

LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEGLI IMMIGRATI  
E IL PROGETTO “MICHELE RISSO” NELL’ASL ROMA B

*Sergio Mellina\**

Per cominciare un ragionamento, qualunque sia il tema, vorrei premettere una considerazione elementare, ma non tanto ingenua. Vi proporrò dunque, di primo acchito, un’esercitazione speculativa molto banale: l’ermeneutica dell’ovvio. Niente mi pare più utile che scavare nelle cose ovvie. Interrogarsi sull’ovvio, stupirsi che l’ovvio sia considerato tale, esercitarsi a non dare mai nulla per scontato dopo la prima lettura di un fenomeno, sorprendersi di come appaia una data realtà può aiutare a tenere vigile e critica la nostra facoltà di giudizio.

Non voglio porre qui una questione filosofica. Una di quelle meravigliose e godibilissime conversazioni di Hans Georg Gadamer, padre dell’ermeneutica contemporanea, che la televisione italiana ritiene, sciaguratamente, di dover mandare in onda tra l’una e le due del mattino. In primo luogo perché non ne avrei né le competenze né le capacità, in secondo luogo perché non mi permetterei mai d’invadere il campo altrui, in special modo quello della metafisica, anche se per formazione appartengo all’antropofenomenologia binswangeriana (che, peraltro, è il contrario della metafisica).

Purtuttavia non posso dimenticare che il clinico – mi viene in mente il dottor Krokowski de *La montagna incantata* nella splendida narrazione di Thomas Mann, quel medico tisiologo che «pretende di fare l’analisi dell’anima», come dice di lui beffardamente Joachim, ospite del Sanatorio Internazionale Berghof di

\* Sergio Mellina, psichiatra, direttore dei servizi di Salute Mentale della ASL Roma B. Professore di Medicina Sociale al DUSS dell’Università Ca’ Foscari di Venezia. Presidente della Società Italiana di Psichiatria Multiculturale e delle Migrazioni (SIP.Mu.Mi.). Autore di numerose pubblicazioni, tra cui *Medici e Sciamani, fratelli separati*, Lombardo, Roma 1997.

Davos-Platz – dovrebbe essere colui il quale cerca sempre (nel caso citato, il fisiologo) di tirare fuori maieuticamente alcunché di *umanamente forte* che il paziente possiede al di là della caverna polmonare, dell'emoftoe, dell'escreato rosso di sangue. Non posso neppure dimenticare che il neurologo e psichiatra Sigmund Freud, poi divenuto padre della psicoanalisi, scriveva: «Per la via indiretta della medicina conto di giungere alla mia meta originaria: la filosofia». Non posso infine dimenticare che spiritualità e corporeità legano olisticamente l'esistenza dell'uomo nel suo esserci, nella sua presenza, nella sua esperienzialità mondana. Non posso e non voglio comunque nascondermi alcuni fondamentali concetti chiave dell'esistenza umana quali l'*impegno*, la *responsabilità*, il *rischio*, la *scelta*, la *finitudine*, la *singolarità*, la *soggettività*, coi quali l'*operare del medico* (esso stesso esistente tra gli esistenti) deve confrontarsi ogni giorno sul terreno infido della sofferenza, della solitudine, dell'angoscia. Si tratta dei concetti ineludibili, richiamati puntualmente dalla lezione di Sören Aabye Kierkegaard, ancorché egli tessa l'elogio della “santa ipocondria”; si tratta del dubbio che Thomas Stearns Eliot c'insinua maliziosamente dicendo: «la nostra unica salute è il disturbo, l'infermità» (*our only health is the disease*).

Normalmente, come fanno i buoni clinici, ascolto molto e mi limito a fare domande sulla storia personale dei pazienti. Come conferenziere amo, invece, lo strumento della parola e del dialogo. Cerco di evitare, nei limiti del possibile, le proiezioni dei lucidi su sfondo blu, con le “tortine” e i “grattacielini” delle percentuali. Mi spazientisco notevolmente quando mi costringono a vedere lunghi elenchi, sempre emergenti da un fondo blu, sparati sul pannello bianco da caricatori micidiali, che nessun oratore si vergogna di leggere spudoratamente riga per riga (col raggio luminoso al posto del dito), prendendo per analfabeti gli uditori. Per fortuna costoro si difendono benissimo e, approfittando del buio in sala, sonnecchiano, anzi dormicchiano male, perché disturbati dalla voce di questi improvvisati *doppiatori* del nulla, che ripete monotonicamente: «La prossima ... Torna indietro ... Ancora ... No! Questa dopo».

Chiedo scusa per questa digressione. Mi è comunque servita per dirvi che come insegnante amo la luce e guardo in volto i ragazzi. Quando ho la possibilità d'inter-agire con l'uditorio, d'inter-relazionarmi col gruppo, mi capita di allentare le briglie della mia indole (già per sua natura junghianamente estrovertita), sia per sollecitare l'attenzione e le domande degli allievi, sia per far giungere più direttamente il messaggio didattico. Può succedere, così, che faccia domande poco accademiche su argomenti apparentemente ovvi, banali, ma tutt'altro che ingenui, come ho già detto.

Per esempio, ai miei studenti di Ca' Foscari, a Venezia, chiedo talvolta: «Quanti sono, secondo voi, i neri in America?». La risposta di solito è: «Tanti, forse un po' meno della metà». Ebbene, per dare una dimensione del fenomeno, secondo un vecchio censimento del 1960 gli Stati Uniti d'America erano popolati per l'89% da bianchi, per il 10,5% da neri, per lo 0,5% da asiatici e amerindi. Era inoltre previsto che nel Duemila gli ispanici o gli immigrati ispanofili avrebbero addirittura superato i neri.

A Roma c'è una zona del Ghetto, via de' Giubbonari, dove tutti i negozi sono gestiti da ebrei. Sulla base di questa concentrazione (o di altre consimili, che si trovano sparse nel nostro paese) si è portati spesso a credere che non solo a Roma ma in Italia gli ebrei siano molti. Invece un censimento italiano del 1967 registrava, su una popolazione di 53.327.677 abitanti, comunità ebraiche della consistenza di appena 30-35.000 persone.

Senza dubbio rimarreste stupiti se vi dicessi ancora che, sempre in base a dati della seconda metà degli anni '60, l'estensione della superficie del comune di Roma era di 1.506,7 chilometri quadrati, quella del comune di Venezia (secondo in questa graduatoria) era di 456,3 chilometri quadrati, mentre Milano con i suoi 181,7 chilometri quadrati si collocava solo al dodicesimo posto, in questo gioco (non tanto banale) delle apparenze riguardo agli ordini di grandezza.

Sono passati quarant'anni o poco meno – mi direte, con piena ragione – da quando sono state ufficializzate queste cifre che certamente oggi non saranno più le stesse. Faccio ammenda dell'ob-

solescenza dei dati riferiti e mi propongo di aggiornarli con colleghi demografi e urbanisti. Mi rendo anche conto che le mie approssimazioni disattendono proprio quel rispetto verso la realtà delle cose osservate che intendo richiamare per l'inverazione scientifica di una metodologia di ricerca, ma le ritengo efficaci a scopo didattico. In ogni caso, chiesta la vostra benevolenza per la "datazione" dei numeri dei miei esempi, ciò che m'interessa sottolineare è il fatto che la veridicità (sempre approssimativa) di un fenomeno, non si desume partendo dalla visibilità di ciò che ci sembra ovvio, bensì prestando attenzione alla misura della sua entità. Misurare *scientificamente* un dato significa verificarne con la minore approssimazione possibile la sua dimensione. Tralascio di entrare nel merito della veridicità scientifica e della realtà fenomenica delle datità sperimentali. Mi limito a ricordare che il dotto filosofo porporato tedesco Nicola da Cusa detto Cusano, rivalutava proprio da Gadamer nelle sue conversazioni notturne, anticipava già nella prima metà del Quattrocento il concetto (attualissimo) che la verità fosse formata solo da congetture. Oltre quattro secoli dopo, non dissimilmente, Nietzsche sosteneva che «la nostra realtà è un esercito mobile di metafore».

### *Un po' di storia personale*

Riprendendo il filo del discorso migratorio, anche per spiegare le ragioni profonde dalla mia passione per lo studio delle esperienze dei migranti, sarebbe utile richiamare un po' la storia, le radici di chi scrive. Io amo definirmi un privilegiato *déraciné* "figlio dell'Unità d'Italia", anche se l'espressione, in questi tempi di federalismo deflagrante, potrebbe apparire retorica e stonata. Mio padre siciliano di Palermo, parte per la Prima guerra mondiale (la Grande Guerra). Comandato in quella parte del fronte dove il maresciallo austriaco Franz Conrad si apprestava a sferrare la Strafexpedition, capita in un paesino della Valsugana, proprio sotto l'altopiano d'Asiago, che si chiama Valstagna. Là incontra mia madre (una valligiana, solo per pochi chilometri mancata suddita dell'imperatore Cecco Beppe), ora centenaria, che rappresenta una vera e propria memoria storica vivente del XX secolo. Sboccia

così uno dei tanti amori di guerra. Lo chiamerei piuttosto un amore *transculturale*, poiché, fatta salva la giovane età e la reciproca attrazione fisica, non vi era nessun punto in comune tra queste due persone appartenenti a culture lontanissime e diverse. Bene, ad onta dell'antico adagio "mogli e buoi dei paesi tuoi", questo amore di guerra (in realtà *interetnico*, per le ragioni che vi ho detto) ha la particolarità di concludersi, alcuni anni dopo la fine delle ostilità (tra l'altro mia madre, dopo Caporetto, era andata profuga a Benevento), con un matrimonio che non esito a definire di evidente sapore *meticcio*. Detto sommessamente di passaggio, mi viene da pensare che l'etnopsichiatria italiana, frutto di quelle circostanze belliche, sia nata almeno un quarto di secolo prima che nascesse quella internazionalmente riconosciuta con questa dizione e attualmente di grande attualità. Come che sia, da questo matrimonio *misto*, nascono tre figli: mio fratello maggiore a Venezia, io a Bologna, come pure quello minore.

Dopo la Seconda guerra mondiale (avevo sedici anni) la mia famiglia si trasferisce a Roma, dove compio i miei studi. Non posso negare che questa piccola migrazione interna mi ha causato qualche disagio, nel senso che mi ha costretto a mimetizzarmi linguisticamente. Nascondevo la mia bolognesità, per non essere preso in giro dai compagni di scuola. Potrete immaginare quanto fosse complicato occultare quelle *esse* di "sasso" e quelle *zeta* di "piazza" che, in bocca a un "Petroniano", sibilavano inconfondibilmente col clamore di una scudisciata (almeno a me così pareva). Un piccolo *dramma-farsesco* in quanto io rifiutavo (dissimulandola) la mia identità bolognese, mentre i miei nuovi compagni (stigmatizzando la mia diversità) mi negavano di assumerne una romana.

Il risultato fu quello di non sentirmi, per un certo tempo, né *bolognese*, né *romano*; almeno fino a quando non imparai a leggere e a recitare perfettamente in pubblico prima le poesie di Cesare Pascarella (più facili), poi i sonetti di Giuseppe Gioacchino Belli (cimento difficilissimo). Molti anni dopo mi sono trovato a sorridere (amaramente), guardando un bravissimo Nino Manfredi mentre si tinge i capelli biondi, per apparire *svizzero*, in quel deli-

zioso film di Buzzati *Pane e cioccolata* che resta uno dei capolavori cinematografici sulla nostra storia (appena passata) di emigranti. Quello linguistico, in ogni modo, resta un elemento di fondamentale importanza nel declinarsi dell'esperienza migratoria.

Oggi, in tutta sincerità, debbo confessarvi di nutrire molti dubbi sull'autenticità dell'orgoglio di *appartenenza etnica*, un orgoglio difeso oltranzisticamente per motivi tutt'altro che identitari. Ritengo del tutto inutile esasperare la questione delle *differenze cultural-religiose*, rivendicate fino ai più sfacciati comportamenti integralisti. Provo anche gran diffidenza verso la ricorrente necessità di rivisitare il tema obsoleto delle *razze*, tema che il collega Sergio Piro, con arguto sarcasmo, riduce a due: gli europidi e i congoidi. Probabilmente a questi argomenti si è dato più spazio del dovuto e si è profusa la moneta falsa del giustificazionismo. Spesso in ambito sociologico si parla, a proposito degli immigrati, di *identità etnica* e di *diversità culturale* come valori fondanti da conservare e rivendicare allo stesso tempo. Discutendone con il caro Gianfausto Rosoli – giusto tre anni fa, prima che ci lasciasse prematuramente – egli mi faceva notare quanto fossero infruttuose le scuole di pensiero sociologico che sostengono posizioni radicali come, per esempio, quella che «ciascuno si definisce a partire dalle differenze». Mi citava, come voce critica verso queste correnti, l'opinione dello scrittore libanese Abou Selim, cui dobbiamo il prezioso testo *L'identité culturelle. Relation interethnique et acculturation* (1981). Quest'autore, mi spiegava Rosoli, è molto più vicino al nocciolo della questione, poiché sostiene che ogni identità culturale, anche la più forte, racchiude in sé la compresenza di un pulviscolo di diversità etniche, culturali, biologiche, mutate inconsapevolmente da tutte le altre culture con cui quella determinata etnia si è imbattuta nel corso della storia dell'uomo.

Questo lungo biglietto da visita personale (circostanziato, digressivo, ma del tutto pertinente) e la chiosa dell'indimenticabile, coltissimo amico scalabriniano (ex direttore del Centro studi emigrazione di Roma), sono sufficienti per farvi comprendere come il piccolo trauma di un lieve cambiamento di contesto lasci tracce significative di spaesamento anche in un adolescente italiano che

non abbia a spostarsi dall'Italia, ma cambi semplicemente città. Ecco dunque sorgere la necessità primaria – almeno per quanto concerne la mia storia personale e il mio stile di lavoro con le persone immigrate – di riandare ai propri tragitti esistenziali, di interrogarsi sulle proprie radici, di cercare i luoghi più sicuri per metterle a dimora altrove. Alla fine, non è difficile scoprire che spesso le “radici tagliate” (per usare una felice espressione di Marco Mazzei) si trovano sparse un po' ovunque, provengono da molte parti e non possono essere riunite in un solo luogo che le comprenda tutte. Ciò spinge, quasi ossessivamente, a ri-cercarsi continuamente in ogni dove conoscibile (o meglio ri-conoscibile) della nostra storia personale. Questo è ciò che Tobie Nathan chiama coazione a ripetere il trauma migratorio per poterlo superare; questa è l'irrequietezza del *bastardo*, del *déraciné* di Cesare Pavese, questo è ciò che fa dire a Pascoli: «Io, la mia patria or è dove si vive».

### *Prime storie di migranti*

Il senso, i significati e i percorsi delle mie mediazioni culturali nel lavoro psicoterapeutico con i migranti (italiani o stranieri che fossero), avevano dunque tracce remote (me ne resi conto dopo). Esse si declinavano inconsapevolmente, proprio a partire da questa modesta esperienza viatoria individuale e da quella più imperiosa dei miei genitori e dei miei antenati. Al contrario, le curiosità più attuali e consapevoli per lo studio dei tortuosi percorsi migratori degli altri – ossia il mio primo vero impatto con il punto terminale della *realtà migratoria fallita* – erano affiorate anni dopo, da medico psichiatra, in un manicomio della Sardegna.

Tutto nasce dal fatto che, agli inizi degli anni '70, vinco un concorso di primario psichiatra all'ospedale psichiatrico provinciale Villa Clara di Cagliari ed *emigro* nell'isola chiamata anticamente Ichnusa. Fuggivo dal manicomio provinciale di Roma, perché i fermenti della nuova psichiatria antistituzionale (ricovero volontario della legge Mariotti del 1968, esperienze francesi di Laborde, di Racamier che *abbandona il divano per l'hospital de jour* La Velotte, di Lebovici che attua la “psichiatria di settore”, quelle inglesi di Laing ed Esterson e soprattutto quella basagliana

a Gorizia) mi avevano contagiato ed ero già troppo compromesso (prima della legge 180) con la storia dell'umanizzazione del malato, delle assemblee, delle vie d'uscita dal manicomio, dell'apertura dei cancelli, dell'abbattimento delle mura e quant'altro. Se da un lato è vero che prendevo il largo per cercare occasioni più favorevoli di superamento delle istituzioni totali con un potere maggiore (quello attribuito alla "casta" dei primari ospedalieri), dall'altro è altrettanto vero che andavo incontro, *emigrando*, a situazioni totalmente nuove dove bisognava inventarsi nuove soluzioni per promuovere la tutela della salute mentale.

Accadde così che mi distrassi dai propositi originari, ed ebbi la percezione cruenta di taluni danni psicopatologici prodotti (talvolta) dal fenomeno migratorio. In realtà scoprii gli esiti terminali delle migrazioni fallite, respinti in quella vera e propria discarica sociale che era il manicomio. Tale motivo m'induce ancor oggi a sottolineare l'importanza della narrazione diretta della *storia individuale* e del *vissuto personale*, a essa collegato, da raccogliere sempre con quella sensibilità che questo particolare ascolto (l'anamnesi) necessariamente comporta. Sia l'una che l'altro vanno letti costantemente attraverso la cifra della pluralità culturale e della contestualizzazione socio-economica.

Sulle prime, a Villa Clara, il fenomeno migratorio non fu così evidente. Mi colpì piuttosto il fatto che l'*umanizzazione* consistesse nel concedere l'apertura dei padiglioni agli uomini, mentre quelli delle donne restavano ermeticamente chiusi. Solo i maschi potevano uscire dalle corsie, girare per il giardino della villa e recarsi perfino in città. Successivamente, a Dolianova – dentro un antico seminario trasformato a seguito della legge Mariotti in ospedale psichiatrico (detto il Cagliari Due, per soli uomini) – osservando attentamente i degenti, notai che costoro si rivolgevano a me usando locuzioni dialettali del continente oppure parlando addirittura le più diverse lingue straniere. "Perché" mi sono subito domandato "ex pastori non scolarizzati, alla Gavino Ledda tanto per intenderci, possiedono rudimenti di alfabetizzazione extrasarda?" E ancora: "Che cosa significa questo?". Provai, coi colleghi, a porre la questione della stranezza di questi linguaggi, ma



poiché essi con i ricoverati usavano prevalentemente il sardo, non vi avevano mai prestato attenzione. Se però insistevo, mi rispondevano: «Sì, di recente lo abbiamo inteso anche noi, ma vedi, parlano così perché tu sei continentale, ripetono quello che sentono alla televisione, fanno le imitazioni. E poi che t'importa, scusa? Cosa vuoi, in fondo sono matti!».

Come vedete, ecco riaffiorare la trama insidiosa dell'ovvietà per silenziare qualsiasi riflessione critica. Pensare che tutti quelli che si trovavano ricoverati in manicomio (ora non è più possibile) fossero matti, era già un grossolano stereotipo, ma il corollario più acritico che conseguiva a questa banale premessa, poteva far ritenere ovvio e del tutto naturale che, in virtù della loro follia, i matti potessero anche divenire poliglotti.

In via del tutto ipotetica, gli ex pastori non scolarizzati ricoverati a Dolianova potevano anche essere matti, ma semmai lo fossero stati davvero, la prova della loro follia non poteva certo desumersi dal fatto che fossero divenuti *plurilingue* senza un motivo ben preciso. Dove avevano imparato quei linguaggi? Come? Quando? Per nulla persuaso dalla spiegazione frettolosa dei colleghi, ricontrollai con maggiore attenzione le cartelle cliniche e vi trovai solo anamnesi sciatte e diagnosi psichiatriche scontate. Decisi allora di parlare direttamente della questione con gli interessati e finalmente si svelò l'arcano, che tanto misterioso poi non era.

### *La "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria"*

Avevo fatto amicizia con alcuni di loro e così cominciarono a confidarmi la loro storia personale, proprio la parte mancante nell'anamnesi della scheda clinica. Quelle parole straniere, quei dialetti continentali li avevano appresi nei luoghi delle loro emigrazioni, ma nessuno glielo aveva mai chiesto. L'emigrazione era stata per loro semplicemente un'esperienza di lavoro fallita e nulla di più. Secondo un copione, che possiamo ritenere "canonico", un amico li aveva chiamati, alimentando il falso mito dello "zio d'America", ma la «buona sorte» non li aveva assistiti – dicevano – perché si erano «ammalati di esaurimento nervoso». Parlando con loro si potevano udire le più svariate esperienze matu-

rate all'estero e cogliere infinite sfumature di vita, inesprese o inascoltate al momento della raccolta dei dati anamnestici.

È proprio qui in Sardegna che ho pensato di lanciare uno spazio di ricerca sulle dinamiche psicosociologiche della migrazione dei più poveri ed è qui che ha preso corpo quella metodologia di lavoro da me definita successivamente "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria". Le difficoltà dei transiti culturali, il pagamento di pedaggi psicologici pesanti, l'incapacità di adattarsi, di mimetizzarsi, l'esistere accerchiati dal minacciante, durante queste *escursioni/incursioni* migratorie in territorio straniero e ostile, s'intuivano dalle loro narrazioni spezzettate, ma restavano inesplicitate. Questo mi ha spinto a raccontarle per loro in un lontano saggio, letto al convegno di Varese sulla "Migrazione Interna", del 1974. Il fatto che a nessuno fosse venuto in mente di ascoltarli, di comprenderli, mi convinse poi a tentare di dar loro voce nel mio primo testo sulla migrazione: *La nostalgia nella valigia* (1987).

Nella storia di ciascuno di questi ex emigrati sardi emergevano sistematicamente dieci costanti che li avevano accompagnati (acomunandoli) durante il loro percorso esistenziale: (a) erano stati pastori, (b) non avevano frequentato la scuola, (c) erano emigrati, (d) si erano "ammalati con l'esaurimento nervoso" ed erano dovuti (e) rientrare in patria anzitempo spegnendo il loro progetto di lavoro. Inoltre, non potendo lavorare, si erano (f) ancor più "ammalati di nervi", divenendo (g) "un peso per la famiglia", cosicché erano stati (h) ricoverati in manicomio. Nessuno dei degenti era ammogliato, (i) tutti celibi (*bagariù*). A nessuno di loro era mai venuto in mente, neppure lontanamente, di (l) collegare la loro "malattia di esaurimento nervoso" con la vicenda migratoria. Si era trattato soltanto di *sfortuna*.

Mi rendo conto di usare un linguaggio di tipo narrativo, dunque poco ortodosso rispetto a quello psichiatrico imposto dal Manuale Diagnostico e Statistico dell'Associazione degli psichiatri americani per catalogare i disturbi mentali (il DSM nelle sue varie edizioni). Tuttavia, il fatto di descrivere un vissuto altrui, rappresentare un'esperienza dell'alterità culturale o dell'alienità

mentale – già di per sé scarsamente scientifico (nell’accezione storiografica) – non può che essere fenomenologico. In qualche modo resta eterodosso, nei confronti della psichiatria positivista, lo stesso costruito lessicale della psicopatologia antropofenomenologica. Un linguaggio arduo, talora anche criptico, iniziatico (in apparenza), pieno di trattini che legano le parole in un significativo simbolismo olistico dell’accadere umano, eppure ricco di richiami suggestivi, di metafore pregnanti, di bagliori eidetici che allenano a comprendere e a rischiarare *il-fare-clinico*. A mio avviso, il pensare psicopatologicamente orientati all’antropofenomenologia, sembra essere la chiave ermeneutica (l’adito più idoneo) per giungere a *penetrare*, ad *illuminare umanamente* (con reciproca disponibilità all’ascolto) siffatte esperienze (altrimenti illeggibili) e a coglierne le *essenze* applicative sul piano terapeutico. D’altro canto, l’analisi antropofenomenologica resta pur sempre un “metodo d’indagine teoreticamente ateoretico”, come ci ricorda Ludwig Binswanger; un dispositivo metodologico che «non può essere *scienza sperimentale*, ma soltanto *scienza dell’esperienza*», come ci raccomanda Danilo Cargnello.<sup>1</sup>

Mi piace ricordare qui, con voi, questo rigorosissimo maestro italiano dell’antropofenomenologia, perché la sua lezione mi fu di grande aiuto nel lavoro di rielaborazione e di riscatto dello scacco migratorio con gli ex emigrati degenti a Dolianova, palesemente “destorificati” per usare un termine demartiniano. A Cargnello, mite e sensibilissimo direttore dell’ospedale psichiatrico di Sondrio per molti anni, e poi di Brescia, l’interculturalità europea deve molto. Il suo grande rispetto per la sacralità *dell’umana presenza* (normale o malata che sia), la sua ostinazione a coglierla anche nei modi della *smondanizzazione dell’angoscia* psicosica, umanizzò il manicomio valtellinese dove dimorò a lungo coi suoi pazienti. La sua limpidezza intellettuale, la sua appassionata difesa della *presenza* (1966) in tenace opposizione alla *reificazione* dell’uomo (frutto intollerabile della psichiatria manicomiale), la sua opera infaticabile di studioso, furono tali da rendere più vivibile lo scacco esistenziale che accomunava i custoditi ai custodi delle Istituzioni totali. E ciò accadeva quando gli asili psichiatrici erano

ancora luoghi di sofferenza e non di terapia. Non solo questo lasciò il suo originale approccio all'*alterità aliena*. La sua lezione insegnò a molte generazioni di psichiatri che l'esser-ci della presenza, l'esistenza mondana dell'uomo, in qualunque forma di alienità abbia a declinarsi non perde mai il diritto di essere considerata e trattata come umana.

Queste storie psichiatriche asilari della Sardegna e la conseguente "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria" allestita per emendarle, costituiscono l'*incipit* del mio lavoro di ricerca sui migranti italiani rientrati dopo il fallimento del loro progetto di trovare lavoro all'estero. Entrambe avevano un limite evidente che consisteva nel punto di osservazione dove erano state effettuate: il manicomio, appunto. Tuttavia possedevano il merito, non certo trascurabile, di aver sollevato la questione sociale della tutela della salute mentale dei nostri lavoratori tanto all'estero, quanto al rientro e una possibile modalità di farvi fronte. Se si esclude l'opera di Michele Risso in Svizzera, in un certo senso intrecciata con quella demoantropologica di De Martino in Lucania e in Puglia e quella sociologica di Delia Frigessi nella Confederazione Elvetica, poco e male si conosceva, fino a quel momento, dei processi mentali e delle complesse dinamiche affettive che laceravano il vissuto dei nostri migranti fra "un qua e un là" inconciliabili e lontanissimi.

La questione migratoria italiana era stata affrontata – prevalentemente, da politologi, economisti, demografi, sociologi della storia e del lavoro – in termini di valvole di scarico della disoccupazione, di grandi numeri, di saldi migratori, di rimesse in valuta pregiata, di esuberi di manodopera, di carestie e pestilenze, di guerre, di ascesa, dominio e dissoluzione di grandi imperi coloniali, di cicli storici e mutamenti epocali. Non voglio dire che questi grandi argomenti non fossero degni di essere studiati con attenzione. Mi limito soltanto a far notare che l'emigrato con la valigia di cartone o il fagotto di stracci – un vecchio stereotipo, ormai scomparso e sostituito nel sospettoso immaginario collettivo del presente da *orde di gente indistinta*, stipata in gommoni veloci, accalcata sulle carrette del mare o compressa dentro TIR clo-

pici – è sempre stato un attore inconsapevole della propria storia che non ha mai contato nulla, non ha mai detto niente.

La mia ricerca – con la stessa metodologia della ricomposizione storica dell'esistenza lacerata a partire dall'ascolto della narrazione della sofferenza, "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria" – è continuata altrove. Dopo il soggiorno sardo, essa si è svolta tanto nei vecchi manicomi (fino al 1978), quanto nei nuovi dipartimenti di salute mentale della psichiatria riformata. La validità dell'originaria impostazione di base si è confermata positivamente in molte circostanze che mi hanno indotto a proseguire questo lavoro sempre con grande entusiasmo.

### *L'Italia terra di immigrazione*

Con l'iniziare degli anni '80 la questione migratoria italiana subisce un brusco capovolgimento, ma vi erano state significative avvisaglie precedenti. «Da quando, nel 1974 nelle sedi internazionali, si dichiarava in modo stupidamente miope la fine dei processi migratori di massa» scriveva Franco Foschi (1988), le questioni «si sono moltiplicate e il problema è oggi diventato più complesso per l'intreccio di ragioni che spingono milioni di persone ad emigrare, immigrare, tornare, da aree e verso aree geografiche e culturali.» L'autore, uomo politico e psichiatra, così ne spiegava i motivi: «In realtà si intendeva dire che i paesi di immigrazione non sentivano più il bisogno di manodopera che li aveva indotti a regolare in qualche modo i flussi d'ingresso, a condizione di limitare o procrastinare i diritti dei nuovi venuti. Questa, in termini brutali, la sostanza della legislazione migratoria». Profeticamente (e con largo anticipo) egli aveva svelato che l'intreccio tra migrazione, bisogno e sfruttamento del lavoro era un patto scellerato.<sup>2</sup>

È proprio in questo passaggio storico, da paese di emigrazione a terra di appetiti migratori, che io divento strabico, perché la storia stessa si fa strabica. Ho partecipato a importanti convegni di storici delle vecchie migrazioni transoceaniche di massa dal continente europeo e mi riusciva sempre più difficile accordare le loro tesi con quelle che udivo nei convegni sulle attuali immigrazioni

nel nostro paese. Non si può cominciare a scrivere un capitolo nuovo del *nostro presente* ignorando il *nostro passato*, anzi operando una gigantesca rimozione collettiva per la “vergogna” di essere stati emigranti. Se negli anni '80 sono cominciati ad arrivare “gli emigrati degli altri”, era segno inequivoco che eravamo diventati la sesta potenza più industrializzata del mondo, dimenticando i nostri trascorsi di *popolo di santi, navigatori, trasmigratori* ecc. Dimostravamo anche una certa ostilità verso i nuovi arrivati, negando loro quei diritti che noi stessi reclamavamo per i connazionali all'estero. Una contraddizione? Assolutamente no! Sostenemmo allora di non essere un paese d'immigrazione, «perché formalmente non abbiamo mai chiesto con specifici accordi a nessuno di venire tra noi: così, quelli che ci sono, o non ci sono o comunque possono andarsene» (Foschi, 1988).

La storia delle nuove immigrazioni “extracomunitarie” in Italia comincia in maniera subdola e strisciante. Chi non ricorda le *colf* capoverdiane importate dalla borghesia italiana col pagamento del solo biglietto di andata e ritorno per risparmiare sui contributi previdenziali e assistenziali? Quando esse stavano male (problemi fisici o psichici, difficile stabilirlo), venivano portate al pronto soccorso degli ospedali. Poiché, nella maggioranza dei casi, nessuno dei medici era in grado di comprendere i loro disturbi (una patologia *nuova, esotica, sconosciuta*, si diceva) venivano chiamati gli psichiatri, ma costoro, spesso, capivano ancor meno. Se il disturbo perdurava, erano messe sull'aereo e rispedite a casa. Nella generale impreparazione di quel tempo, nessuno sospettava che alla radice del disagio migratorio potessero influire elementi quali la lontananza da casa, dagli affetti, il radicale mutamento del contesto socio-culturale, delle abitudini alimentari, della condotta etica, degli originari valori tradizionali e religiosi.

Successivamente, anche gli ambulatori dei dipartimenti di salute mentale iniziarono a essere frequentati da immigrati extracomunitari accompagnati dai loro datori di lavoro. Si trattava, per la verità, di pochi soggetti, ma bastava quel tanto per scoprire che qualcosa era cambiato nel modo d'intendere la salute (la salute mentale in particolare) e che ci si doveva confrontare con un fe-

nomeno clinico emergente. Il fenomeno non mi sorprese più di tanto e non mi colse impreparato. La “psicoterapia biografica dell’esperienza migratoria”, nulla aveva perso della sua precedente efficacia. Il mio allenamento era stato lungo e poco importava che i migranti provenissero da un’altra cultura. Le culture “altre” sono sempre esistite. Forse eravamo stati noi a non porvi sufficiente attenzione, a non considerarne il valore, fino a quando non hanno fatto irruzione in casa nostra. Col mutare delle culture di provenienza dei pazienti, con la pluralità dei sistemi di cura, con la diversità delle convinzioni religiose e delle tradizioni, cambia il livello di complessità della situazione clinica, ma non cambiano le dinamiche del *vulnus* migratorio, non le sofferenze, non il disagio che esso produce.

Questa trasformazione culturale della psichiatria – nei modi di fare accogliimento sanitario, di ascoltare nuove narrazioni della sofferenza psichica, “nuove disturbanze della mente”, di incontrare persone “altre” da noi – imposta dagli immigrati all’interno dei dipartimenti di salute mentale, andava compresa prima che agita.

Come dirò più avanti, descrivendo i contenuti del progetto-obiettivo “Michele Riso”, nei miei incontri terapeutici con gli immigrati ho sempre attribuito ai termini *multiculturale* (che preferisco) o *transculturale* o *interculturale* (che trovo meno pertinenti in “psichiatria delle migrazioni”), il valore di una transazione continua di saperi e di visioni dell’area salute/malattia/cura o presa in carico. Con queste cognizioni sempre bene impresse nella mente, con questa consapevolezza della relativizzazione e della fallacia delle mie certezze psichiatriche (succhiate dalla medicina convenzionale che mi ha allevato), ho cercato di costruire un ponte di sicurezza per la tutela della salute mentale di tutti. Lo scopo iniziale era quello di favorire il transito della persona arrivata tra noi da una situazione vecchia, andata in frantumi, a una situazione nuova che si deve ricomporre; in seguito mi sono accorto che la ricaduta di questa operazione era vantaggiosa anche per gli autoctoni.

Tali nozioni sono di fondamentale importanza nell’approccio sanitario con gli immigrati, poiché è proprio nel corso delle migrazioni che avvengono *cambiamenti catastrofici* (Inglese, 1997).

Mutano i punti di riferimento, si trasformano gli orizzonti, vacillano le visioni del mondo. Bisogna re-imparare il luogo, il territorio, il contesto, il modo di lavorare, di mangiare, di pregare, di osservare la legge e il giorno di riposo. I segnali e i significati dei rapporti umani divengono incerti e incomprensibili, proprio in quanto nuovi. Il punto d'approdo può trasformarsi da attrattivo a repulsivo, un progetto fortemente desiderato (e pagato milioni) in un fallimento. L'accoglimento è quasi sempre un "annusamento", un gesto ruvido e sospettoso. L'intersoggettività è spesso un diritto negato e le nuove interrelazionalità sono impossibili da gestire poiché si presentano all'insegna dell'ostilità. Da qui la necessità (per l'immigrato) di mimetizzarsi, almeno nei primi tempi, se non addirittura fuggire, darsi alla clandestinità. Chi ha lavorato nei centri di salute mentale, chi ha dovuto avvalersi del prezioso aiuto del Servizio sociale psichiatrico, chi ha conosciuto direttamente la disumanità di queste situazioni precipitanti e la difficoltà di emendarle il più rapidamente possibile, sa perfettamente che certe priorità vengono prima dell'approntamento del *setting*, della ricerca della "stanza della terapia".

*Progetto-obiettivo triennale "Michele Riso": tutela della salute mentale degli immigrati*

Passo, infine, a illustrare la mia iniziativa romana di costruire un progetto per la tutela della salute mentale degli immigrati. Lo faccio con qualche rammarico perché, essendo stata interrotta dopo due anni dei tre programmati, ritengo la recisione di tale iniziativa un'occasione mancata per il Servizio sanitario nazionale. Ho passato molto tempo nelle Istituzioni pubbliche della salute (università, ospedali psichiatrici provinciali, dipartimenti di salute mentale) e tuttora vi lavoro. Pensavo che questa mia rigorosa competenza mi avrebbe consentito di onorare fino in fondo, col lavoro sul campo, la memoria del collega Michele Riso (cui il progetto si è ispirato e intitolato), invece, così non è stato. È quasi superfluo aggiungere che, da questo punto in avanti, cambierà il linguaggio, fluido, diretto, discorsivo, che ho adoperato fino ad ora. Quando si devono rendicontare dati di ricerca (sotto forma



di “prodotto venduto”) a un’amministrazione sanitaria che ormai ha per scopo precipuo i tagli della spesa sanitaria e l’aziendalizzazione della salute dei cittadini, lo stile acquista inevitabilmente quel sapore allappante, ripetitivo, noioso, dettagliato, tipico di ogni documento contabile destinato meramente alla valutazione costi/benefici.

Metterò subito in chiaro, come già anticipato, che questo progetto-obiettivo, originariamente programmato dall’ottobre 1997 all’ottobre Duemila, è terminato dopo due terzi del suo cammino per cause estranee alle finalità dell’iniziativa. Infatti, malgrado i brillanti risultati ottenuti, il notevole sacrificio personale e l’impegno costante profuso dai pochi operatori che vi hanno partecipato (alla fine rimasti in due), varie componenti hanno contribuito a spegnerlo. Alcune giustificazioni possono essere rintracciate in difficoltà di natura strutturale, congiunturale e burocratica: cambiamento del direttore generale dell’azienda, congedo del direttore del “Michele Risso”, mancanza di locali idonei, negazione di stanziamenti economici («senza aggravio di spesa» recitava la delibera), mancata assegnazione (anzi trasferimento altrove) di personale interessato. Altre vanno attribuite all’assoluto disinteresse della nuova amministrazione dell’azienda.

Il “Michele Risso” intendeva verificare e realizzare, per la prima volta, una serie d’interventi complessi, volti a tutelare la salute mentale delle popolazioni immigrate. Tali interventi plurifocali, elaborati nell’ottica di una *prevenzione/tutela/cura/integrazione multiculturale della salute*, sia di natura teorica che d’impianto clinico, furono posti in essere lavorando lungo l’asse delle seguenti linee direttrici:

*1. Osservatorio per i collegamenti in rete e l’epidemiologia*

Raccolta, registrazione, e informatizzazione dei dati relativi a persone straniere immigrate che afferivano al dipartimento, su programmi concordati con l’Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

*2. Ambulatorio clinico diagnostico terapeutico*

Organizzazione di un ambulatorio per stranieri immigrati, con

ampia diffusione dell'iniziativa tramite pieghevoli per la visibilità della struttura e la facilitazione dell'accesso.

### *3. Centro studi e ricerche etnopsichiatriche*

Acquisizione di testi e aggiornamento bibliografico sulla psichiatria multiculturale, corrispondenza con strutture similari del SSN e di ONG, allestimento di convegni, congressi, giornate di studio, conferenze di sensibilizzazione presso i medici di base.

### *Attività e risultati del progetto "Michele Riso"*

Il decollo del progetto è stato preceduto da un prolungato e intenso sforzo di lavoro preparatorio per la messa a punto di tutto il complesso organizzativo. L'attività svolta e i risultati ottenuti sono riportati solo relativamente ai primi due anni di attività programmata, essendosi poi, come detto, il progetto interrotto.

### *1. Osservatorio per i collegamenti in rete e l'epidemiologia*

#### *a) Informatizzazione*

La prima procedura è consistita nell'informatizzazione dei dati relativi ai pazienti stranieri immigrati, trattati ambulatoriamente dal nostro servizio nel periodo 1.01.93-31.12.96. Questo periodo, pur essendo precedente all'inizio del progetto-obiettivo, è stato utilizzato come punto di riferimento generale. Il programma utilizzato era quello fornito dalla Regione Lazio: O.E.R. (Osservatorio Epidemiologico Regionale) e S.I.S.P. (Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici) che censiscono la popolazione psichiatrica afferente ai DD.SS.MM. Tali preliminari di regesto del materiale cartaceo precedente l'avviamento della ricerca (1997), hanno messo in evidenza come i soli dati anagrafici O.E.R. e S.I.S.P. risultassero insufficienti. Ciò sia in ordine a un'analisi più attenta delle necessità sociosanitarie dei pazienti in trattamento (etnia, motivo d'immigrazione, condizioni economiche, familiari, abitative, di malattia, ricoveri precedenti ecc.), sia in relazione alla possibilità, da parte degli operatori, di valutare globalmente (ed eventualmente tarare) l'entità del fenomeno che s'intendeva studiare, senza dover ricorrere alla lettura estensiva del contenuto anamnestico-diagnostico-terapeutico di ciascuna cartella clinica.

Nonostante queste evidenti limitazioni, si è potuto riscontrare un indice di tendenza significativo sull'affluenza d'immigrati al nostro Centro di salute mentale.

*b) Registro*

Successivamente è stato compilato un registro alfabetico dei pazienti stranieri immigrati con il maggior numero di notizie relative alla persona, quali per esempio il domicilio, il recapito telefonico, la data di nascita, la nazionalità, l'etnia, la religione professata, la data di accesso al Servizio, il codice regionale (ove presente) oppure la sigla STP (stranieri temporaneamente presenti) nel caso di clandestini e irregolari. In pari tempo è stato assegnato un numero (parallelo) di cartella clinica del nostro DSM, per disporre di uno strumento di consultazione immediato, in ordine all'espletamento di tutte le eventuali richieste telefoniche esterne (ospedali, SPDC, ambulatori, altri DSM ecc.).

È stata così ricostruita attorno all'individuo immigrato, una biografia storico-sociale oltre che psicologica e psichiatrica. Dal punto di vista clinico-terapeutico, la ricognizione su questa "presenza cartacea" – poi informatizzata (quando è stato possibile farlo) – è valsa a fornire significato di *presenza* e riconoscibilità della *sofferenza* a individui stranieri, talvolta apparentemente comparsi dal nulla. Sul piano burocratico-istituzionale, invece, si è sempre operato nel senso di pensare il nostro interlocutore titolare dello *status* di persona e dei diritti che da tale condizione derivano. Ne è derivata la piena legittimità per ciascuno di loro di esprimere la propria identità culturale e soggettiva.

*c) Divulgazione*

L'informazione sanitaria, relativa alle attività di questo nostro Servizio, è avvenuta tramite la stampa di un pieghevole illustrante la natura del progetto, le disponibilità terapeutiche, i giorni e gli orari stabiliti per l'ambulatorio, i numeri telefonici per informazioni e/o consultazioni immediate. La distribuzione di questa locandina è stata effettuata da noi (materialmente) sia all'interno della nostra azienda, sia all'esterno presso enti locali, istituzioni nazionali della salute, organizzazioni sindacali, comunità straniere, associazioni sociosanitarie di volontariato del territorio regionale.

#### *d) Collegamenti*

Sono stati allacciati proficui contatti con numerose strutture operanti nell'assistenza sanitaria agli immigrati (con particolare attenzione alla salute psichica) su Roma e sul territorio nazionale.

### *2. Ambulatorio clinico diagnostico e terapeutico*

#### *a) All'interno del DSM di Torrespaccata*

Dalla metà di ottobre del 1997 è stato attivato uno specifico ambulatorio psichiatrico per gli stranieri immigrati (APSI). L'APSI ha ricevuto direttamente (rispondendo con immediatezza) segnalazioni e richieste concernenti pazienti stranieri immigrati (regolari, irregolari, clandestini) domiciliati o residenti o presenti nel territorio dell'ASL RM/B, particolarmente in quello della VIII Circoscrizione Comunale.

Dopo le prime osservazioni ed un'attenta valutazione del caso, veniva decisa la strategia terapeutica d'indirizzo. Se si trattava di un disturbo grave o di una situazione particolarmente complessa il paziente era seguito direttamente da noi. Se, viceversa, la patologia era di minor complessità, il paziente era inviato per l'assegnazione all'équipe del DSM d'Area, competente per territorio. In ogni caso, è stata sempre curata una strettissima e reciproca collaborazione tra l'APSI e il DSM d'Area, sia nel senso di consultazioni o di verifiche di *follow up*, sia che si trattasse dell'eventuale ripresa in carico di un paziente scompensato.

#### *b) Collaborazione con la PCP-118 (Emergenza Psichiatrica)*

Nel giugno 1997, su precise direttive impartite a ciascuna ASL del Lazio dall'assessorato regionale alla Sanità, fu costituito presso il policlinico Casilino dell'ASL RM/B un servizio di Emergenza psichiatrica, attivato direttamente dal 118 e denominato Unità di Pronto Consultazione Psichiatrica (PCP-118). L'APSI del "Michele Riso" ha sempre agito in sinergia con la PCP-118, dalla quale riceveva segnalazioni di casi specifici. La collaborazione (reciproca) avveniva a tutto campo. Le tre colleghe che operavano nell'Unità PCP-118, contribuivano alle attività del nostro ambulatorio nella misura di due ore settimanali per ciascuna.

*c) Disponibilità di ricezione*

In concreto l'APSI ha funzionato, per le attività programmate, il lunedì, il giovedì e il venerdì dalle 11 alle 13. Per le richieste improvvisate dava risposte tutti i giorni della settimana (mattina e pomeriggio) tranne il sabato, in quanto attivo solo nella mattinata.

Le sei ore settimanali di ambulatorio offerte dalla generosa solidarietà delle colleghe erano assolutamente insufficienti. Fu chiesto allora ufficialmente all'amministrazione un esiguo incremento (assolutamente minimale) di due ore per le consulenze nei vari presidi sanitari della ASL e di dodici ore di segretariato, accoglienza, indirizzo, informazione, registrazione delle attività, informatizzazione di tutti i dati occorrenti per la valutazione. La richiesta non ebbe seguito.

*d) Registrazione dati e caricamento programmi informatici*

Un contributo rilevante per le attività di segretariato, la parte informatica, i collegamenti con l'OER - SISP, e altre funzioni di promozione sono stati corrisposti dall'unica sociologa del DSM della III Area Territoriale, VIII Circoscrizione. Tuttavia le carenze di personale sono rimaste incolmabili.

*e) Modalità di lavoro e tecniche d'ingaggio*

Malgrado le deficienze elencate, la nostra ostinazione ha dato un numero cospicuo di risposte e conseguito apprezzabili risultati. Descritta succintamente, la modalità di lavoro da noi seguita (altrove richiamata col termine "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria") si è basata sul principio che un evento traumatico (o un'esperienza vissuta come traumatica) provoca sempre (e comunque) una soluzione di continuità sul fluire dell'esistenza individuale. L'evento – nel nostro caso, la migrazione – produce una frattura, una lacerazione, talvolta un "buco", una cesura temporale del vissuto, in colui che la esperisce. Tale *evento* diviene tanto più significativo e comprensibile allorché venga interpretato e letto nel senso propriamente biografico (ossia storico-personale) della continuità dell'*esser-ci* del soggetto migrante.

Evento traumatico può essere qualunque situazione (accidentale o prodotta dall'intenzionalità di una "scelta necessitativa") di perdita oppure di costrizione psichica o d'impedimento fisico od

ostativa a un progetto forte, elaborato intensamente per soddisfare un bisogno primario. In questo caso rientrano le migrazioni per lavoro, per fame, guerre, carestie, calamità naturali. Su questa tipologia di reazioni fenomeniche soggettivamente irripetibili, abbiamo centrato le nostre osservazioni, i nostri studi, le nostre strategie terapeutiche. Va in ogni caso sottolineato il dato che un evento traumatico “personale”, come quello migratorio, si realizza in un particolare contesto “sociale”. Esso, infatti, implica sempre un’interrelazionalità soggettiva (più o meno conflittuale) con la collettività del paese di approdo.

In questi delicatissimi (funambolici) equilibri d’incontro con l’alterità, il compito dello psicoterapeuta è quello di valutare molteplici opzioni. Secondo la nostra esperienza, egli ha l’obbligo di ricorrere a tutte le tecniche di cui dispone, e deve intervenire prevalentemente (almeno nei primi approcci) sulla parte cosciente del paziente. Sia ben chiaro che non stiamo parlando di “etnopsicoterapia” secondo i canoni (prevalentemente psicoanalitici) in cui oggi questa disciplina viene internazionalmente riconosciuta e accreditata. Lo scopo principale della nostra “psicoterapia biografica dell’esperienza migratoria” (*domestica, autarchica, discutibile* quanto si vuole, ma l’unica possibile, data la penuria di “risorse” disponibili) è stato quello di operare seguendo la traccia di una complessa tessitura di ascolti reciproci. Detto in altri termini, il difficile lavoro terapeutico (all’interno di situazioni costantemente difforni l’una dall’altra) si è esplicitato *artigianalmente* in un’azione di ricongiungimento di quel tratto di storia personale danneggiata (mancante, lacerata o distrutta), fra il *prima* e il *dopo* l’esperienza di “malattia” connessa alla migrazione. Una sfuggibile, incerta, imprevedibile operazione di “rammendo” della trama esperienziale dissoltasi nell’attraversamento di confini non solo culturali. Nei nostri casi, andava sempre tenuto presente che questa *lacerazione traumatica*, poteva aver prodotto (o costituire l’anticamera) di una psicosi vera e propria. Dunque, ci saremmo potuti trovare di fronte non una mera *alterità culturale*, bensì una vera e propria *alienazione mentale* di un’altra cultura di cui nulla conoscevamo.

*f) La ricontestualizzazione dello sradicamento*

Uno dei punti preliminari, eppure nodali e strategici, del nostro trattamento psicoterapeutico multiculturale, è stato quello (apparentemente semplice) della *ri-contestualizzazione* di un paziente immigrato, *de-contestualizzato* dall'immigrazione. Potrebbe sembrare un'attività di poco impegno, appena condita di sapori esotici della più banale ovvietà. In realtà si è trattato di un'operazione difficile e paziente in cui intervenivano più elementi. In primo luogo torna utile giovare di qualche nozione linguistica e di elementi di base sulla cultura di provenienza del soggetto immigrato. Può essere anche molto efficace, prima di iniziare un approccio clinico, tentare un'acculturazione veloce che consenta d'impossessarsi dei rudimenti di carattere etnico-geografico del territorio d'origine del paziente.

Non vorrei essere frainteso né tacciato di faciloneria. Sto parlando di centri di salute mentale del SSN dove (purtroppo) esistono situazioni (cheché se ne dica) di estrema penuria di tutto: personale, formazione, strumenti culturali, sensibilità all'acculturazione, ancorché abbondi "la voglia di fare". Non scherzo quando (in supervisioni non sofisticate) invito i colleghi a gettare una semplice occhiata sull'atlante geografico, tanto per vincere la pigrizia e riflettere sull'effettiva distanza fisica che ci separa dai luoghi originari del paziente immigrato. In tali circostanze e in simili contesti, può essere un "lusso", un piccolo "plusvalore culturale" conoscere appena qualche parola della lingua del nostro interlocutore straniero; un aiuto terapeutico di valore strategico incalcolabile. Tutto ciò non dovrebbe essere sogguardato come una goffa imitazione glottologica, ma semmai come un tentativo di avvicinamento amichevole sul piano linguistico. Anche qui non ho difficoltà a riconoscere che ci troviamo ben lontano (e noi del "Michele Riso" lo siamo anche stati) dai livelli operativi dove si può disporre dell'intervento di un traduttore linguistico o della controversa figura del "mediatore culturale della salute mentale".

Questa nostra tecnica elementare, non priva di rischi e di brutte figure per la "dignità" del terapeuta, è risultata estremamente

efficace e preziosa ai fini del conferimento di senso, a un disagio psicologico o a una “crisi” di cui, almeno inizialmente, ci sfuggivano le dinamiche dello scontro culturale più profondo. Successivamente è stato possibile – con un po’ di fortuna e senza alcuna presunzione “psichiatrica” – procedere correttamente a una lettura più comprensibile del disturbo che definiamo “etnico”. Abbiamo imparato a orientarci verso una riorganizzazione critica del nostro apparato significativo e di quelli degli altri, del nostro e dell’altrui dispositivo di valori, della nostra concezione di salute e di quella altrui. Questo confronto continuo ci ha dato l’impressione di essere più prossimi al vissuto e al mondo del paziente immigrato.

Con le *relativizzazioni critiche* appena elencate, con il rispetto dovuto alle “culture della salute”, con la comprensione della molteplicità dei dispositivi e delle opzioni terapeutiche, abbiamo scoperto, per esempio, che l’Africa non è come l’abbiamo imparata a scuola o come l’abbiamo immaginata nei nostri sogni esotici. Non è neppure quella che abbiamo visitato “in bassa stagione” a prezzi stracciati come saldi vacanzieri offerti dall’agenzia turistica sotto casa. I nostri pazienti africani immigrati, per restare all’esempio citato, ci hanno insegnato che il loro è un continente enorme e disomogeneo con mille problemi e mille diversità. Un’Africa bianca che si affaccia sul Mediterraneo, un’Africa nera che è bagnata dall’oceano Atlantico e da quello Indiano, una antichissima dell’Oriente che si affaccia sul Mar Rosso, una altrettanto antica dell’Occidente che guarda da lontano il continente americano e una Centrale che soffre di sete nel Sahara e nella fascia del Sahel, ma appena sotto la Savana si presenta ricolma di vegetazione lussureggiante, piena di laghi, di fiumi, di cascate, ma anche di rancori feroci lasciati in eredità dai colonizzatori. Dagli Africani giunti fra noi abbiamo anche appreso che un Hausa, un Ashanti, uno Yoruba, un Fante, un Fulbe, un Dogon, un Wolof parla un inglese, un francese, un portoghese o un tedesco migliore del nostro. Ci siamo poi accorti che non sempre era un vantaggio culturale; spesso avevano dimenticato il linguaggio della loro gente (deculturazione primaria).



g) *Dati ambulatoriali*

In via preliminare è necessario chiarire, per quanto possa apparire banale, che risulta estremamente difficile classificare una persona nella categoria “immigrati”. D’altro canto questa difficoltà è ben conosciuta dagli studiosi delle migrazioni, citiamo per tutti Jean Pierre Raison. Il fenomeno migratorio si presenta all’osservazione scientifica in maniera cangiante, sfuggente, mutevole, talora mascherata. Si può osservare che una grande varietà di persone sono legate al mondo della dislocazione geografica per i motivi più disparati. Persone che talora nulla hanno a che vedere con la migrazione in senso stretto. Si pensi per esempio ai nomadi, ai militari, agli studenti, agli apprendisti, ai viaggiatori, ai venditori ambulanti, ai rappresentanti di commercio, ai turisti. Bene, costoro non sono immigrati e considerarli tali è un errore. Un altro termine poco felice, per non dire spregiativo, che compare nell’immaginario collettivo (più o meno popolare) della figura dell’immigrato, è la parola “extracomunitario”.

Per questi motivi abbiamo scelto di usare nel nostro sistema informatico il termine “straniero”. Tale decisione può essere criticabile a motivo della genericità del lemma: estraneo a chi? a cosa? Tuttavia ci è parso che la parola “straniero” riuscisse ad arginare meglio l’uso sconsiderato e dilagante dell’attribuzione di pregiudizi negativi. La locuzione può semmai rimandare dialetticamente alle categorie sociologiche dello “straniero” analizzate originariamente dalle folgoranti riflessioni di Georg Simmel, in seguito da quelle di Robert E. Park, Werner Sombart, Robert King Merton e altri.

Non è stata mai operata alcuna discriminazione tra pazienti autoctoni e pazienti allogeni. L’accoglienza riservata ai primi non è stata mai disgiunta da quella offerta ai secondi. Tutti sono sempre entrati dalla stessa porta, tutti hanno sempre sostato nella medesima sala d’attesa, senza mai dare adito a inconvenienti di sorta. Questa è stata una nostra scelta precisa, una filosofia d’intervento sulla quale, non da ora, esistono prevalentemente due posizioni sintetizzabili nella pratica dell’*integrazione subito* da un lato e in quella dell’*area protetta* dall’altro. Entrambe sono giustificabili,

ma non prive di rischio. Peraltro, la questione dei servizi dedicati, dei centri superspecializzati, delle aree riservate (almeno con accesso separato), costituisce oggetto di un animato dibattito internazionale tra tutti quelli che lavorano con pazienti immigrati. Noi siamo aperti al confronto. Le *strategie di aiuto* in un mondo che si evolve continuamente e rapidamente nel segno dell'interculturalità, non sono (non possono essere) mai definitive.

I *pazienti* che si sono rivolti alla III Area Territoriale del DSM (VIII Circoscrizione del Comune di Roma) nel periodo compreso tra il 01.01.97 e il 30.06.99, sono risultati essere 4.545 unità. Le *persone straniere* (139) hanno costituito il 3% dell'utenza globale afferita al nostro Dipartimento di Salute Mentale nell'arco di tempo sopra considerato.

Per quanto riguarda il totale delle prestazioni erogate dal nostro DSM, nel periodo indicato, abbiamo un valore di 76.539, mentre scorporando quelle erogate a stranieri abbiamo un valore di 1.382, pari all'1% della totalità delle prestazioni effettuate. Lo scarto, in percentuale, tra il numero dei pazienti e il numero delle prestazioni – rispettivamente il 3% contro l'1% – è probabilmente da attribuirsi a disfunzioni burocratiche. Ciò non significa che gli stranieri siano stati curati meno, ma è facilmente intuibile la difficoltà di registrare tutte le prestazioni (rilevabili dal *ticket* o dal timbro STP) effettuate su persone spesso comprensibilmente reticenti in quanto irregolari, clandestine, condotte o giunte al Servizio senza preavviso o tornate improvvisamente fuori orario col pretesto (per noi gratificante) di un'informazione, un saluto. Si deve in ogni caso concludere che le prestazioni erogate, per i vari motivi cui si è appena accennato, sono da ritenersi sottostimate.

### *3. Centro Studi e Ricerche Etnopsichiatriche*

Nei due anni di vita del progetto-obiettivo "Michele Riso", le indagini di studio e ricerca si sono svolte non soltanto nell'ambito della salute mentale degli immigrati, ma anche nell'area di potenziale sviluppo dell'etnopsichiatria in Italia. In questo settore abbiamo rilevato interessanti novità e originali iniziative di adattamento della disciplina alla particolare situazione nazionale. Per

quanto ci riguarda, abbiamo promosso convegni, pubblicazioni, seminari di formazione, conferenze pubbliche di sensibilizzazione, contatti con analoghe iniziative italiane di tutela della salute degli immigrati operanti presso strutture pubbliche del SSN e nelle realtà gestite delle ONG. Esse hanno costituito un po' la cerniera in cui ha ruotato e si è confrontato tutto il nostro lavoro, costantemente rappresentato attraverso relazioni, interventi, dibattiti (si veda la bibliografia).

### *Conclusioni*

L'esperienza sviluppata in tutti questi anni, e anche quella recentissima, ci ha spinto a formulare alcune considerazioni di base.

Il lavoro con la patologia mentale degli immigrati è estremamente impegnativo ed esorbita dai tempi canonici delle psicoterapie convenzionali. Il paziente non è mai solo, ma accompagnato da parenti o amici che da un lato sono preziosi interlocutori culturali, mentre dall'altro obbligano a transazioni terapeutico-culturali complesse.

Nella vasta area della salute/malattia/cura o presa in carico, la nazionalità degli immigrati risulta irrilevante rispetto all'etnia e, quest'ultima, meno ancora rispetto alla credenza religiosa. Tradizione e occidentalizzazione sono spesso in contrasto e, non di rado, la seconda copre come una coltre bituminosa la prima. Per esempio, parlare con tre nigeriani può significare un incontro con tre culture e altrettante tradizioni differenti: Hausa, Yoruba, Ibo.

Non di rado si è verificato un improvviso abbandono del contatto e il paziente, con tutti i suoi accompagnatori, si è eclissato. Spesso si ha l'impressione di lavorare duramente con "gente di passaggio". Messi nel dovuto conto i nostri eventuali errori, le ragioni dell'abbandono possono essere le più varie. Alcune, forse, intuibili (opportunità di lavoro altrove, paura di essere schedati, ricercati dalla polizia per l'espulsione), altre difficilissime da valutare, mancando un riscontro. A volte, il ritorno inaspettato anche dopo qualche anno di un nostro paziente ci ha almeno confortato del fatto che l'incontro era avvenuto in maniera corretta e fiduciosa.

Tutto questo obbliga l'operatore a un ascolto terapeutico multiculturalmente "ad assetto variabile" e a una transazione continua sui temi delle "culture della salute". La metodologia di approccio, che sovente avviene alla presenza di più persone (accompagnatori del paziente), si basa essenzialmente sull'analisi del linguaggio, della motorica e della gestualità reciproca, utilizzate per comunicare.

Il luogo dell'incontro, le presentazioni e i ruoli di tutti i partecipanti (attori del processo conoscitivo), erano sempre, per quanto possibile, reciprocamente sollecitati, spiegati, esplicitati, definiti minuziosamente. Parimenti è avvenuto per le origini, gli scopi, i significati della seduta e la successione di accadimenti che l'avevano resa necessaria.

Concludo ribadendo che la soluzione trovata per lavorare al meglio coi nostri emigrati e con "quelli degli altri" non è mai stata avulsa da quanto la comunità scientifica internazionale della transculturalità stava riflettendo teoricamente e andava sperimentando sul terreno. Non ho mai avuto la presunzione di ritenere che la mia "psicoterapia biografica dell'esperienza migratoria" (sempre rimodellata col passare del tempo, dell'esperienza e del mutamento dei protagonisti) fosse nata per partenogenesi e potesse ignorare altre lezioni basilari della letteratura etnopsichiatrica antica e recente. Al contrario, esse l'hanno sempre nutrita e arricchita. Laddove è stato possibile applicarle, si è tenuto conto – in maniera duttile, sincretica, eclettica – delle esperienze e dei modelli di *psichiatria culturale* (De Martino), di lettura del *Verhexungswahn* (Risso e Böker), di *psicosocioterapia transculturale* della McGill University (Wittkover, Murphy, Littlewood), di *doppia lettura complementarista* del disturbo etnico (Devereux), di *etnopsichiatrica clinica* dalle sapienti utilizzazioni delle *inferenze culturali* (Nathan), delle ricerche di *psicopatologia africana* della Scuola di Dakar (Collomb, Lambo), tanto per dare qualche riferimento.

Come ho già detto, più che ai numeri, una particolare attenzione è stata riservata alle narrazioni individuali e alle storie di vita, che venivano elicitate anche in tutti i componenti del gruppo presenti all'incontro. Il trattamento proposto è sempre stato frutto di mediazioni faticose e complesse. La "terapia", una costruzio-

ne artigianale inventata e predisposta per l'occasione, aperta al contributo di tutti i protagonisti; i suoi possibili sviluppi basati su reciproche interrelazionalità plurifocali fra terapeuti e gruppo etnico accompagnatore.

## NOTE

<sup>1</sup> Riassumo qui liberamente un suo pensiero del 1981 che riguarda la dibattuta questione della scientificità della psichiatria. Per l'asseverazione scientifica di tale disciplina – sosteneva Cargnello – è essenziale disporre del maggior numero di casi aventi in comune uno stesso fenomeno che diviene pertanto il “sintomo clinico”. Passando dal particolare al generale la psichiatria clinica è giunta ad elaborare astratti quadri nosografici, assunti poi come modelli con cui il caso concreto deve confrontarsi. Diversamente la *Daseinsanalyse* si costruisce sull'indagine fenomenologica estensiva e dettagliata di pochi casi. Lo studio dei grandi numeri (la quantità dei casi e dei “sintomi clinici” ivi riscontrabili) è regolato da procedure statistico-matematiche che rivelano attendibilmente la ricorrenza di un determinato sintomo patologico in una data popolazione esaminata. La *Daseinsanalyse* percorre invece strade del tutto opposte, ma non meno attendibili. Essa non è interessata dalla «decantazione del fenomeno a sintomo» ma dalla possibilità di “apprendere” scientificamente le essenze dei fenomeni psicopatologici. I piccoli numeri (la qualità dell'esperienza), studiati mediante un rigoroso approfondimento «di singole analisi del decorso di prescelte e ben determinate presenze», danno maggiore contezza della vita dell'uomo non sano. Tanto più esse sono illuminanti, quanto più sono profonde e guidate «dalle strutture costitutive del nostro Esserci» (p. 59).

<sup>2</sup> «Allora, nel 1974, si fingeva di non conoscere i problemi, come quelli derivanti dallo squilibrio demografico, dal differenziale di sviluppo economico, sociale e demografico tra il Nord e il Sud del mondo e dall'ampliarsi del fenomeno delle economie sommerse di cui lo sfruttamento dell'uomo diviene una logica variabile dipendente.» (Foschi, 1988)

## BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV), American Psychiatric Press, Washington-DC 1994.

- AA.VV., *Culture a confronto. La gestione della diversità*, Editore Fondazione Silvano Andolfi, Roma 2000.
- ABOU S., *L'identité culturelle. Relation interethnique et problèmes d'acculturation*, Éd. Anthropos, Paris 1986.
- BENEDUCE R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, FrancoAngeli, Milano 1998.
- BIBEAU G., *Antropologi nel campo della salute mentale. Un programma finalizzato alla ricerca qualitativa*, trad. di Massimiliano Minelli, in «AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 1-2, ottobre 1996, pp. 23-52.
- CARGNELLO D., *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano 1966.
- CARGNELLO D., *Ludwig Binswanger e il problema della schizofrenia. Prima Parte*, in «Riv. Sperim. di Freniat.», CV, 1, febbraio 1981, pp. 7-75.
- CARITAS DI ROMA, *Immigrazione. Dossier statistico '99*, Anterem, Roma 1999.
- CAROTHERS J.C.D., *The African Mind in Health and Disease. A study in Ethnopsychiatry*, "Who Monograph Series", 17, World Health Organisation, Genève 1953.
- COLASANTI R. - GERACI S. - PITTAU F., *Immigrati e salute; paure, miti e verità*, Edizioni Lavoro, ISCOS, 1991.
- COLLOMB H., *Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine*, in «Psychopathologie Africaine», I, 2, 1965, pp. 167-239.
- COPPO P., *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano dogon*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- COPPO P., *Etnopsichiatria e creolizzazione delle culture. Tra globalizzazione e resistenze, "Capire il Disturbo Mentale della Persona Immigrata. Osservazione di un fenomeno emergente attraverso modelli teorici, istituzionali, operativi"*, corso biennale inter-USL – Regione Lazio (1995-96), direttore Sergio Mellina, dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale B di Roma, via di Torrespaccata 157. Tavola rotonda del 15.12.1995.
- COPPO P., *Etnopsichiatria. Un manuale per capire. Un saggio per riflettere*, Il Saggiatore, Milano 1996.
- COPPO P. - KEITA A., *Médecine traditionnelle. Acteurs et itinéraires thérapeutiques*, Edizioni E, Trieste 1990.
- DEVEREUX G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris 1970.
- FASSIN D., *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Puf, Paris 1992.
- FOSCHI F., Relazione al I Convegno Internazionale "Medicina e Migra-

- zioni”, Roma, Università La Sapienza, 9-10 aprile 1988, in Atti del Convegno, Press Time, Roma 1988, p. 31.
- FREEMAN P., *Ethnopsychiatry in France*, in «Transcultural Psychiatry», XXXIV, 3, settembre 1997, pp. 321-43.
- FRIGESSI-CASTELNUOVO D. - RISSO M., *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino 1982.
- FRIGESSI-CASTELNUOVO D., *Il modello patologico della migrazione*, in DE MICCO V. - MARTELLI P. (a cura di), *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Liguori, Napoli 1993.
- FRIGHI L., *Psichiatria transculturale*, in FRIGHI L., *Manuale d'Igiene Mentale*, Bulzoni, Roma 1984, pp. 285-309.
- FRIGHI L., *Psichiatria Transculturale*, in REDA G.C., *Psichiatria*, UTET, Torino 1993.
- GADAMER H. G., *Dove si nasconde la salute*, a cura di A. Grieco - V. Lingiardi, trad. di M. Donati - M.E. Ponso, Raffaello Cortina Ed., Milano 1994.
- GERACI S. (a cura di), *Medicina e Migrazioni*, Atti del II Congresso Internazionale, Roma 1990, edito dalla Presidenza del Consiglio, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1992.
- GERACI S., *La salute degli immigrati in Italia: il punto e le prospettive*, Asi-Agenzia Sanitaria Italiana, 48, 1998, pp. 39-42.
- GOOD B.J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Milano 1999.
- INGHILLERI P., *Esperienza soggettiva, personalità, evoluzione culturale*, UTET, Torino 1995.
- INGLESE S. F., *La psicopatologia dell'emigrazione: un'esperienza di cambiamento catastrofico e collettivo*, in MELLINA S., *Medici e Sciamani fratelli separati*, Lombardo, Roma 1997.
- INGLESE S.F. - PECCARISI C., *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, UTET, Milano 1997.
- LITTLEWOOD R., *The Theory and Practice of Puzzlement: A Replay to Murphy*, in «Transcult. Psych. Res. Review», 20, 1, 1983, pp. 67-69.
- LITTLEWOOD R., *La migration des syndromes liés à la culture*, in «Psychopathologie Africaine», XX, 1, 1984-85, pp. 5-16.
- LITTLEWOOD R., *From Categories to Contexts: A Decade of the New Cross-Cultural Psychiatry*, in «Brit. Journ. Psychiat.», 156, 1990, pp. 308-27.
- LOSI N., *Vite altrove Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano 2000.
- MANN T., *La montagna incantata*, trad. di E. Pocar, Corbaccio, Milano 1993.

- MAZZETTI M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, L'Harmattan Italia, Torino 1996.
- MELLINA S., *Analisi fenomenologica dello spazio antropologico nell'emigrante sardo*, in Atti del Convegno "Psicodinamica e Sociodinamica della Migrazione Interna", Varese 19-20 ottobre 1974, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1975, pp. 221-25.
- MELLINA S., *La nostalgia nella valigia Emigrazione di lavoro e disagio mentale*, "Quaderni della Fondazione Giacomo Brodolini", Marsilio Editori, Venezia 1987.
- MELLINA S., *Psicopatologia dei migranti. Dai "cafoni" agli "extracomunitari", dai "wops" ai vu' cumprà. Storie di follie parallele: per riflettere, per capire, per cambiare*, Lombardo, Roma 1992.
- MELLINA S., *Medici e Sciamani fratelli separati. Arte del curare tra cielo e terra. Etnomedicina, Etnopsichiatria, Antropologia della salute*, Lombardo, Roma 1997.
- MERTON R.K., *Insiders and Outsiders: a Chapter in the Sociology of knowledge*, in «American Journal of Sociology», 78, 1972, pp. 9-47.
- MURPHY H.B.M., *Migration, Culture and Mental Health*, in «Psychological Medicine», 7, 1977.
- NATHAN T., *La follia degli altri*, trad. di M. Pandolfi, Ed. Ponte alle Grazie, Firenze 1990.
- NATHAN T., *Principi di etnopsicoanalisi*, intr. e trad. di S. Inglese, Bolla-ti Boringhieri, Torino 1996.
- PASCOLI G., *Poesie*, scelta e intr. di Luigi Baldacci, note di Maurizio Cucchi, Garzanti, Milano 1982<sup>5</sup>.
- PARK R.E., *Human Migration and the Marginal Man*, in «American Journal of Sociology», XXX, 6, maggio 1928, pp. 881-93.
- PAVESE C., *La luna e i falò*, Mondadori, Milano 1985.
- PIRO S., *Introduzione alle Antropologie Trasformazionali*, Ed. Città del Sole, Napoli, 1997.
- RAISON J.P., *Migrazione*, voce in Enciclopedia Einaudi, vol. IX, Torino 1978, p. 307.
- RISSO M., *Primi risultati di un'indagine sociologica e psicopatologica sugli emigrati italiani nella Svizzera tedesca*, in «Il Lav. Neuropsichiat.», XXXIII, 2, 1963.
- RISSO M., *Der Einfluss des magischen Weltbildes auf die Gestaltung Geistiger Störungen bei Südtalientischen Patienten*, in «Akt. Psychiat. Neurol.», 6, Basel-New York, 1967, pp. 155-64.
- RISSO M. - BÖKER W., *Verhexungswahn*, Karger, Basel-New York 1964.



- RISSO M. - BÖKER W., *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di V. Lanternari - V. De Micco - G. Cardamone, Liguori, Napoli 1992.
- ROSOLI G.F., *Dialogo interreligioso ed immigrati*, in *Immigrati e religioni in Italia*, a cura del Centro Studi Emigrazione, Fondazione Migrantes CEI, Caritas Diocesana, Ed. CSER, Roma 1994, pp. 22-24.
- SERVIZIO SOCIALE INTERNAZIONALE. SEZIONE ITALIANA ROMA, *Albania Kosovo e Popolo Kurdo. Tre tematiche che interessano l'Italia*, AWR, Roma 1999.
- SIMMEL G., *Il conflitto della cultura moderna*, a cura di C. Mongardini, Bulzoni, Roma 1976.
- SOMBART W., *Il capitalismo moderno*, a cura di A. Cavalli, UTET, Torino 1967.
- TERRANOVA CECCHINI R., *Riabilitazione e Psichiatria Transculturale*, in «Psichiatria e Medicina», V, 3, marzo 1991.
- WITTKOVER E.D. -  
 WINTROB R. M., *Witchcraft in Liberia and Its Psychiatric Implications*, in LESSE S. (a cura di), *An Evaluation of the Results of Psychotherapies*, Charles C. Thomas, Springfield (Illinois) 1968.
- ZINCONE G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna 2000.