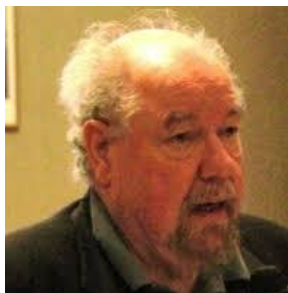


Note di commento alle *Linee guida* del Ministero della Salute per il trattamento dei disturbi mentali delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione internazionale e umanitaria (RTP), 22 marzo 2017.



Luigi Benevelli

Il Ministero della Salute italiano ha licenziato il 22 marzo scorso, a conclusione di un lavoro di due anni e mezzo, le *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*. Le linee guida si applicano a uomini, donne e minori che hanno subito torture, stupri o altre forme

gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, già titolari di status di protezione internazionale o umanitaria o richiedenti asilo. (p. 8)

Si parte dalle affermazioni che “ gli eventi traumatici che colpiscono le persone RTP (Richiedenti e Titolari di Protezione internazionale e umanitaria) determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività” e che è urgente

riorientare il sistema sanitario italiano verso l’attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l’equità dell’offerta per assicurare un’assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali.

Di qui la necessità

di avviare la programmazione di strumenti operativi adeguati ad assistere questa nuova e numerosa utenza multiculturale, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti”, anche tenendo conto del limite “rappresentato dalle limitate risorse disponibili. (p.6)

Le linee guida adottano e propongono “un approccio multidisciplinare, partecipato, integrato ed olistico, che prevede un percorso di assistenza alle vittime: dall’individuazione, non sempre facile ed evidente in questo tipo di situazioni, alla riabilitazione”. Un focus specifico è portato alla **certificazione**, essenziale nell’iter della richiesta di asilo e sulla mediazione, indispensabile per la costruzione della relazione. [...]Le linee guida danno indicazioni su come operare nel passaggio di competenze “tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati (SPRAR o altri programmi) e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria”, in particolare in tutte le situazioni che richiedono una continuità terapeutico-assistenziale.(p. 7)

Si passa poi alla descrizione dei quadri psicopatologici:

“I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all’individuazione precoce di queste persone. [...] Le esperienze traumatiche estreme possono determinare, oltre ai sintomi comuni del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD: *Post-Traumatic Stress Disorder*), anche altre conseguenze psicopatologiche specifiche e complesse. In particolare: disturbi dissociativi psichici e somatici, tendenza alla re-vittimizzazione, perdita del senso di sicurezza e del senso di sé, disturbi da *iperarousal*, disturbi affettivi e relazionali. Questo particolare quadro sindromico viene attualmente riconosciuto come un’entità clinico-diagnostica specifica definita “PTSD con dissociazione” o come “*Complex PTSD*”. Le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici complessi (depersonalizzazione, derealizzazione, assorbimento immaginativo, disturbi mnesici e

cognitivi, etc.) differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono multiformi e insidiose e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, specialmente per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza. In questi casi il rischio di misconoscimento o di una diagnosi errata risulta molto elevato”(p. 31).

Una volta diagnosticato il disturbo, i RTP sono “tempestivamente inviati, tenendo conto del livello d’urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d’accoglienza, presso strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche, del SSN o da esso riconosciute” (p. 33) dove dovrebbe avvenire la “presa in carico” seguendo “un approccio integrato, multidisciplinare e multi dimensionale, con interventi che si realizzano in tappe successive: accoglienza, orientamento, accompagnamento”.

A tal fine le A.S.L. definiscono un percorso terapeutico assistenziale multidisciplinare, chiave di volta dell’assistenza e della riabilitazione delle vittime di tortura, che integri professionalità socio-sanitarie e giuridiche dei servizi territoriali pubblici, degli enti gestori e del privato sociale. Per organizzare il percorso multidisciplinare è necessario quindi delineare le funzioni e i ruoli delle diverse figure professionali coinvolte, nonché gli strumenti necessari. A prescindere dai singoli professionisti presenti, è necessario che, all’interno del percorso multidisciplinare, siano sempre rappresentate le diverse aree di competenza: “Sanitaria”; “Sociale”; “Giuridica”; della “Mediazione”. (p. 35)

L’approccio clinico si articola in tre fasi:

- Comprensione e superamento dei sintomi maggiormente invalidanti: disturbi del sonno, condotte di “evitamento”, sintomi somatici e dissociativi.
- Lavoro sulle memorie traumatiche: ricostruzione dettagliata attraverso la libera narrazione degli eventi traumatici in ambiente protetto per mettere la vittima in condizione di elaborare il vissuto e di integrarlo costruttivamente nella propria identità. Può avere una funzione preparatoria per l’audizione.
- Ricostruzione dei legami: migliorare le capacità relazionali e facilitare la possibilità di accedere a nuove esperienze interpersonali.

Le prime due azioni generalmente avvengono nelle fasi iniziali, entro il primo anno dall’arrivo nel paese di accoglienza e salvo rare eccezioni, le barriere linguistiche, la lontananza culturale, la paura e la sfiducia delle vittime nell’essere umano potrebbero impedire una corretta valutazione da parte del clinico. (p.44)

Per i minori previsti accoglienza, scuola, cura, percorsi di integrazione. (pp. 45-49)

Fra gli obiettivi delle Linee guida vi è quello di far sì che la stesura delle certificazioni e delle relazioni di accompagnamento siano il più possibile uniformi sul territorio nazionale.

Per valutare la correlazione tra le violenze denunciate e le lesioni fisiche e/o le alterazioni psicologiche si devono utilizzare le formule tratte dal Protocollo di Istanbul:

- a) *non compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto*
- b) *compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause*
- c) *altamente compatibili: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili*
- d) *tipico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause*

e) *specifico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto*¹.

Ancora, tenendo conto di quanto riportato nel successivo paragrafo n.187 per il quale *“fondamentalmente, è la valutazione globale di tutte le lesioni che è importante nella storia di tortura e non la compatibilità di ogni lesione con un particolare tipo di tortura”*, sulla base della valutazione psichiatrica, sarà espressa una valutazione sul grado di compatibilità tra le violenze, i traumi e le torture riferite, anche in correlazione con eventuali esiti fisici, e lo stato di salute fisica e mentale della persona. (p. 55)

Sempre in riferimento alle esigenze di uniformità *“è necessario che tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti siano adeguatamente formati; la formazione deve essere rivolta ad una pluralità di figure professionali, afferenti sia al sistema pubblico che agli enti, associazioni ed organismi di accoglienza e tutela dei rifugiati”*:

- gli operatori socio-sanitari, delle aziende sanitarie pubbliche e di enti, associazioni ed organismi di tutela dei RTP;
- i mediatori linguistico-culturali che entrano in contatto con i RTP, compresi i mediatori presso i Tribunali competenti;
- gli operatori delle Prefetture, Questure, Capitanerie di porto, Marina Militare, Guardia di finanza, Autorità aeroportuali e di frontiera;
- gli operatori dei centri di primo soccorso, di accoglienza ed identificazione;
- i componenti le Commissioni Territoriali per l'esame della domanda di asilo;
- i componenti la Commissione nazionale per il diritto d'asilo;
- avvocati e/o operatori legali che sostengono i RTP nella fase di domanda di protezione o di ricorso; operatori scolastici ed altri operatori che per il loro ruolo entrano in contatto con i RTP. (p. 60).

La formazione avviene a tre livelli, con target, tempistiche e obiettivi specifici:

1. primo livello, di *“sensibilizzazione”* rivolto a tutti gli operatori, al fine di renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti, con la finalità di promuovere la capacità di rilevare precocemente possibili situazioni di violenza grave;
2. secondo livello, di *“facilitazione e supporto”* destinato agli operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare, operanti nei diversi contesti di trattamento dei rifugiati, per fornire elementi operativi ed organizzativi coerenti con il contesto di intervento assistenziale in una logica di presa in carico globale;
3. terzo livello, di *“formazione specifica”*, rivolto a determinate figure professionali e gruppi multi professionali, volto a conseguire competenze assistenziali specifiche.

Ancora, la formazione deve:

- essere concepita secondo finalità collegate agli specifici contesti che caratterizzano il percorso, dall'arrivo fino ai luoghi di permanenza più stabili: sbarco, prima accoglienza, SPRAR, territorio;
- essere strutturata per obiettivi costruiti su bisogni formativi precedentemente evidenziati;
- essere sufficientemente flessibile da poter essere praticabile in scenari diversi, secondo le caratteristiche, le esigenze e i vincoli propri di quello scenario;

¹ Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Protocollo di Istanbul - Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante*, 1999, paragrafo 186.

- essere affidata ad attori competenti e responsabili secondo modalità che ne consentano un'efficiente implementazione sul territorio. (pp. 63-64)

La Tabella 11 elenca i contenuti da trattare nella formazione:

- 1 Instabilità geopolitica e violazione dei diritti umani nei Paesi di origine e di transito
- 2 Le dinamiche di migrazione (situazioni di esposizione legate al viaggio)
- 3 Diritti e doveri dei RTP
- 4 Fattori di resilienza e di vulnerabilità
- 5 Principali forme di violenza fisica, psicologica e sessuale
- 6 Violenza di genere
- 7 Aspetti clinici specifici in ambito traumatologico e psico-traumatologico
- 8 Principi di psicoterapia e approccio al paziente
- 9 La mediazione culturale nel processo di cura
- 10 Informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari
- 11 I Progetti di integrazione sociale nel lavoro di rete
- 12 Interventi di prevenzione e sostegno per la salute degli operatori

Note di commento

1. Le Linee guida sono un documento “tecnico-amministrativo” che dà indicazioni e chiede impegni nuovi e complessi ai numerosi soggetti, sanitari e non, che operano in Italia nella prima accoglienza dei migranti. Le Linee guida, tuttavia, non hanno il valore normativo di una legge, non prevedono finanziamenti né verifiche dell'applicazione delle disposizioni, né sanzioni per chi non vi ottempera. Questo pone gravi interrogativi circa la possibilità di realizzare le finalità dichiarate, proprio perché il raggiungimento delle stesse comporta una radicale ristrutturazione organizzativa e culturale dei servizi alla persona in ogni Regione e nuovi diffusi apprendimenti. La “debolezza” intrinseca all'impianto delle Linee guida appare ancora più evidente a fronte del fatto che, praticamente in contemporanea, il Parlamento ha approvato una legge, il Decreto Legge 17 febbraio 2017, n. 13 *Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale*, che dispone, con efficacia immediata:

- la riduzione delle garanzie processuali con l'eliminazione del grado di appello, una novità nell'ordinamento processuale italiano denunciata anche dall'Associazione nazionale magistrati, visto che si deve accertare se sussista o meno in capo allo straniero un fondato rischio di persecuzione o di esposizione a torture, trattamenti disumani e degradanti o eventi bellici in caso di rientro nel proprio Paese,
- l'accentramento in solo 14 sezioni specializzate dei principali procedimenti riguardanti le persone straniere. Questo renderà più difficoltoso il diritto di difesa, senza considerare che l'accentramento dei procedimenti in pochi Tribunali rischia di accentuare le difficoltà degli Uffici giudiziari coinvolti,
- l'apertura di nuovi numerosi Centri di Permanenza per i Rimpatri, la nuova denominazione dei Centri di Identificazione ed espulsione (CIE).

Insomma, per il Governo pare sia del tutto prioritario accertare il più rapidamente possibile il diritto all'asilo per rispedire indietro il più rapidamente possibile chi non sia stato riconosciuto. La Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM) che aveva chiesto ancora lo scorso anno

la chiusura dei CIE perché dannosi alla salute dei richiedenti asilo ha contestato l'adozione di un 'diritto speciale' per gli stranieri richiedenti protezione, in contrasto col nostro ordinamento che prevede procedure adeguate e coerenti con le garanzie relative ai diritti soggettivi della persona: il diritto alla protezione internazionale e il diritto alla salute.

Un gruppo di associazioni (A Buon Diritto, ACLI, ANOLF, Antigone, ARCI, ASGI, CGIL, Centro Astalli, CILD, CISL, Comunità Nuova, Comunità Progetto Sud, Comunità di S.Egidio, CNCA, Focus – Casa dei Diritti Sociali, Fondazione Migrantes, Legambiente, Lunaria, Oxfam Italia, SEI UGL, UIL) hanno firmato un appello di severa critica al Decreto Legge del 17 febbraio, n. 13 e a quello del 20 febbraio 2017, n. 14, (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città).

2. Le Linee guida caricano di grandi responsabilità tutti i servizi alla persona, i Dipartimenti di salute mentale in particolare, chiamati a operare in modo efficiente e con tempestività per arrivare a formulare la diagnosi di PTSD, la quale, a sua volta consente l'ottenimento del permesso di soggiorno da parte di persone migranti "irregolari". Ma da tempo i DSM italiani versano in una condizione drammatica, come documentano il "Rapporto Salute mentale" riferito all'anno 2015 del Ministero della Salute; l'appello al Governo della Società Italiana di psichiatria in occasione del 10 ottobre 2016², Giornata mondiale della salute mentale; il recentissimo Appello al Governo e alle Regioni della Società Italiana Epidemiologia psichiatrica (SIEP) di cui riporto alcuni passaggi:

Rivolgiamo un appello urgente per richiamare l'attenzione di Governo, Parlamento e Assemblee Regionali sulle drammatiche condizioni del Sistema di Cura per la Salute mentale in Italia.

I tagli alla sanità operati negli ultimi anni, le restrizioni al *turnover* del personale, la riduzione dei centri di responsabilità per l'accorpamento delle Asl, con la creazione di Dipartimenti di Salute mentale "monster" per oltre 1 milione di abitanti e lo snaturamento dei principi fondanti la salute mentale di comunità, ossia la prossimità dei punti di accesso con i livelli di governo, il radicamento territoriale, il legame con le comunità locali, stanno determinando effetti devastanti sulla qualità dei servizi e sulla motivazione del corpo professionale.

I Servizi per la Salute mentale (Ssm) subiscono questo processo di strisciante sotto-dimensionamento proprio quando tutte le statistiche indicano un aumento delle condizioni di disagio psichico nella popolazione: si calcola ad esempio che solo nel periodo 2006-2013 il numero delle persone che presentano sintomi di interesse psichiatrico (ansia e depressione, innanzitutto) sia cresciuto di oltre 1 milione.

Ma i Ssm devono anche confrontarsi con bisogni nuovi e straordinariamente impegnativi: dalla gestione territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato, alle condizioni di disagio psichico di utenti extra-comunitari, alla vera e propria "epidemia nascosta" di persone che presentano contemporaneamente disturbi psichiatrici e abuso di sostanze.

In questo scenario, la risposta dei Ssm sta assumendo caratteristiche sempre più riduttive, con gestioni orientate ad una "produttività" che rievoca la bipolarità ambulatorio/ospedale, impone la risposta farmacologica come strumento principale della cura e riduce fino ad azzerarli gli interventi psicoterapici e di inclusione sociale. [...] Se si esclude il meritorio impegno di Governo, Parlamento e Regioni per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, nulla è stato fatto per migliorare la rete dei Ssm, chiamata quotidianamente a garantire il diritto alla cura di centinaia di migliaia di cittadini con problemi di salute mentale. [...] Chiediamo che venga riaffermata con atti concreti la responsabilità pubblica delle politiche per la Salute mentale e sia garantito il diritto dei cittadini a conoscere le condizioni effettive del sistema di cura per la salute mentale nel contesto regionale e nazionale³.

² «Quotidiano Sanità.it», 10 ottobre 2016.

³ Fabrizio Starace, *Psichiatria k.o. in mezza Italia*, «Il Sole 24 ore Sanità», 28 febbraio 2017.

Senza il rilancio del servizio sanitario nazionale e un grande investimento politico, finanziario e culturale, i DSM italiani saranno a breve al collasso e non potranno quindi certamente adempiere alle prescrizioni delle Linee guida. Ma la discussione sul valore e la credibilità delle indicazioni delle Linee guida non si ferma qui.

3. Infatti, è tutt'altro che scontata la scelta di adottare il PTSD come “diagnosi di elezione” per la certificazione e la “presa in carico” della persona migrante. Il fatto è che, come argomenta Roberto Beneduce, “la situazione migratoria rimanda decisamente ai nodi irrisolti della situazione coloniale”⁴. Su questo è intervenuta anche Renate Siebert per la quale “[gli immigrati] sono portatori di sentimenti, memorie, traumi e sogni altri che non vanno tacitati, sopraffatti da un'applicazione rigida dei metodi di cura prevalenti o dominanti in Europa”⁵. Va tenuto conto del fatto che “I paradigmi predominanti in psichiatria sono stati elaborati in Euroamerica a partire dal XIX secolo”⁶. D'altro lato bisogna tenere conto dei “limiti delle operazioni di appiattimento di ogni differenza individuale in schemi di pensiero e di comportamento ritenuti tipici della sua cultura di appartenenza”⁷. Per questo necessario e urgente, rimane dunque il problema di come pensare una “differenza” che si sottragga ai rischi della banalizzazione, da un lato, e della sua non meno preoccupante rimozione, dall'altro”.

“Negli ultimi anni, osserva Elisa Mencacci, citando Didier Fassin, il PTSD è stato eccessivamente interpellato come strumento di supporto agli elementi traumatici presenti nelle storie dei richiedenti asilo, generando un rischioso processo di svuotamento del senso politico insito nella richiesta di protezione internazionale. [...] I richiedenti asilo vengono scrutinati “caso per caso”. È in questo processo di estrema attenzione verso i ricordi del singolo individuo socialmente percepito come “altro”, che la memoria del richiedente viene trattata a livello istituzionale come fosse la “scatola nera” del suo passato, l'unico strumento per accedere alla sua identità di origine. Nella verifica della narrazione, come prodotto e rappresentazione della memoria, la biopolitica trova la forma più capillare del suo esercizio”⁸. Il modo con cui si declina il nesso tra la salute e i diritti dei migranti costituisce uno snodo decisivo, che per la sua complessità non deve essere banalizzato. Concordo per questo con Federico Oliveri quando annota che i diritti umanitari del migrante rischiano di diventare esigibili solo se lo stesso è dichiarato malato:

⁴ Roberto Beneduce, *Una “differenza intrattabile”. Credenze, metafore e politiche della traduzione nella cura degli immigrati*, «AM», 38, ottobre 2014, 147-189: 150.

⁵ Renate Siebert, *Voci e silenzi postcoloniali. Frantz Fanon, Assia Djebar e noi*, Carocci editore, Roma, 2012, p. 140.

⁶ “Dei 47 psichiatri che hanno elaborato la bozza dell'ICD 10, solo 2 erano africani e nessuno dei 14 centri di ricerca era collocato nell'Africa sub-sahariana. Le *illness* che non rientrano nelle categorie occidentali diventano così *culture-bound* o rappresentazioni mascherate di *illness* vere. Il disturbo mentale è identificato in tutte le culture. L'universalità delle categorie dei sistemi ICD 10 o DSM IV non è stata dimostrata al di là di ogni dubbio. Nessuna malattia conosciuta compare nel mondo con la stessa rappresentazione e la stessa frequenza”, Vikram Patel, Mark Winston, “*Universality of mental health illness” revisited: assumptions, artefacts and new directions*, «British Journal of Psychiatry», 1994, 165, 437-446.

⁷ “Molti psichiatri [...] sperano di poter trovare una legge, un principio interpretativo che siano caratteristici di tutti i pazienti provenienti da un certo paese”. Beneduce parla al riguardo di una domanda di avere a disposizione un *ethnic cookbook*,. Ibidem 2014, pp. 154-155.

⁸ Elisa Mencacci, *Riparare storie. Istituzionalizzazione della richiesta d'asilo e questioni cliniche*, «A M», 38, 2014, pp. 397-414: 406, 408.

ridotta al minimo l'applicabilità della persecuzione politica, il soggiorno umanitario viene oggi più facilmente accordato se si accertano nel richiedente asilo i sintomi di quel disagio psichico classificato come "sindrome da stress post-traumatico"⁹.

Riferimenti

Accordo Conferenza Stato Regioni Autonomie: *Indicazioni per la corretta applicazione delle normative per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome*, 20. 12. 2012.

Atti del Convegno nazionale della SIAM (Roma, 21-23 febbraio 2013) , *Antropologia medica e strategie per la salute*, prima parte, «AM» Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 37, aprile 2014.

Atti del Convegno nazionale della SIAM (Roma, 21-23 febbraio 2013), *Antropologia medica e strategie per la salute*, seconda parte, «AM» Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 38, ottobre 2014.

Roberto Beneduce, *Etnopsichiatria- sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma, 2011.

Decreto Legge 17 febbraio 2017, n. 13, *Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale*

Fabrice Olivier Dubosc, *Quel che resta del mondo- psiche, nuda vita e questione migrante*, Ed. Ma.gi., 2011

Fabrice Olivier Dubosc e Nijmi Edres (a cura di), *Piccolo lessico del grande esodo- ottanta lemmi per pensare la crisi migrante*, Minimum fax, Roma, 2017

Gavino Maciocco, *Pugno duro sui migranti. Per una manciata di voti*, «Saluteinternazionale.info», 12 aprile 2017.

Ministero della Salute, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, 22 marzo 2017.

ONU, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, Geneva, *Istanbul Protocol- Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (1999).

Giovanni Pizza e Andrea Ravenda (a cura di), *Presenze internazionali- prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*, numero speciale di «AM» Rivista della Società italiana di antropologia medica, n.33-34, ottobre 2012.

Renate Siebert, *Voci e silenzi postcoloniali. Frantz Fanon, Assia Djebar e noi*, Carocci editore, Roma, 2012.

Fabrizio Starace, *Chi vuole uccidere la psichiatria?* «Il sole 24 ore sanità», febbraio 2017, n. 7, pp. 2-3.

Simona Taliani (a cura di), Atti del Convegno internazionale *Il rovescio della migrazione* (Torino, 17-19 giugno 2015), «AM» Rivista della Società italiana di antropologia medica, nn. 39-40, ottobre 2015.

Mantova, 11 giugno 2017

⁹ Federico Oliveri, *Il diritto alla salute dei migranti alla luce della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU)*, www.europeanrights.eu/public/comments/Diritto_salute_migranti_CEDU ,2008 (?).