

Psichiatria e culture: un'esperienza di accoglienza e cura dei migranti forzati

Laura Arduini - Silvia Landra *

Traumi e ancora traumi

La condizione di migrante forzato non è di per sé patogena: molti riescono a superarla integrandosi efficacemente nel nuovo tessuto socioculturale in cui si trovano a vivere. È però noto come la ripetizione dei traumi aumenti il rischio di disturbi mentali severi che inficiano le capacità di adattamento nei Paesi ospiti e possono avere effetti disabilitanti a lungo termine.

Nell'esperienza migratoria di profughi e rifugiati si è soliti distinguere tre fasi separate: premigratoria, migratoria e postmigratoria¹. Nella prima (avente luogo nel Paese d'origine) tendono a concentrarsi un gran numero di vissuti traumatici che spingono la persona alla drammatica decisione di lasciare tutto per trovare scampo altrove: violenze associate alle guerre, minacce, persecuzioni, abusi sessuali, reclusioni, tortura, deprivazione, scomparsa/morte di persone care, troncamento dei legami familiari, perdita degli affetti, della posizione economica e del ruolo sociale, disastri ambientali, carestie, epidemie.

* Psichiatre.

¹ Cf ANCI - Cittalia - Servizio centrale dello SPRAR Ministero dell'Interno, Parte I a cura di G. Santone - A. Dell'Erba - F. Gnolfo - K. Jeger - M. Volpatti, *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, Varigrafica Alto Lazio, Nepi (VT) 2020, <https://ec.europa.eu>.

La fuga e il viaggio (fase migratoria) sono spesso eventi traumatizzanti per l'impossibilità di avvisare i familiari, la permanenza prolungata in campi profughi, la malnutrizione, le aggressioni, la morte dei compagni di viaggio, lo sfruttamento e le violenze, la detenzione nei Paesi di transito.

Giunti finalmente nel Paese che spesso non hanno scelto, i migranti si ritrovano a vivere un vero e proprio "shock culturale" in un contesto definito da norme, abitudini e stili di vita diversi da quelli conosciuti, in situazioni di precarietà abitativa e povertà, di discriminazione e marginalizzazione. Pur versando in condizioni psicofisiche scarse, incontrano seri ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno e difficoltà importanti nell'impostare e seguire la procedura di richiesta di protezione internazionale (complessità dei passaggi, durata eccessiva, esito incerto, respingimenti, rimpatri). Con tutta evidenza, anche la fase postmigratoria può implicare un carico traumatico non indifferente.

Mazzetti² e Beneduce³ sostengono che la migrazione sia un trauma in sé e agisca come evento ritraumatizzante per migranti forzati che hanno già subito insulti psichici potenti, con tre modalità principali:

- creazione di un contesto che tende a spogliare di una appartenenza culturale: lo stress da transculturazione agisce in modo più profondo e violento nel paziente che sta già soffrendo di una crisi della propria identità culturale, che è stato "deculturizzato" dalle violenze, dai sovvertimenti sociali e/o dalla tortura;
- solitudine sociale: spesso il richiedente asilo viene alloggiato in luoghi in cui è riunito con altre persone solo in base al fatto di condividere con queste uno status giuridico, in genere privato delle sue relazioni più intime. Si trova quindi a convivere con individui di cui non parla la lingua e non comprende le

² Cf M. Mazzetti, *Trauma e migrazione. Un approccio analitico transazionale a rifugiati e vittime di tortura*, in «Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane», 49 (2008), <https://www.psychomedia.it/>; M. Mazzetti, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma 2003.

³ Cf R. Beneduce, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano 2004; R. Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.

abitudini, il che accentua la sua percezione di isolamento e di estraniamento dall'ambiente circostante;

- esposizione a stimoli scatenanti: i primi contatti con la terra ospite avvengono spesso con militari o forze di polizia, e l'esposizione alle divise può essere – in soggetti con aumentato *arousal* tipico del PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) – uno stimolo ansiogeno violento, se hanno imparato a temerle. Anche i centri in cui i richiedenti asilo sono ospitati, che a volte sono strutturati come luoghi di detenzione (reclusione degli ospiti, sbarre alle finestre), possono costituire una situazione ritraumatizzante per chi ha sperimentato la segregazione. Allo stesso modo, le procedure alle quali viene sottoposto il richiedente asilo (ad es. interrogatori ripetuti) possono riproporre alla psiche qualcosa di già vissuto, se il soggetto ha subito detenzioni e interrogatori di polizia. Non va dimenticato che questi fatti si verificano in una situazione emotiva difficile, perché l'iter della richiesta di asilo politico è talvolta lungo e minato dal continuo terrore di essere rinviiati nel Paese d'origine. Considerazioni analoghe valgono anche per procedure apparentemente innocue, come una visita medica: nelle vittime di tortura esporre il proprio corpo nudo a persone vestite ed essere manipolato da estranei possono scatenare crisi d'ansia improvvise.

Fermarsi in una casa

La Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani è una struttura di accoglienza sorta a Milano nel 2004, con l'intento di dare una risposta ragionata e integrata ai bisogni delle persone in condizioni di grave marginalità sociale. Attraverso una struttura che può ospitare fino a 140 persone e in cui lavorano circa 80 operatori e altrettanti volontari stabili, la Casa della Carità realizza progetti personalizzati di accompagnamento e di cura attuati da una *équipe* multidisciplinare, avvalendosi di competenze educative, sociali, cliniche, psichiatriche, giuridiche e relazionali, volte alla tessitura di nuove reti sociali. Oltre a interessare la struttura principale situata in un quartiere periferico di Milano, l'ospitalità residenziale riguarda anche una rete

di appartamenti su tutto il territorio cittadino. L'ospitalità è in parte gratuita e in parte convenzionata con le istituzioni. In ogni caso, le attenzioni sono le stesse per tutti e includono in modo particolare la risposta ai bisogni di salute mentale.

Tutto questo è perseguito con modalità che sono in linea con il carattere relazionale e tecnico del lavoro e con la multiproblematicità del campo d'intervento, la quale negli ultimi anni è diventata sempre più complessa, complice anche l'ospitalità di migranti in condizioni psichiche compromesse. L'aumento dei migranti arrivati in Italia ha fatto sì che anche a Milano crescesse la domanda di accoglienza per persone richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale con particolari fragilità psichiche e fisiche. Di fronte a questo bisogno, la Casa della Carità risponde nel quadro della Rete Milanese Vulnerabili, stipulata con il Comune di Milano nel 2013 e dedicata specificamente a soggetti con patologie complesse, vittime di violenze o torture. Inoltre, partecipa ad un progetto, avviato nel 2014, nell'ambito della convenzione SPRAR disagio mentale che fa capo al Ministero dell'Interno.

Attraverso l'ospitalità si punta a creare una rete di attenzioni tra diversi soggetti pubblici e privati, mantenendo la titolarità pubblica del progetto di cura nel riconoscimento dei diritti di salute che sono di tutti. In quest'ottica, gli operatori della Casa lavorano a stretto contatto, da un lato con il Centro di Consultazione Etnopsichiatrica dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, dall'altro con la Questura di Milano e il Laboratorio di Antropologia e Odontologia Forense (LABANOF) dell'Università degli Studi di Milano. La collaborazione con quest'ultimo ente è particolarmente significativa perché mira ad accertare le torture subite dalle persone ospitate, in vista della valutazione della domanda di protezione internazionale.

L'intreccio di accoglienza e cura

La Casa promuove una serie di attività diurne ampie ed eterogenee che comprendono: un centro d'ascolto, docce e guardaroba, lo sportello di tutela legale e di inserimento lavorativo, il corso di italiano, gli ambulatori (per l'assistenza medica, la cura psichiatrica, il supporto di consulenze specialistiche). Accedono ai servizi offerti

non solo gli accolti ma anche numerose persone che gravitano sulle strade e sui luoghi della precarietà abitativa milanese (case fatiscenti, baraccopoli, giacigli posticci). I migranti, salvo eccezioni, non arrivano direttamente ma in una seconda accoglienza, quando già riconosciuti come vulnerabili. Ad essi sono rivolte particolari energie perché trovino un contesto di accoglienza, familiarità e riconoscimento. Ci si può domandare come sia possibile sperimentare questi connotati in un luogo tanto variegato e attraversato da molteplici umanità in stato di bisogno. Eppure, il clima complessivo che fa sentire ciascuno benvenuto consente anche ai più sofferenti di non avvertire una babele confusiva ma una casa di fratelli e amici. Negli anni si è sperimentato che la cura di questo tratto distintivo dello stare in Casa della Carità si è rivelata fattore terapeutico imprescindibile.

In una *prima fase*, che può durare anche diversi mesi, ci si concentra soprattutto sui bisogni primari, sui percorsi di regolarizzazione giuridica, sul dare cura e sollievo ai sintomi fisici e psichici, sul favorire la graduale conoscenza del contesto, sull'apprendimento della lingua e sulla ricerca di tempi e spazi personali, sulla scelta che viene lasciata all'ospite di alcune persone di riferimento tra operatori e volontari con i quali sviluppare un rapporto di maggiore confidenza.

L'impossibilità di utilizzare, in un primo momento di accoglienza, le parole per raccontarsi (per paure e imbarazzo, ma anche per la barriera linguistica) ha fatto sì che nascessero percorsi sperimentali e creativi per facilitare la comunicazione, ad es. un laboratorio artistico sull'autoritratto rivolto a giovani migranti, e uno spazio per le donne dove ritrovarsi a cucire sulla stoffa il racconto del viaggio migratorio, creando un arazzo fatto di tante strisce con i simboli e i colori che parlano delle traversie del percorso di fuga.

A volte i sintomi si presentano anche a distanza di tempo: un ragazzo ganese, che poche settimane dopo il suo arrivo in Italia ebbe la possibilità di intraprendere (presso un servizio specializzato di Milano) una psicoterapia con operatori esperti nel trattare il delicato tema delle torture subite, trascorse poi più di un anno in Casa della Carità in situazione di relativo benessere, riconoscendo una ritrovata calma e voglia di vivere, intessendo relazioni significative e raggiungendo una posizione stabile come falegname. All'improvviso, durante l'esecuzione di un lavoro, fu colto da attacchi di panico, e

gradualmente sviluppò un'ostinata insonnia legata alla paura di non essere efficiente nella bottega, cominciando anche a perdere peso poiché non si alimentava regolarmente. Nel confronto approfondito si colse il riaffiorare dell'esperienza drammatica della tortura, da lui subita anche con oggetti metallici, probabilmente rievocata dall'utilizzo di alcuni attrezzi da lavoro. La tempestività dell'intervento che cerchiamo di offrire si traduce nella prontezza con la quale si raccolgono i segnali di sofferenza del soggetto e si propongono strumenti personalizzati per affrontarli.

Non di rado sono le crisi a determinare l'entrata in una *seconda fase* del percorso: la gestione dell'emergenza apre alla possibilità di un dialogo più approfondito con alcuni operatori di riferimento, in certi casi viene proposta una psicoterapia con un *setting* definito, a tutti si offre molta disponibilità all'ascolto. Con le persone che hanno subito tortura o violenze e che sentono di non potersi fidare più di nessuno, si accompagna con pazienza il faticoso passaggio dalla diffidenza alla fiducia. Il trovarsi nella stessa casa per periodi significativi permette all'ospite di concedersi del tempo per reperire il modo e la forza di parlare di sé.

La *terza fase* del percorso riguarda i passi necessari per consentire l'abitare dignitoso di ogni migrante nel tessuto sociale. Comporta l'accompagnamento nella ricerca di una abitazione e del lavoro ma anche l'incremento di una rete significativa di relazioni.

Luoghi, stile, sperimentazioni di metodo

Le linee guida del 2017⁴ si soffermano sull'idoneità degli spazi dell'accoglienza, sul valore della relazione tra operatori e soggetti che hanno subito tortura e sull'importanza di un approccio multidisciplinare integrato. Si dice che

non esiste un modello standard, né è prescrivibile un determinato assetto. Sicuramente la presa in carico di vittime di tortura pone la necessità di integrare funzioni, e quindi professionalità sanitarie, sociali e giuridiche e di coordinare le attività anche in relazione ai servizi del territorio.

Sulla base della nostra esperienza di accoglienza e cura, crediamo che la linearità di tale affermazione sia confermata se sono soddisfatti alcuni criteri che cerchiamo di tenere presenti nel lavoro in Casa della Carità:

- ✓ la *contiguità spaziale* nell'offerta di risposte di tipo diverso, almeno nelle prime fasi dell'intervento. È cruciale che i migranti possano riconoscere un luogo ben inserito nel territorio nel quale, alla molteplicità di problemi che portano, corrispondano risposte non semplificanti ma rispettose della complessità, senza dover percorrere uno sfinente iter burocratico per le vie della città;
- ✓ la *competenza* articolata e trasversale degli operatori delle singole aree: medici che conoscano la normativa, giuristi che sappiano trattare con persone fragili, assistenti sociali esperti in più settori, educatori attenti alle politiche e alle dinamiche transculturali, ecc.;
- ✓ la *personalizzazione* dei progetti e dei percorsi. Ogni persona deve essere considerata per la singolarità della propria storia e dei suoi bisogni: a nessuno si applica un tempo standard di permanenza o una sequenza di risposte già decisa a tavolino;
- ✓ la *tempestività* della risposta sia in emergenza, come ovvio, sia di fronte alla comparsa di una esigenza nuova o di una potenzialità prima nascosta da parte del soggetto, con una buona capacità di riorganizzarsi e trovare soluzioni creative a nuove richieste;
- ✓ la *flessibilità* delle forme di accoglienza, soprattutto per le persone molto fragili e vulnerabili, permettendosi di passare rapidamente da forme di vita comunitaria più monitorate a forme abitative che favoriscano una autonomia sempre maggiore, ma pronti a cogliere le ricadute e le regressioni.

Nel contesto di Casa della Carità si ha particolare cura di fornire a tutti gli operatori spazi di confronto individuale con altri più esperti in caso di difficoltà e di emergenze, e si offre una periodica supervisione di gruppo di taglio educativo, psicologico e sociale. Si favoriscono cambiamenti anche frequenti di ruoli e mansioni, aspetto ritenuto protettivo per prevenire lo sviluppo di *burn out*.

L'intreccio di accoglienza e cura, non senza difficoltà

Per sottolineare alcuni aspetti dell'applicazione dei criteri enunciati, ma anche le difficoltà prevalenti nel lavoro con i migranti che presentano quadri particolarmente segnati dal disturbo psichico e dalla frammentazione della rete di aiuto, ci affidiamo a due storie emblematiche.

Zirak e la diagnosi in età adulta

Zirak, giovane ragazzo pakistano di 22 anni, arriva a Milano con la madre e la sorella dopo un lungo ed estenuante viaggio. Viene ospitato nell'agosto 2016 e fin da subito si evidenzia la grave sofferenza del ragazzo che non riesce ad adattarsi alla convivenza con altre persone, sviluppando uno stato continuo di agitazione psicomotoria, un'insonnia ingravescente e la necessità della presenza della propria madre accanto a lui giorno e notte. È perennemente angosciato, urla, non si lascia avvicinare; spesso è aggressivo anche con la mamma e la sorella. Viene offerta al nucleo familiare la possibilità di trasferirsi in un piccolo bilocale cosicché, in una situazione di maggiore protezione e isolamento, finalmente gli operatori della salute possono avvicinarlo e proporgli innanzitutto una terapia psicofarmacologica idonea a tranquillizzarlo.

Dal racconto della madre emerge che lei e i due figli minori sono fuggiti dal Pakistan dopo che il marito, avendo ricevuto delle minacce in quanto funzionario pubblico, si era rifiutato di falsificare dei documenti. A causa di ciò la famiglia si è smembrata: marito e figlia maggiore sono rimasti in Pakistan, lei e i due minori sono venuti in Italia. La decisione di migrare in Europa porta con sé anche il desiderio di poter offrire a Zirak la possibilità di una miglior qualità di vita poiché, nel Paese d'origine, il ragazzo non è più in grado di proseguire la frequentazione scolastica in quanto bullizzato e discriminato. La madre da sempre nega la gravità della patologia del figlio, tanto che non ha mai effettuato alcun percorso per definire una diagnosi e tentare una cura. Racconta che il figlio è nato pretermine e che, a causa di questa prematurità vissuta come uno stato di estrema fragilità, nei primi mesi lo lasciava in culla e lo prendeva in braccio solo al

momento della poppata. All'età di circa un anno, Zirak subisce un trauma cranico scivolando dal tetto terrazzato della casa mentre è in braccio alla madre. Rimane in coma a lungo. La breve descrizione delle tappe evolutive del bambino depone per un deficit di maturazione e un ritardo psicomotorio. Zirak non è mai lasciato solo anche quando si trova nel proprio Paese d'origine: la madre ed il padre si alternano nelle cure e nell'assistenza del figlio tutto il giorno. Il ragazzo frequenta la scuola dove la madre insegna e poi, a causa del deficit intellettivo che non gli permette di proseguire gli studi, rimane a casa e vive in condizione di scarsissima autonomia. Non appare totalmente privo di capacità di relazione e comunicazione, ma necessita di punti di riferimento che lo rassicurino e lo facciano sentire protetto.

Si pone innanzitutto l'urgenza di formulare una diagnosi per attivare tutte le risorse necessarie ad iniziare un percorso di cura per Zirak e di integrazione per tutti i componenti della famiglia. Si evidenzia anche la necessità di aiutare la madre a comprendere ed accettare la gravità della patologia del figlio, ridimensionando le speranze di un viaggio migratorio tanto difficile e doloroso.

Per l'*équipe* si tratta di affrontare un problema spinoso: chi può fare diagnosi ad un ragazzo di 22 anni con un disturbo insorto nell'infanzia e mai diagnosticato, probabilmente correlato a problematiche perinatali ed evolutive? I servizi di neuropsichiatria infantile non accettano il caso perché fuori *target* d'età; il servizio di psichiatria territoriale, adatto per età anagrafica, si dice non competente per il tipo di diagnosi. È evidente l'anomalia del caso, poiché in Italia in queste situazioni la diagnosi è precoce, è formulata in età infantile e si attuano percorsi di scolarizzazione e trattamento idonei. Oltretutto, Zirak parla urdu e un inglese non eccellente, per cui l'eventuale valutazione testale necessaria a porre diagnosi si presenta difficile a causa della barriera linguistica.

Anche il tentativo di utilizzare un servizio di Psicologia dello Sviluppo presso un presidio ospedaliero universitario si dimostra macchinoso e con tempi d'attesa molto lunghi se effettuato in regime di convenzione, troppo costoso in regima di solvenza. Si rende pertanto urgente trovare una modalità alternativa che consenta di formulare la diagnosi, così necessaria per accedere ad un percorso di cura e riconoscimento del deficit, e fare in modo che tale diagnosi sia for-

mulata da un servizio pubblico. Attraverso la collaborazione di un centro territoriale di etnopsichiatria e la disponibilità di una collega neuropsichiatra sensibile alle problematiche dei migranti, si ottiene la tanto agognata diagnosi: Sindrome da disadattamento (ICD 10 F 43.2); Ritardo mentale lieve (ICD 10 F 70); Sospetto di Sindrome da x fragile, da approfondire con opportune analisi genetiche; Perdita di una relazione affettiva (Z 61.0); Emigrazione (Z 60.3); Disabilità Sociale Grave.

Dopo alcune settimane Zirak ha iniziato a frequentare un centro per soggetti disabili, beneficiando della presenza di operatori competenti e della condivisione con i propri pari, con i quali sta iniziando un'esperienza di socializzazione protetta. L'oggettiva ridottissima autonomia non esclude la possibilità di individuare luoghi e attività idonee perché il giovane possa progredire, limitando al massimo l'esperienza della frustrazione e dell'angoscia. Si sta rivelando di grande importanza la presa in cura della mamma e il suo accompagnamento a comprendere la gravità del figlio, utilizzando la diagnosi scritta di Zirak come un punto di ripartenza attorno al quale riorganizzarsi nella conoscenza di sé e nell'impostazione della vita familiare.

Isaac e la complessità della psichiatria

Isaac viene accolto in Casa della Carità nel giugno del 2013, proveniente dalla CPA Terraferma di Livorno, all'interno del progetto SPRAR disagio mentale. È un ragazzo di 20 anni, nigeriano, arrivato in Italia nel maggio 2005 e quasi subito ricoverato per la prima volta presso l'SPDC di Livorno a causa di un confuso stato mentale, e poi una seconda volta nelle settimane successive per aver lanciato oggetti fuori dalla finestra in strada, in un contesto di allucinazioni uditive e spunti deliranti di persecuzione e riferimento.

Anche l'inserimento in Casa della Carità è presto segnato per Isaac da una lunga serie di ricoveri in psichiatria. Agli operatori è chiaro fin da subito che si tratta di una presa in cura complessa e gravosa, carica di punti di domanda e di sentimenti di impotenza: alla dimissione da ogni ricovero, mai in stato di soddisfacente compenso psicopatologico, la situazione si mostra, nel giro di pochi giorni, pressoché invaria-

ta. In lui sono una costante gli atteggiamenti improntati all'ascolto di dispercezioni uditive e i comportamenti di allontanamento e fuga; fa solo brevi apparizioni in Casa della Carità, con discontinuità nell'assunzione della terapia farmacologica e progressivo peggioramento del quadro psicopatologico.

A causa della disorganizzazione idetica è difficile raccogliere la sua storia, ma si scopre che dall'età di 15 anni ha fatto uso di cannabinoidi che lo hanno portato ad una graduale marginalizzazione da parte del gruppo sociale e della famiglia di origine, molto condizionata dai precetti religiosi del padre predicatore. È stato condannato a tre anni di carcere o forse è stato in un ospedale psichiatrico – difficile capirlo dai suoi racconti – per aver aggredito una sorella. Sembra che, al termine della pena o del periodo di contenimento, la famiglia abbia pagato un conoscente per aiutarlo ad imbarcarsi e raggiungere l'Italia.

Isaac rappresenta una di quelle storie di migrazione dove non c'è progettualità o desiderio di fuga da una situazione difficile e di guerra, ma che rimanda ad un possibile esordio psicotico in età giovanile, difficile da gestire nella sua impulsività, che ha indotto l'allontanamento dalla sfera familiare per "mettere in sicurezza" il ragazzo e la famiglia stessa.

Non è stato possibile effettuare indagini testali e strumentali approfondite atte a rilevare eventuale comorbidità organica, ma presumibilmente la sua diagnosi è riconducibile ad una schizofrenia disorganizzata, in un quadro di scarsa dotazione intellettiva.

L'accoglienza di Isaac crea negli altri ospiti e nell'*équipe* di Casa della Carità molte tensioni a causa della sua affettività fatua e inappropriata e dell'impulsività: gira spesso per la struttura privo di pantaloni e biancheria intima, con atteggiamento sessualmente disinibito, entrando nelle stanze degli altri ospiti – soggetti anch'essi vulnerabili – e impadronendosi di oggetti e denaro.

È insensibile alle terapie farmacologiche nei pochi periodi di assunzione, e non risponde nemmeno alla più semplice terapia sedativa. A nulla sembrano valere i continui interventi di contenimento relazionale, ai quali comunque gli operatori mai rinunciano, mantenendo un continuo dialogo con lui, quando presente. A questo contribuisce la natura della Casa della Carità che si presenta comunque articolata come un piccolo villaggio nel quale è possibile una sorta

di "vagabondaggio sicuro" tra diverse stanze e luoghi dove qualcuno riconosce, domanda, accompagna.

Eppure con Isaac si è creato un vero *impasse* nella presa in cura: da una parte risulta improduttivo e mortificante il ricorso a continui ricoveri, in cui gli interventi di urgenza spesso si riducono ad una contenzione o ad una forte sedazione, dall'altra si deve riconoscere il limite di mantenerlo all'interno di una struttura leggera ed aperta come Casa della Carità, che non riesce a proteggerlo dall'uscire per la strada a compiere gesti disfunzionali (all'esterno interpretabili solo come reati). La richiesta di accoglienza rivolta a comunità della rete per la salute mentale, che possono garantire una più alta protezione, dà ripetutamente risposte negative con crescente frustrazione da parte del gruppo di lavoro.

Lo si accompagna regolarmente al centro psicosociale del territorio per la somministrazione della terapia antipsicotica a lento rilascio, quell'iniezione mensile di farmaco che permette di ovviare alla non aderenza del soggetto ad una assunzione orale e quotidiana di medicina: tuttavia gli effetti della cura sono scarsi.

Dopo un paio di mesi dall'arrivo di Isaac nella Casa, si decide di chiedere un confronto a tutti gli enti istituzionali e gli attori coinvolti: il Comune, l'SPDC ed il suo CPS, il Servizio Centrale SPRAR e la Questura, quest'ultima interpellata poiché sono giunte alcune segnalazioni di cittadini infastiditi dai suoi comportamenti. Sembra che per situazioni così complesse non ci sia una risposta: Isaac è troppo gravoso per le comunità residenziali, troppo poco collaborante per le strutture riabilitative, troppo pericoloso per strutture leggere di accoglienza... insomma, è "troppo" per ogni tipologia di risposte già esistenti sul territorio. Tristemente la situazione si sblocca solo in seguito ad un reato (un approccio sessuale ad una donna) per cui viene identificato, arrestato e detenuto per alcune settimane nella Casa Circondariale di San Vittore.

Solo allora, in seguito alla richiesta del giudice di una perizia psichiatrica e alla passione della psichiatra che ha steso la CTU e che rimane in stretto contatto con gli operatori della Casa della Carità, Isaac viene inviato prima in una REMS a Castiglione delle Stiviere e, dopo alcuni mesi, in una struttura ad alta assistenza dove sta ora finalmente compiendo un percorso evolutivo.

Sperimentare risposte-rete

La città produce sofferenze e malattie multiple e offre non-risposte oppure risposte frammentate e frammentanti. La città produce sofferenze e malattie collettive che colpiscono cioè gruppi vulnerabili ma che non sono riconosciute come inter-individuali: paradosso della città che nega la collettività della vulnerabilità e fornisce risposte individuali ma in forme de-soggettivanti, ossia che negano l'individualità. Dunque la città nega agli individui la loro dimensione collettiva di sofferenza e risponde agli individui negandone la soggettività. Abbiamo invece bisogno di risposte in rete semplicemente perché le domande sono reti e la negazione di questa semplice verità crea risposte unilaterali, falsamente lineari, verticali, separate, non trasparenti. È la sofferenza delle persone che è in rete, perché è la realtà che è una rete di fattori di rischio ed è la risposta alla sofferenza che troppo spesso non è in rete. Ed è questo che crea le barriere e l'inefficacia della risposta⁵.

Queste parole di Saraceno risuonano provocatorie dopo il richiamo ai due quadri clinici presentati. Zirak e Isaak pongono questioni rilevanti ed eticamente cruciali: una fase di particolare dissesto nella loro vita di persone politraumatizzate può trovare risoluzione solo ricevendo il riconoscimento di una unica pseudo-identità, forte e stigmatizzante come quella di disabile grave o detenuto socialmente pericoloso? L'esperienza dice che, per entrambi, un primo miglioramento è avvenuto quando sono stati riconosciuti in un contesto, quando sono stati accolti e restituiti gradualmente e faticosamente alla rete dei diritti. Solo allora le diagnosi e le condizioni temporanee sono diventate elementi di un insieme più complesso e non più etichette totalizzanti.

Le storie complesse dei migranti forzati attraverso l'accoglienza si possono parzialmente dipanare, e divengono persone da riconoscere in un contesto di relazioni, in una cultura, in una storia, in una identità che va ben oltre la malattia, il limite, i traumi patiti. Ogni storia è singolare, ma in ogni storia di sofferenza abbiamo visto una inversione di rotta verso il benessere quando si è scoperto che le risposte sono reti di risposte se le domande sono domande complesse. La ricerca paziente di altri soggetti e il confronto delle competenze alla ricerca

⁵ B. Saraceno, *Il Paradigma della Sofferenza Urbana*, in «SouQuaderni» 1 (2010), www.souqonline.it.

di soluzioni si sono rivelati carte vincenti per i soggetti, oltre che antidoti contro lo sconforto degli operatori. Le reti sono i tanti soggetti che interagiscono tra di loro per la cura, ma le reti sono anche i gradi diversi di attenzione e protezione che il soggetto può incontrare, sempre pronti ad accogliere nuove crisi, battute d'arresto e regressioni. Le reti sono le culture che si parlano e provano a capirsi, sono le pratiche che si mettono in discussione e si contaminano a vicenda.