



Poetiche e politiche del corpo. Antropologia applicata alla cura di pazienti stranieri.

L'intreccio tra cultura e malattia rappresenta ancora oggi una sfida concreta per gli operatori della cura. Il riduzionismo medico e psichiatrico non agevolano l'emersione delle variabili non biologiche della malattia, contribuendo soltanto ad una lettura parziale dell'esperienza di sofferenza. In questo quadro, molte dimensioni centrali del vissuto dei pazienti (sociali, politiche e simboliche) restano sullo sfondo o vengono interpretate come ostacoli alla presa in carico.

L'intervento formativo proposto intende problematizzare il modo in cui il corpo malato si inserisce nelle relazioni sociali, politiche e simboliche, mostrando come la malattia non possa essere compresa al di fuori delle circostanze in cui si manifesta. Anche quando si parla di disagio mentale, l'obiettivo non è tanto quello di “portare la cultura nella clinica”, quanto piuttosto di riportare la “clinica dentro la Storia”, interrogando le categorie e le lenti interpretative attraverso cui leggiamo la realtà ed i dispositivi che la governano.

È infatti nelle nostre categorie analitiche e nei dispositivi interpretativi della pratica clinica – oltre che nei meandri delle esistenze spesso complesse e frammentate dei migranti, governate da apparati istituzionali e normativi di difficile comprensione – che si annidano incomprensioni, forme di resistenza, mancate aderenze terapeutiche e conflitti. Tali fenomeni rischiano di essere attribuiti alla cultura del paziente, quando invece rimandano a frizioni strutturali tra biografie, istituzioni e modelli di cura.

Diventa dunque necessario saper leggere la malattia nella sua dimensione inseparabile dalle condizioni sociali, materiali e politiche in cui prende forma, riconoscendo il corpo malato come luogo di incorporazione di meccanismi più ampi e, di conseguenza, come forma di denuncia sociale.





In questa prospettiva, la malattia non è solo un evento biologico o psicologico, ma un'espressione incarnata di rapporti di potere, vincoli istituzionali e traiettorie di vita segnate dalla precarietà esistenziale.

Oltre ai riferimenti utili a delineare la cornice teorica, verranno presentati in plenaria casi concreti di malattia e di disagio psichico emersi all'interno dei centri di accoglienza straordinaria, mettendo in luce le difficoltà di garantire una reale continuità della cura e del significato culturale nella presa in carico territoriale. Verrà inoltre introdotta la cartella etnografica come strumento metodologico a supporto della pratica ambulatoriale, capace sia di far emergere elementi solitamente assenti nei referti medici, sia di orientare concettualmente l'analisi dei casi che saranno sviluppati durante i workshop pomeridiani.

La continuità metodologica tra l'intervento mattutino in plenaria e il lavoro sui casi nei workshop del pomeriggio consentirà di porre al centro la riflessione sull'insufficienza di una semplice sintesi prospettica di tipo multidisciplinare o interprofessionale, in cui il caso viene visto da sguardi differenti e prospettici senza una reale integrazione. L'obiettivo sarà piuttosto quello di interrogare la necessità di una vera e propria rivoluzione epistemologica, capace di costruire un oggetto del sapere del tutto nuovo, che non appartiene a nessuna disciplina in particolare, ma che viene condiviso, accettato e costantemente messo alla prova nella sua complessità.

Sinossi casi workshop

JOS

Il primo caso proposto analizza la complessa vicenda clinica di JOS, un giovane congolese giunto in Italia dopo un percorso migratorio estremamente difficile. Ricoverato inizialmente in condizioni critiche per una grave tubercolosi, complicata da importanti insufficienze respiratorie, il paziente ha manifestato una profonda ostilità nei confronti delle cure, arrivando a interpretare l'ospedale come un luogo di detenzione.

In questo contesto, l'intervento dell'antropologia medica si è rivelato fondamentale per decodificare il suo vissuto e rendere comprensibili quegli elementi che ostacolavano la presa in carico e il percorso di guarigione. Parallelamente, il caso mette in luce gravi lacune burocratiche: JOS risultava infatti titolare dello status di rifugiato senza averne mai ricevuto notifica formale.





Solo attraverso una presa in carico ampia e integrata è stato possibile connettere le dimensioni medica, sociale e legale, garantendo infine il successo terapeutico. La storia evidenzia come marginalità sociale e traumi pregressi incidano profondamente sull'andamento del percorso di cura e sulla relazione con le istituzioni sanitarie.

KAG

Il secondo caso prende in esame la storia clinica di KAG, un giovane migrante maliano che ha manifestato gravi episodi psicotici e comportamenti bizzarri durante la sua permanenza in Italia. Mentre i referti ospedalieri si concentrano su una diagnosi di disturbo dissociativo e su manifestazioni maniacali in presenza di sifilide latente, l'approfondimento antropologico consente di esplorare le radici culturali, religiose e sociali del suo malessere.

Emerge una profonda crisi identitaria, alimentata dal conflitto tra la sua appartenenza religiosa musulmana e l'accoglienza in contesti cattolici, oltre a un vissuto di fallimento sociale legato al confronto con la riuscita migratoria del fratello. Il paziente interpreta la propria sofferenza attraverso la categoria tradizionale del "cuore guastato" e mediante riferimenti a memorie familiari connesse a pratiche magiche, che assumono una valenza anche politica.

In questo senso, la prospettiva psichiatrica clinica viene integrata da una lettura simbolica che restituisce la malattia come risposta alle condizioni storiche e sociali in cui il delirio si è prodotto, rendendo inscindibili sintomo e contesto.

YTA

Il terzo caso proposto esamina la complessa vicenda di YTA, una giovane migrante nigeriana alle prese con gravi sfide sanitarie, burocratiche e sociali. Dopo aver superato sia l'AIDS sia una patologia oncologica, la donna vive un profondo disagio legato all'insorgenza di amenorrea, vissuta come una perdita irreversibile della propria fertilità e, di conseguenza, delle possibilità di futuro.

La sua sofferenza è ulteriormente aggravata da un blocco giuridico: il permesso di soggiorno per cure mediche di cui è titolare le impedisce di lavorare regolarmente, ostacolando l'accesso all'autonomia economica e sociale. Il caso mostra come la vulnerabilità non si esaurisca nella dimensione clinica, ma venga prodotta e mantenuta anche da dispositivi legali e amministrativi.





In sintesi, la vicenda di YTA evidenzia come le barriere normative e la precarietà sociale possano arrestare il processo di recupero, rendendo necessaria una presa in carico che vada ben oltre la sola cura medica.

OW

Il caso clinico di OW riguarda la storia di un giovane senegalese che interpretava la presenza di ematuria e altri sintomi fisici come segni di una malattia sessualmente trasmissibile, sulla base di traumi pregressi e di informazioni sanitarie frammentarie ed eterogenee. Sebbene la diagnosi di schistosomiasi abbia escluso la presenza di MST e la parassitosi sia stata trattata con successo, l'approccio antropologico si è rivelato essenziale per comprendere le radici più profonde del suo malessere.

Attraverso il dialogo etnografico è emerso come, per OW, il sangue nelle urine fosse indissolubilmente legato alle violenze sessuali subite durante l'infanzia in una scuola coranica. La narrazione mette così in evidenza il valore dell'approccio etnografico nel far emergere dimensioni biografiche e simboliche che la sola diagnosi biomedica non sarebbe in grado di intercettare.

Il caso sottolinea infine la necessità di fornire rassicurazioni sulla fertilità e sulla salute riproduttiva nei termini richiesti dal paziente, rispettando al contempo il suo desiderio di non approfondire ulteriormente i propri traumi psichici.

