

Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 

Pensare la multiculturalità

*Proposte per la presa in carico dei pazienti
Stranieri a partire dall'esperienza di un
CPS di Milano*

*Davide Bruno¹, Donatella Fidanza², Irene Netti³,
Assunta Romito⁴, Federico Samele⁵,
Claudio Mencacci⁶*

INTRODUZIONE

Le società contemporanee si presentano complesse e mutevoli non solo in conseguenza dei fenomeni massivi delle migrazioni transnazionali, ma anche per l'emergere di scenari socio-culturali sempre nuovi, caratterizzati da uno scambio incessante di persone, merci, informazioni. Che siano dovuti alla ricerca di risorse economiche e sociali inaccessibili nei luoghi d'origine o alle conseguenze di guerre e catastrofi naturali, le migrazioni di persone e a volte di intere popolazioni interessano oggi milioni d'individui (Agiar, 2008; Appadurai, 2001). L'Italia, che in passato ha avuto una peculiare storia di emigrazione, si trova oggi ad essere meta di imponenti flussi migratori di persone che desiderano stabilirsi al suo interno, o che transitano alla volta di altri paesi europei.

Il mondo contemporaneo ci obbliga a pensare e ad agire altrimenti rispetto a quanto eravamo abituati, confrontandoci continuamente con nuovi movimenti politici e ideologici, con nuove forme identitarie nonché sociali e familiari. La migrazione è spesso rappresentata come un avvenimento inscritto in un determinato contesto storico e politico. Dal punto di vista psicologico, però, la spinta a migrare nasconde spesso motivazioni ambivalenti: desiderio di partire e timore di lasciare i propri affetti, modalità di risoluzione dei conflitti intra-familiari, contestazione dei valori espressi dalla società d'origine,

desiderio di una vita migliore, ricongiungimento con il proprio partner. Che sia una scelta subita o voluta, ogni migrazione è un atto che segna la vita dell'individuo e può comportare modificazioni importanti nella storia familiare presente e futura, al punto che Karl Jaspers (1959: 421) pone, dal punto di vista psicopatologico, le reazioni dovute alla nostalgia della patria sullo stesso piano delle psicosi da terremoti, da catastrofi e di guerra.

La popolazione migrante è caratterizzata da una specificità che richiede l'utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche adattate (Moro, 2002). A partire dall'analisi dell'utenza di origine straniera afferente al CPS di via Betti, zona 19/2, di Milano e attraverso la descrizione sia delle attività transculturali già presenti nel servizio, sia di una vignetta clinica che mostra la messa in atto di un dispositivo terapeutico specifico, si vuole dare un contributo alla discussione in ambito clinico e di ricerca per la presa in carico di questa tipologia di pazienti.

LA POPOLAZIONE STRANIERA IN ITALIA E IN LOMBARDIA*

All'1 gennaio 2016 in Italia si riscontra la presenza di 5 milioni 54 mila stranieri, rappresentanti l'8,3% della popolazione totale. Il 59% dei cittadini stranieri risiede nel Nord Italia e più di un quinto del totale nella sola Lombardia, regione italiana popolata dal maggior numero di stranieri, 1 milione 149 mila persone, corrispondenti all'11,5% della popolazione residente in Lombardia e il 22,9% degli stranieri presenti in Italia.

Milano è la provincia lombarda che conta il maggior numero di stranieri, 446 mila 462 unità, rappresentanti il 13,9% della popolazione residente e il 38,9% dei cittadini stranieri della regione.

Per quanto riguarda le aree territoriali di provenienza, gli stranieri presenti a Milano sono migrati principal-

* I dati sulla popolazione migrante in Italia e in Lombardia sono stati ricavati dai siti: www.istat.it e www.tuttitalia.it

mente dall'Asia orientale (Filippine 11%, Cina 8%), dall'Europa centro orientale (Romania 10%, Albania 5%, Ucraina 4%), dall'Africa settentrionale (Egitto 12%, Marocco 4%) e dall'America del Sud (Perù 7%, Ecuador 6%).

OBIETTIVI

Il presente lavoro preliminare ha come obiettivo di studiare la prevalenza della popolazione di origine straniera afferente al CPS di zona 19/2, di Milano secondo i parametri dell'area geografica di provenienza, genere, classe di età, zona di residenza e diagnosi psichiatrica, al fine di progettare interventi di ordine diagnostico e terapeutico il più possibile adattati per questo tipo di utenza. La raccolta dei dati è avvenuta in base all'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti afferenti al CPS di via Betti alla data dell'8 agosto 2016, prestando particolare attenzione non solo ai riferimenti anamnestici e al luogo di nascita, ma anche ad alcuni elementi culturali (nome, cognome) che segnalavano una storia individuale o familiare di migrazione.

Nella prospettiva di evidenziare la presenza di pazienti con affiliazioni culturali multiple, sono stati inclusi nell'indagine anche i pazienti con un passato di adozione internazionale, di seconda generazione e figli di "coppia mista", ovvero cresciuti in famiglie composte da un genitore italiano e da un genitore straniero.

L'applicazione di tale metodologia ha permesso di evidenziare due limiti relativi al disegno dello studio: 1. Il formato standard delle cartelle cliniche non richiede di esplicitare informazioni relative all'evento migrazione, né la presenza di elementi relativi alla cultura di origine del paziente (religione, gruppo sociale di appartenenza, lingua, etc.); 2. In base alle informazioni riportate, è difficile rilevare con certezza se il paziente abbia avuto una storia di adozione internazionale, appartenga alla cosiddetta "seconda generazione" o sia figlio di una "coppia mista", in quanto mancano i dati anagrafici relativi ai genitori, per cui è stato necessario corroborare le ipotesi

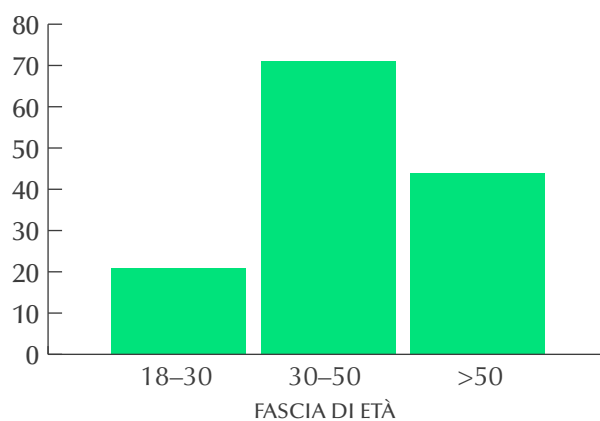
in tal senso con un riscontro da parte degli operatori che conoscono personalmente il paziente.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dalla consultazione delle cartelle cliniche è stato rilevato un gruppo di 120 pazienti con un'esperienza individuale di migrazione e di 16 pazienti con una storia di affiliazioni culturali multiple, di cui 2 figli di "coppie miste", 2 con una storia di adozione internazionale, 12 di "seconda generazione". Complessivamente tale gruppo corrisponde a circa il 13% dei pazienti presi in carico dal CPS e dal punto di vista del genere è composto da 82 femmine e 54 maschi.

Età

Il gruppo ha un'età media di circa 45 anni, in particolare 21 soggetti (16%) hanno un'età compresa tra 18 e 30 anni, 71 soggetti (52%) un'età compresa tra 30 e 50 anni, 44 soggetti (32%) un'età superiore a 50 anni; si può osservare come quasi l'85% dei soggetti presenti un'età superiore a 30 anni, con più della metà dei soggetti collocati nella fascia 30-50 anni.



Paese di origine

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza, il gruppo più numeroso è quello proveniente dall'Africa con 47 utenti, distribuiti pressoché equamente tra Maghreb (19 soggetti), Africa sub-sahariana (12 soggetti) ed Egitto (16 soggetti). Segue l'America con 30 utenti, per la maggior parte provenienti dall'America

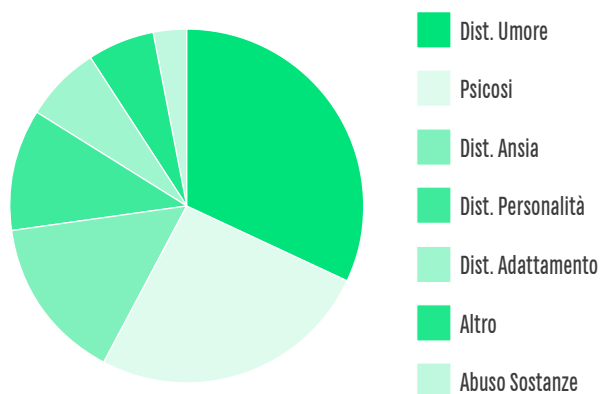
del Sud (24 soggetti).

Il gruppo asiatico è rappresentato da 15 utenti, provenienti prevalentemente da Sri Lanka (6 soggetti) e Filippine (4 soggetti). Infine nel gruppo di origine europea si rileva una forte presenza dell'Europa dell'est (Romania, Moldavia, Jugoslavia, Bielorussia, Lituania, Ucraina) che conta 14 unità.

Diagnosi

La variabile "diagnosi psichiatrica" è stata suddivisa in sei categorie: "disturbi dell'umore", "disturbi d'ansia", "disturbi della personalità", "disturbi dell'adattamento", "abuso di sostanze", "psicosi".

La diagnosi psichiatrica prevalente è quella di disturbo dell'umore, riscontrato in quasi un terzo degli utenti (43 soggetti, corrispondenti al 32%); in particolare all'interno dei disturbi dell'umore è emersa una forte prevalenza della diagnosi di depressione maggiore, rilevata in 28 soggetti. La seconda diagnosi più frequente è quella di psicosi, riscontrata in circa un quarto degli utenti; seguono i disturbi d'ansia, rilevati nel 15% del gruppo, i disturbi di personalità (11%), i disturbi dell'adattamento (7%) e infine l'abuso di sostanze (3%). Nell'analisi dei dati si è deciso di evidenziare la presenza della diagnosi di disturbo dell'adattamento, in quanto si presenta come una forma di espressione delle sofferenze specialmente rappresentata tra i migranti: essi fanno l'esperienza di un nuovo contesto di vita, cambiamento che richiede la messa in atto di strategie di coping.



IL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL CPS: IL QUARTIERE SAN SIRO

L'ampio quadrilatero di fabbricati, che costituisce il quartiere comunemente denominato "San Siro", a Milano, di cui il CPS di via Betti è competente per territorio, si estende intorno a piazzale Selinunte nel quadrilatero delimitato dalla via Civitali, Ricciarelli, Dolci, Albertinelli e Paravia. Si tratta di un quartiere di edilizia pubblica costruito in diverse fasi, sostanzialmente tra il 1932 e il 1951. Dal punto di vista architettonico presenta un'impostazione razionalistica con edifici prevalentemente di 4-5 piani e costituisce un esempio importante di quartiere popolare realizzato con l'obiettivo di realizzare un grande numero di alloggi (di misura compresa tra 25 e 50 metri quadrati), in una fase di forte espansione urbana. Nel corso degli anni, a fronte di una domanda abitativa crescente e dei processi di riorganizzazione del mercato del lavoro, così come è avvenuto in molti altri quartieri pubblici, i circa 5000 alloggi un tempo destinati ai lavoratori sono stati via via assegnati in rispondenza di una graduatoria che ha dato priorità a soggetti in situazione di emergenza sociale, con una significativa quota di persone con problemi di salute mentale. La popolazione residente è dunque caratterizzata da un'elevata densità di cittadini utenti dei servizi sociali e/o connotati da situazioni socialmente problematiche (anziani, famiglie numerose, disabili etc.). Circa 1.400 famiglie residenti si trovano al di sotto della soglia di povertà. Nel corso degli anni, inoltre, l'occupazione abusiva di alloggi si è andata diffondendo, in misura sempre maggiore, tanto che in alcuni caseggiati si toccano punte del 15-18% di alloggi abitati da inquilini senza regolare permesso. Un ulteriore dato di rilievo è relativo alla alta percentuale di abitanti di origine straniera, che è pari a circa la metà della popolazione totale (Cognetti, 2014).

Per contro all'interno del quartiere, soprattutto dopo il progetto di riqualificazione (Contratto di Quartiere) e la creazione del Laboratorio di Quartiere, operano

diversi soggetti non istituzionali disponibili e interessati ad occuparsi degli abitanti gravati da problematiche psichiche. Il CPS ha partecipato fin dalla sua creazione al “Tavolo sulla salute mentale” in cooperazione con il Laboratorio di quartiere, l’associazione “Fare Assieme”, i Centri di ascolto delle Parrocchie del Decanato di zona, l’associazione “Bonola Boys” che raccoglie utenti familiari e operatori del Dipartimento. Molti abitanti del quartiere inoltre conservano un forte senso di appartenenza alla propria comunità e mostrano disponibilità a ingaggiarsi per migliorare la qualità della vita collettivamente percepita. Nel 2009 nasce il “Progetto per la sensibilizzazione del Quartiere San Siro al tema del Disagio Psichico e per la promozione di una cittadinanza attiva sulle sue problematiche” in convenzione con la Direzione Centrale Politiche Sociali e Cultura della Salute del Comune di Milano che nelle edizioni del 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 ha permesso di realizzare inizialmente una serie di azioni rivolte alla sola cittadinanza del quartiere San Siro e, negli ultimi anni, in linea con le priorità previste dal Patto per la Salute Mentale del Comune di Milano, di allargare l’intervento alle altre zone afferenti al Dipartimento e alla città, diventando così nel 2015 “Progetto Città Visibile” che si articola in interventi distribuiti lungo tutto il corso dell’anno sull’intera città mettendo in evidenza come il mondo della salute mentale possa risultare una risorsa per la città e non un problema come i media spesso lo rappresentano.

Da alcuni anni infatti il Dipartimento di Salute Mentale del Fatebenefratelli – ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano ha iniziato a promuovere esperienze di cura all’interno dei propri Servizi caratterizzate da pratiche d’intervento legate all’empowerment che si affiancano a quelle “tradizionali” di cura e presa in carico della sofferenza psichica. Si è andata consolidando una metodologia condivisa le cui modalità di approccio e realizzazione sono basate sulla coprogettazione tra soggetti diversi (realtà istituzionali, esperienze del pri-

vato sociale, associazionismo, cittadini utenti e tessuto sociale) e sulla valorizzazione e costruzione di occasioni di scambio e di relazione tra cittadini utenti dei Servizi e cittadini. Si è sempre più orientato verso una pratica di lavoro rivolta allo sviluppo di consapevolezza ed empowerment che può rappresentare, per gli utenti che la sperimentano, un’occasione di crescita individuale e collettiva, conoscenza, confronto e formazione per le realtà locali coinvolte nell’ambito della salute mentale.

UN’ATTIVITÀ TRANSCULTURALE CONTRO LO STIGMA: “CONOSCIAMOCI CUCINANDO”

Il gruppo “Conosciamoci Cucinando” è dal 2013 una delle azioni espressione del progetto Città Visibile; è costituito da cittadini italiani e stranieri (provenienti da Marocco, Filippine, Perù, Egitto) alcuni dei quali sono utenti del Cps di zona 19/2. Il progetto è nato a partire dal desiderio di mettere in comune le risorse di persone diverse tra loro per nazionalità e appartenenza culturale, al fine di promuovere l’integrazione e l’accettazione dell’altro nella sua diversità. Il gruppo è condotto da una operatrice del Cps di via Betti e da una volontaria. L’attività si svolge ogni quindici giorni all’interno di un locale in affitto nel quartiere San Siro. Il cibo diventa così uno strumento di integrazione tra mondi diversi che convivono sullo stesso territorio e che spesso si trovano a condividere momenti di vita quotidiana, facilitando la comprensione e il dialogo con l’altro nel rispetto delle differenze. L’esperienza si è anche tradotta nella realizzazione di un libretto di ricette che raccoglie piatti stranieri e italiani, che rimane a disposizione della cittadinanza presso il Laboratorio di Quartiere San Siro. Il gruppo, inoltre, è presente all’interno delle iniziative di sensibilizzazione contro lo stigma promosse dal Dipartimento quali feste di piazza “Rara Razza di Pazza Piazza”, il Report annuale e altre manifestazioni presenti sul territorio, realizzando specialità culinarie caratteristiche dei vari Paesi.

Parallelamente allo sviluppo delle attività riabilitative,

l'équipe del CPS si è trovata a riflettere sulla possibilità di sperimentare dispositivi terapeutici, anche gruppal, specifici per i pazienti migranti, di cui un esempio è riportato di seguito, attraverso l'esposizione di un caso clinico.

UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO PER I PAZIENTI MIGRANTI: LA STORIA DI AI

Ai* è nata venti anni fa in Cina, nella provincia dello Zhejiang, ed è arrivata a Milano nel 2010 insieme al padre e al fratello, per raggiungere la madre che già abitava e lavorava in Italia, dove ha aperto un negozio di sartoria. La paziente viene inviata al CPS dal Servizio di Psicologia dell'Ospedale San Paolo, a cui si è inizialmente rivolta per una visita ginecologica ed esami virologici per la ricerca dell'HIV. La collega psicologa che ha in carico la paziente è infatti preoccupata non solo per la sua importante situazione di ritiro sociale, ma anche in merito ad alcune frasi della ragazza, in cui afferma di aver l'intenzione di "farsi del male". Dal momento che la paziente non parla italiano, è stata richiesta la figura di un traduttore che sia presente durante le sedute. La condizione di isolamento sociale e deafferentazione culturale in cui si trovava Ai ha suggerito la possibilità di una presa in carico di gruppo, che prevedesse la presenza di un'équipe multidisciplinare a fianco dello psichiatra, per cui sono stati coinvolti, oltre al traduttore, l'educatrice e lo psicologo del CPS. Tale presa in carico riprende, secondo un modello "a geometria variabile", il dispositivo proposto in Francia da Tobie Nathan (1993) per i pazienti migranti, in cui il gruppo di terapia è formato da diverse figure professionali (infermieri, psichiatri, psicologi, antropologi, etc.), che hanno anche una diversa origine, in modo tale da permettere non solo l'emersione e la valorizzazione di contenuti culturali specifici, ma anche la loro discussione all'interno del gruppo di terapia. Agli incontri è presente la madre della ragazza, a cui viene richiesto di raccontare

parti della storia della paziente che quest'ultima non riesce a riferire.

La consulenza ginecologica è stata richiesta da Ai per il timore di essere stata infettata dallo zio paterno, che avrebbe abusato di lei durante l'infanzia. Di fatto, Ai si mostra profondamente arrabbiata nei confronti della madre, a cui rimprovera di averla abbandonata una prima volta a sei anni, in seguito all'arresto per bancarotta dell'azienda di famiglia, e una seconda in seguito alla migrazione in Italia. La madre non l'avrebbe "protetta", al pari del padre e del nonno paterno che non ha punito il suo aggressore. Da quel primo abbandono, la paziente non sarebbe più stata la "bambina gioiosa ed estroversa" di prima, e avrebbe trascorso il suo tempo in casa, guardando la televisione o chattando sui social network. La rabbia di Ai, che si esprime attraverso un tono dell'umore caratterizzato da note di disforia, originerebbe non solo da un vissuto di inadeguatezza, per cui si sente costantemente inferiore rispetto agli altri, ma anche dal fatto che si sentirebbe poco considerata dai suoi stessi genitori: durante una seduta si arrabbia notevolmente con la madre che risponde ad una chiamata di lavoro al telefono cellulare. La paziente esprime, attraverso i propri comportamenti, il bisogno di essere "vista" dagli altri: la frequenza sui social network cinesi, dove pubblica diversi post in cui manifesta la propria sofferenza, mostrandosi delusa se non vengono commentati dagli utenti, appare avere il significato di cercare un mezzo attraverso cui gli altri la possano prendere in considerazione. Nel corso delle stesse sedute, la paziente fa leggere i propri messaggi alla mediatrice, perché li traduca al resto del gruppo. In questo contesto, le minacce autolesive sono state interpretate come un estremo tentativo perché il suo dolore possa essere visto e accolto.

La presenza di diverse figure professionali nella presa in carico di gruppo permette una lettura multidisciplinare

* Per ragioni deontologiche, il nome della paziente e i riferimenti non indispensabili alla comprensione del caso sono stati variati.

della problematica portata dalla paziente: durante un suo intervento, ad esempio, l'educatrice chiede alla ragazza se dispone di una rete sociale di riferimento, ovvero di amici con cui si trova. Ai risponde di non avere nessun amico qui a Milano, non solo non parla italiano, ma anche con i connazionali si vergogna in quanto ritiene che la sua pelle sia troppo scura rispetto a quella delle coetanee. In Cina, infatti, diversamente che in occidente, è considerato un segno di bellezza non solo avere la carnagione molto chiara, ma anche poterla mantenere tale, fine per cui si è procurata dei prodotti specifici. L'intervento psichiatrico si è avvalso della prescrizione di una terapia psicofarmacologica a base di olanzapina a basso dosaggio, utilizzata in questo caso come stabilizzatore dell'umore e per mitigare la componente rabbiosa della paziente, terapia in cui Ai afferma di avere trovato beneficio. Dal punto di vista psicologico, si può osservare nella paziente una posizione di ambivalenza tra il desiderio di instaurare delle relazioni di fiducia ed emotivamente coinvolgenti, e la paura di essere nuovamente abbandonata e delusa.

Nella presa in carico della paziente appare di fondamentale importanza la figura del traduttore, che si presenta come una figura di mediazione tra la paziente e l'équipe, tra il mondo precedente e quello successivo alla migrazione, e rende possibile lo svolgimento del racconto di Ai. Il gruppo di terapia offre inoltre uno spazio di accoglienza per la paziente e i suoi familiari, in una situazione di emarginazione sociale e di impoverimento delle relazioni affettive significative.

CONCLUSIONI

La migrazione espone l'individuo ad un'esperienza dalle elevate potenzialità traumatiche, legate a vissuti di perdita e di difficoltà di adattamento al nuovo contesto. Essa rappresenta un evento che non interessa unicamente i singoli individui, ma l'intero sistema familiare, i cui membri si trovano ad affrontare angosce molto radicali, connesse col dolore del lutto e della separazione (Bruno et al., 2016). A volte si tratta di intere famiglie emigrate, esposte a

ferite narcisistiche spesso non solo simboliche, e talora a aperti atti di stigmatizzazione: il rifiuto da parte della società di accoglienza comporta spesso come risposta il ricorso all'incremento della coesione interna del gruppo, cui consegue spesso l'esaasperazione dei conflitti intra-familiari, non di rado aggravati dalla precarietà economica e sociale (Petrella, 1993). La specificità di questo tipo di pazienti richiede in primo luogo una valutazione che si avvalga di strumenti il più possibile adattati a questa utenza (per esempio sono stati elaborati da diversi gruppi di lavoro schede di raccolta anamnestica apposite). La presa in carico deve inoltre tenere in conto gli elementi culturali presentati dal paziente tra cui si può annoverare la lingua madre.

Una strategia possibile risiede nell'applicazione di dispositivi di natura grupppale, già ampiamente sperimentati in altre nazioni come la Francia, riconfigurati non soltanto in base alle risorse disponibili all'interno dei servizi pubblici di psichiatria, ma anche secondo le esigenze presentate da ogni singolo caso.

RINGRAZIAMENTI

Il lavoro di ricerca presentato e discusso in questo articolo è l'esito di una riflessione collettiva condotta sulle pratiche ed esperienze maturate presso il CPS di zona 19/2 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Si ringraziano per l'interesse e per il confronto sulle questioni trattate: Nunzio Martella, psichiatra; Michele Arduini, coordinatore infermieristico; Corrado Cirillo, Daniela Molinari e Salvatore Stimolo, infermieri; Maria Grazia Bersani, infermiera, che ha curato i rapporti con il servizio di mediazione culturale; Francesco De Palo, assistente sociale; Paolo Cozzi, educatore e Maria Bagnato, psicologa. Un ringraziamento al Prof. Massimo Bricocoli, Politecnico di Milano, per aver letto e commentato la sezione dell'articolo riguardante il quartiere San Siro.

AFFERENZA DEGLI DELL'AUTORI:

1. Medico Psichiatra, ASST Fatebenefratelli Sacco. PhD in Sanità
Pubblica e Scienze Formative
2. Educatrice, ASST Fatebenefratelli Sacco.
3. Medico Psichiatra, responsabile del CPS di zona 19/2, ASST
Fatebenefratelli Sacco.
4. Infermiera, ASST Fatebenefratelli Sacco.
5. Psicologo, tirocinante in psicoterapia presso il CPS di zona 19/2,
ASST Fatebenefratelli Sacco.
6. Direttore del Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale,
ASST Fatebenefratelli Sacco e Presidente della Società Italiana di
Psichiatria.

Per corrispondenza con gli autori:

davide.bruno@unipv.it

BIBLIOGRAFIA

1. Agier M. *Gérer les indésirables*, Paris, Flammarion, 2008
2. Appadurai A. *Modernità in polvere*, Milano, Meltemi, 2001
3. Bruno D., Balottin U., Berlincioni V., Moro M.R.
*Bilingualism, language disorders and intercultural families in
contemporary Italy: family relations, transmission of language
and representation of otherness*, Culture, Medicine and
Psychiatry, 40: 12-34, 2016
4. Cognetti F. *Dal progetto disegnato al progetto abitato.*
Abitare San Siro. Territorio, 71: 112-120, 2014
5. Jaspers K. *Psicopatologia Generale*, Torino, Il Pensiero
Scientifico Editore, 1959
6. Moro M.R. *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La
Découverte, 2002
7. Nathan, T. *Fier de n'avoir ni Pays ni amis, quelle sottise
c'était...* Principes d'ethnopsychanalyse, Grenoble, La Pensée
Sauvage, 1993
8. Petrella F. *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'Esperienza*,
Milano, Cortina, 1993

SITOGRAFIA

1. www.istat.it
2. www.tuttitalia.it