

AMM



54 / dicembre 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

1961: Ernesto de Martino (1908-1965) alla presentazione del suo libro *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

54

dicembre 2022
December 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice Contents



n. 54, dicembre 2022

n. 54, December 2022

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
AM 54 e il ritorno della sezione monografica
AM 54 and the Return of the Monographic Section

Sezione monografica

- 11 Roberto Beneduce, Giovanni Pizza
“1961 (e dintorni)”: un tempo-cerniera.
Premessa alla sezione monografica
“1961 (and surroundings)”: a time-hinge.
Introduction to the monographic section
- 21 Roberto Beneduce
Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro
Frantz Fanon. Healing History;
Disalienating the Future
- 71 Didier Fassin
L’Histoire de la folie et ses doubles
History of Madness and Its Doubles
- 87 Giovanni Pizza
La formula strutturale dell’équipe.
La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di
Ernesto de Martino
The Structural Formula of the Team.
The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino’s
Ethnographic Methodology
- 111 Massimiliano Minelli
Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture
Asylum 61. Madness, Institutions, Writings
- 145 Pino Schirripa
La grande festa e i Movimenti religiosi,
una prospettiva materialista nell’antropologia religiosa
The Great Feast and The Religion of the Oppressed,
a Materialist Perspective in the Anthropology of
Religions

Saggi

- 163 Chiara Moretti
Persona, corpo e malattia.
Il contributo dell’antropologia medica allo sviluppo
di una medicina critica e autoriflessiva
The Individual, the Body and the Disease.
The Contribution of Medical Anthropology
to the Development of a Critical and Self-Reflexive
Medicine

- Saggi* 179 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
*Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me.
 Tra storia, teoria e metodo
 The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me.
 Between History, Theory and Method*
- Ricerche* 207 Ylenia Baldanza, Marco Bacchella
*Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans
 tra istituzione biomedica e autocura
 Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity
 between Biomedical Institution and
 Self-Medication*
- 241 Daniela Crocetti, Laura Palareti
*"Why is it that, more often than not, docs and nurses
 haven't even heard of us?".
 Women and Bleeding Disorders in Italy
 "Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri
 non hanno nemmeno sentito parlare di noi?".
 Donne e malattie emorragiche in Italia*
- 271 Federico Divino
*Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia
 nella medicina buddhista
 Some Notes on the Conception of Body and 'Disease'
 in Buddhist Medicine*
- Note, interventi,
 rassegne* 299 Donatella Cozzi
*«Trasumanar e organizzar».
 Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria
 di comunità in Umbria di Francesco Scotti
 «Trasumanar e organizzar». Birth and Evolution of a
 Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti*
- 327 Fabio Dei
*Etnografie pandemiche
 Pandemic Ethnographies*
- Recensioni* Francesco Diodati, *La demenza e l'imperativo
 della prevenzione / Dementia and the Imperative
 of Prevention* [Annette Leibing, Silke Schicktanz
 (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives
 on a New Paradigm of Preparing for Old Age*],
 p. 345 • Corinna S. Guerzoni, *Part(or)ire altrove / Give
 Birth Elsewhere* [Chiara Quagliariello, *L'isola dove
 non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative,
 genere e migrazioni*], p. 353 • Giovanni Pizza, *Di là
 dal corpo / Beyond the Body* [Sara Cassandra,
*La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie
 di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*],
 p. 358 • Giovanni Pizza, *Politica, poesia e
 pandemia / Politics, Poetry and the Pandemic*
 [Gabriele Frasca, *Lettere a Valentinov*], p. 363 •
 Viviana L. Toro Matuk, *Struttura biopolitica e
 paradigma immunitario / Biopolitical Structure and
 Immune Paradigm* [Roberto Esposito, *Immunità
 comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*], p. 370.

Editoriale

AM 54 e il ritorno della sezione monografica

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

con questo numero 54 di AM torniamo alle sezioni monografiche. Per la cura di Roberto Beneduce e mia ne produciamo una che celebra l'anno 1961.

Si vuole così ricordare un periodo importante che, a cavallo tra gli anni Cinquanta e i Sessanta del secolo scorso, ha visto il declino del colonialismo e l'avvio, fin da subito intenso, del fenomeno postcoloniale e decoloniale.

Il discorso "postcoloniale" ci sembra fondamentale anche per l'antropologia medica. Esso cerca di andare ben oltre la Grande Separazione della salute, quel *Great Divide* tra l'Occidente e gli Altri che a lungo aveva caratterizzato anche tale branca di studi (che, per esempio, in precedenza non teneva conto delle ineguaglianze). Si cominciano a decostruire tematiche e relazioni importanti, tra le quali malessere, potere, identità. In antropologia medica è il tema del corpo e della follia ad essere esplorato attraverso lo studio di altre culture e/o di dislivelli interni alla cultura occidentale nel tempo e nello spazio, cioè sia nella profondità storica sia nel comparativismo geografico.

In tale quadro generale, abbiamo chiesto una riflessione a studiosi e ricercatori esperti, italiani e no, per rievocare quel periodo e le sue promesse. Tutti lo hanno interrogato alla luce del presente.

AM, però, non finisce qui.

Vi è una sezione non monografica con due saggi, di cui uno complementare a uno scritto che apparirà nel numero successivo, tre ricerche, due

note (una sul nostro fondatore e il suo amore per le questioni della salute mentale e un'altra sull'antropologia della pandemia da Covid-19) e infine cinque recensioni.

Questo è quanto siamo riusciti a fare per questo numero 54.

A Voi un caro saluto e un duplice augurio di buona lettura e di sereno giudizio.

Il dispositivo etn clinico del Centro Fo.R.Me *Tra storia, teoria e metodo*¹

Rita Finco, Raúl Zecca Castel

Centro Fo.R.Me – Università degli Studi di Milano-Bicocca
[raul.zecca@unimib.it; finco.rita@gmail.com]

Abstract

The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me. Between History, Theory and Method

This article reconstructs and analyzes the history, theory and method of the ethnoclinical practice of Centro Fo.R.Me, run by Ruah Cooperativa in Bergamo, starting from a collaborative action-research work which involved Centro Fo.R.Me together with University of Milan-Bicocca. The aim of the article is to make the meaning of this psycho-social and therapeutic practice usable by the professionals of social and health-care services to which it is addressed.

Keywords: complementarism, practice of displacement, ethnoclinic device, social and health care services, Centro Fo.R.Me

Introduzione

Questo articolo scaturisce dalla volontà di mettere in evidenza una collaborazione nata all'interno del progetto "Families. Rafforzare legami territoriali per sostenere famiglie vulnerabili" (FAMI 2014-2020)², in cui gli autori – rispettivamente la direttrice del *Centro formazione ricerca e mediazione* (Fo.R.Me) di Bergamo e un ricercatore in Antropologia Culturale dell'*Università degli Studi di Milano-Bicocca* – hanno lavorato insieme per ricostruire e illustrare la genealogia del metodo e della pratica etn clinica, così da renderla fruibile ai professionisti dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La pratica etn clinica, infatti, si configura come un intervento rivolto a tutti coloro che vivono e frequentano il mondo dei servizi, gettando luce su paradigmi che mettono in evidenza i propri etnocentrismi.

Le fatiche riscontrate dai servizi pubblici di assistenza socio-sanitaria, in particolare nel processo di presa in carico dei nuclei familiari di origine straniera, vengono ascritte alle difficoltà che gli stessi operatori rilevano nell'assumere una prospettiva capace di tener conto delle differenze di natura culturale che intercorrono tra il mondo dei servizi e quello dell'utenza straniera, quest'ultima spesso oggetto di rappresentazioni stereotipate e pregiudizi.

In ragione di tali difficoltà, e a fronte di significativi investimenti tanto in termini di risorse umane quanto in termini di risorse economiche, è evidente il rischio concreto di interventi anacronistici o "fuori luogo" (QUARANTA, RICCA 2012).

Da questo punto di vista, il servizio etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* si propone come un efficace strumento terapeutico e formativo allo stesso tempo, funzionando come intervento di sostegno e accompagnamento sia nei confronti dell'utente sia nei confronti degli operatori dei servizi coinvolti. Tale duplice azione è frutto del caratteristico *setting* pluridisciplinare del dispositivo etnoclinico, capace di restituire la molteplicità delle prospettive e dei significati culturali implicati attraverso un parallelo lavoro di decostruzione, da un lato, e co-costruzione collettiva di senso condiviso, dall'altro, in grado di agire sulla natura stessa delle relazioni di cura, producendo da ultimo un fruttuoso disorientamento di ruoli, status e categorie di giudizio.

Per meglio comprendere il funzionamento e il significato della pratica etnoclinica così come agita tramite il dispositivo di cura e mediazione del *Centro Fo.R.ME*, tuttavia, occorre anzitutto guardare alle origini storiche del suo sapere, interpellando i presupposti teorici e metodologici che ne hanno fondato la disciplina.

Oggi declinata in diverse pratiche e forme di consulenza, mediazione, assistenza e cura rivolte alla popolazione migrante in condizioni più o meno gravi di sofferenza psichica, la pratica etnoclinica affonda le sue radici nell'etnopsichiatria, una teoria che è stata inaugurata e sistematizzata metodologicamente (o, come vedremo, dis-organizzata e a-sistematizzata [cfr. SPIRO 1969: 95]) come disciplina grazie alla pubblicazione di *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences* (1967), vera e propria opera-manifesto a firma dell'eccentrico antropologo e psicoanalista ungherese György Dobó, meglio noto come Georges Devereux.

*Teoria e metodo dell'etnopsichiatria:
il contributo di Georges Devereux*

Georges Devereux è considerato il padre fondatore della teoria etnopsichiatria (LAPLANTINE 2002: 28). Ciò, tuttavia, risulta alquanto paradossale nel momento in cui il principale e più prezioso contributo apportato alle “scienze del comportamento umano” (come egli definiva il suo campo d'indagine riferendosi in particolare all'antropologia, alla psicologia e alla psicoanalisi [DEVEREUX 2007]) non ha riguardato la sistematizzazione epistemologica di un sapere ma, al contrario, la sua più feroce critica. Per Devereux, infatti, l'etnopsichiatria era anzitutto una *metodologia*; ovvero un *discorso-sul-metodo* – qui inteso nel suo significato etimologico di “strada”, “via” – attraverso cui sottoporre a giudizio i principi fondamentali della razionalità scientifica, a partire dai criteri di obiettività, coerenza e verificabilità dell'osservazione empirica (DEVEREUX 1975: 251).

Per realizzare efficacemente tale metodologia, Devereux intuì che era necessario chiamare a raccolta saperi e pratiche fino a quel momento divisi da rigorosi e talvolta insormontabili steccati disciplinari, inaugurando così il moderno paradigma multidisciplinare o, meglio, pluridisciplinare: «L'etnopsichiatria [...] – puntualizza infatti Devereux – è una scienza pluridisciplinare e non interdisciplinare» (DEVEREUX 1978: 8). La differenza, così come ben spiegata da Piero Coppo, sta nel fatto che l'interdisciplinarietà non è altro che «l'azione, l'intenzione che stabilisce rapporti tra una disciplina e l'altra», mentre la «pluridisciplinarietà è la considerazione dello stesso oggetto a partire da discipline diverse» (COPPO, CARDAMONE, INGLESE 1996: 94),

Tra le eredità più importanti lasciateci da Devereux troviamo l'intuizione e il tentativo di elaborare un'inedita collaborazione tra scienze esatte, in particolare fisica e chimica, e scienze sociali, soprattutto antropologia, sociologia e psicoanalisi, mutuando i principi metodologici delle prime allo studio fenomenologico delle seconde. Tale collaborazione, di fatto, inaugurò la possibilità o, meglio, la necessità di considerare come complementari epistemologie in genere ritenute reciprocamente escludentisi, oltre che singolarmente esaustive. Se l'etnopsichiatria è per Devereux anzitutto una metodologia di ricerca che ha per oggetto i comportamenti psicopatologici dell'essere umano in prospettiva culturale, il *complementarismo* ne costituisce il fondamento, stabilendo il principio dell'assoluta interdipendenza e, allo stesso tempo, dell'assoluta irriducibilità e autonomia tanto dei dati psicologici quanto di quelli socio-antropologici (DEVEREUX 1975: 11).

Il principio complementarista esige la necessità di un «doppio discorso esplicativo». Per Devereux, infatti, «un fenomeno umano che venga spiegato in un solo modo rimane, per così dire, ancora inesplicito [...]» (*ibidem*). Di qui, il monito per cui l'etnopsichiatria debba considerarsi non interdisciplinare, ma pluridisciplinare, proprio perché «sottopone determinati fatti a una duplice analisi, da un lato nel quadro dell'etnologia, dall'altro in quello della psicoanalisi [...]» (*ibidem*). Tutto ciò, evidentemente, senza cercare una impossibile sintesi e, soprattutto, opponendosi alle aspirazioni totalitarie delle singole discipline, dunque contro ogni tentazione riduzionistica o deterministica, tanto di ordine socio-culturale quanto di ordine psicologico. Il complementarismo, precisa Devereux, «non è una teoria, ma una generalizzazione metodologica; non esclude nessun metodo, nessuna teoria valida, ma li coordina» (*ivi*: 27).

Dal modello complementarista della fisica quantistica, inoltre, Devereux recupera anche il contributo teorico apportato dal celebre principio di indeterminazione formulato da Werner Heisenberg, in particolare rispetto alle implicazioni gnoseologiche che questo comporta nella relazione tra soggetto osservatore e oggetto osservato. Secondo il fisico tedesco, infatti, le condizioni di possibilità affinché si possa conoscere un determinato fenomeno modificano la natura stessa del fenomeno. Ciò significa non solo che l'osservazione si presenta come un elemento di perturbazione, ma che modalità e strumenti di osservazione diversi, producendo perturbazioni diverse, restituiscono conoscenze diverse. A tal proposito, Devereux riporta l'esempio di un suggestivo esperimento mentale dove un ipotetico oggetto viene esplorato per mezzo di un bastone: a seconda di come questo venga adoperato, cambia la percezione dell'oggetto (DEVEREUX 1984: 460). Le informazioni ottenute impugnando il bastone in modo rigido saranno infatti diverse da quelle ottenute impugnandolo mollemente. Fuor di metafora, l'esperimento rimanda evidentemente al cosiddetto «problema della demarcazione», ovvero alla domanda circa i limiti e le possibilità stesse della conoscenza scientifica. Per Devereux, tuttavia, si tratterebbe di un falso problema, poiché

nessun fenomeno possiede un senso intrinseco. Non è quindi né un dato, né un'informazione: è semplicemente una potenziale fonte di dati. Diventa un dato solo quando è assegnato a, o assunto da, una scienza particolare che seleziona, tra i numerosi aspetti del fenomeno, quelli che considera pertinenti e ai quali può attribuire un senso nel proprio particolare contesto. (*ivi*: 483)

Di qui, l'idea che ogni scienza possa considerarsi anche alla stregua di un "setaccio", dove è la natura del setaccio, delle sue specifiche trame metodologiche, a selezionare e quindi a determinare le informazioni che definiscono il fenomeno stesso.

Nel campo delle scienze umane, la questione della demarcazione e soprattutto della perturbazione non rappresentano affatto un problema. Al contrario, si configurano nei termini di un vantaggio epistemologico, prerogativa qualificante del sapere etnopsichiatrico. Spostando l'attenzione dall'oggetto alle modalità di conoscenza dell'oggetto, Devereux individua nell'effetto perturbante che l'osservazione produce il materiale più prezioso per lo studio del comportamento umano. Preso atto dell'inevitabilità della perturbazione, questa non può e non deve più considerarsi come un limite o un ostacolo alla conoscenza scientifica. La soggettività, dunque, si rivela come «la via reale verso una autentica, e non fittizia, obiettività» (*ivi*: 28).

Aprire le porte alla soggettività, tuttavia, significa anche guardarsi allo specchio – «lo studio dei dati è sempre analisi di sé» (*ivi*: 44) –, esponendosi alla minaccia di continue contro-perturbazioni. La perturbazione, infatti, non riguarda solo l'oggetto osservato ma anche lo stesso osservatore, dove si traduce inevitabilmente in un senso di angoscia, a maggior ragione quando a essere osservato non è un oggetto propriamente inteso, ad esempio un elettrone, ma l'essere umano, con i suoi comportamenti, i suoi pensieri, le sue emozioni. Il materiale psicoanalitico, infatti, nelle sue diverse espressioni socio-culturali, sollecita e perturba il livello inconscio di chi vi entra in contatto. Il confronto con l'alterità risveglia l'angoscia dell'osservatore, il quale, da parte sua, cercherà di proteggersi – «ricorrendo all'omissione, all'attenuazione, alla mancata utilizzazione o all'incomprensione, alla descrizione ambigua, alla sovrautilizzazione, o al rimaneggiamento di certe parti del materiale» (*ivi*: 101) – ricorrendo, cioè, a meccanismi di resistenza e difesa che Sigmund Freud aveva interpretato come reazioni dell'analista al transfert del paziente, ovvero come deformazioni controtransferenziali. Se per il fondatore della psicoanalisi, il controtransfert rappresentava un elemento di disturbo potenzialmente rovinoso per la funzione terapeutica e doveva quindi essere scongiurato, per Devereux (*ivi*: 27) esso rappresenta «il dato cruciale di ogni scienza del comportamento». La sua analisi costituisce una ineguagliabile fonte di informazioni, proprio perché chiama in causa l'inconscio e la soggettività dell'osservatore. La comprensione della propria angoscia è dunque la chiave per aprirsi alla comprensione dell'altro. Di qui, l'assunzione dell'angoscia a vero e proprio metodo d'indagine scientifica entro il paradigma etnopsichiatrico.

Ecco allora che il contributo di Georges Devereux, nell'immaginare una etnopsichiatria complementarista fondata sull'angoscia controtransferenziale, pone le basi per un sapere terapeutico che, lungi dal tentare un'impossibile sintesi tra la dimensione psichica e quella socio-culturale, propone strumenti di indagine, interpretazione e cura capaci di accogliere entrambe le spiegazioni senza cadere in sterili riduzionismi autoreferenziali; un sapere aperto e dinamico, dunque, che a partire dal riconoscimento della differenza, possa muovere verso la ri-costruzione e la co-costruzione di un orizzonte di significato condiviso, proprio grazie all'esistenza complementare di prospettive disciplinari diverse. Per dirla con Coppo,

l'etnopsichiatria è dunque un conglomerato che, come un feticcio, è attivo fintanto che lo abitano linee di frattura e sinergie che costantemente lo scompongono e ricompongono. [...] appare come il saper-fare che muove dagli interstizi tra alterità per farle dialogare senza che nessuna venga abolita per assimilazione o negazione. In altre parole, l'etnopsichiatria è innanzitutto, per sua stessa struttura, un metodo per accogliere le diversità, per sviluppare l'aspetto generativo dei conflitti che nascono dalla loro coesistenza ed evitare che si trasformino in guerre: che si tratti di guerre tra uomini, teorie od oggetti. (COPPO 2003: 205-206)

Resta aperta, tuttavia, una domanda fondamentale: come applicare concretamente questo metodo? Ovvero, come trasformare la teoria etnopsichiatrica in una pratica clinica?

Dalla teoria alle pratiche, nel solco della tradizione francese

Se dobbiamo a Devereux l'elaborazione teorica del sapere etnopsichiatrico, il primo tentativo di applicarne la metodologia entro una specifica pratica clinica va certamente ricondotto al suo allievo e collaboratore³ Tobie Nathan. È lui, nel 1979, ad aprire presso l'ospedale di Bobigny, in Francia, la prima consultazione etnopsichiatrica dove mettere in pratica gli insegnamenti del maestro e, nel 1993, a fondare presso l'università di Parigi VIII – dove insegnava psicologia clinica e psicopatologia – un centro universitario di ricerca e formazione, dotato dell'innovativo servizio psicologico per famiglie migranti, intitolato proprio alla figura di Georges Devereux.

Il debito di Nathan verso Devereux, tuttavia, riguarda anche in questo caso più la proposta metodologica che non lo specifico contenuto teorico delle sue riflessioni. Viene dunque accolta l'idea di una psicoterapia complementarista capace di tenere insieme la dimensione psichica con quella

culturale, ma questa viene applicata – almeno secondo alcuni critici (tra gli altri, FASSIN 1999, 2000) – in modo tale da risultare troppo sbilanciata a favore della seconda, con il rischio di incorrere in derive culturaliste che, enfatizzando la cornice interpretativa locale, possono talvolta apparire eccessivamente accondiscendenti nei confronti di pratiche terapeutiche tradizionali fortemente divisive dal punto di vista etico. A prescindere da tale controversia, tuttavia, ciò che caratterizza in modo specifico il lavoro di Nathan è l'innovazione apportata alla pratica clinica, così da segnare una linea di frattura con la tradizione psicoanalitica classica. Come lo stesso Nathan riferisce, l'etnopsichiatria è «una specifica pratica clinica che ha avuto bisogno di una ridefinizione del passaggio teorico e degli abituali spazi tecnici della psicologia clinica e della psicopatologia» (NATHAN 1996: 37). Se rispetto al “passaggio teorico” Nathan riprende il contributo di Devereux nel tentativo di accogliere e valorizzare il quadro di riferimento della cultura di appartenenza e i sistemi eziologici tradizionali dei pazienti migranti, è rispetto agli “spazi tecnici” che egli inaugura la sua personale pratica etnopsicoanalitica:

tenendo conto del fatto che in clinica, come in molti altri ambiti, non è possibile alcuna innovazione senza modificare il dispositivo di raccolta dei dati [...] ho spostato l'accento e ho focalizzato la ricerca sulla costruzione del dispositivo, piuttosto che sull'elaborazione d'ipotesi generali. (*ivi*: 49)

Il dispositivo costruito da Nathan, in effetti, realizza un innovativo *setting* terapeutico, i cui punti cardine riguardano l'integrazione della lingua madre del paziente, la conseguente introduzione della figura del mediatore linguistico-culturale e l'adozione di un approccio alla cura di tipo grupale, dove partecipano professionisti provenienti da diversi ambiti disciplinari, oltre che operatori dei servizi e membri della famiglia. La lingua, anzitutto, è riconosciuta come il contenitore del mondo da cui proviene il paziente, lo strumento privilegiato tramite il quale entrare in connessione con il suo portato storico e identitario, chiave di accesso tanto per la dimensione culturale quanto per la dimensione psichica e inconscia dell'io come soggetto collettivo e sociale. La figura del mediatore, dunque, assume un valore particolare, poiché non si riduce a un semplice lavoro di traduzione linguistica, ma agisce come vero e proprio “interprete” delle categorie di pensiero dell'altro. Di qui, la sua rilevanza anche nei casi in cui il paziente sappia esprimersi perfettamente nella lingua del paese ospitante, poiché egli dev'essere «capace di discutere le connotazioni di una parola, il paradigma di un'idea o di una rappresentazione» (*ibidem*). Da questo

punto di vista, in realtà, tutti i partecipanti al dispositivo etnopsicoanalitico si configurano come “mediazioni viventi”, “coterapeuti” impegnati in un “lavoro collettivo” teso a «ricostruire il massimo dei riferimenti culturali del paziente: in primo luogo la sua lingua, ma anche le teorie implicite, le logiche interattive, i modi di fare...» (*ivi*: 56), «lasciando che le etiologie ‘tradizionali’ si svolgano fino all’evocazione della vita privata e profonda del soggetto» (*ivi*: 51).

Secondo Nathan, i vantaggi offerti da un modello terapeutico di tipo grup-pale o comunitario, in antitesi all’impostazione duale della relazione psico-analitica classica di matrice freudiana, sarebbero molteplici. Anzitutto, in ragione della multidisciplinarietà dei professionisti coinvolti, viene meno il rischio di etichettare il disturbo o la sofferenza del paziente con una diagnosi univoca. Al contrario, sono incentivate ipotesi e interpretazioni eterogenee. Ancor prima dell’identificazione delle cause del malessere, ciò «assicura una funzione di sostegno psichico e culturale. Consente infatti la circolazione di etiologie apparentemente ‘irrazionali’, senza umiliare il pa-ziente e senza costringere il terapeuta alla condiscendenza» (*ibidem*). Inol-tre, permette la decostruzione stessa della rappresentazione elaborata dal paziente e una sua ri-organizzazione di senso condiviso a partire dall’esper-ienza di gruppo. Grande rilevanza, infine, viene assegnata all’analisi del controtransfert, su cui il gruppo è chiamato a confrontarsi al fine di inda-gare gli eventuali processi di coinvolgimento emotivo in funzione dell’effi-cacia terapeutica.

La pratica etnopsicoanalitica inaugurata da Tobie Nathan ha trovato, a partire dagli anni ’90, un’ulteriore declinazione nell’esperienza della clini-ca di Marie Rose Moro. Medico psichiatra specializzata in problematiche infantili e adolescenziali tra le famiglie migranti, Moro – a sua volta allieva di Nathan – ha avviato proprio presso l’ospedale di Bobigny un servizio di consulenza etnopsichiatria dedicato in modo specifico alle seconde gene-razioni di famiglie straniere immigrate in Francia, considerate come porta-trici di un «trauma migratorio» che, per quanto “ereditato”, le porterebbe a vivere «una situazione di rottura, cioè di separazione tra il mondo di casa e il mondo della scuola o dell’esterno» (MORO 2000: 14). È rispetto a questo trauma e a questa rottura tra interno ed esterno, tra cultura delle origini e cultura della società di accoglienza che la clinica di Moro si pone come obiettivo un lavoro di riconciliazione psichica, anche preventivo, rivolto ai più giovani. Ecco allora che, per quanto riguarda il contesto francese, sin-tetizzando con le parole di Maria Luisa Cattaneo:

Devereux ha gettato le basi della teoria e del metodo dell'etnopsicoanalisi. Il suo allievo Tobie Nathan ha successivamente messo a punto il dispositivo tecnico caratteristico di questo approccio, e Marie Rose Moro lo ha sviluppato e modificato per applicarlo alle problematiche delle seconde e terze generazioni (CATTANEO 2006: 10), definendolo nei termini di una clinica transculturale.

La pratica etnoclinica del Centro Fo.R.ME

Risale al 2009 la fondazione, nella città di Bergamo, della *Cooperativa impresa sociale Ruah*, dedicata alla promozione di valori e servizi volti all'accoglienza, al dialogo e all'incontro di cittadini italiani e stranieri. È in seno a tale gruppo di lavoro che, nel 2015, prende ufficialmente vita il *Centro formazione, ricerca e mediazione* (Fo.R.ME), uno spazio etnoclinico dedicato al miglioramento di coloro che direttamente o indirettamente vivono il processo migratorio, luogo di orientamento, riflessione e cura in cui ognuno può scoprire la propria singolarità. Parallelamente ad attività formative e di ricerca, il *Centro Fo.R.ME* offre dunque servizi di cura a orientamento etnoclinico rivolti sia a enti pubblici, come i CPS, le NPI, i SERD e, più in generale, i diversi servizi socio-sanitari del territorio, sia a enti del privato sociale, come associazioni, cooperative, consorzi e fondazioni, al fine ultimo di sostenere la presa in carico di nuclei familiari di origine straniera in situazione di disagio e/o vittima di violenza.

La pratica etnoclinica si riferisce a «un'epistemologia che trae origine dall'etnopsichiatria» e si configura «come luogo di ascolto e conversazione [...]; un modello che include diverse professioni, ognuna delle quali possiede specifiche competenze: psicoterapeuti, psicologi clinici, psichiatri, antropologi, educatori e pedagogisti» (BARAZZETTI *et al.* 2018: 314). Da questo punto di vista, riprendendo una formula coniata da Marie Rose Moro (MORO 2001), il servizio etnoclinico può definirsi nei termini di un «dispositivo a geometria variabile», poiché prevede la possibilità di modificare la composizione stessa dell'équipe in base alla specificità della situazione affrontata e, soprattutto, in base alla specificità della richiesta di consulenza portata dai servizi socio-sanitari. La geometria variabile, tuttavia, riguarda anche l'identità, il posizionamento e i movimenti interni di tutti i presenti, i quali partecipano al dispositivo anzitutto come soggetti portatori di esperienze e vissuti personali specifici prima ancora che come professionisti esperti e competenti in determinate discipline. Ciò significa che la presenza entro il *setting* di cura implica una relazione dinamica e

mutevole tra i diversi operatori – oltre che tra tutti i partecipanti, utenti compresi – dove l’instabilità e la contaminazione di saperi, esperienze e prospettive diverse non solo viene promossa e attivamente ricercata, ma costituisce uno dei principi o, meglio, dei valori fondanti di questa specifica pratica etnoclinica. Essa si configura come una disciplina del movimento, un processo esperienziale in cui si attiva un potere trasformativo che rende possibile e promuove uno scambio e una contaminazione continua, dove si aprono spazi di co-costruzione di significato collettivi (FINCO 2022).

A partire da questi presupposti, che fanno leva sulla costitutiva instabilità e mobilità della pratica etnoclinica offerta dal *Centro Fo.R.ME*, si rende dunque evidente la problematicità, ma anche l’inutilità, di formulare una definizione condivisa ed esaustiva per descrivere il dispositivo etnoclinico. Per sua natura, infatti, ogni definizione circoscrive, limita, sistematizza, dunque chiude il suo oggetto entro confini stabili e sicuri, mentre la pratica etnoclinica, anche in ragione del suo approccio complementarista, si oppone alle definizioni, favorendo invece dilatazioni, sospensioni e attraversamenti di recinti e frontiere. Di fatto, il dispositivo etnoclinico ha una doppia valenza e può essere utilizzato sia per un intervento di tipo psico-sociale in favore degli operatori oppure come processo terapeutico in favore degli utenti.

Per quanto la nozione stessa di “dispositivo” rimandi inevitabilmente a quadri teorici ben precisi, che fanno riferimento anzitutto alla filosofia di Michel Foucault (1976, 2001), e sia stata successivamente rielaborata in modo specifico anche da pensatori come Gilles Deleuze (1989) e Giorgio Agamben (2006), l’utilizzo che ne fa l’équipe del *Centro Fo.R.ME* si avvicina al senso fornito da Pierre Bourdieu quando, ricorrendo alla metafora del gioco, lo interpreta nei termini di una “disposizione” – o di un *habitus* –, dunque in senso opposto rispetto a una intenzionalità razionale e consapevole: «il giocatore [...] non ha bisogno di porsi esplicitamente come fine quello che c’è da fare. Non gli occorre sapere consapevolmente quello che fa per farlo, e tanto meno [...] porsi esplicitamente il problema di sapere che cosa gli altri possono fare in risposta» (BOURDIEU 1995: 163). In effetti, secondo Fulgenzio Rossi, medico psichiatra tra i fondatori del *Centro Fo.R.ME*, la nozione di “dispositivo” rimanda proprio a «una disposizione: una disposizione a esserci e a starci, a disporsi, ma anche a non porsi lì, a porsi in un’altra ottica, nell’ottica dell’altro». Non solo: rimanda anche all’immagine del

disporre i piatti in una mensa: siamo attorno a un tavolo, e siamo lì per condividere qualcosa di nutriente e nutritivo [...]. Da quella tavola io porto

a casa qualcosa, e tutti portiamo a casa qualcosa. C'è, da un lato, un senso che resta comunque soggettivo, ma c'è, dall'altro, anche un senso collettivo, che fornisce delle trame che non sono immediatamente visibili, ma che si ripresentano negli altri incontri. Il dispositivo ha queste due risonanze dentro di me. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Si tratta di risonanze, inoltre, che trovano ulteriore eco nella declinazione etnoclinica del dispositivo, poiché se il prefisso – la “radice” – *etno* allude a una specificità locale, a uno stare lì che è quasi un'appartenenza identitaria, il suffisso “clinica” evoca lo spostamento, l'alterità, «lo sdraiarsi sul letto, ma anche il movimento di reclinarsi verso il basso, di piegarsi. *Kline*, in greco, indica la presenza di una piega, una piega senza fine. La posizione di reclinarsi crea un nuovo sguardo sull'altro» (FINCO 2022: 26). Il riferimento alla “piega”, qui, rimanda evidentemente anche al «pensiero della differenza» di Deleuze e, in particolare, alla sua interpretazione della realtà (tanto esteriore quanto interiore) come un dispiegarsi e ripiegarsi continuo di pieghe (DELEUZE 2004); una realtà a «mille piani», «rizomatica» (DELEUZE, GUATTARI 1980). Ecco allora che il dispositivo etnoclinico evoca uno spazio in cui disporsi disponendosi nella disposizione dell'altro: uno spazio, potremmo dire, della disponibilità.

È questa disponibilità, intesa come apertura all'incontro e linea di fuga allo stesso tempo, a configurare il dispositivo etnoclinico in senso orizzontale, dove il potere (di parola, di conduzione, di cura) non è prerogativa esclusiva di qualcuno, ma si rivela diffuso e transitante, accessibile in qualsiasi momento da qualsiasi partecipante al dispositivo, non solo dai membri della stessa équipe etnoclinica o dagli operatori professionali dei servizi coinvolti, ma anche – talvolta soprattutto – dai beneficiari⁴. Nelle parole di Michele Agazzi, avvocato e psicologo del *Centro Fo.R.ME*,

vi è una conduzione fluida, che cambia momento per momento [...] che si crea automaticamente o naturalmente e che muta durante il percorso dell'incontro. Ognuno si prende la responsabilità di quello che fa in un determinato momento e in quel determinato momento è il conduttore. Ma siamo tutti costantemente in ascolto per chiederci o valutare se è il momento del nostro pezzo di responsabilità. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Si tratta di una dinamica che permette di realizzare interventi psico-sociali e terapeutici al di fuori della classica relazione duale, su cui spesso si costruiscono i processi, e si discosta dalla pratica etnopsicoanalitica di Nathan e dalla clinica transculturale di Moro, entrambe sperimentazioni terapeutiche di gruppo guidate da una o più figure che assumono il ruolo di conduttori o co-conduttori dell'incontro e che, dunque, gestiscono

il potere che ne deriva orientando gerarchicamente il percorso di cura. Da questo punto di vista, l'approccio orizzontale che contraddistingue il dispositivo etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* esprime una differenza sostanziale oltre che formale. Come suggerisce Valentina Zambon, psicologa e psicoterapeuta dell'équipe,

se in altri contesti c'è un percorso clinico che deve prendere una direzione e il clinico ha un potere nel direzionare, nel dispositivo non c'è l'idea che ci sia un unico percorso valido. Si mettono insieme prospettive diverse e si costruisce insieme una strada o più strade anche. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

La circolazione del potere, il suo continuo transitare liberamente tra i partecipanti al dispositivo, comporta infatti una dinamica di co-costruzione collettiva dal basso dell'incontro etnoclinico, configurando la disponibilità a un percorso di cura fluido, aperto a movimenti spesso imprevisi eppure potenzialmente rivelatori, capaci di indicare pieghe e linee di fuga estremamente significative e auspicabilmente efficaci sia per la pratica terapeutica che nell'intervento psico-sociale. Di qui la metafora del lavoro etnoclinico nei termini di un "canovaccio", poiché rimanda a qualcosa di non finito e in-definito, a trame che devono essere ancora filate; ma rimanda anche a quelle recite teatrali in cui gli attori improvvisano le battute direttamente sul palcoscenico⁵.

Torna, di nuovo, anche il riferimento al gioco così come inteso da Bourdieu: se è infatti vero che «si gioca a un certo gioco secondo certe regole [...], pagando un certo diritto di ingresso, come avere una competenza specifica [...] indispensabile per giocare il gioco», è anche vero che è necessaria una più ampia «disposizione nei confronti del gioco, un interesse per il gioco [...], che si creda al gioco e che gli si conceda che meriti di essere giocato» (BOURDIEU 1991: 95, 98). Applicato all'incontro etnoclinico, ciò significa che, da un lato, si partecipa inevitabilmente al dispositivo in qualità di professionisti, esperti di vari ambiti con formazioni, conoscenze e competenze specifiche ma, dall'altro, che si partecipa altrettanto inevitabilmente anche a partire da appartenenze e posizionamenti personali, mettendo a disposizione ed esponendo i propri vissuti e le proprie identità (dall'età al genere, dalla religione alla lingua, e così via) al gioco delle parti. Lungi dall'essere neutrali, infatti, queste diverse variabili esprimono posizionamenti che possono essere agiti tramite la messa in scena – implicita o esplicita – di molteplici ruoli funzionali al percorso di cura, grazie all'attivazione – tanto nella persona quanto negli operatori dei servizi coinvolti, così come nei membri dell'équipe stessa – di processi

dialettici capaci di generare sentimenti di angoscia e disorientamento (cfr. DEVEREUX 1984). «Questo – secondo il dott. Rossi – si rivela un elemento molto importante, perché aiuta le persone che sono lì a confrontarsi con dei modelli che non sono esattamente sovrapponibili, ma a volte non sono neanche eccessivamente distanti» (*incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022).

Struttura, organizzazione e leve del dispositivo etnoclinico

Per quanto la pratica etnoclinica offerta dal *Centro Fo.R.ME* si sottragga a una definizione teorica precisa e non sia quindi riconducibile a un modello o a una formula prestabilita – proprio in ragione della dinamicità che lo caratterizza e dell'unicità che ogni dispositivo esprime –, il suo funzionamento risponde idealmente a un'organizzazione e a una struttura che presenta elementi distintivi, snodi ricorrenti e leve strategiche utili a innescare potenziali opportunità di cura.

Da un punto di vista formale, l'attuazione del dispositivo si articola in diverse fasi di lavoro che seguono un preciso ordine logico e che richiedono anche l'assolvimento di specifiche procedure amministrative. Anzitutto, è necessaria una richiesta ufficiale di consulenza da parte dei servizi socio-sanitari (degli enti pubblici o del privato sociale) da realizzarsi tramite la compilazione di una scheda in cui, oltre a dati anagrafici e informazioni sommarie relative al soggetto per cui viene avanzata la domanda, occorre fornire: una breve descrizione del nucleo familiare di appartenenza; l'esposizione delle principali criticità rilevate dal servizio nella presa in carico del soggetto; un tentativo di analisi e interpretazione delle ragioni indicate come potenzialmente responsabili di tali criticità; la descrizione degli interventi già proposti e adottati per cercare di risolverle; e, infine, un'ipotesi riguardo alle aspettative di aiuto riposte nel dispositivo stesso. La compilazione di questa scheda è già parte integrante dell'attivazione del dispositivo, poiché implica un'elaborazione di tipo cognitivo che obbliga a esplicitare il posizionamento dei servizi e orienta l'équipe etnoclinica rispetto al tipo di intervento da costruire, definendone il *setting* e i componenti che entreranno a farne parte.

Alla richiesta di consulenza, che nasce solitamente da una situazione di *impasse* interna ai servizi, segue un primo incontro di presentazione del caso che prevede un confronto tra l'équipe del *Centro Fo.R.ME* e i servizi stessi, senza tuttavia la presenza della persona o del nucleo familiare per il quale si chiede l'attivazione del dispositivo. Durante questo primo incontro,

l'équipe etnoclinica si dedica all'analisi della domanda che viene portata dai servizi con l'obiettivo di comprendere quanto la situazione di *impasse* sia dovuta a un reale problema della persona e non a una difficoltà dei servizi stessi nell'affrontare il caso in oggetto. Il focus dell'incontro, dunque, è ancora posto sul particolare posizionamento dei vari attori che si interfacciano con la persona, al punto che, in alcuni casi, l'intervento etnoclinico può assolvere e terminare il suo mandato già in quell'occasione, senza la necessità di proseguire il lavoro coinvolgendo la persona.

Ciò che accade già al primo incontro è che chi ha fatto la richiesta esce con una prospettiva diversa da quella con la quale è entrato, e questo a volte è addirittura risolutivo. Nelle situazioni complesse e problematiche, infatti, può accadere che chi porta il problema non si renda conto di quanto è lui stesso a generare il problema, quindi diventa fondamentale aiutarlo a cambiare prospettiva. (Rossi, *incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022)

Al termine di questo primo incontro, nel momento in cui viene accolto il prosieguo, se ne definisce il quadro: intervento psico-sociale, e in tal caso i beneficiari sono gli operatori e la persona, o intervento terapeutico per la persona, ridefinendo eventualmente la composizione dell'équipe.

Se l'intervento è psico-sociale seguono tre incontri che, oltre alla partecipazione di tutti i servizi che a vario titolo sono implicati nella presa in carico della situazione, prevedono il coinvolgimento attivo della persona o del nucleo familiare in oggetto, talvolta accompagnato da altri parenti o anche da specifiche figure di riferimento, come possono esserlo membri di associazioni culturali, sportive o religiose. Il coinvolgimento della persona nel dispositivo, inoltre, avviene tramite un ulteriore movimento di prospettive, ruoli e posizionamenti tra gli attori presenti, poiché il suo ingaggio passa attraverso un'inversione del tradizionale senso di marcia della richiesta di aiuto:

Noi ribaltiamo l'ottica per cui tu sei il portatore del problema e ti rivolgi a noi in quanto paziente. Al contrario diventi una risorsa all'interno di un contesto che viene percepito problematico da qualcuno, e chi lo percepisce come problematico si prende la responsabilità di dirlo. (Rossi, *incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022)

Da questo punto di vista, il *setting* di cura appare ancora una volta rivoluzionato, proprio perché l'intervento psico-sociale si configura in senso pluridirezionale: interessa tutti, in modi e a livelli differenti, tanto come soggetti quanto come oggetti del dispositivo etnoclinico.

Se l'intervento è terapeutico gli incontri che seguono la presentazione del caso non sono superiori a sette, ma prevedono un aggiornamento

intermedio con il servizio inviante e, come anche nel caso degli interventi psico-sociali, un ultimo incontro di *follow-up*.

In entrambi i tipi di intervento è prevista la presenza di un “referente” culturale che, a differenza del mediatore linguistico-culturale, non ha il compito di farsi ponte tra due presunti mondi in contesa quale agente falsamente neutro e, allo stesso tempo, iper-competente di una traduzione intesa come meccanico trasferimento di significati altri, ma come una figura che, emancipata da tali pregiudizi, partecipa al dispositivo etnoclinico mettendo a disposizione non solo le sue specifiche competenze linguistiche e culturali, ma anche le sue esperienze, il suo vissuto e le sue passioni come essere umano, per collaborare insieme a tutti gli altri a un esercizio di mediazione collettiva, contribuendo così alla co-costruzione di un orizzonte di senso e cura condiviso:

il mediatore è un ruolo, e quando ragioniamo in termini di ruoli, il rischio è di ingabbiare le persone dentro il mandato che quel ruolo implica [...]. Ma nel dispositivo siamo tutti persone e lasciamo che questo aspetto dell'essere umano, nella sua diversità, complessità e quant'altro, possa esprimersi pienamente. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Nella figura del mediatore, inoltre, è preminente la questione della *performance*, mentre nella referenza, la funzione è quella di testimoniare la presenza di una lingua e di essere accanto come persona (FINCO 2022).

L'ultimo incontro previsto dal dispositivo, come già accennato, è di *follow-up* tra l'équipe etnoclinica e i servizi, e si configura come un momento di formazione/riflessione sul lavoro svolto da un lato e di restituzione dei risultati raggiunti dall'altro:

è un rimettersi insieme con le persone che avevano sollecitato il nostro intervento [...]. È per noi una valutazione dell'esito, ma è anche una messa in comune di quelle che sono state le difficoltà e anche le cose evidentemente che sono andate bene. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Il dispositivo etnoclinico messo a punto dal *Centro Fo.R.Me*, dunque, si articola in una serie di incontri che si tengono presso gli spazi della Cooperativa Ruah e la cui durata, pur non essendo rigidamente stabilita, è di circa due ore. La distanza tra un incontro e quello successivo è di approssimativamente un mese.

Se, da un punto di vista formale, questa è la struttura e l'organizzazione generale – il “canovaccio”, appunto – del dispositivo etnoclinico, da un punto di vista sostanziale, dei contenuti, ogni intervento risponde alla specificità

del caso in oggetto e si esprime in modi diversi. Alcune “parti”, tuttavia, interpretano ruoli e scene riconoscibili, almeno per i membri dell’*équipe* etnoclinica, e aderiscono a una rappresentazione condivisa che, in quanto non esplicitata, resta dietro le quinte.

Dietro le quinte del dispositivo etnoclinico

Il lavoro del dispositivo etnoclinico prende forma e si esprime in modo dinamico a partire da una prassi sotto continua osservazione critica⁶, con la quale intrattiene dunque un rapporto trasformativo e di reciproco scambio.

Preferiamo partire dall’esperienza, cercare di capire cosa funziona nella pratica, sapendo che magari il giorno dopo la dobbiamo cambiare. Mentre agisco ricerco, provo a farmi un’idea e quest’idea mi orienta in una pratica, ma la pratica può cambiare le idee. Non c’è una teoria intesa come una teoria forte. Le teorie, in fondo, possono essere degli impedimenti anziché degli aiuti (Rossi, *incontro d’equipe*, 6 febbraio 2022).

A prescindere dalla valenza dell’intervento, il dispositivo etnoclinico è orientato a indagare la dimensione esistenziale del passato – «perché c’è una storia passata, la storia migratoria del viaggio in Italia, che ci ha condotto ad incontrarci» –, le questioni critiche del presente – per le quali è stata attivata la consulenza del *Centro Fo.R.ME* – e, infine, le possibili prospettive future, di apertura, verso potenziali percorsi di cura. Lungi dal definire tre fasi separate e indipendenti, tuttavia, gli scambi e le relazioni che si costruiscono tra i diversi partecipanti all’interno del dispositivo etnoclinico prendono la forma dell’estemporaneità, presentandosi come occasioni di condivisione libera entro una prospettiva del divenire che attraversa tutti gli incontri. Da questo punto di vista, l’approccio nei confronti dei partecipanti cerca di evitare un atteggiamento indagatorio ed estrattivista:

non facciamo i dentisti per cui dobbiamo strappare per forza i denti alla gente. I denti cadono anche da soli a volte, quindi cerchiamo altre strade, che non sono solo quelle della maieutica. In fondo, quello che ci interessa è conoscere un po’ meglio la persona che ci sta davanti. (Rossi, *incontro d’equipe*, 28 febbraio 2022)

Una conoscenza, anche in questo caso, reciproca e democratica, che riguarda tutti i partecipanti al dispositivo.

Di qui, l’avvio del primo incontro con un giro di presentazioni teso a condividere non solo le informazioni professionali di ciascun partecipante ma,

soprattutto, quelle più intime e personali, a partire dai nomi propri e dai loro eventuali significati, riconosciuti come uno strumento potenzialmente efficace per far breccia nel vissuto della persona, identificare elementi rivelatori della sua storia individuale, familiare e gruppale, e orientare dunque il percorso verso determinate direzioni.

Il nome definisce contemporaneamente una filiazione e un'appartenenza: una filiazione perché in fondo è stato dato da chi ti ha generato, e un'appartenenza perché ha un valore che va oltre quello della famiglia, e riguarda in qualche modo un legame con tutto il contesto di origine. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Da questo punto di vista, dunque, si rende evidente l'importanza, all'interno del dispositivo etnoclinico, del ricorso all'utilizzo della lingua vernacolare della persona e, al suo fianco, della presenza del referente linguistico-culturale. Grazie all'esegesi del nome si concretizza la possibilità di ricostruire e tracciare una storia. La lingua, in quanto risorsa individuale e collettiva, attiva processi di costruzione di significato che sono allo stesso tempo collettivi e identitari. Diventa dunque un elemento su cui lavorare, come una leva, perché indirettamente rivela il posizionamento anche psichico del soggetto, rispetto alle difficoltà di cui è portatore (FINCO 2017).

In questo senso, l'attenzione posta dall'équipe etnoclinica nei confronti dei nomi propri e, soprattutto, dei loro significati, grazie al contributo del referente linguistico-culturale, è in grado di svelare tanto una dimensione legata al fattore culturale – la parte *etno* – quanto una dimensione inerente al fattore psichico. Come ben espresso da Rosanna Cima, pedagoga che ha dedicato numerose ricerche alle pratiche di mediazione culturale, in un passo dove sembra riecheggiare il significato e la funzione del mediatore nei termini della referenza così come intesa dal *Centro Fo.R.Me*,

non si tratta solo di 'far passare' gli enunciati da una lingua all'altra, ma di precisare 'chi' parla, da 'dove' parla, in quali condizioni, in che momenti della vita [...]; rendere le parole 'pubbliche' perché esse possano modificare e modificarci, perché esse possano nuovamente ritornare nella carne di chi le ha per primo pronunciate e nelle pratiche di chi le ha ascoltate. (CIMA 2005: 116)

La cifra di questo specifico utilizzo pubblico, collettivo e anche trasformativo della lingua starebbe appunto nel tentativo di generare quelle che, per certi versi, l'antropologa norvegese Unni Wikan aveva chiamato "risonanze" (WIKAN 2009: 104) e che la stessa Cima descrive come "interferenze" (CIMA 2005: 117). Se il concetto di risonanza rimanda a stati di connessione emotiva come l'empatia paradossalmente raggiungibili solo

tramite la volontà di andare “oltre le parole”, di «impegnarsi con un altro mondo, un'altra vita, o un'altra idea [...], e di usare la propria esperienza [...] per cercare di afferrare, o di trasmettere, significati che non stanno nelle parole, nei ‘fatti’ o nei testi ma sono evocate nell’incontro di un soggetto che fa esperienza con un altro», il concetto di interferenza evoca invece «parole che possono guidare verso un intenderci, un’apertura diversa da quella *già* conosciuta».

Evidentemente, questa particolare attenzione dedicata alla lingua vernacolare della persona non si ferma al significato dei nomi propri, ma riguarda la complessità del suo discorso e delle specifiche rappresentazioni che egli stesso offre all'équipe etnoclinica, oltre che a tutti i presenti, rispetto alla situazione di malessere di cui è protagonista. Concretamente, tale impresa si configura nei termini di quello che Tobie Nathan aveva definito “bombardamento semantico” (NATHAN 1996: 51) ovvero un lavoro di messa in circolo di risonanze, interferenze, echi, traduzioni, commenti, interpretazioni e provocazioni che, a partire dalla specifica competenza professionale di ciascun membro dell'équipe, si impegna in un lavoro di disorientamento collettivo teso a modificare i diversi posizionamenti e punti di vista soggettivi alla ricerca di un nuovo significato condiviso.

Come un *oggetto attivo* – spiega Nathan –, il gruppo decostruisce la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo attraverso una sorta di bombardamento semantico di grande valore affettivo. Tutto accade, in un certo senso, come se ogni coterapeuta si impossessasse di un frammento della problematica del paziente e lo elaborasse per proprio conto davanti a lui [...]: il paziente si vede presentare una nuova riorganizzazione dei suoi elementi, strutturati a partire dall'esperienza vissuta in gruppo. (*ibidem*)

Questo “bombardamento”, dunque, si nutre delle parole della persona, le quali vengono fatte rimbalzare all'interno del dispositivo grazie al loro continuo riutilizzo e stiramento creativo entro proverbi, aforismi, modi di dire e aneddoti personali cui i diversi membri dell'équipe fanno ricorso nel tentativo di sollecitare l'emergere di coincidenze simboliche potenzialmente efficaci per attivare un processo trasformativo. Il senso di questa operazione, in fondo, consiste proprio nell'equipaggiare le persone di un repertorio linguistico da cui si possano ricavare parole, simboli, immaginari e significati nuovi utili a costruire una narrazione alternativa e, soprattutto, funzionale alla risoluzione del conflitto di cui è portatore. Un'operazione, evidentemente, che richiama alla memoria le intuizioni e le riflessioni avanzate già a metà del secolo scorso dal padre dell'antropologia strutturalista Claude Lévi-Strauss a proposito di quella che egli

stesso definì “efficacia simbolica”. Analizzando le pratiche curative degli sciamani *cuna* della foresta amazzonica, infatti, Lévi-Strauss ne ricondusse il potere terapeutico alla dimensione simbolica e rituale della parola, ovvero alla sua capacità di fornire senso e significato ai processi inconsci e disfunzionali delle persone (LÉVI-STRAUSS 1966 [1958])⁷. Da questo punto di vista, non solo «l'utilizzo delle lingue, dei miti e delle storie, sono, all'interno dell'approccio etnoclinico, un modo per entrare in relazione con l'altro, in un linguaggio familiare, e non, come si potrebbe pensare, un processo di culturalizzazione» (FINCO 2020: 238), ma prefigurano la conquista di un vero e proprio diritto al significato. La pratica etnoclinica predispone la persona ad agire il suo diritto al significato e in questo senso, il “bombardare” apre delle possibilità affinché l'altro trovi o riesca a dare un significato alla sua situazione in quel dato momento.

Insieme alla lingua e al bombardamento semantico – di cui paradossalmente è il contraltare – un'altra risorsa operativa estremamente utile cui fa spesso ricorso l'équipe etnoclinica al fine di attivare dinamiche potenzialmente trasformative è rappresentata dall'utilizzo del silenzio. Nel corso degli incontri con la persona, infatti, anche in ragione della mancanza di un conduttore principale che si faccia carico di orientare il dispositivo e gestire la presa di parola, non è raro che la parola stessa venga a mancare e resti sospesa per tempi più o meno lunghi, lasciando i presenti in una condizione di assoluto silenzio, dove sguardi, respiri e piccoli movimenti, animati dalle più diverse emozioni, prendono il sopravvento, dando talvolta l'impressione, a un giudizio inesperto, di essere incappati in un vicolo cieco. Tale impressione, di fatto, tradisce le aspettative tipiche costruite attorno a un sistema di cura strutturalmente asimmetrico, dove le istituzioni deputate alla cura si presentano e vengono considerate come depositarie di un sapere/potere infallibile, mentre i pazienti sono ridotti a soggetti del tutto passivi, destinatari impotenti di un presunto intervento salvifico e, soprattutto, unidirezionale (Losi 2020).

Ma questa cosa non ha alcun fondamento, perché nessuno ti risolve i tuoi problemi. Semmai c'è qualcuno che può stare accanto a te e sostenerti, accompagnandoti in un percorso che può anche diventare una cura, ed è questo secondo me il senso fondamentale del nostro dispositivo». (Rossi, *incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Ecco allora che il silenzio diventa un modo per dare spazio all'altro, ma anche all'altro che è dentro di me. In questa duplicità, il silenzio apre nuovi spazi, che sono spazi di riflessione e di significato, ma anche di analisi delle emozioni. D'altra parte, questi silenzi condensano più livelli di signi-

ficato sovrapposti, alcuni dei quali si giocano nel qui ed ora, mentre altri, si giocano in un tempo altro e in un altrove. Vi è un lavoro di mediazione che, come cerchi concentrici, ha effetti anche sul dopo. È come piantare un seme: il frutto non si vede, potrebbe restare latente per diverso tempo, ma c'è, e si attivano dei processi (FINCO 2017).

Da questo punto di vista, la scelta di far trascorrere un tempo relativamente lungo tra un incontro e l'altro all'interno del percorso offerto dal dispositivo etnoclinico risulta dunque funzionale a tale prospettiva e risponde al proposito di lasciar maturare i terreni, affinché quanto seminato possa dare i suoi frutti. Anche in questo caso, tuttavia – per restare nella metafora agricola –, i terreni non sono da intendersi come dominio esclusivo della persona o del nucleo familiare per il quale è stato attivato l'intervento etnoclinico, ma come patrimonio comune di tutti coloro che partecipano attivamente alla sua costruzione nell'arco dei diversi incontri. Di nuovo, qui, si ripropone un modello di intervento orizzontale, non asimmetrico, dove la responsabilità del percorso viene equamente distribuita e condivisa tra tutti i partecipanti, ciascuno dei quali – a partire dalla propria specificità professionale e personale – è chiamato a prendersi cura di una parte, contribuendo così a un lavoro di natura collettiva e cumulativa. Ecco allora che il tempo prolungato di circa un mese che separa i diversi incontri tra l'équipe etnoclinica, la persona e i servizi coinvolti aggiunge un ulteriore significato alla dimensione del silenzio, che viene a configurarsi nei termini di un oblio più o meno intenzionale e pervasivo. Se da un lato, questo tempo dilatato, oltre alla persona, impegna anche i servizi e la stessa équipe in un lavoro di riflessione e maturazione che implica la responsabilità della memoria, lo sforzo del ricordare, del tenere a mente; dall'altro, comporta anche una altrettanto significativa perdita di memoria, un dimenticare e un lasciar andare che è allo stesso tempo inevitabile fenomeno biologico, vera e propria pratica attiva e consapevole, e, anche – o soprattutto – rivelatore meccanismo di rimozione inconscia su cui interrogare le proprie dinamiche controtransferenziali.

La funzione di questo oblio è fondamentale, perché il dispositivo etnoclinico funziona come una sorta di rito iniziatico o di passaggio, dove si entra in un modo per uscirne trasformati. Da questo punto di vista la memoria è un'ancora che ostacola questo processo dinamico di trasformazione, perché vincola al passato e perpetua le identità. Il dimenticare, quindi, significa anche non perpetuare lo stigma della sofferenza o del disagio: impedisce di fissare le persone dentro categorie prestabilite e di restare ancorati a determinate rappresentazioni. (Finco, *incontro di formazione denominato "Adolescenza e migrazioni"*, Fami Migr@menti, 22 dicembre 2021)

Ecco allora che l'oblio si configura come un processo funzionale all'apertura di nuovi spazi alternativi a quelli già iscritti entro la memoria di un vissuto che costringe il presente entro confini definiti. D'altro canto, come già anticipato, l'oblio risulta funzionale anche alla rimozione di materiale psichico angosciante che, se debitamente interpellato, esplicitato e condiviso tramite un lavoro di analisi sulle inevitabili perturbazioni che interessano i partecipanti al dispositivo etnoclinico, può prefigurare la rivelazione di una nuova apertura in grado di attivare risorse potenzialmente efficaci. Il richiamo, qui, è alla funzione del controtransfert così come valorizzata da Devereux, ovvero nei termini di una preziosa fonte di informazioni che, a partire dal riconoscimento e dalla comprensione del proprio osservatorio personale e professionale quale specifica costruzione culturale, può agire come elemento critico per l'avvio di un decentramento funzionale alla decostruzione di categorie e rappresentazioni potenzialmente pregiudizievoli (DEVEREUX 1984). Lavorare sul *contratransfert* esplicita e libera forze che portano a modificare il posizionamento sul problema, la sua rappresentazione, in poche parole permette di decostruire lo sguardo che vede il problema. Attraverso il ricorso all'analisi del controtransfert, lavorando sulle proprie reazioni inconscie e mettendo in discussione il proprio punto di vista particolare, si fa dunque strada anche la possibilità di trovare uno spazio terzo dove riconoscere legittimità e diritto di cittadinanza a prospettive altre, senza che queste vengano necessariamente ridotte a espressioni di devianza psichica o di scarto culturalista.

Alla luce di tutto ciò, dunque, si rende evidente come il lavoro dell'équipe etnoclinica sia orientato tanto sulla persona – individuo o famiglia che sia –, quanto sugli operatori dei servizi socio-sanitari che lo hanno in carico e che partecipano attivamente ai diversi incontri, dal momento in cui sono questi ultimi ad aver avanzato la richiesta di attivazione del dispositivo etnoclinico con il proposito di trovare una soluzione alla problematica rilevata e uscire così dalla situazione di *impasse* che li vede coinvolti.

Di qui, per tornare a un complicato tentativo definitorio, la ragione per cui il dispositivo etnoclinico si configura esplicitamente, da un lato, come intervento terapeutico e, dall'altro, come intervento psico-sociale. Se il primo riguarda il lavoro di accompagnamento e cura rivolto alla persona o al nucleo familiare portatore di un processo migratorio talvolta gravoso sul piano delle conseguenze psico-sociali, il secondo riguarda il lavoro di sostegno e formazione rivolto proprio agli operatori dei diversi servizi sociali e socio-sanitari che hanno in carico la persona o il nucleo familiare e che, per svariati motivi, hanno sentito il bisogno di rivolgersi

all'équipe del *Centro Fo.R.ME* per uscire dalla situazione di *impasse* che li vede coinvolti.

Conclusioni

Il dispositivo etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* di Bergamo si propone come un innovativo servizio che, a seconda dell'istanza, propone un intervento psico-sociale o terapeutico potenzialmente efficace per la qualificazione e il potenziamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali impegnati nella presa in carico di situazioni particolarmente complesse, dove si manifestano difficoltà comunicative e interpretative di natura culturale dovute all'origine straniera dell'utenza.

Da questo punto di vista, il dispositivo etnoclinico rappresenta uno spazio terzo capace di fungere da raccordo tra istanze, bisogni, mandati e aspettative diverse e, talvolta, apparentemente inconciliabili. La presenza di un'équipe pluridisciplinare, che vede la partecipazione di professionisti con percorsi formativi assai diversi, è la manifestazione esplicita di questo intento, teso ad accogliere prospettive differenti ma, non per questo, autoescludentisi. L'approccio complementarista – che rimanda alla teoria etnopsichiatrica elaborata da Georges Devereux –, offre infatti la possibilità di considerare molteplici punti di vista in grado di collaborare alla definizione di altrettante potenziali vie di uscita dalla situazione di *impasse* che porta i servizi a chiedere l'attivazione e il sostegno del dispositivo stesso. Attraverso un lavoro di mediazione collettiva, in cui è richiesta la partecipazione attiva di tutte le figure presenti agli incontri – membri dell'équipe etnoclinica, operatori dei servizi e, non da ultimi, le persone per cui si chiede l'intervento –, il dispositivo è così in grado di avviare la co-costruzione di percorsi di cura che implicano la condivisione di nuovi significati e l'apertura di orizzonti di senso inediti, non riconducibili a nessuna delle rappresentazioni inizialmente portate dai singoli. Grazie a tale lavoro di decentramento degli sguardi e di riposizionamento delle diverse prospettive, inteso come decostruzione di categorie (non solo diagnostiche) fisse e immutabili – dunque potenzialmente pregiudizievoli –, l'équipe etnoclinica, per un verso, offre al soggetto o al nucleo familiare cui è rivolto l'intervento terapeutico la possibilità di trovare una narrazione alternativa per interpretare e risignificare la sua specifica situazione di sofferenza, così da poter intraprendere una via di fuga che lo aiuti nella progettazione di eventuali futuri possibili; e, per un altro verso, offre agli operatori dei diversi servizi che lo hanno in carico la possibilità di un confronto costruttivo

che, attraverso il dialogo e la compartecipazione al punto di vista degli altri, contribuisca alla maturazione di una maggiore consapevolezza rispetto alla prospettiva inevitabilmente etnocentrica che caratterizza i saperi e le pratiche di ciascun professionista. Di qui, l'auspicio che possano innescarsi dinamiche trasformative capaci di modificare anche radicalmente posizionamenti e pregiudizi determinati dal riferimento a valori, norme e ideali socialmente e culturalmente costruiti e dunque potenzialmente soggetti a rivalutazione.

Lungo tale prospettiva, la testimonianza di un'operatrice sociale che aveva richiesto l'attivazione del dispositivo etnoclinico e che, successivamente, ha partecipato ai diversi incontri previsti nel percorso psico-sociale in riferimento a una situazione ritenuta "persa", si rivela estremamente significativa ed eloquente:

Ero partita dall'idea della situazione per cui pensavo di segnalare all'autorità giudiziaria, perché tutti gli elementi portavano a quello. Tutti gli strumenti che avevo utilizzato fino a quel momento purtroppo mi portavano su quella strada, e non avevo altri strumenti, anche se mi rimaneva qualche dubbio, ma non avevo altre carte da giocare. Attraverso il dispositivo ho capito che il problema non era quello che pensavo, cioè che la capacità genitoriale c'era, e che i genitori andavano sostenuti e accompagnati da un altro punto di vista. Quella è stata la svolta. Ha funzionato veramente. Quindi per me, l'utilità vera del dispositivo sta nel guardarci con occhi diversi. (intervista privata, 22 marzo 2022)

Come sottolineato da un'altra operatrice sociale, infatti, il dispositivo propone

un diverso approccio con l'utente, un approccio davvero paritario, e aiuta a dare una visione diversa, perché a volte i nostri schemi non funzionano, sono troppo rigidi. Per me, il dispositivo è un'esperienza che innesca domande-chiave che modificano la tua pratica di lavoro, più di tutte le formazioni, perché davvero crea delle crisi nelle convinzioni. (intervista privata, 8 marzo 2022)

Il dispositivo etnoclinico elaborato dall'équipe pluridisciplinare del *Centro Fo.R.ME* si configura dunque come una preziosa risorsa a sostegno del lavoro dei servizi assistenziali e socio-sanitari pubblici, in particolare in tutte quelle occasioni in cui gli operatori si trovano ad affrontare situazioni che richiedono prese di posizione decise e potenzialmente deleterie, ingaggiando alti livelli di responsabilità individuale e altrettanto importanti carichi emotivi.

Note

⁽¹⁾ Questo articolo, di carattere prevalentemente teorico-metodologico, dove viene contestualizzato e descritto l'approccio etnoclinico elaborato dal *Centro Fo.R.Me* di Bergamo, sarà seguito da un secondo articolo di natura prevalentemente etnografica che, attraverso la presentazione e l'analisi di uno studio di caso concreto, sarà in grado di restituire la complessità e la dinamicità del dispositivo etnoclinico nella sua valenza terapeutica. L'invito è di considerare i due articoli come complementari tra loro, nell'ottica di un incessante e proficuo dialogo tra sapere teorico e pratica etnografica.

⁽²⁾ Il progetto "Families. Rafforzare i legami territoriali per sostenere famiglie vulnerabili" è stato attivato presso gli Ambiti Territoriali di Romano di Lombardia e Treviglio, nella provincia di Bergamo, grazie alla partnership tra: *Azienda speciale consortile Solidalia*, *Azienda speciale consortile risorsa sociale Gera d'Adda*, *Cum Sortis SOL.CO Bassa Bergamasca società cooperativa familiare*, *Cooperativa impresa sociale RUAH* e *Università degli Studi di Milano-Bicocca*. Obiettivo del progetto, finanziato dal *Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione* (FAMI 2014-2020) è stato quello di promuovere il rafforzamento delle reti territoriali del settore pubblico e del privato sociale attraverso l'integrazione delle strategie, delle competenze professionali e dei servizi sociali messi in campo. Le attività di ricerca condotte dall'*Università degli Studi di Milano-Bicocca* nella persona del dott. Raúl Zecca Castel, sotto il coordinamento e la supervisione scientifica della prof.ssa Alice Bellagamba, hanno riguardato diverse attività progettuali: tra queste, anche la pratica etnoclinica del *Centro Fo.R.Me* (diretto dalla dott.ssa Rita Finco) della *Cooperativa Ruah* di Bergamo, quale intervento sperimentale potenzialmente efficace nel sostenere il lavoro dei servizi pubblici assistenziali impegnati nella presa in carico di nuclei familiari di origine straniera. L'osservazione partecipante che ha caratterizzato le prime fasi della ricerca si è trasformata in una sempre maggiore collaborazione attiva tra il ricercatore e l'équipe etnoclinica, attraverso la condivisione reciproca di idee e riflessioni, fino al coinvolgimento diretto del ricercatore come ulteriore membro dell'équipe etnoclinica stessa. Di qui, la partecipazione di Raúl Zecca Castel agli incontri che l'équipe realizza periodicamente per confrontarsi sugli aspetti metodologici che caratterizzano la pratica etnoclinica. Questi incontri, videoregistrati, sono serviti da base etnografica per la raccolta delle citazioni riprodotte in questo articolo. Da ultimo, gli autori esprimono il loro sentito ringraziamento alla prof.ssa Bellagamba per aver reso possibile questa proficua collaborazione umana e professionale.

⁽³⁾ Insieme danno vita alla rivista scientifica "Ethnopsichiatria" (1978-1981), edita da *La Pensée Sauvage* (FR) e dedicata a temi di psicologia e psicoanalisi in prospettiva culturale.

⁽⁴⁾ Di qui in avanti, al termine "beneficiario" si privilegerà l'utilizzo del termine "persona", sia perché beneficiari dell'intervento etnoclinico lo sono tutti i partecipanti, sia perché il termine beneficiario può assumere connotazioni stigmatizzanti, riducendo la persona a soggetto passivo.

⁽⁵⁾ Non è un caso, d'altra parte, se in lingua inglese "giocare", "recitare", "mettere in scena" e "interpretare una parte" siano tutte azioni accolte in un unico verbo: *to play*, e che il sostantivo *play* indichi tanto un gioco quanto una recita teatrale.

⁽⁶⁾ Di qui la richiesta, del *Centro Fo.R.Me*, di dedicare una parte dell'azione di ricerca prevista dal progetto "Families" al servizio etnoclinico.

⁽⁷⁾ A tal proposito si consideri il seguente passaggio: «lo sciamano fornisce alla sua ammalata un linguaggio nel quale possono esprimersi immediatamente certi stati non formulati, e altrimenti non formulabili. E proprio il passaggio a questa espressione verbale (che permette nello stesso tempo di vivere in forma ordinata e intelligibile un'esperienza attuale, ma che sarebbe, senza quel passaggio, anarchica e ineffabile) provoca lo sbloccarsi del processo fisiologico, ossia la riorganizzazione, in un senso favorevole, della sequenza su cui la malata subisce lo svolgimento» (LÉVI-STRAUSS 1966: 222).

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2006), *Che cos'è un dispositivo?*, Nottetempo, Roma.
- BARAZZETTI A., BARBETTA P., PRESSATO P., FINCO R., ROSSI F., FORME C. (2018), *Ethnoclinic: Languages, Migrations, Identities*, pp. 314-321, in *Migrazioni, Pace e Sviluppo. Nuove sfide e nuovi attori nella cooperazione internazionale per lo sviluppo in Italia*, V Congresso CUCS, Milano, 14-15 settembre 2017, Università degli studi di Torino, Torino.
- BOURDIEU P. (1991), *Les juristes, gardiens de l'hypocrisie collective*, pp. 95-99, in CHAZEL F., COMAILLE J. (a cura di), *Normes juridiques et régulation sociale*, LGDJ, Collection Droit et société, Paris.
- BOURDIEU P. (1995 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- CATTANEO M.L. (2006), *Elementi di base della clinica transculturale*, pp. 9-23, in *Quaderno di formazione alla clinica transculturale*, Comune di Milano e Cooperativa Sociale Crinali onlus, Milano.
- CIMA R. (2005), *Abitare le diversità: pratiche di mediazione culturale: un percorso fra territorio e istituzioni*, Carocci, Roma.
- COPPO P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P., CARDAMONE G., INGLESE S. (1996), *Etnopsichiatria: un manuale per capire, un saggio per riflettere*, Il saggiatore, Milano.
- DELEUZE G. (2002 [1989]), *Che cos'è un dispositivo?*, Cronopio, Napoli.
- DELEUZE G. (2004 [1988]), *La piega. Leibniz e il Barocco*, Einaudi, Torino.
- DELEUZE G., GUATTARI F. (1980), *Mille piani*, Castelvecchi, Roma.
- DEVEREUX G. (1975), *Préface*, "Perspectives psychiatriques", Vol. 4 (53): 251-253.
- DEVEREUX G. (1978), *L'Ethnopsychiatrie*, "Ethnopsychiatria", Vol. 1 (1): 7-13.
- DEVEREUX G. (2007 [1970]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma.
- DEVEREUX G. (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma.
- FASSIN D. (1999), *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, "Genèses", Vol. 35: 146-171.

- FASSIN D. (2000), *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*, "L'homme", 153: 231-250.
- FINCO R. (2017), *Désaffiliations et affiliations des jeunes migrants d'Afrique de l'Ouest en Italie. Parcours de talibés*, tesi di dottorato.
- FINCO R. (2020), *Sguardi disabili di una cultura dominante. Prospettive etn cliniche*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 50: 223-245.
- FINCO R. (2022), *Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile e narrazioni possibili: l'orizzonte etn clinico*, Ombre Corte, Verona.
- FOUCAULT M. (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (2001), *Dits et écrits. Vol. II, 1976-1988*, Gallimard, Paris.
- LAPLANTINE F. (2002), *Pour une ethnopsychiatrie critique*, "VST-Vie sociale et traitements", vol. 1 (73): 28-33.
- LÉVI-STRAUSS C. (1966 [1958]), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.
- LOSI N. (2020), *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*, Quodlibet Studio, Roma.
- MORO M.R. (2000), *Seminario introduttivo alla clinica transculturale*, Cooperativa Sociale Crinali onlus, Ospedali San Carlo e San Paolo di Milano. <http://www.crinalli.org/wp-content/uploads/2015/02/Introduzione-alla-clinica-transculturale.pdf>. (consultato il 18 novembre 2022).
- MORO M.R. (2001 [1998]), *Bambini immigrati in cerca di aiuto: i consultori di psicoterapia transculturale*, Utet, Torino.
- NATHAN T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- QUARANTA I., RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- SPIRO M.E. (1969), *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, "American Anthropologist", Vol. 71 (1): 95-97.
- WIKAN U. (2009 [1992]), *Oltre le parole. Il potere della risonanza*, pp. 97-134, in CAPPELLETTO F. (a cura di), *Vivere l'etnografia*, SEID, Firenze.
- YAP P.M. (1967), *Classification of the Culture-bound Reactive Syndromes*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", Vol. 1(4): 172-179.

Scheda sugli Autori

Raúl Zecca Castel è nato a Milano nel 1985. Ha conseguito un dottorato in Antropologia Culturale e Sociale presso l'*Università degli Studi di Milano-Bicocca*, dove è attualmente assegnista di ricerca. È docente a contratto presso l'*Accademia di Belle Arti Santa Giulia* di Brescia e l'*Università degli Studi di Milano-Statale*. I suoi interessi riguardano l'antropologia della schiavitù e di genere, l'antropologia visiva e dell'arte, soprattutto in area caraibica, dove ha condotto ricerche etnografiche a partire dal 2013. È autore dei libri *Come schiavi in libertà. Vita e lavoro dei tagliatori di canna da zucchero haitiani in Repubblica Dominicana* (Edizioni Arcoiris, 2015), *Mujeres. Frammenti di vita dal cuore dei Caraibi* (Edizioni Arcoiris, 2020) e *Mastico y Trago. Donne, famiglia e amore in un batey dominicano* (Editpress, 2022). Nell'ambito del progetto "Families. Rinforzare legami

territoriali per sostenere famiglie vulnerabili” (FAMI 2014-2020) ha svolto ricerche di antropologia applicata inerenti al lavoro dei servizi assistenziali e socio-sanitari della provincia di Bergamo, avviando una collaborazione con il *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo.

Rita Finco è nata a Ponte San Pietro (BG) nel 1976. È Ph.D in Psicologia clinica e in Antropologia sociale e culturale all’*Università di Parigi XIII* e all’*Università degli Studi di Milano-Bicocca*. I suoi interessi spaziano dall’antropologia medica ai migration studies, dai processi di mediazione comunitari alle pratiche di cura in area sub-sahariana. È autrice dei libri *Maîtres et disciples: Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe* (La Pensée Sauvage Éditions, 2020) e *Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile e narrazioni possibili: l'orizzonte etnoclinico* (Ombre Corte, 2022). Attualmente dirige il *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo. È professore a contratto presso l’Università di Bergamo e Bolzano, ricercatrice associata presso l’unità di ricerca “Méthodes et cultures”, INSERM di Parigi-Sorbona e membro del Laboratorio di Ricerca Partecipata Saperi Situati dell’Università di Verona.

Riassunto

Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.ME. Tra storia, teoria e metodo

Questo articolo ricostruisce e analizza la storia, la teoria e il metodo della pratica etnoclinica del *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo a partire da un lavoro collaborativo di ricerca-azione che lo ha visto coinvolto insieme all’*Università degli Studi di Milano-Bicocca*. Obiettivo dell’articolo è di rendere fruibile il significato di questa pratica psico-sociale e terapeutica ai professionisti dei servizi assistenziali e socio-sanitari a cui è rivolta.

Parole chiave: complementarismo, pratica del movimento, dispositivo etnoclinico, servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, Centro Fo.R.ME

Resumen

El dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.ME. Entre historia, teoría y método

Este artículo reconstruye y analiza la historia, la teoría y el método de la práctica etnoclinica del *Centro For.R.ME* de la *Cooperativa Ruah* de Bergamo a partir de un trabajo de investigación-acción colaborativo realizado con la *Universidad de Milán-Bicocca*. El objetivo del artículo es hacer accesible el significado de esta práctica psicosocial y terapéutica a los profesionales de los servicios asistenciales y sociosanitarios a los que se dirige.

Palabras clave: complementariedad, práctica del movimiento, dispositivo etnoclinico, servicios sociales de bienestar y salud, Centro FOR.R.ME

Résumé

Le dispositif ethnoclinique du Centre Fo.R.ME. Entre histoire, théorie et méthode

Cet article reconstruit et analyse l'histoire, la théorie et la méthode de la pratique ethnoclinique du *Centre Fo.R.ME* de la *Coopérative Ruah* de Bergame, à partir d'un travail de recherche-action qui a été effectué en collaboration avec l'*Université de Milan-Bicocca*. L'objectif de l'article est de rendre accessible le sens de cette pratique psychosociale et thérapeutique aux professionnels des services de soins et socio-sanitaires auxquels elle s'adresse.

Mots clés: complémentarité, pratique du mouvement, dispositif ethnoclinique, services d'aide sociale et socio-sanitaire, Centro Fo.R.ME

