

Quaderni del



Centro di Salute per Migranti Forzati

PREGIUDIZI



A Michele Santone

Quaderni del



Centro di Salute per Migranti Forzati

2

PREGIUDIZI

Roma 2018

5

Pubblicato dalla UOSD Centro SAMIFO della ASL Roma 1

Quaderni del SaMiFo 2

A cura di Giancarlo Santone

Direttore UOSD Centro SaMiFo

Distretto 1 - ASL Roma 1

Comitato di Redazione:

Maurizio Bacigalupi, Emilio Vercillo, Martino Volpatti

Disegno di copertina:

di Ab Abd Allah Muhammad ibn Muhammad ibn ‘Abd Allah ibn Idris al-Hammudi al-Hasanì – ma per comodità di tutti detto semplicemente al-Idrisi (o anche Edrisi). Il mondo è rappresentato secondo l’uso arabo con il nord in basso, dandoci una visione del mondo mediterraneo a visione invertita.

I diritti di diffusione sono regolati dalla normativa vigente.

© 2018 ASL Roma 1

INDICE

Angelo Tanese	Premessa
Francesco Montenegro	Prefazione
P. Camillo Ripamonti	Introduzione
Maurizio Bacigalupi – Martino Volpatti	Tracce sul pregiudizio
Donatella Parisi	Come i rifugiati vedono l'Italia e gli italiani.
Salvatore Geraci	La sindrome di Salgari oggi
Emilio Vercillo, Maria Guerra	I pregiudizi del Trauma. 1. Tempo. Gli orologi di Dalì
Clara Caldera	Riflessione su alcuni pregiudizi intorno alle Mutilazioni Genitali Femminili – MGF
Cecilia Draicchio - Elisa Vasconi	Salute e migrazione: dai pregiudizi biomedici alla complessità dei contesti di origine. <i>Il caso della salute mentale in Ghana</i>
Chiara Cherstich	Spunti di riflessione sulla ginecologia. Una

	breve ricerca sul campo al SAMIFO
Giuseppe Piccirillo - Serena Battilomo	Donne migranti tra produzione e riproduzione: influenza del pregiudizio sulla salute
Giulia Marras/Giancarlo Santone	In Africa per imparare. Un'esperienza che supera i pregiudizi
Giancarlo Santone	Appendice: le attività della UOSD Centro SAMIFO nel 2017

PREMESSA

Il ruolo della ASL Roma 1 per un servizio sanitario che tutela e garantisce assistenza per tutti

Il principio universalistico alla base del Servizio Sanitario Italiano, nato con l'obiettivo di tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, garantisce a tutti i cittadini l'uguaglianza di accesso ai servizi di salute.

È ormai accertato che le difficoltà di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari riguardano maggiormente le persone svantaggiate con tassi di mortalità e morbilità più alti, e tra queste spesso le persone migranti.

Il Sistema Sanitario, in un contesto multiculturale deve essere in grado di rispondere a bisogni emergenti e operare al fine di garantire l'equità del sistema o quantomeno ridurre eventuali disuguaglianze.

L'organizzazione della ASL Roma 1 prevede al momento due Unità Operative, tra cui il Centro SaMiFo (Centro Salute Migranti Forzati) che operano per la salute dei migranti e la Consulta per la Salute Interculturale, composta da rappresentanti dell'Azienda, dei Municipi e delle Associazioni, come spazio di partecipazione, dialogo e di progettazione partecipativa.

Il SaMiFo, nato nel 2006 dalla collaborazione con l'Associazione Centro Astalli, ha rivolto particolare attenzione alla cura delle vittime di guerre, di persecuzione e tortura, di violenza intenzionale, di abusi sessuali e di mutilazioni dei genitali femminili.

Sul piano dell'offerta l'accoglienza integrata assicurata dal Centro SaMiFo ha garantito la fruibilità e quindi l'equità di accesso ai servizi sanitari della ASL, facilitando l'uso appropriato dei servizi e favorendo l'individuazione precoce delle condizioni di maggior vulnerabilità. Inoltre l'approccio *cultur and gender oriented* ha permesso di superare pregiudizi sulle patologie, anche mentali, garantendo un sistema di servizi di accoglienza e presa in carico non neutro rispetto alle tematiche di genere.

L'esperienza di questi anni si configura come una buona pratica di servizio pubblico che tutela la salute dei migranti, arginando le disuguaglianze nell'accesso ai servizi di assistenza.

Angelo Tanese
Direttore Generale ASL Roma 1

PREFAZIONE

Dice Oscar Wilde: *“Nella vita moderna niente è più efficace di un luogo comune: affratella il mondo intero”*. Se però il luogo comune si basa su pregiudizi e si diffonde rapidamente si chiama fake news, parole che cambiano di pari passo con la realtà percepita, o ancora concezioni sociali che modificano le parole e il loro significato.

Gli studiosi parlano di costruzione sociale della realtà legata al linguaggio, cioè ai significati o ai simboli. E l'avvento di internet, più che nuovi scenari di libertà, creatività e interazione, non diversificando messaggi e contenuti, ci pone a rischio di massificazione selvaggia, di condizionamento ancora più globale, assediando gli ultimi avamposti delle relazioni interpersonali. Problema questo che genera ambiguità e a volte disorientamento.

Nel Messaggio per la 52.ma Giornata Mondiale delle Comunicazioni Sociali "La verità vi farà liberi. Fake news e giornalismo di pace" Papa Francesco sottolinea *“L’efficacia delle fake news è dovuta in primo luogo alla loro natura mimetica, cioè alla capacità di apparire plausibili. In secondo luogo, queste notizie, false ma verosimili, sono capziose, nel senso che sono abili a catturare l’attenzione dei destinatari, facendo leva su stereotipi e pregiudizi diffusi all’interno di un tessuto sociale, sfruttando emozioni facili e immediate da suscitare, quali l’ansia, il disprezzo, la rabbia e la frustrazione”*.

Va anche detto che chi sostiene e rilancia un pregiudizio spesso non è consapevole della non fondatezza, anzi ne è profondamente convinto.

Certamente, come la definizione ci ricorda, un pregiudizio, un giudizio cioè basato su presupposti errati, non può che condurre ad atteggiamenti ingiusti. Nonostante ogni persona neghi di averne è difficile che qualcuno ne sia completamente privo. In realtà il pregiudizio fa comodo, consente di agire in modo rapido e di dare risposte automatiche senza impegnarsi in complesse valutazioni.

Premesso questo, occorre anche dire che l'incontro con persone di altre culture è un terreno fecondo per costruire e far crescere pregiudizi. Basta citare alcuni dei luoghi comuni raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia: l'immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, portatore di malattie infettive e tropicali, spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia (se musulmano), e ... la litania potrebbe continuare. È lo stesso campionario di quanto fino a non molti decenni fa si diceva e si scriveva all'estero dei migranti italiani.

Ad esempio, uno degli stereotipi più diffusi sui migranti, ed in particolare sui richiedenti asilo, è il fatto che abbiano sempre uno smartphone con loro. Qualcuno addirittura si stupisce quando li vede sbarcare col cellulare in mano dopo una traversata sui gommoni, quasi fosse un vezzo, e non un possibile salva vita in caso di pericolo. Spesso non ci si ferma a pensare che questi dispositivi, ormai così comuni in tutto il mondo, sono necessari per avere informazioni affidabili in tempo reale, come peraltro è stato dimostrato da un recente studio di Open University (Mapping

Refugee Media Journey: Smartphones and Social Media Networks). Per i rifugiati che scappano da paesi distrutti dalla guerra, come la Siria, l'Iraq e la Libia, lo smartphone è essenziale tanto quanto un giubbotto salvagente. Il cellulare è indispensabile per comunicare con la famiglia lontana e con gli amici, per scambiarsi informazioni “di servizio” legate al viaggio o al luogo in cui si arriva e per sapere quali sono i pericoli che si possono incontrare. Ecco perché il cellulare è il primo bene che una persona si porta dietro. In Italia, al loro ingresso nella struttura di accoglienza, i richiedenti asilo ricevono una ricarica telefonica che permetterà loro di informare le mogli, i mariti, i figli, le madri e i padri della buona conclusione del viaggio, che cioè non sono annegati, come purtroppo spesso succede. Basta poco, dunque, per rendersi conto che lo smartphone oggi non rappresenta un bene di lusso in termini economici, ma tutte le informazioni che sono contenute al suo interno, (fotografie, numeri di telefono, i nostri profili social), sono elementi di grande valore, non solo affettivo.

È dunque necessaria una verifica personale e comunitaria. “Anche ai nostri giorni – ha ammonito Papa Francesco nell'Angelus dell'8 luglio 2018 - può accadere di nutrire pregiudizi che impediscono di cogliere la realtà. Ma il Signore ci invita ad assumere un atteggiamento di ascolto umile e di attesa docile, perché la grazia di Dio spesso si presenta a noi in modi sorprendenti, che non corrispondono alle nostre aspettative... Dio non si conforma ai pregiudizi. Dobbiamo sforzarci di aprire il cuore e la mente, per accogliere la realtà divina che ci viene incontro. Si tratta di avere

fede... cercando di testimoniarla con una coerente condotta di vita, il cui filo conduttore sempre sarà la carità”.

In altre parole, per superare i pregiudizi nelle nostre comunità, alla sequela del Cristo, siamo chiamati a promuovere cammini di vita buona del Vangelo, ricchi di dono, gratuità e speranza, a partire dalla scelta pastorale delle relazioni, che impegna a ridisegnare la pastorale della carità non solo attraverso la ‘conta’ delle opere e dei servizi, ma attraverso luoghi, strumenti, storie, occasioni di incontro, di ascolto, accoglienza e relazioni con le persone, soprattutto con quelle in situazione di precarietà, fragilità e povertà.

Questo perché vogliamo essere Chiesa senza recinti e paure, che si occupa delle cose di Dio, ma anche di ciò che sta a cuore a Dio: le cose degli uomini. Chiesa che ha una casa per quanti hanno freddo e sono soli; del pane preparato per coloro che hanno fame; un letto per quanti sono in cammino alla ricerca di una verità e di un amore che non hanno ancora incontrato.

***S.Em. Cardinal Francesco Montenegro
Arcivescovo di Agrigento e Presidente di Caritas Italiana***

INTRODUZIONE

Pregiudizio, scorciatoia di pensiero

Questo nuovo quaderno del SaMiFo affronta il tema del pregiudizio, introdotto e declinato in alcune delle sue forme. Da un lato si analizza il pregiudizio che si ha nei confronti delle persone migranti, specie se donne, specie se affette da malattie psichiche, specie se sottoposte alla mutilazione genitale. Dall'altra si prende in considerazione il pregiudizio che le persone migranti hanno nei confronti della società italiana, soprattutto nelle prime fasi del loro arrivo. È più che mai urgente una riflessione di ampio respiro su questo tema, perché si rischia oggi, forse più che in passato, di sentirsi al di sopra, di credere di poterlo governare e soprattutto di dare per acquisite alcune conquiste di civiltà, frutto di un cammino di complessificazione del reale. Non ci si rende sufficientemente conto che la comprensione delle dinamiche del pregiudizio non è mai veramente conclusa. Esso spesso diventa da precomprensione riconosciuta, *una sorta di scorciatoia del pensare*, dando così per acquisita la conoscenza e la comprensione dell'altra cultura, dell'altra religione, dell'altra persona, basandosi sullo stereotipo, senza veramente fare lo sforzo dell'incontro che si fa esperienza e conoscenza mai conclusa e sempre in divenire. Ecco allora l'urgenza di fuggire le scorciatoie del pensiero per lasciare spazio all'altro da noi perché sia esso a dirsi e mostrarsi; per lasciare l'altro essere altro, vincendo il timore dell'estraneità e della differenza, percorrendo la

via lunga e a volte faticosa della precarietà del camminare l'uno verso l'altro, perché poi questo cammino sia un camminare insieme.

Da anni il Centro Astalli si sforza di percorrere questa strada facendo dell'incontro e dell'ascolto via privilegiata per vincere il pregiudizio. La persona migrante ci costringe a uscire dalla categoria *dell'abitare in un luogo* che diviene spesso *essere quel luogo* come potere escludente e pregiudiziale, per entrare nella dinamica del coabitare che porta con sé invece il desiderio, nell'apertura all'alterità, di una precarietà che non ti fa mai sentire arrivato, in una sana inquietudine che non può essere mai senza l'altro. Oggi ancora di più sentiamo la necessità di percorrere questa via, prima di tutto culturale, che fa delle persone i veri protagonisti. Sperimentiamo la ricchezza delle differenze soprattutto nei progetti nelle scuole, nella dinamica educativa dell'incontro e attraverso l'attenzione alle persone più vulnerabili. Questo quaderno vuole essere stimolo al pensiero, a fuggire oggi ogni scorciatoia per riappropriarsi di quella umanità che si nutre della pluralità e che rischia di soccombere nel timore alimentato dal pregiudizio negativo della alterità migrante.

Camillo Ripamonti –

*Presidente Centro Astalli – Servizio dei gesuiti per i rifugiati
in Italia*

TRACCE SUL PREGIUDIZIO

*Maurizio Bacigalupi, Martino Volpatti
Centro Astalli/SAMIFO*

La sentinella

Era bagnato fradicio e coperto di fango e aveva fame freddo ed era lontano 50mila anni-luce da casa. Un sole faceva d'ogni movimento un'agonia di fatica. Ma dopo decine di migliaia d'anni, quest'angolo di guerra non era cambiato. Era comodo per quelli dell'aviazione, con le loro astronavi tirate a lucido e straniero dava una gelida luce azzurra e la gravità doppia di quella cui era abituato, le loro superarmi; ma quando si arriva al dunque, tocca ancora al soldato di terra, alla fanteria, prendere la posizione e tenerla, col sangue, palmo a palmo. Come questo fottuto pianeta di una stella mai sentita nominare finché non ce lo avevano mandato. E adesso era suolo sacro perché c'era arrivato anche il nemico. Il nemico, l'unica altra razza intelligente della galassia... crudeli schifosi, ripugnanti mostri.

Il primo contatto era avvenuto vicino al centro della galassia, dopo la lenta e difficile colonizzazione di qualche migliaio di pianeti; ed era stata subito guerra; quelli avevano cominciato a sparare senza nemmeno tentare un accordo, una soluzione pacifica. E adesso, pianeta per pianeta, bisognava combattere, coi denti e con le unghie. Era bagnato fradicio e coperto di fango e aveva fame, freddo e il giorno era livido e spazzato da un vento violento che gli faceva male

agli occhi. Ma i nemici tentavano di infiltrarsi e ogni avamposto era vitale. Stava all'erta, il fucile pronto.

Lontano 50mila anni-luce dalla patria, a combattere su un mondo straniero e a chiedersi se ce l'avrebbe mai fatta a riportare a casa la pelle. E allora vide uno di loro strisciare verso di lui. Prese la mira e fece fuoco. Il nemico emise quel verso strano, agghiacciante, che tutti loro facevano, poi non si mosse più. Il verso, la vista del cadavere lo fecero rabbrivire. Molti, col passare del tempo, s'erano abituati, non ci facevano più caso; ma lui no. Erano creature troppo schifose, con solo due braccia e due gambe, quella pelle d'un bianco nauseante e senza squame...

Da: Fredrick Brown, *Tutti i racconti*, A. Mondadori Editore, 1992

Introduzione al pregiudizio¹

¹ Una ricerca sulla definizione del termine pregiudizio sui dizionari della lingua italiana lascia perplessi. Quasi tutti infatti nella definizione del lemma “pregiudizio” introducono un’accezione etica negativa (“stati d’animo irrazionali, credenza superstiziosa o comunque errata, opinione errata, prevenzione, preconetto”) Dizionari: Sabatini - Coletti, Treccani, Hoepli, Garzanti.

Solo il Dizionario Zanichelli e il De Mauro ne danno una definizione neutra: “Idea od opinione preconstituita, anteriormente alla diretta conoscenza di determinati fatti o persone, fondata su convinzioni tradizionali e comuni” (*Dizionario Zanichelli*),

“Opinione fondata su convinzioni personali che non si basano sulla conoscenza diretta di fatti, persone, cose, ma su semplici supposizioni o convinzioni correnti che possono indurre in errore” (Dizionario De Mauro).

La cosa interessante è che tutti i vocabolari richiamano però il diritto romano dove il *praeiudicium* era l’azione giuridica che precedeva il giudizio e che aveva

Tentare una riflessione sul tema del pregiudizio ci porta a muoverci su un terreno accidentato fatto di lacerazioni, di scontri tra diverse e opposte teorie della conoscenza, tra visioni del mondo etiche e politiche in conflitto tra loro.

Il riflettere sul pregiudizio all'interno dei Quaderni del Samifo porta con sé il rischio paradossale della riproposizione del conflitto, perché nel dibattito sempre più continuo e invasivo sul tema dei migranti quello che si delinea è ormai uno scontro aperto, senza possibilità di dialogo e confronto.

Eppure, se il mondo dell'informazione o, cosa ancor più grave, quello della politica non sembrano in grado di articolare un discorso, ma solo radicalizzarsi in uno scontro, forse può essere utile complicare un po' le cose, o meglio guardarle nella loro complessità secondo la vocazione filosofica del porre altre domande, sempre più profonde, invece di difendere a costo della vita, spesso quella degli altri, le proprie intoccabili risposte.

Nella storia del pensiero occidentale il dibattito intorno al pregiudizio risale fino al mondo greco in cui alla teoria di una conoscenza sempre contingente e convenzionale proposta dai sofisti, quello delle doxa, opinioni, Platone contrappone la validità assoluta e immutabile delle

influenza sulla decisione, sul giudizio, del giudice competente e tale azione è giusta e dovuta e sicuramente non negativamente connotata.

idee e successivamente Aristotele tematizza l'essenza degli oggetti del mondo e l'oggettività dei nessi causali.

Saltando al 1600 assistiamo alla nascita del pensiero scientifico, generata dalla volontà di autori come Bacone, Galileo e Cartesio di disegnare una mappa oggettiva, matematica del mondo, libera dalle influenze della superstizione e dai vincoli della tradizione. Saranno poi il pensiero illuminista nel '700 e quello positivista nell'800 a interpretare con forza sempre maggiore questa spinta verso un mondo oggettivo, scientifico, libero dai pregiudizi del passato e lanciato verso un luminoso futuro di progresso.

Non mancarono all'interno di questo percorso delle voci critiche, già nel '700 il filosofo italiano Giambattista Vico, partendo dalla finitezza dell'uomo e dalla sua posizione di creatura e non creatore della natura, esclude una conoscenza assoluta del mondo per affermare come unica possibilità quella di una conoscenza finita e storicamente determinata. Ma fu il '900 a svelare nell'orrore della guerra mondiale il lato oscuro della scienza e della tecnica, mettendo in crisi il paradigma del progresso e aprendo la strada a prospettive teoriche che problematizzavano la posizione dell'uomo nel mondo e all'interno del processo di conoscenza.

Per la nostra riflessione sul pregiudizio, centrale è il pensiero del filosofo tedesco Hans-Georg Gadamer e la sua prospettiva ermeneutica della conoscenza. Di fronte al dato di realtà, la conoscenza si qualifica sempre come un'interpretazione, consistente

nell'inquadramento del dato stesso in orizzonti di senso che sono necessariamente qualificati dalle precedenti esperienze e che strutturano specifiche forme di pre-comprensione della realtà. Da tali pre-comprensioni l'interprete non può prescindere, per la semplice ragione che esse sono parte della situazione ermeneutica e ne definiscono potenzialità e limiti, costituendo le strutture portanti dell'esistenza storica e sociale dell'essere umano. Secondo Gadamer, quindi, il pregiudizio, inteso nel senso di bagaglio conoscitivo precedente l'esperienza, non solo non è eliminabile, ma costituisce in qualche modo un presupposto e un elemento costitutivo del processo cognitivo. In questo processo di "riabilitazione" del pregiudizio Gadamer distingue tra pregiudizi positivi che innescano il processo conoscitivo e pregiudizi negativi che al contrario bloccano il processo d'interpretazione. In realtà la differenza non sta nella natura dei pregiudizi, nel loro essere più o meno aderenti alla realtà, ma nell'atteggiamento che il soggetto ha nei loro confronti. Se il pregiudizio è riconosciuto per quello che è esso rimane un punto di partenza che può aprire verso nuovi orizzonti di senso, al contrario se viene confuso con una verità assoluta ecco che il processo conoscitivo si arresta e prende la forma di un'ideologia che non può essere messa in discussione.

Come per il pregiudizio anche la dimensione della tradizione viene ripresa in Gadamer in senso nuovo, essa diviene un luogo di senso imprescindibile e inevitabile, dove noi siamo immersi, ma anche qui non si tratta di un'accettazione acritica di una dimensione

immutabile, ma di un rapporto dialettico da instaurare sempre di nuovo, di una mediazione tra passato e presente in cui ci dobbiamo continuamente muovere e trasformare verso nuove aperture di senso.

Il ritornare all'analisi di Gadamer può essere utile in un tempo qual è il nostro dove sembra essere impossibile ritrovare un dialogo tra diverse visioni del mondo che, dopo il crollo di grandi ideologie, sembrano essersi sclerotizzate in parole vuote, incapaci di produrre pensieri e azioni capaci di trasformare la realtà.

Nell'opposizione etica e politica tra destra e sinistra, sempre più svuotata del senso tradizionale, si interseca la dicotomia tra locale e globale che ancora faticiamo a comprendere in tutte le sue implicazioni.

Per proseguire la nostra riflessione su un piano socioculturale e storico ci rifaremo ampiamente alla traccia che Giovanni Jervis propone nel suo lavoro sull'Enciclopedia Treccani (1996). A partire dall'osservazione che sul piano sociologico è impossibile scindere le conoscenze 'diffuse' e tramandate, dai loro aspetti eventualmente meno precisi, o più tipicamente caratterizzati da valenze di rifiuto come lo sono i pregiudizi in senso stretto, Jervis ricorda le ricerche che hanno messo in luce come negli atteggiamenti elementari in genere esiste per lo più un interesse, pragmatico e conoscitivo, cioè una tendenza (positiva) all'avvicinamento all'oggetto, mentre nel pregiudizio si ha invece una tendenza (negativa) ad allontanarsi dall'oggetto. L'atteggiamento pregiudiziale si struttura e cerca allora

giustificazioni in quel sentimento di coappartenenza che accomuna chi concorda sulla necessità di respingere fenomeni minacciosi.

La condivisione consensuale del pregiudizio è qui parte integrante della sua forza e ne consegue una rozzezza nella sua formulazione che è parte della sua essenza di fenomeno aggressivo, e si può anche osservare come, il carattere liquidatorio del giudizio verso l'altro serve a qualificare (favorevolmente) il soggetto.

Tra i primi che cercarono un'interpretazione psicologica del pregiudizio è Freud (1921) che nell'ambito del suo modello psicoanalitico che applicò anche ai grandi eventi sociali, descrive il pregiudizio come un fenomeno inevitabile che si ricollega al bisogno del singolo di scaricare quell'aggressività che deriva dall'interdizione dei propri bisogni libidici da parte dell'autorità, e quindi al bisogno del singolo di deflettere all'esterno le cariche distruttive, e in più di proiettare illusoriamente nelle intenzioni del nemico esterno le caratteristiche negative (come la distruttività stessa) di cui egli rifiuta di ammettere la presenza all'interno di sé

Ancora prima Freud (1919) affronta il tema del pregiudizio nel saggio su “Il perturbante” dove il termine “non familiare” (straniero, nuovo, sconosciuto) e “perturbante” sono espressi dallo stesso lemma tedesco *Unheimliche* che Freud stesso definisce di difficile traduzione e che associa all'ambiguità che è propria anche del termine greco per straniero: *Xenos*. Il turbamento deriva da eventi, immagini, fantasie dalle quali siamo disorientati anche se, per Freud, queste sono

emozioni familiari che sono state in realtà rimosse e che traggono origine da inconscie angosce di morte: la paura che i morti (nemici dei sopravvissuti) vogliano portarci nel loro mondo ed angosce del diverso, dello straniero: la paura che il nemico voglia/possa trascinarci nel suo misterioso mondo, annullandoci nella sua cultura, nei suoi riti, nella sua religione. Sono questi vissuti persecutori il *primum movens* della qualità aggressiva del pregiudizio.

Da quest'ottica eminentemente intrapsichica si distaccheranno gli sviluppi postfreudiani del pensiero psicanalitico, destinati ad acquisire, almeno per un certo periodo, non solo caratteristiche meno descrittive e dunque più operative, ma anche connotazioni nettamente più ottimiste. La ricerca postfreudiana americana si dedicò infatti a esaminare il problema dell'aggressività soprattutto nei suoi aspetti contingenti, e dunque come tali potenzialmente emendabili, facendo leva sul carattere reattivo dell'aggressività stessa, e in particolare esprimendo, non sempre peraltro esplicitamente, fiducia nel carattere non strutturale ma accidentale, 'non primario' ma 'derivato' del pregiudizio.

Il tema del pregiudizio sembrava così aver trovato una sua nuova cornice tecnico-scientifica, oltre che un opportuno terreno di intervento ai fini generali di un miglioramento della convivenza umana. Il fatto stesso di riferire il pregiudizio a deflessioni aggressive della frustrazione invitava a provvedimenti sociali che rendessero meno frustrante, e dunque soprattutto più autopropositiva, più 'efficace', la vita quotidiana dei gruppi socialmente non privilegiati.

La lotta per emancipare individui e popoli dalle pastoie dei pregiudizi in quanto 'errori estirpabili' poteva dunque assumere aspetti esortativi: l'invito più o meno esplicito a liberarsene, e in particolare a liberarsi dagli stereotipi razziali, finiva per dare per scontata l'idea che si trattasse di scorie, di distorsioni incresciose della volontà, se non addirittura di una sorta di epidemia di idee malsane. Questo orientamento non favoriva lo studio né dei pregiudizi, né dei conflitti sociali.

Una parte delle indagini moderne, a partire dagli anni quaranta, ha riguardato il rapporto tra pregiudizio, struttura della personalità e meccanismi di difesa, sulla base dell'ipotesi che alcuni individui siano, per motivi psicologici, più inclini di altri a esprimere ostilità pregiudiziali. Lo sforzo in questo senso storicamente più importante, anche se ormai datato, rimane quello degli studiosi della Scuola di Francoforte (Adorno e altri, 1950), che cercarono di fondere in modo critico la lezione del marxismo - e dunque il terreno 'strutturale', storico e materiale sul quale emerge il problema - con certi contributi della psicanalisi - e dunque con l'autonomia del terreno 'sovrastutturale', psicologico ed educativo, che condiziona le forme e la diffusione degli atteggiamenti. La ricerca di Adorno cercò di verificare la presenza di una relazione causale tra un'educazione rigida, gerarchica, ipersensibile ai rapporti di dominanza-sottomissione, e la comparsa di una mentalità autoritaria, matrice a sua volta di pregiudizi etnici.

Gli studi sul pregiudizio degli ultimi decenni hanno portato contributi prevalentemente settoriali, nessuno dei quali decisivo, e su un piano generale hanno dato luogo a una diffusa consapevolezza dell'impossibilità di identificare un unico centro del problema. Prevalde oggi l'ipotesi che le categorizzazioni pregiudiziali, peraltro non sempre ben delimitabili rispetto ad altri fenomeni psicosociali, possano dipendere da universali esigenze cognitive anche in assenza di conflitti.

Nella sociologia e nella psicologia sociale lo studio del pregiudizio ha oggi grande rilievo per le sue implicazioni pratico-politiche, soprattutto in rapporto ai problemi di convivenza che vengono posti dai pregiudizi etnici e, fra questi ultimi, dalla xenofobia e soprattutto dal razzismo. Per questo motivo spesso i pregiudizi vengono identificati con i pregiudizi sociali: anche se per comprendere la natura del fenomeno è utile ricordare che il pregiudizio può riguardare anche oggetti e realtà non strettamente sociali, bensì di tipo culturale o naturale.

Questi studi hanno portato contributi prevalentemente settoriali e su un piano generale hanno dato luogo a una diffusa consapevolezza dell'impossibilità di identificare un unico centro del problema. Prevalde oggi l'ipotesi che le categorizzazioni pregiudiziali possano dipendere da universali esigenze cognitive anche in assenza di conflitti, eventualmente in rapporto al problema della ricerca di identità sociale, e che possano essere facilitate sia da fattori conflittuali intergruppo (culturali, sociali, economici) sia da un

insieme complesso di fattori educativi e di variabili culturali qualitative.

Per concludere con un sorriso su un così importante, serio e controverso tema vi consigliamo la lettura del libro di Yanko Tsvetkov (2016) che racconta i pregiudizi di un paese sugli altri utilizzando nel suo “Atlante” una serie di fantasiose mappe geografica che rappresentano i vizi e le virtù di ogni paese così come sono percepiti dagli altri.

Bibliografia

Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D.J., Nevitt Sanford, R., *The authoritarian personality*, New York 1950 (tr. it.: *La personalità autoritaria*, Edizioni di Comunità, Milano 1973).

Freud, S., *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, Leipzig 1921 (tr. it.: *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino 1977, pp. 261-330).

Freud, S., *Das Unheimliche*, Vienna 1919 (tr. it.: *Il Perturbante*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino 1977, pp. 82-118).

Gadamer, H.G., *Wahrheit und Methode*, Tübingen 1965 (tr. it.: *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983).

Jervis, G., *Pregiudizio*, in *Enciclopedia Treccani delle Scienze Sociali*, Roma, 1996.

- Moscovici, S., *The phenomenon of social representations*, in *Social representations* (a cura di R. Farr e S. Moscovici), Cambridge 1984 (tr. it.: *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna 2005).
- Mazzarra B.M., Il pregiudizio, la conoscenza e l'Altro. Esplorazioni sulla natura della mente., *Rivista internazionale di filosofia e psicologia*, 14 novembre 2011.
- Tsvetkov, Y., *Atlante dei Pregiudizi*, Rizzoli, Milano, 2016.

COME I RIFUGIATI VEDONO L'ITALIA E GLI ITALIANI.

Pochi i pregiudizi e gli stereotipi. Molta voglia di sentirsi parte di una comunità

Donatella Parisi – Centro Astalli

"Dobbiamo imparare a convivere come diversi non solo per cultura, ma anche per etnia e religione. Dobbiamo imparare a convivere come diversi, non distruggendoci e non ghettizzandoci, neppure soltanto tollerandoci, ma fermentandoci e vivificandoci a vicenda".

Carlo Maria Martini

L'integrazione: una sfida culturale

Il Centro Astalli, Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati in Italia, promuove occasioni di incontro e scambio tra cittadini e rifugiati mettendo in atto una serie di azioni e progetti in cui i migranti forzati da utenti di un servizio quale può essere la mensa, la scuola di italiano, l'ambulatorio o il SaMiFo² divengono loro stessi protagonisti di una proposta culturale rivolta agli italiani. In questi anni giovani studenti, universitari, pezzi sempre più ampi della società italiana, hanno avuto modo di incontrare un rifugiato in un evento pubblico,

² Per una presentazione dei servizi del Centro Astalli Rapporto annuale 2017 scaricabile in pdf dal sito centroastalli.it nella sezione Pubblicazioni.

in una conferenza stampa, in un incontro in classe, in un vernissage e persino nelle pagine di un libro.

Per il Centro Astalli l'integrazione è una sfida complessa che si deve affrontare a diversi livelli ma oggi è anche e soprattutto una sfida culturale, che parte dalla conoscenza personale e arriva a un nuovo concetto di cittadinanza partecipata e attiva.

Come i rifugiati giudicano gli italiani? Una piccola rivoluzione copernicana

Questo breve articolo viene scritto in un momento in cui il Centro Astalli sente l'urgenza e la responsabilità di raccogliere la sfida culturale contro il dilagare di razzismo e xenofobia. Il racconto mediatico spesso alterato, mendace e dannoso propina un repertorio ampio di notizie infondate sui migranti: ci invadono, ci rubano il lavoro, portano le malattie... persino la malaria!

È necessaria una comunicazione sempre più efficace e credibile che riporti il dibattito su un livello di analisi che superi stereotipi e pregiudizi e punti alla conoscenza di una realtà tanto complessa quanto ricca in termini umani e culturali.

E allora sarà utile capire come i rifugiati vedono gli italiani, cosa c'è nel loro immaginario, quali sono le precomprensioni che hanno nei confronti dei cittadini che incontrano, nei contesti che frequentano.

Un piccolo contributo che cerca di far intravedere un cambio di prospettiva possibile, di porsi da un punto di osservazione diverso per

scattare una fotografia che tenga nella giusta considerazione il punto di vista degli altri, “dei diversi”.

Una sfida non semplice, ma che vale la pena di provare ad affrontare, in un momento in cui la paura sembra essere un virus per cui gli italiani non hanno anticorpi.

I rifugiati incontrati e lo sforzo di mettersi nei loro panni

Sono state fatte interviste qualitative con domande aperte rivolte a una classe di 10 rifugiati della scuola di italiano del Centro Astalli arrivati recentemente in Italia, in possesso di un documento ottenuto da poco e con un percorso di accoglienza e integrazione ancora nella fase iniziale. A questi si aggiungono 10 colloqui con i rifugiati coinvolti nel Progetto *Finestre – Nei panni dei rifugiati*³, persone con un percorso avviato, una buona conoscenza della lingua e della cultura italiana, con una storia di persecuzione dolorosa ma rielaborata al tal punto da poterla raccontare in contesti pubblici come la scuola o l’università.

³ La Fondazione Centro Astalli propone, dal 2002, il progetto **Finestre – Storie di rifugiati**, che vuole favorire la riflessione, in un pubblico di studenti delle scuole superiori, sul tema dell’esilio, in particolare attraverso il **contatto diretto con rifugiati e l’ascolto delle loro storie di vita**. Ogni anno il progetto raggiunge circa 15mila studenti in 15 città italiane. <http://centroastalli.it/category/attivita-nelle-scuole/>

Si tratta di un campione certamente non rappresentativo della presenza di richiedenti asilo e rifugiati al Centro Astalli e men che meno in Italia.

Le interviste sono state fatte da giovani inseriti nei progetti del Servizio civile del Centro Astalli: per la gran parte dunque un incontro tra coetanei che si arricchisce così dell'immediatezza e della spontaneità di conversazioni su cosa i rifugiati pensano dagli italiani e su come cambia la loro percezione iniziale con il passare del tempo.

Le testimonianze dei rifugiati inserite in questo testo sono il tentativo di dare voce a chi di solito non trova spazi in cui esprimersi, riflettere e confrontarsi. Sono il punto di vista inaspettato, quello che raramente si cerca, sono l'angolazione nuova da cui provare a leggere un fenomeno complesso come quello della convivenza tra chi è cittadino da sempre e con poco sforzo e chi arrivato da poco deve costruirsi una nuova identità e una nuova vita in un contesto estraneo e non sempre favorevole.

Una pagina bianca da scrivere insieme: pochi pregiudizi, tanta speranza

È stato chiesto a tutti i rifugiati intervistati di raccontare il proprio immaginario riguardo l'Italia prima di arrivarci e dopo le prime interazioni con gli italiani.

I rifugiati intervistati prima di arrivare sanno pochissimo dell'Italia. Molti quando iniziano la loro migrazione non immaginano

lontanamente di arrivarci. Sono persone scappate da guerre e persecuzioni. Non hanno avuto modo e tempo di preparare il viaggio, di scegliere una destinazione. Per molti di loro l'unica cosa che conta è scappare da un posto in cui la propria vita e quella dei propri cari è in serio pericolo.

Tra i rifugiati molti sono vittime di tortura (1 su 3 secondo i dati rilevati tra i rifugiati seguiti dal Centro Astalli), un dato da non sottovalutare per capire la portata di una condizione che costringe a mettersi in viaggio senza una meta.

Lo spiegano bene le persone intervistate:

Ho viaggiato per tanti paesi, senza sapere quale sarebbe stata la destinazione finale. In Libia ho capito che sarei arrivato in Europa. Una volta a Lampedusa mi hanno detto che ero in Italia. Nel mio paese non si parla mai dell'Italia, quindi non ne sapevo molto.

J. Costa d'Avorio 28 anni

I rifugiati intervistati, anche quelli con un buon livello di istruzione, affermano di sapere generalmente poco o nulla dell'Italia. Si studiano i Paesi con cui vi sono stati rapporti coloniali, quelli con cui si hanno ancora legami di tipo commerciale o politico. Ma dell'Italia si sa generalmente molto poco.

Conoscevo l'Italia principalmente dal punto di vista storico, ho studiato al liceo classico l'antica Roma e il latino ma non avrei mai pensato di venirci. Conoscevo poi delle persone italiane in Congo, ma sicuramente non avevo nessuna idea riguardo la sua politica.

Gli italiani non sono molto conosciuti in Congo, si parla molto di più dei belgi (per via del rapporto con la colonia). Gli italiani che ho conosciuto in Congo erano comunque persone simpatiche e di buon cuore, prevalentemente religiosi.

C. 39 anni, Congo

Non conosco nessun italiano prima di arrivare a Roma.

F. 32 anni, Nigeria

A scuola studiamo la storia francese, belga, americana. Ma non si studia la storia dell'Italia. Sappiamo che è il paese dove vive il Papa. Ma poco altro.

S. 23 anni, Mali

Fanno eccezione i rifugiati intervistati provenienti dal Corno d'Africa in particolare da Eritrea ed Etiopia

Il mio bisnonno parlava italiano, a casa mia si raccontava degli italiani che vivevano ad Asmara. Ero convinto che essere eritreo mi avrebbe aiutato una volta arrivato in Italia. Ma non è così! Gli italiani con cui parlo non sanno quasi niente del mio Paese.

J. 29 anni, Eritrea

Ad Addis Abeba guardavo la televisione italiana: mi piacevano moltissimo gli spettacoli con i balletti, i vestiti eleganti, le luci, i concorsi con i premi incredibili. Li guardavo e sognavo che, un giorno sarei arrivata lì.

S. 27 anni, Etiopia

Sono fiduciosi che tutto andrà se non bene, certamente meglio di come andava nel loro Paese. Sono vivi, salvi. Dell'Europa hanno sempre sentito parlare in termini di ricchezza e libertà. Hanno voglia di integrarsi, essere accolti.

Arrivai a Lampedusa e riaprii gli occhi. Li avevo chiusi all'inizio della traversata due giorni prima. Vidi una donna che mi porgeva una coperta. Avevo una profonda ferita alla gamba che mi ero procurata in carcere, mi medicavano, mi disinfettavano, mi davano da bere, mi parlavano dolcemente e anche se non capivo nulla di ciò che mi dicevano, pensai: questo è il paradiso.

S. 27 anni, Etiopia

Salendo sul gommone, con le ferite ancora aperte che mi ero fatto in carcere a Misurata (Libia), giurai a me stesso che se fossi arrivato vivo in Europa non avrei mai più viaggiato. Mi sarei fermato lì.

A. 25 anni, Somalia

Dall'arrivo in Italia all'incontro con gli italiani un percorso non privo di ostacoli. La realtà si mostra diversa dall'immaginario.

Con il passare del tempo le prime impressioni legate al soccorso e alla primissima assistenza devono misurarsi con la realtà di una quotidianità non sempre facile, con le urgenze di sopravvivere e con una sostanziale mancanza di percorsi di integrazione percorribili per tutti allo stesso modo.

Ora vivo in Italia da quasi due anni. Non è il paradiso come mi sembrava all'inizio. Mia madre sa che sto bene e al sicuro e questo è quello che conta.

I problemi non mancano, in poco tempo ho conosciuto dell'Italia tutto ciò che la televisione che guardavo in Etiopia non aveva mai raccontato.

Di luci, divertimenti, feste mondane che da bambina mi tenevano ore incollata allo schermo, neanche l'ombra purtroppo.

S. 27 anni, Etiopia

Una volta superata la fase del primo arrivo, in cui prevale nei rifugiati la preoccupazione dovuta all'urgenza di trovare un posto dove dormire, di ricevere cure mediche, di poter mangiare e lavarsi, dovrebbe poter iniziare un percorso di inclusione che porti i rifugiati ad alimentare il desiderio di conoscere il contesto sociale in cui si trovano e provare ad inserirsi positivamente.

L'esperienza del Centro Astalli porta a ritenere che se si lavora per l'integrazione fin dal primo giorno del loro arrivo, grazie ad un'accoglienza tempestiva e fin da subito progettuale, il percorso di inclusione che si trovano ad affrontare i rifugiati ha maggiori possibilità di riuscita.

Degrado e marginalizzazione ostacolano fortemente la determinazione ad integrarsi e a stabilire relazioni con gli italiani. Iniziare un rapporto con un rifiuto ostacola fortemente il cammino.

Dormire per strada da solo mi faceva paura, mi vergognavo di mettermi in fila alla mensa e per fare la doccia, la burocrazia era un incubo, paragonabile alla tortura subita in carcere. Nel mio paese non ero mai stato povero, qui gli italiani mi vedevano così. Volevo urlare non sono io questo che vedete per strada. Loro sembravano così lontani, indifferenti, spaventati da me.

K. 25 anni, Guinea Conakry

In Camerun ero un giornalista, scrivevo articoli che venivano letti e commentati. Qui in Italia nessuno mi capiva, mi chiedevano se sapevo scrivere, se ero andato a scuola.

Ho cominciato a provare rabbia e frustrazione. Come è possibile che quello che ero prima nessuno lo vedeva e non interessava. Ero convinto che gli altri mi vedevano come un ignorante mentre mi convincevo ogni giorno di più che gli italiani fossero ottusi e incapaci di ascoltare e capire chi non fosse italiano.

F. Camerun 38 anni

I luoghi dell'emarginazione sociale, della mancata integrazione socio-culturale sono terreno fertile per la nascita di stereotipi e pregiudizi, di paure. Ampio è il repertorio di quelli degli italiani nei confronti degli stranieri, raramente vengono considerati quelli che gli stranieri hanno nei confronti degli italiani.

Le periferie geografiche, specie nelle grandi aree urbane, rischiano così di essere periferie umane, in cui trovano facilmente una collocazione fisica migranti e rifugiati, in una sorta di limbo fatto di anonimato e assenza di relazioni.

Dalla periferia è molto facile guardare la realtà da una lente deformante e convincersi di avere a che fare con gente respingente e che prova nei confronti degli stranieri rifiuto e paura.

Nell'esperienza di molti rifugiati la paura è una presenza costante: la paura di non essere capiti, la paura di essere esclusi, la paura di

vedere la propria domanda d'asilo respinta e dover tornare nel proprio Paese, persino la burocrazia italiana che per gli italiani suscita perlopiù sentimenti come noia, rabbia o frustrazione per i rifugiati può essere fonte di paura.

Ho fatto la fila per una settimana prima di riuscire ad entrare in Questura, quando entrai non c'era nessuno che parlava la mia lingua. Mi dissero di tornare e di riprovare l'indomani. Mi sentivo morire dentro. Come se mi avessero sparato. Non ce la facevo più, ero esausta e avevo paura.

S. 27 anni, Etiopia

La stazione Termini a Roma era la mia casa. Volevo parlare con qualcuno, raccontare che ero stata in carcere, che ero un'infermiera. Ma loro, gli altri, mi sembravano tanto lontani, tanto diversi. Soprattutto io ero terrorizzata e loro sembravano impauriti da me. Per me era incredibile... come si può avere paura di me? Di una donna che non mangiava da 3 giorni?

B. Congo 37 anni

Nei rifugiati c'è l'urgenza di ridefinirsi come persone. Pesa molto nella loro vita da esule lo sradicamento e la perdita dell'identità. I rifugiati non vengono più riconosciuti per il loro ruolo sociale, per la

loro storia personale. Occupano all'improvviso un posto al margine di una società che non conoscono e per di più con un ruolo in cui non si riconoscono. Devono fare i conti con una percezione completamente diversa e nuova rispetto a quella che hanno di loro stessi. Un'esperienza difficile da gestire soprattutto se si è giovani e in difficoltà.

Pensavo che nessuno si volesse avvicinare, perché sono nero, diverso, perché puzzavo. Poi una volta entrato in un centro d'accoglienza ho capito che mi dovevo far accettare a tutti i costi. E così grazie alla scuola e agli insegnanti cerco di capire come sono davvero gli italiani.

F. 23 anni, Nigeria

Quando alla mensa un ragazzo mi offrì una tazza di tè caldo e si mise a sedere di fronte a me per parlare mi emozionai moltissimo. Un semplice come stai? Mi provocò una reazione fortissima. Potevo finalmente rilassarmi. Non ero più solo.

F. 38 anni, Camerun

I rifugiati, specie quelli più giovani, che hanno un'esperienza positiva del paese di arrivo, se si sentono accolti, solitamente mostrano di essere curiosi di conoscere, di capire, di trovare vie di comunicazione con gli italiani.

Appena arrivato a Roma sono andato alla Stazione Termini, quello è il primo posto dove arrivano molti rifugiati, l'indicazione di un connazionale incontrato a Crotona era chiara, vai lì, sicuro trovi qualcuno che capisce la tua lingua e puoi chiedere informazioni.

In stazione incontrai una ragazza italiana, una volontaria, mi chiese se volevo del tè e mi parlò gentilmente, chiedendomi se avevo bisogno di aiuto. In quel momento capii che il mio viaggio era finito, potevo rilassarmi.

A. 37 anni, Somalia

C'è stato un tempo in cui credevo che gli italiani fossero tutti buoni e bravi come erano gli insegnanti della scuola di italiano. Poi ho capito che non è così, è come nel mio paese: buoni e cattivi.

F. 23 anni, Nigeria

Ogni volta che entro in classe so che dovrò rispondere a mille domande dei ragazzi. Dopo lo spavento iniziale, capisco che nessuna domanda è stupida perché per me loro sono la chiave per essere accettato anche dagli adulti.

M. Afghanistan 22

Sono musulmano, pensavo che i cattolici non mi avrebbero accolto facilmente, poi in Italia che c'è anche il Papa, pensavo. Invece mi sbagliavo, tanto. Siamo amici e la religione non è mai stata un problema.

S. 22 anni, Afghanistan

Seguendo i rifugiati nel loro percorso in Italia si giunge alla conclusione che l'integrazione avviene dove c'è il riconoscimento di una persona, di una competenza, un incontro. Potremmo dire che ogni ambiente, scuola, centro di accoglienza, piazza, stazione, diventano luogo privilegiato di relazione e quindi luogo di integrazione. E in questa sfida, le periferie, diventano avamposti di maggiore scambio e interazione e dunque sono luoghi da presidiare per andare incontro e per costruire da subito l'integrazione possibile.

Uno sguardo nuovo su un Paese che invecchia velocemente

I rifugiati intervistati sono mediamente giovani e questo dato è rappresentativo della popolazione rifugiata in Italia. Sono ragazzi accomunati dal desiderio di costruirsi una vita libera e dignitosa, di guardare al futuro con serenità.

Sono determinati e convinti di poter dare un contributo al nostro Paese.

Sono aperti e curiosi di conoscere, farsi nuovi amici, creare nuovi legami familiari, non sono assillati da razzismo e pregiudizi. Hanno voglia di lavorare e studiare.

La conoscenza e lo scambio sono la rivoluzione da fare, un'opportunità da non perdere. I rifugiati sono una possibilità di crescere e rimanere giovani al contempo. La società civile dà segnali di comprensione e valorizzazione di questa dimensione. I media, la politica, sono indietro. In un ritardo irresponsabile e colpevole. I rifugiati in tal senso possono essere un formidabile sprone per destare un nuovo impegno sociale, per una nuova coscienza civica che non faccia della paura la propria bandiera.

Una proposta concreta - una mappa dell'Italia solidale

“I Get You” in inglese significa “ti capisco, so come ti senti”: questo è il titolo di una campagna promossa dall'ufficio europeo del Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati (JRS) in nove Paesi europei per raccontare un'Europa accogliente, aperta, positiva, raccogliendo e analizzando esperienze innovative che vedono cittadini e rifugiati impegnati insieme in iniziative di accoglienza, socializzazione e valorizzazione della diversità.

Il Centro Astalli, sede italiana del JRS, ha lanciato, simultaneamente agli altri partner europei (JRS Belgio, JRS Germania, JRS Francia, SJ Spagna, JRS Malta, SJ Polonia, JRS Portogallo, JRS Romania), una mappatura online di iniziative di *community building*, pensate e

realizzate per e con i rifugiati da gruppi di volontari e associazioni grandi e piccole, che hanno l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale e prevenire il razzismo e la xenofobia.

La mappatura italiana descrive **62 iniziative**, distribuite su tutto il territorio nazionale. Il report, disponibile sul sito www.igetyou-jrs.org, ha mostrato che c'è molta voglia e disponibilità da parte sia dei rifugiati che della popolazione a partecipare attivamente a iniziative volte a facilitare la reciproca conoscenza contraddicendo nettamente l'immagine di un'Italia impaurita e diffidente. Certamente la sfida dell'accoglienza e le criticità sempre più evidenti sui territori contribuiscono a dividere l'opinione pubblica. Altrettanto chiaro però, fin da questa prima mappatura, è come un'**accoglienza diffusa**, per piccoli numeri e aperta alla partecipazione effettiva della cittadinanza possa facilitare in modo decisivo la gestione e allo stesso tempo prevenire efficacemente l'insorgere di ostilità e diffidenza. Creare e alimentare relazioni positive tra persone aiuta a contrastare quella **tendenza a disumanizzare il fenomeno della migrazione forzata** che pare inevitabile nell'emergenza degli sbarchi e nelle grandi strutture da centinaia di posti.

All'inizio, appena arrivato in Italia, non frequentavo nessun italiano. Eravamo in un grande centro di accoglienza ma non avevamo molte amicizie. Mi ricordo la prima raccolta delle olive, abbiamo conosciuto molte persone tra cui quello che oggi è il nostro padrone di casa. Se non ci

avesse visto a lavoro e non avessimo scambiato due chiacchiere non avrebbe potuto conoscerci e quindi fidarsi di noi.

Mohammad, rifugiato iraniano⁴

Il Centro Astalli è pertanto convinto che la strada da seguire c'è: continuare a conoscere e valorizzare esperienze in cui i rifugiati e gli italiani siano coprotagonisti di un progetto comune, di un fare insieme che supera ogni pregiudizio e paura.

Riferimenti bibliografici:

Della Zuanna, Allevi, Tutto quello che non vi hanno mai detto sull'immigrazione, Laterza 2016

Mazzucco, Io sono con te, Einaudi 2017

Rapporto annuale Centro Astalli, 2017

Notizie oltre i muri, IV Rapporto Carta di Roma, 2016

XXVI Rapporto immigrazione 2016 – Nuove generazioni a confronto, Caritas Migrantes 2016

Bauman, Retrotopia, Laterza 2017

Murgia, Futuro anteriore, Einaudi 2016

Rodotà, Solidarietà utopia possibile, Laterza 2014

⁴ Testimonianza tratta dal report presente nella mappatura fatta nell'ambito del progetto I Get You. "Facciamo Casa Insieme" è un progetto dell'Associazione *Una città non basta Onlus*: la comunità locale aiuta nel processo di integrazione tre famiglie di rifugiati (www.focolaritalia.it/2016/07/27/facciamo-casa-insieme).

LA SINDROME DI SALGARI OGGI

Salvatore Geraci – Caritas

Antefatto

“Quando ho iniziato a lavorare al Naga, circa 20 anni fa, non avevo idea di quello che ciò significasse. Solo dopo qualche anno ho scoperto di essere stato affetto dalla **sindrome di Salgari**....Affetto dalla sindrome ho visitato 10, 15 pazienti ogni lunedì pomeriggio. Qualcuno l’ho anche operato. Ho ascoltato tanti stranieri irregolari che raccontavano le loro malattie (mentre io ero) alla caccia della malattia rara. Ma più passava il tempo e meno questa si trovava e poco a poco calava la voglia di andare tutti i lunedì al Naga. Desideravo incontrare la patologia rara e non trovarla mai mi creava noia, a volte ostilità verso i pazienti che più o meno avevano sempre gli stessi problemi. Passava il tempo e cresceva la consapevolezza di non capirci niente. Non capivo perché gli stranieri venissero a farsi visitare per il raffreddore, per la forfora, per i calli. Erano persone giovani, avevano bisogno di lavorare, non di riempire il pomeriggio dal medico, ma passavano ore in attesa, per ben poca cosa”.⁵

Così un medico di una importante associazione di Milano analizzava la sua esperienza e le sue aspettative nel visitare gli immigrati. Ma

⁵ Testo tratto da Nagazzetta, Sindromi. La testimonianza di un medico volontario del Naga, n. 15, marzo 2010

già nel 1990 descrivevamo queste stesse aspettative facendo riferimento ai volontari del Poliambulatorio della Caritas nei pressi della stazione Termini a Roma: “... *il medico si aspetta di trovare il paziente africano affetto da chissà quali strane malattie, lo inquadra come vettore di morbi esotici, ogni sintomo viene interpretato al di fuori della normalità, si richiedono le più complesse indagini alla ricerca di una sicura malattia tropicale ben occultata ...*”. (1)

Questa aspettativa, alla fine degli anni '80, era certamente legata ad un pregiudizio dell'incontro con persone/popolazioni per noi estranee, alimentata per i medici dall'immaginario, ma anche dalle cronache, di un'Africa come territorio da bonificare, dalle malattie inconsuete, dalla povertà devastante. Non a caso i primi volontari medici resisi disponibili in quel periodo di mancanza di diritti assistenziali per i migranti, provenivano proprio dai reparti di malattie infettive e, a Roma, dal prestigioso Istituto universitario di Medicina Tropicale o erano coloro che rientravano da missioni di cooperazione internazionale nei paesi più poveri. Nessuno aveva esperienza di visite e di cura di pazienti immigrati, eppure le nostre aspettative sembravano chiare e definite.

Questo atteggiamento individuale, estremamente diffuso e ripetuto, fu definito da Riccardo Colasanti nel 1991 (2) proprio come **Sindrome di Salgari**: “*Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di*

problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan."

Ma dall'individuale al collettivo e al politico, il passo è breve: “Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle murate della nave Italia, dovevano contrastare epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza”.

“...È stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose”.

“...Lodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per l'aids. E se questa logica si estende, con buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica”.

La sindrome di Salgari è quindi l'inconsapevole convincimento che gli immigrati siano portatori di malattie inconsuete, in particolare tropicali, infettive e trasmissibili; un'**alterità clinica** su cui “cimentarsi” sul **piano individuale** e da cui “difendersi” sul **piano collettivo**.

Soprattutto oggi, ciò produce spesso una **consapevole strumentalizzazione politica**.

Perché Emilio Salgari

“Fra queste mura Emilio Salgari visse in onorata povertà, popolando il mondo di personaggi nati dalla sua inesauribile fantasia, fedeli ad un cavalleresco ideale di lealtà e di coraggio” è scritto in una targa posta nel 1959 sulla parete della sua ultima casa a Torino in Corso

Casale 205, “perché gli italiani non dimentichino la sua genialità avventurosa e il suo doloroso calvario”.

Abbiamo conosciuto Salgari e i suoi personaggi dai libri diffusi in tutto il mondo, dall’indimenticabile serie “Sandokan” trasmessa dalla televisione di Stato a metà degli anni ’70 che raccolse 27 milioni di telespettatori affascinati dall’esotico e dai primi colori televisivi, e, per i più giovani, dai cartoni animati visti in tv a cavallo del secolo scorso.

Emilio Salgari che così abilmente ci ha introdotto e catturato in un mondo diverso dal nostro, che ha fatto sognare intere generazioni in epoca preglobalizzata senza le immagini, le conoscenze ed il turismo di oggi, non ha mai visto quei luoghi così dettagliatamente descritti: l’unico viaggio che ha veramente fatto è stato per tre mesi su e giù lungo l’Adriatico a bordo dell’Italia Una. Salgari nasce a Verona nel 1862, intraprende gli studi nautici che non concluderà, ma questo non gli impedisce di fregiarsi per tutta la vita del titolo di “capitano”. Già a vent’anni il suo primo saggio intriso di esotico e da allora una serie enorme di avventure scritte e di successi (spesso postumi). Meno fortuna sul piano della vita familiare; nel 1892 sposa Ida Peruzzi, attrice di teatro, da cui avrà 4 figli, ma è affetta da una malattia mentale e per questo si trasferisce con la famiglia a Torino (per poter più facilmente accedere a Collegno, sede di un grande ospedale psichiatrico). Salgari stesso dovrà affrontare continui problemi di salute e presto anche notevoli ristrettezze economiche tanto che, nella lapide e in tutte le biografie, viene enfatizzata “l’onorata

povertà”, spesso intrisa di disperazione, in cui vivrà. Nel 1910 lo stato di malattia della moglie si aggrava e Salgari tenta una prima volta il suicidio. Successivamente, al ricovero definitivo della moglie in manicomio, egli si toglie la vita come aveva fatto suo padre nel 1889 e come faranno pure i suoi figli Romero nel 1931 e Omar nel 1963.

Tutto ciò non ha però minato la grande popolarità degli eroi salgariani spesso amplificata dalla diffusione di oltre un centinaio di opere false, attribuite allo scrittore da editori senza scrupoli e messe in giro, addirittura, dai figli stessi.

E così che personaggi come Sandokan, Yanez, la Perla di Labuan, i Tigrotti di Mompracem o il Corsaro Nero hanno vissuto di “vita propria”, sono stati conosciuti in tutto il mondo, senza limiti geografici o di tempo, anche da chi non ha mai letto una sola pagina della voluminosa bibliografia (oltre 80 romanzi e 150 tra racconti e novelle) dell'autore veronese.

Ma cosa c'entra Salgari con i problemi di salute degli immigrati? Qual è il punto d'incontro tra uno scrittore fervido di fantasia di oltre un secolo fa e il fenomeno di trasformazione sociale che stiamo attualmente vivendo? (3)

Abbiamo voluto, benevolmente, coniare un'espressione che ci ricordasse chi della fantasia ha fatto un proprio manifesto e dell'immaginato una realtà consolante. In primo luogo a muoverci è

stato l'affetto per chi ci ha fatto viaggiare in epoca pre low cost, per chi ci ha fatto sognare di posti esotici e affascinanti ma anche per chi ci ha fatto vivere dinamiche sociali semplici e lineari, con una etica "d'avventura" che alla fine avrebbe comunque premiato i giusti e gli onesti.

In secondo luogo è da tener presente che le nostre osservazioni nascono dall'ambiente del volontariato dell'inizio anni '80, un volontariato generoso, per alcuni versi ingenuo e profetico. Come Salgari i medici volontari di quel tempo sono immersi in una realtà, quella dell'immigrazione, mai visitata prima e condizionata da luoghi comuni non verificabili. Con il passare del tempo, con l'interessamento sempre maggiore dell'opinione pubblica e della politica, ci accorgiamo come il pregiudizio si consolida fino ad arrivare a sostituirsi alla realtà, determinando azioni politiche e comportamenti individuali improntati alla fantasia più che a dati empirici. Ed ancora, e siamo all'oggi, anche di fronte a dati scientifici che smentiscono la rappresentazione "dell'immigrato untore", c'è la scelta "manipolatoria" di alcune forze politiche e organi di informazione che, con l'amplificazione spesso superficiale dei social, continuamente ripropongono, riaffermano e contestualizzano tale immagine: pensiamo all'accostamento profughi – povertà – malattia. Tutto ciò fa perdere le tracce dell'artificialità del messaggio proposto, non solo nell'ambiente più popolare ma anche in quello, nel nostro caso, sanitario, e fa incorporare tale rappresentazione nell'imprintig professionale.

Il pregiudizio

Storicamente non possiamo nascondere come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda il prof. Giovanni Berlinguer (4) come drammaticamente questa evenienza accadde ad esempio con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi “esportarono” là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche. Dall'America i conquistatori “importarono” come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi neri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso ci fu una evoluzione drammatica seppur più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro o la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti che attraversarono l'Oceano arrivarono oltre ai malati anche le zanzare che però hanno impiegato del tempo per adattarsi al nuovo mondo e riprodursi in numero sufficiente da poter raggiungere la densità adeguata per determinare la comparsa della malattia.

Un ultimo esempio cita il prof. Berlinguer: quello dell'aids. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo, ed anche in questo caso il suo 'successo' è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale ed all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte "difensive" che hanno suscitato in un non troppo lontano passato un acceso dibattito: esse erano basate spesso sull'identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi; paradossalmente proprio gli Stati Uniti si contraddistinsero in questa politica pensando di imporre a quanti volessero varcare la loro frontiera esami del sangue per impedire un 'contagio di ritorno'. Oggi la malattia in occidente è in fase calante, manifestandosi in tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, da dove chi è malato, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa, non ha la forza per viaggiare e/o migrare.

Cronaca recente è il caso dell'Ebola, avvenuto in piena "emergenza sbarchi", che ha allarmato, ingiustificatamente, chi era impegnato nell'accoglienza e non solo.

Quanto detto può giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona?

Certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato giunto in Italia negli ultimi 30 anni, è in genere in buone condizioni di salute, per un'auto-selezione in partenza che porta ad emigrare chi ha maggior chance di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico (effetto migrante sano)⁶ (5). Anche l'arrivo negli ultimi anni di diverse centinaia di migliaia di persone in fuga, considerando il loro profilo socio-demografico, le cause e il percorso migratorio non costituiscono un "pericolo sanitario", ma piuttosto una popolazione da proteggere e tutelare per gli effetti stessi della loro fuga sul piano fisico (deprivazioni, traumi, percorsi insicuri, ...) e sul piano psichico (effetti di violenza intenzionale, di episodi traumatici, e di tortura) (6, 7, 8, 9 e 10). Un'ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai 'routinari' e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

⁶ Questo patrimonio di salute può deteriorarsi nel tempo a causa di condizioni di vita e di lavoro spesso particolarmente faticosi e logoranti (effetto migrante esausto).

A buona ragione dobbiamo inquadrare la sindrome di Salgari nella dimensione del pregiudizio

L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconette che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni in negativo – perché esistono anche luoghi comuni in positivo – che sono stati raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l'immigrato è visto come povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano) ed appunto portatore di malattie infettive e tropicali (11).

Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell'altro implica quindi un'attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati. Proprio la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto/rituale terapeutico ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare con prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori socio-sanitari che, prima nel privato sociale e più ordinariamente nel settore pubblico entrano in relazione con l'immigrato (12). Abbiamo provato ad individuare quegli orizzonti di

significati che producono diverse immagini dell'altro proponendo uno schema interpretativo a partire dall'analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici ed altri operatori sanitari volontari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni '80, quello della Caritas di Roma. È stata delineata una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi (13).

La prima fase, quella che è stata definita dell'**esotismo**, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente o richiede più analisi ed indagini diagnostiche. Anche l'operatore sanitario è però oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto", conseguenti al mito dell'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, a partire da una capacità occidentale d'intervento, fortemente risolutrice. Per cui ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il "buon selvaggio" rousseauiano e del paziente immigrante che abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital, o più recentemente del Dr. House o Grey's Anatomy, trasmessi a

Kinshasa come a Dar el Salam, si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani (14).

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello **scetticismo**. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria nell'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un “lavativo”, un “malato immaginario”, un “perditempo”. Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. È questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e “disattenzione” negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui lo spazio mediano di tipo ermeneutico comincia a prendere corpo, mettendo in questione le categorie conoscitive, che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto (15).

Ma, come specifica lo psichiatra Marco Mazzetti (16 e 17), anche questa fase ha un “percorso parallelo” nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve, anche per percorsi assistenziali inappropriati (pensiamo all'uso/abuso del pronto soccorso), risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii. Cose usuali forse per noi che ben conosciamo la realtà di alcuni ospedali, ma che assumono per chi ha altre aspettative non convalidate dalla

realtà, il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale.

C'è quindi, ancora una volta una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra noi ed i nostri pazienti. Riconoscere ciò in qualche modo sposta l'attenzione sulla relazione tra due interlocutori di pari dignità, sul "qui ed adesso" del dialogo al di là delle differenze culturali. Si avvia così la terza fase, detta del **criticismo**, nel doppio senso di crisi e di criterio: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il micete ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del criticismo è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore" - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale. E questo anche per il paziente che acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere.

La sindrome di Salgari sul piano individuale

Consci di questa dialettica sul piano umano e professionale, da anni abbiamo identificato nella informazione corretta, nella

sensibilizzazione sui temi dell'immigrazione e nella formazione specifica alcuni elementi irrinunciabili per il superamento del pregiudizio, per la fattiva costruzione di una società accogliente e per porre solide basi di politiche per l'integrazione. Sono stati individuati e sperimentati percorsi diversi con diverse strategie formative ma che hanno un punto comune nel dare consapevolezza dei propri pregiudizi come elemento necessario per il superamento degli stessi⁷.

Proprio dalla formazione abbiamo potuto verificare la pervasività di informazioni sbagliate o “manipolate”. Ad esempio citiamo i risultati dell'analisi delle risposte di un ampio campione di operatori (quasi 1.500) iscritti a 39 corsi di formazione base sulla salute dei migranti, e sottoposti a un pre-test scritto per indagare la consistenza numerica degli immigrati regolari ed irregolari, le problematiche sociali, la conoscenza normativa, le malattie più frequenti (18).

Il nostro campione, nonostante fosse costituito da persone interessate e coinvolte nel settore dell'immigrazione che avevano scelto di formarsi in modo specifico, risponde in modo esatto alla domanda sulla consistenza numerica degli immigrati regolari solo nel 50,6% dei casi e scende al 45,7% per gli irregolari. Il 35,7% sovrastima il

⁷ A questo proposito vedi l'interessante Tesi di Laurea di Aurora Lo Bue presso l'Università degli studi di Torino, Facoltà di Lettere e Filosofia - Corso di Laurea Specialistica in Antropologia Culturale ed Etnologia dal titolo “*Fare la differenza. Forme del pregiudizio in ambito sanitario*”. <http://www.nonsoloasilo.org/nsa/wp-content/uploads/2013/04/TESI-Aurora-Lo-Bue.pdf>

fenomeno e ciò diventa più evidente se ci si riferisce all'immigrazione irregolare con oltre 10 punti percentuale in più (il 46,8%). A fronte di una sovrastima complessiva del fenomeno, gli operatori hanno la chiara percezione che gli immigrati siano una popolazione sfruttata (segnalato dal 64% dei partecipanti tra i primi 3 problemi in ordine d'importanza), che manchino politiche d'integrazione adeguate (59%) e che siano in genere non tutelati (58%). Considerando solamente la prima risposta, le tre già segnalate sono ai primi posti ma complessivamente quasi un quarto degli operatori segnala come problema principale quello relativo alla delinquenza o alla prostituzione o alla droga.

Le aspettative relative al problema sanitario sono state testate chiedendo agli interlocutori di segnalare quale sia la malattia più diffusa tra gli immigrati in Italia, sottolineando proprio quella più frequente e non quella più grave: quasi il 60% degli operatori ritiene come malattia più frequente degli immigrati una attribuibile al gruppo delle malattie infettive, il 14% a problemi psichiatrici e solo il 26% a patologie comuni o da degrado in una popolazione sostanzialmente sana, la risposta esatta. Facendo un'analisi più attenta, salta agli occhi come la prima malattia rappresentata è la tubercolosi sia nella risposta più frequente con il 42,6% (3 volte più rappresentata delle due che seguono: bronchiti al 14,2% e depressione al 13,1%) sia nella somma delle prime tre risposte dove però l'aids e le malattie sessualmente trasmesse si affiancano alla bronchite ed alla

depressione. Come dire che se una malattia infettiva non è al primo posto, certamente lo è tra le prime tre.

Forse sorprende il ruolo attribuito alla depressione, malattia certamente grave e che potrebbe aprire tutto un altro campo interpretativo relativo al rapporto che si è sempre stabilito tra alterità e follia che non possiamo qui approfondire.

Nonostante questa disinformazione sui reali bisogni sanitari e con l'enfasi sulle malattie infettive, la difficoltà indicata dagli operatori nel trattare con un immigrato malato non ha quasi mai riguardato il rischio di trasmissione dell'infezione, d'altro canto ci troviamo di fronte a professionisti della salute, ma alla incapacità della comprensione linguistica e culturale; una implicita richiesta ad affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione in ambito formativo ma anche organizzativo e gestionale.

La teorizzazione delle osservazioni di campo trova conferma in questo studio empirico di oltre 10 anni fa, e ciò ci ha permesso di improntare percorsi formativi alla luce della consapevolezza di agire esplicitamente sui pregiudizi con un approccio trasversale e con collaborazioni interdisciplinari.⁸

⁸ Vedi il documento "Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate" prodotto nell'ambito del progetto finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, dal titolo "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del

“Leggere della sindrome di Salgari è stata una specie di rivelazione, il primo passo per affrontare la questione salute e immigrazione da un diverso punto di vista. Ho scoperto che le patologie esotiche non esistono, o quasi, tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese: sono una popolazione sostanzialmente sana. Perché dovrebbero essere affette da gravi malattie persone giovani, tra i 15 ed i 45 anni, che hanno il coraggio e la forza di affrontare il viaggio lungo e difficile? Più lungo è il viaggio, e più forte, fisicamente e psicologicamente, dovrà esserlo chi lo affronta. E allora niente Salgari: chi è malato non parte, e se parte si ferma, per sempre, nel deserto o nel cassone di un tir.

Chi riesce ad arrivare ha da offrire all’occidente le sue braccia, la capacità di lavorare, in nero naturalmente. Come è facile intuire, le malattie non saranno determinate dall’essere originario di un Paese lontano, non avranno nulla di esotico. Sono le patologie del degrado sociale, abitativo e lavorativo che gli immigrati sperimentano in Italia. Una malattia, reale o presunta, compromette il patrimonio di salute che l’immigrato ha da spendere nel mondo del lavoro e rischia di vanificare un progetto.

Allora si arriva al Naga anche per un raffreddore, il callo, l’unghia incarnita, quanto di meno esotico ed interessante possa esistere per

diritto alla salute di queste popolazioni” (0013205-P-16/04/2008).
https://www.simmweb.it/attachments/category/42/Documento_Indicazioni_metodologiche_relative_alla_Formazione_degli_operatori_sociosanitari_vers_del_15_03_2011.pdf

un medico. Ma io sono guarito, ho sconfitto la sindrome, e mi sforzo di ascoltarlo ripetendomi che sono, siamo, l'unica possibilità di cura per quella persona.

Se per curare gli immigrati servono caratteristiche particolari credo esse siano nell'atteggiamento mentale disposto a riconoscere e superare i pregiudizi di cui tutti siamo vittime inconsapevoli".⁹

La sindrome di Salgari sul piano collettivo e politico

Questo percorso in tre fasi (esotismo, scetticismo, criticismo) è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, anche su un piano collettivo e nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione ad esempio con la proposta di visite mediche all'arrivo, test obbligatori e screening indiscriminati per tutti gli stranieri (fase dell'esotismo). Un atteggiamento diverso ma egualmente inefficace è di contro l'estensione *tout court* della sanità pubblica agli immigrati senza tener conto di alcune situazioni che ne rendono spesso impossibile l'accessibilità e la fruibilità ai percorsi di salute come la debolezza complessiva di politiche d'integrazione, gli iter amministrativi complessi, la discrezionalità nell'applicazione delle norme, oltre che, a volte, la non leggibilità culturale (fase dello scetticismo).

⁹ Testo tratto da Nagazzetta, Sindromi. La testimonianza di un medico volontario del Naga, n. 15, marzo 2010

Quando, oltre 30 anni fa, in Italia si cominciò a parlare di medicina delle migrazioni, politicamente si affrontava il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie infettive anche ignorando i pochissimi dati di letteratura a disposizione e avendo una scarsissima esperienza diretta. In quegli anni (inizio anni '90) l'allora ministro della sanità, on. Francesco De Lorenzo, istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati e non è casuale che a parteciparvi fossero quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi (ed anche un veterinario!). In quella impostazione, certamente non dettata da speculazione politica, allora non c'era il dibattito acceso di oggi, intravediamo chiaramente l'azione della sindrome di Salgari come da noi definita.

Ma quelli erano anche gli anni dell'impegno, spesso nascosto, di centinaia di medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari in genere, che nel volontariato (19) ed in sparute strutture pubbliche particolarmente sensibili, cercavano di garantire il diritto alla salute sancito dalla nostra carta costituzionale e, in quel periodo, per legge negato e nascosto agli immigrati regolari o illegalmente presenti. (20)

Fu un periodo di scoperte, in particolare quella di trovarci davanti persone in buone condizioni di salute, provate nel fisico non dalla provenienza da una particolare area geografica o dal contatto con improbabili malattie esotiche ma dalle deboli, se non inesistenti politiche di accoglienza ed integrazione. L'effetto migrante sano si contrappose alla Sindrome di Salgari. Da una parte il processo di

selezione in partenza dell'immigrato per cui non parte chi sta male ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell'integrità fisica la condizione per inserirsi in un mercato di lavori rifiutati dagli italiani perché rischiosi o particolarmente faticosi; dall'altra le aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza. Dopo circa 20 anni di dibattiti e ricerche, a fine gennaio 2006, il ministro della salute di turno, on. Francesco Storace, rilancia la necessità di visite mediche per gli immigrati all'ingresso in Italia, dichiarando che ciò serve *“per verificare la loro condizione di salute ... non per cacciare chi sta male ma per curarlo”* (Il Messaggero 31 gennaio 2006). E inoltre, precisa l'on. Roberto Calderoli, ministro per le riforme del Governo Berlusconi, *“con la visita si evita che possano fare (nдр: gli immigrati) da veicolo per malattie infettive che da anni erano solo un ricordo dalle nostre parti e che, invece sono tornate in auge”* (La Stampa del 31 gennaio 2006). Sempre nel 2006, un altro ministro di un governo di diverso schieramento politico nel frattempo sopraggiunto, dichiara: *“Non è possibile eliminare i Cpt (nдр: Centri di permanenza temporanea, poi Centri di identificazione e espulsione – Cie, e oggi Centri permanenti per i rimpatri – CPR) e lasciare per la strada chi sbarca anche perché c'è un'emergenza sanitaria con casi di lebbra, tbc e scabbia”* (Corriere della Sera del 28 settembre 2006) ed ancora: *“Non possiamo mica lasciare su una strada chi sbarca da un barcone. Li dobbiamo accogliere. E li dobbiamo anche visitare. Sono un pericolo sanitario. Serve una verifica.*

È gente povera che viene da paesi poveri, dove la sanità è modesta e dove ci sono malattie come la scabbia o la tubercolosi” (La Stampa del 28 settembre 2006).

Sindrome di Salgari o posizioni ideologiche?

Nelle ultime dichiarazioni dell'allora ministro dell'Interno Giuliano Amato si può leggere almeno un pò di confusione: i Cpt/Cie/Cpr non sono centri d'accoglienza ed anche definire un'emergenza sanitaria per le malattie citate che non hanno certamente avuto impatto significativo in termini di sanità pubblica. È probabile che il pregiudizio, che abbiamo visto essere *bipartisan*, abbia condizionato quelle affermazioni. Ma forse sono le ultime così connotate in quanto da allora si apre una stagione di vero e proprio scontro politico sul tema dell'immigrazione: il governo successivo predispone il cosiddetto “pacchetto sicurezza”, poi si incrementa il fenomeno degli sbarchi e progressivamente tra aperture (pensiamo all'operazione *Mare Nostrum*) e chiusure (pensiamo agli accordi con Turchia e Libia) si arriva ad oggi. La salute degli immigrati, sempre più identificati con coloro che sbarcano in Italia dimenticando i 5 milioni di residenti in maggioranza europei, è anch'essa frequentemente terreno di contrapposizione politica con i mass media schierati che ne amplificano e condizionano i contenuti:

“Dopo la tbc, il vaiolo. Allarme Italia” (Il Tempo, 1 luglio 2014);

“Grillo: Clandestini vanno rispediti a casa e per i migranti visita medica obbligatoria. Basta tabù, via i clandestini sui barconi. Rischio malattie” (La Repubblica, 21 ottobre 2014);

“Allarme Ebola e casi di scabbia. I rischi sono concreti” (La Padania, 25 ottobre 2014);

“Vagava nei giardini. Clandestino fermato. Aveva la scabbia” (Il Gazzettino 12 dicembre 2014);

“Allarme tubercolosi: un immigrato su due è infetto” (La Nazione, 6 giugno 2015);

“Nigeriano morde poliziotto. Vietato sapere se è ammalato” (il Tempo 26 ottobre 2016);

“Meningite. Scoppia il caso immigrati” (Il Tempo, 31 dicembre 2016);

“Migranti, la denuncia al governo: c'è il rischio Aids tra i nigeriani” (Il Tempo, 17 luglio 2017);

“Dopo la miseria, portano le malattie: immigrati affetti da morbi letali diffondono infezioni. Basta una zanzara che punge un malato e poi uno sano e quest'ultimo muore” (Liberò, 6 settembre 2017).

Sono anche pubblicate notizie veritiere e rassicuranti ma non basta se si notano i commenti e le risposte ai vari articoli nelle testate on line¹⁰.

¹⁰ Impegnati in un continuo monitoraggio della stampa citiamo in particolare l'Associazione Carta di Roma (www.cartadiroma.org) fondata nel dicembre

E questo è un paradosso in quanto oggi abbiamo tante informazioni, tanti studi, tante evidenze che ci dicono il reale impatto dell'immigrazione sulla salute collettiva¹¹; è il periodo in cui abbiamo anche più strumenti per una adeguata *governance* sanitaria (21), con risorse e competenze diffuse¹².

La scelta fatta dall'Italia ormai oltre 20 anni fa di garantire a tutti gli immigrati, anche coloro in condizione di irregolarità giuridica, accesso ai servizi sanitari in forma ordinaria e che ha visto nel tempo migliorare le condizioni di salute degli stranieri (22) e non verificarsi mai un allarme di tipo sanitario se non piccolissimi e non gravi focolai ben gestiti e delimitati (23 e 24), pare non abbia inciso sul pregiudizio che in alcuni casi è diventato sistema.

2011 per dare attuazione al protocollo deontologico per una informazione corretta sui temi dell'immigrazione e l'Associazione Lunaria che periodicamente pubblica un libro bianco sul razzismo in Italia (www.cronachediordinariorazzismo.org)

¹¹ Rapporto Osservasalute. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Prex SpA. Milano. Dal 2005 ogni anno contiene un capitolo dal titolo Salute della popolazione straniera. <http://www.osservatoriosullasalute.it/rapporto-osservasalute>

¹² Pensiamo ad esempio alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM – www.simmweb.it) o all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP – www.inmp.it)

Conclusione

Come operatori della salute è necessario promuovere la comunicazione di messaggi efficaci, rigorosamente provati, contrastando facili sensazionalismi spesso legati a esperienze limitate e parziali, consci che informazioni sbagliate o non sufficientemente chiare, vanno a rafforzare quei luoghi comuni che possono strutturare pregiudizi anche tra il personale sanitario che, come circolo vizioso, a sua volta confermano specifici pregiudizi nell'intera popolazione e nella classe politica.^[1] Ci sembra un presupposto indispensabile per abbattere o meglio contenere i pregiudizi in un ambito “fisiologico” evitando “i comportamenti ingiusti” che essi possono produrre (25).

Salgari ha vissuto un'esistenza faticosa e, per alcuni versi, drammatica, ma oggi i suoi personaggi popolano con serenità la fantasia di ognuno di noi. La sindrome che porta il suo nome vogliamo che sia monito per rendere meno faticosa la vita di una umanità in cammino che popola da protagonista la nostra quotidianità.

Bibliografia

AA.VV. “Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat”. Supplemento monografico. *Epidemiol Prev* 2017; 41(3-4). doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066

- Affronti M, Geraci S. “Falsi allarmismi sanitari all’arrivo dei migranti”. In Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fond. Migrantes, Sprar. Roma, 2015, 48:53
- Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. “Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?” *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 57-63. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066
- Berlinguer G. “La salute globale”. In *Bioetica quotidiana* di Berlinguer G. Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 2000
- Colasanti R, Geraci S. “I livelli di incomprendione medico-paziente migrante”. In: Geraci S, eds. *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto: Perì Tecnés, 1995; 81:89
- Colasanti R, Geraci S. “Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale”. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990; 83:89
- Colasanti R. “Antropologia medica e medicina delle migrazioni”. In *Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni* a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992; 41:46
- Colasanti R. “Considerazioni sulla medicina dei migranti”. In *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma: Ed. Lavoro, 1991; 5:20
- Diasio, N, Geraci, S. “L’angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero”. In: M. Delle Donne, eds. *Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma: EdUP, 1998; 311:322

- Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. “Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri”. *Studi Emigrazione* 2005; 157: 87-103
- Geraci S, Colasanti R. “Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione e.c. in Italia (medicina e migrazioni)”. In *Quaderni di Azione Sociale*, anno XXXVIII, n. 91, 1993; 58:76
- Geraci S, Eugeni E, Baglio G. “Migrazione e salute: evidenze e policy per un'azione di sistema”. In *Immigrazione Dossier Statistico 2017. Centro Studi e Ricerche Idos*, 2017; 239:244
- Geraci S, Marceca M, Del Vecchio R. (a cura di) “Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale. Numero monografico di *Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità*”. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- Geraci S, Marceca M. “Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato”. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia per i servizi sanitari regionali*, n. 18, Roma, 2006; 26:45
- Geraci S. “L'esperienza del Poliambulatorio Caritas A.S.F.R. nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati clandestini a Roma (1983-90)”. In *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Atti dell'omonimo Congresso Internazionale. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992; 135:158*
- Geraci S. “La sindrome di Salgari ... 20 anni dopo”. In *Janus. Medicina: cultura, culture. Numero 21, primavera 2006. Sanità meticcias, Zadigroma Editore; 21:29*

- Geraci S. “Ruolo della SIMM per l’assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy”. In *Sistema salute*. Volume 61, Numero 3. Luglio-settembre 2017. Cultura e Salute Editore Perugia. 2017; 15:28
- Marceca M, Geraci S, Baglio G. “Immigrants’ health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level”. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9 (3): e7498-1-e7498-11
- Marceca M, Geraci S. “Immigrazione e salute. In *La salute in Italia. Rapporto 1997*” a cura di M. Geddes e G. Berlinguer, EDIESSE, Roma, 1997; 169:200
- Marceca M, Geraci S. “Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute”. In *Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*. Edizioni ETS, Pisa, 2008; 286:294
- Marceca M. “Migration and Health from a Public Health Perspective”. In Muenstermann I ed. *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*. Rijeka: Intech, 2017:103-27. <http://dx.doi.org/10.5772/67013>
- Mazzetti M, Aragona M, Monti M.C. “Immigrazione e salute mentale nell’Italia del 2016”. In *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fond. Migrantes, Sprar. Roma, 2016, 267:286
- Mazzetti M. “Il dialogo transculturale in medicina”. In: Geraci S, eds. *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000; 231:243

Mazzetti M. “Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d’aiuto”, Carocci, Roma, 2003

Riccardo F, Napoli C, Bella A, Rizzo C, Rota MC, Dente MG, De Santis S, Declich S. “Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to an influx of migrants from North Africa to Italy, May to October 2011”. *Euro Surveill.* 2011;16(46):pii=2016

I PREGIUDIZI DEL TRAUMA

1: Il tempo. Gli orologi di Dali

Emilio Vercillo, Maria Guerra – SAMIFO

Introduzione

Esiste un pregiudizio contro il pregiudizio. Non solo il concetto riceve una connotazione negativa, nel senso di ‘giudizio falso’, ma anche viene in qualche modo costretto in un ambito puramente morale nel linguaggio non tecnico (insieme al suo fratello ‘giudizio’). Eppure anche gli illuministi, nemici giurati del pregiudizio, devono ammettere con Voltaire che esistono dei *préjugés légitimes*. In effetti il pregiudizio si costituisce in sé solo come “un giudizio che viene pronunciato prima di un esame completo e definitivo di tutti gli elementi obiettivamente rilevanti” (Gadamer 1960). È questo stesso autore a sottolineare come siano proprio i pregiudizi a definirci come uomini, cioè esseri appartenenti a un contesto storico-sociale da cui mutuiamo valori e credenze: “non tanto i nostri giudizi quanto i nostri pregiudizi costituiscono il nostro essere”. Del valore e ruolo del pregiudizio come motore del metodo scientifico ha trattato per esempio Popper, per il quale dietro ogni giudizio scientifico esiste un pregiudizio, sottoposto alla verificabilità - o falsificabilità, come si esprime l’autore - tramite le prove adeguate.

Il valore del pregiudizio, nella accezione di cui sopra, risulta ancora più evidente nel dominio dell'evoluzione biologica. È il campo del *bias adattativo*, studiato ad esempio dalla Error Management Theory (Haselton & Buss 2003): il cervello si è evoluto privilegiando la capacità di ragionamento focalizzato sull'adattività, piuttosto che sulla veridicità o 'razionalità'. Vale a dire in questo caso che l'evoluzione ha privilegiato di fronte a una situazione di incertezza *l'economicità* del processo di decisione, piuttosto che focalizzarsi sul ridurre semplicemente gli errori cognitivi. Se devo acquisire tutte le prove che mi diano la certezza che quelle macchie gialle su sfondo verde percepite dal mio campo visivo siano una tigre, è probabile che finisca bellamente divorato: meglio sbagliarsi per eccesso di cautela, che di precisione. Difatti secondo Haselton e Buss (2003) i vantaggi di un pregiudizio adattativo sarebbero stati evolutivamente selezionati in casi in cui:

1. La decisione deve avvenire anche se in condizioni di problematico rilevamento del dato (incertezza, non chiarezza, dubbiosità nella situazione in cui operare)
2. Un tipo dato di soluzione al problema è risultato evolutivamente utile nella maggior parte dei casi precedenti nella vita del gruppo (o del singolo; una sottovariante operante nel nostro campo e per il nostro tema è: la soluzione X è risultata utile nella esperienza antecedente del soggetto traumatizzato)

3. Il rischio o le conseguenze di un “falso positivo” (o di un falso negativo) sopravanzano abbondantemente quelli della scelta contraria.

Non si pensi d'altronde che uscendo fuori dal compito evolutivo della *sopravvivenza* (il settore che ovviamente è di principale interesse per la psicotraumatologia, visti gli elementi neurofenomenologici in ballo nella sintomatologia traumatico-dissociativa), il ruolo importante del pregiudizio cambi, avviandosi la nostra ragione verso campi pianeggianti e limpidi in cui la verità provata vera venga facilmente riconosciuta come tale. È dell'aprile 2017 il libro di Hugo Mercier e Dan Sperber “The Enigma of Reason”, in cui gli autori con giusti argomenti puntano il dito sul principale obiettivo evolutivo dei primati (e non solo): riuscire, appoggiandosi al sistema cooperativo, a mantenersi in coesione nel gruppo, e manipolare l'ambiente co-specifico a proprio favore. La Ragione, nell'ottica di questa finalità, non è apparsa nella storia della specie come Pensiero critico (basato su provabilità - evidence - chiarezza e precisione), o come mezzo per sciogliere problemi astratti con logico rigore, bensì per risolvere problemi legati allo stare in gruppo, e quindi “giustificare le nostre convinzioni ed azioni di fronte agli altri, convincerli tramite argomentazioni, e valutare le giustificazioni e le argomentazioni che gli altri indirizzano a noi” Mercier H., Sperber D. (2017). Una Ragione che nasce quindi dalla *retorica*, e con propositi manipolativi sociali. Se si accetta questa teoria, la ragione scientifica è un punto di vista evolutivo ovviamente in sé meno vincente evolutivamente, ed è

sostanzialmente anti-naturale, come gran parte delle migliori buone produzioni umane. Infatti la ragione scientifica non ha espansione come pratica al di là di gruppi limitati di soggetti umani peculiari e in contesti dati, non è patrimonio dell'intera popolazione della specie, e fa fatica a diffondersi al di fuori dei sottogruppi specifici.

Questa deriva del discorso esula ovviamente dal tema di questo lavoro, ma quello che è importante verificare è se quello che nell'ambito della specie si è dimostrato adattativamente vincente, risulti poi nel singolo adeguato comunque alla situazione con cui si confronta. È infatti questo il caso del gruppo di pre-giudizi che marciano la modificazione della lettura del mondo nelle condizioni post-traumatiche. Ribadiamo che usiamo il termine pregiudizio per indicare quello che in altri contesti e autori è stato pensato nelle categorie dei pre-supposti, preconcezioni, ipotesi; forme a priori cioè dell'avvicinarsi al mondo che necessitano di una datità, di una realizzazione per farsi quindi pensiero o atto in un individuo.

Le forme a priori della conoscenza, i pregiudizi formali con cui leggiamo la nostra esistenza risultano infatti modificati in maniera sostanziale dall'esperienza traumatica, e influenzano i modi in cui il soggetto affetto da patologia post-traumatica legge la propria esistenza.

In una versione estesa in inglese (in via di pubblicazione sull'European Journal of Trauma & Dissociation) viene presa in esame questa modificazione seguendola secondo vari assi, o temi;

vedremo come il vissuto del tempo, dello spazio, del proprio corpo, del concetto di sé, o del mondo -soprattutto il mondo delle relazioni umane - vengano modificati, tanto da rendere l'esistenza del paziente post-traumatico non collimante con la nostra, illustrandola con esempi tratti dalla nostra pratica con i richiedenti asilo. In questa versione ridotta saranno presi in esame solo i pregiudizi alterati sul tempo.

Il testo di cornice per questo articolo è il ricchissimo libro di Frewen e Lanius (2015), che inserisce la fenomenologia clinica post-traumatica nella corrente di ricerca neuroscientifica, e ha il pregio di ordinare i fenomeni clinici in un gradiente per ognuno di loro, lungo una scala che a partire da una sintomatologia non dissociativa va fino al versante dissociativo (fig.1); i preconcetti sul sé possono ad esempio andare da una serie di idee negative su se stessi, fino alla compartimentazione dissociativa della persona in vari Sé più o meno autonomi e separati (il soggetto sente di avere dentro di sé più

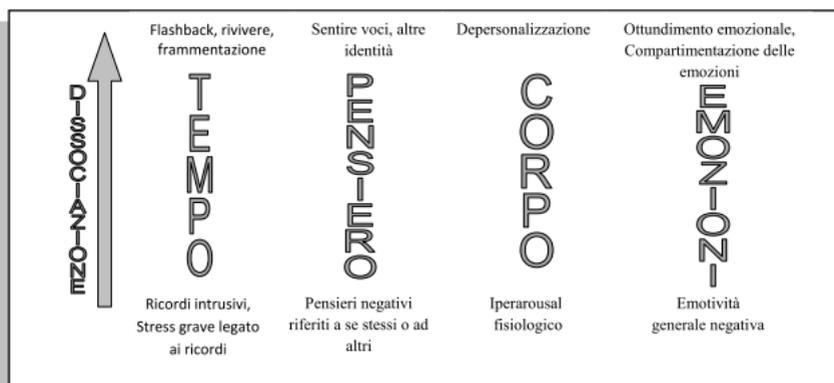


Figura 1
da Frewen, Lanius 2015 modificato

persone), o il vissuto del tempo andare dall'idea che il tempo personale si sia interrotto al momento del trauma, fino al ripresentarsi ciclico dell'evento come nella complessa sintomatologia allucinatoria dei flashbacks. Useremo pertanto la stessa impostazione per connettere i pregiudizi dell'esperienza dei pazienti post-traumatici dell'uno e dell'altro versante.

Si tratta ovviamente di una disamina delle forme dell'esperienza post-traumatica che precede qualsiasi definizione diagnostica, delle *trasformazioni* riscontrabili in tutti i soggetti con patologia post-traumatica, di qualunque tipo di patologia si tratti. Uno sguardo fenomenologico insomma, puramente di semeiotica, ma utile per il lavoro successivo di inquadramento, e anche per l'utilizzo di accorgimenti tecnici particolari mirati al tipo di preconetto nel corso della terapia, indipendentemente dalla strategia terapeutica generale.

PREGIUDIZI SUL TEMPO (E SULLO SPAZIO¹³)

Che la nostra coscienza del tempo sia una cosa separata dal tempo fisico, quello scandito dall'orologio, è una constatazione che da William James a Eugène Minkowski ha ricevuto l'importanza dovuta. Modernamente Tulving (2002) ha coniato il termine

¹³ Nel caso dei nostri pazienti richiedenti asilo avviene in effetti che i fenomeni patologici che alterano la percezione e il vissuto del tempo viaggino in contemporanea con la coscienza spaziale, l'*allora* o l'*adesso* si muovono in contemporanea al *lì* o al *qua*.

chronesthesia per indicare proprio il senso del tempo soggettivo, o tempo vissuto.

Di fatto di tutte le forme in cui si cala a stampo il nostro vivere quotidiano, il tempo è forse la più scontata, la più ferrea, il pregiudizio da cui meno si può prescindere per organizzare l'esperienza. Farne a meno, alterare questo stampo in cui si cala la nostra esperienza - sto vivendo adesso, e solo in questo adesso - infatti dà origine alle storie più perturbanti nella letteratura e nella fantascienza, nelle numerose varianti dei giochi sul tempo; facendo una comparazione con la corrispettiva alterazione della normale forma d'esperienza nello spazio - 'sono qui, e solo qui' - non si generano possibilità narrative altrettanto inquietanti. Se immaginiamo quindi una realtà in cui sia scompagnato il nostro senso, la nostra pre-concezione del tempo, ci rendiamo conto che viene sconvolta tutta la nostra organizzazione della coscienza, e che è impossibile strutturare la nostra esperienza quotidiana. Infatti è questo quello che accade a quei nostri pazienti rifugiati che si trovano davanti -oltrechè a tutti i problemi pratici e culturali di adattamento- all'impossibilità di gestire l'esperienza attuale, in questo scombinamento dei piani temporali che vivono.

Ma quali sono le caratteristiche principali del nostro sperimentare nel tempo, come si compone il pregiudizio abituale della nostra esperienza *nel* tempo? Le dimensioni principali del tempo vissuto vengono descritte secondo le caratteristiche di velocità, direzione e continuità del nostro tempo. Il tempo può essere (1) più rapido o

lento, secondo il contesto emozionale del momento che viviamo; (2) possiede comunque una direzione, non si ripete, sappiamo che alle spalle c'è un *passato* che inevitabilmente procede verso un *futuro*; e (3) questa marcia non viene fatta a balzi, ma è un fluire continuo, veloce o lento che sia. O almeno questo è quanto accade nell'esperienza normale.

Il trauma modifica queste dimensioni, nel senso di (1) dilatazione o contrazione del tempo, (2) impressione di rivivere un evento - un tempo bloccato o circolare -, e (3) discontinuità temporale.

VELOCITÀ: DILATAZIONE O CONTRAZIONE

Si tratta della modificazione più comprensibile. Infatti anche nella nostra esperienza, e in dipendenza dai vissuti emotivi, viviamo il tempo con velocità differenti: un evento sgradevole appare non finire mai, una situazione piacevole vola via in fretta. Un orologio interno regola la velocità del battito che scandisce gli eventi che viviamo, può accelerare - e sentiremo l'evento più lungo, il tempo si rallenta -, o rallentare - e il tempo dura meno, si accelera. Gli studi mostrano che la durata media di quello che definiamo 'adesso' è di un paio di secondi (Pöppel 2004, in Frewen & Lanius 2015), ed a questa unità vengono come un quantum riferiti tempi maggiori o minori. Gli stati di hyperarousal o di hypoarousal (che sono una determinante dei sintomi post-traumatici) alterano la frequenza del battito del tempo interno, e con questo accelerano o rallentano il nostro senso del

tempo (Gil & Droit-Volet 2012). D'altra parte la psicopatologia del tempo vissuto è stata da molto tempo studiata per le patologie che hanno proprio nella velocità del vissuto e dell'agire il loro nucleo principale: la mania e la depressione vera (o endogena, melancolia).

Sono stati 3 giorni ma sono passati 3 anni

Ève è una giovane donna congolese, che si trova in mezzo a problemi politici per via di suo marito (un matrimonio forzato): militare, viene usato in qualche azione non pulita dal governo, e poi deve scappare. I militari lo cercano a casa, ma trovano solo E. e il di lei fratello, andato a visitarli. Le violenze fisiche e sessuali sui due iniziano a casa, ma si accentuano nei tre giorni di detenzione di E., prima che un conoscente la aiuti a scappare dall'ospedale dove è finita per quello che le hanno fatto. All'inizio, per i vissuti riportati il terapeuta aveva inteso che la paziente aveva subito una detenzione lunga, oltre che traumatica. Solo in seguito fu chiaro (col rischiararsi delle condizioni di coscienza della paziente) che era durata 3 giorni, ma per esplicita dichiarazione di E. 'erano stati come 3 anni'.

Citiamo il caso di Ève per mostrare che l'esperienza della dilatazione del tempo può estendersi ben al di là del momento stesso in cui si sta vivendo il trauma, visto che questa modificazione temporale è causata lì dallo stato di iperattivazione. Questa alterazione può essere osservata ad esempio anche nella nostra esperienza di un incidente automobilistico, in cui l'evento di durata brevissimo appare scomporsi in molti attimi, andare al rallentatore anche nella memoria, permettendo a volte una reazione adeguata a far fronte a quanto sta accadendo: è probabile che alla base di questo fenomeno

esista un fattore evoluzionisticamente favorevole alla sopravvivenza. Va detto però in linea generale che uno dei pochi fattori con valore predittivo sullo sviluppo di un PTSD in seguito a un trauma è proprio il rilevamento di fenomeni dissociativi peritraumatici, tra cui quello menzionato; rispondere in termini positivi agli item riguardanti le alterazioni temporali nel momento del trauma nei test appositi costituisce un indice affidabile di allarme per PTSD futuro.

In casi consimili a quello di Ève invece tale alterazione del pregiudizio sul tempo si estende per un periodo ben lungo, costituendo una esperienza facilitatrice di alterazioni della coscienza di tipo dissociativo di lunga durata.

Il tempo si è fermato

Marie è un'altra giovane donna congolese, che facendo parte dell'etnia di un ex-presidente viene presa nel corso di una manifestazione politica nella capitale, e inviata in un carcere non ufficiale, praticamente un campo di sterminio per tutti quelli che vi entrano. Lì rimane 9 mesi, come scoprirà dopo. Le giornate sono scandite dai quotidiani stupri da parte dei carcerieri (sotto effetto di droghe), e quando M. sanguina troppo per poter essere presa, le viene comminata una dose diaria di percosse. Ogni giorno la porta si apre, e di fronte alle scheletrite ospiti delle celle viene letto il nome di quelle da portare via, e che non torneranno mai. Quello è l'unico momento in cui il tempo si ravviva per l'allarme ('stavolta sarò io?'), gli altri momenti (violenze incluse) spariscono in una uniformità che li rende indistinguibili e li appiattisce in un tempo senza tempo. Quando in questo spazio di vita sospeso, segnato solo dal pensiero di quando e come finirà la vita, irrompe un evento che la salva -

proprio nel momento in cui è avviata alla sua fine- dovrà passare ancora molto tempo prima che M. possa dire in che giorno dell'anno si trova, e quanto tempo ha passato nel carcere.

L'esperienza di perdita del tempo di Marie è comune nelle situazioni carcerarie o di lunghe prigionie, e il suo scopo ai fini della sopravvivenza risulta chiaro. Si può discutere se si tratta di una alterazione della velocità del tempo, accelerato tanto da scomparire come sequenza di eventi, o piuttosto di un suo fermarsi, del suo cessare di esistere, di essere entrati in uno spazio di atemporalità ('non succede nulla'...!!) in cui l'unico pensiero è quando tutto finirà, in un modo o in un altro (per M. era 'quando e come morirò?'); in questo ultimo senso tale concetto del tempo ha diritto di rientrare di più nelle alterazioni della *continuità* del tempo, nel 3° tipo di alterazioni delineate in precedenza.

Di sicuro lo stato di alterazione in questi casi è una permanenza in hypoarousal (diversamente da quello descritto nel paragrafo precedente), una ipoattivazione prolungata che di fatto crea danni più permanenti e cronici. Non è infrequente per noi vedere nel nostro servizio in Italia tale tipo di pazienti rallentate, iporeattive, distaccate, e 'strane', che corrisponde al vissuto "il tempo si è fermato" –come sono in grado di descriverlo solo dopo che un lavoro di stabilizzazione ha migliorato lo stato di coscienza.

Per quanto sopra scritto, consideriamo **solo le esperienze di rallentamento** del tempo o di atemporalità come **sintomi dissociativi**,

comportando queste un'alterazione di coscienza persistente e di notevole entità.

DIREZIONE: TEMPO CIRCOLARE O BLOCCATO

È il capitolo in cui rientrano i fenomeni di *flashbacks* o *reviviscenza*, il fenomeno più vistoso del PTSD, nel sottotipo dissociativo. In questi casi la concezione direzionale del tempo è alterata, non c'è un *passato* nettamente separato dall'*adesso*. Si badi bene: non ci si riferisce alle conseguenze sull'*adesso* del passato, alla sua ombra, ma al fatto che il paziente **viva** ora il suo passato. Il tempo diviene così un tempo *circolare*, in cui il passato ritorna immodificato inserendosi nel presente e scalzandolo, o un tempo *bloccato*, in cui non procede innanzi nella mente del soggetto, restando questi impantanato *allora e lì*.

È a questo proposito che è necessario operare una chiara distinzione tra ricordi stressanti e intrusivi da una parte, e *flashbacks* dall'altra. I primi sono comuni in questi pazienti traumatizzati; difatto sono comuni anche nella nostra esperienza normale quando affiorano nella nostra mente eventi negativi o perdite, in maniera ripetitiva, ma con la chiara coscienza della loro natura di ricordi, di fatti accaduti in un tempo passato, che non si sta ripresentando nel momento in cui lo rammemoriamo: non esiste quindi un'alterazione della coscienza, un sintomo dissociativo. La costruzione dell'esperienza, per quanto doloroso sia ricordare, non è scalfita, è integra. Difatto quando in

psichiatria parliamo di alterazione di coscienza non ci riferiamo solo a quelle categorie di sintomi che un anestesista o un neurologo normalmente considera (alterazioni di vigilanza e orientamento), ma alla capacità più importante della coscienza: integrare in un insieme coerente l'esperienza. Ricordi di eventi traumatici che intrudono indesiderati nella coscienza, e che causano emozioni intense *congrue con il momento del ricordo*, con noi stessi situati a noi stessi nel qui ed ora in cui ricordiamo, possono essere spiacevoli, invalidanti e disturbano il procedere della nostra vita, ma non sono flashbacks, non sono sintomi dissociativi. Laddove invece cambia la preconcezione del tempo, ecco che abbiamo davanti un sintomo di valore dissociativo.

È importante sottolineare che anche gli incubi notturni tipici in un PTSD non hanno valore di alterazione di coscienza, e **non** sono equivalenti dei flashbacks, se il soggetto una volta sveglio recupera in un tempo ragionevole le coordinate del qui-ed-ora¹⁴. Va comunque annotato che per il DSM flashbacks e incubi notturni vengono considerati equivalenti, a dispetto del pensiero psicopatologico.

Sono di nuovo in quel tempo lì

Mariama è una ragazza Senegalese che ha vissuto un'esperienza traumatica legata a più episodi di violenza sessuale durante il viaggio di fuga dal paese in Italia. M. era stata affidata ad un

¹⁴ Diversi sono quegli incubi che innescano un prolungato periodo crepuscolare onirico o oniroide di flashback

uomo che avrebbe dovuto aiutarla e proteggerla e invece ha abusato di lei. Durante gli incontri era sempre apparsa sofferente, triste, riferiva disturbi del sonno incubi ricorrenti, pianti improvvisi, basso tono dell'umore, pensieri intrusivi. Dopo alcuni mesi di terapia nei quali non erano mai emersi sintomi dissociativi, durante la visita medico legale, quando aveva dovuto denudarsi per mostrare le ferite, improvvisamente è scivolata in un altro tempo, il tempo della violenza. Per circa mezz'ora non era più nel presente, non riconosceva più le persone che da mesi la curavano, era di nuovo in quel tempo lì, stava rivivendo la violenza a volte immobilizzandosi, a tratti piangendo disperata. Solo quando la violenza è terminata in quel tempo lì M è potuta ritornare in questo tempo presente.

L'episodio di flashback è esperienza comune nel lavoro con i richiedenti asilo, e nella forma tipica il soggetto si distacca dal contesto attuale per rivivere letteralmente come un sogno da sveglia quanto gli è accaduto; il contesto che lo circonda viene interpretato all'interno di questa esperienza pseudoallucinatoria complessa, e la responsività agli stimoli reali è a volte soppressa. Non è inutile sottolineare la necessità medica di distinguere tali episodi da crisi epilettiche, e altri stati confusionali acuti per cause organiche o tossiche: spesso esiste un pregiudizio interpretativo del professionista che segue un bias basato sulla popolazione in oggetto, o l'esistenza di storie traumatiche: avere una storia di traumi non esime dal poter avere una malattia medica, o dall'abuso di droghe o alcohol che alterino la coscienza (anzi...).

Vivo in due tempi differenti

Angèle ha vissuto numerose violenze personali da parte di militari (“quelli che erano lì per proteggerci”), ed ha assistito al massacro della famiglia dello zio ad opera dei ribelli. Mentre aspettava nella sala d’attesa del servizio, nel pomeriggio di visita della ginecologa, osserva delle donne incinte, che le fanno da trigger, essendo la zia incinta quando fu sgozzata dai ribelli. Entrando nello studio il corpo rigido, lo sguardo fisso e le mani che si tormentano, insieme con una reattività ridotta alle domande rendono evidente il suo trovarsi in uno stato di alterazione di coscienza. E in effetti A. (che ha buone capacità personali cognitive) riesce con precisione a descrivermi quello che sta vivendo. Vede e sente me e il mediatore, ma allo stesso tempo vede la scena cui si trovò davanti a casa dello zio tornando dalla chiesa (motivo per cui si salvò): soprattutto il corpo della zia in terra, il colore e l’odore del sangue intorno. Le due scene sono come sovrapposte l’una all’altra, come per piani trasparenti (nel caso di un altro paziente la visione della moglie morta si proiettava alla mia destra, nello spazio di campitura libera del muro). Per tentare di riportarla nel presente le chiedo di far caso a tutte le cose di colore giallo che osserva nella stanza e nominarle, ma è in difficoltà: il tavolo, i muri, la poltrona che sono gialli li vede invece bianchi. Le chiedo di che colore sia la giacca che indossa; rimane stupita: sa che è blu, ma la vede nera! La scena del piano dissociativo è quindi a vividi colori, e quella del presente in bianco e nero; solo quando gli elementi del presente hanno potuto acquisire per lei la vividezza del colore è stata capace di rientrare dal tempo passato.

Non bisogna infatti immaginare che il flashback sia ogni volta un totalizzante stato crepuscolare che sottrae al presente, un tempo che ritorna in maniera esclusiva: il paziente può pensare infatti di vivere *contemporaneamente* nei due tempi. E può essere in qualche modo

tanto abituato a questa contemporaneità da non comunicarlo o rivelarlo alle persone intorno. Rapidi cambi nel discorso, apparire improvvisamente distaccato, modificazioni repentine della mimica, irrigidirsi della postura, ripetitività nelle parole o nel discorso, alzarsi d'improvviso per uscire: sono tutti indicatori del fatto che il paziente sta vivendo in più tempi.

Mentre guardo l'agenda per fissare il prossimo appuntamento (dopo una seduta in cui l'atmosfera era stata di collaborazione, fiducia, e il paziente aveva manifestato la sua gratitudine per come dopo tanto tempo si sentiva in terapia), Abdul (un africano con una storia di schiavitù dall'infanzia) strabuzza gli occhi con una espressione terrorizzata. Lo chiamo un paio di volte, prima che ritorni, e solo con ritrosia mi dice che al posto del mio viso ha visto quello del bianco responsabile della sua condizione, l'arabo, suo padrone per una vita.

Fa freddo, un freddo mortale

Yawa è una ragazza Togolese vittima di numerose violenze da parte del suo datore di lavoro e di violenze e torture da parte di coloro che avrebbero dovuto difenderla e tutelarla in seguito alla denuncia da lei fatta alle locali forze dell'ordine. Già durante i primi colloqui era evidente lo stato di grave malessere che non permetteva a Y. di raccontare e raccontarsi. Le crisi dissociative a tipo flashback (a volte totali, a volte parziali –con co-coscienza del presente-) seguivano ogni tentativo di raccogliere informazioni anche relative al qui e ora, crisi dissociative che continuavano fuori dalla stanza di terapia e a volte iniziavano sulle sedie della sala d'aspetto. Durante uno di questi episodi, mentre ricordava i giorni in cui era chiusa in una cella piccola,

buia e freddissima Y. ha incominciato a tremare , si è seduta per terra in un angolo rannicchiata: sapeva di essere qui a Roma, all' "hopital", così definisce il nostro Centro, ma il suo corpo era in quella cella e sentiva lo stesso freddo.

Consideriamo equivalenti di flashback (in quanto alterazione della coscienza del tempo) anche l'affiorare improvviso di emozioni *non congrue con il momento attuale in cui la persona ricorda*, o sintomi somatici con lo stesso valore di rivissuto nell'adesso di avvenimenti passati, in quanto si tratta di emersioni *parziali* nel presente di tali eventi. Il valore psicopatologico dissociativo in questi casi è anche raddoppiato dal fatto che una parte del Sé è nel presente, ma un'altra rivive.¹⁵

Per quanto attiene alle preconcezioni del **tempo bloccato**, esse appartengono (quando non si tratta dei casi esposti in precedenza di **atemporalità**) al versante non dissociativo della sintomatologia, indicando una credenza di fondo in cui la vita e il tempo del soggetto non hanno modo di procedere **per motivi d'umore, affettivi** (e non per un pregiudizio causato dall'alterazione della percezione del tempo), a causa del cambio repentino di prospettiva vitale originato dal trauma.

Posso solo attendere la morte e quello che verrà dopo

Fatima è una donna Oromo, una etnia perseguitata da sempre nell'Etiopia. Vive in Italia da abbastanza anni da parlare bene la lingua, e ha vissuto una esperienza marginale e semischivata come badante in una famiglia, fino alla morte

¹⁵ Cfr. anche infra sulle alterazioni del corpo

della signora che assisteva. Da allora vive senza pretese, con una florida sintomatologia post-traumatica, e i suoi modi infantili di parlare e muoversi, che generano sorpresa per il contrasto a volte con il contenuto dei suoi discorsi. Si è stabilizzata soprattutto mantenendo una distanza da ogni possibile avvicinamento interpersonale, per questo anche l'offerta di terapia le risulta destabilizzante (nonostante le sia stato chiarito che non si parlerà dei suoi traumi) per un motivo relazionale. Ha preferito vivere in uno stabile occupato, piuttosto che nelle situazioni abitative che le sono state offerte in centri o residenze: lì può continuare una esistenza anonima per quanto possibile, ricorrendo alle relazioni per quello che possono esserle utili, ma senza coinvolgersi troppo. In una delle sedute esplicita con chiarezza la sua necessità di non muovere il tempo, e la convinzione senza emozione che niente può cambiare, che la sua vita è "la disgrazia che è", e l'unica speranza può averla nella decisione di Allah nel dopo vita.

CONTINUITÀ: IL TEMPO SCOMPARE

Il fluire lento o rapido del tempo forma nella nostra coscienza il senso di una continuità senza fratture, neanche quando la nostra distrazione o l'aver la testa altrove ci sottraggono dei periodi: rimaniamo con il senso che a dispetto della nostra poca mindfulness la nostra vita abbia continuato a scorrere da un istante e da un minuto all'altro.

Invece nei pazienti dissociativi la linea continua del tempo viene fratturata in corrispondenza di buchi, lacune della giornata (anche della durata di varie giornate), in cui appare che il tempo sia come uno di quei fiumi carsici che scompaiono nel sottosuolo per affiorare

più in là. A questa categoria psicopatologica appartengono i Disturbi della Amnesia Dissociativa (e del suo correlato Fuga Dissociativa), ben conosciuti e per questo non esaminati in questa rapida rassegna. Vale la pena ricordare come a volte l'amnesia di un periodo corrisponde alla presenza di un alter dissociativo, e quindi comporti da parte del clinico la necessità di ricercare la presenza di un Disturbo dell'Identità Dissociativo.

Nella via della scuola...e poi? Sempre lì...

“Vado a scuola” “...e poi?” Domando ad una ragazza molto sofferente e che chiede aiuto con la sua presenza puntuale e costante, il corpo dolorante e poche parole “Non lo so...” “Non sai o non ti ricordi?” “Non so ...penso di stare male non ricordo, all'improvviso qualcuno mi urta o mi parla allora vedo che sono lì.....” “Lì dove ? ...”Nella via della scuola...” “..e quando finisce la scuola?” “ A mezzogiorno.....” “e poi?” “.....non lo so....torno al centro per mangiare, ma a volte è già tutto finito.... Se è finito allora vuol dire che sono le tre..... ma non ricordo, non ricordo dove sono stata tutto quel tempo, non so cosa mi è successo, cosa ho pensato o sentito, quando mi sento nuovamente è sempre molto tardi e io sono ancora lì.....,” “lìlì dove ?” “.... Nella via della scuola.....”

Ma al di fuori di questi Disturbi codificati, esiste una fenomenologia legata alla perdita della continuità del tempo meno marcata, come un fenomeno discreto nell'esperienza della giornata normale, senza che assurga al livello di diagnosi di un disturbo in sé.

Le mie giornate non hanno pomeriggi

*Alia è una mauritana ex-schiava, con una prevalenza di sintomatologia di ipoattivazione; per aiutarla nel compito di aumentare la sua **presenza** nel qui-ed-ora, oltre a una serie di esercizi basati sul corpo e le sue sensazioni, proviamo a ricostruire le sue giornate, fuori dal tempo della consulta. Così ci rendiamo conto che nella sua mente solo le mattine esistono, quando va a scuola di italiano, o viene qui. Il pomeriggio passa nella sua stanza, ma l'unica cosa che è rimasta nella sua memoria è che piange. Ma non si tratta della narrazione di un pianto puntuale, per dire: 'quello di ieri pomeriggio'. No, è un piangere semantico, l'**idea** che piangere è quello che occupa il tempo dei suoi pomeriggi, insieme al ricordo dei figli. Ma anche qui non ricordi puntuali, concreti: ricordi dell'assenza. Pianto e figli sono difatto contenuti mentali con valore di **confabulazioni**, atti a riempire un buco fatto di un tempo che scompare, ogni pomeriggio.*

BIBLIOGRAFIA:

- Ascoli M. (2005): Il senso di colpa dei sopravvissuti ai Lager Nazisti : un'analisi psicologica attraverso le interviste ai reduci e le opere di Primo Levi, Relazione al Congresso SIP 2005, https://www.academia.edu/2590252/Il_senso_di_colpa_dei_sopravvissuti_ai_Lager_Nazisti_unanalisi_psicologica_attraverso_le_interviste_ai_reduci_e_le_opere_di_Primo_Levi
- Camilli A., “I medici che curano le ferite invisibili della tortura”, Internazionale, 25 luglio 2017 <https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2017/07/25/tortura-medici-cura>

- Castelfranchi C., D'Amico R., Poggi I. (1994): “Sensi Di Colpa”, Giunti Editore
- Gil S., Droit-Volet S. (2012). Emotional time distortions: The fundamental role of arousal. *Cognition and Emotion*, 26(5), 847–862
- Gilbert P. (1992): “Human Nature And Suffering”, Psychology Press
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The post-traumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.303
- Frewen P, Lanius R. (2015). “Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment”, Norton & Company (trad. it. 2017 “La cura del Sè traumatizzato”, Fioriti Editore)
- Gadamer H.G. (1960). “Wahrheit und Methode”, (trad.it. 1983. “Verità e Metodo”, Bompiani)
- González Vázquez A. (2010). “Trastornos Disociativos”, Ed. Pleyades, Madrid (trad. it. 2016 “I disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento”, Fioriti Editore)
- Haselton, M.G.; Buss, D.M. (2003). Biases in Social Judgment: Design Flaws or Design Features?, in Forgas, J. P., Williams K. D., von Hippel W. “Social Judgments: Implicit and Explicit Processes”, New York, NY: Cambridge University Press
- James W. (1890). “Principles of psychology”. New York: Holt. (Tr. it. 2004: Principi di psicologia, Principato)
- Jaspers K. (1946). “Allgemeine Psychopathologie”, (trad. it 1964, Psicopatologia generale, Il pensiero scientifico)

- Mercier H., Sperber D. (2017): “The Enigma of Reason”, Harvard University Press
- Minkowski E., (1933). “Le temps vécu”, Paris: Collection de l'évolution psychiatrique (trad. it. 1968 “Il tempo vissuto”, Torino: Einaudi)
- Moskowitz A., Mosquera D., Longden E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives, *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 1, 37-46
- Pöppel E. (2004). Lost in time: A historical frame, elementary processing units and the 3-second window. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 64(3), 295–301
- Sironi F. (1999). « Bourreaux et victimes », Odile Jacob (trad. it. 2001 « Carnefici e vittime », Feltrinelli)
- Tulving E. (2002a). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In: Stuss D.T., Knight R.T. (a cura di), “Principles of frontal lobe function”. New York: Oxford University Press
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006). “The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization”, W. W. Norton & Company (trad. it. 2011. “Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale”, Raffaello Cortina)
- Van der Kolk B. (2014). “The body keeps the score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma”, Penguin USA (trad.it. 2015 “Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche”, Raffaello Cortina)

RIFLESSIONE SU ALCUNI PREGIUDIZI INTORNO ALLE “MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI - MGF”

Clara Caldera - AIDOS

Secondo la definizione del dizionario Treccani un pregiudizio può essere definito come un'idea, opinione concepita sulla base di convinzioni personali e prevenzioni generali, senza una conoscenza diretta dei fatti, delle persone, delle cose, tale da condizionare fortemente la valutazione, e da indurre quindi in errore (è sinon., in questo sign., di preconetto)”.

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), così come definite dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS)¹⁶, sono un fenomeno ormai “conosciuto” del quale si parla e si scrive anche al di fuori dell'ambito accademico, in particolare se ne occupa l'ampio mondo dell'umanitario o della cooperazione internazionale ed è spesso un tema riportato sui media. È una questione che sia i/le professionisti/e del settore socio-sanitario, sia il grande pubblico hanno sicuramente sentito nominare, se non hanno dovuto addirittura affrontarla direttamente. Eppure, possiamo serenamente affermare che resta un fenomeno “mal conosciuto” (spesso veicolato

¹⁶ Definizione dell'OMS “La mutilazione genitale femminile comprende tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”.

in modo superficiale o scorretto) che suscita per lo più emozioni e reazioni “di pancia” che contribuiscono a nutrire pregiudizi e stereotipi dannosi, oltreché controproducenti, *in primis* per le donne e per le comunità¹⁷che praticano le MGF. Tali pregiudizi tendono a influire negativamente sulla definizione di strategie di prevenzione della pratica, di presa in carico delle ragazze e delle donne coinvolte ma anche di eventuali risposte legali e giudiziarie in materia. Potremmo allargare la prospettiva affermando che le MGF, così come definite e trattate, spesso sono identificate come una pratica “altra” che non riguarda il nostro Paese, le italiane e in generale le donne “occidentali”. Un primo stereotipo questo che apre due diversi scenari: la visione dicotomica per cui il corpo delle “occidentali” diventa esempio da seguire e il corpo delle “altre” come non adatto, nella misura in cui il primo rappresenta l’immagine “giusta” quando non “neutrale” e a cui tutte devono fare riferimento; e una riflessione critica da approfondire sulle modalità con le quali il corpo delle donne viene manipolato e modificato anche all’interno del cosiddetto mondo occidentale.

Questa riflessione sul tema del pregiudizio in relazione alle MGF non vuole (e non può!) certo essere né esaustiva, né imparziale.

¹⁷ Con il termine comunità qui si intende un’unità sociale di qualunque dimensione che condivide dei valori comuni o che è situata in una determinata area geografica. È un gruppo di persone unite da relazioni stabili che si estendono oltre gli immediati legami genealogici e che di solito reputano questa relazione importante per la loro identità e i loro costumi sociali

Tantomeno vuole giustificare in alcun modo il mantenimento di queste pratiche che costituiscono una forma di violenza di genere nonché una violazione dei diritti fondamentali di bambine e donne. Chi scrive si occupa da anni di questa tematica nell'ambito della cooperazione internazionale, dove si è implicitamente costrette a prendere una posizione chiara e netta all'interno dei progetti di contrasto al fenomeno, che a volte sembrano a loro volta alimentare pregiudizi. Tuttavia, siamo convinte che anche in questo campo una riflessione con studiosi e studiosi di diverse discipline sia possibile e auspicabile. AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo) da sempre nutre questo dialogo interdisciplinare e si avvale della collaborazione di antropologi/he, sociologi/he e più ampiamente esperte/i per la realizzazione dei progetti sul campo, ma anche per contribuire alla stesura di documenti e influenzare le decisioni politiche su questo tema a livello italiano, europeo e internazionale¹⁸. Inoltre, c'è un dialogo aperto e uno spazio di confronto con le donne direttamente coinvolte e che convivono con le MGF, per fare in modo che il dialogo interdisciplinare sia anche interculturale. I risultati sono a tinte variabili ma l'impegno per un dialogo costante rimane.

I pregiudizi sulle MGF attraversano diversi piani, ne vedremo solo alcuni tra i più frequenti che alimentano la difficoltà di comprensione

¹⁸ AIDOS è membro fondatore della rete europea ENDFGM (<http://www.endfgm.eu/>) nonché *implementing partner* di UNFPA, il fondo della popolazione delle Nazioni Unite che, insieme ad UNICEF, costituisce il programma congiunto sulle MGF (<http://www.unfpa.org/joint-programme-female-genital-mutilationcutting>)

della questione, togliendo complessità a un fenomeno culturale articolato.

“Le persone che praticano le MGF sono dei barbari”

Chi pratica le MGF ha delle motivazioni articolate e coerenti al contesto sociale in cui vive. Questo vale per qualsiasi pratica sul corpo, ovunque si svolga e in qualsiasi epoca storica. Infatti, gli esseri umani operano una (de)costruzione del corpo fisico, in modi diversi e in base al contesto in cui vivono, per costruire un corpo sociale. Comprendere le MGF significa riconoscere questa pratica come una modalità specifica di (de)costruzione del corpo – differente da ciò che può avvenire in altre società, comprese quelle a cui apparteniamo. Le ragioni più frequentemente addotte per spiegare il perpetuarsi della pratica comprendono, tra le altre, la religione, il rito di passaggio all’età adulta, l’idoneità al matrimonio, la pulizia, l’igiene, l’aumento presunto della fertilità delle donne, il maggiore piacere sessuale per gli uomini, la purezza e il controllo della sessualità femminile e via di seguito (non si tratta di un elenco esaustivo). Tuttavia, una comunità che le pratica può fare riferimento a una o più di tali motivazioni per spiegare la sopravvivenza delle MGF. Qualunque sia la ragione esplicitata, il fatto importante (e ciò che accomuna le diverse spiegazioni che possono essere date) è che il perpetuarsi delle MGF deriva da una serie di elementi radicati in un complesso contesto socio-culturale, in cui i vantaggi sociali percepiti sono comunemente

considerati maggiori rispetto agli svantaggi che derivano dal non effettuarle. Le MGF sono profondamente radicate in una complessa combinazione di fattori che varia da una comunità all'altra, ma che presenta anche caratteristiche comuni. La pratica diventa necessaria per trasformare il sesso biologico in un aspetto di differenziazione sociale: l'“essenza sociale” della condizione femminile che conferisce identità alle donne e alle bambine (Pasquinelli, 2004). Le MGF sono pertanto cariche di una forte valenza simbolica e sociale, che contribuisce alla coesione e alla stabilità, definendo l'identità di una donna e il posto che deve occupare all'interno della comunità. In questo senso, le MGF danno alle donne la possibilità di riconoscere se stesse e il proprio ruolo e di essere ammesse come membri della propria comunità: per una donna o una bambina rifiutare la pratica significa condannare se stessa all'esclusione e al rifiuto¹⁹.

“Fino a che la bambina non è escissa, si ha la tendenza a dire *“la non escissa.”*”

È come un insulto, “è quella che ha la clitoride”.

Si dice “Quella ha la clitoride! Quella ha la clitoride”.

Anche se è adulta viene trattata come una ragazzina.

¹⁹Tratto da Piattaforma di apprendimento online UEFGM “Insieme per porre fine alle Mutilazioni genitali femminili” – modulo 2 (<https://uefgm.org/?lang=it>).

“Se la donna non è escissa non troverà un buon marito”. “Le nostre figlie non potranno mai sposarsi se non facciamo loro l’escissione”.

“Era un pezzo di carne che bisognava togliere. Bisognava farlo in fretta, prima che crescessi per trovare... Sai cosa dicevano i nostri genitori? (...) Per trovare un buon marito! Per avere un buon marito, per essere integrata, essere una buona moglie, una buona madre”.

L’argomento, per gli uomini, è il fatto di dirsi:”tua figlia è istruita, finalmente istruita! Infibulata, quindi non c’è il rischio che vada a letto a destra e a manca”²⁰

Molte politiche e campagne, volte all’abbandono delle MGF, hanno fallito (e continuano a fallire) proprio perché non vengono prese in considerazione le complesse ragioni che soggiacciono alla pratica in un determinato contesto sociale, culturale ed economico fornendo, di conseguenza, risposte semplicistiche, generiche e inefficaci.

“Le MGF sono una pratica della religione musulmana”

Il fatto che diverse comunità musulmane praticino le MGF non significa che si tratta di un obbligo religioso. Anche se questa è una delle ragioni citate a favore della prosecuzione della pratica, non è

²⁰ Séverine Carillon, Véronique Petit (2009). La pratique des mutilations génitales féminines a Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes”, Autrepart, 2009/4, p. 13-29

assolutizzabile. Esiste infatti un divario tra quello che viene percepito come obbligo da parte delle popolazioni e di alcuni leader religiosi e ciò che asseriscono studi dottrinali e dichiarazioni di autorevoli teologi islamici del mondo sunnita²¹ che invece condannano le MGF. Inoltre, ci sono delle distinzioni da fare a seconda delle zone geografiche dove le MGF sono praticate: si sa con certezza, per esempio, che in Africa subsahariana e in Egitto la pratica esisteva ben prima dell'arrivo delle religioni monoteiste²². In seguito alla conversione di molte popolazioni alcune pratiche, come le MGF, sono state integrate nella religione e nel tempo è diventato impossibile operare una distinzione tra tradizione e religione. Infatti, ad oggi, ci sono comunità di religione cristiana, animista e musulmana che le praticano, come in Burkina Faso ad esempio, mentre aree a maggioranza musulmana, come i paesi del Maghreb o gruppi etnici come i Wolof del Senegal che non lo fanno. In diverse comunità asiatiche, in particolare in Indonesia, la pratica è più recente e viene rivendicata come un obbligo religioso al pari della circoncisione maschile.

²¹ Al-Awa, Mohamed Selim, FGM in the context of Islam, Cairo, National Council for Childhood and Motherhood

²² Botti, Federica, L'escissione femminile tra cultura ed etica in Africa. Tesi di Dottorato in Bioetica XIX° Ciclo, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Più ampiamente, si può dire che le MGF sono praticate in un quadro articolato di convinzioni e norme di cui la religione può essere un tassello.

“Le MGF si praticano in Africa”, “Le MGF sono una pratica africana” dove solitamente s’intende l’area sub-sahariana. Il fatto di percepirle come una “pratica africana” sottintende peraltro che tutte le popolazioni di questo ampio territorio sarebbero coinvolte da questo fenomeno.

In realtà altri continenti, paesi e comunità sono interessati dalle MGF, basti pensare allo Yemen, alle popolazioni curde dell’Iraq, alla comunità Bohra Dawoodi dell’India, agli Embera della Colombia o all’Indonesia che da sola ha fatto salire la stima ufficiale di donne e ragazze con MGF nel mondo da 130 a 200 milioni²³. Queste stime sono calcolate tenendo conto delle informazioni ottenute attraverso indagini demografiche nazionali²⁴ per le quali è necessario che il paese accetti di introdurre un modulo specifico sulle MGF che integra domande considerate sensibili da porre alla popolazione. Molti paesi non hanno ancora inserito questo modulo e quindi non è possibile ottenere cifre ufficiali e valide a livello globale.

Possiamo quindi affermare che le MGF si praticano *anche* in Africa ma non in modo uniforme e omogeneo, e *non solo* in Africa

23 UNICEF (2016). Female genital mutilation/cutting: A global concern. New York, Unicef

24 DHS (Demographic and Health Surveys) o MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys)

subsahariana. L'Egitto è per esempio uno dei paesi a più forte prevalenza di donne e ragazze che vivono con MGF, mentre paesi come l'Algeria, il Marocco, la Tunisia, la Repubblica Democratica del Congo, il Botswana, l'Africa del sud ecc. non hanno nulla a che fare con questa pratica. Inoltre, nello stesso paese possono coabitare comunità che praticano con altre che non le praticano affatto (es: Niger, Senegal, Kenya etc.). La mancanza di un quadro completo delle regioni dove ciò avviene ha delle conseguenze pratiche sulla qualità e l'efficacia delle politiche e dei servizi che a tutti i livelli si possono realizzare.

“In occidente le MGF non esistono”

La percezione che le MGF si praticino solo nei cosiddetti “paesi in via di sviluppo” va di pari passo con l'idea che non sono un fenomeno occidentale ed europeo e che comunque “da noi” non avviene in alcun modo.

In realtà le MGF sono praticate anche sul territorio europeo da alcune comunità o famiglie migranti che vi risiedono. Ad oggi non ci sono stime aggiornate sul fenomeno, tuttavia l'esistenza è nota attraverso il lavoro delle organizzazioni di base, le testimonianze di donne sopravvissute e alcuni casi giudiziari. Gli studi sulla prevalenza esistenti si basano esclusivamente sul numero di donne e ragazze che provengono da paesi e comunità dove le MGF sono la norma e le stime di ragazze che vivono sul suolo europeo e sono a

rischio di MGF (che potrebbero essere praticate in Europa come nei paesi di origine).

La Francia, uno dei pochi paesi in Europa a non aver legiferato in materia e ad avere invece utilizzato le norme legali esistenti per contrastare il fenomeno, dagli anni Ottanta ad oggi annovera circa 30 processi per escissioni praticate sul territorio nazionale.

In Italia, i risultati preliminari dello studio condotto nell'ambito del progetto *Daphne Mgf-Prev*, coordinato per l'Italia dall'Università degli Studi di Milano – Bicocca, suggeriscono che nel 2016 il numero di donne straniere maggiorenni con mutilazioni genitali femminili, presenti in Italia, si attestava tra le 46mila e le 57mila unità, cui andavano aggiunte le neo-cittadine italiane maggiorenni originarie dei Paesi a rischio (in crescita e valutate almeno tra le 11mila e le 14mila unità) e le richiedenti asilo. Ancora una volta però è importante essere consapevoli del fatto che queste stime non ci possono restituire l'entità del fenomeno sul territorio, ovvero quante ragazze realmente subiscono la pratica in Italia.

Il mondo “occidentale” conosce e ha conosciuto forme di MGF medicalizzate che non appartengono a “tradizioni altre” bensì autoctone, come la clitoridectomia che veniva praticata in ambito medico, sia negli Stati Uniti d'America²⁵ che in Europa, fino alla

25 “FGM happened to me in white, midwest America”, A Christian doctor removed my clitoris when I was three years old as a ‘cure’ for masturbation, writes Renee Bergstrom. The Guardian Global campaign on FGM

metà del XX secolo su bambine, ragazze e donne. L'escissione della clitoride veniva praticata in quanto cura per l'isteria, la ninfomania, l'omosessualità o la masturbazione considerate all'epoca come malattie. È stata anche usata in ambito psichiatrico, al pari di "terapie" che prevedevano l'elettroshock transpubico (in grande auge nell'OP di Torino fine anni 50 inizio anni 60). Non sono tuttavia note le dimensioni di questo fenomeno che tutt'oggi fatica ad emergere. Una volta provata l'inefficacia di tali interventi, questo tipo di "cura" è stato abbandonato.

Un'altra forma di intervento sui genitali femminili che apparentemente non rientra nella definizione ufficiale dell'OMS ma che, tuttavia, suscita dibattito e merita una riflessione più articolata è il cosiddetto "design della vagina", "restyling intimo" o chirurgia estetica vaginale in aumento nei Paesi occidentali (anche tra le adolescenti). Ridurre (escindere/tagliare), "ridisegnare" le piccole labbra che sporgono rimuovendo una parte della mucosa (labioplastica), aumentare il volume della clitoride, ricostruire l'imene, ritrovare l'elasticità e il turgore della vagina perduti con l'età sono alcuni tipi di intervento che rientrano nella chirurgia estetica vaginale. Uno dei primi studi sull'argomento²⁶ rileva come

(<https://www.theguardian.com/us-news/2016/dec/02/fgm-happened-to-me-in-white-midwest-america>)

26 M. Simonis, R. Manocha, J. J. Ong, Female genital cosmetic surgery: a cross-sectional survey exploring knowledge, attitude and practice of general

donne e ragazze fin dai 15 anni di età sono sempre più preoccupate dell'aspetto dei loro genitali e dal fatto che non “sembrano normali”, ovvero sono percepiti come non conformi. Le immagini veicolate dalla moda, dalla pornografia online, la percezione e l'idea di bellezza che cambiano sembrano essere fattori che contribuiscono all'insoddisfazione delle donne e delle adolescenti rispetto all'aspetto dei loro genitali. Solo in Gran Bretagna, la richiesta di questo tipo di operazione è aumentata di cinque volte negli ultimi dieci anni. Secondo il Comitato Etico del Collegio degli Ostetrici e Ginecologi non dovrebbe essere consentita (eccetto che in circostanze specifiche), alle ragazze sotto i 18 anni in quanto possono modificare in modo permanente l'anatomia dell'apparato genitale e di fatto portare a delle conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne che ad oggi non sono ancora chiare. La letteratura scientifica è ancora scarsa in quest'ambito. Ma questi numeri sembrano essere solo la punta dell'iceberg, le cliniche private non hanno infatti l'obbligo di registrare i dati su questo tipo di interventi. Secondo dati ufficiali del governo australiano, solo l'intervento di labioplastica è triplicato in meno di 10 anni e riguarda anche le adolescenti. Questo fenomeno, insieme all'aumento di richiesta di chirurgia genitale femminile anche

da parte di minorenni, ha portato l’Australia a sviluppare le prime linee guida in materia²⁷.

Dietro alle MGF e all’ aumento di richiesta di chirurgia estetica genitale risulta difficile non vedere una comune spinta a conformare il corpo della donna (in questo caso delle bambine e ragazze) a un ideale, a una norma di “femminilità” che definisce quello che significa essere donna e come bisogna esserlo, in una determinata società. È legittimo, e probabilmente dovuto, interrogarsi su questo doppio standard di trattamento rispetto a pratiche che, pur praticate in contesti e modalità diverse, possono portare a conseguenze simili e che di fatto modificano irreversibilmente il corpo delle ragazze e delle donne. Un doppio standard di trattamento che si ripercuote anche sul versante legale.

Infine, una riflessione simile si sta sviluppando per i trattamenti ormonali e la chirurgia volta a “normalizzare” le persone intersex perché si conformino a un genere (uomo o donna) e che viene praticata sui/sulle minorenni. Già diverse autorità nel campo dei diritti umani, dall’Onu al Consiglio d’Europa, si sono pronunciate contro i trattamenti cosiddetti ‘*gender-normalizing*’, quando non necessari per la salute fisica del/della minore e senza il suo consenso.

27 Australia introduces world-first guidelines to respond to increase in female genital surgery requests (<http://www.abc.net.au/news/2015-08-03/world-first-guidelines-for-female-genital-surgery-requests/6669306>)

“Le donne con MGF non provano piacere” mentre “le donne integre (occidentali) vivono una vita sessuale appagante”

Una delle ragioni maggiormente citate a sostegno della pratica è indubbiamente il controllo della sessualità di donne e ragazze²⁸. Le MGF spesso sono percepite da chi le pratica come un'operazione necessaria a placare i presunti “impeti” sessuali delle giovani, a tutelare la verginità prima del matrimonio e la fedeltà durante lo stesso. In questo senso è interessante l'uso dell'espressione “vagabondaggio sessuale”, in uso in tutta l'Africa francofona, per identificare il rischio che corrono coloro che non sono excisee.

Sebbene questo sia in parte l'intento che si cela dietro alla pratica, non è necessariamente detto che una componente fondamentale della vita sessuale e riproduttiva come il desiderio e il piacere vengano meno *sempre e comunque*. Infatti, ci sono donne con MGF che vivono una vita sessuale appagante e/o che non riscontrano particolari problemi nella loro vita sessuale e riproduttiva²⁹. In questo senso esistono sia testimonianze che studi qualitativi specifici. La convinzione che le MGF eliminino in modo assoluto la capacità di

²⁸ UNICEF (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, New York, UNICEF

²⁹ Etre excisée et jouir, c'est possible, Slate magazine (<http://www.slate.fr/story/97699/excision-plaisir>)

provare piacere non è sostenuta da evidenze certe e scientifiche³⁰. Questo in parte è dovuto al fatto che la sessualità è influenzata da vari fattori che non si limitano alla presenza (o all'assenza di parte) della clitoride, ma che inglobano ad esempio fattori emozionali e vissuti personali. Inoltre, non tutte le MGF presuppongono il taglio della clitoride e generalmente le donne ne mantengono la maggior parte.

In questo senso, è doveroso specificare che varie sono le forme di MGF e quindi diverse e di diversa entità sono le conseguenze sulla salute delle donne (e quindi anche sulla sessualità). Senza voler entrare in definizioni dettagliate che esulano da quest'articolo, nella definizione di MGF dell'OMS rientrano pratiche che vanno da tagli, incisioni dell'apparato esterno femminile all'infibulazione che invece prevede la rimozione delle labbra esterne, eventualmente il taglio della parte esterna del clitoride, nonché la sutura che va ad ostruire parte dell'apparato, modificandone significativamente sia l'aspetto esterno che le sue funzionalità. Quest'ultimo tipo di MGF è evidentemente il più invasivo e quello che con molte più probabilità può portare a conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva anche estreme, da dolori durante i rapporti sessuali, a "strappi", fino all'assenza di piacere, complicazioni durante il parto ecc. Va tuttavia

³⁰ Lucrezia, Catania, Jole, Baldaro-Verde, Saulo, Siridatti, et al.(2004). Indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con Mutilazione dei Genitali femminili (MGF) in assenza di complicanze a distanza, Rivista di Sessuologia, vol. 28, no. 1 (Gennaio-Marzo 2004)

specificato che l'infibulazione è anche la forma meno diffusa nel mondo e che anche in questo caso non si può affermare con assoluta certezza che le donne infibulate non provino piacere o non vivano una sessualità che considerano soddisfacente (esistono studi in materia anche in merito a donne infibulate, che dichiarano di provare piacere).

Senza voler sminuire o negare la sofferenza di donne e ragazze che vivono quotidianamente con conseguenze importanti e severe dovute alle MGF sulla loro salute psico-fisica, e quindi anche sessuale, ancora una volta crediamo che una riflessione più articolata e meno dicotomica sia necessaria e dovuta.

Questa necessità è particolarmente sentita nell'ambito della salute sessuale poiché ci sono meno informazioni e studi specifici di quanti ce ne siano per esempio sulle conseguenze sulla salute riproduttiva. In assenza di certezze, di una significativa letteratura scientifica, avere prudenza e un'attitudine di riserva ci sembrano doverose. Un approfondimento su questi aspetti ci sembra inoltre necessario per migliorare la presa in carico psico-sessuale di donne e ragazze con MGF che ne sentono il bisogno.

Queste possibili conseguenze sulla sessualità sono fortemente veicolate dalla narrazione e dalle campagne su questo tema, che hanno contribuito (e contribuiscono) a nutrire l'idea che le donne con MGF non possono *in assoluto* provare piacere mentre le donne "integre e sane" (ma anche "bianche ed occidentali") amano il sesso e

lo vivono con piacere. Questa dicotomia si ritrova sia nelle persone che provengono da comunità per cui le MGF sono la norma sia nelle persone che non praticano le MGF. È una narrazione potente che riesce ad influenzare anche il vissuto e le aspettative sulla sessualità di ragazze e donne con MGF che sono esposte a questi messaggi³¹.

Mentre, al contrario, sappiamo che assenza di piacere, anorgasmia, vaginismo, disturbi sessuali di vario genere sono vissuti anche da donne che non hanno necessariamente subito alcuna forma di MGF. Donne con un apparato genitale integro ma anch'esse esposte a una narrazione altrettanto potente che le "ipersessualizza".

Ne *La Matrice de la Race*, Elsa Dorlin, filosofa e professoressa di filosofia politica e sociale all'Università Paris VIII, propone una "genealogia sessuale e coloniale della Nazione francese" e spiega: "La patologizzazione dei corpi degli schiavi è il preambolo alla loro razializzazione [...] Allo stesso modo, questa opposizione tra l'anatomia delle donne africane ed europee produce una rappresentazione normativa dell'apparato genitale, del desiderio e del piacere femminili. Quello che è definito come ipertrofico e contro natura permette di definire quello che è proporzionato e naturale.

³¹ Sexual Health among Young Somali Women in Sweden: Living With Conflicting Culturally Determined Sexual Ideologies, *Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of FGM/C: Assessing the Evidence* Alexandria, Egypt. 10-12 October, 2004, *Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of FGM/C: Assessing the Evidence* Alexandria, Egypt. 10-12 October, 2004

“Le donne con MGF sono vittime”

Il fatto di aver subito una qualche forma di MGF non definisce l'identità e la totalità di una persona. Qualsiasi donna che ha subito una forma di violenza non si definisce solo ed esclusivamente attraverso questo, ma troppo spesso ci si aspetta che sia così. Le donne che hanno vissuto forme di violenza non sono solo vittime e non lo sono per sempre, la capacità di sopravvivenza, resilienza e *agency* sono elementi che fanno parte della vita delle donne e delle ragazze e sono gli elementi che vanno rafforzati nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza.

Come ci ricorda la scrittrice Virginie Despentes in *King Kong Théorie* sulle aspettative che il pubblico ha rispetto allo stupro e alla “donna stuprata”:

«Dopo uno stupro, la sola attitudine tollerata consiste nel ripiegare la violenza contro se stesse. Prendere 20 kg. Per esempio. Uscire dal mercato sessuale perché si è stata “rovinata”, sottrarsi dal desiderio. In Francia non si uccidono le donne cui succede ma ci si aspetta che abbiano la decenza di identificarsi come una mercanzia danneggiata”.

Allo stesso modo ci si aspetta che la donna con MGF si identifichi e si definisca come vittima e si limiti a ricoprire questo ruolo. Nell'ambito del nostro lavoro, da sempre, collaboriamo con donne professioniste e attiviste che vivono con MGF e che vengono sollecitate dai media, ma anche da organizzazioni di vario genere, ad intervenire in quanto

vittime, tralasciando completamente il loro percorso di fuoriuscita dalla violenza, nonché expertise ed esperienza professionale o lasciando tutto ciò in secondo piano. Alimentando morbose aspettative mediatiche.

Più ampiamente, non è assolutamente detto che tutte le donne con MGF si percepiscano (e siano) vittime. Le MGF hanno significati diversi in funzione dell'interpretazione culturale che una determinata società attribuisce alla pratica. Infatti, per alcune comunità, sono considerate essenziali per “creare” la donna e in questi ambiti la pratica è percepita come un fattore di esaltazione della “femminilità”. Mentre in altre comunità, e in particolare laddove non sono la norma, sono viste come una diminuzione, una negazione della femminilità e dell'essere donna. S'instaura quindi spesso una contrapposizione tra l'essere “più donna, meno donna” e “vere donne”.

In un'ottica transculturale, i femminismi postcoloniali e intersezionali³² e gli studi di genere, hanno messo in rilievo le

³² Si tratta di una pratica che ritiene non esista un solo modo per considerare le istanze e i problemi delle donne. Non esistono infatti “le donne” come categoria astratta ma individui con diverse peculiarità e che possono anche essere considerate – a seconda dei casi – come immigrate, disabili, anziane, giovani, precarie, povere, ricche, disoccupate, lesbiche, e molto altro. Non può quindi esistere un solo femminismo e una sorellanza universale ma più femminismi. L'intersezionalità permette di evidenziare le relazioni dinamiche tra i diversi fattori della discriminazione. “Essere una femminista intersezionale significa avere bene in mente il fatto che il proprio approccio è situato, ovvero non è

posizioni molto critiche di alcune studiose e attiviste, provenienti da diverse parti del mondo, nei confronti di una narrazione vittimizzante che contrappone una donna del Sud del mondo, sempre oppressa e bisognosa di essere liberata (da altre), a fronte di una donna occidentale libera da tradizioni, capace sempre di scegliere e quasi mai (apparentemente) vittima di coercizione o pressione (familiare, sociale, politica, culturale etc.).

Tale dicotomia è da tempo denunciata anche da molte femministe del Sud del mondo che hanno sempre evidenziato e messo in discussione una visione “universalista ed etnocentrica”³³ delle donne e del femminismo stesso. Infatti, pur condividendo la volontà e la necessità di porre fine alle MGF, le modalità con cui queste vengono pensate, affrontate e narrate rimangono una fonte di confronto/scontro tra femminismi³⁴.

In Europa sempre più voci di ragazze e donne che si dichiarano “afro-discendenti” criticano questo tipo di narrazione, pur essendo fermamente contrarie a qualsiasi forma di MGF, e rivendicano la possibilità di convivere con la pratica e provare piacere, di non definirsi “mutilate” o vittime, di non condannare la propria famiglia

imparziale ma condizionato dalle diverse caratteristiche che si incarnano”, Sabrina Marchetti, filosofa, dottoressa in genere e etnicità.

³³ Chandra Mohanty (1991). *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses*

³⁴ Wairimũ Ngaruiya Njambi (2004). *Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision. A feminist critique*, *Feminist Theory*, Vol 5, Issue 3, 2004, London, Sage Publication, p. 281–303

ecc. Rivendicano un lavoro di decostruzione di rappresentazioni e di discorsi che sono retaggio dell'epoca coloniale, attraverso una maggiore partecipazione delle donne direttamente coinvolte e ricentrando la narrazione sul loro punto di vista: quello di donne nere (spesso, non sempre) che vivono e/o sono nate in Europa³⁵.

Se da un lato è di fondamentale importanza lavorare perché le MGF spariscano, il discorso paternalistico e colpevolizzante non sembra essere la strategia più efficace: genera vergogna e un sentimento di colpevolezza nelle donne coinvolte dalla pratica e una tensione nelle comunità africane. Attualmente in Francia il discorso sull'escissione oscilla tra misoginia e paternalismo verso le “donne nere”

Amandine Gay – Ricercatrice, regista

Numerosi altri pregiudizi ruotano intorno al fenomeno, non da ultimo “le MGF sono una questione di donne” e “le MGF e la circoncisione maschile sono due cose diverse”; anche questi due esempi meriterebbero profonda attenzione. Tuttavia ci premeva qui introdurre qualche elemento sulle principali riflessioni sugli stereotipi più comuni come esempio della complessità che ruota intorno ad un tema in apparenza privo di ambiguità.

Questo breve *excursus* costituisce una riflessione costante che l'AIDOS porta avanti internamente, con organizzazioni partner e

³⁵ Amandine Gay (2015). Le discours sur l'excision doit changer

insieme a donne e ragazze di altre realtà e paesi. L'intento non è ovviamente mai quello di giustificare questo tipo di pratiche ma comprendere e adoperarsi affinché non siano più eseguite, senza silenziare la voce di nessuna. AIDOS, nel tempo, ha mutato (e continua a mutare) il suo approccio dialogando con donne coinvolte dalla pratica, antropologi/ghe, professionisti/e di vari settori e partner sul campo ecc.

L'intento è quello di lavorare con un approccio femminista interculturale, cercando di mettere le MGF in relazione con altre forme di discriminazione e mettere in discussione tutte le pratiche lesive che sono effettuate per conformare le ragazze a determinati ruoli e norme di genere, evidenziando l'aspetto transculturale delle strategie di dominio maschile. In questo senso le MGF potrebbero rappresentare un punto di partenza per una riflessione più ampia e critica sulle modificazioni del corpo, in particolare di quello delle ragazze e delle donne, anche nella "nostra" società³⁶.

Bibliografia

AIDOS, Documenti, materiale audio e video

³⁶ Le modificazioni corporee sui genitali femminili sono transculturalmente universali: accanto ad altri tipi di segni sul corpo, sono volte a istituire un'identità di genere, attribuendo anche alle portatrici specifici privilegi sociali relativamente alla vita, al matrimonio alla famiglia nel suo insieme" M.Fusaschi (in: Guida multisettoriale di formazione Accademica sulle mutilazioni/escissioni genitali femminili, 2017)

- AIDOS (2016). MGF: capire le dinamiche sociali e di genere identità di genere, *Piattaforma online UEFGM Insieme per porre fine alle Mutilazioni genitali femminili*, Modulo 2
- Al-Awa, Mohamed Selim, FGM in the context of Islam, Cairo, National Council for Childhood and Motherhood
- Botti, Federica, L'escissione femminile tra cultura ed etica in Africa. Tesi di Dottorato in Bioetica XIX° Ciclo, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.
- Carillon, S., Petit, V. (2009). La pratique des mutilations génitales féminines a Djibouti : « affaire de femmes » entre les mains des hommes, *Autrepart*, 2009/4 (n° 52)
- Catania, Lucrezia, Baldaro-Verde, Jole, Siridatti, Saulo...[et al.](2004). Indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con Mutilazione dei Genitali femminili (MGF) in assenza di complicità a distanza, *Rivista di Sessuologia*, vol. 28, no. 1 (Gennaio-Marzo 2004)
- FORWARD (2012). *Female Genital Mutilation: Frequently Asked Questions: A Campaigner's Guide for Young People*. London, FORWARD
- Fusaschi, Michela (2011) *Quando il corpo e delle altre, retoriche della pietà e umanesimo – spettacolo* – Bollati Boringhieri
- Kaplan, A., Nuño Gómez, L. (a cura di) (2017). *MAP-FGM Guida Multisettoriale di Formazione Accademica sulle Mutilazioni/Escissioni Genitali Femminili*, Madrid, Dykinson Publishers.
- Lewnes, A. (a cura di) (2005). *Cambiare una convenzione sociale donnesca: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile* (Digest Innocenti), Firenze, UNICEF Centro di ricerca Innocenti.

- Ngaruiya Njambi, Wairim (2004). Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision. *A feminist critique*, *Feminist Theory*, Vol. 5, Issue 3, 2004, London, Sage Publication, p. 281–303
- Pasquinelli, C. (a cura di) (2000). *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili: una ricerca in Italia*. Roma: AIDOS
- Population Reference Bureau (PRB) (2015). *Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends Update 2014*, Infographics, Washington, PRB.
- Simonis, M., Manocha, R., Ong, J.J, *Female genital cosmetic surgery: a cross-sectional survey exploring knowledge, attitude and practice of general practitioners*
- Stop FGM Middle East, - Campaign implemented by the Iraki-German Association for Crisis Assistance and Solidarity Development (WADI), funded by the International Development Organisation HIVOS
- Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF), Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (GAMS Belgique) (2016). *Mutilations sexuelles, Déconstruire les Idées Recues*, SC-MGF.
- Toubia, N. (2003). *Legislation as a Tool for Behavioural and Social Change*. In AIDOS, NPWJ Stop FGM. *Legal tools for the prevention of FGM*, Proceedings from Expert Consultation, Cairo 21-23 June 2003. Rome: AIDOS and NPWJ.
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting, A statistical Overview and exploration of the dynamic of change*, New York, UNICEF.

UNICEF (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*, New York, UNICEF

SALUTE E MIGRAZIONE: DAI PREGIUDIZI BIOMEDICI ALLA COMPLESSITÀ DEI CONTESTI DI ORIGINE.

Il caso della salute mentale in Ghana

Cecilia Draicchio - Elisa Vasconi

Introduzione³⁷

Definire il flusso migratorio in termini emergenziali è attualmente inadeguato quanto fuorviante. La definizione di emergenza è oltre modo degradante per coloro che, una volta intrapreso il viaggio, si trovano ad essere investiti da pratiche e configurazioni umanitarie, privati delle dimensioni storiche e sociali per essere trasformati in oggetto di attenzioni che non lasciano spazio alla realizzazione e alla propria ricerca di significati. Nonostante i processi connessi a quella che viene definita la grande migrazione dai Paesi più poveri e più disastrati verso il continente europeo siano in parte ancora oggi inediti, a causa delle numerose culture coinvolte, dell'estensione del fenomeno e delle implicazioni economiche, sociali e politiche (Seppilli 2015), emerge sempre più la necessità di intervenire attraverso programmi non legati all'emergenza, bensì capaci di

³⁷Il presente lavoro è stato pensato e progettato insieme dalle due autrici. Tuttavia, i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire ad Elisa Vasconi, mentre il 3 e il 4 a Cecilia Draicchio.

realizzare istituzioni e professionalità strutturate e stabili nel tempo. Gli stessi dati quantitativi evidenziano come, d'altronde, ci troviamo dinanzi ad un fenomeno ormai consolidato, che pur assumendo diverse modalità e differenti gradi di intensità, rimane tendenzialmente costante nelle sue rappresentazioni e concretizzazioni.

Facendosi carico della sopravvivenza e della vita dei migranti, l'ambito sanitario è indubbiamente uno dei più rilevanti sul quale programmare interventi strutturati e non ispirati all'emergenza. Lo stesso *Protocollo per la Gestione Sanitaria dei Migranti Richiedenti Protezione Internazionale* (SIMM 2015) evidenzia non solo come i fenomeni migratori non possano essere interpretati in termini di avvenimenti occasionali, ma soprattutto che il compito della Sanità Pubblica, in riferimento all'art. 32 della nostra Costituzione, è di tutelare la salute di ogni singolo nel suo interesse e di tutta la collettività, nel rispetto ovviamente delle risorse umane e dei mezzi disponibili. Proprio dinanzi a tali affermazioni ci si domanda: il nostro sistema sanitario è davvero in grado di gestire un fenomeno ormai strutturale come quello della migrazione? Gli operatori sanitari sono in possesso di strumenti conoscitivi e interpretativi necessari per affrontare i disagi delle numerose alterità ospiti nel nostro Paese? O ci troviamo ancora oggi dinanzi a pregiudizi che ostacolano la compresenza di diverse ideologie di salute, malattia e cura e che inducono ad applicare una concezione prettamente biologista alla salute dei migranti?

Il presente lavoro mira a rispondere a tali quesiti problematizzando la presenza degli stranieri nei servizi sanitari italiani ed evidenziando la complessità medico-terapeutica dei contesti di origine dei migranti, necessaria per intervenire sui pazienti in modo efficace. Come osservano alcuni studiosi (tra gli altri Taliani, Vacchiano 2006; Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014; Quaranta, Ricca 2012), le barriere linguistiche, i differenti quadri simbolico-culturali nei quali sono spiegate le esperienze della salute e della malattia dei pazienti stranieri comportano spesso delle difficoltà interpretative per gli operatori sanitari. Per tale motivo, la distanza culturale percepita nei confronti dei migranti ha condotto la medicina ad acquisire nuovi strumenti interpretativi e ad avvalersi di strategie di intervento innovative che permettono di relazionarsi con l'altro e di intraprendere un percorso di cura efficace lontano dai pregiudizi riduzionisti di cui spesso è accusata la medicina occidentale. Quest'ultima si è trovata, pertanto, costretta a rivolgersi ad altre discipline, in particolar modo all'antropologia, per decodificare la dimensione culturale della malattia e garantire in tal modo un sistema sanitario efficiente, basato su una condivisione di linguaggi e una comprensione di diversi orizzonti di senso. È emersa, dunque, la necessità da parte degli operatori sanitari di integrare il sapere medico con una prospettiva "culturalmente competente" che ampliasse gli orizzonti di cura e le percezioni dei processi di salute e malattia. Già nel 2005, James A. Trostle nel suo lavoro *Epidemiology and Culture* osservava come la cultura stesse entrando negli interstizi

della biomedicina³⁸, evidenziando tuttavia come la stessa cultura venisse troppo semplificata.

Perché l'autore sottolinea il rischio di una eccessiva semplificazione? Perché se la multidisciplinarietà e l'apertura a un approccio culturalista si sono rivelati funzionali all'introduzione di nuove dimensioni nel campo della cura, hanno di contro anche generato delle istanze fortemente riduzioniste, introducendo nella letteratura biomedica delle macro categorie che riducono inevitabilmente la complessità dei fenomeni di salute e malattia (Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014: 190) e che incrementano quegli a priori o pregiudizi che ostacolano un processo di cura adeguato. I più rischiosi macro-contenitori che fissano la dimensione sanitaria dei migranti, negando la pluridimensionalità dei piani della vita dell'uomo e dei disagi vissuti, sono proprio quelli concernenti le identità etniche o razziali, le cosiddette categorie di *ethnicity-race*. “Il ghanese”, “il senegalese”, “il romeno”, “l'arabo” rappresentano quell'essenzializzazione culturale, quel tentativo del mondo medico di appellarsi alla cultura, che viene tuttavia reificata e semplificata attraverso la costruzione di un'immagine della salute del migrante come altra, esotica, semplicistica e comprensibile solo se connessa all'etnia o alla nazione

³⁸Con il termine biomedicina si fa riferimento alla medicina occidentale. È una definizione che sottolinea l'elisione della dimensione socio-culturale, l'esclusiva attenzione di tale disciplina nei confronti dell'aspetto biologico dei processi di salute e malattia e una predilezione per le sole dimensioni bio-psicologiche e dunque individuali (Quaranta 2010: 89).

di appartenenza (Taliani, Vacchiano 2006: 88). Un riduzionismo culturalista che non va di certo a scardinare i pregiudizi dell'apparato medico-sanitario che, come dichiara Salvatore Geraci (2006), sono caratterizzati da alcuni apriori intrinseci del cosiddetto "esotismo" che vede lo straniero come oggetto contaminante, "corpo infetto" e "malato immaginario". Si tratta, come osserva l'autore, di «automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul "guardare" anziché sull' "ascoltare" e sul "dire" anziché sul "relazionarsi"» (Geraci 2006: 23).

Spesso, difatti, ci si trova dinanzi a storie di migranti che evidenziano il fallimento del sistema sanitario e di un approccio culturalista evidentemente reificante e riduttivo. Una *non compliance* che non solo deriva da una mancata comprensione del linguaggio corporeo e simbolico dell'altro, ma anche da una concezione esclusivamente biologica della malattia condivisa dalla maggior parte degli operatori sanitari. A tal proposito, gli studi antropologici dagli anni '70 riflettono sulla complessità dei processi di salute e malattia evidenziando la necessità di adottare un'interpretazione più completa che tenga conto di tutti i piani della sofferenza umana, al fine di realizzare interventi sanitari efficaci. L'antropologia medica critica³⁹ ha da tempo intrapreso un percorso di revisione della medicina occidentale e di problematizzazione della malattia, rilevandone le

³⁹ Vedi tra gli altri Kleinman (1978); Young (1982); Taussig (1980); Quaranta (2006).

diverse dimensioni culturali e i differenti significati in base alla prospettiva da cui le si osserva. Gli antropologi medici hanno infatti individuato diversi modelli esplicativi attraverso cui i soggetti interpretano il malessere, piani di cui si deve tener conto per una osservazione olistica dei processi di salute e malattia: pertanto, gli operatori sanitari definiscono generalmente la malattia in termini biologici e di alterazione organica del corpo (*disease*); i pazienti esprimono una percezione individuale e una narrazione personale del disagio (*illness*); infine vi è una dimensione sociale, istituzionale e politica della malattia (*sickness*) che incide sulla stessa incorporazione dei disagi.

È proprio questa complessità interpretativa a rendere l'antropologia medica particolarmente utile per la salute dei migranti, in quanto induce a osservare non solo i significati culturali e sociali legati ai processi di salute e alla malattia, ma anche le pratiche di cura e guarigione, ed in particolare i rapporti di forza e di potere che espongono i migranti ad un maggiore o minore rischio di malessere. D'altronde, parlare di "salute" e "migrazione" vuol dire tenere in considerazione fattori sociali, politici, geografici, economici, oltre che biologici: si tratta di due sfere che non possono essere esaminate attraverso un'unica lente e un approccio mono-disciplinare. I processi politico-economici sottesi ai percorsi migratori, l'incorporazione storica e sociale di habitus discriminatori, che approfondiscono le disuguaglianze sociali e di accesso alle risorse, devono essere tenuti in considerazione nel momento in cui ci si relaziona con individui che

non solo provengono da altri contesti, ma che hanno spesso subito nel viaggio forme di violenza, talvolta non solo simbolica. La complessità analitica e metodologica dell'antropologia, e la sua propensione olistica, permettono non solo di prendere le distanze da un approccio culturalista riduzionista, reificante, stereotipato e dunque ricco di pregiudizi, ma anche di osservare la complessità dei fenomeni attivando un approccio trans-disciplinare per contribuire al dibattito pubblico ed erogare servizi sanitari efficaci orientando la definizione di norme e dispositivi (Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014).

A tal proposito, uno degli apporti più interessanti che le riflessioni antropologiche possono restituire al complesso binomio salute-migrazione, è quello relativo all'analisi dei contesti di origine dei migranti, delle diverse ideologie della salute e della malattia nonché delle loro numerose pratiche e conoscenze terapeutiche. Il presente lavoro si inserisce proprio in questa prospettiva, attraverso l'analisi del sistema medico-sanitario di un determinato territorio dell'Africa subsahariana, che permette di evidenziare la complessità dei contesti altri e di sottolineare quanto e perché le categorie culturali di etnicità e razza, sopra citate, siano estremamente fuorvianti e riduttive. Il caso del Ghana, e in particolare dell'area nzema qui successivamente esaminato, mette in evidenza il pluralismo medico, l'eterogeneità delle pratiche e dei saperi terapeutici, le differenti ideologie di salute e malattia, la diversa percezione di efficacia, le numerose forme di cura e guarigione, l'impossibilità di costruire dei precisi modelli di itinerari terapeutici, elementi che caratterizzano spesso i luoghi di

provenienza dei migranti presenti nel nostro Paese. Dopo la descrizione del sistema sanitario nazionale del Ghana e delle diverse risorse terapeutiche disponibili in area nzema, particolare attenzione sarà dedicata alla salute mentale, uno specifico ambito della sanità pubblica che nel territorio ghanese permette di sottolineare la compresenza delle diverse tradizioni terapeutiche e l'impossibilità di esaminare il mondo medico-sanitario dei paesi subsahariani attraverso analisi semplicistiche ed essenzializzanti.

Nonostante venga affrontato il tema della salute mentale, è rilevante sottolineare come gli strumenti analitici qui utilizzati non siano quelli dell'etnopsichiatria⁴⁰ bensì dell'antropologia medica, ovvero di una disciplina che non vanta l'incombenza di intervenire a livello terapeutico sui pazienti ma che attraverso le proprie chiavi

⁴⁰Etnopsichiatria è un termine ambiguo e "infelice" (Beneduce 2007: 315) che fa riferimento ad un complesso eterogeneo di approcci epistemologici e teorici, la cui storia è inscindibilmente legata a quella della psichiatria coloniale. L'accezione a cui facciamo riferimento è quella di una disciplina che ha per oggetto «il modo di articolazione delle realtà psichiche e delle realtà culturali» nella loro dimensione dinamica e che da un punto di vista metodologico articola nelle sue ricerche e nelle sue pratiche «tre procedure, tutte egualmente intersoggettive, quella etnografica, quella istituzionale e quella clinica» (Zempléni 1985, in Beneduce 2007: 19). L'etnopsichiatria a cui facciamo riferimento è una disciplina che - come proposto da Roberto Beneduce (*ibidem*) - nel suo combinare la riflessione teorica di matrice antropologica con la pratica clinica, non rinuncia a mettere in discussione i propri presupposti e si rifiuta di considerare la malattia mentale indipendentemente dai contesti - talvolta molteplici - in cui essa è «rappresentata, vissuta, diagnosticata o trattata» (*ibidem*: 13), facendosi forte di un approccio storico-politico irrinunciabile per non ricadere nei suoi vizi originari di coloniale memoria.

interpretative aspira a migliorare gli stessi strumenti sanitari di intervento. Il taglio squisitamente etnografico del saggio mira difatti a valorizzare l'etnografia la quale, attraverso una approfondita conoscenza dell'altro, permette agli operatori sanitari di non stereotipare i contesti di origine dei migranti, strutturando in tal modo interventi medici efficaci e abbandonando l'approccio esclusivamente biologico ed essenzializzante delle culture altre.

Il sistema sanitario in Ghana: dal decentramento alla medicina tradizionale in area nzema

Il Ghana, primo Paese dell'Africa ad ottenere l'indipendenza e padre del panafricanismo, è oggi caratterizzato da un sistema sanitario decentralizzato, strutturato su una decentralizzazione amministrativa⁴¹. La costituzione dei Distretti Sanitari avvenne nel 1996 con l'approvazione dell'*Act 525, Ghana Health Service and Teaching Hospitals*, che istituzionalizzò la *GhanaHealth Service* (GHS) come agenzia del Ministero della Salute a cui venne affidata la gestione delle strutture politico-sanitarie e terapeutiche del Paese. Per riuscire a monitorare il territorio nazionale la *Ghana Health Service* presenta una ramificazione al fine di garantire anche il controllo delle zone rurali. Il decreto del 1996 sancì infatti la nascita

⁴¹ Nel 1988 venne approvata la legge *207 The Local Government Law* che introdusse nel sistema politico nazionale le cosiddette Assemblies di Distretto. Per un'analisi approfondita vedi Oquaye (2004).

di uffici amministrativi a livello regionale e distrettuale e definì gli obiettivi e le funzioni delle istituzioni mediche in tutto il territorio nazionale. I Distretti Sanitari dovrebbero essere presenti all'interno di ogni distretto amministrativo, ma a causa delle gravose difficoltà economiche e dell'assenza di personale il Ministero non è in grado di realizzare le strutture amministrativo-sanitarie all'interno di ogni Assemblea di Distretto recentemente sorta. Alcuni territori vivono infatti un isolamento politico e sanitario tale da rallentare o talvolta negare la realizzazione di alcune direttive nazionali, provocando una mancata decentralizzazione di risorse umane e farmacologiche. Anche i distretti su cui si concentrerà il caso etnografico che verrà esaminato in questo lavoro, sono territori rurali dove è possibile riscontrare una marginalità politica e sanitaria, e in cui il pluralismo medico è talmente evidente da rappresentarne l'elemento preponderante.

L'area Nzema, situata nella zona costiera sud-occidentale del Paese, è il territorio in cui dal 1954 la Missione Etnologica Italiana in Ghana (MEIG) svolge le proprie ricerche. Lo Nzema è politicamente suddiviso in tre distretti amministrativi e in questo lavoro, per motivi strettamente legati alle nostre ricerche, ci concentreremo prevalentemente sul Distretto di Jomoro, controllato ovviamente dagli uffici regionali della Western Region. Il Jomoro vanta una notevole decentralizzazione sanitaria, tuttavia spesso carente di risorse umane e farmaceutiche: nel territorio troviamo l'ospedale governativo ubicato ad Half Assini, capoluogo distrettuale, con condizioni igieniche alquanto precarie e con la presenza di soli due

medici per circa 180.000 abitanti⁴²; 4 *Health Centers*, gestiti da infermiere e ostetriche; 1 *Community Clinics* e 27 *Community Health Planning and Service* (CHPS), piccole strutture decentrate dedite all'assistenza medica di base ma spesso prive di risorse farmacologiche e di personale specializzato⁴³. Oltre alle strutture sanitarie il distretto vanta anche un numero elevato di *Drugshop*, attività private in cui è possibile acquistare farmaci ortodossi - che non necessitano di prescrizione medica - e rimedi tradizionali ben confezionati (alcuni dei quali privi della certificazione del *Food and Drug Board*⁴⁴). I prodotti erboristici sono infatti regolati non solo dalle certificazioni del decreto del 1992 (vedi nota 8), ma anche dalla legge emanata nel 2000, l'*Act 575 Traditional Medicine Practice*, che istituzionalizzò definitivamente la medicina tradizionale definendo le modalità con cui identificare e registrare i terapeuti, indicando le norme con cui rilasciare le licenze ai guaritori e soprattutto sancendo

⁴² Per questo motivo e, talvolta, per questioni di distanza e di spese di trasporto molti abitanti del distretto di Jomoro preferiscono recarsi all'ospedale privato di Eikwe, sito nel distretto di Ellengbele, oggi convenzionato grazie alla politica di Public-Private Partnership.

⁴³ Per una descrizione delle strutture e dei programmi vedi Vasconi (2010, 2011, 2012). Negli ultimi anni il numero delle strutture sanitarie è incrementato grazie al supporto finanziario e operativo dell'*ENI Foundation* che collabora con il distretto sanitario di Jomoro dal 2013.

⁴⁴ Nel 1997 il Ministero della Salute ha istituito il *Food and Drug Board* in seguito all'approvazione della legge *Food and Drugs Law 1992 P.N.D.C.L. 305B*. Si tratta di un istituto di ricerca che rilascia le licenze per la vendita di cibi, cosmetici e prodotti farmaceutici dopo aver eseguito i test per verificare le componenti chimiche, erboristiche e le condizioni igieniche, di preservazione e di impacchettamento dei manufatti.

la nascita del *Traditional Medicine Practice Council*, il nuovo ente ministeriale adeguato a gestire i terapeuti tradizionali. Ovviamente non è questa la sede per ricostruire la storia del processo di legittimazione della medicina tradizionale in Ghana, né tanto meno per riflettere sulle incoerenze di tale decreto, per cui si rimanda alla letteratura esistente⁴⁵. Tuttavia, è importante evidenziare come nessun punto della legge sopra citata sia stato realizzato nel Paese, tranne per ciò che concerne una minima regolamentazione dei prodotti fitoterapici. Nei distretti, come quelli dell'area nzema, la medicina tradizionale continua pertanto ad essere una risorsa fortemente utilizzata, parallela al sistema sanitario ma non regolamentata dalle istituzioni sanitarie.

Nel distretto di Jomoro i guaritori tradizionali sono organizzati in associazioni, spesso riconosciute dal Ministero e presenti in tutto il territorio nazionale. Ogni categoria di terapeuti si differenzia per strumenti di cura, pratiche e saperi, ciononostante realizzare una classificazione dei guaritori rischia di non evidenziare la complessità della medicina tradizionale: creare una tassonomia potrebbe infatti celare la ricchezza delle pratiche e delle tradizioni terapeutiche. In area nzema, si può tentare di classificare le diverse categorie di guaritori, ponendo ad ogni modo l'accento sull'arbitrarietà di tale classificazione: gli *ahɔmenle* (sing. *kɔmenle*), guaritori ispirati che procedono alla diagnosi e alla cura della malattia mediante la

⁴⁵Vasconi & Owoahene-Acheampong (2010); Vasconi (2012).

possessione da parte delle divinità, dette *awozonle* (sing. *bozonle*); i *ninsinlima* (sing. *ninsinli*), gli erbalisti, che pur non utilizzando la possessione detengono un rapporto con le divinità oltre ad una approfondita conoscenza erboristica; gli *asofo* (sing. *esofo*), i profeti e le profetesse di origine cristiana ed esponenti delle chiese spirituali e pentecostali⁴⁶ e infine i *mallam*, guaritori di ispirazione musulmana che usano il Corano come primario strumento terapeutico⁴⁷. Questi diversi guaritori, diffusi ed utilizzati in tutto il territorio anche per la loro capillarità presentano tuttavia un elemento trasversale che li accomuna, caratterizzato dalla condivisa ideologia della malattia. Quest'ultima, infatti, non è mai percepita entro i limiti biologistici, e dunque caratterizzata da un approccio sostanzialmente scientifico, bensì definita in termini maggiormente universalistici e globali. Il paziente è difatti inserito nel più ampio contesto che lo circonda, che spazia da quello individuale, sociale, a quello sovranaturale. Difficilmente la malattia è accettata come evento fortuito e

⁴⁶ Le chiese spirituali sono nate in un contesto locale, distanti dai movimenti transnazionali e nettamente contrastanti la sfera tradizionale, tanto da relegare le divinità del pantheon nella sfera demoniaca. Le chiese pentecostali, invece, nascono dall'attività missionaria in Africa e sottolineano in maniera ancora più evidente la completa rottura con ciò che concerne la sfera tradizionale. Entrambi accettano la classificazione delle malattie locali rivendicando la propria capacità d'intervento ed evidenziando l'elemento demoniaco e dell'occulto correlato alle malattie spirituali (Schirripa 2005: 79).

⁴⁷ Per una descrizione approfondita delle categorie di guaritori vedi Schirripa (2005); Pavanello&Schirripa (2008).

“naturale”⁴⁸, mai unicamente individuale, ma è connessa ad una profonda armonia che «trascende l’individuo e che investe la società ed il cosmo» (Schirripa 2001: 494). In area nzema, ordine sociale, morale e spirituale regolano le relazioni tra gli individui, e tra questi e l’ambiente, principalmente per mezzo dell’intervento delle divinità, gli *awozonle* (sing. *bozonle*), garanti dell’ordine, benefattori, o inattesi persecutori. Vi è difatti la presenza di un sistema di controllo morale e sociale che agisce in maniera autonoma, che tenta di stabilire e ripristinare quel profondo equilibrio, incrinatosi a causa di un errore e di un comportamento antisociale dell’individuo o di qualcuno appartenente al suo gruppo familiare. La malattia è infatti correlata ad un’ampia eziologia, generalmente connessa ad un’infrazione del codice di comportamento sociale. Sarà il guaritore a dover intraprendere quel percorso di “ricucitura” di un equilibrio incrinatosi, di una relazione interrotta e di una riduzione delle tensioni, sorte in seguito ad un disordine sociale che ne ha comportato uno di tipo biologico. Inoltre sarà il guaritore ad individuare se la malattia che ha colpito il paziente sia “spirituale” o “naturale”. Si tratta di una classificazione condivisa dagli stessi terapeuti tradizionali e applicabile a tutte le differenti patologie.

⁴⁸ Con il termine “naturale” non è nostra intenzione far riferimento alla dicotomia presentata da Foster (1976), attraverso la quale egli individua due orientamenti determinanti nella spiegazione della causalità della malattia, il primo di tipo “naturalistico” ed il secondo “personalistico”. Tale dicotomia appare poco convincente e riduzionistica, poiché sottovaluta la complessità delle ideologie tradizionali.

Essa non dipende esclusivamente dalla tipologia del disagio, bensì da molteplici fattori, individuabili nella resistenza ai farmaci ortodossi, nella durata della malattia, nel tipo e nella gravità dell'attacco, e così via. Tale distinzione pone una netta separazione tra l'intervento della medicina ortodossa e di quella tradizionale, «quella Occidentale può infatti curare con successo le malattie di tipo naturale, al contrario i terapeuti tradizionali rivendicano la loro capacità di intervenire beneficamente tanto nelle malattie naturali che spirituali» (Schirripa 2005: 51). A tal proposito è rilevante sottolineare che i guaritori spesso inviano i propri pazienti nelle strutture biomediche per controlli o in caso di malattie che non possono essere curate dalla medicina autoctona, dando vita ad una collaborazione unidirezionale tra medicina tradizionale e biomedicina.

Il rapporto tra guaritori e operatori biomedici è un elemento importante perché ci permette di mettere in luce l'aspetto dinamico e relazionale della compresenza di diverse tradizioni terapeutiche, spesso immaginate come rette parallele che non si incontrano. Il prossimo paragrafo, dunque, sarà dedicato ad esplorare la complessa maglia di relazioni tra diversi terapeuti e concezioni della malattia in un preciso ambito, quello della salute mentale, in cui le risorse alternative alla biomedicina giocano un ruolo di primo piano, in area nzema come nel resto del Paese. Un ambito in cui la stessa natura unidirezionale della collaborazione tra medicine altre - in questo caso le terapie "spirituali" degli *asofò* - e biomedicina può essere messa in

discussione in favore di una dimensione maggiormente dialogica, seppur minata - come vedremo - da una serie di ostacoli.

La Salute mentale in Ghana: il pluralismo medico in area nzema

Il pluralismo medico che connota il sistema sanitario ghanese è particolarmente evidente nell'ambito della salute mentale, che ormai da qualche anno è oggetto di grande interesse a livello sia nazionale che internazionale⁴⁹.

Il dibattito pubblico intorno a questo tema, iniziato in Ghana tra il 2005 ed il 2006 e culminato nel 2012 con l'approvazione di una nuova legge - il Mental Health Act 846 - verteva sulla necessità di rinnovare il sistema psichiatrico nazionale. Quest'ultimo rappresentava - e continua a rappresentare - solo una delle risorse disponibili per chi soffre di disturbi mentali nel Paese. In effetti, l'eterogeneità delle pratiche e dei saperi terapeutici e le differenti interpretazioni ed eziologie della malattia sono state in qualche modo al centro del dibattito. Grande attenzione, infatti, è stata riservata da rappresentanti delle istituzioni, psichiatri, ONG e giornalisti ai guaritori "tradizionali" e "spirituali", che veicolano una visione della

⁴⁹In questo paragrafo si fa riferimento ad una ricerca etnografica della durata di circa cinque mesi (ottobre-novembre 2013; luglio-novembre 2014) condotta nel distretto di Jomoro da Cecilia Draicchio.

Per una rassegna sul tema della salute mentale in Ghana e, in particolare, sulla riforma del 2012 si rimanda tra gli altri a Awenva et al. (2010); Doku, Wusu-Takyi, & Awakame (2012); Doku et al. (2011); Read, Doku (2012); Kpobi, Osei&Sefa-Dedeh (2014); Ofori-Atta et al. (2014).

malattia mentale profondamente altra rispetto a quella biomedica. Questi terapeuti sono spesso demonizzati e indicati come uno dei principali ostacoli allo sviluppo di servizi psichiatrici efficaci sul territorio, in particolare per quanto riguarda il riconoscimento ed il ricorso ad essi da parte della popolazione locale⁵⁰.

Tuttavia, quello che è interessante notare ai fini di questo lavoro è che, a differenza di quanto traspare spesso nei discorsi pubblici, in area nzema la compresenza di diverse risorse terapeutiche - e dunque di diverse concezioni, eziologie e pratiche legate al disagio psichico e alla sua cura - non può essere in alcun modo tradotta nei termini di una inconciliabilità tra sistemi differenti.

Sono due, dunque, gli obiettivi di questo scritto. Il primo è quello di fornire un esempio concreto dell'eterogeneità che caratterizza un potenziale "luogo di provenienza" come il Ghana sud-occidentale: in area nzema la malattia mentale può chiamare in causa allo stesso tempo infermieri psichiatrici, guaritori tradizionali (in particolare gli *ahɔmenle*) e guaritori spirituali/profeti (*asofo*) e i loro differenti saperi. Il secondo obiettivo è quello di riflettere su come in questo quadro caratterizzato dalla diversità - delle risorse terapeutiche, delle eziologie della malattia, delle pratiche di cura - quest'ultima possa rappresentare non un intralcio ma una potenziale risorsa, che si

⁵⁰ È importante sottolineare che paradossalmente questo avviene di pari passo al tentativo del MentalHealthAct di istituzionalizzare una collaborazione tra rappresentanti della psichiatria e guaritori tradizionali/spirituali (MentalHealthAct: 7, 37).

confronta però con una serie di ostacoli difficilmente riconducibili a un'idea superficialmente “culturalista” dello “scontro” tra modelli di cura diversi nel contesto preso in esame.

Per fare tutto ciò, può essere utile partire dal caso concreto di Grace⁵¹, una ragazza ventenne che potrebbe essere definita una “paziente”, se non fosse che nel settembre 2014, quando è stata incontrata da una delle due autrici del presente lavoro nella sua casa nel piccolo villaggio costiero di Ekebaku, non si stava sottoponendo ad alcun tipo di terapia⁵².

Da ormai tre anni Grace non era più la stessa. Tutto era cominciato - secondo quanto narravano i genitori - mentre era ospite al villaggio della nonna, una *kɔmenle*: durante la permanenza a casa di quest'ultima, gli *awozonle*⁵³ avevano scelto la ragazza per entrare dentro di lei, ma lei aveva opposto resistenza. Avendoli offesi, essendosi cioè rifiutata di diventare una guaritrice ispirata come la

⁵¹ Per ragioni legate alla confidenzialità delle informazioni riportate, il nome indicato è fittizio.

⁵² Colloquio con Grace ed i suoi genitori, 11 settembre 2014.

⁵³ Come già accennato, nella cosmologia nzema, gli *awozonle* (sing. *bozonle*) - chiamati in inglese *spirits* o *small gods* - sono spiriti che vivono nel mondo degli uomini e hanno sulla loro vita un'influenza non trascurabile. Come sostiene Pavanello (2012:34), questi spiriti possono essere buoni (*kpale*) o malvagi (*etane*), ma a prescindere dalla loro natura benigna o perfida, il loro intervento nelle vicende umane può spesso risultare fatale, soprattutto - ma non necessariamente - se ci si macchia di una colpa.

nonna, si era esposta a una terribile punizione⁵⁴. È così che Grace era diventata *εζεε*, folle. Al momento del nostro incontro sembrava smarrita, nello sguardo un misto di malinconia e rassegnazione. Presenziava alla conversazione con suo padre e sua madre come se fosse altrove, senza mai intervenire o interagire in altro modo, rispondendo con indifferenza ai tentativi del padre di coinvolgerla. I genitori, visibilmente provati, raccontavano di averle tentate tutte: l'avevano portata da vari *ahomenlee asofo*, e, in seguito a dei comportamenti particolarmente aggressivi, anche al vicino ospedale di Eikwe che, benché privo di un reparto psichiatrico, era fornito di un certo numero di farmaci psicotropi tra cui quelli - probabilmente ansiolitici o antipsicotici - che erano stati prescritti a Grace, e che lei per un certo tempo aveva preso.

A questo punto è necessario fare un passo indietro. Come si può intuire da quanto detto finora, in area nzema - come più in generale in tutto il Ghana ed in molti altri contesti subsahariani - la malattia mentale è generalmente collegata - sia da un punto di vista eziologico che da un punto di vista terapeutico - al sovrannaturale, al regno dei poteri invisibili e della stregoneria, che dominano l'immaginario locale.

⁵⁴ Per un approfondimento sulle pratiche di possessione ed il rapporto tra *ahomenle* e *eawozonle* in area nzema si rimanda a Schirripa(1995, 1998) ed in particolare - per un altro esempio di come il delicato rapporto con gli spiriti che scelgono di possedere una persona possa portare quest'ultima alla follia - si veda Schirripa (2001). Sui mali-punizione derivanti dalle offese agli *awozonlesi* veda anche Grottanelli (1978: 85 e sgg.).

In termini più specifici, come sintetizza Mariano Pavanello (2012:36) in riferimento all'insorgere della malattia in generale, nella cosmologia nzema:

«[esso] può essere interpretato in vari modi: 1) come segno di attacco da parte di un *bozonle* per qualche fallo commesso, e un tale attacco può essere di iniziativa del *bozonle*, oppure il *bozonlesi* è mosso a seguito di un *amonle*⁵⁵, un voto, pronunciato da un uomo; 2) come segno di attacco da parte di un *bozonleεtane* [malvagio] anche se non si è commesso alcun fallo; 3) come segno di attacco da parte di un *ayεne*[strega]⁵⁶. C'è [...] anche una quarta possibilità e cioè 4) che la malattia sia stata provocata da un *ayidane*, un atto di fattucchieria, più noto in tutto il Ghana come *juju*⁵⁷».

A queste interpretazioni vanno ovviamente aggiunti gli *assessment* e le diagnosi biomediche, prerogativa - nel caso della salute mentale - degli infermieri psichiatrici degli ospedali generici locali, che sono

⁵⁵ Il termine *amonle* è polisemico. Tra i suoi significati ci sono quello di “maledizione”, “voto”, “giuramento” e “amuleto” (Pavanello 2012: 35).

⁵⁶ “L’*ayεne* è una forma estrema di potere malefico posseduto da una persona, talora inconsapevolmente, capace di danneggiare o uccidere soprattutto i parenti all’interno del lignaggio.” (Pavanello 2012: 39). Il termine è usato per definire colui o colei che possiede questo potere, una strega appunto. Per un’analisi etnografica approfondita della stregoneria nzema e più in generale akan si rimanda a Pavanello 2017.

⁵⁷ *Juju* è un termine pidgin - forse di origine francese - usato in Ghana e più in generale in Africa Occidentale per identificare oggetti e pratiche legate a poteri occulti e alla fattucchieria. Da esso deriva l’espressione *juju man* che - come il termine *fetishpriest*- è comunemente utilizzato per definire i guaritori tradizionali (Meyer 1995:251).

privi di psichiatri⁵⁸. Queste diverse visioni della malattia si contrappongono, si affiancano, si sovrappongono. E, come la drammatica storia di Grace dimostra, si traducono in itinerari terapeutici eterogenei, molteplici e frammentari.

Come è emerso sin ora, la famiglia di Grace era convinta che la causa della malattia della ragazza fosse riconducibile alla prima delle interpretazioni citate, ovvero al fatto che la ragazza fosse stata scelta dagli *awozonle* per essere posseduta, dunque la loro prima scelta era stata quella di rivolgersi prima ad uno e poi ad altri *ahɔmenle*, iguaritori tradizionali che curano attraverso la divinazione e il loro rapporto privilegiato con alcuni *awozonle*. Per qualche ragione, però, questa strada si era rivelata inefficace e quindi, benché non vi fossero particolari dubbi riguardo alla causa della follia di Grace - una causa che affondava le sue radici nella cosmologia tradizionale nzema - i genitori non avevano esitato a portarla in vari *prayer camp*.

I *prayer camp* sono dei luoghi religiosi annessi a chiese cristiane - principalmente pentecostali e spirituali - in cui vengono offerti dall'*esofo*, il pastore-guaritore che vi risiede, aiuti terapeutici di vario tipo, non solo in ambito sanitario, ma anche sentimentale, economico, lavorativo. Spesso - come nel caso di Grace - le persone si

⁵⁸ Il numero di psichiatri in Ghana è estremamente esiguo. Secondo una ricerca promossa dal Ministero della Salute ghanese e dal progetto di cooperazione internazionale “Kintampo Project”, condotta secondo le linee guida dell’OMS (WHO-AIMS) e pubblicata nel 2013 (con dati relativi al 2011-2012), il numero di psichiatri non ammontava che a 18 in tutto il Paese (Roberts et al. 2013).

recano nei *prayer camp* accompagnate da uno o più familiari che si prendono cura di loro durante la permanenza presso il campo, una permanenza che può durare diversi mesi, a volte anche anni. In area nzema, come in tutto il Ghana, i *prayer camp* sono numerosissimi e il loro successo sembra essere in costante crescita, anche a scapito - come sostengono alcuni - dei cosiddetti “guaritori tradizionali”. È importante sottolineare che, come ogni categoria terapeutica, anche quella di *esofò* è profondamente eterogenea al suo interno e le differenze tra un *prayer camp* e l'altro possono essere davvero notevoli. Tuttavia, in termini generali si può dire che gli *asofò* veicolano una visione del mondo - e della malattia - molto differente da quella degli *ahɔmenle*: per loro la follia, come ogni altro male, deriva dal Diavolo (*abonsam*) di cui gli *awozonle* - e i guaritori tradizionali, che intrattengono relazioni strettissime con questi ultimi - non sono che un'espressione. Uno degli *asofò* da cui Grace era stata portata, infatti, aveva suggerito un'altra interpretazione della follia della ragazza: secondo lui, questa era l'effetto della maledizione di una persona che si era rivolta a poteri occulti per non meglio specificate ragioni. Grace era perciò posseduta da spiriti maligni emissari del Diavolo che andavano scacciati con la preghiera ed il digiuno, il classico binomio terapeutico che i profeti-guaritori somministrano nei loro *prayer camp*. Purtroppo, anche questo tentativo di guarigione non era andato a buon fine. Quello che è interessante sottolineare è che tra un tentativo e l'altro, in coincidenza con l'insorgere in Grace di comportamenti aggressivi,

la famiglia si era rivolta anche ai rappresentanti della biomedicina, gli infermieri dell'ospedale di Eikwe. I farmaci psicotropi che erano stati prescritti alla ragazza si erano rivelati efficaci nel placare i suoi atteggiamenti più violenti per un po', ma non nel "guarirla". Per questa ragione e per l'impossibilità della famiglia di affrontarne la spesa, da più di un anno Grace non prendeva più farmaci, così come, per gli stessi motivi, i genitori si erano rifiutati di portarla all'ospedale psichiatrico di Cape Coast, benché fosse stato consigliato loro da più parti.

La storia di Grace, unica eppure simile per molti versi a tante altre incontrate nel corso della ricerca, non rende giustizia, nella forma sintetica in cui è qui riportata, alla complessità della sua dolorosa esperienza. Tuttavia, la sua vicenda ci permette di mettere a fuoco alcuni elementi. In primo luogo, ci consente di affermare che l'intricato ed eterogeneo universo di significati che spesso nei discorsi istituzionali - a livello sia nazionale che internazionale - viene ridotto a "superstizione" non può essere identificato come il principale ostacolo all'efficacia dei servizi sanitari biomedici sul territorio. Come dimostra il caso di Grace, non diversamente da quelli di molti altri (ex) pazienti e loro familiari, la concezione che la malattia mentale appartenga ad una dimensione "spirituale" dell'esperienza in un mondo che è abitato da esseri potenti ma invisibili (gli *awozonle*, il diavolo, Dio) - una concezione lontana quindi dalla psichiatria e dalle sue categorie diagnostiche - non impedisce di ricorrere pragmaticamente alla biomedicina per contrastarne gli effetti.

Questo aspetto “pragmatico” è ben presente non solo nelle pratiche dei malati e dei loro familiari, ma anche in quelle di alcuni terapeuti, in particolare infermieri psichiatrici e *asofò*. Benché in competizione gli infermieri che lavorano nel distretto di Jomoro e alcuni dei profeti-guaritori dell’area intrattengono relazioni intermittenti ma allo stesso tempo salde: a volte i primi si recano nei *prayer camp* per fare diagnosi e prescrizioni, altre volte sono gli stessi *asofò* a chiamarli o a mandare i loro pazienti all’ospedale quando lo ritengono necessario, in alcune circostanze infine, sono gli stessi infermieri a ritenere necessario l’intervento dei guaritori per casi che giudicano di natura “spirituale”. Queste relazioni, oltre a dimostrare ancora una volta l’assenza di una incompatibilità tra sistemi di cura differenti, ci spingono anche a riflettere sulle potenzialità e le problematiche di questi tentativi di collaborazione.

Come affermano gli autori di un recente studio sulla possibilità di una collaborazione tra *prayer camp* e operatori biomedici svolto ad Accra (Arias et al. 2016:13), «per molti pazienti, ma anche per loro stessi [gli infermieri e coloro che operano nei *prayer camp*] spesso l’esperienza della malattia mentale avviene attraverso una lente che è sia biomedica che spirituale». È in questo senso che, in linea teorica, la molteplicità delle pratiche terapeutiche si rivela una risorsa soprattutto quando vi è un dialogo tra queste ultime, un dialogo che permette di combinare diverse ideologie ed esperienze della malattia che di fatto coesistono sul territorio. Come traspare dalla storia di Grace, però, vi sono degli ostacoli che impediscono a questo dialogo -

nella gran parte dei casi - di dare origine ad un circolo terapeutico virtuoso per i potenziali pazienti⁵⁹.

Nel riflettere sul rapporto tra biomedicina e altre risorse terapeutiche in un dato contesto non si può prescindere dalle condizioni materiali che informano le vite di chi lo abita: queste giocano un ruolo fondamentale negli itinerari di guarigione - spesso interrotti - di chi soffre di patologie mentali in area rurale. Perché, ci si potrebbe chiedere ad esempio, la famiglia di Grace ha rinunciato a sottoporre la ragazza ad una terapia e perché, in particolare, ha abbandonato il ricorso ai servizi psichiatrici? Si tratta ovviamente di scelte complesse e anche personali che non possono essere certo ricondotte a delle ragioni univoche, ma - trattandosi di una situazione che ricorre spesso nelle storie degli (ex) pazienti nell'area - è opportuno mettere in rilievo due aspetti.

Un primo aspetto fondamentale da considerare è il costo dei servizi sanitari e la loro conseguente inaccessibilità: oltre alle spese di trasporto dal villaggio di provenienza all'ospedale, che già di per sé per molte famiglie possono rivelarsi insostenibili, il costo dei farmaci è di importanza cruciale. Da un punto di vista legale - come è sancito nel Mental Health Act 846 - i farmaci psicotropi in Ghana

⁵⁹ Un elemento che non può essere omissis, ma per ragioni di spazio non verrà analizzato in questa sede poiché meriterebbe una trattazione a parte è la pratica della contenzione fisica nei *prayer camp*: essa è molto diffusa e rappresenta uno dei principali punti di disaccordo tra operatori biomedici e guaritori spirituali (Arias et al. 2016). Su *prayer camp*, contenzione fisica e discorso sui diritti umani si veda anche Taylor (2016).

dovrebbero essere gratuiti, ma poiché il governo centrale, da ormai diversi anni, non li fornisce regolarmente agli ospedali locali, essi sono di fatto a pagamento: gli infermieri sono costretti a comprarli periodicamente presso le farmacie delle principali città del Paese e a rivenderli ai pazienti. La continuità che la natura cronica di molte patologie mentali imporrebbe, dunque, è minata sia dal costo effettivo delle medicine - in generale piuttosto esose per gli standard locali - sia dalla loro presenza intermittente presso gli ospedali di riferimento.

Riguardo ai farmaci psicotropi, inoltre, c'è un secondo aspetto che va considerato, relativo ancora una volta alle condizioni materiali di pazienti e familiari, ma anche allo stesso tempo alla loro percezione di cosa è sano e cosa è patologico. Come sottolinea Ursula Read (2012), il fenomeno della discontinuità nell'assunzione di psicofarmaci è molto frequente in tutto il Ghana. L'antropologa inglese, smentendo l'idea che la maggior parte della popolazione ignori la possibilità di ricorrere alla biomedicina per patologie mentali, sostiene che «la preferenza per un certo tipo di trattamento rispetto ad un altro sembra essere guidata non tanto dalle idee relative alla natura della malattia o alla sua eziologia, ma piuttosto dalle conseguenze pratiche sulla lunga durata» (Read 2012: 13). Read si riferisce, in particolare, agli effetti collaterali dei farmaci psicotropi che molto spesso finiscono per metterne in dubbio l'efficacia, contrapponendosi alla concezione locale di salute. In particolare, nella vita quotidiana di chi vive e soprattutto *lavora* nel Ghana rurale - come ad esempio i

genitori di Grace, entrambi contadini - le sensazioni prolungate di debolezza e sonnolenza, tipici effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, sono percepite come opposte all'idea di salute e possono trasformarsi addirittura in condizioni altamente invalidanti a loro volta.

Analizzare le concezioni di salute e malattia anche in un contesto geografico piuttosto ridotto come quello preso in esame, dunque, non ci consente di appiattare questi concetti su un solo livello, ci impone al contrario di intersecare diversi piani, dalla compresenza di diverse risorse terapeutiche - biomediche e non - ed interpretazioni della malattia alle profonde ineguaglianze economiche e sociali che ne strutturano l'esperienza.

L'etnografia come strumento di superamento del doppio pregiudizio biomedico e culturalista

In questo breve percorso, siamo partite da un elemento che molte delle analisi antropologico-mediche sulle migrazioni hanno da tempo messo in evidenza: un doppio pregiudizio implicito, biomedico e culturalista, che rappresenta un ostacolo notevole alla comprensione dell'*altro* nel rapporto terapeutico con persone migranti nei contesti di arrivo.

Da un lato, nella sua dimensione biomedica, questo pregiudizio spinge il personale sanitario a considerare i soli aspetti biologici ed individuali della malattia, ignorando spesso il complesso insieme di

significati e relazioni che la connotano nell'esperienza di molti pazienti. Dall'altro lato, nella sua dimensione culturalista, questo pregiudizio si rivela forse addirittura più rischioso: esso produce l'illusione di una comprensione attraverso l'attribuzione di un'identità "culturale" essenzializzante - solitamente definita sulla base della provenienza etnica o della nazionalità - che finisce per definire in modo univoco e determinista l'esperienza del paziente. In primo luogo, è forse superfluo ricordarlo, la cultura non va mai pensata come qualcosa di dato, definito ed immutabile. Inoltre, come osservano Simona Taliani e Francesco Vacchiano (2006: 105 e sgg.), «nessuno aderisce completamente e incondizionatamente alla propria cultura di riferimento», e la scelta di accogliere, rifiutare o dubitare di una data interpretazione "locale" dei processi di salute e malattia non solo va riconosciuta ai pazienti, ma anche considerata nel suo essere mutevole nel tempo. Da un punto di vista sia epistemologico che terapeutico, dunque, nessun individuo può essere definito in base alla propria cultura di appartenenza senza incorrere in un pericoloso appiattimento riduzionista della sua esistenza ed esperienza. Infine, è fondamentale sottolineare che una lettura dei fenomeni di salute e malattia in termini culturalisti rischia di occultare le dimensioni storiche e politico-economiche di questi fenomeni. Come osserva Paul Farmer, infatti:

«L'abuso del concetto di specificità culturale è particolarmente insidioso nelle discussioni sulla sofferenza in generale e sugli abusi dei diritti umani in particolare. La differenza culturale che sconfinata nel

determinismo culturale è una delle diverse forme di essenzialismo usate per giustificare le lesioni alla dignità e la sofferenza [...]. La “cultura” non spiega la sofferenza, al peggio essa può fornirle un alibi» (Farmer 2003, in Quaranta 2006: 294).

Di fronte a questi rischi, dunque, ci siamo domandate: può una riflessione etnografica sulle relazioni tra teorie (e pratiche) diverse della malattia e della cura in un potenziale “contesto di provenienza” rappresentare *uno* strumento - non certo l'unico - per il superamento di questo duplice pregiudizio? In che modo?

Se si rinuncia, come è necessario, all'idea che l'antropologia possa fornire dei “riassunti” o dei “glossari” etnografici sui luoghi di origine, che non farebbero altro che riprodurre il pregiudizio culturalista, essa può al contrario contribuire, attraverso l'etnografia, alla comprensione dell'*altro* che gli operatori sanitari hanno di volta in volta di fronte, mostrando una maggiore complessità dei processi di salute e malattia e la profonda rilevanza di altri fattori, non “culturali” bensì politico-economici, fondamentali nei contesti di provenienza come in quelli di arrivo. È questo ciò che abbiamo tentato di fare attraverso l'analisi dell'ambito della salute mentale in area nzema e la storia di Grace.

Attraverso il racconto etnografico abbiamo provato a restituire un universo di significati ricco ed intricato, in cui c'è spazio per diverse interpretazioni della malattia e strategie di cura. Interpretazioni e pratiche che fanno riferimento di volta in volta alla cosmologia

tradizionale nzema, alla psichiatria e al Cristianesimo carismatico-pentecostale nelle sue numerose declinazioni. Le interazioni tra questi diversi saperi terapeutici sono rese possibili dall'assenza di pregiudizi intesi nell'accezione più negativa del termine, ovvero di giudizi a priori che negano la possibilità di un dialogo e di un reciproco riconoscimento. Vi sono certo dei pregiudizi dei terapeuti (infermieri e guaritori) nei confronti dei loro rispettivi "contendenti", pregiudizi che sono saldi - e in un certo senso rappresentano la base del ruolo sociale di queste differenti figure - ma allo stesso tempo non impediscono una forma intermittente di dialogo. Gli infermieri sono convinti di essere gli unici a poter offrire *davvero* una soluzione alle patologie mentali, ma nella pratica non escludono - anzi il più delle volte lo condividono - il valore della preghiera, così come non rifiutano l'esistenza di una dimensione "spirituale" della malattia mentale. Gli *asofa*, dal canto loro, rivendicano per sé il ruolo di guarire *definitivamente* (cfr. Read 2012) dalle malattie "spirituali", ma riconoscono agli infermieri la capacità di agire sulle malattie "naturali" e soprattutto l'efficacia dei loro rimedi (i farmaci psicotropi) nel placare gli *effetti* delle malattie "spirituali", disturbi che solo loro, tuttavia, possono *curare* con successo attraverso la preghiera ed il digiuno. Su queste stesse ragioni, sulla percezione locale degli effetti collaterali dei farmaci psicotropi e sulla possibilità economica di accedervi o meno - nonché ovviamente su vicende personali che variano di volta in volta - si fondano spesso le scelte dei pazienti o, più frequentemente, dei loro familiari.

Quale può essere, dunque, il ruolo di un resoconto etnografico come questo? Non solo esso può farci familiarizzare con l'idea di un'eterogeneità e di una molteplicità di concezioni della malattia e della cura che escludono qualunque definizione *univoca* della "cultura di provenienza"; l'etnografia suggerisce anche la necessità di ascoltare con attenzione le storie delle persone nei contesti di arrivo, prendendone *sul serio* anche la dimensione *altra*, "spirituale", senza guardare ad essa nei termini di una contraddizione o peggio di un atteggiamento "irrazionale": come abbiamo visto nel caso presentato, infatti, essa è pienamente compatibile con la biomedicina ed è parte di itinerari terapeutici fondati su considerazioni "pragmatiche". L'etnografia, infine, può svelarci - come auspicato da Farmer - il modo in cui gli aspetti personali, sociali e politici della malattia e della sofferenza sono intrecciati tra loro ed in particolare il ruolo fondamentale delle disuguaglianze sociali, economiche e politiche piuttosto che quello di presunte "incompatibilità culturali" nello strutturare l'esperienza dei pazienti. In un contesto di provenienza come quello ghanese, nell'ambito della salute mentale, queste disuguaglianze si concretizzano nella pressoché totale inaccessibilità dei servizi sanitari per la maggior parte della popolazione. Non diversamente - è bene ricordarlo - in un contesto di arrivo come quello italiano, la vita delle persone migranti è informata da disuguaglianze strutturali di natura politica che non possono essere ignorate quando si parla di salute: si pensi all'esperienza dolorosa del viaggio, al rischio e alla privazione di

libertà a cui si è continuamente esposti anche dopo l'arrivo in Europa. Superare il pregiudizio biomedico-culturalista, dunque, vuol dire essere capaci di riconoscere ed intersecare queste diverse dimensioni della sofferenza – personali, culturali, sociali, politiche - analizzarne le relazioni ed immaginare sulla base di esse pratiche nuove, tanto nei “contesti di provenienza” quanto in quelli “di arrivo”.

BIBLIOGRAFIA

- Ardigò, M., Stefanini, A., Tortoreto, B. (2014). “Salute”, in “Antropologia e migrazioni”, a curadi Riccio, B.:179-194, CISU.
- Arias, D., Taylor, L., Ofori-Atta, A., Bradley, E. H. (2016): Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is Collaboration in Mental Health Care Possible?, PLoS ONE, 11 (9): 1–16.
- Awenva, A., Read U., Ofori-Attah A., Doku V., Akpalu B., Osei A., Flisher A., MHaPP Research Programme Consortium (2010): From mental health policy development in Ghana to implementation: what are the barriers?, African Journal of Psychiatry, 13 (3): 184-191.
- Beneduce, R., 2007. “Etnopsichiatria. Sofferenzamentale e alterità fra Storia, dominio e cultura”, Carocci.
- Doku, V., Ofori-Atta, A., Akpalu, B., Osei, A., Read, U., Cooper, S., Consortium, the Mh. R. P. (2011): Stakeholders’ Perceptions of the Main Challenges Facing Ghana’s Mental Health Care System: a Qualitative Analysis, International Journal of Culture and Mental Health, 4 (1): 8–22.

- Doku, V. C. K., Wusu-Takyi, A.,Awakame, J. (2012): Implementing the Mental Health Act in Ghana: Any Challenges Ahead?,Ghana Medical Journal, 46 (4): 241–250.
- Farmer, P. (2006). “Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell’era globale”, in “Antropologia medica. I testi fondamentali”, a cura di Quaranta I.: pp. 265-302, Raffaello CortinaEditore.
- Foster, G. M.(1976): Disease etiologies in non-western medical systems, American Antrhopologist, 78: 733-782.
- Geraci, S. (2006): La sindrome di Salgari 20 annidopo, Sanità Meticcica, 21: 21-29.
- Grottanelli, V. L.(1978). “Una Società guineana: gliNzema. Vol.2: Ordine morale e salvezza terrena”, Boringhieri.^[1]_{SEP}
- Kleinman, A.(1978): Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, Social Science & Medicine, 12: 85-93.
- Kpobi, L., Osei, A.,Sefa-dedeh, A. (2014). “Overview of Mental Health Care in Ghana”, in “Changing Trends in Mental Health Care and Research in Ghana”, edited byOfori-Atta, A.,Ohene, S.:4–12, University of Ghana.
- McNevin, A. (2011). “Contesting Citizenship: IrregularMigrants and New Frontiers of the Political”, Columbia University Press.
- Meyer, B. (1995): ‘Delivered from the powers of darkness’: confessions of satanic riches in Christian Ghana,Africa, 65 (2): 236-255.
- Ofori-Atta, A., Read, U. M., Lund, C., MHaPP Research Programme Consortium (2014).“An Updated Situation Analysis of Mental Health services and Legislation in Ghana: Challenges for Transformation”, in

- “Changing Trends in Mental Health Care and Research in Ghana”, edited by Ofori-Atta A., Ohene, S.: 17–45, University of Ghana.
- Oquaye, M. (2004). “Politics in Ghana. 1982 – 1992 Rawlings, devolution and populist democracy”, Tornado Publications.
- Pavanello, M. (2012). “La stregoneria. Etnografia, metodi, fonti, problemi di interpretazione”, dispense a cura di Mariano Pavanello.
- Pavanello, M. (2017). “Witchcraft and Dream: A Discussion of the Akan Case”, in “Perspectives of African Witchcraft”, edited by Pavanello, M.: 104-132, Routledge.
- Pavanello, M., Schirripa, P. (a cura di) (2008). “Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)”, Edizioni Nuova Cultura.
- Quaranta, I. (a cura di) (2006). “Antropologia medica. I testi fondamentali”, Raffaello Cortina.
- Quaranta, I. (2010). “Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria”, in “La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria internazionale”, a cura di Pellicchia U., Zanotelli, F. : 89-104., Ed.It.
- Quaranta, I., Ricca, M. (2012). “Malati fuori luogo. Medicina interculturale”, Raffaello Cortina.
- Read, U. (2012): «I want the one that will heal me completely so it won't come back again»: The limits of antipsychotic medication in rural Ghana, *Transcultural Psychiatry*, 49 (9-4): 438-60.
- Read, U., Doku, V. (2012): Mental Health Research in Ghana: a Literature Review, *Ghana Medical Journal*, 46 (2): 29-38.

- Roberts, M., Asare, J. B., Mogan, C., Adjase, E. T., Osei, A. (2013). "The Mental Health System in Ghana", The Kintampo Project on behalf of The Ghana Ministry of Health.
- Schirripa, P. (1995). Affari di famiglia. Note preliminari sulla proprietà e la trasmissione del potere spirituale tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale, *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, VIII, n. s.(2): 213-237.
- Schirripa, P. (1998). "Vivere con gli dei. Note sulla possessione nzema", in "Prospettive di studi akan. Saggi in memoria di V. L. Grottanelli", a cura di Pavanello, M.: 81-98, CISU.
- Schirripa, P. (2001a): Sessualità maschile e classificazioni patologiche nella medicina tradizionale degli Akan del Ghana. Un'esplorazione del *kooko*, in *Medicina nei secoli. Arte e scienza*, 13(3): 493-508.
- Schirripa, P. (2001b): Di ahone. Pratiche della possessione tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale., *Antropologia. Annuario*, 1: 77-98.
- Schirripa, P. (2005). "Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo", *Argo*.
- Seppilli, T. (2015): Ai nostri lettori, *AM. Antropologia medica*, 39/40: 9-10.
- SIMM, (2015): Protocollo per la Gestione Sanitaria dei Migranti Richiedenti Protezione Internazionale, https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGRANTI_Reg._Fvg._12.06.015.pdf
- Taliani, S., Vacchiano, F. (2006). "Altricorpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione", *Unicopli*.
- Taussig, M. (1980): Reification and the Consciousness of the Patient, *Social Science and Medicine*, 14b: 5-13.

- Trostle, J. A. (2005). "Epidemiology and Culture", Cambridge University Press.
- Taylor, L. A. (2016): Reconsidering Samuel: A Mental Health Caretaker at a Ghanaian Prayer Camp, *Perspectives in Biology and Medicine*, 59 (2): 263–275.
- Vasconi, E. (2010). "Distanze e divergenze tra le politiche globali della salute e pratiche locali. Il caso del Ghana e dell'Uganda", in "La cura e il potere. Sviluppo e cooperazione sanitaria in una prospettiva antropologica", a cura di Pellicchia, U., Zanotelli, F.: 145-162, Ed.It.
- Vasconi, E., 2011. Decentramento sanitario e medicina tradizionale nel Ghana contemporaneo. Un sistema inclusivo od esclusivo? *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, n. 1-2. La ricerca africanista in Italia. Studi in memoria di Bernardo Bernardi: 331-357, Sapienza Università di Roma.
- Vasconi, E. (2012). "Tra democrazia e liberalizzazione. Un'analisi antropologica e comparativa del sistema sanitario in Ghana e Uganda", Tesi di dottorato, Università degli studi di Siena.
- Vasconi, E., Owoahene-Acheampong, S. (2010): Recognition and integration of traditional medicine in Ghana: perspective, *Research Review of Institute of African Studies (IAS)*, 26.2: 1-17.
- Young, A. (1982): The anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
- Decreti
- Law 207, The Local Government Law, 1988.
- Food and Drugs Law 1992 P.N.D.C.L. 305B.
- Act 525, The Ghana Health Service and Teaching Hospitals, 1996.

Act 575, Traditional Medicine Practice Act, 2000.

Mental Health Act 846, 2012.

SPUNTI DI RIFLESSIONE SULLA GINECOLOGIA

Una breve ricerca sul campo al SA.MI.FO.

Chiara Chersic

Introduzione

“(…) Il rapporto medico-paziente non esiste, esistono innumerevoli rapporti tra innumerevoli medici e innumerevoli pazienti.”

Così l’antropologo Giovanni Pizza spiega come il rapporto tra medico e paziente non sia soltanto un servizio che il primo fornisce al secondo, ma prima di tutto un incontro tra individui con background sociale, culturale e personale diverso.

In un contesto come quello del SA.MI.FO, questo tipo di affermazione risulta quanto mai vera.

La struttura infatti è nata per offrire un servizio sanitario specifico ai migranti forzati, macrocategoria che racchiude un’enorme quantità di persone che provengono da paesi diversi ed hanno storie di vita differenti.

L’ambito specifico considerato per questa breve ricerca è quello ginecologico, all’interno del quale si è tentato di esplorare, attraverso la voce viva delle persone, le dinamiche che nascono dal rapporto tra i soggetti coinvolti e svelare la complessità che si cela dietro l’apparenza.

Sono state effettuate venticinque interviste semi-strutturate, registrate e successivamente sbobinate, a cinque mediatori, alla ginecologa e a diciannove utenti. Per queste ultime erano previste una scheda anagrafica iniziale (età, paese di provenienza, stato civile, figli, religione, lingua, mediatore), ed una serie di domande incentrate nella prima parte sulla questione del genere del ginecologo e dei mediatori, argomento dal quale sono scaturite altre considerazioni.

Le utenti, ovviamente tutte di sesso femminile, sono state intervistate in maniera anonima. Per questo motivo nel riportare spezzoni di interviste ho preferito utilizzare degli pseudonimi.

Gli intervistati hanno diversa età, livello di istruzione, provenienza geografica (Italia, Senegal, Congo, Iran, Kenya, Nigeria, Eritrea, Libya, Bangladesh, Camerun, Cina, Egitto, Turchia, Somalia, Ucraina).

Gli incontri con le donne sono avvenuti tutti all'interno del SA.MI.FO. : dopo ogni visita specialistica, la ginecologa le ha invitate a partecipare presentando il progetto e fungendo così da mediatrice.

Si è parlato con le persone singolarmente, con la presenza di un mediatore solo in caso di difficoltà comunicativa evidente.

Le interviste sono state effettuate durante gli orari di visita anche di altri medici e psicologi. Non tutte le donne invitate hanno effettivamente partecipato sia perché alcune non hanno accettato,

sia perché, in mancanza di un mediatore, a volte non è stato possibile comunicare.

Questo lavoro non ha ovviamente la pretesa di essere esauriente sugli argomenti trattati. Il poco tempo nel quale è stato realizzato e la quantità di materiale raccolto non hanno permesso di approfondire i temi nella maniera più adeguata.

L'intento semmai è quello di dare spunti di riflessione che possano spingere a guardare oltre ciò che appare, oltre la semplificazione della realtà ed il pregiudizio.

Genere e ruolo del medico

L'utenza femminile del SA.MI.FO comprende donne migranti forzate, per lo più richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale o umanitaria, che spesso sono state vittime di violenza.

L'ambito ginecologico rappresenta pertanto, come si può immaginare, una sfera molto delicata. La struttura, come afferma il suo direttore, il dr. Giancarlo Santone, ha compiuto una scelta ragionata e consapevole, quella di mettere a disposizione delle utenti di ginecologia uno staff tutto al femminile.

È una decisione che tiene certamente conto delle esigenze di un particolare tipo di utenza e che mira a non urtare la sensibilità delle donne.

Il campione di utenti preso in esame è molto ridotto e non può sicuramente rappresentare l'ampia gamma di tipologie di pazienti che accedono ai servizi, tuttavia la maggior parte delle donne ha dichiarato di preferire una presenza femminile.

Poche pazienti, in realtà, hanno escluso completamente la possibilità di essere visitate da un ginecologo uomo, come Marjan : *“...come questo tempo che per problemi io non sono andata al ginecologo... Questa volta ho parlato con la mediatrice e ho detto che sì, questa volta ho avuto questi problemi, è arrivato per me il momento, anche se io ho paura... ‘c’è qui una ginecologa, vieni mercoledì, scrivo il tuo nome! Tu vieni, Non andare a lavoro!’. ‘Va bene, vengo’. Ma è una donna?’ ‘Sì, donna!’. Se no dico no, non vado come questo tempo che non sono andata, e dico: ‘no, lascia perdere, non vado.’ “(Iran, 19.07.2017)*

Circa la metà di loro tuttavia afferma che il genere del ginecologo sia per loro indifferente, anche se buona parte, in caso di scelta, preferirebbe una ginecologa donna.

Alcune inoltre hanno cambiato la loro opinione nel tempo, come sostiene Jane: Quando ero giovane, meno di 20 anni, preferivo una donna. Ma dopo quello, senza l'esperienza, non lo so, dopo c'era un uomo, una donna, è la stessa cosa, non cambia niente. (Kenya, 18.07.2017)

La restante parte invece ha dichiarato di preferire una ginecologa, precisando in molti casi di accettare la presenza di un uomo solo in caso di necessità.

La maggior parte dunque preferisce un medico di sesso femminile per la ginecologia, affermando di sentirsi in questo modo a proprio agio o che una donna possa capire meglio: *è meglio che le donne devono fare questa visita per le donne...* (Madeleine, Camerun, 27.06.2017) .

L'incontro “da donna a donna” spesso è necessario perché possa instaurarsi un rapporto di fiducia, soprattutto quando si devono condividere aspetti intimi e personali: *Perché con la mia vita privata... Perché io sono una paziente che a volte non vuole dire le sue cose con tutti. Però con le donne vedi che è normale... però quando c'è un uomo.... Perché quando vado lì in visita parliamo di tante cose prima di... così non mi piace quando c'è un uomo tra loro... sì, perché come dal ginecologo parliamo di tante cose... no? è lì che non voglio quando c'è un uomo...* (Henriette, Congo Rep. Dem.,18.07.2017)

L'impressione che ha la stessa dr.ssa Patricelli, ginecologa del SAMIFO, è che in generale la presenza femminile rassicuri le utenti: *Guarda secondo me qui è importantissimo che sia una donna.. (...) Spesso c'è la battuta, qualcuna dice: ‘meno male che siamo tutte donne’ Ecco, questo succede. (...) Magari siamo noi che diciamo: ‘Ah, ma perché ti vergogni? Siamo tutte donne!’ Questa è una cosa che davvero non saprei dire quanto sia un luogo comune e quanto sia*

collettivo. (...) Onestamente però direi che hanno un certo sollievo quando vedono che siamo tutte donne. (12.07.2017)

Escludere drasticamente la presenza maschile tuttavia rappresenta in qualche modo un pregiudizio, che non tiene conto di quello che accade realmente.

È vero che l'équipe di ginecologia è prevalentemente femminile, ma esiste un'eccezione che riguarda una figura fondamentale in molti casi, quella del mediatore.

Quando entra una paziente ho l'abitudine di presentare tutti: 'io sono la ginecologa, lei è la mediatrice e ...' Quando dico: 'LUI è il mediatore' le pazienti sono un pochino più in difficoltà e sento, magari è un pregiudizio, di dover in qualche modo giustificare alla paziente che c'è un uomo, perchè avevamo solo un mediatore uomo. Detto questo poi, lo invitiamo ovviamente ad uscire quando facciamo la visita... Io non capisco quello che dicono i nostri mediatori uomini, ma vedo i loro modi, vedo le reazioni delle pazienti, e mi sentirei di dire che hanno una modalità molto delicata e molto attenta nei confronti delle donne. Perché lo vedo, lo sento. A volte se devo fare delle domande imbarazzanti, chiedo a lui: 'Come glielo possiamo chiedere questo?' Direi che personalmente mi trovo molto bene con alcuni mediatori. Pur essendo ginecologa, apprezzo molto la collaborazione di alcuni mediatori. Di converso qualche volta mi è capitato con la mediatrice di sesso femminile, è come se si dimentichi di essere mediatrice, e intervenga invece in

una maniera un po' troppo personale. Laddove invece è molto meglio l'atteggiamento del mediatore, che è una figura che non dimentica mai di fare questo triangolo, non crea mai quella relazione diretta (...) Quindi per me nello specifico proprio questi due mediatori maschi, hanno un atteggiamento direi ineccepibile. Sarà una casualità dettata dallo specifico..." (dott.ssa Patricelli, 12.07.2017)

La presenza maschile, che sembrava dovesse essere totalmente esclusa, a volte quindi in realtà facilita quel rapporto di fiducia che si pensava dovesse essere tutto al femminile.

"Tantissimi egiziani vengono, quindi dico: tranquillo, non c'è niente. Anche loro mi ringraziano: 'grazie, grazie per aver fatto la visita con me!'", afferma Abdul, mediatore di lingua araba e inglese, e continua: "La prima volta mi sono sentito un po' timido, ma è andata bene! Pensavo peggio, ma è andata al contrario. È andata bene, benissimo. (...) Fino ad adesso tutto è andato in maniera positiva, non c'è niente di negativo... (...) Ho scoperto un altro mondo con ginecologia: cosa fa la dottoressa, cosa fare con una donna incinta cui dà l'informazione, che aiuta a capire cosa fare, cosa mangiare. Sì, questo non lo sapevo prima. Non lo conoscevo prima tanto, lo conoscevo un po'. Diciamo che adesso ho scoperto di più". (Libia, 01/08/2017)

Abdul spiega che, superata la timidezza iniziale, questo tipo di esperienza lo ha arricchito personalmente e che non c'è mai stato un rifiuto da parte delle utenti di una sua mediazione.

La sua presenza non viene considerata un'invasione ma un aiuto, si crea quindi un punto di incontro tra i due generi in un campo che tocca l'intimità della donna. Certo, in quanto uomo, il mediatore esce dalla stanza nel momento della visita vera e propria, a differenza della mediatrice, che invece rimane il più delle volte dietro un paravento. Vengono tuttavia trattati, ai fini della visita, argomenti che riguardano una sfera molto personale e che quindi presuppongono un rapporto di fiducia.

Come spiega Mass, mediatore di wolof e francese: “Non ho ancora incontrato nessuno che dica che è un problema. Io faccio solo la mediazione, e dopo quando c'è la visita esco fuori (...) Mi dice (la ginecologa): ‘dille che adesso dobbiamo fare una visita ginecologica approfondita’. Glielo dico e poi mi alzo, perché non sono un medico e la mia presenza non aiuta nessuno, non posso dare niente. (...) Quando la dottoressa inizia a fare la visita ginecologica.. io esco fuori e poi rientro, quando hanno ancora bisogno ...” . (Senegal, 11.07.2017)

Molte intervistate sostengono che la preferenza per un medico donna riguardi soltanto le visite ginecologiche e non, ad esempio, quelle con il medico di base. Sembra quindi ovvia l'importanza che questo presupposto assuma nello specifico campo preso in considerazione.

Eppure, ad eccezione delle poche donne che escludono completamente una possibile presenza maschile, le utenti non si sono mostrate contrarie alla mediazione di un uomo.

È vero che spesso questo tipo di presenza sia richiesta per necessità, per mancanza di mediatrici donne, ma in ogni caso, né la ginecologa, né i mediatori hanno memoria di un dissenso.

Occorre però non de-contestualizzare la ricerca, considerando l'ambito entro il quale sviluppiamo le nostre considerazioni, cioè quello medico.

In tale contesto spesso il medico assume un ruolo riconosciuto ed intoccabile, meritevole di una fiducia completa.

Domina il fatto che le utenti spesso si fidino completamente del parere della ginecologa, tralasciando quasi completamente la partecipazione attiva: *Diciamo che in linea di massima loro si adeguano alle indicazioni che vengono loro date. È che non collaborano, non hanno cioè quell'atteggiamento critico per cui vogliono gestire la loro gravidanza per esempio. (...) Si affidano e si fidano. Certo, la sensazione è che si fidino e che si affidino (...) ma la partecipazione attiva manca assolutamente.* (Dott.ssa Patricelli 12.07.2017)

Le utenti hanno sicuramente un alto livello di *compliance*, che Julian Haynes definisce come la coincidenza tra il comportamento del paziente e la consulenza medica.

È chiaro che molte pazienti riconoscano nella figura del medico non solo un punto di riferimento, ma anche un'autorità detentrici di sapere, alla quale affidarsi.

Questa “osservanza” alle prescrizioni mediche può di certo appartenere a tutti i pazienti, in qualsiasi contesto medico e l’antropologo James Trostle giunge a definirla come una forma di ideologia, che giustifica l’autorità medica. (Trostle, 1988)

In un ambito come quello del SA.MI.FO però, questo comportamento è sicuramente incrementato dalla fragilità della condizione di molte utenti, che trovano nella struttura un importante punto di appoggio.

È chiaro che non parliamo di un atteggiamento passivo delle donne in senso assoluto. Nelle utenti esiste anche un forte componente attiva e partecipante, che, anche a detta della stessa ginecologa, effettivamente a volte porta anche a contestare i suoi consigli.

È interessante notare, ad ogni modo, come questo riconoscimento totale al ruolo medico passi a volte in primo piano rispetto alle opinioni personali delle singole donne, anche per ciò che riguarda il genere.

“È maleducato dire che si preferisce un ginecologo donna o uomo”, afferma Blessing, (Nigeria, 20.06.2017). Il ruolo di medico si sgancia dalla persona – medico: “Le prime sì, siccome ero ragazzina, avevo un po’... mi vergognavo, sì. Poi no, i medici non hanno il sesso, si dice così? (...) Se lui è medico è medico, maschio o femmina”. (Nadiya, Ucraina, 13.6.2017). E ancora: “Per me è uguale, per la mia salute è uguale. Uomo e donna è uguale. Tutte e

due uguale, quando studiano hanno il permesso”. (Genet, Eritrea, 21.06.2017).

Tra le stesse donne che hanno dichiarato di preferire una ginecologa donna, molte hanno affermato di non considerare la professione di ginecologo come prettamente femminile: *Se ne avessi bisogno le farei. Però così una donna, è normale, no?, normale con una donna. Un uomo va bene, però mi sentirei un po'...(…) No, mi sembra che sia una cosa normale sia maschile che femminile. È il suo lavoro, quindi... non c'è scritto da nessuna parte che deve essere una ginecologa, può essere pure un ginecologo, poi... Anzi, penso che i ginecologi sono più bravi delle ginecologhe, sai? Me lo dice mia madre perché lei ha avuto un ginecologo uomo quando ha avuto una gravidanza.* (Fatema, Bangladesh, 14.06.2017)

Il ruolo che il medico assume giunge quasi ad azzerare una differenza di genere così pesante in un mondo che sembra appartenere solo alle donne.

La ginecologia sembra un ambito particolare che deve coinvolgere in gran parte, se non totalmente un personale femminile, soprattutto se non si parla di medici, ma di altre figure.

La realtà tuttavia si rivela sempre più complessa di come può apparire e può contraddire una convinzione che, seppure per certi versi valida, deve essere necessariamente considerata in tutti i suoi aspetti.

La figura del mediatore linguistico-culturale

Quella del mediatore è una figura che in una realtà come il SA.MI.FO. si rivela indispensabile per instaurare un rapporto tra il personale medico e gli utenti.

In molti casi infatti, la mediazione linguistica è fondamentale perché si possa creare un ponte, senza il quale viene interrotto qualsiasi tipo di comunicazione. Inoltre, la mediazione in ambito medico prevede una competenza specifica nella terminologia medica che si può acquisire soltanto con la preparazione e l'esperienza.

I racconti delle donne in questo senso manifestano una necessità pratica, che non viene considerata da molte strutture ospedaliere. Zara spiega così la sua esperienza in ospedale: (...) *Io sono andata in ufficio ho fatto domanda, informazione a loro, mi hanno accompagnato allo sportello e loro mi ha detto: 'devi prendere appuntamento qui'. (...) Forse perché non ho conosciuto la gente lì, forse non ho capito, fatto capire bene, questo io penso il mio problema, non di loro. (...) Tutte le persone qua (SAMIFO) sono brave, come io ho conosciuto loro, non lo so... sono bravi, lavorano bene, aiutano gli stranieri con la lingua, io vedo questa cosa qua (...) le persone internazionali avevano la mediatrice (...) Quando sono andata in altro ospedale forse un anno fa, forse non spiegava bene in italiano, quando sei dentro il tuo popolo sei un'altra persona (...)* (Turchia – Kurdistan turco, 11.07.2017)

La mancanza di un mediatore per Zara è un disagio perché genera una difficoltà di esprimersi, di capire, ma la sua frase finale rivela un bisogno molto più profondo.

Il mediatore è semplicemente un interprete? Svolge soltanto un servizio di traduzione linguistica?

A questa domanda risponde Pari, mediatrice di lingua farsi e farsi dari: La figura del mediatore linguistico-culturale non può assolutamente accomunarsi a quella, se pur importante, del traduttore-interprete. L'interprete si attiene solo alla traduzione linguistica, mentre la professionalità del mediatore linguistico-culturale, come dice la stessa parola, mira a coniugare la realtà linguistica culturale del soggetto ospite che necessita di particolari aiuti nei diversi campi di competenza, con quelle dell'ospitante, e in questo particolare contesto specifico alle attività del SAMIFO. Questo risultato è frutto di lunga preparazione ed esperienza nello specifico settore che spazia in varie competenze. Credo che questa funzione possa essere affrontata nella migliore delle maniere da mediatori che provengono dalle stesse realtà regionali e culturali dei migranti, per potersi calare proprio nella realtà di appartenenza ambientale e culturale, capire le reali esigenze dei pazienti, e facilitare il lavoro dei professionisti interessati e delle stesse amministrazioni dei paesi di accoglienza. (...) Vuol dire moltissimo, perché se si è sulla stessa onda di pensiero, sulla stessa terminologia, si capta proprio quello che è il pensiero di quello che si dice a livello verbale. (...) Si instaura una fiducia tra il paziente o l'utente e il

mediatore (...) devi recuperare entrambe le fiducie, e trasmettere la richiesta e anche la risposta. Quindi questo ruolo è molto sottile, è delicato. (Iran,09.08.2017)

Quell'appartenenza nominata da Pari è il motivo per il quale il mediatore è innanzitutto un mediatore culturale, oltre che linguistico. A questo punto però occorre chiarire cosa intendiamo per cultura.

La definizione che dà Taylor è “Cultura o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include le conoscenze, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualunque altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro di una società” (Tylor, 1871)

Il pensiero antropologico però ha ormai compreso che la cultura non è qualcosa di statico e immutabile ma è soggetta tanto a “dinamiche interne” quanto a “dinamiche esterne” (Balandier, 1973). Essa quindi è sottoposta continuamente a cambiamenti che possono riferirsi a diversi elementi: mutazioni secondo logiche interne, incontro con elementi esterni, altri contesti culturali, ma anche la personalità individuale, la propria esperienza di vita, il proprio contesto sociale.

Il ruolo del mediatore come figura che possa facilitare l'incontro tra medico e paziente, sia a livello linguistico che di traduzione dell'esperienza dell'utente nei suoi significati culturali, è fondamentale.

Non dimentichiamoci però che il mediatore stesso è una persona con una propria cultura, intesa proprio nel senso che abbiamo descritto, un individuo con un'identità personale, che deve saper conciliare nello stesso tempo le sue esigenze, quelle del paziente e quelle del medico.

Mass, mediatore di lingua wolof, spiega che in ginecologia la sua presenza è ben accettata da tutte le utenti, ma non per questo non ci sono difficoltà: *Perché, ogni tanto ci sono delle domande della dottoressa che faccio fatica a tradurre, perché conoscere le persone culturalmente è un po' scottante, no? E capita che abbiamo sempre questo taboo di non arrivare a certe parole che mettono in difficoltà, me che devo tradurre. Mettono in difficoltà me. Le parole non riesco a trovarle, tipo la parola i genitali, no? Nella lingua cerchi un modo più soft per dirlo, altrimenti loro mi rispondono, ma non so se dentro per loro è un problema (..) Comunque sono io ad essere in difficoltà per dire la parola direttamente nella lingua... Ogni tanto nella lingua la parola non è sentita bene, allora uso la traduzione per designarli in modo più soft, non dicendo proprio genitali, ma, sai, per cercare un po' più in profondità le parole. (...) Se mi trovassi con un uomo non avrei nessun problema, ma con la donna ho un po' di problemi per questioni culturali. Conoscendo la cultura, le persone, se non hai una certa relazione, arrivare a dirlo durante la visita magari può... non dico che sia offensivo, no, ma lei può pensare che sei volgare... Allora tu sei costretto ad andare a cercare le parole più soft per cercare di far capire con i gesti, ma non arrivare alla parola brusca.* (Senegal, 11.07.2017)

Mass lo definisce un tabù culturale, che crea una sorta di disagio iniziale in lui, ma che comunque non rappresenta un ostacolo, perché occorre soltanto un po' di delicatezza per creare un clima di normalità. Se osservassimo questo fenomeno in un'ottica riduzionista penseremmo che un tale atteggiamento rappresenti certamente una forzatura, una mancanza di rispetto per la "cultura".

Il compromesso tuttavia si trova proprio perché il concetto di cultura è ampio e bisogna considerare svariati elementi.

È interessante inoltre pensare che a prima vista un mediatore di una stessa nazionalità dell'utente sia facilitato nella comunicazione. In ambito ginecologico, alla luce di quanto abbiamo detto, per Mass non è esattamente così: *Sicuramente sì, con i senegalesi io ci parlo direttamente, ma con quelli del Mali o Costa d'Avorio parliamo un'altra lingua, francese, quindi è un poco.... (...) La difficoltà in questo ambito della mediazione è solo quella. Quando parlo con una ragazza che viene dal Mali è più facile per me perché la parola italiana va convertita in quella francese, è più facile. Ma con il senegalese la parola che usi con il senegalese in wolof bisogna cercarla perché non esiste, oppure esiste però è tabù, non si tocca. Quindi devi andare a cercare una parola, ecco, più soft , anche con i gesti per fare capire. Con il Mali, una che parla francese diventa automatico, veramente facilissimo... come se tu parlassi in italiano direttamente, non c'è bisogno di mezze misure.* (Senegal, 11.07.2017)

Il mediatore dunque non è una figura astratta che automaticamente assume un ruolo in base al suo paese di origine, ma una persona, spesso con un proprio percorso migratorio alle spalle, che ha compiuto e continua a compiere un processo di mediazione interna oltre che esterna.

Questa funzione diventa inoltre molto difficile quando ad essere trattati sono argomenti delicati.

Un tema molto spinoso in ambito ginecologico è quello riguardante le pratiche di mutilazione genitale femminile.

Come conferma la mediatrice di lingua somala Safia: In Somalia prima lo facevano tutte, perciò sono tante quelle cui è stato fatto. Ci sono quelle invece che non l'hanno subita, perché da tanti anni si dice che non si può più fare. C'era anche nell'ultimo governo una legge contro, ma viene fatto lo stesso, sempre. Le culture sono difficili da togliere (...)Non c'entra niente la religione, però è una cosa che le donne fanno, perché sono loro che ... il campo è delle donne, perciò decidono loro se farlo o no. (Somalia, 18.07.2017)

L'infibulazione è una pratica che viene correlata ad un aspetto del tutto culturale, quindi molte donne si aspettano di essere capite da una persona che viene dal loro stesso paese.

Safia rivela che è molto difficile, in alcuni casi, parlare con le donne somale di questo argomento, perché data la sua disapprovazione alla pratica, la reazione può essere negativa: *Eh si, è difficile. perché ti*

dicono: 'ah, tu sei cambiata perché vivi in un altro paese!'. (Safia, Somalia, 18.07.2017)

In realtà domandando a Safia se si sente davvero cambiata da questo punto di vista, lei risponde nettamente di no: No, perché io da piccola ho scoperto che non era una cosa religiosa, e mi ribellavo, anche se mia madre mi diceva di non parlarne con le altre donne... Invece raccontavo alle bambine: 'non esiste, non fatelo, non accettate che la mamma ve lo faccia, è doloroso! Poi dopo non puoi avere figli...'. Poi le mamme dicono: 'ma non è così'... allora contrattacco...

Ovviamente, al contrario, molto spesso soltanto attraverso Safia si può giungere ad aprire un dialogo con l'utente. In questo modo si instaura una fiducia che può far intuire il bisogno di un aiuto che vada al di là della semplice visita ginecologica: (...) *Le donne somale, ho visto, sono divise in due: per alcune basta che il medico sia una donna e parlano tranquillamente dei loro problemi e tutto il resto, altre dicono: 'io sono venuta qui per fare questa visita, se ho qualche problema mi dite, se no è inutile che parli della mia vita con voi'. A prescindere da chi c'è o non c'è.*

'Siamo tutte femmine, puoi parlare, puoi dire quello che vuoi', 'no, sono venuta a fare la visita, se ho un problema mi dite se no è inutile che racconti gli affari miei a te'. Anche se hanno dei problemi... Perciò tocca al medico o al mediatore capire se questa persona ha bisogno di parlare con uno psicologo, e ci è capitato qualche volta di

inviarle. Per fortuna qui si fa girare all'interno dello stesso servizio, si rimane qua, e tu dici: 'vedi se ti serve parlare con questo dottore, prendi l'appuntamento'. E poi il giorno dopo scopri un mondo che non ti aspettavi...

Inoltre Safia ha notato un aumento di donne somale con le quali è possibile aprire un dialogo sul tema delle mutilazioni genitali proprio attraverso la visita ginecologica. Questo tipo di dialogo ovviamente risulta possibile soltanto se c'è una volontà di comprensione, che viene sicuramente facilitata da lei.

Quello che emerge dalle testimonianze dei mediatori, è che questo ruolo non può essere ridotto a mera funzione di traduzione e non può neanche essere considerato portatore di una "cultura altra" predefinita e spendibile allo stesso modo con tutti.

La mediazione linguistico-culturale è indispensabile perché possano essere decodificate delle categorie simbolico-culturali altrimenti non comprensibili.

Essa però non coinvolge soggetti che sono "frutti puri" di una determinata cultura incontaminata ed immutabile (Clifford, 1993), ma favorisce l'incontro tra persone immerse in contesti complessi che devono trovare di volta in volta compromessi, pur riconoscendo l'importanza della diversità.

Conclusioni

Le dinamiche di cui abbiamo parlato rappresentano soltanto degli esempi descrittivi che suggeriscono la complessità delle varianti da considerare.

Divenire titolare di protezione internazionale o essere un richiedente asilo può significare entrare in una categoria astratta, che include in sé persone diverse tra loro, non solo per nazionalità o lingua, ma anche per esperienze di vita.

Non bisogna dimenticare inoltre, che a sua volta anche coloro che lavorano nell'ambito della migrazione sono persone con una propria cultura, con una propria storia di vita.

Operare in un contesto riguardante la salute dei migranti forzati pone subito la necessità di non considerare il paziente soltanto come corpo inteso in senso biologico. Devono essere necessariamente prese in considerazione le distanze culturali che creano diversi modi di interpretare la realtà.

D'altra parte però non si può neanche optare per un'ottica riduzionista che consideri un individuo unicamente come un possessore di cultura, intesa come concetto astratto.

Quest'ultima semmai deve essere considerata nella sua produzione materiale e simbolica e nelle differenziazioni interne ai contesti culturali. (Pizza, 2005)

Inoltre devono essere considerati molti altri fattori, le condizioni socio-economiche dei soggetti, quelle legate alla condizione di migrante, di rifugiato, di richiedente asilo.

Il contesto ginecologico poi, è un ambito medico, o meglio biomedico, culturalmente definito e generatore di significato.

Oggi, in questo senso, l'antropologia medica adotta un approccio prevalentemente "riflessivo" che non riflette su oggetti che esistono in maniera naturale, ma sulla nostra capacità di costruzione di oggetti con il nostro stesso sguardo e la nostra azione "scientifica". Questo vuol dire che, così come lo studioso, anche lo sguardo medico produce i propri oggetti secondo una propria visione. (Pizza, 2005)

Le donne ed il personale intervistato raccontano proprio come ogni individuo, con il proprio bagaglio personale fatto di svariati aspetti, non generi comportamenti sempre prevedibili.

È necessario che la persona, spogliata dei pregiudizi, sia considerata nella sua dinamicità identitaria.

Bibliografia

Giordano Antonio, Laudato Francesca, Nardini Giuseppe (a cura di), 2012, Ospedale Ospitale, Milano, Franco Angeli s.r.l.

Trostle, James, 1988, 'Medical Compliance as an Ideology', in *Social Science and Medicine*, 27(12),1299-308.

Tylor, Edward Burnett, 1871, *Primitive Culture*, London, Bradbury, Evans and Co Printers, Whitefriars

Balandier, Georges, 1973, *Le società comunicanti*, Bari, Laterza

Clifford, James, 1993, *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, Torino, Bollati Boringhieri.

Pizza, Giovanni, 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci Editore

“DONNE MIGRANTI TRA PRODUZIONE E RIPRODUZIONE: INFLUENZA DEL PREGIUDIZIO SULLA SALUTE”

Giuseppe Piccirillo, Serena Battilomo

*Ministero della Salute – Direzione generale della prevenzione
sanitaria*

Il fenomeno migratorio contemporaneo ha assunto ormai dimensioni globali, ma rispetto ai movimenti transnazionali di persone dello scorso secolo presenta caratteristiche molto diverse ed è ricco di implicazioni in parte nuove di natura politica, sociale, e soprattutto economica.

Una delle caratteristiche evidenti è l'emergere di una componente femminile “in movimento” sempre più numerosa e protagonista, che in Italia è rappresentata, secondo i dati Istat al 1° Gennaio 2016, da una presenza pari a poco più del 52% su una popolazione di circa 5 milioni di stranieri regolarmente residenti.

La ripartizione di genere denota una sostanziale differenza tra le varie nazionalità, le cui ragioni sono da ricercarsi essenzialmente nella specificità del progetto migratorio femminile, che può essere distinto in due grandi gruppi con diverse tipologie anagrafiche, provenienze geografiche e sociali, diverse collocazioni e aspettative nella società ospitante:

- *donne sole con un progetto autonomo che si situano in un momento di rottura e di forte cambiamento sociale e personale (75-85% di donne sole e divorziate sul totale delle immigrate), caratterizzate in prevalenza da filippine, capoverdiane, etiopi, eritree, somale, brasiliane, peruviane e gran parte delle europee orientali;*
- *donne che, arrivando per ricongiungimento al marito o ai figli, appartengono al progetto migratorio dell'uomo. Fanno quindi parte di un'ondata più antica che è in via di stabilizzazione e provengono principalmente dal Nord-Africa, dal Senegal e dal Maghreb oppure dal Medioriente e dalla Cina.*

Altri aspetti delle migrazioni al femminile, non meno importanti perché vedono le donne in condizioni di particolare vulnerabilità ed esclusione sociale, come il traffico e lo sfruttamento sessuale nei paesi di destinazione, rappresentano questioni ancora poco affrontate dalla ricerca, anche in ragione della scarsità (o mancanza) di informazioni di fonte ufficiale.

L'immigrazione femminile si differenzia da quella maschile per numerosi aspetti, fra cui la sua scarsa visibilità, essendo la figura della donna poco considerata o, se oggetto di studi, spesso esaminata come una semplice appendice dell'immigrazione maschile. L'immagine che ci viene fornita della donna di altre culture, soprattutto dei paesi del Sud del mondo, è spesso stereotipata: poco scolarizzata, sottomessa all'uomo, madre prolifera, incapace di prendere decisioni. L'immaginario generale tende poi ad estendere spesso e volentieri tali caratteristiche alle donne immigrate, con l'aggiunta di casalinga o collaboratrice domestica se lavora, che non sa parlare l'italiano e che non si adatta alle nuove condizioni di vita e

spesso coinvolta in attività illecite tra cui, soprattutto, la prostituzione.

Tale concezione si basa su una conoscenza superficiale di questa realtà, probabilmente dovuta proprio alla condizione di “invisibilità sociale” più accentuata delle donne immigrate rispetto agli uomini. Appaiono più raramente nelle cronache sull’immigrazione, se si escludono quelle dei fatti legati alla prostituzione, e l’inserimento lavorativo come domestiche o badanti certamente non favorisce i contatti, così come il fatto di essere casalinghe non allarga la possibilità di muoversi e di usufruire dei servizi. Eppure spesso sono le donne prima degli uomini ad imparare l’italiano, integrandosi più rapidamente nelle relazioni sociali.

Infatti l’universo migratorio femminile non è un tutt’uno monolitico bensì molto diversificato e spesso, in tale contesto, le donne migranti smentiscono con forza gli stereotipi di “vittime passive” e danno conferma della loro indipendenza e capacità di intraprendere autonomamente progetti di vita complessi e impegnativi, ma i vari atteggiamenti culturali finiscono quasi sempre col condizionare la realtà in cui esse si muovono e modificare numerose variabili tra cui soprattutto i determinanti di salute.

Emigrare per una donna comporta numerosi rischi e difficoltà, in tutte le fasi del percorso. Non in tutti i casi la partenza di una donna è capita e sostenuta da una rete familiare forte: nei casi in cui l’emigrazione della donna viene in qualche modo condannata dal suo

sistema di riferimento culturale o religioso, la scelta di partire diventa ancora più impegnativa, in quanto richiede di fronteggiare situazioni di potenziale esclusione sociale e una forte esposizione al rischio di subire vessazioni o violenze, soprattutto durante il viaggio.

In uno scenario così multiforme le donne si fanno carico non solo della produzione, ma anche della riproduzione di un gruppo sociale; sul loro corpo infatti si sommano responsabilità lavorative e responsabilità familiari in misura maggiore di quanto accada per la popolazione maschile e per questo i differenziali di salute della popolazione femminile non si riferiscono solo allo stato di benessere delle donne, ma della stessa popolazione immigrata e del suo benessere futuro.

Nonostante i dati evidenzino una crescita dell'occupazione femminile straniera, questa è dovuta non tanto a un numero maggiore di assunzioni, quanto soprattutto alla regolarizzazione dei contratti di badanti e colf, e malgrado nel comparto si sia verificato un significativo processo di emersione, rimane molto diffuso il lavoro sommerso: il 62% delle lavoratrici presta la propria attività in nero.

La presenza delle lavoratrici immigrate non è omogenea rispetto ai comparti produttivi, ma si concentra nei settori ad alta intensità di lavoro, con orari lunghi e ripetuti nella settimana e contratti precari. L'ambito lavorativo prevalente è il settore dei servizi alle persone e alle famiglie come badanti e assistenti alla persona, ma una discreta presenza si riscontra anche in quello ristorativo e alberghiero, oltre

che nell'industria, soprattutto per quanto riguarda l'assemblaggio e il tessile.

È fondamentale sottolineare che la stragrande maggioranza dei settori lavorativi in cui sono inserite le donne straniere sono in genere poco appetibili per le donne italiane, data la bassa retribuzione, l'impossibilità di crescita professionale, la gravosità e la pesantezza delle mansioni, oltre alla scarsa considerazione a livello sociale. Tale fenomeno può essere descritto come segmentazione razziale del mercato del lavoro che vede i migranti inseriti nei settori rappresentati dalle cosiddette tre D (*dirty, dangerous and demanding*, ovvero sporche, pericolose e faticose) e comporta, oltre all'occupazione nelle mansioni più faticose ed usuranti per la salute fisica e psichica, anche contesti di lavoro tra i più nocivi ed insalubri, con maggiore possibilità di eventi infortunistici, malattie professionali, patologie allergiche ed irritative, malattie infettive, disordini muscolo-scheletrici, senza contare la notevole diffusione di disturbi di tipo depressivo, causati da varie situazioni di solitudine, isolamento sociale e relazionale.

La donna migrante riassume in sé le caratteristiche per esser vittima di una doppia esclusione: essa è prima di tutto una donna, e per questo discriminata in una società maschilista ed in aggiunta è una straniera portatrice di un bagaglio culturale sconosciuto e percepita come altro, come differente, spesso costretta a vivere una situazione psicologica frustrante per la pressoché totale non considerazione nei confronti di titoli di studio, bagaglio culturale e professionalità. Se

ancora oggi per alcune donne italiane la situazione è difficile, per le straniere lo scenario è ancora più problematico, per le difficoltà linguistiche e la mancata conoscenza degli strumenti disponibili nel nostro Paese per la loro tutela, in ambito lavorativo e sanitario.

Le differenze culturali si ripercuotono inevitabilmente anche sull'approccio ai problemi di salute: le abitudini sociali, morali e culturali, lo stress relativo alla situazione di immigrato, la povertà, i problemi di adattamento, l'uso non appropriato dei servizi e le peggiori condizioni di vita e di salute comportano una serie di malattie che difficilmente riescono ad essere curate, anche perché spesso le donne immigrate non sanno dove rivolgersi quando hanno necessità di una visita medica, oppure non sanno che i loro diritti di donne regolarmente immigrate sono gli stessi delle italiane.

A causa dei ritmi stressanti di lavoro cui sono sottoposte ed al loro ruolo di mogli e madri, per le donne straniere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro diventa un problema quasi insormontabile, con il risultato che la propria salute è l'ultima cosa a cui pensano. Nella maggioranza dei casi, non sanno neanche cosa sia prevenzione sanitaria e, in mancanza di permesso di soggiorno, se stanno male non vanno alla Asl o al pronto soccorso per la paura di essere riportate nel paese di origine.

Le ricerche effettuate in campo sanitario denotano poi una diversa modalità di vivere la maternità e il parto da parte delle donne migranti in Italia rispetto a quanto avviene nel paese d'origine.

Soprattutto per le donne africane, la maternità e il parto coinvolgono la famiglia allargata e tutte le donne della comunità. Nel paese di emigrazione questi eventi, invece, vengono vissuti in solitudine, come una malattia, per cui spesso durante la gestazione ed il parto si viene a creare un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione dell'essere straniera, dalla mancanza della famiglia allargata e dalle difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori dei reparti ostetrici. Ciò può comportare l'interruzione precoce della gravidanza o il non stabilirsi dell'allattamento al seno.

Il ricorso ai servizi sanitari per le donne straniere è sempre minore rispetto alle italiane, anche per quanto riguarda gravidanza, parto e puerperio e la loro salute riproduttiva mostra nei dati una situazione peggiore rispetto a quella delle donne italiane a causa soprattutto delle condizioni di svantaggio sociale in cui esse versano: tra le donne immigrate troviamo tassi più alti di natimortalità, di mortalità neonatale precoce, di mortalità post-neonatale, di neonati colpiti da asfissia neonatale, ma anche ritardi vaccinali, scarsa informazione sulle opportunità di assistenza, un alto numero di tricotomie, episiotomie e tagli cesarei, un'assistenza pre-parto ridotta se non del tutto assente.

Un'indagine molto interessante sul percorso nascita delle donne straniere ha dimostrato significative differenze rispetto alla popolazione italiana soprattutto in merito al ricorso ai servizi, quali visite entro il primo trimestre di gravidanza, analisi, controlli presso consultori e ginecologi, corsi di accompagnamento, che confermano

una scarsa partecipazione da parte delle prime, come evidenziato dalla seguente intervista ad una donna albanese di 33 anni: “D: *Farai delle visite ginecologiche?* R: *Se c’è bisogno, ma se non ci sono problemi perché devo andare?* D: *E il bambino, lo farai visitare?* R: *Lui sì*”.

La barriera linguistico-culturale all’accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi prenatali è un altro fattore che influenza e favorisce questo stato di cose, insieme, ovviamente, ad una non adeguata alimentazione (sul piano quantitativo e qualitativo), a condizioni abitative insalubri e precarie e alla condizione di segregazione e solitudine cui le donne immigrate sono costrette nel nostro paese, lontane dal supporto del proprio nucleo familiare e da qualsiasi rete relazionale nel paese ospite. Questi determinanti spiegano facilmente il maggior rischio di complicazioni durante la gravidanza o il parto e anche di nati morti tra la popolazione immigrata.

La condizione di fragilità sociale in cui versano le donne immigrate è ulteriormente confermata dai dati riguardanti l’abortività volontaria tra le donne immigrate, ovvero i dati che registrano la tendenza all’interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in questo gruppo di persone.

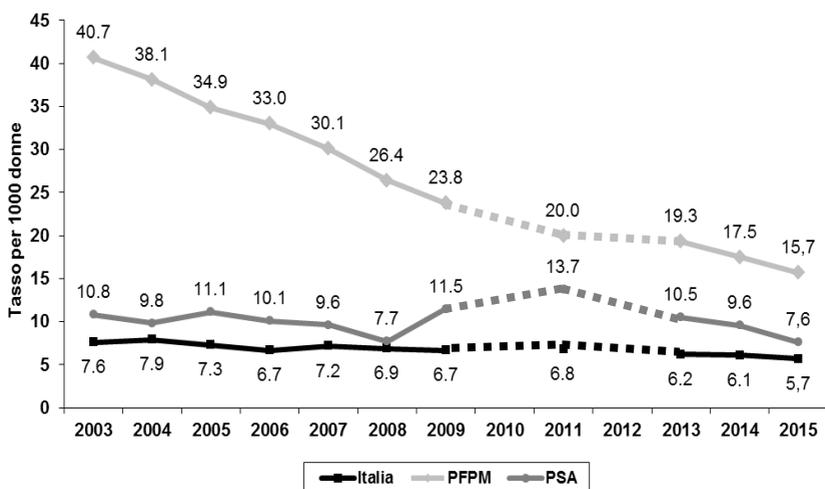
Negli ultimi anni, in Italia si è registrato in termini assoluti un incremento di IVG effettuate da donne straniere, ciò anche in relazione all’aumento del numero di donne immigrate. Tale dato non sorprende se si considerano le loro caratteristiche socio-demografiche, in quanto si tratta di donne generalmente giovani e, quindi, in età

riproduttiva, ma la loro provenienza da Paesi a economia meno sviluppata, in particolare dalla Romania e dalle ex-Repubbliche sovietiche, paesi dove l'aborto è spesso illegale ma ugualmente molto diffuso, mette in evidenza la forte influenza delle abitudini del paese d'origine anche sulle scelte riguardanti il piano procreativo.

Tuttavia considerando i tassi di abortività sia per le donne residenti straniere che italiane si registra una diminuzione, ma non in maniera omogenea. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)⁶⁰, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita nel tempo dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente, anche se per queste ultime il valore risulta quasi triplo rispetto alle italiane.

⁶⁰ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

Figura 9 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2015



Le parole di una donna marocchina di 31 anni: “Io non avevo preso ancora la decisione ma io non parlavo ancora bene l’italiano e la mia casa è brutta e non ho il lavoro e non era il momento giusto per avere bambini, allora ho deciso di abortire” denotano come la maternità si configura spesso come un ulteriore disagio che altro non farebbe che accumularsi ai disagi già posseduti quali problemi economici, il timore di perdere il posto di lavoro, avere già dei figli, difficoltà di

coppia o relazioni instabili, per cui il ricorso all'IVG diviene metodo contraccettivo, da molte donne utilizzato al termine della dodicesima settimana in regime d'urgenza. Nell'ambito delle IVG è poi presente una disuguaglianza nella disuguaglianza, in quanto queste donne, essendo impiegate in attività precarie a bassa qualifica con ritmi e condizioni di lavoro stressanti, sottraggono tempo ai vari checkup nella conduzione della gravidanza.

Il ricorso all'IVG trova un ulteriore nesso causale nello scarso utilizzo di altri metodi contraccettivi per motivazioni di natura culturale, ma anche spesso legate alla scarsa conoscenza in materia, testimoniata dal fatto che molte non conoscono metodiche come pillola, condom o addirittura il calcolo del proprio periodo fertile, acuita peraltro dalla reticenza a chiedere e fornire informazioni tra conoscenti. Un'indagine sui metodi contraccettivi nelle donne straniere riporta un utilizzo inappropriato con un 44% di gravidanze nonostante l'uso e trova piena corrispondenza nelle parole di una donna peruviana intervistata: *“Usavo la pillola, però il mese prima avevo avuto problemi e non sono stata attenta a prenderle come si deve, mi sono accorta alla fine perché mi avanzavano delle pillole”*.

Risulta evidente la necessità di promuovere l'utilizzo della contraccezione tra le donne immigrate e di attuare specifici interventi di sanità pubblica. In particolare è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale, fornendo informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di

procreazione consapevole. È necessario inoltre riorganizzare i servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali e renderli più facilmente accessibili (apertura in orari più adatti; presenza di ginecologhe; presenza di mediatrici culturali), principalmente attraverso un nuovo modo di lavorare basato sull'offerta attiva e sull'ascolto.

Le difficoltà riscontrate nel ricorso ai servizi sono sintetizzate nelle parole di una donna albanese: “Eh, con la pediatra non è che è andato troppo bene. Per esempio per le cose quando la bambina era malata o prendeva qualcosa, tipo che se io la portavo in Pronto Soccorso, loro mi davano qualcosa, qualche medicina che io non sapeva dopo come si usava, e quando lo prendeva, telefono per spiegarmi a lei e mi diceva che non ho tempo di spiegare queste cose al telefono, leggi la foglia, anche se io non la capiva la foglia, allora per questo la telefonava”, ma un progetto di ricerca su interventi di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate ha dimostrato che una visita domiciliare a 7-10 giorni dal parto, con l'ausilio di un mediatore culturale, per la valutazione delle condizioni di salute di madre e figlio e la distribuzione di materiale informativo sui servizi territoriali di assistenza con indicazioni su cura del bambino, allattamento, vaccinazioni ed altro è risultata efficace nel migliorare il benessere psicologico ed i comportamenti favorenti una buona salute.

Nonostante quindi il nostro ordinamento nazionale disponga di un insieme di leggi che tutelano il diritto alle cure sanitarie per le

persone, indipendentemente dal loro status giuridico e dal loro status socio-economico, permangono ancora oggi in Italia diverse barriere che rendono difficoltoso di fatto l'accesso ai servizi socio-assistenziali e quindi alla loro fruibilità.

Il principio universalistico ispiratore del diritto alla salute non riesce, sempre, a calarsi nella quotidianità dei servizi sanitari, i quali finiscono col dedicarsi prevalentemente alle utenti autoctone, ignorando così qualsiasi principio di equità e producendo disuguaglianze nell'accesso al mondo dei servizi, con il risultato di creare uno strappo tra il diritto sancito e le prassi operative, già di per sé varie e difformi sul territorio, costruendo esclusioni e barriere di diversa origine. Pensiamo, per esempio, ai pregiudizi razzisti o derivanti da credenze politico-culturali, sempre più frequenti nella società attuale dove, a causa di insicurezze economiche e relazionali sempre più precarie, si sente il bisogno di colpevolizzare una data categoria di persone cui addossare le responsabilità della tensione sociale e della crisi, non a caso i più poveri, i più fragili e gli ultimi arrivati, sottolineandone così l'illegittimità ad avanzare richieste di qualsiasi tipo.

Sappiamo anche che i pregiudizi xenofobi non sempre agiscono scopertamente, anzi, molte volte si inseriscono silenziosi nel tessuto delle convinzioni personali da molto tempo senza dare possibilità di accorgersene e fanno capolino di fronte a ciò che è altro da noi, all'ignoto, all'incomprensibile, quasi tentando di dare la risposta più immediata possibile ad un senso di inadeguatezza e confusione. È

quasi come se mancassero improvvisamente i soliti riferimenti e ci affrettassimo a trovarne qualcuno: ecco allora che i primi a portata di mano sono proprio quei pregiudizi che sono stati mediati da anni di trasmissioni e discorsi mediatici, racconti riportati, strumentalizzazioni politiche.

Tali comportamenti pregiudicano notevolmente il possibile successo della relazione di cura o di aiuto e determina la mancanza di sostegno sociale, il quale dovrebbe essere il motivo primo di aiuto incondizionato, astenuto da ogni giudizio, nel curare e “prendersi cura”.

Bibliografia

- Del Re, A. (2012), Questioni di genere: alcune riflessioni sul rapporto produzione/riproduzione nella definizione del comune, in «AG. AboutGender», Vol. 1, N° 1
- Lombardi L. (2008), Disuguaglianze di genere e salute riproduttiva: uno sguardo su alcuni paesi del Mediterraneo, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), Disuguaglianze di salute e immigrazione, FrancoAngeli, Milano, pp. 99-134
- Lombardi, L. (2004), Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, Working Papers del Dipartimento di studi sociali e politici 15/12/ 2004 www.sociol.unimi.it/ricerca_publicazioni.php

- Ministero della Salute (2017), Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2016. Trasmessa al Parlamento in data 29 dicembre 2017. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf
- Morrone, A., Sannella, A. (2008), Contrasto all'IVG nelle donne immigrate: esperienza pilota, in Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria della gravidanza nelle donne a rischio. Atti della conferenza, Roma, 9 giugno 2008, <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Lettere-scientifiche/CONTRASTO-ALL-IVG-NELLE-DONNE-IMMIGRATE-ESPERIENZE-PILOTA>
- Sciarba, A. (2013), Doppia assenti per prestare "cura". Donne migranti nel mercato del lavoro familiare in Italia, in Grasso M., Razzismi, discriminazioni, confinamenti, Roma, Ediesse
- UNFPA (2017), Lo stato della popolazione nel mondo 2017. Mondi a parte: Salute e diritti riproduttivi nell'epoca della disuguaglianza
- Viapiana S. (2011), Donne e madri nella migrazione. Antrocom Online Journal of Anthropology 2011, vol. 7. Suppl. al n. 1 83-91

IN AFRICA PER IMPARARE

Un'esperienza che supera i pregiudizi.

Giulia Marras e Giancarlo Santone – SAMIFO ASL Roma 1

Il progetto “*Mutilazioni Genitali Femminili: azioni di contrasto e percorsi formativi tra Africa e Italia*” intende prevenire e contrastare la pratica delle MGF, far tornare a ridere le vittime di mutilazioni e mai far piangere le nuove generazioni. Gli obiettivi possono essere raggiunti attraverso 1)il rafforzamento della risposta dei servizi socio sanitari pubblici alle donne provenienti dai Paesi con prevalenza di pratiche escissorie, 2)l’empowerment delle comunità migranti coinvolte e 3)una diffusa attività di informazione, sensibilizzazione e comunicazione sul tema. Il progetto, finanziato dalla Chiesa valdese - Otto per Mille - e da Amref, prevede una stretta collaborazione con la UOSD Centro SAMIFO della ASL Roma 1 e altri partner del Sistema Sanitario Regionale. Promuove lo scambio di esperienze e buone pratiche tra Africa e Italia nella consapevolezza che la comprovata esperienza di Amref in Africa su questo tema possa aiutare i servizi sanitari ad affrontare le problematiche individuali e collettive, identitari e culturali che genera questa grave violazione dei diritti umani.

L’approccio integrato alla lotta alle MGF, proposto da Amref, è risultato vincente in diverse realtà in cui questa pratica prosperava, promuovendo attività di prevenzione nel rispetto del contesto

giuridico, dei sistemi comunitari, inclusi quelli scolastici e sanitari, e della ricerca.

L'empowerment e l'integrazione delle diaspore più a rischio di MGF - in particolare per le donne in qualità di agenti di cambiamento - hanno rappresentato per noi un'esperienza altamente formativa. La partecipazione alla trasformazione di donne, uomini e minori delle comunità, delle scuole e degli operatori sanitari locali ha favorito un confronto che ha di fatto portato all'abolizione della pratica.

Il progetto crea ponti tra competenze complementari in Africa e in Italia per offrire risposte appropriate a un fenomeno che - accompagnandosi alle crescenti migrazioni internazionali - dovrà essere affrontato in modo sempre più strutturato in Italia nei prossimi anni.

Al rientro a Roma ci siamo confrontati con i colleghi del centro SAMIFO sull'esperienza in Kenia e abbiamo focalizzato l'attenzione sulla necessità di realizzare corsi di formazione e aggiornamento specifici per facilitare le relazioni tra le istituzioni sanitarie e la popolazione migrante di origine africana, invitando a partecipare anche gli esperti kenioti per completare lo scambio di buone pratiche Africa-Italia ed iniziare un nuovo percorso.

Brevi osservazioni sull'esperienza in Kenia:

Il miracolo e la magia

Il viaggio studio in Kenia ha rappresentato una tappa fondamentale per approfondire e capire meglio la complessità delle MGF. Visitando alcune incredibili realtà Masai nella regione di Kajiado, a sud del Kenia, al confine con la Tanzania, abbiamo avuto la possibilità di parlare con tutte le persone delle comunità visitate, vittime e tagliatrici, ragazze, ostetriche, guaritori, medici e operatori di comunità, tutti coinvolti da Amref nella lotta alle MGF. Estremamente significativo è stato l'incontro, nel suo villaggio natio di Kimana, con Nice Lengete, Ambasciatrice MGF per Amref, e con Alabayan, operatore sanitario della stessa comunità. A Kimana grazie alla sensibilizzazione e sostegno di Amref, all'impegno di donne e uomini del villaggio e alla collaborazione dei leader delle comunità, la pratica è stata abolita dal 2010.

Altrettanto interessante è stato incontrare Anastasia e Ruth, rispettivamente nei villaggi di Rombo e Lenkism, due ex *tagliatrici* oggi operatrici di comunità e ostetriche che si battono contro le MGF e far ricevere una giusta educazione scolastica alle bambine e alle ragazze. Negli incontri intergenerazionali di comunità sulle MGF, partecipano le persone dei villaggi di tutte le età e genere, maestri delle scuole e operatrici sanitarie. Si discute pubblicamente del problema delle MGF e delle gravi conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva. Si raccontano storie vissute dalle donne del villaggio

che, a causa delle MGF, hanno sviluppato gravi problemi di salute con elevati tassi di mortalità e morbilità infantile e materna, compromettendo così anche l'economia familiare e sociale. Questo percorso di informazione e sensibilizzazione ha contribuito a scalfire le certezze dei più resistenti alla trasformazione culturale, accettando il nuovo ruolo delle donne, agenti di cambiamento nella società e protagoniste delle proprie scelte. Per favorire questo nuovo complesso percorso identitario sono state anche programmate e realizzate infrastrutture fondamentali per migliorare la qualità della vita, concordate con i rappresentanti istituzionali e le comunità. Per esempio la realizzazione di pozzi di acqua nelle vicinanze dei villaggi, ne favorisce il facile reperimento. Essendo tipicamente compito delle donne, anche minori, occuparsi del rifornimento di acqua, la grande distanza dalle sorgenti le esponeva a rischi di sequestri, abusi e matrimoni forzati, che comunque favorivano la pratica delle MGF. Inoltre la costruzione di scuole e ospedali rurali, il miglioramento della rete stradale e dei trasporti hanno portato benefici a tutte le persone, migliorandone la qualità e le aspettative di vita. La possibilità di accedere a tali servizi ha sicuramente aperto più che uno spiraglio, favorendo il confronto, sulla pratica delle MGF, fra tutti i membri della comunità, convincendo appunto anche i più resistenti.

Bisogna sottolineare che la pratica delle MGF nella comunità Masai rappresenta un momento di passaggio da bambina a giovane donna, con tutte le conseguenze che ne derivano. Amref è riuscita a dar vita

a *Riti Alternativi di passaggio*, simili alle cerimonie tradizionali, ma senza procedere alla pratica della MGF. La cerimonia si conclude con la consegna di una matita e di un quaderno, strumenti di conoscenza e sviluppo, per continuare un percorso di educazione e istruzione, che viene invece tradizionalmente interrotto dalle pratica delle mutilazioni.

Consapevoli delle difficoltà di poter riprodurre un modello comunitario così partecipato nel contesto metropolitano romano, ci proponiamo comunque di coinvolgere le comunità straniere provenienti da paesi a rischio escissorio, per discutere di MGF. Il centro Samifo, che già da anni assiste molte donne vittime di queste pratiche, può rappresentare un luogo di scambio e confronto fra le persone coinvolte. Inoltre per la sua posizione centrale è facilmente raggiungibile e per l'assenza di barriere di accesso (anche linguistiche, culturali e religiose) può favorire la replicazione di un modello, sovrapponibile a quanto osservato nel nostro viaggio di apprendimento. Il nostro impegno di assistenza alle numerose donne con MGF presenti nel territorio, guarda a migliorare la qualità della loro vita e della loro salute, ma anche prevenire la pratica nelle generazioni successive, a rischio in occasioni di viaggi vacanza nei paesi di origine.

Appendice: le attività del Centro SAMIFO - Centro di Salute per Migranti Forzati

A cura di Giancarlo Santone - Direttore UOSD Centro SAMIFO - Struttura sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1

Presentazione della struttura, dei processi, degli obiettivi e delle prospettive

Il centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) nasce il 31 marzo del 2006 dalla collaborazione tra la ex ASL Roma A (oggi ASL Roma 1) e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service (Del. n°260/2006, n°1001/2010, n° 45254/2015) con l'obiettivo di tutelare la salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria. La popolazione assistita è prevalentemente composta da migranti forzati maggiorenni. Particolare attenzione è rivolta alla cura delle vittime di guerre, di tortura e di violenza intenzionale (per persecuzione politica, religiosa, di genere, matrimonio forzato, etc) di abusi sessuali e di mutilazioni dei genitali femminili (MGF).

Nel luglio del 2015 il SAMIFO ha ottenuto l'importante riconoscimento della regione Lazio come "Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che,

attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale” (Det Reg N° G09086 del 22.7.2015). Un riconoscimento all’impegno e alle attività svolte, ma anche alla portata innovativa della efficiente integrazione tra risorse e competenze del privato sociale con quelle del servizio pubblico e della medicina generale.

Nel 2016 il Centro SAMIFO viene istituzionalizzato nel nuovo modello organizzativo aziendale della ASL Roma 1 come Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale – UOSD - afferente il Distretto 1. Con Deliberazione N° 763 del 26/07/2017 viene conferito, a seguito di avviso pubblico, l’incarico di direttore della UOSD Centro SAMIFO al Dr. Giancarlo Santone.

Il Centro SAMIFO, unica struttura del SSN, ha fatto parte del Tavolo tecnico istituito ,con Decreto Dirigenziale del Direttore generale della prevenzione, del Ministero della Salute, che ha predisposto le “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”. Tali linee guida sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana in data 24 aprile ed entrate in vigore il 25 maggio 2017, a seguito di parere favorevole espresso dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Organizzazione

La sede del SAMIFO è situata al piano rialzato del presidio territoriale del Distretto I della ASL Roma 1, via Luzzatti n°8, 00185 Roma, nei pressi della stazione Termini.

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi di cura e di sostegno individuale interdisciplinari, multidimensionali e interculturali (appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati) e sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica.

La UOSD Centro SAMIFO collabora attivamente con gli enti locali ed le altre associazioni di tutela operanti nella presa in carico di titolari e richiedenti protezione, in quanto è un servizio capace di integrare, con specialisti preparati e motivati, il lavoro psicosanitario con enti ed associazioni che tengano in considerazione i bisogni essenziali, le condizioni di vita e gli stressors quotidiani della persona.

Il Centro SAMIFO è aperto dal lunedì al venerdì ed è articolato nelle seguenti linee d'attività:

- La direzione della UOSD è affidata al Dr. Giancarlo Santone, dirigente medico del Distretto I, vincitore di avviso pubblico.
- Sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario - front office
- Spazio di ascolto per richieste più "delicate" che richiedono maggior privacy - back office

- Servizio strutturato (non a chiamata) di mediazione linguistico - culturale per le lingue farsi, dhari, tigrino, amharico, wolof, bambara, djoula, mandingo, arabo, inglese, francese, somalo, urdu, pashtu, cinese, bangla, curdo, spagnolo. Il servizio è finanziato dal Centro Astalli, da Roma Capitale, da fondi FAMI e regionali.
- Ambulatorio di medicina generale (2 medici di assistenza primaria)
- Ambulatorio di psichiatria (2 psichiatri, 1 dipendenti ASL a tempo pieno, 1 volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di psicologia (2 psicologhe – 1 SUMAI per 8 ore settimanali, 1 dipendente Centro Astalli)
- Ambulatorio di medicina legale (medici di medicina generale e 1 medico legale volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia (linea di attività composta esclusivamente da personale del genere femminile, ginecologa, ostetrica e infermiere dipendenti ASL, e mediatrici linguistico-culturali)
- Ambulatorio di ortopedia (volontario Centro Astalli).

Tale organizzazione non include le attività del progetto FARI (Vedasi sotto) e più in generale le attività che non hanno un carattere continuativo.

L'accesso al front office e alla medicina generale del Centro SAMIFO è libero. Le visite specialistiche si effettuano previo appuntamento, riservando comunque ove necessario uno spazio di ascolto alle urgenze.

Il personale “stabile” è composto da medici, psicologica e infermiere, assistente sociale del Servizio Sanitario e del Sistema delle Cure Primarie, da operatori socio sanitari e mediatori dell'associazione Centro Astalli, nonché da mediatori linguistico-culturale, servizio finanziato da Roma Capitale per la valutazione e presa in carico degli ospiti dei Centri di Accoglienza SPRAR di propria competenza. Il progetto FARI – Formare Assistere Riabilitare Inserire - finanziato da fondi FAMI le cui attività sono iniziate il 01.10.2016 - garantisce la realizzazione di importanti iniziative di prevenzione e emersione precoce di persone con vulnerabilità psico-sanitaria, anche di minori non accompagnati e pazienti psichiatrici gravi, favorendo il corretto inquadramento diagnostico, l'accesso ad adeguati percorsi di cura, riabilitazione e inserimento sociolavorativo. Recentemente è stato ammesso a finanziamento anche il progetto FARI 2, a valere sullo stesso fondo, che permetterà di continuare le azioni previste in FARI 1 fino al 31.12.2021.

A 6 mesi dalla conclusione delle attività progettuali sono stati raggiunti oltre 1100 richiedenti e titolari di protezione internazionale affetti da disturbi e patologie fisiche o mentali, 75 minori stranieri non comunitari anche non accompagnati, formati oltre 1000 professionisti di tutte le ASL della Regione Lazio, di aziende

Ospedaliere, Policlinici Universitari, operatori dei centri SPRAR e CAS.

Infine gli specialisti del SAMIFO forniscono supporto agli operatori dei centri di accoglienza, consulenze cliniche anche a domicilio, consulenze telefoniche, attività di (in)formazione, ricerca e sensibilizzazione della società civile e di alfabetizzazione sanitaria rivolta ai RTPIU.

Principali dati statistici

Dal 1° luglio 2007 al 31 dicembre 2017 sono iscritti al Servizio Sanitario Regionale e presi in carico dall'equipe multidisciplinare del Centro SAMIFO oltre 11.000 fra richiedenti e titolari di protezione; sono state effettuate circa 58.000 visite di medicina generale e 37.500 viste specialistiche. Le prestazioni effettuate dagli operatori del front office sono complesse e finalizzate ad incrementare le condizioni di benessere dei richiedenti/titolari di protezione con programmi di accoglienza della domanda, orientamento sulle attività del SAMIFO e dei servizi territoriali e azioni di alfabetizzazione sanitaria finalizzate alla conoscenza dei propri diritti e doveri in ambito sanitario e sociale. Tali prestazioni sono difficilmente quantizzabili ma hanno certamente superato le 130.000.

La popolazione assistita in questi anni è prevalentemente maschile - circa 80% uomini e il 20% donne - proveniente principalmente dal continente africano, seguita da quella afgana. Negli ultimi 2 anni

assistiamo però ad un aumento significativo del genere femminile che rispettivamente si attesta al 29% nel 2016 e al 30% nel 2017.

Sono circa 300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti compresa la tortura seguite ,ogni anno, dal centro SAMIFO.

Nel 2016 sono state ben 51 le nazioni rappresentate dalle persone che hanno avuto accesso al SAMIFO e che hanno avuto almeno una visita con il medico delle cure primarie, mentre nel 2017 sono ben 57 i paesi di provenienza dei nostri utenti. Nei primi 5 mesi del 2018 sono già 47. Inoltre bisogna aggiungere tutti i RTPIU inviati dai centri di accoglienza e non iscritti presso i medici di famiglia del SAMIFO ma assistiti nei servizi specialistici di salute mentale, salute della donna, medicina legale e ortopedia. La numerosità delle nazioni di provenienza ci aiuta a capire le difficoltà che attraversano molti paesi nel momento storico attuale (per esempio la Siria, l'Afghanistan, il Pakistan, la Somalia, l'Eritrea, l'Etiopia, il Mali, la Repubblica Popolare del Congo, la Libia, il Senegal, solo per citarne alcuni) e le motivazioni che spingono le persone a migrare o fuggire da situazioni pericolose.

La fascia d'età compresa tra 18 e 50 anni rappresenta oltre il 95%, pressochè indifferente rispetto al genere.

Le donne assistite negli ultimi 2 anni rappresentano quasi il 30% della popolazione generale e provengono principalmente dai paesi del Corno d'Africa (Eritrea, Etiopia e Somalia), seguite dalla Nigeria, Senegal e RDC; poco rappresentate sono i paesi dell'area asiatica in

cui la migrazione femminile è scarsissimamente rappresentata, ad eccezione di un fenomeno praticamente nuovo: l'arrivo di donne provenienti dalla Cina.

Medicina Generale

Nel 2016 il numero totale degli assistiti dalla medicina generale è stato di 1188, 1314 nel 2017 e nei primi 5 mesi del 2018 sono stati 827. La tendenza è in aumento nonostante si registri nel 2018 una drastica riduzione degli sbarchi. I paesi di provenienza sono stati 51 nel 2016, 57 nel 2017 e 47 nei primi 5 mesi del 2018; appartengono principalmente ai continenti africano e asiatico e in minor misura anche europeo e sudamericano. I primi 5 paesi di provenienza sono il Senegal, Eritrea, Afghanistan, Nigeria e Mali, seguiti da altri del corno d'Africa, dell'Africa francofona, dal Pakistan e Iran.

Le prime visite sono state rispettivamente 469 nel 2016, 487 nel 2017 e 226 nei primi 5 mesi del 2018. Da evidenziare il numero degli assistiti provenienti dalla Repubblica Popolare Cinese, ben 25 nel 2017, principalmente donne, con storie di persecuzione religiosa, in netto aumento rispetto al 2016 quando ne furono registrate solo 5.

Il fenomeno però che stiamo osservando in questi ultimi 2 anni è un "invecchiamento" della popolazione assistita. Infatti nel 2016 circa il 60% dei pazienti presi in carico aveva un'età compresa fra 31 e 50, l'10% oltre i 50 anni e il restante 30% meno di 30 anni. Dati

pressochè sovrapponibili a quanto osservato nel 2017 e nei primi 5 mesi del 2018.

La crescita dell'età della popolazione assistita è determinata da una serie di fattori:

- la fuga dalle zone di guerra non solo di giovani, ma anche di intere famiglie comprese gli anziani genitori (vedi l'Afghanistan)
- la scelta di politica nazionale di ridurre l'invio di nuovi arrivi a Roma, città con già un esubero di posti in grandi Centri di Accoglienza, ma di distribuirli in territori provinciali o di altre regioni,
- la presenza stabile di rifugiati da più anni, rispetto ai richiedenti asilo, comporta un aumento dell'età delle persone presenti,
- il ricongiungimento con i familiari che i rifugiati attivano sempre appena minimamente inseriti, non riguarda solo il coniuge e i figli, ma spesso anche i genitori soprattutto se questi sono anziani e scarsamente autosufficienti.

Psichiatria

Nel 2016 il numero totale dei pazienti presi in carico dal servizio di psichiatria è stato di 176 , 221 nel 2017 e 156 nei primi 5 mesi del 2018. I paesi di provenienza sono stati 40 nel 2016, 43 nel 2017 e 31

nei primi 5 mesi del 2018. Le persone fuggono principalmente da situazioni di violenza diffusa nel territorio, come nel caso dell'Afghanistan, Somalia, Repubblica Popolare del Congo, Mali, Siria, Libia etc) o da situazioni di persecuzione individuale o di gruppo (la schiavitù in Mauritania, la persecuzione di genere e matrimoni forzati in numerosi paesi, il servizio di leva permanente in Eritrea, la tratta in Nigeria, etc). Le vittime o testimoni di gravi forme di violenza possono manifestare conseguenze devastanti sulla salute mentale.

I principali paesi di provenienza delle persone che si rivolgono all'ambulatorio di psichiatria sono rappresentati dall'Afghanistan, Pakistan, Nigeria, Mauritania, Repubblica Democratica del Congo, Senegal, Gambia, Guinea e Mali.

Psicologia

Il numero totale degli assistiti nel 2016 dalla psicologia è stato di 97 persone, 137 nel 2017 e di 63 nei primi 5 mesi del 2018. I paesi di provenienza nel 2016 sono 25, 30 nel 2017. La maggior parte degli assistiti proviene dal Senegal, Afghanistan, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Costa d'Avorio, Cina, Gambia, Camerun. Il servizio di psicologia, utilizzato anche da una popolazione più giovane con un 56% di soggetti sotto il trentesimo anno d'età, conferma la sua prevalenza di assistite appartenenti al genere

femminile che rappresentano fra il 40 e 45% degli utenti rispettivamente nel 2016 e nel 2017, a dimostrazione della loro frequente condizione di vulnerabilità perché vittime di abusi e violenze nei Paesi di origine, durante il viaggio e purtroppo anche nel nostro Paese, soprattutto quando trovano accoglienza in contesti non protetti.

Ginecologia

Nel 2016 il numero totale degli assistiti dall'ambulatorio di ostetricia e ginecologia è stato di 225, 231 nel 2017, 144 nei primi 5 mesi del 2018. Le visite sono state 409 nel 2016 e di 438 nel 2017, e 221 nei primi 5 mesi del 2018. I principali paesi di provenienza sono rappresentati dall'Eritrea, Nigeria, Senegal, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Somalia, Mauritania, Mali, Costa d'Avorio e Cina.

Particolare attenzione è rivolta alle donne vittime di Mutilazioni dei Genitali – MGF - pratiche tradizionali che vengono eseguite principalmente in 30 paesi per motivi non terapeutici, con procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni agli organi genitali femminili. Tali pratiche ledono fortemente la salute psichica e fisica di bambine e donne che ne sono sottoposte con conseguenze gravi e irreversibili per la loro salute, oltre a pesanti conseguenze psicologiche.

Secondo un recente studio dell'Università degli Studi di Milano Bicocca sarebbero circa 70 mila le donne vittime di mutilazioni genitali in Italia. Ad essere colpite sono principalmente quelle provenienti dalla Somalia, Nigeria, Eritrea, Egitto, Burkina Faso. In Europa sarebbero circa 500.000 mentre nel mondo oltre 200 milioni.

Analizzando la distribuzione delle vittime di MGF per paese di provenienza durante l'anno 2015 si evidenzia che tutte appartengono al continente africano, con ben 11 paesi rappresentati; oltre il 50% proviene da paesi del corno d'Africa, seguiti dalla Nigeria e Guinea.

Sia durante il 2016 che nel 2017 le donne vittime di MGF assistite presso l'ambulatorio di ginecologia del centro SAMIFO provengono tutte dal continente africano; la distribuzione per paese di provenienza è pressoché sovrapponibile a quanto osservato nel 2015.

Negli ultimi 2 anni abbiamo anche avuto un aumento di richieste da parte delle vittime di MGF di poter accedere a percorsi finalizzati alla deinfibulazione, sia in vista del parto (donne che richiedono di poter partorire in maniera eutocica o naturale e di non essere sottoposte a parto cesareo anche in presenza di MGF di 2 e 3 grado) sia per ripristinare la completa pervietà del canale vaginale e alla clitoridoplastica, per ridurre le conseguenze sulla salute fisica e sessuale.

Circa l'80% delle donne vittime di MGF ha un'età compresa fra 20 e 40 anni, e di queste la metà ha meno di 30 anni. Il 50% delle gravidanze a termine nelle donne vittime di MGF nell'anno 2015 si è

concluso con un parto cesareo, dato in calo nel 2016.; anche il numero di IVG è minore nel 2016 rispetto al 2015.

Se durante la prima visita viene riscontrata la presenza di MGF, la ginecologa concentra la sua attenzione sulle possibili conseguenze sulla salute fisica, riproduttiva o psicologica. In quest'ultimo ipotesi le donne vengono inviate per una prima valutazione e per una eventuale presa in carico all'équipe di salute mentale (psichiatra o psicologa).

Le certificazioni mediche degli esiti di violenze intenzionali e di torture

Il servizio di medicina legale della UOSD Centro SAMIFO propone un modello di certificazione che si delinea come un percorso multidisciplinare, dentro il quale si colloca la figura del medico certificatore. Tale modello soddisfa anche i bisogni delle persone vittime di violenze estreme e che presentano un quadro psicologico dominato dalla vergogna, dalla paura di subire nuove violenze e di non essere credute. Le certificazioni prodotte dal SAMIFO si configurano come strumento *super partes*, descrivendo dettagliatamente, sinteticamente e imparzialmente quanto riscontrato durante la visita stessa e l'analisi della documentazione sanitaria. Può essere utilizzata in differenti sedi: Commissioni Territoriali, Tribunali, Unità Dublino, etc. Nel periodo di riferimento (2016/2017) sono state effettuate 348 certificazioni di esiti di violenze,

con una prevalenza su uomini, ad esclusione dei primi 5 mesi del 2018 dove si registra un aumento delle certificazioni rilasciate a donne.

Ortopedia

Esiste un'ampia letteratura scientifica sulle conseguenze fisiche, sia a breve sia a lungo termine, della tortura e delle violenze intenzionali infamanti. Le più comuni riguardano il sistema muscolo-scheletrico e osteoarticolare. Gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati al SAMIFO hanno portato al riscontro di patologie ortopediche di varia natura, con prevalenza per gli esiti scheletrici con quadri complessi e strutturati da anni per i quali non esistono reali rimedi curativi conservativi o chirurgici che risultino efficaci nella risoluzione definitiva del problema.

Mediazione linguistico culturale.

Le barriere linguistiche e culturali rappresentano la principale criticità per far conoscere il funzionamento del sistema Italia, i diritti/doveri e l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei migranti forzati. È ormai opinione diffusa sulla necessità di inserire la figura del mediatore in un'ottica strutturale per garantire un servizio professionale e continuativo. Gli utenti che accedono al SAMIFO soprattutto nelle fasi iniziali dell'arrivo hanno difficoltà di capire e farsi capire, perché non conoscono l'italiano. La mediazione linguistico-culturale offerta dal SAMIFO dà anche la possibilità di affrontare e gestire le difficoltà che si possono incontrare nella relazione tra medico-paziente. Svolge tra l'altro una funzione-ponte per favorire l'integrazione. Recentemente Roma Capitale ha riconosciuto il Centro SAMIFO - per le attività che da anni svolge a favore dei richiedenti e titolari di protezione internazionale ospiti nei centri SPRAR cittadini – garantendo il finanziamento di 60 ore settimanali di tale attività.

<https://www.comune.roma.it/web/it/bando-concorso.page?contentId=BEC154436>

Tutela della salute degli operatori.

Quando ci si prende cura di persone con storie drammatiche e orribili il coinvolgimento emotivo può essere eccessivo e non tollerabile causando il possibile sviluppo di malattie da stress lavoro-correlate,

in primis la traumatizzazione vicaria. I fattori predittivi dipendono non solo dalla drammatica storia delle vittime ma anche da elementi individuali e organizzativi. In particolare l'insufficienza e l'inadeguatezza delle risorse e degli strumenti a disposizione, la carenza di training e formazione del personale, gli ostacoli burocratico-organizzativi e talvolta gestionali, determinano una oggettiva difficoltà, un vero disagio degli operatori. La UOSD Centro SAMIFO elabora piani d'azione di prevenzione del burn out e della traumatizzazione vicaria:

- il *benessere organizzativo*, attraverso la condivisione con i lavoratori dei metodi, dei valori, delle pratiche, permette agli operatori di poter esprimere le proprie competenze, crescere professionalmente ed avere le giuste gratificazioni e riconoscimenti;
- la pianificazione dei compiti lavorativi dei singoli e dei gruppi è chiara e coerente; il carico, l'orario e il ritmo di lavoro sono sostenibili anche quando l'afflusso degli utenti è elevato;
- il lavoro di rete con gli altri attori presenti nel territorio e l'integrazione con interventi psicosociali;
- un'attività formativa continua e di approfondimento su temi di interesse specifico, non solo in ambito medico o psicologico.

Il SAMIFO è ubicato centralmente - cioè facilmente raggiungibile con i mezzi di trasporto - l'ambiente confortevole e accogliente e il materiale da lavoro è pressochè completo.

Formazione

L'attività formativa continua e di approfondimento su temi specifici è sempre stata centrale nel SAMIFO, sin dalla sua nascita. Riguarda non solo i propri dipendenti ma anche gli operatori delle ASL regionali, degli enti locali, dei Centri di accoglienza e del terzo settore. I professionisti del SAMIFO sono docenti in corsi di formazione che si realizzano in tutto il territorio nazionale. Presso il SAMIFO svolgono attività di formazione obbligatoria i medici del Corso Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale (futuri medici di assistenza primaria) e i tirocinanti di diverse facoltà o corsi di specializzazione.

Progetto FARI

La ASL Roma 1, attraverso il SAMIFO, ha partecipato, come capofila, all'avviso pubblico per la presentazione di progetti di salute nell'ambito del programma 2014-2020, Obiettivo specifico 1., insieme all'associazione Centro Astalli, alla Cooperativa Roma Solidarietà, al Programma Integra s.c.s e al Centro Studi di Politica Internazionale, partner vincitori di pubblica selezione. Il progetto FARI - Formare Assistere Riabilitare Inserire - ha l'obiettivo di fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti e titolari di

protezione internazionale e dei minori stranieri, anche non accompagnati, attraverso la sperimentazione di modelli di intervento sanitari innovativi e integrati:

- creazione di équipe, anche mobili, dedicate alla individuazione precoce e alla presa in carico di persone affette da gravi patologie fisiche e/o mentali presso i centri di accoglienza cittadini e regionali e i servizi di base psico-socio-sanitari.
- inserimento nella rete dei servizi, anche residenziali, del Dipartimento di Salute Mentale dei destinatari affetti da grave patologia psichiatrica,
- tutelare la salute dei minori stranieri, anche non accompagnati e autori di reati, attraverso équipe specialistica dedicato al corretto e precoce inquadramento diagnostico dei deficit neuropsicologici, della disabilità intellettiva, dei disturbi della condotta e del PTSD
- aumentare le capacità di risposta degli operatori, per favorire la relazione interpersonale e l'interpretazione della sintomatologia, prevenire livelli inappropriati d'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di traumatizzazione vicaria e delle malattie da stress lavoro correlate,

- analizzare l’appropriatezza degli interventi e delle attività per valutare:
- la capacità del “modello FARI” di cogliere l’emersione precoce del bisogno;
- la capacità del “modello FARI” di facilitare l’accesso precoce ai servizi sanitari pubblici;
- il rapporto fra costi, efficacia e benefici delle attività progettuali svolte dal SAMIFO, la sua sostenibilità, la riproducibilità in altri contesti e le ricadute sull’integrazione sociale dei beneficiari.

Principali punti di forza del SAMIFO

- Sostenibilità del centro. Il personale, inclusi i mediatori linguistici e culturali, e i costi di gestione della UOSD Centro SAMIFO sono strutturali garantendo la stabilità mentre solo una parte delle attività è sostenuta da finanziamenti a progetto, che comunque aiutano il centro a svolgere al meglio le proprie funzioni, arricchendo le prestazioni offerte.
- Lavoro di rete formale e informale con le istituzioni pubbliche e private presenti nel territorio cittadino, regionale e nazionale. Infatti è ormai universalmente accettato il fatto che *non è sufficiente un servizio con specialisti preparati che*

incentrano il proprio lavoro sul trauma e sul sintomo bensì serve l'integrazione con interventi psicosociali.

- Abbattimento liste d'attesa (p.e. percorsi facilitati per persone in condizione di particolare vulnerabilità, sia interne che esterne o attraverso collaborazioni strutturate con altri servizi sanitari pubblici e privati (INMI L. Spallanzani, Policlinico Umberto I, INMP, SMOM e Caritas, etc).
- Presa in carico socio-sanitaria e collaborazione tra servizio pubblico (ASL Roma 1) e privato sociale (Associazione Centro Astalli) per soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
- Presenza di medici di base con profonda esperienza in tema di tutela della salute dei migranti forzati, all'interno del centro. La stretta collaborazione con gli specialisti del SAMIFO e del poliambulatorio riduce a) accertamenti e terapie inopportune, b) il ricorso ai servizi emergenziali (118 e DEA), c) i costi sanitari.
- Approccio cultur and gender oriented, garantendo un sistema di servizi di accoglienza e presa in carico non neutro rispetto alle tematiche di genere. In particolare le visite ostetrico-ginecologiche e gli eventuali accertamenti specialistici (PAP

test, ecografie, etc) sono svolte esclusivamente da professioniste donne. Inoltre in tutte le linee di attività sanitarie del SAMIFO (salute mentale, medicina di base, medicina legale, infettivologia) è prevista la presenza di percorsi di cura attenti alle questioni di genere sia maschile che femminile.

- Attenta valutazione dei bisogni e appropriatezza e qualità degli interventi. Particolare attenzione è rivolta ai percorsi che permettono l'emersione e la presa in carico tempestiva dei richiedenti/titolari di protezione internazionale vittime di tortura, di abuso sessuale, di violenza estrema o con seri problemi di salute mentale.
- L'attenzione alla condizione di tutto il personale sociosanitario che lavora quotidianamente con i richiedenti asilo vittime di violenze e torture, attraverso la condivisione delle scelte organizzative e cliniche durante le riunioni settimanali del gruppo di lavoro. Specifici momenti di formazione e aggiornamento sono riservati allo staff in ambito clinico, geopolitico, giuridico e sociosanitario per aumentare le proprie conoscenze e prevenire o mitigare gli effetti dello stress.

Conclusioni

L'accoglienza e la presa in carico di situazioni complesse, portate da persone che hanno vissuto traumi plurimi e reiterati nel tempo, richiedono la costruzione di un sistema di cura multidimensionale finalizzato al raggiungimento di quel benessere psicofisico che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come salute. La complessità e la specificità delle problematiche e delle patologie presentate rendono necessario un approccio integrato bio-psico-sociale che permetta una visione completa dei bisogni del paziente. È il concetto stesso di salute che deve estendersi fino a raggiungere una dimensione ampia, che comprenda sia il corpo che la mente e, più in generale, che abbia a che fare con il raggiungimento di un livello anche minimo, ma sufficiente e dignitoso di qualità della vita. Una dimensione che vada al di là della semplice assenza di sintomi patologici, ma che sappia contenere bisogni molteplici e differenti, necessariamente collegati tra loro.

Grazie alla istituzionalizzazione nel nuovo modello organizzativo aziendale della ASL Roma 1 del SAMIFO come Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale – UOSD - all'importante riconoscimento della regione Lazio come “Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l'assistenza ai migranti forzati...” alla efficacia e consolidata collaborazione con l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service, e al continuo sostegno negli ultimi anni da parte di Roma Capitale, il SAMIFO rappresenta un modello sostenibile e

auspicabilmente replicabile almeno per quelle ASL nel cui territorio di competenza vi è un'alta incidenza di migranti forzati.

Ma la UOSD Centro SAMIFO con il suo operare non fornisce solo assistenza sanitaria competente a una popolazione particolare e con problematiche proprie ma anche per questa stessa esperienza un crogiuolo di nuova conoscenza dove va formandosi una nuova cultura che non solo adegua le conoscenze medico-sanitarie a popolazioni di differenti civiltà, ma stimola risposte a problematiche nuove di conoscenza, coinvolgendo campi anche distanti della scienza.

Ringraziamenti

Ringraziamo tutto il personale del Centro SAMIFO per la grande professionalità e umanità dimostrata in tutti questi anni e tutti i pazienti assistiti i quali, affidandosi alle nostre cure, ci hanno permesso di svolgere al meglio il nostro lavoro.