

Sei qui: [Home](#) > [Volume 17](#) > Mediazione etnoclinica e servizi di salute mentale.  
Alcune riflessioni a partire da un progetto di ricerca svolto nei Centri di Salute Mentale di Perugia

cerca nel sito...

## Volume 17 - 3 Settembre 2018



### Mediazione etnoclinica e servizi di salute mentale.

### Alcune riflessioni a partire da un progetto di ricerca svolto nei Centri di Salute Mentale di Perugia

#### Autori

Costanza Amici<sup>1</sup>, Barbara Mamone<sup>2</sup>, Elisabetta Rossi<sup>3</sup>

1 Etnoantropologa

2 Etnopsicologa

3 Psichiatra responsabile struttura complessa salute mentale del perugino

#### Riassunto

L'articolo focalizza la sua attenzione sulla rilevanza della mediazione etnoclinica come dispositivo di intervento a sostegno della riconfigurazione dei percorsi di presa in carico della salute mentale di territorio. Gli autori fanno ampio riferimento all'esperienza di ricerca maturata presso alcuni centri di salute mentale del territorio perugino per quanto riguarda, in particolare, i percorsi di cura della popolazione titolare o richiedente protezione internazionale. Verrà mostrato come l'impianto antropologico ed etnopsichiatrico alla base della funzionalità del dispositivo grupale di mediazione etnoclinica e la presenza concreta dell'antropologo e dello psicologo etnoclinici nel setting, facciano da fondamento teorico-metodologico alla messa in movimento della complementarietà fra i punti di vista e le etno-antropologie dei sistemi e degli attori in campo. Verranno, quindi, messi in luce gli esiti di plasticità e innovatività portati alla riconfigurazione degli approcci clinici di cura e alla funzionalità di interfaccia della rete complessa, formata dal sistema di accoglienza (SPRAR e CAS) e le istituzioni deputate alla presa in carico psico-socio-sanitaria.

#### Summary

The authors focalize their attention on the relevance of ethnoclinic mediation as intervention device to sustain the reconfiguration of care pathways of territorial mental health practices. Wide reference will be made to the experience of research matured in some mental health centers in the province of Perugia, regarding, in particular, health care pathways of international protection seeker and holders. It will be outlined how the anthropological and ethnopsychiatric perspectives, at the base of the group device functioning, and the concrete presence of the ethnoclinic anthropologist and ethnoclinic psychologist in the setting, are the theoretical and methodological grounding for the putting in motion of the complementarity between the

point of views and the ethno-anthropologies of the systems and the actors involved. Lastly, it will be outlined the plasticity and innovative outcome brought to the reconfiguration of clinical approaches and of the larger network interface functioning, the latter being made of the welcoming systems (SPRAR and CAS) and the institutions deputed of the psycho-social care pathways.

---

Lo scenario geopolitico attuale e le conseguenti trasformazioni dei territori locali, hanno definito un panorama della distribuzione e tipologia dell'utenza migrante, che richiede una rimodulazione delle modalità di intervento nell'ambito della salute mentale. Da luglio 2016 a dicembre 2017 presso i Centri di Salute Mentale di Perugia, è stata attivata una ricerca, che ha coinvolto la nostra presenza, con l'obiettivo di analizzare, capire e rimodulare la metodologia di intervento con una popolazione specifica e con una attenzione al come la salute mentale di umani, lavorati da esperienze traumatiche complesse, possa essere accolta e presa in carico. Il progetto si è proposto di mettere a frutto le precedenti e pluriennali esperienze di ricerca svolte nei CSM del Peruginofacendo confluire e distillare tali esperienze nell'adozione della mediazione etnopsichiatrica (MEC) e della consulenza a orientamento etnopsichiatrico (CE) come strumenti privilegiati della sperimentazione di intervento. La formulazione del dispositivo teorico-metodologico MEC che abbiamo adottato ha dunque preso ispirazione dalle esperienze concrete di sperimentazione della articolazione della prospettiva e operatività antropologica in setting interdisciplinari e interculturali della salute mentale perugina (dal 2008 a oggi); dalla formulazione del dispositivo metodologico etnopsichiatrico come proposto da T. Nathan (1)(2)(3)(4) e dal modello di mediazione interculturale sviluppato da S. Bouznah (5) in contesto prettamente medico-sanitario; dallo sfondo teorico-metodologico dell'etnopsichiatria ed etnopsichiatrica italiana (6) con particolare riferimento alla prospettiva sviluppata da Piero Coppo (7)(8)(9) e Lelia Pisani (10)(11).

A una migrazione di tipo economico, già conosciuta dai servizi, centrata su un progetto di vita ben preciso, si è aggiunto un flusso migratorio legato per lo più ai disequilibri politici, e quindi anche politico-economico-culturali, sopraggiunti nei paesi di provenienza. La popolazione migrante, dunque, presente sul territorio perugino come su quello nazionale, ha preso le caratteristiche dell'emergenza e dell'urgenza esistenziale e, questo, ha implicato un'organizzazione dell'accoglienza e della prima accoglienza (si veda i progetti SPRAR, CAS) secondo criteri di urgenza emergenziale. I concetti di *urgenza* ed *emergenza* sono qui da intendere anche nel loro significato di *urgente* in quanto fenomeno legato a una necessità impellente, una condizione che motiva ad agire, e di *emergente* in quanto fenomeno che si impone al nostro sguardo e alla nostra attenzione.

La salute dei soggetti migranti, visti i grandi numeri di popolazione in movimento, diventa questione prioritaria, richiedendo un ripensamento della presa in carico e della rete dei servizi preposti, nonché una attenzione costante in materia di salute pubblica. All'interno di questo quadro, la salute mentale merita un interesse a sé e diventa occasione di riflessione sia dal punto di vista psicopatologico, presentando quadri sindromici inediti o rivisitati a seguito delle sopracitate trasformazioni, sia dal punto di vista della psichiatria di comunità, che si interroga sulle modalità di intervento e di rimodulazione dei servizi in rete territoriale data la mutata dimensione etnoantropologica della comunità a cui fa riferimento. Una comunità multiculturale, ivi compresa l'utenza italiana, attraversata da importanti trasformazioni socio-politiche e culturali, portatrice di nuovi e diversi bisogni di tutela e cura della salute.

In questa prospettiva, si è presentata la necessità di articolare tra di loro gli attori che a vario titolo si occupano di accoglienza, di salute e di salute mentale della popolazione migrante, promuovendo in modo virtuoso l'interfaccia tra i servizi di salute mentale dell'USL e i centri dell'accoglienza presenti sul territorio. Si è reso, dunque, necessario ripensare i soggetti della rete, la rete stessa dei servizi e la sua funzionalità.

In questa direzione, rivolgersi a una utenza di migranti e di richiedenti protezione internazionale, ha implicato un attento lavoro di rimodulazione delle strategie di intervento dell'Equipe Territoriale. A partire dai dati quali-quantitativi sulla nuova situazione territoriale in merito ai flussi migratori (caratteristiche, bisogni, risorse) è stato possibile cominciare a mettere le basi di un lavoro congiunto con i CSM e le strutture dell'accoglienza attraverso: attività di presentazione del progetto di ricerca presso i servizi sanitari e le strutture di accoglienza; il rilevamento dei bisogni di ciascun CSM e delle Equipe di accoglienza; presentazione dei casi e discussione in modalità di supervisione per valutarne le specifiche modalità di attivazione dell'equipe territoriale; interventi di mediazione etnopsichiatrica; riunione di valutazione dei percorsi di mediazione in itinere; interviste-focus group rivolte agli operatori sanitari e dell'accoglienza a conclusione del progetto per una valutazione congiunta dei percorsi effettuati. È stato quindi possibile il rilevamento dei bisogni e delle risorse disponibili, l'approfondimento delle modalità di funzionamento dei servizi di accoglienza e loro interfaccia con i servizi di salute mentale, l'articolazione e le mancate articolazioni fra i soggetti in campo relativamente al decorso delle prese in carico dei casi in MEC. Questa impostazione di ricerca declinata sui diversi livelli di sguardo sopra citati, è stata costantemente attiva per tutta la durata delle attività del progetto proprio per tenere conto della modalità di attuazione dell'intervento di MEC e calarla nella situazione specifica di questo territorio e dei CSM in quanto snodi centrali della rete. Pertanto, il lavoro si è configurato come intervento clinico in una complessa articolazione istituzionale tra servizio pubblico e privato sociale che opera sul territorio perugino (S. Inglese e G. Cardamone) (12).

Anche l'approccio metodologico etnopsichiatrico sotteso nella MEC, ha richiesto un ampliamento in termini numerici - le mediazioni sono state richieste quasi esclusivamente per l'utenza richiedente titolare di protezione internazionale - e un ripensamento clinico delle diverse strategie di attuazione. Rispetto a una popolazione migrante "classica" o comunque caratteristica della precedente modalità migratoria (fino al 2011 circa, quando si sono aperte le progettualità Emergenza Nord Africa per l'improvviso aumento degli sbarchi e dunque della transizione nell'era migratoria odierna, attraverso la richiesta di protezione internazionale) la prospettiva etnopsichiatrica si è ben dovuta articolare con la sua declinazione geopolitica modificando i focus di intervento e rilevando l'importanza delle mutate condizioni di insorgenza dei disturbi socio-psicologici (per citarne fra i più rilevanti: traumi intenzionali, sindromi post traumatiche da stress, aspetti disfunzionali delle procedure di accoglienza). Questa riflessione, ha implicato anche una riformulazione del ruolo della mediazione etnoclinica e della presenza degli operatori implicati nella presa in carico degli utenti, comportando un utilizzo della MEC sia in interventi diretti di mediazione sia in interventi di supervisione e intervizione con gli operatori.

La valutazione finale delle azioni progettuali e dell'efficacia della MEC come metodologia di intervento è stata redatta sulla base dei dati raccolti e qui di seguito sintetizzata nei seguenti punti di messa a fuoco:

- dati quali-quantitativi sul nuovo fenomeno migratorio nel territorio perugino;
- attività clinica di realizzazione degli interventi di mediazione etnoclinica;
- incontri di formazione/informazione e confronto con operatori dell'USL e dell'accoglienza per la valutazione congiunta dei dati raccolti.

---

## Dati quali-quantitativi sul nuovo fenomeno migratorio nel territorio perugino

Secondo i dati elaborati (dati in possesso del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, USL Umbria 1), dal 2015 sono stati registrati 2.688 prime visite (screening infettivologico e vaccinale) all'arrivo di richiedenti protezione internazionale presso le strutture di accoglienza del territorio di riferimento. Di questa popolazione il 25,7% rimane in carico presso le strutture di accoglienza (CAS e SPRAR). L'apprezzabile turn-over avvenuto in questi anni ci fornisce il primo dato indicativo per un fenomeno in costante movimento e dai tempi di transito piuttosto rapidi rispetto alle intenzioni di stanzialità della precedente popolazione migrante. Il fattore tempo si è rivelato un fattore molto importante di cui tenere conto:

- i tempi di trasformazione del sistema normativo dell'accoglienza sono piuttosto rapidi e costantemente stimolanti nuove procedure e tempistiche di svolgimento. Gli operatori dell'accoglienza devono, dunque, tempestivamente adeguare il loro operato alle norme entranti e modificare prassi appena collaudate;
- al contrario, i tempi di permanenza nella sospensione di statuto giuridico/sociale della persona richiedente protezione internazionale sono piuttosto lunghi. Questi ultimi possono arrivare fino a 3 o 4 anni, periodo in cui il beneficiario non ha la possibilità di stabilizzare la sua condizione lavorativa e abitativa e passa, spesso, le giornate senza potersi impegnare in attività rilevanti per il suo progetto di vita;
- per una buona percentuale di persone sbarcate sulle nostre coste e che transitano sul nostro territorio, l'Italia è solo un passaggio per poter raggiungere altri stati europei. Queste persone sfuggono alle procedure di registrazione per dirigersi altrove o se ne vanno poco dopo avere fatto domanda di protezione internazionale. Una parte invece lascerà il paese dopo avere ottenuto una qualche forma di protezione.

Il fenomeno così tratteggiato assume l'aspetto dell'instabilità, connotato da elementi di transitorietà, continua trasformazione e precarietà dei punti di riferimento stabili e stabilizzanti. Questo aspetto ha una importante ricaduta sulla operatività degli operatori (sia della salute mentale che dell'accoglienza).

I dati statistici forniti dalla Prefettura di Perugia e consultabili sul sito di ANCI Umbria (<http://www.rifugiati-anciumbria.it>) e confrontabili anche con i dati su piano nazionale

([http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/relazione\\_commissione\\_tutela\\_salute\\_migranti\\_e\\_popolazione\\_residente.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/relazione_commissione_tutela_salute_migranti_e_popolazione_residente.pdf)) e <https://immigrazione.it/docs/2017/dati-statistici-23-gennaio-2017.pdf>) confermano lo stesso andamento del fenomeno.

Ulteriori caratteristiche sono la provenienza prevalente dai paesi dell'Africa sub-sahariana, la giovane età della popolazione migrante (età media sotto i 30 anni) e la larga preponderanza degli uomini sulle donne e/o nuclei familiari o monofamiliari. Un fenomeno di recente forte crescita sono i migranti minori stranieri non accompagnati, arrivi che sono raddoppiati numericamente nell'arco del 2016 (per maggiori dettagli si veda <https://immigrazione.it/docs/2017/dati-statistici-23-gennaio-2017.pdf>).

---

## Attività clinica di realizzazione degli interventi di mediazione etnoclinica

L'attività clinica è stata svolta nei tre Centri di Salute Mentale presenti sul territorio del perugino. La modalità di intervento si è modulata diversamente per ciascun CSM. Questa diversità di declinazione è riconducibile sia alla cultura teorico-pratica specifica di ciascun servizio che alla diversa incidenza numerica della popolazione migrante nei rispettivi territori di competenza. Sono da prendere in considerazione sia aspetti puramente quantitativi, i numeri di presenze, che qualitativi della popolazione di riferimento per ciascun territorio di competenza. Alcuni di questi territori, vedono infatti una maggiore concentrazione di popolazione della precedente modalità migratoria ed altri una maggiore presenza di residenzialità della popolazione migrante come richiedente o titolare di protezione internazionale.

Ne è conseguito che i risultati della ricerca relativamente agli interventi di MEC facciano maggiore riferimento ai percorsi attivati da uno dei CSM, essendo stato quest'ultimo maggiormente interessato all'attivazione stessa di tali percorsi.

Questo aspetto può essere fatto risalire a più ragioni: la maggiore incidenza sul suo territorio di progetti di accoglienza e delle relative strutture abitative; alla maggiore conoscenza degli operatori del lavoro a orientamento etnopsichiatrico in setting interdisciplinari e interculturali data la pluriennale esperienza sviluppata (in precedenza ci sono stati progetti di sperimentazione di interventi coadiuvati dalla presenza di un antropologo); il ricorso preferenziale da parte degli operatori dell'accoglienza a rivolgersi a questo specifico CSM anche quando i beneficiari da loro assistiti per gli itinerari sanitari non erano accolti in strutture abitative insistenti sul territorio di riferimento del CSM in questione.

In generale, le richieste di intervento MEC sono state motivate dal bisogno degli operatori della salute mentale di un più appropriato inquadramento diagnostico e orientamento nella scelta del percorso di presa in carico.

Nelle MEC è stato fatto uso della Mediazione Linguistico Culturale (MLC) offerta direttamente dai centri di accoglienza in cui il beneficiario era accolto. I MLC dell'accoglienza sono risultati essere più facilmente reperibili (con tempi più snelli e con maggiore appropriatezza di omologia linguistico-culturale con l'utenza) e capaci di offrire una competenza più specifica, in particolare, riguardo agli aspetti (di vita, normative, problematiche di esistenza) dell'accoglienza di richiedenti o titolari di protezione internazionale.

Nel corso delle MEC sono stati affrontati aspetti problematici che possiamo riassumere per punti nel seguente modo:

- dinamica interculturale nella percezione e lettura delle manifestazioni di disagio dell'utenza;
- ri-contestualizzazione delle matrici di senso del malessere dell'utenza nella specificità antropologica e *antropopoietica* (Remotti) (13) della cultura di appartenenza dell'utenza stessa;
- ri-contestualizzazione delle matrici di senso del malessere dell'utenza (De Martino) (14) a partire da alcuni aspetti disfunzionanti dei progetti di accoglienza (aspetti di clinica geopolitica);
- modalità di comunicazione e articolazione fra gli operatori presenti nei percorsi di MEC, cioè del personale psichiatrico responsabile della presa in carico presso il CSM e gli operatori dell'accoglienza, a cui è stata affidata la presa in carico sanitaria nei progetti CAS e SPRAR.

La trattazione di ciascun caso è stata occasione di rilevazione dei dati sperimentali di intervento, dei dati etnoclinici e dei dati emergenti relativamente alle nuove dinamiche di ricorso ai servizi di salute mentale. L'insieme di questi dati hanno costituito la base per condurre le analisi e riflessioni di fine percorso per valutare l'efficacia di intervento e individuare le linee di indirizzo strategico per approntare buone pratiche di psichiatria territoriale dato il fenomeno migratorio odierno.

Il materiale così raccolto ha permesso di completare l'analisi e la riflessione sulla efficacia di intervento della MEC articolando i punti di vista di tutti i partecipanti ai percorsi MEC e di costituire la matrice per l'organizzazione della restituzione dei risultati nella giornata formativa programmata a conclusione del progetto.

Anche la preparazione dei materiali da presentare per la giornata formativa ha mantenuto l'impianto adottato come approccio di ricerca improntato alla co-costruzione del fenomeno e alla tenuta dei molteplici livelli in gioco.

---

## Condivisione e diffusione dei risultati mediante incontri ad hoc

La restituzione del percorso di ricerca per una valutazione congiunta con gli operatori dei CSM è stata programmata in un incontro formativo-informativo ad hoc. A tale incontro hanno preso parte circa 30 persone tra operatori USL e operatori dell'accoglienza. La giornata informativa-formativa si è esplicitata attraverso la presentazione della metodologia utilizzata, nella prima parte, e di come questa stessa pratica, con l'utilizzo del dispositivo della mediazione etnoclinica, sia stata applicata nello specifico a due casi clinici. Tali casi sono stati scelti tra le situazioni seguite nel corso del periodo luglio 2016 – dicembre 2017, perché considerati emblematici per la loro complessità etnoclinica e implicazione istituzionale. La presentazione dei due

casi fatta dalle ricercatrici congiuntamente alle psichiatre che avevano in carico il caso, agli operatori dell'accoglienza che avevano preso parte alle sedute di mediazione (operatori dell'accoglienza e mediatore linguistico culturale in accompagnamento dell'utenza) è stata anche occasione per restituire la complessità dei punti di vista sulle tematiche cliniche e di interfaccia istituzionale (rete servizi territoriali e servizi di salute mentale) emerse nel corso delle mediazioni ed emblematiche del complesso dei risultati emersi dalla realizzazione del progetto di ricerca. Il dibattito risultante dalla complessa restituzione dei percorsi di progetto è entrato a far parte integrante della valutazione finale delle attività del progetto stesso.

La giornata seminariale di formazione-informazione ha dunque costituito una tappa fondamentale del progetto, essendo considerata quale momento di confronto in valutazione congiunta oltre che occasione per restituire ai CSM il lavoro svolto.

La giornata è stata dunque strutturata in due parti. Una prima parte dedicata all'inquadramento del dispositivo utilizzato e all'esplicitazione degli assunti teorico-operativi di base dell'antropologia e dell'etnopsichiatria adottati, a cui è seguito un dibattito con il pubblico. Il momento del confronto ha permesso una contestualizzazione della metodologia a confronto con le buone prassi utilizzate in psichiatria, ciascuno a partire dai propri riferimenti teorico-metodologici.

Nella seconda parte invece, sono state presentate due situazioni seguite presso uno dei CSM ed espresse a più voci, dalla pluralità dei professionisti che avevano preso parte al percorso di mediazione. Grazie alla lavorazione precedente, che ha visto coinvolti tutti gli operatori interessati dal caso, è stato possibile restituire in sede seminariale le procedure utilizzate ovvero la multidisciplinarietà presente durante le mediazioni etnocliniche. Il pretesto della giornata di resoconto/restituzione ha permesso di fare un affondo nel senso dell'attualizzazione delle modalità utilizzate, rendendo dinamica e viva la presentazione dei casi. Anche in questo caso è seguito un dibattito sulle strategie, le piste cliniche seguite e i ruoli di ciascuno all'interno della mediazione etnoclinica. I momenti di dibattito hanno fornito un arricchimento delle riflessioni che è stato integrato nella valutazione della sperimentazione progettuale nella relazione finale.

---

## Incontri di formazione/informazione e confronto con operatori dell'USL e dell'accoglienza per la valutazione congiunta dei dati raccolti

Negli incontri svolti ad hoc per la valutazione dei percorsi di MEC (interviste e focus group con Operatori della salute mentale e dell'accoglienza) e nell'incontro conclusivo che si è tenuto con la giornata di formazione-informazione, sono emersi i punti di forza e suffragio dell'efficacia degli interventi di MEC. Tali punti vengono riportati sinteticamente come segue.

- La mediazione etnoclinica si costituisce come un setting plurale a cui prendono parte gli operatori sanitari (lo/la psichiatra che ne richiede l'intervento), gli operatori dell'accoglienza (in prevalenza gli operatori deputati all'accompagnamento sanitario), il mediatore linguistico culturale (in genere afferente alle stesse progettualità dell'accoglienza), l'utente-richiedente o titolare di protezione internazionale, i mediatori etnoclinici (lo psicologo e l'antropologo etnoclinici; questi ultimi sono consulenti esterni e non appartenenti alle istituzioni di riferimento degli altri partecipanti al setting).
- Non è solo uno strumento di facilitazione della comunicazione ma è uno strumento che permette la trasformazione della relazione tra operatori e utenti. Agisce, dunque, sulle condizioni di incontro tra operatori esperti che appartengono a organizzazioni professionali complesse e dall'altra parte il paziente/utente/famiglia, che sono confrontati con la malattia, la sofferenza e il disagio psico-sociale. Contemporaneamente permette anche la trasformazione o ridefinizione dell'incontro fra gli operatori stessi, cioè fra gli operatori della salute mentale e quelli dell'accoglienza. Bersaglio dell'intervento non è, dunque, l'utente/paziente ma una situazione definita come incontro problematico tra uno o più operatori e l'utente, solo o con il suo gruppo.
- La dinamica della mediazione è basata sul confronto tra i vari punti di vista. I mediatori etnoclinici permettono l'emersione e il confronto fra i diversi punti di vista sul problema presentato. Così facendo viene permesso all'utente di partecipare alla costruzione della definizione del problema e quindi di poter agire sulla problematica che lo riguarda. Contemporaneamente, permettere all'operatore (sanitario/accoglienza) di riformulare la sua visione della problematica presentata e di partecipare alla messa in opera di un progetto terapeutico adeguato. In definitiva, quindi, considera l'insieme dei punti di vista per co-costruire un progetto che renda conto dei punti di vista in gioco, mettendo in azione ognuno dei protagonisti.
- La mediazione etnoclinica è trasportata nei luoghi classici della presa in carico dell'utente (in questo caso i CSM del Perugino). Si iscrive nella presa in carico dell'utente e dunque non scavalca la responsabilità dell'operatore richiedente l'intervento MEC, che resta presente durante tutta la consultazione e proseguirà la presa in carico con gli elementi operativi e di orientamento maturati e individuati nel percorso MEC (aspetto valido sia per l'operatore di salute mentale che per l'operatore di accoglienza).
- Fattore tempi di intervento: la MEC si è strutturata in un percorso di 3 fino a 6 incontri di mediazione (circa 2 ore ciascuno). La limitazione nel tempo e nel numero degli interventi è evidenziata sin dall'inizio in quanto elemento strutturale del

dispositivo di intervento e dunque condiziona la dinamica della seduta. I mediatori etnoclinici impostano e gestiscono la relazione di intervento rispettando la necessità, dunque, di costruire rapidamente il legame con i partecipanti alla MEC e di poterlo sciogliere o trasferire a chi proseguirà la presa in carico. La pluralità della composizione del setting permette la rapida emersione e messa a fuoco della problematica di blocco e delle risorse/prospettive operative attivabili per il suo superamento. Il fattore tempo, infatti, obbliga a focalizzare l'approfondimento dei punti di vista, a selezionare il tipo di materiale che sarà ulteriormente approfondito, privilegiare tutte le piste che permettono di costruire una ridefinizione della situazione problematica capace di riorientarla verso una operatività possibile e sostenibile per/da tutti i partecipanti. Permette ai responsabili del dispositivo MEC di posizionarsi in quanto attivatori del processo di trasformazione. La formalizzazione della chiusura dell'intervento di mediazione permette ai mediatori etnoclinici di co-costruire e co-mettere in atto un progetto che implichi sia il paziente sia l'equipe; infine, di riconsegnare all'operatore/i la responsabilità per il seguito delle azioni decise in modo plurale.

- Dato l'odierno scenario, l'approccio etnopsichiatrico implicito nell'operatività di mediazione etnoclinica, ha permesso di evidenziare la rilevanza e di far emergere tanto il contesto culturale di ciascun partecipante alla MEC quanto il contesto geopolitico (B. Latour) (15). Quest'ultimo ha infatti permesso la rielaborazione della maggioranza delle MEC effettuate nel prendere in considerazione le varie matrici di senso della problematica incontrata: aspetti psico-patologici (storia personale del passato della persona; aspetti diagnostici; letture di comportamenti), aspetti di stress psico-emotivo dovuti ai motivi della partenza e agli eventi che hanno caratterizzato il viaggio fino allo sbarco in Italia, la permanenza nelle strutture di accoglienza (tempi e procedure).
- MEC come mediazione fra sistemi: costituisce un buon dispositivo di mediazione anche fra i sistemi istituzionali a cui appartengono gli operatori sanitari e gli operatori dell'accoglienza.
- La MEC come interfaccia fra servizi: è una modalità di lavoro che funziona sia nelle situazioni problematiche di presa in carico dell'accoglienza che in quelle di presa in carico sanitarie. La continuità di intervento fra i due servizi di presa in carico, disegna una possibile modalità di modificazione della rete dei servizi e della loro funzionalità.

---

## Conclusioni

Complessivamente, dunque, dato il fenomeno migratorio così com'è stato descritto con le sue caratteristiche di novità e rapida trasformazione e con le problematiche di salute evidenziate, il dispositivo di mediazione etnoclinica si è dimostrato essere uno strumento di intervento utile proprio per la sua funzione plastica, trasformativa e innovativa. Nella sua capacità, cioè, di affrontare le problematiche socio-sanitarie attuali contribuendo alla ridefinizione di più appropriati ed efficaci percorsi di presa in carico mirati, e quindi specifici, alla situazione concreta incontrata.

Abbiamo posto la relazione di cura come negoziazione tra più modelli esplicativi del malessere psico-sociale. A partire da questa posizione abbiamo considerato che alcune situazioni di blocco tra operatore (salute mentale e accoglienza) e utenza erano legate allo scacco della negoziazione tra i modelli teorico-operativi presenti.

Abbiamo allora usato la MEC come strumento che permette di riprendere questa negoziazione e favorire l'articolazione dei diversi punti di vista in gioco e delle risorse che tali punti di vista possono mobilitare per occuparsi della problematica incontrata. Questo permette di lavorare: la ricollocazione relazionale fra terapeuta e paziente; fra operatore dell'accoglienza e beneficiario, sul piano della comprensione dei reciproci modelli esplicativi e operativo-comportamentali; fra operatori della salute mentale e dell'accoglienza, relativamente alle problematiche di interfaccia fra le reciproche modalità operative e procedurali.

È importante sottolineare l'articolazione tra le figure professionali delle due ricercatrici e mediatrici etnocliniche in quanto rappresentanti di posture disciplinari diverse e complementari (G. Devereux) (16) ma con un terreno comune come sfondo, quello etnoclinico ed etnopsichiatrico.

Il complementarismo e l'impianto tecnico della clinica geopolitica (F. Sironi) (17)(18) hanno costituito dei pilastri di riferimento fondamentali nella co-costruzione di uno spazio terapeutico e di MEC, che potesse rispondere ai bisogni portati dall'utenza, dagli operatori della salute mentale e dell'accoglienza.

Le persone, utenti della salute mentale e beneficiari dell'accoglienza, che abbiamo potuto incontrare all'interno di questo progetto di ricerca, sono portatrici di una psicopatologia traumatica, in cui non è possibile prescindere dalla storia collettiva di violenze, di torture, di persecuzioni, di povertà. La storia individuale (sempre riferendoci a F. Sironi) non può essere separata e lavorata come se fosse un compartimento assestante.

Facendo riferimento alla storia collettiva non possiamo e non ci siamo limitate a considerare il vissuto pregresso legato al fenomeno stesso della migrazione, del viaggio migratorio che implica l'attraversamento di prove difficili e dolorose come il passaggio nel deserto, la detenzione in Libia, l'essere venduti come schiavi, per citare alcuni degli aspetti riportati in sede di consulenza. Considerare la storia collettiva significa e ha significato anche fare i conti con le nostre politiche sulla migrazione, con l'organizzazione dell'accoglienza, con la possibilità di convocare il rischio dell'istituzionalizzazione, non solo psichiatrica, laddove non si comprendano i riferimenti e i codici culturali nonch  geopolitici.

La duplice lente, antropologica etn clinica e psicologica etn clinica, in un contesto operativo di salute mentale fondato sulla psichiatria di comunit , oltre che permettere uno sguardo articolato e complesso sul fenomeno osservato e trattato, ha garantito un monitoraggio costante delle istanze legate alla necessit  di uno sguardo riflessivo e critico sulla propria isoculturalit , non sempre percepita come comoda, e delle istanze pericolose di cattura e ingabbiamento degli operatori (salute mentale e accoglienza, ma anche dei mediatori etn clinici stessi) in una pratica burocratica e procedurale imposta dal sistema stesso. Lo spazio di MEC si configura come strumento per aprire possibilit  di pensiero e riflessione critica sui fenomeni che incontriamo e sugli stessi fondamenti del nostro pensare e operare. E' uno spazio dove poter praticare insieme ai saper-fare di cura un consapevole posizionamento sulla portata politica e geopolitica che questi stessi saper-fare esprimono e possono mettere in movimento. In questo senso la MEC pu  essere intesa come strumento di diplomazia, di resistenza alle dinamiche di assimilazione e assoggettamento dell'altro nell'unico.

---

## Riferimenti Bibliografici

1. Nathan, T., Stengers, I., 1996, Medici e stregoni, Bollati Boringhieri, Torino.
2. Nathan, T., 2003, Non siamo soli al mondo, Bollati Boringhieri, Torino.
3. Nathan, T., Lewertowski, C., 2001, Curare. Il virus e il feticcio, CLUEB, Bologna.
4. Nathan, T., 2006, L'influence qui guerit , Odile Jacob, Parigi.
5. Bouznah, S., 2017, Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire, Edizioni Colibr , Milano.
6. AA.VV., 2017, Estasi. Furore. Nostalgia del futuro, (Collana I quaderni della scuola Sagara) Edizioni Colibr , Milano.
7. Coppo, P. 1998, Etnopsicoterapie, I fogli di Oriss, n. 10, pp. 41-61.
8. Coppo, P., Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria, Bollati Boringhieri, Torino.
9. Coppo, P., 2013, Le ragioni degli altri, Raffaello Cortina, Milano.
10. Pisani, L., 2007, Bambini Dogon. Nascere e crescere sull'altopiano di Bandiagara. Armando Editore, Roma.
11. Pisani, L., Coppo, P., 2005, Per riattivare gli altari. Una ricerca-azione tra salute mentale e medicina tradizionale in Mali. I Fogli di Oriss, n. 24, pp. 9-30.
12. Inglese, S., Cardamone, G., 2017, D j  vu, 2. Laboratori di etnopsichiatria critica, Edizioni Colibr , Milano.
13. Remotti, F. (ed.), 2002, Forme di umanit , Bruno Mondadori, Milano.
14. De Martino, E., [1977] 2002, La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali. Einaudi, Torino.
15. Latour, B., 2006, Fatture/fratture: dalla nozione di rete a quella di attaccamento, I Fogli di Oriss, n. 25, pp. 11-31.
16. Devereux G., 2007, Saggi di etnopsichiatria generale, Armando, Roma.
17. Sironi, F., 2001, Persecutori e vittime. Strategie di violenza, Feltrinelli, Milano.
18. Sironi, F., 2010, Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica, Feltrinelli, Milano.