

Interdisciplinarietà e reti di professionisti Il lavoro clinico con i migranti

di Cecilia Edelstein

Direttrice Shinui - Centro di Consulenza sulla Relazione (www.shinui.it)
Presidente SICIS – Società Italiana di Counselling a Indirizzo Sistemico (www.sicis.org)

Sommario

Attraverso l'illustrazione di due casi, l'autrice esplora l'opera dell'équipe interdisciplinare e delle reti professionali nel lavoro clinico con i migranti. Al termine di questa esposizione, vengono proposte linee guida con il tentativo di tracciare le basi di un modello di lavoro interdisciplinare in ambito interculturale.

Parole chiave

Interdisciplinarietà, reti professionali, intercultura, migrazione, terapie interculturali, servizi sociali, etnopsichiatria, promozione della salute.

Summary

The author discusses the activity of interdisciplinary teams and professional networks in clinical work with migrants, through two cases study. As a result of this discussion, a set of guidelines is presented, like a proposal for an interdisciplinary work model in intercultural ambit.

Keywords

Interdisciplinarity, professional networks, interculturality, migration, intercultural therapies, social services, ethnopsychiatry, health promotion.

Premessa

Già a fine anni Settanta si parlava di un nuovo orientamento all'attività pratica: il social network che, in italiano, abbiamo chiamato il lavoro sociale di rete o semplicemente le reti sociali.

Welfare e salute mentale non possono che configurarsi come un'operazione collettiva.

Il lavoro di rete fa riferimento in gran parte a reti naturali, ossia sistemi informali e non professionali di aiuto (amici, familiari, vicini di casa, ecc). Talvolta, tuttavia, i networks possono essere composti anche da operatori professionali (Maguire, 1987). E' attorno a questa particolarità delle reti e al lavoro interdisciplinare che il presente articolo si concentra, facendo riferimento a interventi nel settore sociosanitario e, in particolare, alla salute dei nostri immigrati.

Nel Maggio 1998 l'OMS adottava la "[Dichiarazione Mondiale sulla Salute](#)", con la quale gli Stati membri s'impegnavano a realizzare un vasto programma per l'attuazione di una "Strategia della Salute per tutti per il 21° secolo". Successivamente, gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS (51 Paesi) traducevano la "Dichiarazione mondiale sulla salute" in un documento di tipo politico-tecnico e operativo con cui

venivano stabiliti 21 punti chiave per la promozione della salute nella Comunità Europea.

Il quattordicesimo punto richiama al carattere multidisciplinare di un intervento di promozione della salute e ha come obiettivo il coinvolgimento dei professionisti dei diversi settori, sottolineando la responsabilità di tutti i soggetti interessati:

“Responsabilità multisettoriale per la salute - coinvolgere la responsabilità di tutti i soggetti interessati nei processi di promozione della salute.”

Sono solo due righe di non facile traduzione operativa. Se aggiungiamo l'aspetto interdisciplinare, la realizzazione di questo intreccio diventa un'arte.

L'interdisciplinarietà nell'avviamento di una presa in carico

“Ciao Cecilia,

già in passato ti avevo chiesto collaborazione rispetto a persone in protezione internazionale e ancora una volta avrei necessità del tuo aiuto riguardo al Sig. Adami del 1976 [1], proveniente dal Togo. Il Sig. Adami (riconosciuto status di asilo politico) attualmente è ospite del progetto SPRAR di Bergamo, risiede presso la Comunità Ruah, e alla fine di settembre concluderà il suo percorso di accoglienza. Essendosi manifestate diverse difficoltà durante il progetto, il Sig. A. è stato segnalato ai servizi sociali perché si dia continuità alla presa in carico. L'uomo è stato segnalato in passato dai colleghi dello SPRAR sia al CPS che al Consultorio. Nel primo caso, gli è stata diagnosticata una sindrome ansiosa depressiva e prescritti psicofarmaci che hanno prodotto diversi effetti collaterali e non lo hanno aiutato nemmeno a dormire di notte; nel secondo caso la terapia si è interrotta per scelta dell'uomo, dopo comunque che la psicologa che lo ha visto aveva preso contatti con gli operatori manifestando forte preoccupazione per A., il quale aveva chiesto informazioni sull'acquisto di un fucile per togliersi la vita. In conclusione l'uomo non è in carico a nessun servizio che lo possa supportare psicologicamente. Gli operatori dello SPRAR fanno molta fatica a capire quale sia l'origine del suo stato psicologico, dei suoi atteggiamenti ossessivi (si fissa su una qualsiasi cosa, tipo una risottiera che vuole a tutti i costi, per poi cambiare idea all'ultimo, piuttosto che su situazioni più importanti). Non si comprende quale sia la logica che muove quest'uomo, che fa fatica a comprendere e ad accettare la nuova situazione di vita, e che, inevitabilmente, è legato alla sua terra e alla vita che ha lasciato. Gli operatori più volte hanno pensato che le sue crisi fossero strumentali perché è capitato giungessero in concomitanza con delle scadenze.

In conclusione, avremmo la necessità di approfondire la sua situazione emotiva per poter leggere meglio ciò che sta accadendo, scegliendo di conseguenza quale continuità e forma dare al progetto post SPRAR, ed ancora accompagnare l'uomo nel percorso di accettazione della sua nuova condizione di vita.

Ti chiedo dunque se è possibile che tu, all'interno del progetto di Ambito 1, incontri il Sig. A e ci aiuti a capire meglio. Il Sig. parla abbastanza italiano, ma nei momenti di difficoltà è come se lo dimenticasse e necessita parlare la sua lingua, il francese o, peggio ancora, il suo dialetto.

Se ti serve un approfondimento fammi sapere e ci si può incontrare, anche se so che questo non lo vuoi all'inizio. Aspetto quindi conferma sulla tua disponibilità della presa in carico e dritte su come muovermi, un abbraccio, B.”

(Lettera inviata per posta elettronica da un'assistente sociale a inizio settembre 2010).

E' questo l'esempio di una classica lettera di richiesta di presa in carico. Già da quest'e-mail traspare un elemento importante: l'assistente sociale mi conosce; con lei, da anni si è avviata una collaborazione. Lei sa che per poter accogliere la persona, inizialmente preferisco avere quante meno informazioni possibile. Questo mi consente di avvicinarmi al primo colloquio senza pregiudizi, senza indirizzare le domande in una specifica direzione; mi aiuta a mantenere una posizione di apertura e di ascolto: ciò mi consente di far emergere la voce di chi ho di fronte. E' solo dopo aver creato un'alleanza, dopo essermi fatta un'idea e aver concordato con il cliente un obiettivo generale, che il confronto con gli altri operatori diventa indispensabile. Questo elemento viene manifestato da me sin dall'inizio, sia con gli operatori inviati, spiegando le motivazioni, sia con i clienti, dichiarando che appositamente non so nulla e scusandomi se farò domande a cui hanno già dovuto rispondere più volte. Quest'azione apre uno spazio più libero nell'instaurare un rapporto con i clienti: anche se la costruzione di una rete e i buoni rapporti tra i vari operatori coinvolti è in seguito decisiva per la riuscita del percorso, spesso le persone arrivano da me con una storia di relazioni difficili con altri professionisti. Così riesco a posizionarmi in modo diverso, co-costruendo un legame basato sulla storia del cliente, in cui è lui protagonista e fautore della punteggiatura della storia in quello specifico contesto.

La lettera d'invio contiene un ulteriore elemento non indifferente: emergono pochi dati della storia del cliente; le righe di presentazione si concentrano sui problemi attuali, sulla manifestazione dei sintomi, sui tentativi di cura attuati fino ad ora, e mirano al futuro e ai progetti di inserimento.

In effetti, gli operatori dell'ambito socioeducativo, ma anche quelli del settore sanitario, hanno il compito principale di inserire gli immigrati nella società d'accoglienza, di attivare processi d'integrazione, di riabilitare, di aiutare le persone migranti in difficoltà a ricrearsi una vita migliore. Lo sguardo al futuro considera pochi aspetti del passato, spesso limitandosi al paese di provenienza, al tempo di permanenza in Italia, alla ragione dell'emigrazione. La partenza dalla propria terra colloca invece il migrante con lo sguardo volto indietro su ciò che ha lasciato. Il momento dell'arrivo, caratterizzato dall'ignoto e da una grande quantità di stimoli, provoca un effetto di accecamento. Nei momenti di dolore e sofferenza, per mancanza di successo nel progetto migratorio, la mente indugia nel passato accarezzando vecchi ricordi (Edelstein, 2000). Così, nell'incontro fra operatore e migrante si crea un "disincontro": si volgono metaforicamente le spalle, l'uno con lo sguardo in avanti, l'altro con lo sguardo indietro (Edelstein, 2003).

In una situazione come quella di Adami, rifugiato politico fuori dal circuito di una migrazione evolutiva, la partenza dalla propria terra è legata ad un trauma che io ancora non conosco. Ho però una certezza: suscitare il racconto dell'intero ciclo migratorio (comprese le fasi della partenza e dell'arrivo) che, solitamente, permette ai protagonisti dell'incontro di girare attorno a sé stessi e guardarsi negli occhi (Edelstein, ibidem), in questi casi è controproducente, rischia di diventare una forzatura, e di creare ancor più sofferenza.

Nel primo incontro Adami mi racconta la sua storia, ma con grande fatica. A tratti esplose in un riso spiazzante, talvolta parla Ewe (a me sconosciuto), il suo francese mi è poco comprensibile, benché sia una delle mie lingue madri. In alcuni momenti sembra assentarsi, viaggiare lontano col pensiero; poi si gira verso di me con sguardo estraniato. Adami era titolare di una ditta marittima e faceva parte di un partito politico

appartenente all'opposizione. Non conoscendo la storia del Togo, gli chiedo se me la può raccontare brevemente. Questa parte della storia, dall'Indipendenza ai giorni d'oggi, viene narrata con chiarezza, con tono risoluto e in un perfetto francese. Accusa un regime apparentemente democratico, ma in sostanza totalitario. La storia dell'accaduto, invece, viene raccontata in modo frammentato. Io non approfondisco. Adami viene perseguitato, minacciato e, infine, volendo ucciderlo gli aguzzini sbagliano e massacrano suo fratello di fronte agli occhi del padre. Lui fugge lasciando in terra natale una giovane moglie, la figlia di tre anni e il padre che, uscito di senno, viene rinchiuso. Tutte le carte e i documenti della sua ditta vengono bruciati, presi i soldi, diventa nulla tenente. Ad Adami rimane un fratello, quello maggiore, che mantiene i contatti sia con lui che con il padre.

E' ovvio che non posso iniziare a parlare di progetti di inserimento, non è il momento adatto (né nella conversazione, tantomeno nella sua vita) ed è altrettanto evidente che io non posso chiedergli di approfondire la storia, troppo dolorosa: è questa un'esperienza simile alla tortura. Adami è fuggito a seguito di un evento disumano, l'uccisione del fratello davanti al padre, per giunta per sbaglio, sapendo che doveva essere lui quello trucidato. Devo allermi a lui, devo per ora "spegnere" l'aspetto emotivo, non posso costringerlo a descrivere le scene della tortura: significherebbe sfidare la minaccia esplicita o implicita del torturatore; in questo modo, la terapia rischia facilmente di diventare una ripetizione del trauma iniziale (Sironi, 2001).

Nella frazione di secondi in cui ho questi pensieri, Adami s'interroga a voce alta sul perché sia venuto da me, confermando le mie riflessioni. Lo rassicuro:

"E' una storia troppo dolorosa per starci dentro nel racconto. Non sono qui per aprire ferite. Per ora mi è bastato e servito a capire la situazione di difficoltà e sofferenza in cui ti trovi e l'enormità delle ingiustizie che capitano nel tuo paese".

Mi chiedo come posso fare ad entrare nel suo mondo, a guardare indietro insieme a lui, senza entrare nelle ferite. Così, gli chiedo:

"Cosa si fa con le persone che hanno bisogno di aiuto nel tuo Paese? Penso che qui sia diverso e probabilmente ciò che ti viene offerto e proposto non ti aiuta".

Adami si illumina e mi racconta del presidente della Nigeria che ha trovato rifugio in Togo. Gli hanno dato casa e la possibilità di vivere una vita autonoma e dignitosa. Lo hanno riconosciuto nel suo ruolo. Lui qui, invece, pur ringraziando enormemente l'Italia che gli ha dato rifugio, è diventato nessuno, ha perso la sua identità. Vive in una stanza che gli ricorda l'immagine di una cella, si sente in prigione: un lettino, mura spoglie, nessun oggetto personale. Non trova lavoro, malgrado abbia distribuito ovunque il suo curriculum e sia disposto a svolgere qualsiasi attività. Ha perso speranze e, senza speranza, mi assicura che non c'è ragion di vivere. Ha ragione.

Al termine di questo progetto di accoglienza, lui sa che l'assistente sociale prospetta di inserirlo nel Nuovo Albergo Popolare (NAP). Mentre alla Ruah almeno ha la sua cucina (una per piano) e fa la spesa e da mangiare da solo, nell'altra struttura perderebbe quel poco di autonomia che gli rimane: addirittura il mangiare viene offerto in una mensa pubblica dove vengono tutti gli emarginati della città.

Decidiamo di lavorare per costruire una vita autonoma, avere più indipendenza, trovare lavoro, poter portare moglie e figlia. Fissiamo un'altra seduta.

Incontro l'assistente sociale e gli educatori. L'inserimento previsto nel NAP viene illustrato come un percorso che aiuterà Adami ad essere "più seguito e supportato". In quella struttura c'è un'équipe di operatori, fra educatori e infermieri, che possono, a detta dell'assistente sociale, occuparsi di lui, addirittura somministrargli i farmaci che

da solo non sempre prende. Il problema, secondo loro, è che Adami non collabora. Ipotizzo che nell'universo di senso di Adami quel posto potrebbe diventare peggio di una cella e, anziché rispondere ai suoi bisogni, finirebbe per demolirlo: l'essere più seguito per Adami potrebbe voler dire annullarlo e togliergli quel poco di dignità che sta provando a salvare.

Riflettendo con gli operatori, affermo che non esiste un unico modello ideale per aiutare il debole. Il supporto e l'accompagnamento, in questo caso, potrebbero rivelarsi un intervento di annientamento piuttosto che di aiuto.

Decidiamo di coinvolgere Adami nelle riunioni di rete, mentre io continuerò con le sedute. Dopo un ulteriore colloquio ci incontriamo al Centro Psicosociale (CPS), tutti gli attori insieme allo psichiatra. Ora la domanda è come offrirgli più autonomia e come restituirgli dignità e voce in capitolo. Sarà lui a decidere come proseguire. Adami parla fluentemente, anche in italiano, è presente e propositivo. Aiuta noi a distinguere ruoli e ad organizzarci: gli educatori non hanno più bisogno di accompagnarlo a fare la spesa; lo psichiatra, anziché intensificare la cura farmacologica, la può ridurre.

In seguito, lo metto in contatto con una persona che in passato mi ha aiutato a trovare lavoro per persone immigrate, ad esempio in una cooperativa che gestisce la discarica. Adami riesce a cogliere in questa proposta di lavoro un aspetto specialistico ed è entusiasta. Chiede aiuto ad un amico in Togo perché accompagni la moglie a preparare le carte così da poter attivare un ricongiungimento familiare. Non andrà ad alloggiare al NAP e spera di trovare un'occupazione che gli consenta di riuscire a trovare un appartamento in affitto in previsione dell'arrivo della famiglia. Su questo fronte l'aiuterebbe l'assistente sociale.

I ruoli degli operatori sono distinti e chiari. Rimaniamo tutti in contatto. E' passato un mese e ora c'è anche spazio per una terapia individuale che permetta ad Adami di trovare una collocazione ai vissuti traumatici, di sfidare il nemico. Intanto lui mi chiama quasi tutti i giorni, per parlare due minuti, giusto per ringraziarmi. Va bene così, so che tra poco non ne avrà più bisogno.

Quando l'équipe interdisciplinare diventa una rete

Questa volta non ho scampo: prima dell'estate mi chiama un'assistente sociale chiedendo un incontro. Deve affidarmi un caso per il quale non posso non vederla prima. Arrivo curiosa.

Si tratta di una ragazza arrivata in Italia nel 2002, all'età di cinque anni, con suo padre, da un paese Latinoamericano. La figlia risultava in affidamento al padre, il quale aveva origini e passaporto italiani. A suo tempo il Consolato aveva confermato questo stato. Dopo un paio di anni, la bambina arrivò in ospedale con forti segni di maltrattamento; collocata in comunità, mantenne col padre incontri protetti e, diciotto mesi dopo, rientrò a vivere con lui, dove rimase fino a poco più di un anno fa quando lui morì di cancro. Dopo una breve permanenza in comunità, Eva fu affidata a una famiglia, in attesa di adozione. La coppia, anch'essa in attesa di adozione, avrebbe potuto prenderla con sé definitivamente. Dopo grandi fatiche, Eva riuscì ad inserirsi e a trovare un equilibrio in quel nucleo familiare: un paio di "genitori" che investirono tutto il possibile nell'accoglierla, con le ferite e i traumi che si portava addosso, riuscirono a superare le dure prove a cui erano stati sottoposti da un piccolo essere ferito con forte carattere e determinazione. L'accompagnamento di uno psicologo e di un'educatrice erano stati essenziali.

Fu allora che emerse la madre biologica di Eva. Da sempre aveva cercato disperatamente sua figlia. Fino al 2006 la legge del suo Paese non la proteggeva: essendo ancora sposata ad un altro uomo quando nacque la piccola, lei non ottenne l'affido, malgrado fosse separata da anni, il marito si trovasse in Europa e avesse convissuto con il padre di Eva.

L'assistente sociale mi informa che la madre è in arrivo a metà settembre. Eva però non vuole nemmeno vederla, è molto arrabbiata con lei: non solo il padre le aveva parlato sempre molto male di questa donna, ma si sente abbandonata e non accetta che non si sia fatta viva in questi lunghi anni. Inoltre, malgrado sembrerebbe che il padre abbia sempre continuato a maltrattare la figlia, Eva continua ad avere grandissima stima di lui e nutre nei suoi confronti un amore profondo. Infine, Eva vuole rimanere nella famiglia in cui vive ora, considera la coppia i suoi genitori e si sente profondamente italiana.

L'operatrice mi dice che hanno individuato in me la persona che potrebbe gestire gli incontri protetti tra madre e figlia. Sembra non ci sia altra via che aiutare la ragazza ad accettare la madre e un rientro in terra natale, poiché ci sono anche grandi pressioni diplomatiche. Il Tribunale italiano ha annullato la pratica di adozione e rinviato l'udienza a fine settembre, occasione in cui saranno ascoltati madre, figlia, tutore, educatrice, genitori affidatari e Console.

Questa volta l'informazione che ho è già tanta, ma al contempo ho solo forse punti di domanda.

L'assistente sociale mi invita ad una riunione d'équipe a inizio settembre per concordare una linea d'intervento. Presso il suo ufficio, insieme a noi, ci saranno lo psicologo del Consultorio Familiare che ha seguito la ragazza nell'ultimo anno, l'educatrice che ha accompagnato la famiglia a domicilio, il tutore della bambina che, intanto, si è occupato di mantenere i contatti con la madre e con le figure politiche all'estero.

Durante quell'incontro vibrano in me soprattutto le emozioni degli operatori. Tutti alleati con Eva, l'arrivo della mamma biologica viene vissuto come un'irruzione che distrugge l'intero lavoro svolto finora. Di fronte a questa comparsa si sentono quasi in lutto. A me spetta fare qualcosa che nessuno desidera: fare incontrare madre e figlia. L'educatrice dichiara che se Eva si rifiuta, lei non se la sentirà di trascinarla per la forza. Di fronte alle proteste della ragazza con lo psicologo, questo le risponde: "ci tocca, ha deciso il Tribunale...".

Io rifletto a voce alta sulla necessità di porci nei confronti di questa bambina in un'ottica d'inclusione e non di esclusione: per stare con il padre, ha dovuto rinunciare alla madre; per riuscire ad avere un nucleo familiare amorevole e protetto, il padre ha dovuto morire. Propongo di includere e coinvolgere le figure affidatarie, di non demolire quella del padre biologico e di provare, intanto, soltanto a ravvicinarla alla madre, con una premessa di base: per vivere in pace con noi stessi dobbiamo sentirci in pace con i nostri genitori. Gli operatori concordano su questa linea d'inclusione e proviamo a tradurla insieme in azioni operative.

Decidiamo che andrò con l'educatrice a trovare Eva a casa sua e la vedrò in presenza dei genitori affidatari. Agli incontri protetti, che si terranno nel mio studio e non in un servizio (uno spazio accogliente, colorato, simile alla stanza di una casa), la accompagnerà la mamma affidataria e così faremo incontrare le due madri. Vedrò anche la mamma da sola, non solo per conoscerla e per sentire la sua storia, ma anche per delineare un approccio che tenga presente le nostre premesse; concordiamo un calendario per gli incontri protetti e fissiamo una data per una riunione di rete subito dopo il primo incontro fra mamma e figlia, che terremo presso il Consultorio Familiare

dello psicologo. Ci scambiamo tutti i numeri di telefono.

Sono stata da Eva. Sotto casa sua, mentre l'educatrice e io condividiamo impressioni, mi chiama l'assistente sociale, curiosa di sapere come è andata. Siamo tutte e tre entusiaste: Eva ha dimostrato interesse, si è aperta con me, ha parlato dei suoi timori, delle sue delusioni; ho potuto rassicurarla, dirle che ero lì per consentire un incontro buono fra lei e sua madre. Avrei potuto anche tradurre, qualora non si capissero; le ho descritto il mio studio, avrei portato il mate (infuso tipico di alcuni Paesi sudamericani). L'incontro con la madre è stato lungo: Mariana doveva raccontarmi la sua Via Crucis in cui, oltre al rapporto tormentato con il padre di Eva, ha vissuto in un Paese che le ha negato il diritto di tenere la figlia, anche se le perizie psichiatriche parlavano di un uomo con forti tratti psicopatici. Da quando la legge è cambiata, il suo caso è passato ad essere una bandiera di lotta progressista e si sente strumentalizzata, anche se solo grazie a questo movimento è riuscita non solo a rintracciare la figlia, ma a venire in Italia, visto i costi elevati del viaggio e del soggiorno, per lei proibitivi. Mariana non vuole sconvolgere la vita di sua figlia più di quanto non lo sia già stata. Non sa come spiegarle il perché della sua sparizione senza coinvolgere padre e legge; concordiamo che l'obiettivo sarà ritrovarsi nel miglior modo possibile, passare momenti belli insieme, avvicinarsi. Troppo presto per pensare troppo in là.

Gli incontri, di forte intensità emotiva, danno spazio alla sceneggiatura di un film. Madre e figlia provano a conoscersi attraverso fotografie portate dalla mamma, quaderni e diario di Eva, racconti della vita quotidiana di ciascuna; la mamma è una ballerina e nel mio studio danzano ritmi sudamericani (con dischi procurati da me e successivamente portati da Eva). Si divertono, s'intrecciano, si abbracciano.

Il tutore accompagna la mamma in studio, i genitori affidatari la ragazza e, all'inizio del terzo incontro, beviamo tutti insieme un caffè con pasticcini. So che non è questo un momento qualsiasi: raramente s'incontrano genitori affidatari e biologici insieme, ancor più raramente si concorda come agire durante le udienze. Io sono entusiasta, c'è un bel clima disteso e siamo tutti lì per Eva. Si parla di ciò che avverrà in Tribunale, udienza fissata a breve. Eva dice di voler rimanere dai genitori affidatari; la mamma la rassicura, i genitori affidatari danno la loro piena disponibilità a tenere Eva tutto il tempo necessario con amore e con cura, anche se tra qualche mese arriverà un figlio adottivo. Tutti temono le pressioni diplomatiche, ma a me sembra che con un accordo fra le parti e ascoltando Eva, nessuno farà più violenza su di lei. Mariana conferma: Eva non è un trofeo.

Nell'udienza è stato fissato che Eva rimarrà per ora nel posto dov'è. Almeno altri due anni. Sento di dover aiutare la madre ad affrontare il rientro in patria: in aeroporto l'accoglieranno giornalisti e una moltitudine, con l'aspettativa di vederla tornare "vincitrice", con la figlia. Dirà che l'incontro è stato bellissimo, faremo belle foto che potrà mostrare. Aggiungerà che la figlia vive oggi in Italia con tutto ciò di cui ha bisogno e che per ora non intende sradicarla per l'ennesima volta, bensì curare e intensificare il legame fra di loro. Mariana è attenta, sensibile, vuole il bene di sua figlia. Mi dice che si sente protetta e capita da me ed è per questo che riesce a seguire questa linea. Si tratta di capire come potrà tornare qui e mantenere i rapporti. Mi chiede di contattare il suo avvocato per poter lasciare alcune cose per iscritto e perché parli col Console. Lo faccio.

All'inizio di un altro incontro, mentre la mamma affidataria è ancora con noi, Eva dice di voler mostrare la sua stanza alla mamma (legittimata da me davanti a tutte e due, Eva

chiama entrambi “mamma”: quando esplicitato, ho sentito tutte e tre sollevate. In un’ottica pluralista, possiamo avere più mamme, più papà (Edelstein, 2010). Concordiamo che l’incontro successivo avverrà quindi da loro e andremo poi tutti insieme fuori a cena.

Al momento della stesura di questo articolo, non siamo ancora andate a casa loro, avremo successivamente un ultimo incontro e una cena di addio tutti insieme. Il tutto sembra essere andato per il meglio, anche se non senza intoppi. Ad esempio, dopo l’udienza, la direttrice del posto dove Mariana alloggia le ha detto che il tutore aveva riferito che non avrebbe più incontrato la figlia. Oppure, dopo aver concordato con mamma affidataria, educatrice, tutore e mamma biologica che saremo andati a casa loro, il padre affidatario mi ha scritto un sms, arrabbiato e contrariato, perché tale decisione non era stata presa insieme a lui. L’intensità emotiva che emerge in ogni situazione del genere ha potenzialmente l’energia negativa per far saltare tutto; richiede da parte mia un intervento immediato, un chiarimento, una ridefinizione della situazione globale, il contatto telefonico con i membri della rete (spesso la sera per via degli impegni lavorativi, ma anche durante i brevi intervalli di lavoro giornaliero).

Avremo un terzo incontro di rete con tutti gli operatori, questa volta da me in studio.

Individuo due aspetti cruciali nella riuscita di quest’impresa: l’incarico di carattere terapeutico degli incontri protetti (e non educativi) e il coordinamento della rete interdisciplinare. Quest’ultima, a mio avviso, ha funzionato bene non solo per la vicinanza, l’impegno, il dialogo e la co-costruzione di premesse condivise, ma anche grazie all’architettura di un’unica persona con potere decisionale (seppur limitato dal ruolo del Tribunale).

Riflessioni conclusive

Da più di un decennio il Centro Shinui offre supporto sul territorio della bergamasca, prendendo in carico singoli e famiglie migranti che hanno bisogno di un aiuto di tipo psicorelazionale. Queste famiglie vengono inviate principalmente dai Servizi sociali del Comune capoluogo e di altri sei confinanti (Ambito 1) grazie ad una convenzione e, negli ultimi tre anni, ad un finanziamento della Legge 328.

E’ attraverso quest’esperienza che siamo stati costretti a lavorare in équipe. Con colleghi psicologi e altri professionisti (soprattutto assistenti sociali, educatori, medici di base e psichiatri, ma anche insegnanti, psicopedagogisti, neuropsichiatri infantili), erano fondamentali sia la riflessione sui nostri propri pregiudizi e sulle culture da noi abitate, sia il dibattito su tematiche quali gli aspetti psicologici della migrazione, le variabili culturali della psicodiagnosi o il concetto di integrazione. In questo modo, le riunioni di carattere operativo diventavano sempre più luoghi di discussione su questioni non solo professionali, ma anche etiche. Il tentativo è stato quello di mantenere una prospettiva pluralista, in cui i diversi modelli culturali con caratteristiche e funzionalità diverse vengono messi a confronto, senza un modello ideale di riferimento: ci si spostava quindi dalla prospettiva normativa in cui si considera un unico modello ideale e, di conseguenza, tutto ciò che si allontana diventa deficitario, deviante o patologico (Fruggeri, 2001; Edelstein, 2007). Questa è un’azione difficile da compiere fra colleghi che parlano lo stesso linguaggio; prendere decisioni su progetti di inserimento, terapeutici e di riabilitazione in ambito interculturale con professionisti di

discipline diverse, spesso legati ad approcci teorici ed epistemologici differenti, può diventare impossibile oppure la sfida più grande. Noi abbiamo colto la sfida come una grandissima opportunità e, negli anni, siamo arrivati ad individuare alcune linee guida:

La creazione di un sapere trasmissibile: Piaget vedeva nell'interdisciplinarità la collaborazione fra discipline diverse o fra settori eterogenei di una stessa scienza, attraverso interazioni e reciprocità di scambi tali da determinare mutui arricchimenti (Piaget, Bruner et al., 1982). Questo mutuo arricchimento culturale è l'elemento fondante che distingue la prospettiva interdisciplinare da una multidisciplinare, in cui si attinge ad una visione quantitativa senza che gli intrecci e la sintesi producano qualcos'altro: in un'ottica multidisciplinare, i problemi vanno risolti attraverso l'ausilio di informazioni relative a più discipline che, di fatto, non conseguono un effettivo profitto (De Blasi, 1997). I gruppi interdisciplinari costruiscono idee, si confrontano su questioni etiche. La pratica analizzata e il nuovo linguaggio in comune giungono alla creazione di un sapere che può e deve essere trasmesso.

Le professioni d'aiuto principali, nei casi riportati, attingono a cornici epistemologiche diverse. Il modello medico, da una prospettiva ontologica (cosa si conosce), considera la dimensione organica, i disagi e i sintomi come malattie da guarire. Gli interventi messi in atto hanno come obiettivo principale la guarigione, cioè il ripristino delle condizioni precedenti la malattia, perlopiù attraverso cure farmacologiche. Il modello psicologico, invece, da una prospettiva gnoseologica (come si conosce), considera la dimensione psichica, relazionale e processuale. Gli interventi mirano talvolta alla conoscenza, altre al cambiamento, ma soprattutto ad un maggior benessere. Il modello socio assistenziale, infine, considera le politiche sociali e il welfare in una prospettiva di prevenzione e promozione del benessere, con particolare attenzione al debole, ai bisogni, alle risorse e al territorio.

Descritte in questo modo, le tre professioni hanno identità diverse e complementari. Tuttavia, alcune dimensioni sono comuni a tutte e tre. Quella culturale, ad esempio, è trasversale: il paradigma medico si appoggia su definizioni istituzionalizzate, attinge a norme e a valutazioni, e necessita di una storia; quello psicologico si muove all'interno di realtà socialmente costruite e, nell'universo sistemico e narrativistico, i processi discorsivi costruiscono identità contestuali fortemente condizionate dallo scambio di attribuzioni di significato che, a loro volta, diventano cultura. Il paradigma socio assistenziale opera all'interno dei gruppi sociali e si muove, per definizione, all'interno delle variabili socio culturali. Se, infine, aggiungiamo il modello educativo, assumiamo che questo è culturalmente condizionato e condizionante. Come ricordava Bruner, la trasmissione di modelli educativi dipende dal loro essere parte integrante di una cultura specifica: essi sono saldamente collegati alle concezioni e alle forme di organizzazione di una società.

In un'équipe interdisciplinare questa differenziazione, che crea uno "scarto di paradigma", rinforza ogni parere e consente di ampliare i discorsi attraverso l'individuazione delle singole cornici epistemologiche e delle prassi operative. Tuttavia, il rischio è quello di marciare su binari paralleli. E' attraverso gli aspetti trasversali e comuni a tutti che diventa possibile entrare nella dimensione conversazionale, e creare un sapere e un fare condivisi.

Ruoli ben definiti e al contempo interscambiabili: le diverse professioni nella relazione d'aiuto determinano ruoli e ambiti d'intervento specifici. Questa chiarezza rinforza e sostiene il coordinamento delle diverse figure professionali all'interno dell'équipe e

offre al cliente punti di riferimento ben delineati. Tuttavia, è proprio questa chiarezza, e lo stesso coordinamento, che consentono di sconfinare frontiere ed interscambiare azioni operative: un modo non convenzionale per valorizzare la professionalità. Un esempio: una volta, assistente sociale e psichiatra si sono recate presso una famiglia di vicini di casa di un nostro cliente per fare un'azione di mediazione attorno ad un conflitto che si era creato fra loro. Mentre l'assistente sociale è una figura conosciuta alla famiglia, la psichiatra, in virtù del fatto che è un medico, è andata a testimoniare sulla salute del paziente e delle sue buone intenzioni. Non è usuale trovare uno psichiatra che esce dal suo ufficio per recarsi al condominio di un paziente, parlare con i vicini di casa e bere con loro un caffè. Implica uscire da certi confini. Questa elasticità, gestita in modo coordinato, consente di valorizzare le risorse in campo. Anche l'assistente sociale gestisce talvolta con lo stesso utente dei colloqui che sembrano appartenere al mondo terapeutico. I rapporti consolidati che ci sono fra di noi, da anni, permettono a questi momenti preziosi di far circolare informazioni che altrimenti non uscirebbero. L'essenza di un'informazione non risiede in un luogo, ma nell'interconnessione tra i nodi che, a loro volta, parlando lingue diverse aprono nuovi orizzonti.

Coordinamento flessibile e protagonismo dei clienti: co-progettazione, passaggio d'informazioni e processi decisionali condivisi sono fondamentali, ma vanno intrecciati con la premessa che il cliente rimane l'esperto di se stesso (Anderson e Goolishian, 1992). Le implicazioni pratiche inducono a incontrare l'inviante dopo una fase di consulenza nella presa in carico, a confrontarsi con le altre figure professionali dopo aver instaurato un legame con i clienti, e a coinvolgerli spesso quest'ultimi nelle riunioni d'équipe interprofessionali. Nel caso di Adami abbiamo constatato come nell'incontro di rete è stato lui stesso a definire ruoli, azioni e confini fra i professionisti.

Responsabilità decisionale e coordinamento: malgrado gli aspetti democratici, gli intrecci e il mutuo arricchimento, l'esperienza ci ha dimostrato che quando nell'équipe c'è una figura di riferimento che coordina le azioni ed è in costante contatto con gli altri operatori, il tutto funziona meglio. Siamo arrivati, negli anni, alla conclusione che serve un professionista di riferimento che abbia la titolarità del caso. Non sempre questa figura è proprio quella che ha la facoltà decisionale finale: deve essere un professionista a cui vengono riconosciute esperienza, conoscenza, competenze; un membro dell'équipe che facilita la conversazione e lo scambio di idee, promuove meta pensieri, solleva questioni etiche. Senza questa figura, il rischio è che i progetti naufraghino.

Dall'équipe interdisciplinare alla rete: l'équipe multiprofessionale e interdisciplinare funziona quando diventa una rete. Il concetto di rete sociale (social network) presuppone la riscoperta delle capacità autoprotettive del corpo sociale e delle risorse sul territorio. Le sue caratteristiche informali sono essenziali (Maguire, 1987). Nella nostra esperienza, un'équipe interdisciplinare che lavora con le persone in una relazione d'aiuto dove vanno coinvolte emozioni e questioni etiche esistenziali, non può ridursi ad un mero interscambio su basi cognitive, conoscitive, scientifiche ed epistemologiche. Alcuni aspetti personali ed informali sono basilari:

- a) l'attenzione alle persone, al tipo di rapporto che si costruisce e alla qualità delle relazioni è intrinseco al processo di costruzione di una rete;
- b) spesso lo scambio di idee e le differenze messe a confronto creano un linguaggio in comune, altre volte le diverse posizioni permangono e possono

diventare risorsa. Quando le differenze non si delineano su un piano professionale né teorico, ma su basi ideologiche e/o personali, talvolta l'équipe entra in empanse. Prenderne atto può voler dire constatare che la collaborazione a favore del cliente non è più possibile: non a tutti i costi le persone devono lavorare insieme. Ad esempio, in una situazione già descritta in un precedente articolo (Edelstein, 2005), si era creato fra me e la psichiatra un netto dissenso soprattutto attorno alla diagnosi e al tipo di cura. In risposta alla richiesta di abbassare le massicce dosi di psicofarmaci la psichiatra sentenziò: “non è possibile, dopo un esordio psicotico conclamato, abbassare la dose di Haldol per almeno sei mesi; comunque, è risaputo che le persone non appartenenti alla razza ariana soffrono di più gli effetti collaterali di questi farmaci e sopportano male le nostre cure”. Di fronte alla domanda: “ma lei crede nel malocchio Edelstein?” Io le risposi: “se lui ci crede e tutta la sua comunità pure, allora il malocchio esiste”. Sapevo di aver risposto in modo arrogante e di essermi messa in posizione simmetrica, ma sentivo di non avere con chi instaurare uno scambio ed ero pure personalmente ferita: sono ebrea e figlia di sopravvissuti e il discorso della “razza ariana” toccava corde troppo sensibili. Senza altre polemiche e nemmeno con una mia richiesta, il caso fu trasferito ad un'altra psichiatra dello stesso CPS con cui fino ad oggi collaboriamo e insieme seguiamo diversi casi;

- c) la struttura informale e non gerarchica di queste équipes non si riferisce soltanto all'interscambio di ruoli o alla condivisione di idee e saperi, ma passa anche attraverso aspetti apparentemente secondari e informali come la pluralità di luoghi d'incontro della rete. La rotazione fra i diversi servizi e centri, come descritto nel secondo caso riportato, rinforza la collaborazione;
- d) del tutto secondaria può sembrare l'accoglienza in questi posti (compreso il caffè con un dolce), invece acquisisce sorprendentemente un'importanza decisiva nella riuscita del progetto terapeutico globale, legata all'entusiasmo e alle energie degli operatori;
- e) le risorse informali del territorio fanno parte della rete: conoscenze e contatti con professionisti e non, riescono in certe circostanze a fare ciò che gli operatori non ottengono; familiari e amici dei clienti, spesso connazionali, possono diventare veri mediatori interculturali, come propone il dispositivo etnopsichiatrico (Nathan, 1996). Le conoscenze con professionisti di altre équipes in cui siamo inseriti rappresentano un ulteriore punto di appoggio. Infine, anche i tirocinanti sono indispensabili. Talvolta fanno il lavoro a domicilio, un aspetto prezioso del lavoro con i migranti, non affrontato in questa sede per vincoli di spazio;

Quando la rete non c'è, le difficoltà che si creano investono tutti gli attori. Purtroppo abbiamo anche avuto qualche caso, confermando che il lavoro clinico con i migranti non si può svolgere in modo asettico dentro le mura di una stanza.

Questi movimenti, negli anni, mi hanno insegnato quanto spesso anche con le famiglie autoctone l'uscita dalla stanza di terapia sia necessaria e utile, e quanto l'attenzione all'interdisciplinarietà e alle reti diventi, nell'approccio sistemico, una metodologia di lavoro da considerare forse sempre e ovunque.

Note:

- 1) Per salvaguardare la privacy i nomi sono fittizi e alcuni dati sensibili ed anagrafici sono stati leggermente modificati.

Bibliografia

- Anderson H., Goolishian H., 1998. *“Il cliente è l'esperto: il ‘non sapere’ come approccio terapeutico”* in La terapia come costruzione sociale a cura di S. McNamee e K. Gergen, Franco Angeli, Milano, pp. 39-54.
- De Blasi L., 1997. *“L’inter-disciplinarietà come paradigma della crisi. Epistemocentrica e filosofia”*: <http://www.edscuola.it/archivio/ped/interdisciplinaria.htm>
- Edelstein C., 2000. *“Di Isabel e di altri demoni”*, in Losi N., Vite Altrove – Migrazione e disagio psichico, Feltrinelli, Milano.
- Edelstein C., 2003. *“La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale”* in Studi Zancan, vol. 6, Monografia: Famiglie immigrate e società multiculturale, pp. 121-147.
- Edelstein C., 2005. *“Shinui ovvero cambiamento: professionalità, etica e azione politica?”* in Tlon - Cultura dell'apprendimento, n. 7, luglio - ottobre, pp. 12-15: <http://www.psicologia-editoria.eu/Tlon.html/>
- Edelstein C., 2007. Il counseling sistemico pluralista. Dalla teoria alla pratica, Erickson Ed., Trento.
- Edelstein C., 2010. *“Adozioni internazionali: identità mista e famiglie multiculturali”* in Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva, a cura di F. Vakilong, Raffaello Cortina Ed., Milano, pp. 55-78.
- Fruggeri L., 2001. *“I concetti di mononuclearità e plurinuclearità nella definizione di famiglia”* in Connessioni, CMTF Ed., vol. 8, pp. 11-22.
- Maguire L., 1983. Understanding social networks, Sage Publication, California (Trad it a cura di Fabio Folgheraiter, 1987. *“Il lavoro sociale di rete”*, Ed. Erickson, Trento).
- Nathan T., 1996. Principi di etnopsicanalisi, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca,
“Dichiarazione Mondiale della Salute”, articolo 14:
http://archivio.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/salute3.shtml
- Piaget, J.S., Bruner J. Et al., 1982. Pedagogia strutturalista, Paravia, Torino, cap. IV.
- Sironi F., 1999. Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture, Ed. Odile Jacob (Trad. it. Persecutori e vittime. Strategie di violenza, Feltrinelli Ed., Milano, 2001).