

Usi sociali dell'antropologia tra clinica ed etnografia

Per una comparazione critica del disagio mentale tra i Minori stranieri non accompagnati

Fabio Fichera

Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo
[fabio.fichera@beniculturali.it]

Silvia Pitzalis

Università degli studi di Urbino Carlo Bo
[silvia.pitzalis@uniurb.it]

Introduzione

In Italia un sempre più crescente numero di giovani (e non) laureate/i in antropologia ha trovato impiego all'interno del sistema di accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione. La loro presenza all'interno di questo contesto ha dato vita ad un fervente dibattito sul peso, sull'urgenza e sulla necessità che il sapere antropologico abiti questi contesti, anche in visione critica (Sorgoni 2011; Altin *et al.* 2016; Riccio, Tarabusi 2018; Fabini *et al.* 2019).

Nell'ultimo decennio il tema delle migrazioni e della loro gestione a livello governativo si è sviluppato in un doppio terreno, insieme teorico e pratico, che ha visto diverse autrici e autori dialogare “sul e nel” ambito dell'accoglienza. L'interesse del settore verso la specializzazione antropologica ha cominciato ad assumere una certa rilevanza anche nell'assegnazione dei bandi per la gestione dell'accoglienza, fino a raggiungere la presenza di una posizione professionale specifica di antropologo/a.

Il crescente coinvolgimento dell'antropologia come sapere professionale in questo settore ha fatto emergere la funzione socialmente intesa di una disciplina ignota ai più e spesso soggetta a fraintendimenti. Numerose

riflessioni si sono sviluppate intorno al ruolo che le/gli antropologhe/i devono e possono ricoprire e sulle competenze da possedere e/o creare *ad hoc* sul campo (Colajanni 2014; Palmisano 2014a; 2014b, Severi, Landi 2016). Queste riflessioni hanno dato vita a «relazioni complesse che – nel contesto neo-liberista di smantellamento dell’università pubblica ed esternalizzazione dei servizi sociali e di welfare – si vengono a produrre tra accademia, mercato, società civile e istituzioni statali» (Sbriccoli 2017: 150).

Nel 2016-2018 questo interesse verso l’apporto dell’antropologia cresce maggiormente, soprattutto per il delinarsi di percorsi migratori sempre più rischiosi, violenti e traumatici (Beneduce 2007, 2010). Il micro-contesto all’interno del quale le nostre traiettorie lavorative si sono sviluppate tramite lo strumento dell’etnografia, riguarda l’ambito specifico del monitoraggio e della presa in carico del disagio mentale tra i richiedenti asilo e i titolari di protezione. Il Sistema sanitario nazionale (SSN) negli ultimi anni ha riscontrato un significativo aumento delle prese in carico di queste persone. Nel 2016 il Ministero dell’Interno italiano ha avviato diverse misure all’interno del programma FAMI (Fondo asilo migrazione e integrazione) per potenziare la loro presa in carico, attraverso alcuni progetti di portata territoriale che hanno coinvolto le aziende sanitarie locali.

In questo contributo¹ ci poniamo due obiettivi: da un lato cercheremo di comprendere in che modo i servizi sanitari da noi esplorati hanno risposto ai bisogni dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale affetti da disagio mentale e portatori di sofferenza (Mencacci 2015); dall’altro esporremo il dialogo tra le nostre due esperienze all’interno di queste *activities*, riportando due casi etnografici.

Silvia Pitzalis da maggio 2017 a marzo 2018 ha svolto la mansione di antropologa – *case manager* all’interno di quattro équipe multidisciplinari del Progetto START-ER1 (Salute tutela e accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale-Emilia Romagna). L’obiettivo era l’implementazione dei servizi di presa in carico sanitaria e psico-sociale di questi soggetti “vulnerabili”. Il progetto, finanziato dal Ministero dell’Interno con fondi europei, nasce come idea nel settembre del 2016 e diventa operativo dall’aprile del 2017. La progettazione è stata il risultato della collaborazione tra le aziende sanitarie locali e dodici enti del privato sociale del territorio. Al 31 dicembre 2017 sono state formate tredici équipe multidisciplinari con il coinvolgimento a livello regionale di settantasei figure con diverse professionalità. Alla stessa data sono stati raggiunti e

presi in carico 1817 richiedenti asilo o titolari di protezione raggiungendo il 90,85% degli obiettivi preposti (2000 persone); tra questi 147 erano minori stranieri non accompagnati (da ora in poi MSNA)².

Fabio Fichera da marzo 2016 ha fatto parte, come delegato dell'Università di Messina e di ANPIA (Associazione nazionale professionale italiana di antropologia), del gruppo di pianificazione del progetto "Soluzioni innovative per la vulnerabilità e il reinserimento sociale dei migranti" (d'ora in poi SILVER) in Sicilia. Successivamente ha rivestito, nello stesso progetto, la funzione di antropologo - *case manager* fino ad ottobre 2017. Nel caso Siciliano, il coinvolgimento del sapere antropologico nel progetto ha origine nella precedente intessitura di rapporti territoriali tra l'Università di Messina e l'Azienda sanitaria locale. I docenti del Dipartimento coinvolsero nella fase della progettazione i due cultori della materia, la Dott.ssa Giuliana Sanò e il Dott. Fabio Fichera e, attraverso una lettera di intenti, la SIAM (Società italiana antropologia medica) e l'ANPIA (Associazione nazionale professionale italiana di antropologia).

I due progetti, oltre a condividere i presupposti e gli obiettivi previsti da bando, presentano elementi di peculiarità, quali la differente attuazione delle risorse a disposizione delle aziende sanitarie locali e una diversa storia territoriale dell'attenzione ai temi legati alla presa in carico del disagio sociale. Se in Sicilia il problema è stato affrontato per la prima volta proprio con il progetto SILVER, in Emilia-Romagna una certa sensibilità al tema era presente fin dai primi anni dell'accoglienza (2000-2001) e aveva già avviato un dialogo tra diverse professionalità (mediche, psicologiche, sociali e antropologiche) con interventi meno strutturati e risorse (umane ed economiche) più limitate.

In ambiti complessi come questi emergono significativi problemi di gestione delle vulnerabilità, del disagio e della sofferenza che riguardano l'accesso al territorio, il *background* dei beneficiari e il loro incontro con il contesto di approdo, che come sottolineava Seppilli (2004a), determina grandi differenze socioculturali e importanti conseguenze dell'immigrazione sui modelli culturali del paese-meta.

Per rispondere a queste esigenze i due progetti hanno messo in campo elementi innovativi. In primis, la costruzione di una forte collaborazione tra enti pubblici e privati che hanno potuto dialogare tra loro grazie alla costituzione di *équipe* multidisciplinari – composte da medici, infermieri/e, psichiatri/e, psicologi/ghe, educatori/trici, operatori/operatrici dell'accoglienza, antropologi/ghe. All'interno di queste *équipe* è stata data particolare attenzione alle competenze della disciplina antropologica

e ai suoi contributi pratici e applicativi. Va sottolineato che sebbene la figura contrattuale di antropologo/a sia stata riconosciuta solo nel progetto STAR-ERI, una specializzazione disciplinare è stata valutata come titolo preferenziale per la figura del *case manager* in entrambi i progetti. In secondo luogo si è cercato di attuare un approccio transculturale ai processi di cura (Kleinman 1987, 1995; Risso, Böker 1992; Beneduce, Martelli 2005) con la programmazione di percorsi di formazione frontale per gli operatori dei centri di accoglienza, per i mediatori culturali e per il personale sanitario. È stata, inoltre, portata avanti una collaborazione tra l'istituzione sanitaria e il privato sociale tramite la creazione di una rete territoriale che ha coinvolto i centri di accoglienza e il terzo settore.

L'analisi etnografica, la raccolta di dati quali/quantitativi, il confronto e dialogo tra le nostre esperienze professionali ci ha portato a sviluppare un approccio comparativo trasversale che ha messo in luce diversi aspetti: le pratiche cliniche finalizzate all'individuazione della vulnerabilità e della sofferenza, la presa in carico e la gestione del disagio mentale; le definizioni di protocolli medici e delle procedure operative standard e l'importanza del contributo e del coinvolgimento dell'antropologo in questi percorsi; le relazioni di potere tra i soggetti nei processi di cura, il posizionamento dell'antropologo all'interno delle équipes nonché il rapporto tra antropologo e personale medico-sanitario; il nostro continuo riposizionamento e la definizione della funzione sociale dell'antropologo/a in contesti lavorativi/professionali "altri", che non legittimasse un "multiculturalismo acritico e ingenuo" (Seppilli 2004a: 196) rispetto alla comprensione del disagio mentale tra i richiedenti e i titolari.

Il target della nostra analisi riguarda i MSNA di sesso maschile provenienti dall'Africa Occidentale subsahariana. Secondo i dati del Ministero dell'Interno i MSNA presenti sul territorio italiano nel 2017 sono stati 18.303, tra i quali il 93,2% di sesso maschile. In riferimento all'età, il 60,3% dei MSNA è arrivato a 17 anni, il 23, 4% aveva 16 anni, il 9,6% 15 anni e il 6,7% meno di 15 anni. Al 31 dicembre 2017, la composizione dei MSNA rispetto ai paesi di provenienza dipinge un quadro in cui i gambiani risultano essere maggioritari, rappresentando il 12% dei MSNA con 2.202 presenze. Segue poi l'Egitto con il 9,9% e 1.807 minori, la Guinea con il 9,6% e 1.752 minori, l'Albania al 9,2% e 1.677 presenze, l'Eritrea 8% 1.459 e la Costa d'Avorio con 7,6 e 1.388 minori. Queste sei cittadinanze rappresentano il 56,2% dei MSNA totali³. Nel 2018 sono presenti in Italia 10.787 MSNA, di cui 10.000 di sesso maschile (92,7%) con il -41% rispetto all'anno precedente. Riguardo alle età i dati sono molto simili al 2017. Le provenienze, al 31 dicembre 2018 hanno visto una risalita dell'Albania

al 14,4 % con 1.550 presenze, dell'Egitto all' 8,6% con 930 minori, del Gambia al 8,3% e 892 presenze; seguono la Guinea (7,4% - 802), l'Eritrea (7,1% - 770) e la Costa d'Avorio (7,1 - 769)⁴. Leggendo questi dati si deve, però, tenere conto di due *bias* che tendono a sfalsare i dati: i maggiorenni che, all'approdo, si dichiarano minorenni e viceversa; i primi, in generale, più numerosi dei secondi. Sempre secondo i dati del Ministero dell'Interno le regioni con la più alta percentuale di MSNA nell'anno 2017 sono la Sicilia con il 43,6% di presenze, la Calabria con il 7,9%, la Lombardia (6,6%), il Lazio (5,7%), l'Emilia Romagna (5,6%) e la Puglia (5%)⁵.

Nello specifico caso riportato da Silvia Pitzalis, da un monitoraggio compiuto in tre centri di accoglienza nella città metropolitana di Bologna e uno nella città di Ravenna, nel 2017 risultano accolti in prima accoglienza 448 MSNA, dei quali 21 di sesso femminile (di cui due minori transgender). Tra questi 39 sono stati presi in carico dai servizi di salute mentale, di cui 9 di sesso femminile⁶. Nel territorio di Messina invece le prese in carico socio-sanitarie dei MSNA sono state 25, di cui 5 di sesso femminile.

Le nostre esperienze sul campo hanno rilevato che molteplici emersioni del disagio prendono avvio in maniera consistente nella fase transitoria tra la minore e la maggiore età, periodo di tempo molto più fluido rispetto alle nostre (occidentali ed euro-americane) categorizzazioni burocratiche. Abbiamo anche osservato che l'idea della "maggiore età" è un costrutto sociale culturalmente orientato, il quale assume connotazioni diverse nelle differenti realtà sociali. «Il corpo del bambino *e del minore in generale* affascina e inquieta. Scrutato da "dotti, medici e sapienti", messo in scena da artisti, parlato dagli psicoanalisti, regolato dai giuristi, educato, vestito, socializzato, *esso diviene terreno di contese e definizioni, soprattutto quando in gioco vi è la salute mentale del minore*» (Diasio, Tersigni 2014: 47, corsivo dell'autrice).

La costruzione della categoria "MSNA" è nata in Italia dall'urgenza, in riferimento ai numerosi sbarchi tra 2014 e 2017, di costruire specifiche procedure di tutela legale nei riguardi di migranti al di sotto dei 18 anni. La legge italiana individua una categoria specifica di soggetti che sono 1) minori, 2) non hanno cittadinanza italiana, 3) si trovano sul territorio senza la presenza di un adulto che ne abbia la tutela. L'art. 2 del Decreto Legislativo (d'ora in poi D.L.) n. 142/2015 definisce il minore come «lo straniero di età inferiore agli anni diciotto, che si trova [...] nel territorio nazionale, privo di assistenza e rappresentanza legale»⁷. Inoltre l'art. 2 del DL n. 47/2017 precisa: «il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova [...] nel territorio dello Stato [...] privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti

per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano»⁸.

La minore età viene stabilita al momento dell'ingresso sul territorio nazionale sulla base delle dichiarazioni rilasciate dal soggetto (solo in rari casi si ricorre all'esame auxologico). Successivamente le procedure prevedono l'attivazione della presa in carico da parte dell'istituzione locale con l'assegnazione di un assistente sociale e l'inserimento del MSNA all'interno di centri appositamente dedicati su specifica indicazione del D.Lgs. n. 47 del 7 aprile 2017 (legge Zampa). Al minore viene poi assegnato un tutore legale. Sebbene in teoria le procedure siano molto chiare, nella pratica invece:

[...] local government bodies are rarely able to take immediate charge of minors and, as far as their inclusion in protected facilities is concerned, minors are more often taken to emergency centres for adult men or to facilities that do not meet the minimum standards and prerequisites required by law. Except for some rare cases, there are evident irregularities and failures within the reception system for unaccompanied foreign minors. These are mainly due to the inadequate nature of the facilities provided by local Municipalities, and to the lack of experience and preparation of the institutions involved and of the personnel working at the centres (Sanò 2017: 122).

Questo iato procedurale tra teoria e prassi e le incongruenze emergenti dal sistema di accoglienza per MSNA hanno una certa influenza sul percorso di accoglienza del minore e spesso l'incertezza interna al sistema, le forme di controllo e di abbandono istituzionale (Pinelli 2018) alle quali sono soggetti, le loro storie personali, i rapporti di potere tra questi e le figure preposte alla loro presa in carico (Mencacci 2015; Sanò, Spada 2018) possono accentuare situazioni di vulnerabilità, disagio e sofferenza (Harrell-Bond 1986; Taliani 2011). Inoltre un elemento da tenere in forte considerazione quando si lavora e si fa etnografia in questi contesti è il riferimento al concetto di minore età. Abbiamo riscontrato, infatti, una divergenza tra come si percepiscono i MSNA in riferimento all'età adulta e come vengono definiti dal SSN. Il passaggio all'età adulta viene gestito dal nostro sistema normativo ed è caratterizzato da tempistiche determinate burocraticamente in maniera assai rigida (seppur possibile, raramente si fa ricorso all'istituto del "prosieguo amministrativo"). Le problematiche riguardo all'età anagrafica sembrano emergere maggiormente nel momento dell'inserimento in struttura del MSNA e della co-progettazione dell'intervento educativo. Il termine "minore" diventa una "convenzione anagrafica" che distingue questi soggetti da altri aventi una maggiore età che però varia nei diversi contesti di origine e approdo (Iato 2018). Il

minore allora emerge come colui che, da adolescente, attraversa una terra di confine (Cassoni 2011) geografica, anagrafica, spaziale e simbolica.

Un altro dato da tenere in considerazione riguarda la presenza di diversi spazi di presa in carico e di cura, i quali si configurano come elementi di un più ampio sistema di altri “campi istituzionali” di intervento sul e del minore: il centro di accoglienza e le diverse figure professionali coinvolte (referente della struttura, educatori/educatrici, operatore/operatrice sociali e legale); gli spazi burocratico-legali all'interno dei quali il minore viene assegnato ad un assistente sociale e a un tutore legale che prendono le decisioni formali sulla vita del minore; gli spazi educativi dove il minore si relaziona con insegnanti, formatori/formatrici; gli spazi di cura in cui il minore incontra diverse figure, la cui operatività e collocazione all'interno dell'arena sociale non è sempre di facile comprensione. Tutti questi spazi all'interno dei quali il MsNA si muove e prende forma, rappresentano campi di potere caratterizzati da specifiche pratiche e protocolli, organizzazioni istituzionali e margini di intervento. In una visione di insieme dobbiamo ammettere che gli ambulatori e l'approccio bio-medico allo studio della malattia mentale presentano una divisione netta tra le équipes minori e quelle degli adulti con figure di presa in carico diverse nelle varie fasi, interruzioni di percorsi intrapresi e relazioni di fiducia faticosamente costruite, tutti cambiamenti che possono destabilizzare la persona nel processo di cura.

L'antropologo/a che opera in questi contesti non può discernere il suo operato dall'analisi dei contesti del “qui” e dell'“altrove” all'interno dei quali il minore è inserito; non può esimersi dal considerare le relazioni e i rapporti di potere tra le diverse professionalità in campo, tra queste ultime, il minore e le istituzioni coinvolte nella presa in carico e nell'amministrazione dei casi. Non può, infine, sottrarsi dall'operare una riflessione che sia, da un lato «una strategia di critica (politica) dei saperi e delle pratiche messe in campo nei percorsi di cura, uno strumento in grado di svelarne l'ideologia sottesa» (Beneduce 2003: 20, corsivo dell'autrice); dall'altro una comprensione in grado di far riemergere la soggettività storica delle persone, che possa restituire la dimensione politica dei loro atti; che si imponga, infine, di re-inscrivere il soggetto nella (Taliani 2011; Pinelli 2017).

Secondo la nostra esperienza nello specifico caso della presa in carico del disagio mentale tra i MsNA, alla fluidità del processo di co-costruzione dell'esperienza di ri-significazione dei “casi-in-crisi”, si affianca e contrappone una invalidante rigidità strutturale del sistema all'interno del

quale queste soggettività sono costrette. Alcune delle contraddizioni riguardano, ad esempio, il fatto che il sistema di accoglienza spesso utilizza come strategia di controllo un'estrema infantilizzazione dei beneficiari; ancora, il tutore legale/volontario influenza anche le scelte sui processi di cura, non sempre mosso dall'ascolto dell'esperienza del minore, quanto piuttosto da tecnicismi legali.

In questo contributo esporremo la presa in carico di due MSNA, mettendo in luce il difficile ruolo dell'antropologa/o all'interno di questo contesto. Le due esperienze mostreranno gli effetti particolari del concatenarsi di meccanismi storici produttori di violenza, marginalità, e sofferenza. Siamo convinti che per essere comprese, queste due esperienze – come altre simili – necessitino di un registro etnografico (Beneduce 2008), l'unico in grado di mettere insieme i pezzi e di ritessere le trame narrative ed esperienziali della violenza (Malkki 1995, 2002; Dei 2005; Beneduce 2008; Taliani 2011,) alla quale queste persone sono/sono state sottoposte.

Lontano da ambiguità culturaliste (Appadurai 1996; Fabian 1978; Hannerz 1992; Fassin 1999), affermiamo che in diversi casi di “crisi della presenza” (De Martino 1948) la riconfigurazione soggettiva della spiegazione del disagio passi inevitabilmente dalla conoscenza e dalla comprensione reciproca tra i diversi soggetti implicati nel processo di cura. Esattamente in questo sforzo di messa in comunicazione e reciprocità tra i soggetti in campo individuiamo l'importante uso sociale dell'antropologia, del quale Seppilli è stato maestro. Riteniamo che il contributo del sapere antropologico attraverso una pratica lavorativo-etnografica sia di fondamentale importanza per fare emergere all'interno del lavoro e dei saperi dell'équipe multidisciplinare una terminologia e una trama semantica condivisa e condivisibile (Good 1999) delle vulnerabilità psico-sociali e del disagio mentale in termini transculturali (Beneduce 2007; Baubet, Moro 2010), sottolineando la processualità storica, la forte componente sociale e relazionale del campo della cura e l'interconnessione dell'esperienza di sofferenza con le altre componenti soggettive, rituali e interrelazionali (Pizza 2005; Biehl *et al.* 2007; Quaranta *et al.* 2018).

Dal culturalismo all' "approccio sistemico": la presenza dell'antropologa nella presa in carico di un MSNA

La mia esperienza all'interno del progetto STAR-ERI è iniziata a maggio del 2017. Sono stata assunta da una cooperativa sociale⁹ partner del progetto, grazie al mio percorso accademico (di studi antropologici) e

lavorativo (diversi anni di lavoro nel sistema di accoglienza). Il mio ruolo prevedeva due mansioni: da *case manager*-antropologa ho seguito le tre équipes territoriali che si sono occupate del disagio mentale tra gli adulti richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, beneficiari e non dell'accoglienza; con il ruolo di antropologa ho supportato l'ETI (Ente territoriale integrato) - composta da due psicologi e due neuropsichiatri della Neuropsichiatria infantile e adolescenziale, e gli assistenti sociali di competenza.

L'ETI gestisce la presa in carico dei MSNA sul territorio e si riunisce con cadenza bimensile, valutando i casi di disagio mentale dei beneficiari segnalati dall'accoglienza tramite la compilazione di una scheda valutativa. Ogni caso veniva prima valutato dall'équipe e successivamente affidato ad uno dei professionisti in base alle competenze e alle specificità richieste. L'antropologa, in questa arena sociale, assume rilevanza secondo il parere degli altri professionisti, solo nel momento in cui fossero presenti elementi culturali nelle manifestazioni del disagio: la presenza di spiriti, di malefici, e di rituali emergenti come particolari idiomi culturali attraverso i quali la sofferenza viene espressa. Un primo dato da rilevare è che la relazione all'interno di questo spazio professionale non sia stata orizzontale e che la mia figura di antropologa abbia assunto senso operativo e legittimità di cura solo previa valutazione da parte degli altri esperti. Il sapere antropologico, seppur fortemente richiesto dall'ETI, risultava essere un'appendice, in rapporto di sudditanza e dipendenza rispetto alle valutazioni di legittimità delle altre discipline.

Tra il 2017 e il 2018 ho affiancato principalmente i due psicologi nella presa in carico dei nuovi casi e conosciuto in tutto 8 minori (2 ragazze e 6 ragazzi), tutti, a parere delle altre figure professionali, manifestanti elementi "culturali" nell'espressione del disagio e della sofferenza. Una sofferenza manifesta che risulta determinata da due aspetti:

[...] la sofferenza del soggetto e le capacità d'interpretare e rispondere a quella sofferenza da parte del servizio (Basaglia, Giannichedda 1979: 462). In ogni situazione critica che rischia di esplodere, la sfida è mobilitare le risorse a partire dalle contraddizioni sociali che la sofferenza individuale apre nel contesto (Basaglia 2000: 13). In questo senso, la crisi non è mai soltanto una crisi individuale e può essere socialmente definita come il punto limite della prassi efficace del servizio (Minelli 2006: 161-162).

In questo contributo racconterò la storia dell'incontro di cura tra Musa (MSNA gambiano), Erica, la psicologa responsabile della presa in carico, e me, l'antropologa. Il caso riportato è, a mio avviso, emblematico dell'im-

portanza non solo della figura dell'antropologa ma anche della necessità di un rapporto di collaborazione e negoziazione tra quest'ultima e altre figure professionali. In questo caso, come negli altri, ho tentato, durante il percorso di cura, di insistere sulla necessità di andare oltre il culturalismo per evitare il rischio di semplificare l'orizzonte simbolico e sociale del paziente, tenendo conto della produzione coloniale dell'alterità ridotta nell'immaginario dell'indigenato (Pandolfo 2008; Taliani 2015) che mi sembrava apparire nello spazio di cura.

Immaginate Musa come un ragazzo dalla statura media e con una corporatura robusta. Ha un viso giovane sul quale sono ancora poco evidenti i segni della maturità, occhi grandi e un sorriso gentile, mai eccessivo. La prima volta che ho incontrato Musa, era accartocciato su sé stesso, chiuso tra la stretta delle sue braccia ancora poco vigorose. Stavamo aspettando entrambi che la psicologa finisse il colloquio precedente. Mi sedetti vicino a lui, con delicatezza. Con occhi profondi mi guardò timido e, non sapendo chi fossi e perché fossi seduta affianco a lui, mi rivolse un sommesso «Ciao», abbassando subito lo sguardo sulle mani incrociate. Risposi prontamente: «Ciao, io mi chiamo Silvia, tu?». Lui rispose: «Mi chiamo Musa», abbozzando un sorriso imbarazzato, lo stesso che incontrai spesso durante i colloqui e che sono convinta essere il suo modo di rispondere a situazioni di imbarazzo.

Musa proviene dalla zona vicino alla città di Serekunda, sulla costa orientale del Gambia. Ha lasciato il suo paese nel 2015, quando aveva 15 anni, ed è arrivato in Sicilia a fine maggio 2016. Da qui è stato subito trasferito all'HUB Mattei di Bologna, dove ha alloggiato per circa 2 mesi, poi trasferito in una comunità di pronta accoglienza per MsNA nella stessa città. Successivamente è stato trasferito presso un appartamento di semi-autonomia per MsNA.

Musa è stato segnalato all'ETI a settembre del 2016 per difficoltà nella regolarizzazione del ritmo sonno-veglia, difficoltà di adattamento e comportamenti bizzarri a causa della presenza di uno spirito. La sua diagnosi da parte della psicologa è di: Ritardo cognitivo medio (ICD-10 F:71); Disturbo Post - traumatico da Stress (ICD-10 F43.1).

Una volta entrata a far parte dell'équipe ETI a maggio del 2017, la psicologa mi ha chiesto di affiancarla nei colloqui con Musa per via della presenza di uno spirito che disturbava le sue notti con incubi terrificanti. È stata, dunque, la presenza di elementi riferibili alla sfera culturale nell'espressione della sofferenza che ha legittimato la mia presenza durante i colloqui.

La psicologa aveva ammesso una difficoltà di comunicazione con Musa, attribuita, da un lato, alla poca volontà di Musa al dialogo, dimostrandosi reticente e molto chiuso; dall'altro, a problematiche legate alla tipologia dei disturbi dai quali era affetto.

Erica è una psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale dell'età infantile e dell'apprendimento. È specializzata in diagnosi e trattamento di diversi disturbi (deficit di attenzione, e apprendimento, iperattività, ansia, disturbi dell'umore, disturbo dissociativo e post-traumatico). Erica ha puntato molto sulla sua formazione sia accademica che pratica, passando da educatrice in comunità di minori al conseguimento di master iperspecialistici.

Dovete immaginarvi Erica come una donna alta e slanciata, con capelli corti e occhi grandi. Malgrado la sua possente figura, nella relazione con i MSNA che ho potuto osservare non ho notato particolari timori nei suoi confronti. Erica infatti è sempre molto coinvolgente, rivolgendosi personalmente al paziente guardandolo negli occhi, mai nascondendosi dietro la figura del mediatore. Mentre nel quotidiano e anche nel rivolgersi a me, Erica possiede una parlata accelerata e presenta un forte accento legato alla zona da cui proviene, durante i colloqui è attenta a rendersi il più comprensibile possibile al/alla minore, sforzandosi di parlare lentamente e non mostrando insofferenza nel ripetere più volte quanto detto. Nei miei confronti Erica ha subito mostrato curiosità e una forte ammirazione per un sapere che lei percepiva come esotico, se non esoterico.

Ho preso parte all'incontro terapeutico con Musa dal dicembre 2017 e l'ho incontrato in tutto 10 volte, durante colloqui di circa un'ora, ai quali inizialmente era presente anche un interprete di lingua inglese (di sesso femminile e italiana) che dopo le prime volte non è stato più necessario chiamare data la decisione di Musa di usare l'italiano come lingua di dialogo all'interno dello spazio di cura. In un primo momento gli incontri erano a cadenza settimanale, poi due volte al mese, fino al compimento dei 18 anni di Musa (luglio 2018)¹⁰.

Le narrazioni di Musa sul suo passato hanno fatto emergere un'infanzia caratterizzata dal susseguirsi di perdite e abbandoni, dalla mancanza di una rete familiare adeguata di supporto in tutte le fasi della sua vita. Alla morte prematura dei genitori è susseguita la presa in carico da parte di alcuni famigliari (Musa parla di zii ma non è chiaro quale sia il reale grado parentale tra loro) i quali, secondo quanto raccontato, hanno sempre mostrato un atteggiamento aggressivo nei suoi confronti, sottraendogli la possibilità di accedere al patrimonio dei genitori. Musa ha, inoltre, riferito

durante i colloqui di essere stato obbligato dai genitori adottivi ai lavori domestici e sottoposto a numerosi maltrattamenti fisici e psicologici, fino al tentativo da parte del fratellastro più grande Assan di ucciderlo. Queste le principali motivazioni della sua partenza. Quando racconta questi episodi Musa è spaventato, tremante: mentre parla guarda in basso e fissa i suoi piedi. Catapultato nuovamente dentro a quelle vicende, la sua narrazione si fa affannata. Percepivo una forte paura durante i colloqui.

Il motivo principale della segnalazione era una forte turbolenza notturna: Musa lamentava di essere tormentato durante il sonno da uno spirito. All'interno dell'arena di significati che la psicologa pensava di condividere con me, avrei dovuto, in quanto antropologa, spiegare culturalmente e dare un senso comprensibile a quelle manifestazioni culturali espresse tramite l'idioma della possessione, per lei inafferrabili e inaccessibili. Avrei dovuto aiutarla a capire come la cultura di appartenenza di Musa stesse influenzando i suoi stati psichici. Quello che mi veniva chiesto da Erica era una competenza culturale generale, generalizzata e generalizzante. Avevo le spalle al muro: avrei dovuto rispondere a quella richiesta di antropologia *pret à porter* (Taliani 2011) o ribellarmi a una visione della figura dell'antropologa che non solo non condividevo, ma che non sarei stata in grado di mettere in pratica?

Durante il primo colloquio sono stata presentata da Erica a Musa come un'esperta della sua cultura. A quale tipo di cultura si riferiva? Quella più generale di "cultura africana"? Quella gambiana? O quella *soninkè*, gruppo al quale Musa aveva detto di appartenere? Ero consapevole che la psicologa stesse costruendo un'immagine della mia professione come un "bignami delle culture", portatrice di un sapere che cristallizza le credenze, i saperi e le pratiche espresse in infinite variabili all'interno di categorie stagne e sterili. Decisi di posizionarmi strategicamente sul confine tra i due mondi per rendermi più comprensibile sia alla psicologa (che aveva evidentemente frainteso il mio ruolo professionale) che a Musa. Proposi ai due soggetti un'altra immagine di me, più consona all'idea che io avevo di quale sarebbe potuto essere il mio contributo. Mi presentai come un ponte, che avrebbe tentato di mettere in comunicazione e dialogo due mondi di significati e valori diversi e due apparati conoscitivi differenti: quello di Erica e quello di Musa. Da parte mia ero consapevole che all'interno della relazione il mio essere ponte non era un posizionamento neutro ma sempre mobile e di quale fosse la mia influenza nella relazione di cura (Bibeau 1996). Partii da due certezze: da un lato il forte e multiforme impatto degli assetti sociali e di potere

sulle condizioni di salute di Musa; dall'altro l'impatto squilibrante che la mia presenza e il mio contributo avrebbero prodotto, ossia: le implicazioni sociali delle scelte metodologiche, l'impatto dell'etnografia, i suoi risultati e il suo utilizzo operativo all'interno dell'arena sociale di presa in carico del disagio mentale (Seppilli 2004b). Tentai di operare uno spostamento da una prospettiva culturalista a una prospettiva politica nello studio etnografico del disagio mentale dei MsNA; cercai di porre l'attenzione sulla capacità di agire di Musa; tentai uno studio etnografico della specifica esperienza istituzionale italiana nella dimensione quotidiana (Pizza 2012) dei MsNA.

Decisi di mettere in atto una prospettiva di antropologia (medica) critica avendo bene in mente l'uso del concetto di cultura negli spazi pubblici della cura, dell'assistenza, della tutela del benessere delle persone (Beneduce, Roudinesco 2005; Quaranta 2006; Quaranta, Ricca 2012). Riposi estrema attenzione alle politiche dell'etnopsichiatria (Bibeau 1996; Fassin 1999; Taliani 2015; Taliani, Vacchiano 2006), tentai di non cadere nella trappola della "produzione dell'altro come altro" nella quale avrei rischiato di cadere se non avessi deciso di assumere questo posizionamento critico. Rifiutai «di ridurre la differenza ad identità» (Bibeau 1996: 26) e un approccio culturalista che avrebbe lasciato opaco, incompreso e insoluto Musa come soggetto, riducendolo a mera espressione di un'appartenenza culturale che avrebbe lasciati sottesi altri significati (Beneduce 2003).

La prospettiva qui adottata non si prefigge l'abbandono totale della dimensione culturale. Malgrado la consapevolezza dell'uso spesso problematico di alcune nozioni (cultura, etnia, etc.), si vuole qui affermare che la comprensione e la presa in carico dei MsNA potrebbe giovare di «un'idea dinamica e processuale del concetto di cultura che, de-essenzializzato, tende a orientare il focus dell'analisi sui processi di costruzione e oggettivazione culturale che coinvolgono diverse sfere della vita pubblica e privata, della politica, del diritto, dell'economia» (Pizza 2012: 14).

Durante i miei primi colloqui con Musa, Erica volle scardinare la presenza dello spirito¹¹, per quanto Musa si dimostrasse restio ad approfondire questo tema. Musa sosteneva infatti che parlare dello spirito in questo periodo in cui era molto presente nei suoi sogni avrebbe voluto dire potenziarne la violenza e renderlo ancora più terrificante. Notai una certa incomprendimento reciproca sia nella comunicazione verbale che nella dichiarazione degli intenti. Cercai di negoziare tra le esigenze terapeutiche della psicologia e la volontà di Musa di non parlarne né affrontare questioni che lui avrebbe voluto mantenere, per il momento, nella sfera

del non-detto. Paura e rabbia mi erano parsi essere i sentimenti di cui lo spirito si nutriva. Mi sembrava emergesse fortemente, nei racconti di Musa, lo stretto legame tra lo spirito nelle sue molteplici manifestazioni e le sue paure, dovute a momenti e situazioni in cui si sentiva marginalizzato, a disagio e incompreso. Avevo ipotizzato che la presenza dello spirito rappresentasse non tanto la causa del disturbo, e quindi il sintomo, quanto invece il linguaggio attraverso il quale il minore esprimeva e comunicava un disagio più profondo (Bibeau 1996), in riferimento alla marginalizzazione e discriminazione subita all'interno del contesto sociale e di accoglienza *qui*, in stretta correlazione con i soprusi e le esperienze di sofferenza vissuti *là*. Era necessario considerare che:

Come ricorda Sayad: «Prima di diventare un immigrato, il migrante è sempre innanzitutto un emigrante» (Sayad A. 2002 [1999]). A partire da questa prospettiva, per una descrizione “globale” della complessità dell’esperienza migrante, risulta fondamentale tenere in considerazione la sua assenza e presenza, tanto nel contesto sociale e relazionale di arrivo, quanto in quello di partenza (Marchetti 2016: 127).

Quella di Musa era l’esperienza corporea, relazionale e sociale di una doppia presenza incerta e fragile: quella di minore e quella di “vulnerabile”. Questa esperienza individuale andava considerata in riferimento ad un più ampio scenario sociale, culturale e politico (Bellagamba 2011, 2013), tenendo in considerazione il contesto di origine, l’esperienza di viaggio e le relazioni di potere nel contesto di approdo, coinvolgendo ogni singolo aspetto della loro esistenza (Pinelli 2017; Sanò 2017).

Convinsi la psicologa che fosse necessario un approccio sistemico (Seppilli 2006-2008) alla storia di vita di Musa, che considerasse la storia nel suo paese di origine e quella nel paese di approdo, in un continuum analitico che tenesse insieme esperienze, relazioni, rapporti di potere e azioni. Avevo notato dai suoi racconti che lo spirito era presente in situazioni di marginalizzazione e discriminazione da lui vissute: successivamente ad un alterco con un operatore che lo aveva ripreso pesantemente perché in ritardo; dopo un pesante litigio in casa; in seguito ad uno scherzo compiuto a suo danno da un altro ospite della struttura durante il quale Musa si era molto spaventato. Vi era quindi un sotteso, un non detto da percorrere con cautela, che rivelava la dimensione sociale e soggettiva dell’agire di Musa. Era necessario per affrontarlo, partire da qualcosa che Musa avrebbe potuto scegliere se condividere con noi. Pensai che il contributo che avrei potuto dare sarebbe stato trovare un appiglio conoscitivo della cultura di Musa che attirasse l’attenzione della psicologa e aprisse un varco verso la narrazione e la condivisione.

Sul finire di un incontro terapeutico chiesi a Musa, fingendomi semplicemente curiosa, se conoscesse il *Kangouran*, un rituale di passaggio dall'età infantile all'età adulta legato alla pratica della circoncisione dei giovani maschi tra gli 8 e gli 11 anni, presente in molti paesi dell'Africa Occidentale e gruppi etnici di area linguistica mandinga. A questa mia affermazione Musa si dimostrò piacevolmente sorpreso. Gli chiesi se avesse voglia di raccontarci la sua esperienza iniziatica. Guardandomi preoccupato e riferendosi alla psicologa mi chiede: «Ma lei capisce?». Era emerso il nodo centrale del problema tra Enrica e Musa. Il minore non era sicuro di essere compreso, nella duplice valenza del termine: di essere capito e incluso nella relazione terapeutica come soggetto e non come oggetto malato da guarire, «portatore di infermità» (Seppilli 1996: 8). La relazione di fiducia non era libera da preoccupazioni, insicurezze e paure. Era necessario creare un linguaggio comunicativo condiviso (Palumbo 2009) tra i soggetti all'interno dell'arena di cura. La psicologa comprese il problema e si mostrò prontamente curiosa e disposta ad ascoltare. La domanda rispetto al rituale e l'interesse dimostrato dalla psicologa sono stati percepiti positivamente da Musa e gli hanno permesso di aprirsi alla narrazione. Avevamo creato uno spazio all'interno del quale potesse prendere forma un «approccio unitario (olistico) emozionalmente significativo, attento alle condizioni e all'intero contesto di vita del paziente [...] alle sue vicende esistenziali, al contesto sociale» (Seppilli 1996: 8, 9). Tentai di guidare il percorso di cura verso la ritessitura delle trame narrative dell'esperienza di sofferenza di Musa. Esplorandole era possibile porre in luce la sua soggettività «investendo non soltanto la malattia ma il suo vissuto [...] le dinamiche emozionali e simboliche che in tal vissuto si sostanziano, il loro quadro culturale di riferimento e la sua stessa eventuale diversità rispetto a quella del terapeuta» (Seppilli 1996: 9). Questo percorso dialogico e riflessivo ha posto al centro il minore, non tanto come paziente immigrato affetto da disturbi psichici, ma come portatore di saperi, di pratiche, e quindi, di soluzioni per lui efficaci nel porre rimedio alla sua sofferenza, con un percorso di scoperta reciproca ma anche di auto-scoperta. Negoziando un terreno di indagine che guardasse alle pratiche e ai discorsi di Musa è stato possibile definire meglio l'insieme di azioni, rapporti e saperi che scandivano il registro del suo quotidiano, cercando di non ridurne il significato alla sola analisi della possessione manifesta (Boddy 1989). Questa metodologia ha fatto emergere come in realtà la possessione fosse un linguaggio – non verbale e mimetico – attraverso il quale Musa esprimeva le sue forti paure, avviando una profonda ristrutturazione cognitiva (Beneduce, Taliani 2001; Minelli 2014) della realtà,

per lui efficace. Paure che Musa non era stato in grado di sopportare e di affrontare in quanto si sentiva e percepiva come incompreso dai referenti di struttura, dai suoi coetanei e, non ultimo, dalla psicologa.

Con domande *ad hoc*, seguendo un andamento discorsivo, abbiamo messo in pratica un approccio sistemico alla sofferenza di Musa, alla sua personalità e ai modi di esprimere quella sofferenza, ragionando sulle modalità di cura offerte dai suoi modelli conoscitivi di appartenenza, indagando la nomenclatura del suo disagio nella sua lingua, capendo se Musa conoscesse altre persone col suo stesso problema e quali fossero i rimedi elaborati dal suo contesto di appartenenza. Inoltre sono stati affrontati i segnali dell'arrivo del *Jinnhanguouré*, permettendo a Musa di elaborare strategie preventive per evitarlo (distrarsi con cellulare, impegnarsi nello studio, uscire con gli amici e i conoscenti, ascoltare della musica). L'impostazione di un processo di ri-significazione del vissuto esperienziale di Musa, fatto riemergere tramite la condivisione di codici e linguaggi, gli ha permesso di arrivare ad una piena consapevolezza del perché del suo disagio e di escogitare modalità risolutive e preventive dello stesso per lui efficaci.

In questo modo è stato possibile comprendere come lo spirito fosse intrecciato alle sue esperienze di vita più significative e terrificanti: la perdita dei genitori, il rapporto con la sua famiglia adottiva, il viaggio, la Libia, le relazioni di potere alle quali era soggetto all'interno del centro. Alla fine del percorso terapeutico Musa aveva riacquisito fiducia sia verso la psicologa che verso se stesso e le sue potenzialità. Intraprese un periodo di formazione professionale, finì il percorso di studi con fatica ma grande soddisfazione e ammise che stava meglio: lo spirito era sparito.

Sentire le voci: tra un'antropologia critico-interpretativa e un'etnografia delle Istituzioni

Da luglio del 2017 sono stato coinvolto all'interno del progetto SILVER, per gli ambulatori delle province di Messina e di Catania con la mansione di *case manager*. Tale incarico ha previsto il mio coinvolgimento professionale dall'emersione dei casi di disagio (che poteva avvenire su segnalazione del centro di accoglienza o attraverso dei monitoraggi in équipe presso gli stessi centri) alla terapia (costituita da colloqui individuali o di gruppo) fino al reinserimento socio-lavorativo dei destinatari del progetto. Le attività sono state svolte sempre in équipe che, oltre l'antropologo - *case manager*, prevedevano psichiatri/tre o psicologi/ghe, il/la mediatore/trice culturale e un/una assistente sociale.

Il *case studies* che affronto in questo contributo è quello di un MSNA gambiano preso in carico dal SSN prima dell'inizio del progetto SILVER (nel luglio del 2016). Questo caso è significativo per due motivi: per la prima volta un antropologo è stato coinvolto nel processo terapeutico nel territorio di riferimento (Messina); ciò ha permesso di sviluppare una metodologia di intervento e una rete con i diversi soggetti presenti nel settore della cura. Il caso sarà presentato attraverso la relazione tecnica redatta per la tutrice del minore e commissionata dall'ARCI di Messina che, nel territorio, svolge un'importante azione di tutela giuridica dei migranti. Attraverso l'utilizzo inter-istituzionale di questa relazione è possibile scorgere le diverse poetiche e strategie degli attori coinvolti per ottenere e adempiere a particolari azioni e scelte nel contesto istituzionalizzato dell'accoglienza e della cura.

L'intervento con Bubakar ha avuto inizio il 6 luglio 2016, successivamente alla fuoriuscita del minore dal reparto di psichiatria dell'ospedale cittadino e al suo trasferimento in una residenza speciale. L'inserimento della figura dell'antropologo all'interno dell'equipe si è resa necessaria per un'indagine più approfondita dei disturbi manifestati dal ragazzo, e riconducibili all'ambito (teorico e pratico) dell'etnopsichiatria transculturale (Moro 2009; Faranda, Pandolfi 2014; Coppo 2013). In particolare, dai bisogni emersi e individuati dalla tutrice, si sono configurati i tre principali obiettivi da realizzare entro il compimento della maggiore età del ragazzo, ossia: la preparazione all'audizione davanti alla Commissione Territoriale; la rielaborazione della diagnosi e del percorso terapeutico; l'organizzazione e la ridefinizione di un nuovo percorso di accoglienza per il minore.

Al fine di raggiungere gli obiettivi individuati dalla tutrice, si è scelta una metodologia che mettesse in comune i saperi antropologici, le esperienze e le conoscenze del *therapy management group*. Come già discusso in altre sedi (Fichera 2015), diversi studi nell'ambito dell'antropologia medica in Africa centrale si sono concentrati sui processi di cura in relazione al contesto culturale e all'offerta sanitaria. John M. Janzen (1978), nel contesto delle terapie in Zaire, ha posto l'attenzione sul concetto di *therapy management*, ovvero il processo di cura e di benessere individuale: la ricerca e la selezione di una o più risorse terapeutiche a seguito di una malattia, la diagnosi, il trattamento, l'influenza del suo gruppo di conoscenze (reti familiari o di amicizia) nella scelta e nella gestione della malattia e, infine, il sostegno e il supporto di questi ultimi al sofferente. La costellazione di individui e l'insieme di relazioni che si istaurano tra loro e il sofferente, che emergono in tale processo, viene definito come *therapy management*

group. In *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, lo stesso autore dimostra come il gruppo studiato si coalizzi e si unisca nella gestione terapeutica ogni qualvolta un individuo o una serie di individui si ammalano o sono soggetti a una particolare forma di disagio. L'autore ci invita a considerare il ruolo esercitato dal contesto delle relazioni sociali in cui vengono intessute e costruite le scelte individuali, attraverso la condivisione delle informazioni e l'aiuto nella scelta. Allo stesso modo bisogna considerare i processi identitari costitutivi e consolidativi del gruppo, i quali vengono a galla mediante la gestione terapeutica collettiva dell'esperienza di sofferenza individuale. In tal senso, la definizione di *therapy management*, «holds promise for contextually sensitive analyses of the relationships among cultural assumptions and value, behavioural processes, and social and economic structures that influence the therapeutics process» (Janzen 1987: 37). Queste ultime considerazioni ci portano a mettere in luce uno specifico aspetto del processo terapeutico, quello relativo all'influenza della struttura economica e sociale nella ricerca e nella rappresentazione del benessere individuale e sociale nonché ai processi politici, alla posta in gioco e all'agency dei diversi attori coinvolti (Seppilli 1996; Bibeau 1996; Pizza 2012): la tutrice e insieme avvocatata del minore, i medici psichiatri, i due mediatori culturali, l'educatore, gli operatori del centro di prima accoglienza, gli amici del minore, una collega antropologa che aveva seguito la fase iniziale del disturbo manifestato dal ragazzo (Sanò 2017), l'antropologo e Bubakar stesso.

Il metodo adottato è quello dell'etnografia, che si avvale della pratica dell'osservazione partecipante, della raccolta di interviste in profondità e di colloqui informali con il soggetto e con tutti gli attori che ruotano intorno all'accoglienza e alla presa in carico di questo.

Da quanto è emerso dai racconti forniti dal minore, egli riconduce l'inizio delle manifestazioni dei disturbi all'età di 15 anni. In quel momento, infatti, Bubakar ricorda di essere stato disturbato durante il sonno dalla visione di alcune figure, le quali tendevano a destabilizzare anche la sua quotidianità. Al tempo, il ragazzo, orfano di entrambi i genitori, era ospitato presso l'abitazione dello zio materno che viveva con le sue due mogli e i suoi tre figli. Successivamente alle manifestazioni del disagio, il ragazzo è stato però mandato via dalla casa dello zio, e ha iniziato a girovagare per le vie della città (Magikunna) in condizioni di estrema difficoltà materiale. La reazione dei parenti è riconducibile alla credenza che il disagio sia trasmissibile a chi vive e frequenta quotidianamente il soggetto che ne è affetto. Durante questo periodo, il minore è stato contattato e avvicinato da un'amica della madre, la quale una volta accertatasi dello stato di salute

del ragazzo, si è presa cura di lui e lo ha condotto da un guaritore locale, al fine di avviare un processo terapeutico:

Mi ha preso per mano e mi ha chiesto se stavo bene. Poi mi ha accompagnato da mio zio, ma mio zio non ne voleva sapere più niente di me. Quindi lei mi ha portato dal Marabutto [guaritore tradizionale] e poi a casa sua. Mi hanno detto che la mia malattia che si chiama *Seytan*, è una malattia che viene, ma che se ne va. Infatti, il marabutto mi ha dato dei *ju ju* [talismani protettivi] e mi è passato tutto (Colloquio con Bubakar, 6 luglio 2016).

La donna lo ha poi condotto presso l'abitazione dove ha vissuto per un anno e qualche mese, aiutando il marito della moglie, custode di una proprietà, nella gestione del giardino di questa: «Una volta mi sono scordato di innaffiare i fiori... sono tornato a casa mi hanno detto che me ne dovevo andare, che non mi volevano più. In verità era il marito dell'amica di mia madre che mi odiava. Aveva paura di me [...] lei, invece, mi amava» (Colloquio con Bubakar, 6 luglio 2016).

A seguito di questo evento, Bubakar ha preso la decisione di intraprendere il suo viaggio in Europa, seguendo le orme del fratello, unico familiare a lui rimasto. Il ragazzo è così giunto in Italia, a Messina, il primo febbraio 2016, ed è stato trasferito in un centro di prima accoglienza per MSNA. Presso la stessa struttura di accoglienza, nei mesi di febbraio/marzo, il minore ha manifestato nuovamente una condizione di forte disagio, mettendo in atto dei gesti estremamente pericolosi per la sua vita, poi rivelatisi atti dimostrativi. Tuttavia, questi gesti hanno condotto i responsabili della struttura a prendere dei provvedimenti, determinando il ricovero del ragazzo presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura in uno degli ospedali della città.

Dai racconti del ragazzo, i gesti sarebbero stati dettati da una voce che gli ordinava di buttarsi giù, e causati dalla mancanza dei talismani (Belagamba 2008), *ju ju*, che in altre occasioni lo avevano protetto. Bubakar infatti, racconta di aver dovuto disfarsi dei talismani durante il viaggio per l'Europa, per paura di subire attacchi e ritorsioni da parte dei cittadini libici: «i miei compagni di viaggio mi dicevano che se i libici avessero visto i miei *ju ju* mi avrebbero preso a botte» (Bubakar ha in più occasioni ripetuto durante i colloqui quanto suggeritogli dai compagni di viaggio).

In questa fase, lo stesso minore individuava come unica terapia un suo possibile ritorno in Gambia, poiché solo lì avrebbe potuto nuovamente entrare in possesso dei talismani e ristabilire una connessione con il Marabutto che lo aveva aiutato la prima volta. Esiste un'ampia letteratura di studi di caso, da cui emerge come non sia, infatti, ritenuto efficace pro-

curare i talismani o entrare in contatto con un Marabutto al di fuori del contesto di origine, poiché ciò che produce gli effetti di guarigione sperati non è determinato dall'oggetto talismano o dalla figura del guaritore in sé, bensì da tutto ciò che questi rappresentano: le relazioni che hanno determinato l'incontro con il Marabutto, la manifattura dei talismani e il loro contenuto, e infine la reputazione e la potenza del guaritore. Elementi, questi, che hanno reso impraticabile l'avvio di un processo terapeutico tradizionale nel luogo dove risiedeva il ragazzo. Secondo quanto riportato dagli studiosi che si sono occupati delle forme magiche di malattia in Africa, quando la causa della malattia è riconducibile alla sfera del soprannaturale, anche la cura deve essere di tipo magico-spirituale, e deve essere presa in carico da soggetti che dalla comunità vengono considerati come dotati di poteri speciali (Augè 1986).

«Voglio andare nel centro di accoglienza. Portatemi nel centro. Lì c'è posto, i miei amici mi hanno detto che c'è posto nel centro» (Colloquio con Bubakar, 8 luglio 2016). Nella fase di ricovero e in quella successiva all'interno della residenza speciale, Bubakar ha sempre espresso il desiderio di rientrare nella struttura di prima accoglienza. Compresa l'impossibilità di fare rientro in Gambia, il minore ha indirizzato il suo comprensibile desiderio di casa, di cura e accudimento, nell'unico luogo che, dal momento del suo ingresso, aveva sperimentato e verso tutte quelle persone con le quali lui aveva condiviso quell'esperienza.

In questa fase, benché lontana dal potersi dire famiglia, la familiarità con luoghi e persone può divenire un elemento di fondamentale importanza, soprattutto nei casi di migrazione forzata. Essa, in un certo senso, facilita il riassorbimento di ciò che dalla letteratura viene interpretato come un normale sentimento di "spaesamento". Nel caso specifico, la familiarità e il divenire familiare di Bubakar con luoghi e persone, serviva a compensare e a colmare il vuoto di relazioni e di affetti che ha, per così dire, costellato l'intera esistenza del ragazzo, sin dalla sua infanzia, ossia dal momento in cui egli è rimasto orfano di entrambi i genitori.

Le narrazioni di Bubakar, da ritenersi come una vera e propria cartina di tornasole dell'esperienza di sofferenza e di malattia, rivelano il susseguirsi di abbandoni subiti dal ragazzo. La morte prematura dei genitori, seguita poi dalla presa in carico dello zio materno, il quale – secondo quanto raccontato dal ragazzo – ha sempre mostrato un atteggiamento aggressivo nei suoi confronti, non risparmiandogli nemmeno l'uso di maltrattamenti fisici e psicologici, e infine l'abbandono anche da parte della famiglia dell'amica della madre, si configurano come le principali motivazioni

della sua partenza, nonché del suo malessere. Il caso del minore in esame ripercorre, in maniera stringente, le tappe nonché le condizioni di esistenza della maggior parte dei bambini rimasti orfani e presi in carico dagli altri membri della famiglia nei contesti dell'Africa Sub-Sahariana.

Esistono due categorie di orfani. Nel primo caso si tratta dei bambini di strada, adottati da famiglie benestanti e, secondo la prospettiva occidentale che si rifà alla carta universale dei diritti dell'infanzia, ridotti in schiavitù. Nella visione locale, infatti, tale pratica viene socialmente giustificata e riconosciuta poiché assicura una casa e un'educazione scolastica a questi bambini che, nel tempo libero, vengono impiegati come domestici.

Nel secondo caso, che è anche quello di Bubakar, i bambini orfani vengono presi in carico dai familiari. Molto spesso, oltre all'obbligo dei lavori domestici e ai maltrattamenti psicofisici, a questi bambini viene anche sottratta la possibilità di accedere al patrimonio dei genitori, essendo questa fatta oggetto delle esigenze e dei bisogni della famiglia adottiva che, in definitiva, se ne impossessa totalmente. Un altro fattore di rilievo, reso esplicito dallo stesso minore, è il fatto che questi dovesse subire anche i maltrattamenti, i soprusi e le derisioni da parte dei familiari e, in particolare, dei cugini più piccoli. Al susseguirsi di abbandoni subiti nel contesto di origine, per Bubakar si è rivelato ancor più insopportabile il rifiuto mostrato dal fratello, anche lui attualmente in Italia a Brunico (MI), di volerlo prendere con sé.

Alla luce del percorso di abbandoni fin qui descritto, la persistente volontà espressa dal ragazzo di voler fare rientro presso il centro di prima accoglienza, è da considerarsi come un bisogno di ristabilire le relazioni e gli affetti costruiti all'interno di quella che lui ritiene essere la sua nuova casa. Per questa ragione, di concerto con la tutrice e con il parere positivo del medico psichiatra che ha in cura il minore, il 13 luglio 2016 Bubakar ha nuovamente fatto ingresso al centro di prima accoglienza per MSNA. Il responsabile del centro ha accolto con favore la richiesta di reinserire il minore, rispondendo all'esigenza di evitare una possibile ricaduta dello stesso in uno stato di angoscia e di abbandono, ma anche per accordare fiducia al ragazzo e incentivare un processo di responsabilizzazione dello stesso.

Dal giorno successivo, il 14 luglio 2016 Bubakar ha così fatto rientro al centro di prima accoglienza, mostrando notevoli miglioramenti. «Voglio andare al Pala Nebiolo con i miei amici. Poi da lì mi trasferiscono a Milano». In questa seconda fase dell'intervento, si è cercato, insieme al ragazzo, di pianificare il proprio percorso esistenziale dalla data del

compimento della maggiore età, il 1 agosto 2016. Centrale, in questo momento, è stato il tentativo di comprendere le cause del suo disturbo, per poter elaborare, insieme a lui, un nuovo percorso terapeutico. Attraverso la narrazione degli elementi che hanno condotto Bubakar alle fasi più acute del disturbo – già da quando si trovava in Gambia – è emerso che, tra i fattori di maggior destabilizzazione, vi è la visione della figura del *Kankurang*, maschera che il ragazzo sostiene di vedere in sogno. In questa fase è stato centrale il ruolo dell'educatore del centro di origine Senegalese. Quest'ultimo mi ha spiegato che il caso di Bubakar «non è un caso di *Jinni*, perché Bubakar non vede persone nella realtà ma solo nei sogni». Secondo lo stesso, bisogna porre l'attenzione sulla figura dell'anziano che sogna. In particolare Bubakar sogna una maschera, quella del *Kankurang*, con una folla di persone al seguito, con un anziano sotto la maschera. Questo personaggio è legato al rituale di iniziazione del *Kankurang* – un rituale presente in molti paesi dell'Africa Occidentale e gruppi etnici di area linguistica mandinga – e alla figura del *Fanbundi*. Mi spiega l'operatore:

Nel rituale di iniziazione ci sono due figure: quella del *Kankurang*, interpretata da un giovane, e quella del *Fanbundi*. Solo gli anziani portano questa maschera. Il *Fanbundi* esce quando ci sono degli spiriti maligni nel villaggio, ed esce per cacciare tutti questi spiriti maligni. Esce pure quando tutti gli uomini si devono iniziare, quando entrano in foresta per la circoncisione. Ora però, nel mio villaggio, la circoncisione non si fa più, ma si considera un'iniziazione. Il vero *Kankurang* non è cattivo, è per proteggere. Il *Fanbundi*, quando esce, ha un macete e da noi si dice «dove può entrare il macete il *Fanbundi* può entrare là, anche in un buco». Il *Fanbundi* è una maschera, ma nessuno sa cosa c'è all'interno. Egli ha diversi poteri, si sposta come vuole, da una parte all'altra, questo per proteggere il villaggio da una persona che compie del male: «il *Fanbundi* esce e l'indomani quella persona muore». Il *Kankurang* è proprio la circoncisione, tipica della cultura mandinga. Tutti possono portare il *Kankurang* perché serve a passare i valori della cultura ai ragazzi sottoposti alla circoncisione. Il *Kankurang* segue il gruppo in tutto l'iter della circoncisione. Il *Fanbundi* invece solo nell'iniziazione. Io glielo ho chiesto: secondo te la persona che vedi è il *Fanbundi* o il *Kankurang*? Lui mi ha risposto che è il *Kankurang* (Intervista all'educatore del centro di prima accoglienza, 9 luglio 2016).

Secondo gli elementi forniti è possibile, dunque, ritenere la fase iniziatica del *Kankurang* come la causa scatenante del suo disturbo. Tali considerazioni, maturano dal fatto che il ragazzo ha, dunque, attraversato questa fase liminare senza il sostegno affettivo e familiare dei genitori, entrambi figure essenziali in questo particolare momento di transizione. Uno scopo del *Kankurang* è infatti legato all'acquisizione di elementi rituali connessi al fattore generazionale (traghetta l'infante nell'età adulta) alla costruzione

del genere (si compie con gli uomini) e alla definizione di un'appartenenza (al gruppo maschile che trapassa le principali norme culturali) e a un processo di separazione (dal genere femminile, una volta tornato a casa infatti i "maschi" non devono seguire i comandi di nessuna donna).

Generalmente, i ragazzi al loro rientro a casa vengono riconosciuti nel loro nuovo status. Bubakar, invece, è stato costretto a svolgere le pulizie domestiche, con minacce fisiche (come riferito dal soggetto: «mi trattavano come una scimmia»), e ha continuato a essere deriso dai cugini più piccoli. Tutto ciò ha impedito al soggetto di divenire "uomo" rimanendo una figura ambigua, potremmo dire "strana" o "incompiuta", all'interno del proprio gruppo (parentale e sociale) proprio perché mancante della figura genitoriale.

Alla luce di quanto sinora descritto, è dunque possibile che il Pala Nebiolo si sia configurato nell'immaginario del ragazzo come un'ulteriore prova da superare, così da riuscire a "completarsi", nel senso più sopra indicato, come persona e come uomo adulto. Considerate le condizioni precarie e igienicamente non adeguate del centro di accoglienza temporanea, luogo all'interno del quale si perpetrano trattamenti disumani e degradanti secondo quanto stabilito dalla normativa internazionale e nazionale in materia di accoglienza, la tutrice del minore ha escluso ogni possibilità di inserimento del minore all'interno di tale struttura, promuovendo, al contrario, l'inserimento di questo all'interno del progetto SPRAR (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) per categorie vulnerabili¹².

In un primo momento, Bubakar si è mostrato reticente alla possibilità di essere trasferito all'interno dello SPRAR, malgrado fosse stato informato sulle condizioni della struttura e sulle opportunità fornite, invece, dal progetto. Nei programmi del ragazzo, infatti, il Pala Nebiolo rappresentava la possibilità di poter essere poi trasferito al Nord-Italia, e secondo le sue convinzioni a Milano, dove attualmente vive il fratello. In realtà, interrogato sullo stesso argomento, il minore ha fornito più e diverse ragioni del suo voler andare a Milano, tra queste il transito dalla città per poi raggiungere la Germania o la Spagna e l'ottenimento dei *ju ju* che gli sarebbero stati consegnati da un amico che si trova a Milano.

Considerato dunque lo stato di vulnerabilità del ragazzo, le contraddizioni emerse e la necessità di essere reperibile per la consegna dei documenti relativi al titolo di soggiorno, la tutrice ha vivamente consigliato a Bubakar di accettare l'inserimento all'interno dello SPRAR per vulnerabili e lo stesso ha infine acconsentito.

Malgrado oggi Bubakar non presenti più i disturbi iniziali, così come confermano le perizie della psichiatra che ha in cura il minore, la quale ha recentemente rinegoziato la diagnosi escludendo quella di delirio, rimangono delle contrazioni nella sua descrizione dell'esperienza di malattia e dei momenti di alterazioni umorali. Per quanto riguarda l'esperienza di disagio, è possibile che il minore non sia totalmente consapevole dei propri elementi e codici culturali, che tende invece a utilizzare strumentalmente come idioma intercambiabile per manifestare e "performare" forti situazioni di stress psicofisico e di disagio. Un elemento da tenere in considerazione è la connotazione caratteriale del minore, deciso e sicuro, inteso a collaborare solo quando intravede e riconosce interessi individuali. Un ulteriore livello di comprensione è dato dalle considerazioni degli amici e dei mediatori senegalesi: tutti infatti ritengono che Bubakar non soffra di nessun disturbo, ma che sia dotato di poteri eccezionali, di cui egli non ha ancora raggiunto piena consapevolezza. In diversi contesti africani, alcuni autori hanno notato come le persone con apparenti disturbi di natura psichiatrica o con disturbi comportamentali, vengano reinseriti all'interno delle relazioni sociali – al contrario di quanto avviene nella nostra società, che tende invece a escludere qualsiasi forma di comportamento deviante – sotto la veste di una persona dotata di sensibilità particolari. Il potere in Africa non è visto come buono o cattivo, ma come una forza fuori dal comune che i soggetti devono imparare a poter controllare. È in virtù della capacità di controllo su di esso che il potere può dunque essere indirizzato verso azioni benevole o malefiche. Secondo gli amici, il ragazzo rientrerebbe in questa particolare categoria di persone. Dunque, la completa guarigione di quest'ultimo, secondo quanto riferiscono gli amici e i mediatori, avverrà nel momento in cui Bubakar avrà assunto la piena consapevolezza delle sue doti e dei suoi poteri, e il pieno controllo di questi.

Conclusioni

Seguendo la lezione di Seppilli, con il seguente contributo abbiamo cercato di far emergere l'importanza dell'uso sociale del sapere antropologico entro gli spazi della presa in carico del disagio e della sofferenza, all'interno dei quali i ruoli tra i soggetti non sono paritari e neutri né da un punto di vista etico-politico né dal punto di vista dei ruoli e dei giochi di potere in atto. Siamo convinti che unicamente lo sguardo critico e decentrato dell'antropologia da una parte e il ruolo lavorativo dell'antropologa/o tradotto in etnografia dall'altra, possano restituire complessità e profondità

storica a questi particolari fenomeni e svelarne le dinamiche tanto più complesse quanto maggiormente sottese al disagio mentale.

Siamo partiti dall'assunzione del rapporto società-salute, ossia della convinzione che gli assetti storico sociali – e quindi le condizioni e gli stili di vita, le reti relazionali, gli orientamenti personali e collettivi, le strutture di potere all'interno delle quali le persone sono volta a volta imbrigliati – influenzano particolarmente il benessere e la salute delle persone umane, le forme di disagio e di sofferenza, le risposte interpretative e operative con cui gli uomini e le donne tentano di fronteggiare le malattie e la sofferenza (Seppilli 2004b). Guidati dall'obiettivo di cercare di operare una «pur lenta e difficile condivisione» (Seppilli 2004a: 186) tra operanti nel sistema sanitario e richiedenti asilo, abbiamo assunto la soggettività come determinante delle modalità attraverso le quali l'individuo percepisce e affronta le situazioni connesse alla propria salute. Abbiamo tentato di costruire «un'area di cultura pubblica comune, incentrata su quei nodi culturali essenziali della società ospitante che ne regolano e ne garantiscono la coesione e il funzionamento; intorno alla quale, però, elementi culturali altri possano continuare il loro percorso e interagire in varia forma con il contesto di accoglienza, mantenendo dignità e autonomia e dando luogo a possibili rifunionalizzazioni ed espansioni» (Seppilli 2004a: 189).

Siamo convinti che solo ponendosi questo obiettivo sia possibile operare in maniera coerente ed efficace nei contesti di cura del disagio mentale tra richiedenti e rifugiati. Per far ciò pensiamo che l'antropologia, e l'incremento dell'impiego degli antropologi all'interno delle istituzioni, si debba fare protagonista di un percorso, tanto sul piano del discorso quanto sul piano delle prassi. Questo approccio deve portare alla costruzione di una politica pubblica di intervento che incoraggi in modo organico e programmato la promozione dell'intera area di cultura pubblica comune. In questo processo devono essere coinvolti, non solo i richiedenti, ma anche coloro che sostengono di volersene prendere cura, incidendo in maniera critica sui loro assetti cognitivi, sul loro orizzonte ideologico, sulla loro immagine dei diversi e sugli atteggiamenti che ne conseguono. Sentiamo urgente riflettere sulle prospettive di utilizzo sociale della nostra disciplina, delle nostre ricerche e della nostra pratica, sui valori e sulle opzioni etico-politiche alla base del nostro lavoro (Seppilli 2004b), presupponendo una presa di coscienza critica. L'auspicio, con le parole di Seppilli, è che questo sforzo, insieme intellettuale e pratico, porti alla

progressiva assunzione, da parte degli stessi servizi, di una capacità di correlazione socio-culturale con utenze nuove e assai eterogenee: in sostanza, dunque, sul terreno delle reti e dei codici di comunicazione, su quello dei

differenti orizzonti interpretativi delle malattie, su quello delle modalità di attesa e di comportamento relative al rapporto medico/paziente, su quello, infine, di una piena considerazione delle persone, della loro soggettività, della loro differenza e delle loro reali condizioni di esistenza (Seppilli 2004: 190).

Per far ciò è necessario che l'antropologo/a nei servizi sia prima di tutto un/una antropologo/a politico/a in grado di comprendere la strutturazione delle istituzioni coinvolte, i saperi, le conoscenze e le prassi da esse incorporate, in grado di svelare le politiche della cura messe in atto dai soggetti implicati. La collaborazione tra l'antropologo/a in équipe e l'antropologo coinvolto nei processi istituzionali di progettazione può emergere come una possibile strada da percorrere per attuare una calibrazione dei servizi partendo dalle etnografie nei luoghi di presa in carico del disagio mentale, metodologia che contraddistingue la nostra disciplina.

Note

¹ Per quanto pensato in maniera condivisa, partecipata e dialogica, il seguente contributo può essere così suddiviso: l'introduzione e il primo paragrafo sono attribuibili a Silvia Pitzalis; il secondo paragrafo e le conclusioni a Fabio Fichera.

² Per un approfondimento si veda <https://www.youtube.com/watch?v=Wu9HsdNHvIA> consultato il 17 settembre 2019.

³ Dati estratti dal sito del Ministero dell'Interno <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Report%20di%20monitoraggio%20III%20Quadrimestre%20-%20I%20Minori%20Stranieri%20Non%20Accompagnati%20MSNA%20in%20Italia/Report-di-monitoraggio-MSNA-31-dicembre-2017.pdf> consultato il 17 settembre 2019.

⁴ Dati estratti dal sito del Ministero dell'Interno <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-Monitor-MSNA-DEF-aggiornato-al-31122018-completo-12022019.PDF> consultato il 17 settembre 2019.

Un monitoraggio parziale rivela che gli MSNA presenti al 31/5/2019 risultano essere già 7.580, dei quali 508 di sesso femminile <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-maggio-2019.pdf> consultato il 17 settembre 2019.

⁵ Dati estratti dal sito: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Report%20di%20monitoraggio%20III%20Quadrimestre%20-%20I%20Minori%20Stranieri%20Non%20Accompagnati%20MSNA%20in%20Italia/Report-di-monitoraggio-MSNA-31-dicembre-2017.pdf> consultato il 17 settembre 2019.

⁶ Questi dati emergono da un lavoro di monitoraggio effettuato agli inizi del 2018 sui dati degli MSNA presenti nel 2017 nel contesto lavorativo-etnografico.

⁷ Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg> consultato il 17 settembre 2019.

⁸ Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg> consultato il 17 settembre 2019.

⁹ Tutti i riferimenti a enti o persone sono volutamente lasciati generici per questioni di privacy (Regolamento UE 2016/679).

¹⁰ Per la normativa il paziente può essere seguito dall'équipe fino al compimento del diciottesimo compleanno. Dopo il quale, se il paziente necessita ancora di cure, si deve fare un passaggio di informazioni al Centro di Salute Mentale di riferimento (in relazione al suo domicilio).

¹¹ Musa ha descritto lo spirito come una figura dalle sembianze multiformi e molteplici: a volte si presentava con sembianze per metà umane (femminili) e metà ittiche (come una sirena) dai lunghi capelli neri e dalle dimensioni gigantesche; quando invece ha sembianze maschili lo spirito indossa una lunga tunica nera e un turbante. Nei sogni lo spirito infierisce su Musa come una potente forza che gli opprime il petto con una onda di energia e non lo fa respirare. Il termine usato da Musa per nominare lo spirito è Jiinnangouré [fonetico] il quale emette dei suoni simili a quelle di animali e fiere che lo gettano in uno stato di estremo terrore, immobilizzandolo e indebolendolo (note di campo del 22 maggio 2018).

¹² Per ulteriori informazioni si veda <http://www.archeicr.it/Progetti/SPRAR-DINFNA> consultato il 17 settembre 2019.

Bibliografia

- Altin R., Mencacci E., Sanò G., Spada S. (a cura di) (2017), *Richiedenti asilo e sapere antropologico*, "Antropologia pubblica", vol. III (1): 3-242.
- Appadurai A. (1996), *Modernity at large. Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Augé M. (1986), *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento*, in Augé M., Herzlich C. (a cura di), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- Baubet T., Moro M.R. (2010), *Psicologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koine, Roma.
- Bellagamba A. (2008), *L'Africa e la stregoneria. Saggio di antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari.
- Bellagamba A. (2011), *Introduzione. Quando lo sguardo si sposta sull'Africa*, in Bellagamba A. (curatrice), *Migrazioni. Dal lato dell'Africa*, Lungavilla, Edizioni Altravista, Pavia.
- Bellagamba A. (2013), *Passando per Milano. Kebba Suwareh, immigrato dal Gambia, e le conseguenze dell'illegalità*, "Antropologia", 15: 21-38
- Beneduce R. (2003), *L'etnopsichiatria della migrazione. Tra eredità coloniale e politiche della differenza*, "Novecento", 8/9: 29-46.
- Beneduce R., Roudinesco E. (a cura di) (2005), *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria: Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (2008), *Introduzione. Etnografie della violenza*, "Antropologia", *Violenza*, vol. 8 (9-10): 5-47.
- Beneduce R. (2010), *Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.
- Beneduce R., Taliani S. (2001), *Un paradosso ordinato. Possessione, corpi, migrazioni. Possessione*, "Antropologia", vol. 1: 15-42.
- Bibeau G. (1996), *Antropologi nel campo della salute mentale. Un programma finalizzato alla ricerca Qualitativa*, "Antropologia Medica", vol. 1 (2): 23-55.
- Biehl J., Kleinman A., Good B.J. (a cura di) (2007), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, University of California Press, Berkeley.
- Boddy J. (1989), *Wombs and Alien Spirits. Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*, The University Wisconsin Press, Madison.

- Cassoni E. (2011), *Adolescenti stranieri*, in Ranci D. (a cura di), *Migrazioni e migranti. Esperienze di cura a Terrenuove*, FrancoAngeli, Milano.
- Coppo P. (2013), *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dei F. (a cura di) (2005), *Antropologia della violenza*, Meltemi, Milano.
- De Martino E. (1948), *Il mondo magico. Prolegomeni ad una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- Diasio N., Tersigni S. (2014), *Corpo e infanzia in situazione migratoria. Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia*, "Interazioni", vol. 39 (1): 47-60.
- Fabian J. (1978), *Popular Culture in Africa: Findings and Conjectures*, Africa, vol. 48 (4): 315-334.
- Fabini G., Tabar O F., Vianello F. (a cura di) (2019), *Lungo i confini dell'accoglienza. Migranti e territori tra resistenze e dispositivi di controllo*, Manifestolibri, Roma.
- Faranda L., Pandolfi M. (a cura di) (2014), *La salute mentale e il paradigma geopolitico. Itinerari critici per un'etnopsichiatria radicale*, Aracne, Roma.
- Fassin D. (1999), *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. Une influence qui grandit*, "Genèses. Sciences sociales et histoire", vol. 35: 146-171.
- Fichera F. (2015), *Ammalarsi di Benessere. Scenari della malattia e pratiche del mutamento in Etiopia*, EDIT, Firenze.
- Good B.J. (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Hannerz U. (1992), *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*, Columbia University Press, New York.
- Harrell-Bond E.B. (1986), *Imposing Aid: Emergency Assistance to Refugees*, Oxford University Press, Oxford.
- Kleinman A. (1987), *Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness*, "British Journal of Psychiatry", 151: 447-454.
- Kleinman A. (1995), *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley.
- Iato C. (2018), *L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati tra identità incerte e pratiche educative in divenire*, in Riccio B., Tarabusi F. (a cura di), *Dilemmi, mediazioni e pratiche nel lavoro dell'accoglienza rivolta a rifugiati e richiedenti asilo*, "Educazione Interculturale", vol. 16 (1).
- Janzen J.M. (1978), *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, University of California Press, Berkeley.
- Janzen J.M. (1987), *Therapy Management: Concept, Reality, Process*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1 (1):68-84.
- Malkki L. (1995), *Purity and Exile. Violence, Memory and National Cosmology among Hutu Refugees in Tanzania*, The Chicago University Press, Chicago.
- Malkki L. (2002), *Speechless emissaries: refugees, humanitarianism, and dehistoricization*, pp. 344-367, in A.L. Hinton (a cura di), *Genocide: an anthropological reader*, Malden, Oxford, Blackwell.
- Marchetti M. (2016), «Loro non sanno che pane mangio qui». *La migrazione femminile dalla Romania: fattori disgregativi, "doppia presenza", disagi psichici*, "Antropologia Medica", vol. 41-42: 117-162.
- Minelli M. (2006), *Agire in quotidiani "stati d'eccezione". Forme di vita e biopolitiche in un'etnografia nel campo della salute mentale*, "Antropologia", vol. 8: 145-169.
- Minelli M. (2014), *Memoria e possessione. Saggi etnografici*, Morlacchi, Perugia.
- Mencacci E. (2015), *Tra tecnologie del ricordo e produzione di verità: memoria e narrazione nelle politiche di asilo*, "Encyclopaideia", vol. 19 (41): 61-82.
- Moro M.R., De La Noe Q., Mouchenik Y., Baubet T. (a cura di) (2009), *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, FrancoAngeli, Milano.
- Palmisano A. L. (a cura di) (2014a), *Antropologia applicata*, Pensa Editore, Lecce.

- Palmisano A.L. (a cura di) (2014b), *Antropologia applicata*, "DADA Rivista", 2.
- Palumbo B. (2009), *Politiche dell'inquietudine. Passioni, feste e poteri in Sicilia*, Le lettere, Firenze.
- Pandolfo S. (2008), *The Knot of the Soul: Postcolonial Conundrums, Madness, and the Imagination*, in Del Vecchio Good M.J., Hyde S.T., Pinto S., Good B.J. (a cura di) *Postcolonial disorders*, University of California Press, Berkeley.
- Pinelli B. (2017), *Borders, Politics and Subjects. Introductory Notes of Refugees Research in Europe*, "Etnografia e ricerca qualitativa", 1: 5-24.
- Pinelli B. (2018), *Control and Abandonment: The Power of Surveillance on Refugees in Italy, During and After the Mare Nostrum Operation*. "Antipode", 50(3): 725-747.
- Pizza G. (2005), *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- Pizza G. (2012), *Editoriale. Fisica e politica delle migrazioni in Italia: prospettive etnografiche*, in Pizza G., Ravenda A.F. (a cura di), *Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*, "Antropologia Medica", 33-34: 12-24.
- Quaranta I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Quaranta I., Ricca M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina Interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Quaranta I., Minelli M., Fortin S. (a cura di) (2018), *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, Bologna, Bononia University Press, Bologna.
- Riccio B., Tarabusi F. (a cura di) (2018), *Dilemmi, mediazioni e pratiche nel lavoro dell'accoglienza rivolta a rifugiati e richiedenti asilo*, "Educazione Interculturale", vol. 16.
- Riccio B., Tarabusi F. (2018), *Dilemmi, mediazioni e opportunità nel lavoro di accoglienza rivolto a rifugiati e richiedenti asilo: un'introduzione*, in Riccio B., Tarabusi F. (a cura di), *Dilemmi, mediazioni e pratiche nel lavoro dell'accoglienza rivolta a rifugiati e richiedenti asilo*, "Educazione Interculturale", vol. 16 (1).
- Sanò G. (2017), *Inside and outside the reception system. The case of unaccompanied minors in Eastern Sicily*, "Etnografia e ricerca qualitativa", vol. 1: 121-142.
- Sanò G., Spada S. (2018), *La spirale della violenza politica. Riflessioni antropologiche sui cortocircuiti quotidiani nella vita delle persone migranti*, in Chiaramonte X., Senaldi A. (a cura di), *Violenza Politica. Una ridefinizione del concetto oltre la depoliticizzazione*, Ledizioni, Milano.
- Sayad A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Seppilli T. (1996), *Editoriale. Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "Antropologia Medica", vol. 1-2: 7-22.
- Seppilli T. (2004a), *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, "Salute e società", 2: 179-202.
- Seppilli T., (2004b), *La questione dell'efficacia delle terapie sacrali e lo stato della ricerca nelle scienze umane*, "Religioni e Società", vol. 48:75-85.
- Seppilli T. (2006-2008), *Etnomedicina e antropologia medica. Un approccio storico critico*, "Antropologia medica", vol. 21-26: 53-80.
- Severi I., Landi N. (a cura di) (2016), *Going public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, HAL, France.
- Sbriccoli T. (2017), *Discipline al lavoro. Sull'ambiguità del ruolo dell'antropologo nell'accoglienza italiana*, in Altin R., Mencacci E., Sanò G., Spada S. (a cura di), *Richiedenti asilo e sapere antropologico*, "Antropologia Pubblica", vol. 3 (1): 149-167.
- Sorgoni B. (a cura di) (2011), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, CISU, Roma.
- Taliani S. (2011), *Il passato credibile e il corpo impudico. Storia, violenza e trauma nelle biografie di donne africane richiedenti asilo in Italia*, "Lares", 1: 135-158.

Taliani S. (a cura di) (2015), *Il rovescio della migrazione. Processi di medicalizzazione, cittadinanza e legami familiari*, "Antropologia Medica", 39-40.

Taliani S. (2019), *Il tempo della disobbedienza. Per un'antropologia della parentela nella migrazione*, Ombre Corte, Verona.

Taliani S., Vacchiano F. (2006), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Unicopli, Milano.

Scheda sugli Autori

Silvia Pitzalis è nata a Lanusei (capoluogo della provincia dell'Ogliastra), in Sardegna il 2 marzo 1984. Antropologa di formazione, ha studiato tra Italia e Francia e svolge ricerca tra disastri e migrazioni forzate. I suoi principali interessi e ambiti di applicazione si sviluppano entro l'intersecarsi di differenti tematiche, come la gestione delle emergenze e delle crisi, con particolare attenzione all'analisi dei concetti di trauma, vulnerabilità e rischio. Si occupa, inoltre di sofferenza sociale e di salute mentale nel contesto migratorio. Ha collaborato come antropologa al progetto Start-ER 1 per la cura dei sintomi emergenti tra richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale che presentano vulnerabilità psico-sociali. Ha lavorato in diverse cooperative sociali bolognesi: come referente di struttura CAS (2016-2017) e come operatrice sociale-antropologa nello SPRAR vulnerabili (2017-2018). Attualmente è assegnista di ricerca presso l'Università di Urbino Carlo Bo con una ricerca finanziata dalla Fondazione Alsos. È autrice di articoli nazionali e internazionali e del libro *Politiche del disastro. Poteri e contropoteri nel terremoto emiliano* (2016), Ombre Corte, Verona.

Fabio Fichera è nato a Paernò (provincia di Catania) il 24 settembre 1982. Dopo gli studi in Scienze Politiche (2005), si è specializzato in Etnologia e Antropologia Culturale presso l'Università di Bologna (2007) con una ricerca sulla presa in carico socio-sanitaria della popolazione migrante e ha poi ottenuto un dottorato di ricerca sulla salute globale e impatti locali in Etiopia (2012). Nel 2016 è socio fondatore di Anpia. Tra il 2017 e il 2018 ha svolto una ricerca sulle politiche di integrazione rivolte alla popolazione migrante (Fondo FAMI) e la libera professione come Case manager socio sanitario presso gli ambulatori di psichiatria transculturale per le aziende sanitarie locali di Catania (Progetto Silver – Fondo FAMI). Momentaneamente vive a Roma dove è funzionario demotnoantropologo presso il Ministero dei Beni e le Attività Culturali. È autore di articoli nazionali e internazionali, del volume *Ammalarsi di Benessere. Scenari della malattia e pratiche del mutamento in Etiopia* (2015) e di una mostra etnografica nella città di Firenze, dal titolo *Abbagli. Visioni Oromo*.

Riassunto

Usi sociali dell'antropologia tra clinica ed etnografia. Per una comparazione critica del disagio mentale tra i Minori stranieri non accompagnati

Il contributo propone un dialogo tra le esperienze lavorative ed etnografiche di due antropologi che hanno lavorato all'interno di alcune attività di monitoraggio e presa in carico del disagio mentale tra i minori stranieri non accompagnati (MSNA). Restituiremo due casi emblematici di quello che noi abbiamo inteso essere l'uso sociale dell'antropologia. Avvalendoci di un approccio comparativo, sottolineeremo le pratiche cliniche, le definizioni di protocolli medici e procedure operative standard così come l'importanza del coinvolgimento dell'antropologo/a in questi percorsi.

Parole chiave: uso sociale dell'antropologia, Tullio Seppilli, disagio mentale, MSNA, clinica transculturale

Resumen

Usos sociales de la antropología entre clínica y etnografía. Para una comparación crítica de la trastornos mentales entre los Menores extranjeros no acompañados

El documento propone un diálogo entre las experiencias profesionales y etnográficas de dos antropólogos que han trabajado en algunas actividades de control y acompañamiento, haciéndose cargo de los trastornos mentales en menores extranjeros no acompañados (MSNA). Presentamos dos casos emblemáticos de lo que pretendemos sea el uso social de la antropología. Aprovechando un enfoque comparativo, destacaremos las prácticas clínicas, las definiciones de los protocolos médicos y los procedimientos operativos estándar, así como la participación de l'antropologo/a en ese proceso.

Palabras clave: uso social de la antropología, Tullio Seppilli trastornos mentales, MSNA, clínica transcultural

Résumé

Utilisations sociales de l'anthropologie entre clinique et ethnographique. Pour une comparaison critique de la détresse mentale entre les Mineurs étrangers non accompagnés

La contribution propose un dialogue entre les expériences de travail et ethnographiques de deux anthropologues qui ont travaillé dans le cadre de certaines activités de suivi et de prise en charge de la détresse mentale des mineurs étrangers non ac-

compagnés (MSNA). Nous restituerons deux cas emblématiques de ce que nous avons voulu être l'usage social de l'anthropologie. À l'aide d'une approche comparative, nous soulignerons les pratiques cliniques, les définitions des protocoles médicaux et des modes opératoires normalisés ainsi que l'importance de l'implication des anthropologues dans ces voies d'intervention.

Mot clés: utilisation sociale de l'anthropologie, Tullio Seppilli, détresse mentale, MSNA, clinique transculturel

Abstract

Social use of anthropology between clinic and ethnography. For a comparison of mental disorder among the Unaccompanied foreign minors

The following contribution is a dialogue between two anthropologists who have worked within some monitoring activities and taking charge of mental illness among unaccompanied foreign minors (MSNA). We present two emblematic cases of what we intend to be the social use of anthropology. Taking advantage of a comparative approach, we will highlight clinical practices, definitions of medical protocols and standard operating procedures, as well as the importance of the participation of the anthropologist in these paths.

Keywords: social use of anthropology, Tullio Seppilli, mental disorder, MSNA, trans-cultural clinic