico |
| 1i | autista |
| 1j | elettricista |
| 1k | agricoltore |
| 1m | altro |
| 2 PROFESSIONE | |
| 2a | professore |
| 2b | giornalista |
| 2c | agronomo |
| 2d | chimico |
| 2e | ragioniere |
| 2f | economista |
| 2g | fisioterapista |
| 2h | agronomo |
| 2m | altro |
| FORMAZIONE IN ITALIA | |
| SI | |
| NO | |

| RAGIONI DELLA MIGRAZIONE | |
|--------------------------|---|
| 1 | Motivi economici |
| 2 | Perdita di lavoro nel paese d'origine |
| 3 | Far studiare i figli |
| 4 | Per curiosità, conoscere il mondo |
| 5 | Per ricongiungere famiglia che già vive in Italia |
| 6 | Asilo politico |

| DECISIONE DI PARTIRE | |
|----------------------|--------------------------|
| 1 | Decisione propria |
| 2 | Sostenuto dai famigliari |

| EVENTI NEI QUALI E' STATO ASSENTE | |
|-----------------------------------|--|
| 1 | Morte di un familiare |
| 2 | Malattia di un familiare |
| 3 | Morte di un amico |
| 4 | Matrimonio (di figlio, fratello, nipote) |
| 5 | Nascita di un nipote |
| 6 | Non è successo niente |
| 7 | Ha potuto assistere agli eventi |

| COSE FANNO STARE BENE | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 1 | cantare al coro della chiesa |
| 2 | equilibrio con il mondo circostante |
| 3 | realizzazione dei progetti |
| 4 | parlare con la famiglia lontana |
| 6 | avere soldi in tasca |
| 7 | figli |
| 8 | guardare film |

| COSE CHE FANNO AMMALARE | |
|-------------------------|--|
| 1 | Stress |
| 2 | Instabilità economica |
| 3 | Lontananza dalla famiglia |
| 4 | Maltrattamenti nel lavoro |
| 5 | Instabilità lavorative |
| 6 | Isolamento |
| 7 | Cattivo stile di vita |
| 8 | Alimentazione |
| 9 | Mancanza d'Igiene |
| 10 | Eccesso di lavoro |
| 11 | Condizioni di vita precarie |
| 12 | Disoccupazione |
| 13 | Progetto migratorio non riuscito |
| 14 | Quando le cose non vanno come dovrebbero |
| 15 | Personale in divisa |
| 16 | Perdita di una persona cara |

| COSA FA NEI MOMENTI DI DIFFICOLTA' | |
|------------------------------------|---|
| 1 | prega |
| 2 | cerca di parlare con dei amici |
| 3 | guarda tv |
| 4 | si chiude in se stessa |
| 5 | canta |
| 6 | chiede aiuto degli altri |
| 7 | reazione nervosa |
| 8 | rimane da solo |
| 9 | piange |
| 10 | analizza la situazione e prende una decisione per risolvere |
| 11 | parla con la sua madre |
| 12 | parla con ai figli |
| 13 | tende non reagire |
| 14 | cerca il contatto con la natura |
| 15 | chiama la casa nel suo paese ed anche dei amici del suo paese |
| 16 | prende delle gocce di valeriana |
| 17 | legge la bibbia |
| 18 | viaggia |

| QUANDO SI RIVOLGE AL MEDICO | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | controllo preventivo |
| 2 | lieve disturbo |
| 3 | quando sta male |
| 4 | si cura con i rimedi naturali |
| 5 | consiglio al farmacista |
| 6 | altro |

| LA PERSONA CHE SI OCCUPAVA DELLA SALUTE IN FAMIGLIA | |
|---|----------------------|
| 1 | nonna |
| 2 | madre |
| 3 | padre |
| 4 | tutti due i genitori |
| 5 | altro |

| MODI DI CURA IN FAMIGLIA D'ORIGINE | |
|------------------------------------|---|
| 1 | solo tramite medico uff. e medicina ufficiale |
| 2 | con farmaci e rimedi naturali |
| 3 | solamente coi rimedi naturali |

| LA PERSONA CHE SE NE OCCUPA ADESSO | |
|------------------------------------|--------|
| 1 | madre |
| 2 | stesso |

| COSA SA DELL'AIDS | |
|-------------------|--|
| 1 | non sa niente |
| 2 | si trasmette tramite la trasfusione |
| 3 | aveva seguito delle lezioni dedicate all'argomento |
| 4 | dice di sapere abbastanza |
| 5 | sa che è legato alla sessualità |
| 6 | pensa che sia legato alla: convivenza, bere dallo stesso bicchiere e altri comportamenti simili (convinzioni errate) |

| VACCINI | |
|---------|------------|
| 1 | infanzia |
| 2 | età adulta |
| 3 | mai fatti |
| 4 | non lo sa |

| SALUTE RIFERITA | |
|-----------------|-----------------|
| B | Bene |
| NTB | Non tanto bene |
| NB | Non bene |
| AB | Abbastanza bene |
| AM | Abbastanza male |
| MP | Molti problemi |
| M | Male |

| PATOLOGIE ACUTE | |
|-------------------------|--|
| Anemia | |
| Ascesso dente | |
| Asma | |
| Bronchite | |
| Cefalea | |
| Cistite | |
| Colecistite | |
| Condiloma pene | |
| Congiuntivite allergica | |
| Dermatite | |
| Dermatite mani | |
| Dermatite piedi | |
| Dolori articolari | |
| Dolori addominali | |
| Dolore toracico | |
| Dolore gamba | |
| Emorroidi | |
| Faringite | |
| Gastrite | |
| Gastroenterite | |
| Influenza | |
| Infezione urinaria | |
| Laringite | |
| Metrorragia | |
| Orticaria | |
| Otite | |
| Pancreatite acuta | |
| Prurito cuoio capelluto | |
| Rinite | |
| Sinusite | |
| Tendinite | |
| Trombocitosi | |
| Tonsillite | |
| Ulcera diabetica | |
| Uretrite | |
| Vaginite | |
| Verruche mani | |

| DOPO | |
|-----------------------------------|--|
| Dimagrimento 6 kg | |
| Dal ginecologo per vaginite | |
| Ernia inguinale | |
| Secondo ciclo: infezione urinaria | |
| Secondo ciclo: crampi | |
| Inviato a reumatologo | |
| Inizia il trattamento | |
| Infezione urinaria | |

| ICD9 1 (PAT ACUTE) | |
|--------------------|--|
| 280 | |
| 455 | |
| 461 | |
| 463 | |
| 477 | |
| 487 | |
| 493 | |
| 692 | |
| 698 | |
| 708 | |
| 3720 | |
| 3814 | |
| 4640 | |
| 4660 | |
| 5350 | |
| 5589 | |
| 5770 | |
| 5959 | |
| 5990 | |
| 57510 | |
| 59780 | |
| 6161 | |
| 6266 | |
| 7098 | |
| 7194 | |
| 7270 | |
| 7295 | |
| 7811 | |
| 7840 | |
| 7865 | |
| 7890 | |

| DIAGNOSI 3 | |
|--|--|
| Acne volto | |
| Anemia lieve | |
| Apnee notturne | |
| Calcolosi biliare | |
| Cervicobrachialgia | |
| Cistite | |
| Colecistite | |
| Dolori addominali | |
| Emorroidi | |
| Epatite C cronica | |
| Epilessia | |
| Gastrite | |
| Impetigine varie sedi | |
| Immunopenia sosp. da farmaci | |
| Infezione urinaria | |
| Ipercolesterolemia | |
| Ipertrigliceridemia | |
| Ipertransaminasemia | |
| Ipereosinofilia | |
| Ispessimento fascia tendinea | |
| Lieve neutropenia | |
| Lieve neutropenia con linfocitosi relativa | |
| Leucopenia | |
| Pancreatite | |
| Stato ansioso depressivo | |
| Trombocitosi | |
| Vaginite da gardenella | |

| ACUTE PER APPARATO | |
|----------------------------------|--|
| Apparato digerente | |
| Apparato genito-urinario | |
| Apparato muscolo-scheletrico | |
| Apparato respiratorio e allergie | |
| Cefalea | |
| Dermatite e allergie cutanee | |
| Altro | |

| NUMERO PATOLOGIE ACUTE | |
|------------------------|--|
| 1 | |
| 2 | |

| ICD9 2 (PAT ACUTE) | |
|--------------------|--|
| 462 | |
| 477 | |
| 531 | |
| 5350 | |
| 5990 | |
| 7194 | |

| PRIMA | |
|---|--|
| Cisti da echinococco fegato | |
| Cisti mammaria | |
| Cisti ovarica operata | |
| Diagnosi di malattia reumatica in Romania | |
| Ex etilista | |
| Ernia del disco | |
| Fibroma malleolo sx | |
| Fibroma uterino | |
| Gastrite | |
| Malnutrizione calorico-proteica | |
| Otite cronica dx | |
| Pregressa flebite gamba sx | |
| Pregressa infezione SV2 | |
| Pregressa malaria | |
| Pregressa pleurite da TBC | |
| Pregressa sifilide | |
| Pregressa TBC polmonare | |
| Prostatite batterica | |
| Poliposi nasale | |
| Tiroidectomia parziale | |

| SINTOMI RIFERITI | |
|--------------------------------|--|
| Affanno | |
| Agitazione | |
| Alitosi | |
| Artralgie | |
| Asma | |
| Astemia | |
| Allergia alle mani | |
| Brucciore alla minzione | |
| Cefalea | |
| Cefalea frequente | |
| Convinta di avere infezioni | |
| Debolezza | |
| Diarrea frequente | |
| Disuria | |
| Dolore | |
| Dolore caviglia sx | |
| Dolore braccio dx | |
| Dolore pelvico costante | |
| Dolore fianco dx | |
| Dolore ai piedi | |
| Dolori articolari | |
| Dolori cervicali | |
| Dolore reumatici | |
| Dolori addominali | |
| Dolore schiena | |
| Dolore gamba | |
| Dolore ginocchio dx | |
| Dolore toracico | |
| Dolore continuo | |
| Emorroidi | |
| Epigastralgia | |
| Esofialmo | |
| Fame d'aria | |
| Febbre | |
| Gastrite | |
| Gonfiore gambe | |
| Infertilità | |
| Insomnia | |
| Ipertraspirazione mani/ascelle | |
| Lieve dolore alle ginocchia | |
| Lombalgia | |
| Mal di testa | |
| Mal di schiena | |
| Mal di gola | |
| Mal di stomaco | |
| Mani sudate | |
| Nausea | |
| Nervosismo crescente | |
| Nulla | |
| Oppressione al petto | |
| Otite | |
| Palpitazioni | |
| Parestesie braccio sx | |
| Perdite vaginali | |
| Prurito | |
| Prurito cuoio capelluto | |
| Prurito occhio sx | |
| Problemi pelle | |
| Respiro corto | |
| Rinite | |
| Sanguinamento gengive | |
| Situazione in Italia | |
| Stanchezza | |
| Stipsi | |
| Sudore male odorante | |
| Tachicardia | |
| Tosse | |
| Un po' nervosa | |
| Verruche mani | |

| CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ DELLA FAMIGLIA | |
|---|--|
| UN | Uniti, vicini, presenti, cooperanti |
| LB | Liberi e aperti |
| CD | Cordiali, divertenti, allegri, ottimisti, socievoli |
| TR | Tranquilli, sereni, persone buone, normali, sicuri |
| AO | Alcool presente in famiglia |
| VI | violenti |
| RG | Rigidi, severi |
| CO | Controllanti, apprensivi |
| FD | Fiduciosi, rispettosi, amicizia, positivi, solidali, amorevoli |
| CH | Chiusi, freddi, distaccati, riservati |
| SP | Genitori separati |
| FT | fortil |
| PR | protettivi |
| RP | responsabilizzanti |
| NN | Ruolo importante dei nonni, o allevati dai nonni |
| AD | Adottata-o |
| PM | Personalità molto differenti di padre e madre |
| IN- | incoraggianti |
| OO | Molto buoni, attima famiglia |
| AU | autoritari |
| AL | altro |
| GE | generosi |
| OG | Orgogliosi del figlio |

| NOTE |
|---|
| Partito |
| Riferito a specialista |
| Solo risultati analisi |
| Trasferito |
| Visita medica non effettuata |
| In terapia per epatite B |
| Depressione? |
| Ipocondriaco? |
| Seguito da altri |
| Seguito da neurologo |
| In ansia per il lavoro |
| IVG al 2° mese |
| Seguito dal medico di base |
| Inviato al medico di base |
| Il dolore scompare con Debridat |
| Iperensione non controllata |
| Stato simil-psicotico |
| Inviato specialista ortopedico |
| Intervento e scissione cisti |
| Si sente infetto dentro |
| Solo secondo ciclo |
| Manca visita medica |
| Rich. Parassitologico |
| Seguito per terapia HCV |
| In trattamento con Torvast e Debridat |
| In trattamento con Humulin R e I |
| In trattamento con Tegredol 200 |
| Mancano i risultati analisi in cartella |

| MOTIVAZIONE ALLA RICERCA | |
|--------------------------|------------------------------|
| PP | Per problemi psicologici |
| PS | Per problemi di salute |
| PR | Per partecipare alla ricerca |
| PC | Per curiosità |
| PR | Per prevenzione |
| EC | Per effettuare esami clinici |
| PG | Perché gratuito |
| PB | Perché si aspettava benefici |
| SP | Suggerito da un parente |
| SA | Suggerito da un amico |
| IO | Informato in ospedale |
| LV | Lettura del volantino |

| FAMIGLIA D'ORIGINE | |
|--------------------|---|
| PO | Paese origine |
| IT | Italia |
| PP | Altri Paesi diversi da quello d'origine |
| DF | defunti |
| DP | Divisa fra Paese d'origine ed altri Paesi |
| NO | Non ha più contatti |

| POSTO OCCUPATO IN FAMIGLIA | |
|----------------------------|---------|
| UN | Unico |
| PR | Primo |
| SE | Secondo |
| TE | Terzo |
| GR | Grande |
| ME | Medio |
| PI | Piccolo |
| UL | ultimo |
| QU | Quinto |
| ST | settimo |

| ETNIA GENITORI E PARTNER | |
|--------------------------|-----------------|
| IT | italiano |
| RU | rumena |
| RN | rumena del nord |
| RM | rumeno-moldava |
| UC | ucraina |
| RA | rusa |
| MO | montonia |
| IB | ibo |
| AM | amara |
| UN | ungaro |
| UR | urobo |
| ED | edo |
| NI | nigeriana |
| TI | tigrina |
| RA | rassa |
| OR | Oromo |
| GU | guraghi |
| IS | isoko |
| BI | bini |
| BE | benin |
| OG | ogun |
| CB | calabar |
| HA | hausa |
| UG | ugandese |
| AL | altro |
| FP | filippina |
| YO | yoruba |
| ET | etiope |
| KE | kebesa |
| PO | polacca |
| RO | rom |
| SB | siberiana |

| TIPO DI RAPPORTO CON LA FAMIGLIA | |
|----------------------------------|---|
| BU | Buono si sentono spesso |
| CO | Di controllo |
| NM | normale |
| CH | Chiuso, freddo distaccato |
| PR | protettivo |
| DF | difficile, conflittuale, polemico, scarso |
| NS | nessuno |
| OO | Ottimo, molto buono, amorevole |
| FD | Fiducia, rispetto, amicizia |
| PF | Poco frequente |
| UN | unito |
| LB | Libero cordiale e aperto |
| CD | cordiale |
| PM | Rapporti molto differenti con padre e madre |
| CP | competitivo |
| RG | Rigido e severo |
| AL | altro |

| MADRE-PADRE ETÀ | |
|-----------------|--|
| MO | -morto (numero a fianco indica anni dalla morte) |
| CA | -circa (numero a fianco indica età presunta) |
| MC | -mai conosciuto |
| SG | (secondo padre o madre) |

| DESIDERI EMIGRAZIONE | |
|-------------------------------|---|
| DESIDERI ALLA PARTENZA | |
| LT | soldi e lavoro temporaneo (legato a un progetto es. casa) |
| AF | aiutare famiglia |
| SS | soldi e lavoro stabile o sistemazione in Italia |
| MV | migliorare la propria vita e crearsi un futuro (es. istruzione) o autorealizzazione |
| ES | esperienza |
| RF | ricongiungimento familiare |
| FP | solo fase di passaggio (per andare in altri paesi) |
| GU | fuggire dalla guerra |
| NS | nessuno |
| AL | altro |
| DESIDERI ATTUALI | |
| AF | aiutare famiglia |
| LT | soldi e lavoro temporaneo (legato a un progetto es. casa) |
| SS | soldi e lavoro stabile o sistemazione in Italia |
| MV | migliorare la propria vita e crearsi un futuro (es. istruzione) e autorealizzazione |
| DF | Desiderio di matrimonio, figli o famiglia |
| RF | ricongiungimento familiare |
| CA | casa |
| RE | regolarizzazione |
| RC | ritorno a casa |
| FA | desideri per i familiari |
| PS | risolvere propri problemi (anche salute)(episodici) |
| NS | nessuno |
| AL | altro |

| PAURE EMIGRAZIONE | |
|----------------------------|--|
| PAURE ALLA PARTENZA | |
| NS | nessuna |
| NO | nostalgia |
| CA | cambiamenti ambientali (lingua, costumi, novità ecc.) |
| PN | paura del nuovo |
| ES | espulsione |
| PR | prostituzione |
| LF | legate ai familiari |
| NL | non trovare lavoro, fallimento |
| SA | salute |
| VI | viaggio |
| GP | guerra persecuzioni |
| AL | Altro |
| PAURE ATTUALI | |
| NS | Nessuna |
| LF | legate alla famiglia |
| CE | legate al lavoro e condizioni economiche |
| LL | legate all'alloggio |
| ES | legate all'irregolarità - espulsione |
| NL | legate all'autorealizzazione - fallimento |
| SA | salute |
| SO | solitudine, non riuscire a mettere radici(marito ecc.) |
| MO | morte, paura del futuro |
| AL | altro |
| LD | legate alla delinquenza |
| NC | legate al non ritorno a casa |

| CAMBIAMENTI DI VITA | |
|---------------------|--------------------------------------|
| NS | nessuno |
| POSITIVI | |
| PA | Abitativi, |
| PF | familiari |
| PR | inerenti alle relazioni sentimentali |
| PS | salute |
| PL | lavorativi |
| PD | relativi a documenti |
| PM | relativi a amicizie |
| PI | religiosi |
| PV | viaggi o spostamenti |
| PP | smesso bere o fumare |
| NEGATIVI | |
| NA | abitativi |
| NF | familiari |
| NR | inerenti alle relazioni sentimentali |
| NT | salute |
| NL | lavorativi |
| ND | relativi a documenti |
| ES | espulsione |
| NM | relativi ad amicizie |
| NI | incidenti |
| MO | morte o lutto |
| NV | viaggi o spostamenti |

| RISORSE SU CUI CONTAVA E CONTA LA PERSONA | |
|---|------------------------|
| RISORSE ESTERNE | |
| DI | Dio |
| AF | ambiente familiare |
| AM | amici |
| CO | conoscenti |
| AL | altro |
| RISORSE INTERNE | |
| FE | fedè |
| PA | pazienza |
| TE | testardagine |
| FO | forza |
| AD | affidabilità |
| FA | fascino |
| IN | intelligenza |
| ON | onestà |
| AB | abilità |
| VO | volontà |
| SS | sicurezza in se stessi |

| FAMIGLIA ODIERNA CONIUGE | |
|--|-----------------|
| Il numero dopo la categoria indica gli anni dalla separazione, divorzio, lutto | |
| SI | sposato |
| NS | no |
| DV | divorziato |
| SP | separato |
| FD | fidanzato |
| DF | coniuge defunto |

| MOTIVO IMMIGRAZIONE | |
|---------------------|------------------------------------|
| LS | lavoro-soldi |
| RF | amore (ricongiungimento familiare) |
| S | salute |
| AF | aiutare famiglia |
| CV | per cambiare vita |
| ST | studio |
| PG | Persecuzioni-guerre |
| AL | altro |

| VALORI DI BASE DELLA PERSONA | |
|------------------------------|---|
| NV | Nessun valore |
| SA | salute |
| RE | religione |
| FA | famiglia |
| VP | valori positivi (amore, fiducia, serenità, speranza, sincerità, pace) |
| RM | rapporti umani |
| DE | denaro |
| IS | istruzione |
| LA | lavoro |
| AL | altro |

| LAVORO | |
|--------|--|
| P | Indica pensionamento dal lavoro indicato dalla categoria |
| CM | commerciante |
| OP | operaio,carpentiere,muratore e,saldatore,minatore |
| PE | pensionato |
| AG | agricoltore |
| CA | casalinga |
| DD | disoccupata |
| IN | insegnante o professore |
| AU | autista |
| MM | militare,forze armate |
| IP | impiegato statale di vario grado, funzionario |
| EI | Elettricista,idraulico,meccanico |
| II | ingegnere |
| AS | artista, pittore, scultore, musicista |
| AV | avvocato |
| AR | artigiano, giardiniere, falegname |
| CU | guardia, custode,portiere |
| CC | cuoco |
| AL | altro |
| VV | vari |
| CR | commercialista,ragioniere,economista |
| GG | geologo,agronomo |
| FT | fotografo |
| DT | direttore, ruoli manageriali vari |
| MR | marinaio,pescatore |
| AE | allevatore |
| CE | costruttore |
| BB | badante, colf, domestica,babysitter |
| DR | dottore, veterinario, farmacista |
| SR | sarta |
| IF | infermiere |
| CS | commesso |
| IA | informatico |
| ST | studente |
| GI | giornalista |
| PR | prete |

| DISTURBI PRECEDENTI | |
|---------------------|---------------------------------|
| QUALI | |
| AP | Attacchi di panico |
| BU | bulimia |
| DS | Delusione |
| DP | Depressione |
| DL | Depressione per lutto |
| IN | Disagio per sentirsi inadeguato |
| DA | Disturbi d'ansia |
| IN | insonnia |
| IS | Intento suicidio |
| MD | Modalità distimica |
| PM | Paura della morte |
| SV | svenimenti |
| TR | tristezza |
| MA | Modalità ansiosa |
| ND | Nessun disturbo |
| DOVE | |
| IT | In Italia |
| IP | In patria |
| DP | Dalla partenza |

| RELIGIONI | |
|-----------|-------------------------|
| NC | Non credente o ateo |
| CNP | Credente ma non pratica |
| CP | Credente praticante |
| OR | ortodossa |
| CT | cattolica |
| MU | musulmana |
| AE | ateo |
| GC | greco cattolica |
| PR | protestante |
| CB | cristiano battista |
| PN | pentecostale |
| AN | anglicana |
| PG | pagana |
| CP | copta |
| AV | avventisti del 7 giorno |
| EV | evangelica |
| TG | testimoni di Geova |
| WA | wakefata |
| TR | religione tradizionale |

| QUANDO COMPARE IL SINTOMO | |
|---------------------------|-------------------------|
| CB | Colpito da bomba |
| GC | Gravidanza compagna |
| DI | divorzio |
| QM | In qualsiasi momento |
| MG | Morte genitori |
| MM | Morte marito |
| MMA | Morte madre |
| MP | Morte padre |
| MF | Morte fratello |
| SE | separazione |
| DF | Nelle difficoltà |
| PP | Problemi con il partner |
| DM | Durante una malattia |
| SA | Se arrabbiato |
| SP | Se preoccupato |
| ST | Se triste |
| SE | sempre |

| CONSEGUENZE | |
|-------------|------------------|
| AN | Angoscia |
| CP | Calo di peso |
| DAP | DAP |
| PR | Preoccupazione |
| TS | Tentato suicidio |
| NS | Nessuna |
| TR | Tremori |

| SINTOMI | |
|---------|-------------------|
| AG | agitazione |
| IN | Insomnia |
| AL | Alopecia |
| DE | Depressione |
| DAP | Dap |
| DI | Dimagrimento |
| IM | Impazzire |
| IN | incubi |
| MT | Mal di testa |
| NE | nervosismo |
| MA | Mancanza appetito |
| DB | debolezza |
| NVU | Non vuole uscire |
| PS | Parla da solo |
| PC | Paura dei cani |
| PI | pianto |
| TR | tristezza |
| RA | rabbia |
| SO | solitudine |
| AS | astenia |
| TS | Tentato suicidio |
| SV | svenimenti |
| TE | tensione |

| INTERPRETAZIONE DEGLI ALTRI | |
|-----------------------------|---------------------|
| CO | coraggio |
| PIG | Lo prendono in giro |
| LST | Lo sanno tutti |
| NN | Non lo notano |
| SPT | Si preoccupa troppo |
| MC | Il marito la calma |
| RA | rabbia |

| SOMMARIO DIAGNOSTICO SCID-I | |
|------------------------------------|--|
| ND | Nessun disturbo evidenziato |
| | Per tutti i codici specificare se: |
| A | Attuale (in atto) |
| V | Nel corso della vita |
| | DISTURBI DELL'UMORE |
| | DISTURBO BIPOLARE I |
| 296.40 | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio più recente di tipo maniacale |
| 296.0x | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio singolo maniacale |
| 296.4x | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio più recente di tipo maniacale |
| 296.6x | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio più recente di tipo misto |
| 296.5x | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio più recente di tipo depressivo |
| | Quinto numero specificatore: |
| 1 | Lieve |
| 2 | Moderato |
| 3 | Grave, senza manifestazioni psicotiche |
| 4 | Grave, con manifestazioni psicotiche |
| 5 | In remissione parziale |
| 6 | In remissione completa |
| 0 | Non specificato |
| 296.7 | DISTURBO BIPOLARE I, Episodio più recente non specificato |
| | ALTRI DISTURBI BIPOLARI |
| 296.89 | DISTURBO BIPOLARE II |
| | Quinto numero specificatore: |
| IP | Ipomaniacale |
| DE | Depresso |
| 301.13 | DISTURBO CICLOTIMICO |
| 296.80 | DISTURBO BIPOLARE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO |
| | DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE |
| 296.2x | DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, Episodio singolo |
| 296.3x | DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, Ricorrente |
| | Quinto numero specificatore: |
| 1 | Lieve |
| 2 | Moderato |
| 3 | Grave, senza manifestazioni psicotiche |
| 4 | Grave, con manifestazioni psicotiche |
| 5 | In remissione parziale |
| 6 | In remissione completa |
| 0 | Non specificato |
| | ALTRI DISTURBI DEPRESSIVI |
| 300.4 | DISTURBO DISTIMICO |
| 311 | DISTURBO DEPRESSIVO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO |
| | ALTRI DISTURBI DELL'UMORE |
| 293.83 | DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE |
| | Specificatore: |
| ED | _ Episodio depressivo-simile maggiore |
| AD | _ Altri sintomi depressivi |
| MA | _ Maniacale |
| MI | _ Misto |
| 291.8 | DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DALL'ALCOL |
| | Specificatore: |
| DE | _ Depresso |
| MA | _ Maniacale |
| MI | _ Misto |
| 292.84 | DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA ALTRE SOSTANZE SOSTANZA |
| | Specificatore: |
| DE | _ Depresso |
| MA | _ Maniacale |
| MI | _ Misto |
| | SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI |
| | SCHIZOFRENIA |
| | Specificatore: |
| 295.30 | Tipo paranoie |
| 295.20 | Tipo catatonico |
| 295.10 | Tipo disorganizzato |

| | |
|--------|--|
| 295.90 | Tipo indifferenziato |
| 295.60 | Tipo residuo |
| 295.40 | DISTURBO SCHIZOFRENIFORME |
| 295.70 | DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO |
| 297.1 | DISTURBO DELIRANTE |
| 298.8 | DISTURBO PSICOTICO BREVE |
| 293.81 | DISTURBO PSICOTICO DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE CON DELIRI, DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE; |
| 293.82 | DISTURBO PSICOTICO DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE CON ALLUCINAZIONI, |
| 291.5 | DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALCOL CON DELIRI |
| 291.3 | DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALCOL CON ALLUCINAZIONI |
| 292.11 | DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALTRE SOSTANZE CON DELIRI |
| | La sostanza: |
| 292.12 | DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALTRE SOSTANZE CON ALLUCINAZIONI |
| 298.9 | DISTURBO PSICOTICO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO |
| | DISTURBI INDOTTI DALL'USO DI SOSTANZE |
| | DISTURBI DA USO DI ALCOL |
| 303.90 | DIPENDENZA DA ALCOL |
| 305.00 | ABUSO DI ALCOL |
| | ALTRI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE |
| 304.90 | DIPENDENZA DA ANFETAMINE |
| 304.30 | DIPENDENZA DA CANNABIS |
| 304.20 | DIPENDENZA DA COCAINA |
| 304.50 | DIPENDENZA DA ALLUCINOGENI |
| 304.60 | DIPENDENZA DA INALANTI |
| 304.0 | DIPENDENZA DA OPIACEI |
| 304.90 | DIPENDENZA DA FENCICLIDINA |
| 304.10 | DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI |
| 304.90 | DIPENDENZA DA ALTRE SOSTANZE, (O SCONOSCIUTE) |
| 305.70 | ABUSO DI AMFETAMINE |
| 305.20 | ABUSO DI CANNABIS |
| 305.60 | ABUSO DI COCAINA |
| 305.30 | ABUSO DI ALLUCINOGENI |
| 305.90 | ABUSO DI INALANTI |
| 305.50 | ABUSO DI OPIACEI |
| 305.90 | ABUSO DI FENCICLIDINA |
| 305.40 | ABUSO DI SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI |
| 305.90 | ABUSO DI ALTRE SOSTANZE (O SCONOSCIUTE) |
| | DISTURBI D'ANSIA |
| 300.21 | DISTURBO DI PANICO CON AGORAFOBIA |
| 300.01 | DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA |
| 300.3 | DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO |
| 309.81 | DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS |
| 300.0 | DISTURBO D'ANSIA NON ALTRIMENTI SPECIFICATO |
| 293.84 | DISTURBO D'ANSIA DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE: |
| | Specificatore: |
| AG | _ con ansia generalizzata |
| AP | _ con attacchi di panico |
| SO | _ con sintomi ossessivo-compulsivi |
| 291.8 | DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA ALCOL |
| | Specificatore: |
| AG | _ Con ansia generalizzata |
| AP | _ Con attacchi di panico |
| SO | _ Con sintomi ossessivo-compulsivi |
| SF | _ Con sintomi fobici |
| 292.89 | DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA ALTRE SOSTANZE |
| | SPECIFICATORE: |
| AG | _ Con ansia generalizzata |
| AP | _ Con attacchi di panico |
| SO | _ Con sintomi ossessivo-compulsivi |
| SF | : Con sintomi fobici |
| | ALTRI DISTURBI D'ANSIA |
| 300.22 | AGORAFOBIA SENZA ANAMNESI DI DISTURBO DI |

| | |
|--------|--|
| | PANICO |
| 300.23 | FOBIA SOCIALE |
| 300.29 | FOBIA SPECIFICA |
| 300.02 | DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA |
| | DISTURBI SOMATOFORMI |
| 300.81 | DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE |
| 300.82 | DISTURBO SOMATOFORME INDIFFERENZIATO |
| 300.7 | IPOCONDRIA |
| 300.7 | DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO |
| | DISTURBI DEL COMPORTEMENTO ALIMENTARE |
| 307.1 | ANORESIA NERVOSA |
| 307.51 | BULIMIA NERVOSA |

| | |
|--------|---|
| | DISTURBI DI ADATTAMENTO |
| 309.0 | DISTURBO DI ADATTAMENTO CON UMORE DEPRESSO |
| 309.24 | DISTURBO DI ADATTAMENTO CON ANSIA |
| 309.28 | DISTURBO DI ADATTAMENTO CON ANSIA E UMORE DEPRESSO |
| 309.3 | DISTURBO DI ADATTAMENTO CON ALTERAZIONE DELLA CONDOTTA |
| 309.4 | DISTURBO DI ADATTAMENTO CON ALTERAZIONE MISTA DELL'EMOTIVITÀ E DELLA CONDOTTA |
| 309.9 | DISTURBO DI ADATTAMENTO NON SPECIFICATO |

| TEST FIGURA UMANA | |
|-------------------|--|
| NT | NESSUN TRATTO RILEVANTE |
| AA | ACTING OUT (tendenza all) |
| AD | ADATTAMENTO (buon) |
| AF | AFFETTO (ricerca di) |
| AG | AGGRESSIVITÀ |
| AS | ANSIA |
| CA | CASTRAZIONE (ansia di) |
| DE | DEPRESSIONE |
| DI | DIPENDENZA |
| EG | EGOCENTRISMO |
| FA | FANTASTICHERIA (tendenze alla) |
| FE | FEMMINILITÀ |
| IS | IDENTITÀ SESSUALE (disturbo nell'area della) |
| IR | INIBIZIONE- RIGIDITÀ |
| IN | INSICUREZZA |
| IS | ISTERIA |
| MA | MASCOLINITÀ |
| NA | NARCISISMO |
| NO | NEGATIVISMO-OPPOSIZIONISMO |
| OM | OMOSESSUALITÀ |
| OR | ORALITÀ |
| OG | ORGANICITÀ |
| OS | OSSESSIVITÀ-COMPULSIVITÀ |
| PA | PARANOIA |
| PD | PASSIVITÀ-IO DEBOLE |
| PS | PSICOSI |
| PU | PULSIONALITÀ |
| RD | RAPPORTI INTERPERSONALI (difficoltà nei) |
| RE | REGRESSIONE |
| RI | RITARDO MENTALE |
| SH | SCHIZOFRENIA |
| SC | SENSO DI COLPA |
| SO | SOCIALITÀ (tendenza alla) |
| SS | STIMA DI SÉ |
| VO | VOYEURISMO |

| A | |
|-----|---------------------------|
| CU | Cuore |
| DCU | Due cuori |
| CF | Cuore con freccia |
| CS | Cuore spezzato |
| CP | Cuore con scrittura |
| AL | Albero |
| FI | Fiore |
| SO | Sole |
| BA | Bambino |
| PS | Frase o parola scritta |
| MSA | Misto anatomico simbolico |
| CV | Cuore spezzato con vene |
| SA | Sagoma del corpo |
| FE | Fegato |
| OC | Occhi |
| CE | Cervello |
| SE | Seno donna |
| SEM | Seno uomo |

| TIPO DISEGNO INTERNO DEL CORPO | | |
|--------------------------------|------------|-----------|
| RC | Rifiuto | del |
| SI | compito | simbolico |
| AN | anatomico | |
| ME | metaforico | |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPODISTRIBUZIONE ORGANI | |
|---|--------------------------|
| | Contorno |
| OA | organizzazione anatomica |
| OC | organizzazione casuale |
| | Organi singoli |
| AO | organizzazione anatomica |
| CO | organizzazione casuale |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO L'APPARATO ESCRETORE | |
|--|------------------|
| SU | Sistema urinario |
| UR | Uretra |
| VE | Vescica |
| RE | reni |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO SISTEMA NERVOSO | |
|---|-------------|
| CE | Cervello |
| CR | Cervelletto |
| EM | emisferi |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO SCHELETRO MUSCOLI ARTICOLAZIONI | |
|---|--------------------|
| SC | Scheletro |
| BA | Bacino |
| OS | Ossa |
| CO | Costole |
| FE | femore |
| ST | Sterno |
| MU | Muscoli |
| CV | Colonna vertebrale |
| CR | cranio |
| AR | articolazioni |
| SN | schiena |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO ORGANI DI SENSO | |
|---|----------|
| OC | Occhi |
| LI | Lingua |
| NA | Naso |
| NR | Narici |
| PE | pelle |
| OR | orecchie |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO APPARATO GENITALE E APPARATO ENDOCRINO | |
|--|----------------------|
| SR | Sistema riproduttivo |
| OG | Organi genitali |
| VA | Vagina |
| PE | Pene |
| VU | Vulva |
| TU | Tube |
| UT | Utero |
| OV | Ovaie |
| TE | Testicoli |
| TI | Tiroide |
| PA | Pancreas |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO APPARATO RESPIRATORIO | |
|--|-----------|
| PO | Polmoni |
| BR | Bronchi |
| DI | Diaframma |
| TR | Trachea |
| LA | Laringe |
| GO | Gola |
| TO | Tonsille |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO APPARATO DIGERENTE | |
|---|------------------|
| ES | Esofago |
| ST | Stoaco |
| CI | Cistifellea |
| MI | Milza |
| CO | Colon |
| FE | fegato |
| PN | pancreas |
| PA | pancia |
| AP | Appendice |
| DE | Denti |
| IN | Intestino |
| IC | Intestino crasso |
| IT | Intestino tenue |

| COLLOCAZIONE EMOZIONI NEL CORPO | |
|------------------------------------|---------------------------|
| PA | Pancia |
| CE | cervello |
| CU | Cuore |
| ST | stomaco |
| IN | intestino |
| CO | Corpo |
| TE | Testa |
| DT | dappertutto |
| AN | Anima |
| SN | sistema nervoso |
| GO | Gola |
| NG | nodo in gola |
| DO | dipende da ogni organismo |
| SA | Sangue |
| NE | Nervi |
| PE | Petto |
| TO | Torace |
| PE | pensieri |
| FE | Fegato |
| PO | polmoni |
| ME | Mente |
| GE | genitali |
| RE | Reni |
| VI | Viso |
| NF | non sono fisiche |
| MU | muscoli |
| SP | Spirito |
| TC | temperatura corporea |

| DISEGNO INTERNO DEL CORPO APPARATO CIRCOLATORIO | |
|--|---------|
| CU | Cuore |
| SA | Sangue |
| AR | Arterie |
| VE | Vene |
| AO | Aorta |

| EFFETTI POSITIVI DELLE EMOZIONI | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| AL | Alleggeriscono |
| AT | Attivano |
| AB | Aumentano i battiti |
| AC | Aumentano la circolazione |
| EL | Danno elettricità |
| DE | Danno energia |
| LP | Danno luminosità alla pelle |
| DP | Dipende dalle emozioni |
| FB | Fanno bene |
| BC | Fanno bene al cuore |
| GT | Fanno girare la testa |
| PA | Fanno parlare |
| VB | Fanno venire i brividi |
| RE | Fanno reagire |
| RI | Fanno ridere |
| VF | Fanno vedere la felicità |
| TC | Modificano la temperatura del corpo |
| NN | Non hanno effetto sul corpo |
| ND | Non si possono descrivere |
| PE | Possono essere pericolose |
| RC | Ricaricano il corpo |
| RP | Riempiono |
| PC | Sono pericolose per il cuore |
| VC | Vanno al cuore |
| NS | non sa |
| DI | Dirigono il corpo |
| TM | Trasmettono messaggi |
| IC | Prendono tutto il corpo |
| DT | Dipende dall'intensità |
| AV | Allungano la vita |

| DOVE SI COLLOCA UN VIRUS NEL CORPO | |
|---------------------------------------|------------------------|
| NS | non sa |
| PD | Nel punto più debole |
| OV | Ovunque |
| SA | Nel sangue |
| VE | Nelle vene |
| CU | Nel cuore |
| ST | Nello stomaco |
| PO | Nei polmoni |
| IN | Nell'intestino |
| FE | Nel fegato |
| CE | Ne cervello |
| OR | Negli organi vitali |
| AG | nell'apparato genitale |
| ES | Nell'esofago |
| VR | Nelle vie respiratorie |
| PE | Sul petto |
| TO | Nelle tonsille |
| GO | Alla gola |
| SN | nel sistema nervoso |
| AN | Nell'anima |
| DV | Dipende dal virus |

| EFFETTI NEGATIVI DELLE EMOZIONI INTERNO DEL CORPO | |
|---|---|
| CB | Abbassano la circolazione |
| CV | Accelerano la circolazione |
| AC | Agiscono su tutto il corpo |
| AG | Agitano |
| ACU | Appesantiscono il cuore |
| BC | Aumentano i battiti del cuore |
| BL | Bloccano |
| BM | Bloccano i muscoli |
| BR | Bloccano il respiro |
| CP | Chiudono la persona |
| CO | Contrazioni |
| MT | Creano mal di testa |
| CD | Danneggiano il corpo |
| DC | Danneggiano il cuore |
| AB | Danno amaro in bocca |
| DA | Danno ansia |
| DO | Danno dolore |
| BA | Danno la bocca asciutta |
| DN | Danno nervosismo |
| PE | Danno pesantezza |
| ST | Danno stanchezza |
| ST | Danno stanchezza |
| DR | Difficoltà del respiro |
| DP | Dipende |
| EG | Effetti gravi |
| AM | Fanno ammalare |
| FM | Fanno male |
| PI | Fanno piangere |
| SC | Fanno sentire scomodi |
| SU | Fanno sudare |
| SM | Fanno sudare le mani |
| UP | Fanno uscire le parole |
| VM | Fanno vedere la morte |
| AA | Fanno venire l'alito amaro |
| IN | Indeboliscono |
| TC | Influiscono sulla temperatura del corpo |
| ND | Non fanno dormire |
| NN | Non fanno niente |
| NP | Non fanno parlare |
| PP | Problemi di pancia |
| RT | Rossori tremori |
| SN | Scaldano i nervi |
| SCH | Schiacciano |
| AP | Si alzano i peli |
| VO | Si vedono in volto |
| ST | Stitichezza |
| SS | Stringono lo stomaco |
| FE | Vanno al fegato |
| OC | Vanno negli occhi |
| CE | Vanno nel cervello |
| VC | Vanno al cuore |
| AN | Vanno nell'anima |
| VB | Vibrazioni |
| NS | non sa |
| AV | accorciano la vita |
| TE | Tolgono energia |
| IP | Alterano il pensiero |
| SH | Creano uno "Shock" |
| VT | Vive tutto |
| SO | Si sentono |