

La tutela della salute mentale dei migranti

Valentina Stanga *

THE PROTECTION OF MIGRANTS' MENTAL HEALTH

ABSTRACT: The protection of migrants' mental health is an essential condition for any meaningful discussion of integration processes. This article aims primarily to show how migrants may be exposed to risk factors affecting their mental health at various points in their lives. It is therefore necessary to carefully consider a range of elements that interact differently in each individual's story: the characteristics of the country of origin, the historical-cultural context, pre- and post-migration living conditions, personal medical history, and significantly, gender. Accordingly, the article proposes several possible lines of intervention, including enhancing the training of professionals at multiple levels, adopting person-centered approaches, promoting intersectoral collaboration, encouraging the participation of migrant communities in service design, ensuring staff training, and providing access to interpreters and cultural mediators.

KEYWORDS: mental health; migration processes; cultural mediation; post-traumatic stress disorder; integration

ABSTRACT: La tutela della salute mentale delle persone migranti è una condizione essenziale per poter parlare di processi di integrazione. Il presente articolo mira anzitutto a mostrare come i migranti possano essere esposti a fattori di rischio per la loro salute mentale in diversi momenti della loro esistenza, rendendosi necessario considerare attentamente diversi fattori, che si combinano in modo diverso nelle storie di ciascuno: le caratteristiche del Paese di provenienza, il contesto storico-culturale, le condizioni di vita pre e post migratorie, l'anamnesi personale e, significativamente, il genere. Si propongono, di conseguenza, alcune possibili linee di intervento, volte a valorizzare la formazione degli operatori a più livelli, gli approcci centrati sulla persona, forme di collaborazione intersetoriale, la partecipazione delle comunità migranti nella progettazione dei servizi, la formazione del personale, la disponibilità di interpreti e mediatori culturali.

PAROLE CHIAVE: salute mentale; processi migratori; mediazione culturale; post-traumatic stress disorder; integrazione

* Referente equipe forense DSM-D, Responsabile f.f. uoc Sanità Penitenziaria. Mail: valentina.stanga@asst-spedaliciivi.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.



I concetto di tutela della salute mentale nelle persone migranti è complesso e approcciabile partendo da diversi punti di osservazione. Come affermava Allison Abbott nel suo articolo *The mental-health crisis among migrants*¹ è illusorio pensare che delle persone possano imparare una nuova lingua e trovare un lavoro se la loro salute mentale è compromessa; pertanto, se vogliamo perseguire un processo di integrazione rapido ed efficace dobbiamo necessariamente tutelare la salute mentale dei migranti ed in particolare dei rifugiati. Tale concetto si pone alla base delle diverse riflessioni che possiamo elaborare sull'argomento.

Nel 2018 l'OMS, in concomitanza con la giornata internazionale dei migranti, ha pubblicato cinque guide tecniche dedicate alla salute dei rifugiati e dei migranti focalizzate su promozione della salute, salute dei bambini, salute materna e neonatale, salute degli anziani e salute mentale²; quest'ultima guida ha il fine di sistematizzare le principali raccomandazioni riguardanti la promozione della salute mentale nei migranti. L'obiettivo era definire i parametri e le azioni necessarie alla costruzione di servizi e percorsi di cura inclusivi ed efficaci, basandosi sulla revisione di circa 13.000 documenti attinenti pubblicati dal 2014 sino al 2018.

I migranti possono essere esposti a fattori di rischio per la loro salute mentale in diversi momenti della loro esistenza, non esclusivamente durante il viaggio migratorio ma anche nel Paese d'origine e dopo essere giunti nel Paese accogliente. Si annoverano fra i fattori di rischio legati alla permanenza nel Paese d'origine esposizione a guerre e/o persecuzioni, difficoltà economiche e/o sociali con marginalizzazione, violenze strutturali (violenza messa in atto dalle istituzioni), violenze fisiche. Il viaggio e l'attraversamento di diversi Paesi prima di arrivare a destinazione espone invece i migranti al rischio di assistere ad eventi letali, subire violenze fisiche e psicologiche, cadere vittima della tratta, essere ristretti in ambienti di detenzione ai limiti dell'umanità. Nonostante quello che si potrebbe logicamente pensare e cioè che l'arrivo nel Paese di destinazione ponga fine al rischio di essere esposti a fattori di rischio per la salute mentale, anche l'accoglienza e l'insediamento possono favorire il manifestarsi di un disturbo psichiatrico attraverso la maggiore vulnerabilità psicologica, l'isolamento sociale determinato dalle barriere linguistiche e dalla disoccupazione, al contempo i complessi iter per la richiesta asilo generano la percezione di trovarsi in condizioni di vita precarie e poco definite con un futuro nebuloso. Necessario inoltre soffermarsi sulle condizioni di vita nei centri di accoglienza caratterizzati da sovraffollamento, mancanza di privacy, difficoltà nel costruire relazioni, promiscuità, difficili contatti con l'esterno: tutte caratteristiche che inevitabilmente portano all'associazione con l'ambiente detentivo. Nel paese accogliente, inoltre, il migrante può entrare in contatto con discriminazione e razzismo, scontrarsi con le barriere culturali (a volte di fatto insormontabili) e le condizioni socio-economiche che lo caratterizzano, con amplificazione della "paura dello straniero". L'interazione fra la storia pregressa e la storia attuale del Paese che accoglie è di fondamentale importanza per una migliore comprensione di quelle che saranno le reazioni dei cittadini che devono accettare ed includere il migrante nella loro comunità. La mancanza di integrazione sociale è correlata a una maggiore prevalenza di disturbi mentali nei rifugiati e nei migranti, ma se ci pensiamo l'esclusione sociale è un fattore di rischio per i disturbi mentali del tutto dinamico e modificabile, in quanto affrontabile attraverso interventi preventivi.

¹ A. ABBOT, *The mental-health crisis among migrants*, in *Nature*, 538, 2016, 158–160.1.

² OMS, *Mental Health promotion and Mental Health care in refugees and migrants*, 2018.



È possibile riconoscere degli ostacoli specifici alla cura della persona migrante affetta da disturbi mentali, correlati ai diversi modi di esprimere le difficoltà psicologiche. Il migrante sulla base di diverse credenze culturali e religiose potrebbe ad esempio esprimere un disagio psicologico attraverso il soma, quindi usando come canale di comunicazione la corporeità, oppure facendo ricorso a spiegazioni soprannaturali legate alle tradizioni della propria comunità o legate allo stigma per la malattia mentale presente nel Paese d'origine – stigma che spesso ricade su tutta la famiglia. Tali ostacoli rendono meno efficace e tempestivo l'accesso ai servizi di salute mentale presenti sul territorio. A seguito dell'aggancio ai servizi di salute mentale il successivo processo diagnostico può a sua volta essere reso difficoltoso dalla presenza nel migrante di credenze specifiche di cui il curante non è a conoscenza o fatica a incassellare in un substrato culturale; al contempo potrebbe essere lo stesso migrante a mostrare scarsa adesione alle cure proposte se non si crea un'adeguata alleanza terapeutica e la malattia mentale viene percepita come ulteriore stigmatizzazione della sua persona. A fronte di quanto sopra appare chiaro come sia fondamentale la figura del mediatore linguistico-culturale ad integrazione delle equipe dei servizi di salute mentale.

Al fine di esemplificare tale concetto pensiamo alla figura di Mami Wata, divinità delle acque largamente diffusa in Africa subsahariana ma con figure incredibilmente simili dal punto di vista rappresentativo in Marocco, Senegal, Nigeria, Brasile, Congo e persino a Cuba. Simbolo di fecondità, potere, bellezza, immagine di seduzione ma anche di morte, Mami Wata viene rappresentata con il corpo da sirena e lunghi capelli lisci intrecciati a serpenti³. La divinità promette ricchezza e successo in cambio di un vincolo non privo di conseguenze, proprio come se fosse una possessione. Diverse immigrate nigeriane fanno riferimento a Mami Wata parlando delle loro esperienze premigratorie. Appare chiaro quindi come, se una donna nigeriana raccontasse a uno psichiatra estraneo a tale culto di aver visto o percepito la presenza di una donna pesce con la quale ha stretto un patto spirituale al fine di supportarla nel suo viaggio migratorio, il medico potrebbe pensare che la donna stia delirando rispetto ad una sirena fuorviando completamente l'intenzione della sua paziente con il rischio di patologizzare un contenuto di matrice culturale.

Quando si parla di salute mentale nei migranti e di eventi critici che possono influenzarne il benessere psichico, non possiamo non parlare di trauma sebbene l'argomento generi opinioni contrastanti in psichiatria in quanto vi è il rischio di applicare “l'etichetta diagnostica” di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) con fin troppa facilità. L'Encyclopedia Treccani definisce il trauma s. m. [dal gr. τραῦμα (-ατος) «ferita»] (pl. -i) come segue: «in medicina, lesione prodotta nell'organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta. In psicologia e in psicanalisi, turbamento dello stato psichico prodotto da un avvenimento dotato di notevole carica emotiva. Grave alterazione del normale stato psichico di un individuo, conseguente a esperienze e fatti tristi, dolorosi, negativi, che turbano e disorientano». A questo concetto di trauma facciamo riferimento quando parliamo di possibili traumi vissuti dalle popolazioni migranti nel contesto del loro viaggio migratorio o nel Paese d'origine dal quale decidono di fuggire.

L'esposizione alla violenza fa parte della storia dell'essere umano, così come il suo uso è sempre stato utilizzato come strumento di potere per il controllo delle genti. In particolare, l'esposizione alla guerra produce effetti devastanti sulla salute fisica e mentale delle persone che ne sono esposte, tanto che

³ R. BENEDUCE, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, 2008.



non a caso i primi studi sul trauma si concentrarono sui reduci del conflitto del Vietnam. La sintomatologia sviluppata dai soldati non era causata solo dalla nostalgia per il proprio Paese e i propri cari, ma dall'esposizione alla violenza dell'uomo perpetrata deliberatamente sull'altro. Questa sintomatologia nel 1980 è stata ufficialmente catalogata in un disturbo mentale, annoverato nel DSM III con il nome di PTSD. Averlo inserito in un manuale non vuole ovviamente dire che il disturbo non avesse già una sua identità e forma prima di avere un nome, ma da quel momento assumeva i connotati di patologia e di conseguenza il diritto di avere una cura. L'esposizione a un trauma può determinare il manifestarsi di effetti negativi per la salute mentale in persone di tutte le età, dai bambini e adolescenti alle persone adulte nonché nei familiari e in coloro che a vario titolo sono coinvolti in un evento traumatico. Il PTSD può derivare anche da una esposizione ripetuta e continua a episodi di violenza e di degrado (Istituto Superiore di Sanità). Determinante la modalità di intervento nel periodo post-trauma, quando iniziano a presentarsi i sintomi del disturbo, tipicamente a distanza variabile di tempo dall'evento critico. Le persone affette da PTSD possono manifestare difficoltà nel controllo delle emozioni con irritabilità, scoppi di rabbia improvvisa, sintomi depressivi, ansia, insonnia. La persona sopravvissuta a un evento traumatico che ha coinvolto altre persone (es: traversata in mare su un gommone) prova frequentemente senso di colpa per essere sopravvissuta a fronte della morte di altri o non aver potuto salvare i propri cari.

Come anticipato nei paragrafi precedenti possibili eventi traumatici sono tipicamente associati alla stessa esperienza migratoria, ma evidenze di letteratura mostrano come possano verificarsi anche nel periodo pre-migratorio e post-migratorio. Caratteristiche "a rischio" del Paese di provenienza sono l'instabilità politica ed economica, basso status socio-economico della popolazione, calamità naturali e ovviamente la guerra; invece, i Paesi che ricevono i migranti possono rendere difficoltoso il processo di integrazione per caratteristiche proprie organizzative e politiche. Altri fattori come la mancanza del permesso di soggiorno, la mancanza di un lavoro, la barriera linguistica, ma anche lo stato di detenzione limitano ulteriormente la possibilità di integrazione ed accesso ai servizi, aumentando il cd "stress da acculturazione"³.

Una relativamente recente revisione critica della letteratura⁴ sostiene quanto sopra esposto. La prevalenza di PTSD valutata in questa review è molto alta, pari al 47%, percentuale che si concentra in particolare nei migranti forzati, cioè i profughi ed i rifugiati, i quali hanno un tasso di incidenza doppio rispetto ai migranti "workers" (per scelta). Questo dato è giustificato dal maggior rischio di esposizione ad eventi traumatizzanti come violenza, guerra e persecuzioni politiche⁵. Nonostante non sia facilmente intuitivo come per i fattori di rischio sopra citati, allo stesso modo un elevato status socio-economico pre-migratorio può associarsi a una peggior salute mentale post-migratoria⁶ a causa della difficoltà di adattamento a una situazione precaria, nella quale il proprio ruolo nella società viene perso, la propria professionalità accantonata e non vi sono garanzie per il futuro generando una perdita della propria identità e una riduzione dell'autostima. Fattori di rischio così diversi ed in alcuni casi persino

⁴ L. BUSTAMANTE, O.R. CERQUIERA, E. LECLERC, E. BRIETZKE, *Stress, trauma, and post-traumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review*, in *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2018.

⁵ A. RASMUSSEN, M. CRAGER, RE. BASER, T. CHU, F. GANY, *Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States*, in *Journal of Traumatic Stress*, 25, 2012, 705-12.

⁶ M. PORTER, N. HANSLAM, *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*, in *JAMA*, 294, 2005, 602-12.



in apparente conflitto vengono adeguatamente compresi solo se non si dimentica di contestualizzare ogni situazione ed esperienza di vita: le caratteristiche del Paese di provenienza, il contesto storico-culturale, le condizioni di vita pre e post migratorie, l'anamnesi personale. Il rischio di sviluppare un PTSD si riduce progressivamente attraverso le generazioni successive, sino a divenire sovrapponibile a quello della popolazione generale alla terza generazione.

In un articolo di Lindert⁷ gli autori osservano come il PTSD possa avere presentazioni differenti a seconda della cultura di appartenenza del paziente, così che diverse espressioni di disagio potrebbero non essere colte da un osservatore di altra formazione culturale. Pensiamo ad esempio ai Paesi asiatici: la malattia mentale è maggiormente stigmatizzata e i pazienti sofferenti di patologia psichica, oltre ad essere discriminati, gettano un'onta di vergogna anche sulla famiglia d'origine tendendo pertanto a non esprimere verbalmente il loro malessere psicologico ma piuttosto lasciando parlare il loro corpo attraverso dei disturbi fisici⁸. Queste diverse modalità di espressione del disagio potrebbero portare i pazienti traumatizzati a minimizzare la loro sofferenza e colpevolizzarsi maggiormente.

Parlando di rifugiati ed in generale di persone provenienti da zone di guerra, è doveroso citare la tortura quale pratica che espone al rischio di sviluppo di un PTSD complesso (disturbo derivato da esposizione ripetuta e prolungata a situazioni che minacciano la vita e/o la propria o altrui incolumità fisica), nel quale classicamente emergono alterazioni della coscienza e sintomi dissociativi. La tortura è una pratica niente affatto scomparsa e ancor ben rappresentata nel mondo, soprattutto nelle zone di guerra. Essere vittima di tortura in giovane età può determinare anche cambiamenti della personalità, in quanto può modificare le modalità attraverso cui la vittima si pone in relazione con l'ambiente. Inoltre la comprensione di aver subito violenza in modo consapevole da parte di altri uomini, con lo specifico obiettivo di recare dolore e annientare, può determinare il presentarsi di sintomi cognitivi del tipo amnesia specifica, disturbi attentivi e mnesici. Pertanto, la rievocazione di storie traumatiche può non essere sempre lineare e presentare contraddizioni. Primo Levi scrisse «oggi, questo vero oggi in cui sto seduto a un tavolo e scrivo, io stesso non sono convinto che queste cose siano realmente accadute»⁹. Anche la depressione ha un'incidenza più elevata sia nei migranti in generale che nei rifugiati/richiedenti asilo quando analizzati separatamente. In entrambi i gruppi di popolazione vi sono ampie variazioni nella sua incidenza, con una forbice compresa fra il 5-44% rispetto al 8-12% della popolazione generale se si considerano i diversi studi di letteratura presenti sull'argomento. La presenza di un disturbo mentale influenza negativamente anche la salute fisica: le comorbidità somatiche sono infatti più rappresentate nei migranti con PTSD e depressione rispetto ai migranti senza tali patologie mentali, nello specifico le comorbidità con un tasso maggiore di associazione sono le infezioni, le patologie neurologiche e le malattie polmonari.

Un altro snodo fondamentale quando si parla di migranti, che però raramente viene affrontato, è la dimensione di genere. Le donne migranti devono affrontare sfide specifiche legate al loro genere che a loro volta influenzano la loro salute mentale. Le motivazioni alla partenza sono spesso differenti, in

⁷ C. LAUBER, W. ROSSLER, *Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia* in *International Review of Psychiatry*, 19, 2007.

⁸ J. LINDERT, O.S. EHRENSTEIN, S. PRIEBE, A. MIELEK, E. BRALHE, *Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis*. *Social Science & Medicin*, 69, 2009, 246-57.

⁹ P. LEVI, *Se questo è un uomo*, 1947.



quanto le donne migrano per ricongiungersi ai loro mariti e familiari, per scappare da violenze domestiche e maltrattamenti nel Paese di origine oppure da sole per cercare un lavoro con cui mantenere la famiglia rimasta in patria. Il viaggio migratorio espone una donna agli stessi rischi ai quali è esposto un uomo con l'aggiunta che presentano un maggior rischio di subire violenze fisiche e sessuali nonché di cadere vittima della tratta. Una volta giunte nel Paese di accoglienza il loro ruolo (a mano che non siano migrate per motivi lavorativi) spesso viene relegato a quello di cura della casa e della famiglia, con il risultato che l'integrazione e la relazione con l'altro è molto limitata. Le conseguenze sono mancato apprendimento della lingua e mancata creazione di una rete di supporto esterna: si creano così comunità nelle comunità, nelle quali l'aiuto si cerca all'interno, fra i propri compaesani, con maggior isolamento sociale rispetto agli uomini. Quando le donne migranti si approcciano al lavoro le condizioni lavorative sono meno stabili e le retribuzioni più basse. In questo caso la discriminazione è duplice: per genere e per etnia.

Ulteriore argomento degno di nota quando si parla di popolazioni migranti sono le difficoltà e il disagio riscontrato non in coloro che si approcciano al viaggio migratorio, quanto nei loro figli: i migranti di seconda generazione. I migranti di seconda generazione presentano un profilo psicologico e sociale diverso dai loro genitori, caratterizzato da una maggior instabilità della loro identità, che ricercano a metà strada fra le influenze del Paese di origine trasmesse dai familiari e quelle del Paese accogliente veicolate principalmente dai pari e dalla scuola. A questo si affianca l'inevitabile scontro con la discriminazione e il razzismo di chi non ha origini straniere, le aspettative dei familiari che possono mal vedere il loro desiderio di accogliere la cultura del Paese in cui vivono (diverso da quello nel quale i genitori sono nati) e nello stesso momento le pressioni a conformarsi da parte della società per stereotipi negativi associati alla comunità d'origine.

Le possibili soluzioni – o perlomeno proposte di intervento – dovrebbero essere centrate sulla formazione degli operatori a più livelli. Prioritario l'abbattimento delle resistenze professionali, determinate dall'attaccamento degli operatori ai propri riferimenti teorici con possibile timore di «contaminazione», assimilazione e confusione con l'altro. In questo processo la presenza di figure di mediazione linguistico-culturale risulta fondamentale al fine di istruire l'operatore al prendersi cura del paziente straniero, senza la paura di perdere i propri attaccamenti. Inoltre, i sanitari operanti nell'ambito della salute mentale dovrebbero essere consapevoli del diritto all'assistenza sanitaria dei rifugiati e dei migranti, spesso ritenuta una sorta di “concessione”, oltre ad avere una formazione di base in etnopsichiatria.

Le buone pratiche di azione annoverano un approccio centrato sulla persona, la collaborazione intersettoriale, la partecipazione delle comunità migranti nella progettazione dei servizi, la formazione del personale, la disponibilità di interpreti e mediatori culturali. Centrale al fine di una reale messa a terra in Italia di quanto esposto nel presente articolo è l'attività dei progetti FAMI (Fondo asilo migrazione e integrazione) promossi dal Ministero dell'Interno: Regione Lombardia aderisce con il progetto Salute Mentale e Accoglienza per Richiedenti asilo, Titolari di protezione internazionale e Minori stranieri non accompagnati (SMART-M) focalizzato proprio sulla tutela della salute mentale, progetto nel quale la ASST Spedali Civili di Brescia è capofila.

