

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

---



## DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE “VINCENZO TIBERIO”

Dottorato di Ricerca in  
*“Medicina Traslazionale e Clinica”*  
Ciclo XXXV

TESI DI DOTTORATO

### Promozione della Salute Mentale nella Popolazione Adolescente Migrante attraverso l'uso delle Nuove Tecnologie

Tutor

*Chiar.mo Prof. Marco Sarchiapone*

Coordinatore

*Chiar.mo Prof. Giovanni Scapagnini*

Dottorando

*Antonello Barbati*

---

SSD: MED 33  
AA 2022/2023

La borsa di dottorato è stata cofinanziata con risorse del  
Programma Operativo Nazionale Ricerca e Innovazione 2014-2020 (CCI 2014IT16M2OP005),  
Fondo Sociale Europeo, Azione I.1 “Dottorati Innovativi con caratterizzazione Industriale”



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo



Alla mia famiglia  
Ai sogni che si realizzano

## **Indice**

<b>Dedica</b>	<b>pg 2</b>
<b>Il concetto di Salute e Salute mentale</b>	<b>pg 4</b>
<b>Il migrante</b>	<b>pg 22</b>
<b>Migrazione e Salute</b>	<b>pg 49</b>
<b>Promozione della Salute e Salute Mentale del Migrante</b>	<b>pg 70</b>
<b>Salute e Nuove Tecnologie</b>	<b>pg 98</b>
<b>Salute Mentale e Nuove Tecnologie</b>	<b>pg 120</b>
<b>Il Progetto</b>	<b>pg 137</b>
<b>Contenuti del sito</b>	<b>pg 153</b>
<b>Divulgazione del progetto</b>	<b>pg 193</b>
<b>Considerazioni finali e prospettive future</b>	<b>pg 197</b>
<b>Ringraziamenti</b>	<b>pg 205</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>pg 206</b>

## **Il concetto di Salute e Salute mentale**

### **Il concetto di Salute**

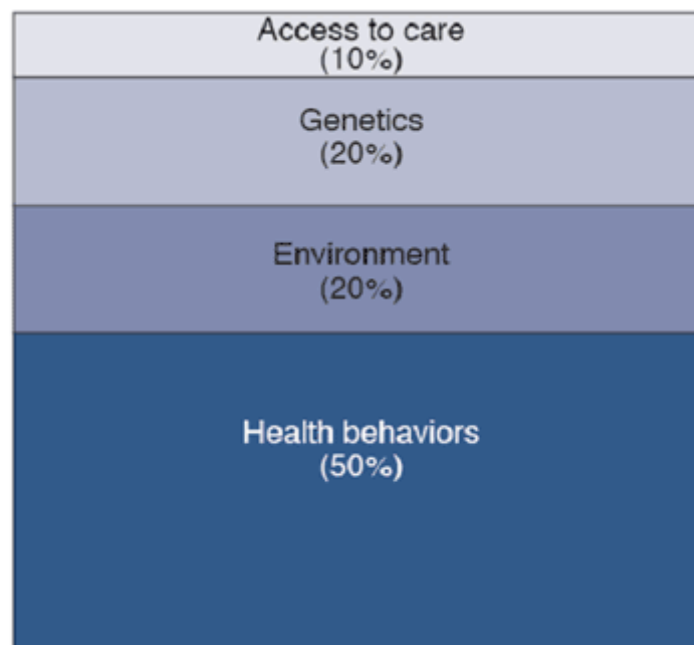
Il concetto di Salute è abbastanza complesso. La definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 comprende lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità. Già all'epoca infatti si intuiva come questi diversi aspetti giocassero un ruolo sinergico sulla salute umana. Per questo l'idea di promozione della salute non è limitata alla semplice assenza di malattia ma tiene conto di tutti questi aspetti. L'OMS nel 1986 attraverso la carta di Ottawa affermava che "la promozione della salute è il processo che consente alle persone di aumentare il controllo e di migliorare la propria salute". A distanza di 19 anni questo processo è stato definito meglio attraverso la carta di Bangkok dove l'OMS definisce la promozione della salute come "il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sui determinanti della salute e quindi di migliorare la propria salute. L'introduzione di "determinanti" implica l'esistenza di una serie di fattori che vanno ad incidere sulla salute della persona.

I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici, ecc... .

La relazione tra queste categorie ha portato a formulare dei modelli concettuali che enfatizzano alcuni fattori rispetto ad altri. In questo modo vengono a crearsi

delle gerarchie di valori tra i vari elementi e proposte strategiche di sanità pubblica contrastanti.

Un modello proposto in USA mette in risalto lo stile di vita delle persone e sottolinea l'importanza del singolo nei confronti della salute. I comportamenti e lo stile di vita incidono infatti per il 50%. I fattori ambientali (20%), genetici (20%), assistenza sanitaria (10%) hanno un ruolo secondario.



*Institute for the future (IFTF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Princeton: Jossey-Bass, 2003.*

Un secondo modello proposto da Dahlgren e Whitehead pone al centro l'individuo con caratteristiche biologiche non modificabili (età, sesso, patrimonio genetico) circondato da una serie di strati concentrici corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. I semicerchi più esterni ( che rappresentano il contesto ) sono quelli che influiscono maggiormente sullo stato di salute. Questo grafico indica quindi una gerarchia di valori. Tutti i parametri descritti intorno all'individuo sono modificabili e si muovono dagli strati più interni a quelli più esterni. Sono nello specifico gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Questo modello riflette sia la cultura europea di welfare fondata sul “diritto alla salute” che la visione “multisetoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata <sup>1</sup>.

---

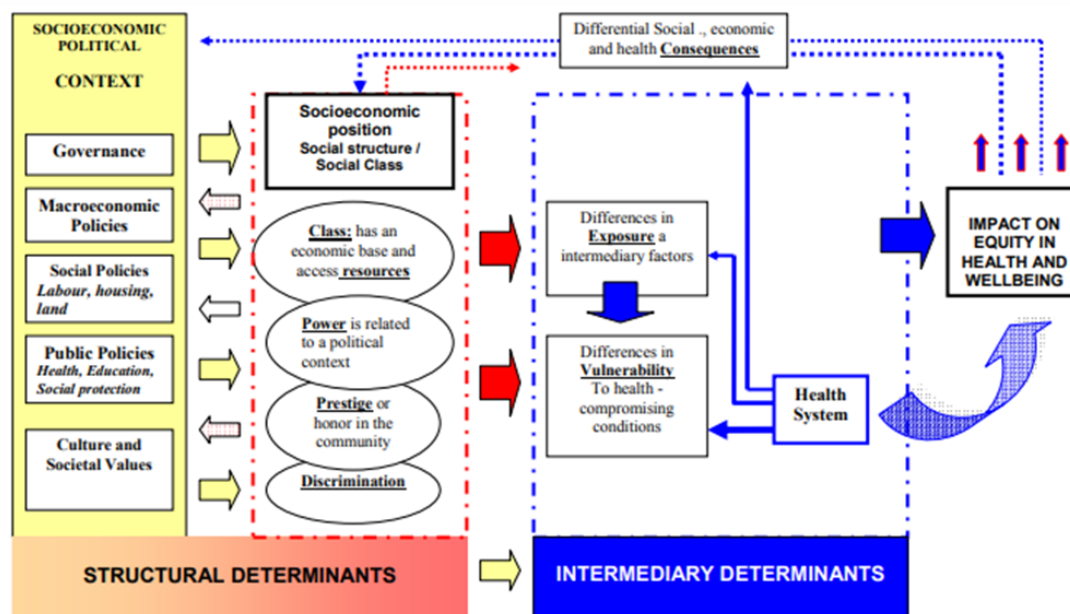
<sup>1</sup> WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva 1978



*Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991*

Un terzo modello proposto considera alcuni determinanti come strutturali, responsabili cioè della struttura sociale ( stratificazione sociale subordinata a posizione socio-economica e gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse) e altri come intermedi legati in maniera più diretta all'insorgenza di una malattia.

Questo modello sottolinea le differenze in uno stesso contesto sociale della diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> Figure summary pathway and mechanism of social determinants of health inequities elaborated EQH/EIP 2006 (OESI)

I **determinanti strutturali** sono i contesti politici e socio-economici e la posizione socio-economica.

Il contesto politico e socio-economico è complesso e comprende aspetti culturali, strutturali e funzionali del sistema sociale. E' responsabile della distribuzione delle risorse tra i suoi membri e di conseguenza delle opportunità di salute della popolazione. Nel contesto politico e socio economico troviamo i seguenti elementi:

- Valori culturali e sociali

<sup>2</sup> Solar O., Irwin A (2007 e 2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra



- Politiche sociali
- Governance
- Politiche macroeconomiche

Mentre il contesto politico e socio-economico riguardano aspetti più generali della società la posizione socio-economica caratterizza nello specifico la gerarchia sociale e definisce la sua stratificazione. Le variabili che vengono misurate sono le seguenti:

- Genere
- Razza/gruppo etnico
- Classe sociale
- Reddito
- Occupazione
- Istruzione (indicatori caratterizzati da un'associazione "dose-risposta" con la salute: più elevati sono i livelli di reddito e di istruzione più favorevoli sono gli indicatori di salute)

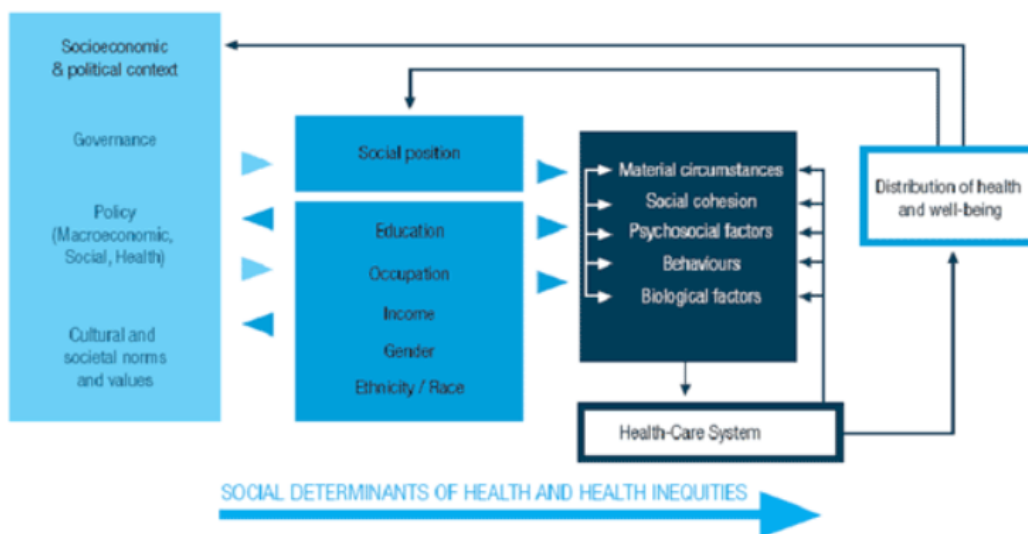
Queste caratteristiche sono responsabili della stratificazione sociale e definiscono la posizione socio-economica degli individui all'interno di gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse.

Ci sono poi i **determinanti intermedi** che racchiudono una serie di fattori causali più strettamente legati all'insorgenza di una malattia. Tra i vari fattori sono inclusi:

- Fattori biologici non modificabili: patrimonio genetico, età, sesso.

- La coesione sociale che espressa dalla qualità delle relazioni sociali e dall'esistenza di reciproca fiducia e rispetto, di reciproci doveri all'interno della comunità, aiuta a proteggere le persone e la loro salute. Società con alti livelli di diseguaglianze nel reddito tendono ad avere meno coesione sociale e più crimini violenti.
- Comportamenti individuali come abitudine a fumo, alcol, sostanze, alimentazione, attività fisica, molto condizionati dalla posizione socioeconomica.
- Il sistema sanitario. Ci sono alcuni aspetti importanti che il sistema sanitario dovrebbe curare: igiene ambientale, delle condizioni di lavoro e dell'abitazione, prevenzione primaria nelle aree della nutrizione, supporto sociale e vaccinazioni, correggere il gap di salute associato a problemi socioeconomici, copertura assicurativa sanitaria e idonee politiche del lavoro.
- Condizioni socio-ambientali o psicosociali: lo stress acuto o cronico può essere causa di diverse forme di malattia.
- La posizione socio-economica di una persona può essere causa di stress a lungo termine e può influire sulla capacità di quella stessa persona di gestire situazioni stressanti e difficili.
- Condizioni standard di vita quotidiana ( disponibilità di acqua potabile e di cibo adeguato, riscaldamento, infrastrutture igieniche, etc ) rappresentano probabilmente il più importante determinante intermedio.

Come evidenziato nel grafico in basso questi parametri sono interconnessi tra di loro. Esistono inoltre molteplici meccanismi di feedback. Situazioni soggettive possono variare ad esempio il reddito e la posizione sociale così come pandemie possono creare danni economici globali.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

*Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper (Final Draft), April 2007*

## **Il concetto di Salute associato alla Salute Mentale**

Alla luce di una concezione globale del concetto di salute appare evidente come non si possa dividere la salute in generale dalla salute mentale. Circa il 14% del carico globale di malattia è stato attribuito a disturbi neuropsichiatrici, principalmente a causa della natura cronicamente invalidante della depressione e di altri disturbi mentali comuni, disturbi da uso di alcol e sostanze e psicosi. Il disturbo mentale è indipendentemente associato a un sostanziale eccesso di rischio di mortalità per tutte le cause<sup>3</sup>.

La manifestazione del disturbo mentale può essere associata ad un disturbo mentale non diagnosticato. Sintomi somatici e sindromi inspiegabili dal punto di vista medico sono fortemente associati a disturbi mentali comuni; tuttavia, almeno un terzo di quelli con somatizzazione non presenta disturbi mentali in comorbidità. Infatti almeno un terzo di tutti i sintomi somatici rimane inspiegabile dal punto di vista medico, sia nella popolazione generale che nelle strutture di assistenza medica generale. I sintomi comuni inspiegabili dal punto di vista medico includono dolore, affaticamento e vertigini. Sono state anche definite sindromi che rappresentano gruppi caratteristici di organi specifici di sintomi inspiegabili dal punto di vista medico: sindrome dell'intestino irritabile, fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico, dolore pelvico cronico, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare e sindromi da scarica sessuale. Circa il 15% dei pazienti visitati nelle cure primarie presenta somatizzazione, che è definita come sintomi somatici inspiegabili dal punto di vista medico associati a disagio psicologico e comportamento di ricerca di aiuto. La somatizzazione è indipendentemente associata a una scarsa qualità della vita correlata alla salute e a un uso notevolmente aumentato dell'assistenza sanitaria.

---

<sup>3</sup> Prince M. et al No Health without mental health, The Lancet 2007

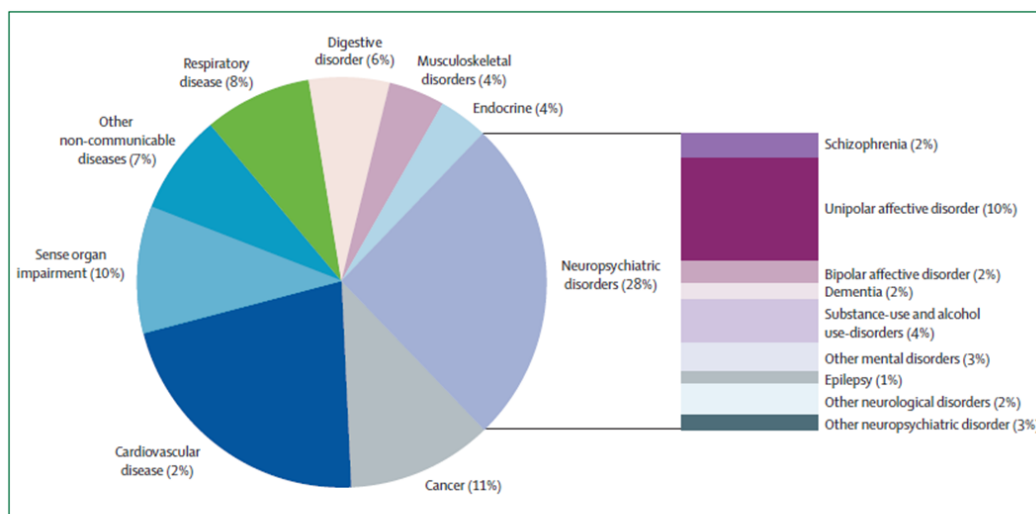


Figure 1: Contribution by different non-communicable diseases to disability-adjusted life-years worldwide in 2005  
Data adapted from WHO, with permission.<sup>3</sup>

## “No health without mental health” Lancet 2007

Diverse patologie ampiamente studiate infatti hanno un nesso causale con disturbi della psiche come ad esempio il colon irritabile, le sindromi fibromialgiche, ecc... e spesso la terapia comportamentale viene preferita a quella farmacologica per le sindromi legate a disturbi psicosomatici. L’influenza della psiche sul corpo umano ha mostrato nel tempo relazioni così importanti ed evidenti da creare concetti nuovi come la psiconeuroimmunoendocrinologia (disciplina che studia le interazioni tra i sistemi nervoso centrale, endocrino e immunitario, nonché il loro effetto sul comportamento umano e animale). Definita inizialmente nel 1936 come “general adaptation syndrome” tale materia studia le relazioni complesse degli effetti negativi dello stress sulla salute<sup>4</sup>. In effetti negli anni sono emerse numerose interconnessioni in ambito psichiatrico, neurologico, immunologico ed endocrinologico sotto diversi punti di vista.

Sappiamo infatti ad esempio come il rilascio in circolo di ormoni importanti mediato dall’ipofisi e dal surrene sia direttamente correlato al sistema nervoso

<sup>4</sup> Selye H A syndrome produced by diverse nocuous agents, J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1936

centrale (SNC). Il sistema immunitario a sua volta viene influenzato direttamente da questo complesso equilibrio. Gli effetti dello stress sul sistema immunitario sono stati ampiamente studiati e si è visto come molte patologie autoimmuni sono influenzate da disturbi come ansia, depressione e stress<sup>5</sup>.

Diverse patologie possono essere strettamente associate a disturbi mentali in maniera diretta o indiretta. Nella tabella in basso sono riportati i principali meccanismi di insorgenza del colon irritabile e le cause possibili. Tra le altre figurano anche patologie legate alla mente come ansia e depressione.

	Mechanism	Causes
Central processing of afferent stimuli	Alteration of the central processing of afferent stimuli (including visceral afferents)	Minimal systemic inflammation, or effects of early childhood trauma, may alter the central processing of afferent stimuli
Anxiety and depression	Alteration of the central processing of afferents (including visceral)	Multifactorial, activation of immune systems seems to aggravate underlying disturbances
Post-infectious IBS	Post-inflammatory neuroplastic changes, visceral hyperalgesia	Exposure to pathogens causing alterations of gut permeability, inflammation
Post-inflammatory IBS	As for post-infectious	A chronic or transient immune process (ie, controlled by appropriate immune modulation) has triggered the same or similar events that cause symptoms in post-infectious IBS
Bile acid malabsorption	Most likely genetically determined alteration of the function of the apical ileal bile acid transporter	Type 2, or idiopathic, likely due to a genetic defect in the apical ileal bile acid transporter
Visceral hyperalgesia	Central and peripheral mechanisms implicated	Can occur after infections or inflammation (post-inflammatory visceral hyperalgesia), or CNS-mediated visceral hyperalgesia after psychological trauma can occur
Mutations in SCNSA	SCNSA encodes the $\alpha$ -subunit of the voltage-gated sodium channel NaV1.5	Genetically determined

“Pathophysiology of irritable bowel syndrome” Review The Lancet 2016

<sup>5</sup> González-Díaz et al. , Psychoneuroimmunoendocrinology: clinical implications, World Allergy Organization Journal (2017)

Diverse altre patologie sono associate a problemi di natura mentale.

Sappiamo ad esempio come eventi stressanti subiti nell'adolescenza siano responsabili di artriti nella vita adulta<sup>6</sup>.

È stato individuato inoltre un pattern psicologico unico in pazienti con Corioretinopatia sierosa centrale: preoccupato, inflessibile, perfezionista (tendenza ossessivo-compulsiva), competitivo, ambizioso, impaziente, di successo (personalità di tipo A) e sotto stress continuo<sup>7</sup>.

Ma anche in ambito ortopedico gli aspetti psicologici rivestono un ruolo non secondario in alcune patologie. Ad esempio nell'artrosi del ginocchio sono stati individuati quattro fenotipi di OA del ginocchio. Fattori psicologici, stato di comorbilità, sensibilità al dolore e forza delle gambe sono stati utili per definire questi fenotipi<sup>8</sup>. Questo potrebbe spiegare la presenza di una percentuale non trascurabile di protesi dolorose di ginocchio nelle quali non viene riscontrata una causa organica e/o meccanica<sup>9</sup>.

Anche lo stress può indurre disfunzione del sistema immunitario. I meccanismi sono quelli descritti per la Psiconeuroimmunoendocrinologia.

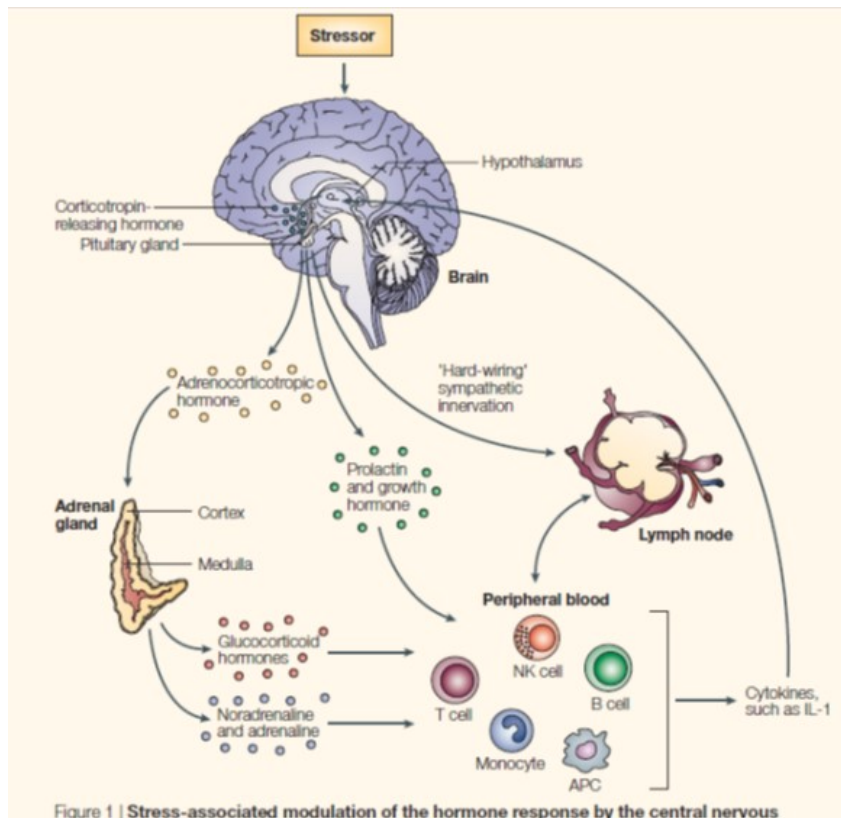
---

<sup>6</sup> M Korff, Childhood psychosocial stressor and Adult arthritis: broad spectrum risk factors and allostatic load Pain 2009

<sup>7</sup> Physiologic and psychologic risk factors in central serous chorioretinopathy 2017 American Academy of Ophthalmology

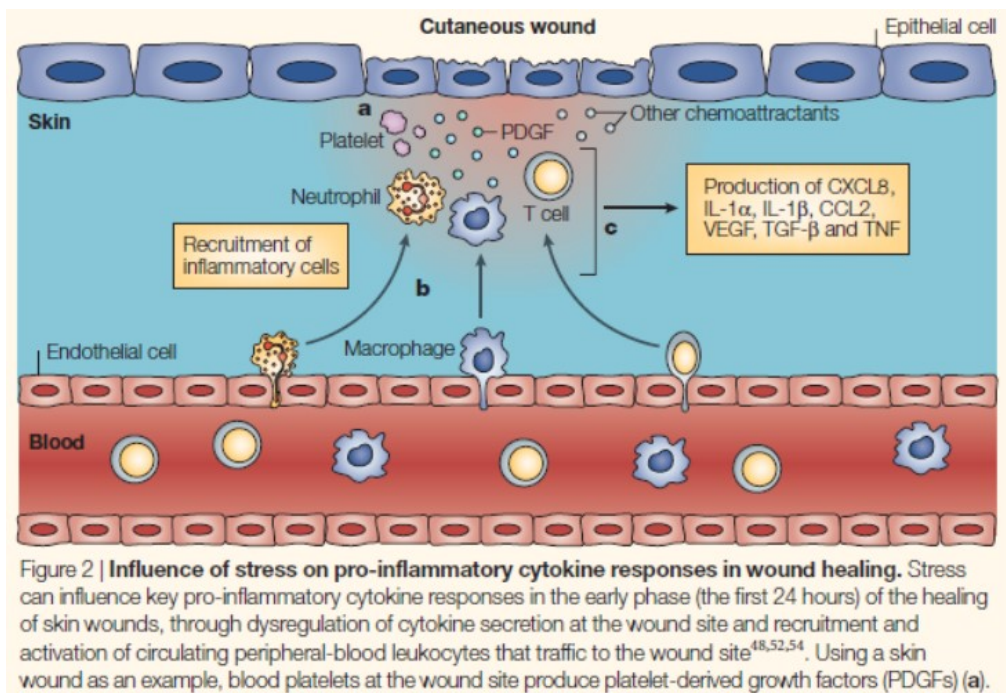
<sup>8</sup> Knee Osteoarthritis: a clinical condition with multiple phenotypes, Kittelson Tesi di dottorato 2016

<sup>9</sup> Momoli et al The painful knee after total knee arthroplasty: evaluation and management Acta Biomed 2017



Lo stress può indurre anche citochine pro infiammatorie che influenzano la guarigione delle ferite.





Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Stress-induced immune dysfunction: implications for health Nat Rev Immunol. 2005

### Allostasi e Carico Allostatico

Quando Sterling e Eyer definirono il concetto di allostasi lo misero in contrapposizione con quello di omeostasi. Infatti mentre nell'omeostasi tutti i parametri dell'ambiente interno devono essere costanti nell'allostasi l'organismo per mantenere la stabilità ha bisogno di adattare in modo appropriato alle esigenze ambientali tutti i parametri del suo ambiente interno<sup>10</sup>.

Il concetto di allostasi da allora ha avuto un interesse sempre crescente. La loro intuizione infatti ha introdotto un concetto tanto vero quanto difficile da definire in maniera esaustiva. I meccanismi di adattamento dell'organismo infatti sono complessi e non ancora completamente noti.

<sup>10</sup> Stenling P, Eyer J. , Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology, Handbook of Life Stress, Cognition and Health, 1988

Una prima teoria che cercava di correlare le risposte organiche agli eventi che accadevano nella vita è la “sindrome di adattamento generale” proposta nel 1936 da Selye che mette in relazione lo stress con la secrezione cortico-surrenale e spiega gli effetti protettivi degli ormoni surrenali sullo stress<sup>11</sup>. Successivamente sono stati individuati altri sistemi strettamente correlati allo stress che concorrono a mantenere un equilibrio omeostatico nelle varie avversità psicofisiche. Esiste infatti un collegamento funzionale tra il sistema immunitario e il sistema nervoso in modo tale che la risposta immunitaria generi citochine che stimolano il sistema nervoso centrale<sup>12</sup>. Herman e Cullinan inoltre hanno individuato le interazioni tra i circuiti cerebrali sensibili allo stress e i neuroni neuroendocrini del PVN correlati all’attivazione dell’asse HPA<sup>13</sup>.

Quando le richieste stressanti superano la capacità di soddisfarle da parte dell’individuo si va a configurare il carico allostatico descritto per la prima volta da McEwen e Stellar<sup>14</sup> che si riferisce alle conseguenze fisiologiche aggregate di adattamento cronico, inclusa l’usura che si verifica a livello cellulare e supracellulare all’interno del corpo umano<sup>15</sup>.

---

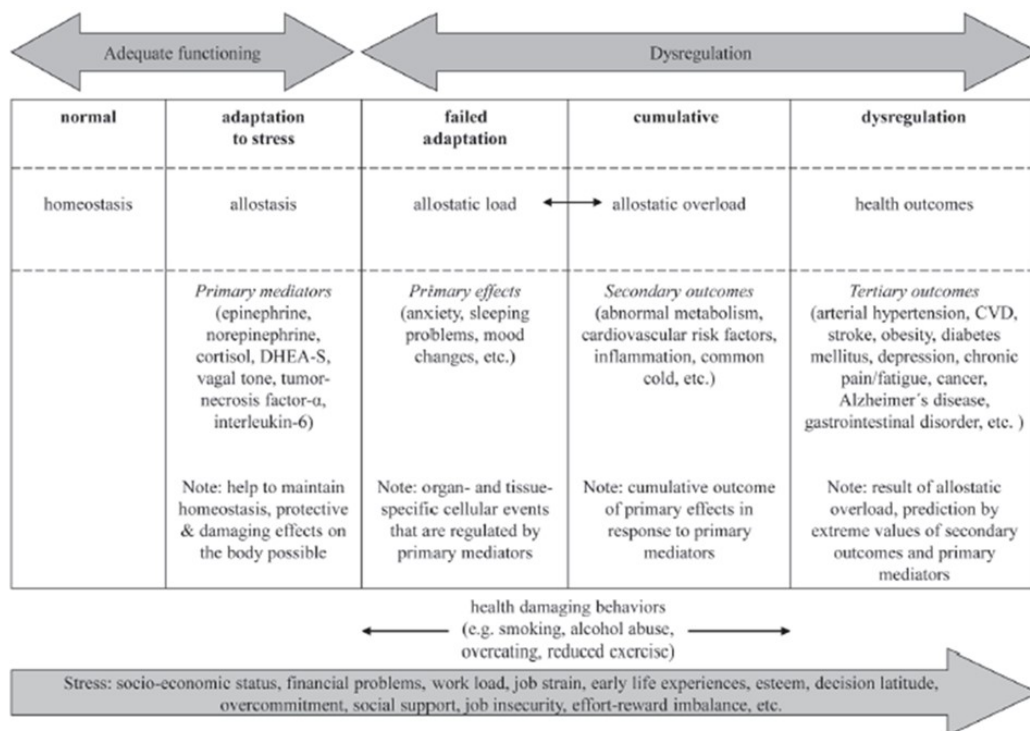
<sup>11</sup> Selye, Hans, *The Stress of life*, McGraw-Hill, 1936

<sup>12</sup> Pittman Q. A *Neuro-Endocrine-Immune Symphony*. *J Neuroendocrinol*, 2011

<sup>13</sup> Herman JP, Cullinan WE 1997 Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends Neurosci* 20:78–84

<sup>14</sup> McEwen BS, Stellar E (1993) Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 153, 2093–101

<sup>15</sup> McEwen BS (2006) Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci* 8, 367–81



**Fig. 1. Stress-regulating process from homeostasis to allostatic overload.**  
 DHEA-S: Dihydroepiandrosterone sulfate, CVD: cardiovascular disease.

*Daniel MAUSS, Jian LI, Burkhard SCHMIDT, Peter ANGERER and Marc N. JARCZOK, Measuring allostatic load in the workforce: a systematic review Industrial Health 2015*

Con l'aumentare delle richieste stressanti si passa da un adattamento allo stress di tipo allostatico dove entrano in gioco i mediatori primari del sistema neuroendocrino (epinefrina, norepinefrina, cortisolo, DHEA-S, tono vagale, TNF alfa e interleuchina 6 ) al carico allostatico dove si manifestano effetti primari (ansia, disturbi del sonno, cambiamenti di umore, ecc...). Questa disregolazione può progredire negli outcome secondari e terziari creando una situazione di sovraccarico allostatico che andrà ad incidere sulla mortalità.

Gli effetti dello stress sulla salute possono essere misurati e quantificati utilizzando strumenti come l'**indice di carico allostatico**. Questo indice era originariamente basato sui dati di 10 misurazioni fisiologiche o fisiche, inclusi sei

esiti secondari: pressione sanguigna sistolica e diastolica, colesterolo totale (TC), lipoproteine ad alta densità (HDL), emoglobina glicosilata (HbA1c), vita-fianchi rapporto (WHR) e quattro mediatori primari: deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S), così come epinefrina urinaria, norepinefrina e cortisolo<sup>16</sup>.

Questo indice di carico allostatico è risultato essere un migliore predittore di mortalità e declino del funzionamento fisico rispetto ai soli biomarcatori individuali, tuttavia sono emerse una serie di limitazioni dovute alla complessità e alla natura dinamica di questa rete multisistemica. Sebbene la prospettiva biologica non consenta una comprensione completa del carico allostatico e del sovraccarico e dei fenomeni clinici correlati, un contributo sostanziale è venuto dalla **clinimetria**, la scienza delle misurazioni cliniche. Criteri clinimetrici per la determinazione del sovraccarico allostatico e dei fattori esperienziali sottostanti, nonché un'intervista semi-strutturata, sono stati sviluppati e inclusi nei Criteri diagnostici per la ricerca psicosomatica (DCPR)<sup>17</sup>.

I fattori di stress sono stati raggruppati in due categorie: quelli che comportano una minaccia fisiologica immediata, chiamati fattori di stress sistemici, e quelli che richiedono l'interpretazione da parte di strutture cerebrali superiori, chiamati fattori di stress processivi. Secondo questa teoria, i fattori di stress sistemici vengono trasmessi direttamente, probabilmente tramite proiezioni catecolaminergiche del tronco cerebrale, al PVN. Al contrario, i fattori di stress processivi sono incanalati attraverso i siti limbici del prosencefalo che alla loro attivazione o inibizione influenzano il PVN tramite i neuroni contenenti GABA. Recentemente Li et al.<sup>18</sup> hanno suggerito l'esistenza di diversi circuiti centrali dopo l'esposizione a fattori di stress sistemici rispetto a quelli emotivi. Nell'ipotesi di commutazione biochimica, Swanson<sup>19</sup> ha proposto che in seguito

---

<sup>16</sup> Seeman TE, Singer BH, Rowe JW, Horwitz RI, McEwen BS (1997) Price of adaptation—allostatic load and its health consequences. *MacArthur studies of successful aging. Arch Intern Med*

<sup>17</sup> Jenny Guidi, Marcella Lucente, Nicoletta Sonino, Giovanni A. Fava, Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review, *Psychother Psychosom* 2021

<sup>18</sup> Li H-Y, Ericsson A, Sawchenko PE 1996 Distinct mechanisms underline activation of hypothalamic neurosecretory neurons and their medullary catecholaminergic afferents in categorically different stress paradigms. *Proc Natl Acad Sci USA*

<sup>19</sup> Swanson LW 1991 Biochemical switching in hypothalamic circuits mediating responses to stress. *Prog Brain Res*

all'esposizione a un fattore di stress, esistano cambiamenti specifici del fattore di stress nella sintesi, nel trasporto e nella conservazione dei singoli neurotrasmettitori, che determinano un rapporto specifico del fattore di stress delle sostanze neuroattive al terminale dell'assone e servono come segnale finale dato a un sistema effettore.

## **Il migrante**

### **Introduzione**

La parola migrante nella concezione comune ha delle assonanze con qualcosa di estraneo, diverso, e la popolazione residente guarda al fenomeno della migrazione con sospetto e diffidenza. Questo perché da parte dei media e dell'opinione pubblica ci si riferisce al migrante solo relativamente a fatti e accadimenti negativi o disastri umanitari. In realtà se andiamo a cercare la definizione di migrante troveremo frasi del tipo “ qualcuno che cambia il proprio luogo di residenza per qualsiasi scopo o per qualsiasi periodo di tempo”. Secondo le raccomandazioni delle Nazioni unite sulle statistiche delle migrazioni internazionali (UN, 1998), si parla di migrazione internazionali quando una persona cambia il proprio paese di residenza abituale, distinguendo tra " migranti di breve durata ”(coloro che hanno cambiato paese di residenza abituale da almeno tre mesi, ma meno di un anno) e “migranti di lungo periodo” (coloro che hanno cambiato paese di residenza abituale da almeno 12 mesi).

Secondo queste definizioni il concetto di migrante assume un ruolo molto più familiare e riflettendo potremmo considerare migranti anche gli individui che si sono spostati all'interno del nostro Paese. In questo caso si parla di migrazioni interne. Affronteremo nei capitoli a seguire alcune migrazioni importanti che hanno caratterizzato l'umanità per prendere coscienza di come in fondo il nostro popolo è il risultato di una costante migrazione.

Anche se oggi siamo abituati a considerare il migrante come un estraneo, una persona esterna al nostro contesto che non rappresenta i nostri costumi e che “forse” si integrerà nella nostra terra, il migrante è sempre esistito nella storia dell'umanità e rappresenta la dinamicità per eccellenza, la necessità di cambiamento, e sotto certi aspetti il progresso. Gli abitanti di un paese infatti sono la fotografia istantanea frutto di un processo migratorio di millenni.

Ciò a cui bisogna prestare attenzione tuttavia non è solo la provenienza del migrante e la motivazione che lo ha indotto a migrare ma anche e soprattutto la sua storia personale. Per questo creare un progetto di promozione della salute mentale universalmente riconosciuto per i migranti è impossibile poiché ogni storia è a se e ha bisogno di essere personalizzata e contestualizzata. E' ipotizzabile d'altro canto identificare delle linee guida di indirizzo per alcune tipologie di migranti che hanno percorsi comuni. Per orientarsi in tal senso è necessaria una adeguata comprensione delle varie dinamiche che riguardano la migrazione. A tale scopo verranno brevemente introdotti gli argomenti di interesse nelle pagine a seguire.

### **Modelli di migrazione**

Secondo la definizione il migrante, nelle sue varie interpretazioni, viene descritto come una persona che ha cambiato il posto in cui vive per un periodo abbastanza lungo. Da ciò ne consegue che chiunque risponda a tale requisito possa rientrare in questa definizione.

Vengono quindi a definirsi dei modelli di migrazione in relazione al luogo di partenza e di arrivo che vengono schematizzati nel modo seguente:

- All'interno del paese
- Attraverso altri paesi

E anche:

- Da contesti rurali a contesti urbani ( la maggior parte)
- Da contesti urbani a contesti rurali

I motivi per i quali questi spostamenti avvengono sono tra i più vari e ne analizzeremo di seguito i principali. E' opportuno già in questa prima fase porre l'attenzione come la descrizione del migrante non possa essere confinata ad uno straniero che parla un'altra lingua ( come si riteneva una volta ), soprattutto nella nostra epoca "globalizzante" dove la lingua non rappresenta più un problema. In molti paesi infatti l'inglese viene considerata come lingua "commerciale" e utilizzata comunemente a scuola e in TV. Per non parlare delle nuove tecnologie nelle quali è necessaria la conoscenza di nozioni di base dell'inglese.

Fatta questa importante e doverosa premessa quando si parla di migrante si dovrebbe considerare una persona con un vissuto legato al proprio luogo di origine nel quale ha costruito e consolidato il proprio io rispetto a delle certezze obiettive (luoghi, ambiente in generale, costumi e tradizioni) che cambiando contesto si trova a doverle mettere in discussione cercando un nuovo equilibrio e nuovi punti di riferimento/certezze abitudini. Questa definizione a mio avviso appare più completa e realistica.

Se però ci soffermassimo sulla definizione solo su questo aspetto, non legato quindi di fatto ad un luogo ma ad un contesto, il concetto di migrazione potrebbe essere estesa a tante altre situazioni e quindi il termine migrazione nel suo significato più astratto potrebbe essere sostituito semplicemente con "cambiamento".

Sebbene quindi quest'ultima considerazione sia molto interessante, al momento ci limiteremo a descrivere le tipologie di migrazione.

### **Processo migratorio**

Il processo migratorio si distingue in tre fasi: fase pre-migratoria, fase migratoria e fase post migratoria. E' importante definire queste fasi perché ognuna ha delle caratteristiche peculiari.

Fase pre-migratoria



In questa fase il migrante definisce il bisogno che lo spinge a migrare. Possono subentrare dei fattori esterni che lo obbligano a spostarsi come guerre, persecuzioni, ecc... ed allora si parlerà di migrazioni forzate. Quando non ci sono fattori “obbligati” il migrante solitamente pianifica il suo progetto in base alle aspirazioni e bisogni. Si parla quindi di “**progetto migratorio**”. Alla migrazione, seppur sempre impegnativa e stressante, il migrante associa delle aspettative che vorrebbe venissero realizzate. In questa fase il migrante ha già un bagaglio di esperienze più o meno positive.

#### Fase migratoria

Questa fase, assai variabile, è legata alle esperienze che fa il migrante durante lo spostamento verso il posto di destinazione. Potrebbe essere molto breve legata a viaggi in aereo e ben pianificati o molto lunga legata spesso a migrazioni forzate e/o con scarse risorse economiche. Questa fase è molto delicata e spesso il migrante è vulnerabile e subisce traumi e violenze.

#### Fase post migratoria

Rappresenta la fase conclusiva del processo migratorio. È una fase di durata variabile e si conclude in un nuovo equilibrio personale. In questa fase il migrante affronta un processo definito di “acculturazione” che dovrebbe portare all’integrazione dell’individuo nel contesto sociale ospitante. A volte il bagaglio di esperienze di partenza o acquisito nelle altre fasi rende il migrante debole e vulnerabile e per questo ha bisogno di progetti individuali per il recupero e l’integrazione.

### **Motivazioni che spingono le persone a migrare**

Il processo migratorio è stato caratterizzato nei secoli da motivazioni assai differenti che hanno spinto migliaia/milioni di persone attraverso mete lontane e non sempre definite. Basti pensare ad esempio alle crociate dove per motivi

religiosi persone di varia nazionalità e cultura uniti da credenze religiose hanno affrontato lunghi viaggi verso la Terra Santa. O le espansioni coloniali dell'Impero Romano e le Invasioni Barbariche. Le motivazioni che creano questi processi quindi sono varie e soprattutto legate al contesto storico. In epoca recente ad esempio assistiamo ad importanti flussi migratori dalla Siria a causa della guerra. In Italia abbiamo avuto importanti flussi migratori di cittadini rumeni dopo vicissitudini politiche interne al loro paese e attualmente costituiscono la percentuale di immigrati maggiormente presente nel nostro paese.

Ad eccezione di questi macro fenomeni che di fatto hanno obbligato le popolazioni a migrare una parte importante di migranti viene spinta da bisogni economici.

In un contesto di migrazione globale si possono identificare **5 categorie di driver della migrazione**: fattori economici, sociali, politici, demografici e ambientali. I primi 2 percepiti come aventi il maggiore effetto sul volume e sui modelli di migrazione<sup>20</sup>.

Da un punto di vista organizzativo potremmo descrivere la tipologia di migrante in base alla causa:

- Economiche: Persone singole, transitorie legate ad affari, Permanenti, Gruppi
- Politici: Esiliati, Rifugiati
- Sociali: Studenti, Attori del cinema e dello spettacolo

## **Migrazioni economiche**

---

<sup>20</sup> Foresight. Migration and global environmental change. Final project report. The Government Office for Science, London, UK 2011

Normalmente il migrante che si sposta in cerca di lavoro lo fa o per motivi legati alla carriera o per bisogni economici. In questo ultimo caso la gran parte dei migranti stranieri va a ricoprire posizioni lavorative che gli autoctoni non vogliono più fare e a **compensi più bassi di circa il 20%**<sup>21</sup>. Inoltre oltre ad essere pagati mediamente meno spesso non hanno neanche un contratto regolare.

I lavori che solitamente vengono richiesti ai migranti stranieri possono schematicamente essere ricompresi secondo l'acronimo delle cosiddette **3D** "**Dirty, Dangerous, Difficult**" (sporchi, pericolosi, difficili).

Senza contare l'assunzione ai livelli contrattuali più bassi, passaggi di categoria più incerti, svalutazione delle capacità lavorative e delle qualifiche professionali di cui si è in possesso"<sup>22</sup>.

Secondo il Report della Caritas del 2020 si può notare come in Italia ci sia una particolare concentrazione di immigrati in determinate categorie come l'agricoltura, lavori domestici e manovalanza ( in Lombardia rappresentano il 26%). Ma sebbene l'Italia sia uno dei cinque paesi europei a maggiore concentrazione straniera insieme alla Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, gli immigrati italiani sono caratterizzati da un mosaico di nazionalità indirizzata prevalentemente a specifici lavori.

Esistono vari modelli di migrazione. Viene ad esempio definita la teoria delle "**catene migratorie**" legata a gruppi di stranieri che richiamano i connazionali legati da ricongiungimenti familiari o sociali. Possono venire a formarsi con queste dinamiche interi quartieri e regioni di individui con la stessa origine.

Un esempio sempre più frequente in Italia è dato dalle comunità cinesi. Tali gruppi hanno organizzato le loro attività secondo modelli chiusi fondati su un intensivo uso del lavoro familiare e sul ricorso a finanziamenti comunitari.

---

<sup>21</sup> Report Idos Dossier Statistico Immigrazione 2018

<sup>22</sup> Sacchetto D., Il Nordest e il suo Oriente. Migranti, capitali e azioni umanitarie, Verona, Ombre Corte, 2004, p. 233

Apparentemente queste comunità sono strutturate secondo un modello di lavoro autonomo e c'è la possibilità di "fare carriera" poiché la gestione è affidata a connazionali. Tuttavia queste ditte sono spesso marginali e confinate a nicchie di mercato esclusive che rispecchiano la carenza di risorse iniziali con la conseguenza che spesso riproducono meccanismi segregativi invece che inclusivi. Zanfrini L., nel testo *Sociologia delle migrazioni*<sup>23</sup> sottolinea come le imprese dei migranti siano concentrate in settori con minori barriere iniziali ma più esposte a concorrenza.

Un altro esempio che storicamente si ripropone nel nostro paese è dato dal fenomeno migratorio interno dai paesi del sud Italia verso quelli del nord. Processo quanto mai attuale che è stato recente oggetto di studio nel rapporto 2020 sulle migrazioni interne in Italia del CNR-ISMed (Istituto di Studi sul Mediterraneo). Secondo il professor Giannola il sud determina quello che sarà l'Italia e l'Europa sta investendo risorse al sud Italia perché ha capito che così facendo investe nel sistema Europa.

### **Migrazioni forzate**

L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM) definisce la migrazione forzata come "un movimento migratorio in cui esiste un elemento di coercizione, comprese le minacce alla vita e ai mezzi di sussistenza, sia che derivino da cause naturali o provocate dall'uomo". Vengono comunemente considerate **tre principali cause di migrazione forzata**: conflitti, disastri e sviluppo. Esistono tre tradizionali "soluzioni durevoli" per i rifugiati: rimpatrio volontario, integrazione locale e reinsediamento. La continua instabilità politica e l'insicurezza generale contribuiscono a bassi livelli di rimpatrio volontario. La domanda di reinsediamento supera le opportunità; nel 2014, solo 105.000 rifugiati

---

<sup>23</sup> Zanfrini, Laura. *Sociologia delle migrazioni*. Gius. Laterza & Figli Spa, 2014.

sono stati reinsediati in 26 paesi, con Stati Uniti (USA), Canada e Australia che hanno concesso la residenza permanente al maggior numero di persone. Di conseguenza, la maggior parte dei rifugiati rimane nei paesi di primo asilo. Mentre molti risiedono in campi formali, una proporzione crescente vive informalmente in contesti urbani<sup>24</sup>. Un secondo fattore chiave della migrazione forzata a livello globale è il cambiamento ambientale<sup>25</sup>. Le catastrofi naturali legate alle condizioni meteorologiche come i cicloni o le inondazioni svolgono un ruolo negli spostamenti improvvisi su larga scala dovuti alla distruzione di case e mezzi di sussistenza. Il cambiamento ambientale contribuisce anche alla migrazione a lenta insorgenza, ad esempio, a causa dell'insicurezza alimentare e della carestia causate dalla siccità e dell'impatto dell'innalzamento del livello del mare sulle zone basse e sui piccoli stati insulari<sup>26</sup>. Anche se i numeri variano drasticamente di anno in anno, c'è stata una tendenza generale all'aumento dei disastri e degli sfollamenti causati da catastrofi, con 315 eventi di disastro e 22 milioni di persone sfollati a causa di catastrofi nel 2013<sup>27</sup>.

Con gli effetti del riscaldamento globale previsto in aumento, il numero di migranti ambientali dovrebbe raggiungere i 200 milioni entro il 2050<sup>28</sup>. Dopo l'evacuazione iniziale al momento di un disastro, gli sfollati possono tornare alle loro case originali o trasferirsi temporaneamente o permanentemente. La maggior parte degli sfollati causati da catastrofi che non possono tornare a casa rimangono nel loro paese di origine e possono essere considerati sfollati interni. Lo sviluppo è un terzo fattore chiave della migrazione forzata. I progetti di sviluppo, come i progetti infrastrutturali o l'estrazione di risorse naturali, promettono uno sviluppo economico significativo, tuttavia, questi richiedono comunemente l'acquisizione

---

<sup>24</sup> United Nations High Commissioner for Refugees (2015) World at War: UNHCR Global Trends- Forced Displacement in 2014. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees

<sup>25</sup> IPCC (2014) Climate Change 2014: Synthesis Report Summary for Policymakers. Geneva, Switzerland: Intergovernmental Panel on Climate Change

<sup>26</sup> Neumann K, Hilderink H (2015) Opportunities and Challenges for Investigating the Environment-Migration Nexus. Human Ecology

<sup>27</sup> ((2014) Global estimates 2014: People displaced by disasters. Geneva: Norwegian Refugee Council, and Internal Displacement Monitoring Centre

<sup>28</sup> Laczko F, Aghazarm C (2009) Migration, environment and climate change: assessing the evidence. Geneva: International Organisation for Migration

di terreni che sono occupati, portando allo spostamento interno dei residenti. I dati sugli sfollamenti indotti dallo sviluppo sono limitati, ma sono considerati una seria preoccupazione in alcune delle economie in più rapida crescita. Ad esempio, è stato stimato che 25-50 milioni di indiani e 40 milioni di cinesi sono stati sfollati interni a causa di progetti di sviluppo negli ultimi 50 anni<sup>29</sup>. Infine, l'espulsione, l'espulsione ordinata dallo stato o la partenza volontaria sotto la minaccia di espulsione di non cittadini per violazioni dell'immigrazione o del diritto penale, è riconosciuta come una forma sempre più importante di migrazione forzata<sup>30</sup>. I tassi di deportazione sono in aumento, in particolare nei paesi occidentali. Negli Stati Uniti, tra il 2003 e il 2013 si sono verificati circa 3,7 milioni di "rimozioni", con il numero annuo di deportazioni raddoppiato da 211.000 a 438.000 in questo periodo<sup>31</sup>. Allo stesso modo, il numero di persone deportate dal Regno Unito ha raggiunto oltre 40.000 nel 2011, un aumento del 46% dal 2004<sup>32</sup>.

## **Il giovane migrante**

Quando si parla di giovani migranti bisogna considerare diversi aspetti. Per questo sono state individuate diverse tipologie:

Prima generazione: ogni soggetto che effettua direttamente un percorso migratorio per stabilirsi, per un tempo significativo, in un paese diverso da quello di origine

Seconda generazione: soggetti nati in Italia da almeno un genitore migrante, che quindi ha una storia familiare indiretta di migrazione

Generazioni 1,... → ricongiunti: quando il minore, da solo o accompagnato, raggiunge uno o entrambi i genitori in un paese diverso da quello d'origine

---

<sup>29</sup> Courtland Robinson W (2003) Risks and Rights: The Causes, Consequences, and Challenges of Development-Induced Displacement. Washington, D.C., USA: The Brookings Institution

<sup>30</sup> Gibney MJ (2013) Is deportation a form of forced migration? Refugee Survey Quarterly

<sup>31</sup> Rosenblum MR, McCabe K (2014) Deportation and discretion: reviewing the record and options for change. Washington, D.C., USA: Migration Policy Institute

<sup>32</sup> Blinder S (2012) Deportations, Removals and Voluntary Departures from the UK: Briefing. Oxford: The Migration Observatory at the University of Oxford

Adozione internazionale: Minori adottati da un paese diverso dall'Italia, che possono giungere nella loro nuova famiglia a diverse età

Figli di coppie miste o miste/miste: Differenti tipologie già dette: nati in Italia, ricongiunti... Però genitori di nazionalità differente tra loro e a volte anche da quella del paese ospitante

Altre situazioni come la migrazione multipla: Situazioni a volte molto complesse della storia migratoria per es. Minori che fanno avanti e indietro tra il paese d'origine e il paese ospitante

Minori non accompagnati, anche richiedenti asilo: Ogni minore che si trovi al di fuori del proprio paese d'origine, da solo, senza un parente entro il 3° grado di parentela. Se richiedente o "asilante"

Minore figlio di richiedenti asilo o rifugiati - vittima di tratta: Ogni minore che per motivi di razza, religione, politica, sfruttamento, ecc esce dal proprio paese d'origine e non può o non vuole farvi rientro

A seconda della tipologia considerata il giovane migrante si troverà in un contesto differente nel quale relazionare la sua cultura con la cultura del paese ospitante. Spesso il giovane, più propenso ad acquisire nuove competenze e abilità anche legato al fatto che solitamente è in età scolare e frequenta gli istituti scolastici del posto, ha imparato la lingua e gli usi e costumi del paese ospitante e per questo funge da "mediatore" tra i genitori e i servizi locali. Ciò crea in lui una ulteriore fonte di stress che si somma a quelle proprie dell'età. Tale argomento verrà trattato in un capito specifico successivamente.

## **Le migrazioni in Italia, in Europa e nel Mondo**

### **Il fenomeno migratorio Italiano**

L'Italia è da sempre stato un paese fortemente soggetto a migrazioni. Nel corso della storia numerosi sono stati i popoli che hanno visto il paese come meta finale dei loro viaggi con l'auspicio di realizzare le proprie aspettative. Descrivere nello specifico tali migrazioni sarebbe tuttavia molto articolato e fuorviante rispetto alle tematiche di questa tesi, pertanto verranno delineati per sommi capi gli eventi migratori più recenti ed importanti a titolo esemplificativo della condizione migratoria attuale nel paese.

Senza ombra di dubbio agli inizi nel secolo scorso i flussi migratori sono stati determinati principalmente dalla necessità di trovare lavoro. Tali spostamenti tuttavia erano principalmente emigrazioni di italiani dall'Italia verso paesi che richiedevano manodopera. Andando a ritroso nel tempo possiamo individuare alcune leggi che cercavano di regolamentare tali migrazioni. La legge Crispina del 1888 rappresentò il primo intervento legislativo volto ad affrontare organicamente il fenomeno migratorio, soprattutto transoceanico, come utile strumento di razionalizzazione degli interessi dell'impresa armatoriale. Non rappresentava quindi gli interessi del singolo lavoratore ma piuttosto delle ditte private. Successivamente la legge 23 del 1901 tenterà di regolamentare ulteriormente la forte ondata migratoria che si sviluppò a cavallo tra il secolo XIX e il XX. In tale contesto fu istituito il Consiglio per l'Emigrazione con funzioni politico-consultive nei confronti del ministro degli esteri e di stimolo e d'indirizzo nei confronti del commissariato generale dell'emigrazione. Assumeva quindi l'espressione di un "liberalismo sociale" che aveva avuto il sopravvento su un "liberalismo conservatore".



Tuttavia non sono mai mancati in Italia una quota variabile tra l'1 e il 2 per mille di cittadini stranieri<sup>33</sup>. Lo status giuridico dello straniero nel Regno d'Italia era definito dal Codice civile del 1865 e dalla legge sull'ordine pubblico del 1869. Esisteva infatti lo schedario centrale degli stranieri, trasformato nel 1915 in "Anagrafe centrale degli stranieri".

Negli anni Venti, periodo di relativa prosperità, la popolazione straniera aumentò raggiungendo le 138.000 unità nel 1931<sup>34</sup>.

Con la legge del 9 aprile 1931 n° 358 il fascismo istituì il Commissario per le migrazioni e la colonizzazione interna che rappresentò l'evoluzione del Comitato permanente per le migrazioni interne (istituito nel 1926) con funzione di coordinamento dei flussi di manodopera delle aree a più alta densità demografica che denunciavano il più forte tasso di disoccupazione-verso le aree con bassa densità di popolazione ma suscettibili di sviluppo. Successivamente per impedire la concentrazione nelle aree urbane dove la popolazione disoccupata e indigente nutriva l'aspettativa di trovare lavoro e sussidi venne in aiuto la legge 6/7/1939, n.1092, nota come legge contro le migrazioni interne e l'urbanesimo.

Dopo il periodo bellico ci fu una crisi economica che spiega come negli anni successivi ci sia maggiore omogeneità etnica dell'Italia unita, con un numero esiguo di 47.000 stranieri residenti censiti nel 1951, circa 0,1 % della popolazione<sup>35</sup>. Ciò indusse un progressivo flusso di migrazioni. Rimase celebre la frase di Alcide De Gasperi "Imparate una lingua e andate all'estero" pronunciata nel corso del discorso conclusivo al III Congresso della Democrazia Cristiana, tenuto a Venezia nel 1949.

Secondo i dati ufficiali seppur parziali nel solo quinquennio 1956-1961, periodo del "miracolo economico" più di 9 milioni di italiani (18% dell'intera popolazione) cambiò residenza: da Sud a Nord del Paese ma soprattutto verso l'estero.

In tale periodo non vi furono solo movimenti interni ed emigrazione internazionale, infatti si aggiunsero flussi, seppur limitati, di profughi e rifugiati

---

<sup>33</sup> Colombo-Sciortino, Gli immigrati in Italia, 2004

<sup>34</sup> VII censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 21 Aprile 1931

<sup>35</sup> IX censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 4 Novembre 1951

politici: complessivamente tra il 1954 e il 1989 furono presentate in Italia 122.000 domande di asilo, meno di un terzo di quelle presentate in Germania nel solo 1992<sup>36</sup>.

Fu solo con la legge 10 febbraio 1961, n. 5 che furono abrogate le vecchie leggi sull'immigrazione e fu introdotta una politica più democratica.

Dal 1955 al 1970 quasi 25 milioni di persone si spostarono sul territorio. Circa 20 milioni di questi spostamenti furono di breve raggio, cioè tra comuni e province della stessa regione, mentre il resto riguarda i movimenti tra regione e regione.

In questo periodo infatti, grazie alle migrazioni interne l'Italia è stato l'unico paese, assieme al Giappone, a non aver avuto bisogno di lavoratori stranieri per il proprio sviluppo industriale e si possono indicare gli inizi degli anni Settanta come l'origine dell'immigrazione straniera dai paesi più poveri verso l'Italia.

Il primo importante flusso di stranieri fu rappresentato da studenti universitari che si concentrarono nelle principali città universitarie. Il numero di stranieri raggiunse il picco nel biennio 1981-1982<sup>37</sup>.

La seconda ondata migratoria degli anni Sessanta fu quella delle colf straniere, un fenomeno descritto da Hochschild come *la tendenza all'importazione di accudimento e amore dai paesi poveri verso quelli ricchi*<sup>38</sup>. Nella terza fase cresce prepotentemente la presenza di donne e bambini ( tunisini che attraversarono lo stretto di Sicilia per giungere nella Sicilia orientale ed ivi lavorare soprattutto nel settore della pesca e dell'agricoltura a partire dal 1968 circa ). La quarta fase è invece caratterizzata dalla presenza stabile delle seconde generazioni ( settore industriale e in qualche misura anche quello edilizio, prevalentemente jugoslavi, egiziani e turchi ). In queste ultime tre fasi si assiste ad un cambiamento sociale degli autoctoni che rifiutano alcune mansioni che vengono svolte da stranieri.

Negli **anni 90** la presenza di lavoratori immigrati in particolari zone del paese ha assunto un'importanza fondamentale<sup>39</sup>. Nello specifico arrivarono migranti

---

<sup>36</sup> Einaudi, Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'Unità ad oggi, 2007

<sup>37</sup> Einaudi, Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'Unità ad oggi, 2007

<sup>38</sup> Hochschild, Donne globali. Tate, colf e badanti, 2004

<sup>39</sup> Reyneri E., Sociologia del mercato del lavoro, Bologna, Il Mulino, 2002, p. 379

albanesi in seguito alla caduta del regime di Hoxha nel 1991 e di migranti polacchi, successivamente alla caduta del regime comunista nel 1989. Successivamente si registra la forte presenza di rumeni, allora non ancora comunitari, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta e di ucraini e moldavi verso la fine degli anni Novanta<sup>40</sup>. La maggior parte di questi flussi ha seguito e segue la tradizionale pratica migratoria detta di “richiamo” che produce delle catene migratorie che collegano una determinata società locale di origine a una precisa società locale di immigrazione (reti etniche).

In seguito alle regolarizzazioni degli immigrati e all’allargamento dell’UE alla Romania e Bulgaria culminato nel 2007 si è avuto un picco negli anni 2003-2004 a cui è seguito un lento declino accompagnato dalla crisi economica fino al 2013. Dal 2014 c’è stata invece una costante ripresa tutt’ora in corso da parte dei paesi che si affacciano sul Mediterraneo. La tipologia di flussi dall’estero tuttavia risulta profondamente cambiata. Le motivazioni iniziali infatti erano legate al lavoro, poi a ricongiungimenti familiari. Attualmente tra le cause principali ci sono le emergenze umanitarie dove i migranti non hanno un progetto migratorio definito e spesso sono state vittime di tortura.

Rispetto agli altri paesi europei l’Italia nel 2016 si colloca al 22° posto per immigrati presenti con un tasso del 4,3 per mille. Negli ultimi due decenni le immigrazioni complessivamente raddoppiano, passando da circa 163 mila nel 1997 a oltre 343 mila nel 2017.

Oltre la metà delle iscrizioni dall’estero si concentra nella fascia di età 18-36 anni (57%). Come osservato nel 2016, il numero di iscrizioni da parte di immigrati di sesso maschile, soprattutto di nazionalità africana, è cospicuo fra i 18 e i 20 anni.

Attualmente il totale della popolazione straniera presente in Italia nel 2018 è circa 5 milioni di abitanti di cui 1,2 mln di nazionalità rumena a fronte di circa 2 milioni nel 2004.

---

<sup>40</sup> Einaudi, Le politiche dell’immigrazione in Italia dall’Unità ad oggi, 2007

L'entità del fenomeno migratorio all'interno del nostro paese è di dimensioni più cospicue rispetto a quello che si pensa normalmente. Tale fenomeno viene analizzato nello specifico attraverso uno studio del 2013:

**Indagine CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*) per lo studio della mobilità interna in Italia in un'ottica longitudinale Nelu Dan, Alessio Fornasin Luglio 2013**

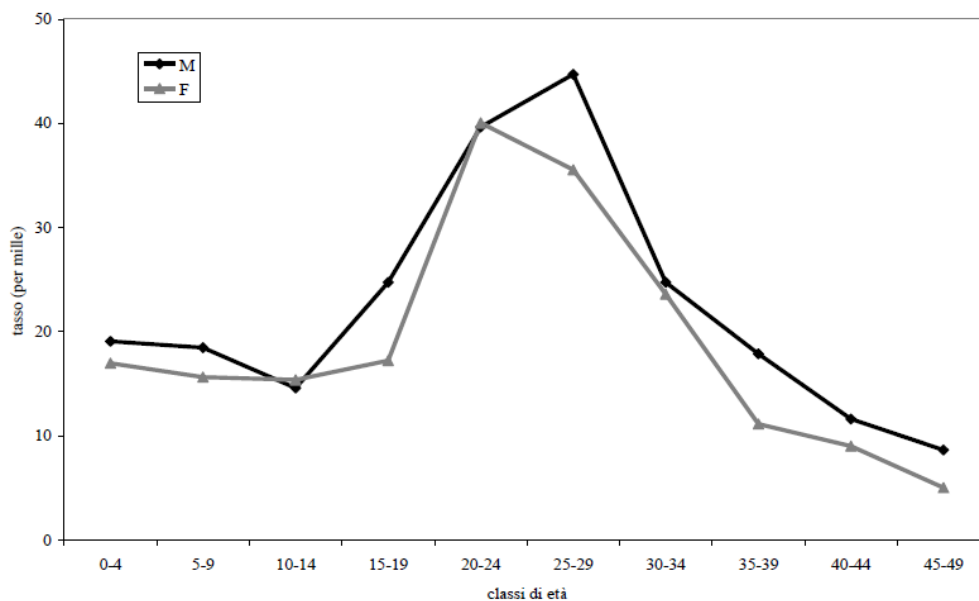
Questo interessantissimo studio longitudinale analizza criticamente le migrazioni di un campione di circa 2000 persone effettuate dalle generazioni nate in Italia dal 1930 al 1959. La ricerca analizza gli spostamenti dei soggetti nei primi 50 anni di età intercorsi dopo i 20 anni associati a trasferimenti della residenza abituale da un comune ad un altro che abbiano la durata di almeno un anno. I dati utilizzati sono stati raccolti per mezzo di una indagine telefonica nel 2010 e ha coinvolto circa 2.000 persone nate e residenti in Italia.

L'obiettivo dello studio vuole tracciare le migrazioni del singolo e quindi la "migratorietà". Infatti nei singoli comuni le registrazioni di natura demografica sono limitate al cambio di residenza e la persona nel momento in cui emigra sfugge dall'osservazione. Volendo quindi tracciare la storia migratoria di un singolo individuo utilizzando i registri dello stato civile o l'anagrafe non si riesce a rilevare più di una migrazione se non seguendo il migrante nei vari spostamenti documentati nei diversi comuni. In Italia, sebbene sia possibile tracciare il percorso migratorio risulta particolarmente complesso e indaginoso .

Attraverso questa indagine quindi si può capire l'attitudine della nostra popolazione a migrare.

Vengono riportati in maniera molto schematica i risultati di tale studio.

Fig. 2. Curve di migratorietà delle persone intervistate (generazioni 1930-59)



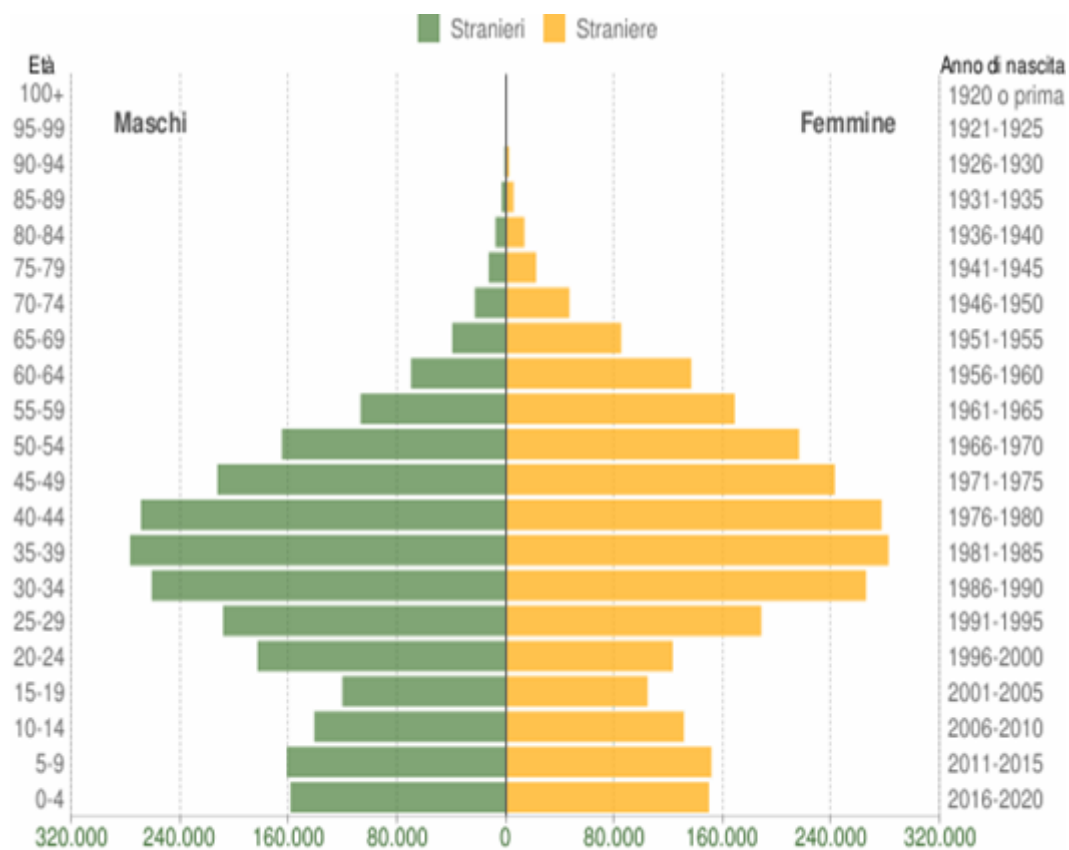
Tab. 1. Caratteristiche delle migrazioni delle persone intervistate (generazioni 1930-59)

	M+F	M	F
N. individui	1425	671	754
N. migrazioni	1467	752	715
N. migranti	814	382	432
% migranti su intervistati	57.1	56.9	57.3
Tasso di migratorietà 0-50	1.03	1.12	0.95
Migrazioni/migranti	1.80	1.97	1.66
Età media alla migrazione	22.6	23.0	22.2
Età media alla prima migrazione	18.9	19.0	18.9
Distanza media singola migrazione	432.3	472.3	390.2
Distanza media percorsa nel corso della vita migratoria	779.1	929.8	645.8

Come si può osservare, mediamente le persone intervistate sono emigrate poco più di una volta nel corso dei primi 50 anni della loro vita. Ovviamente il numero di migrazioni calcolato per singolo migrante è più alto. Circa il **57% degli intervistati è emigrato almeno una volta**. Le differenze tra maschi e femmine sono trascurabili.

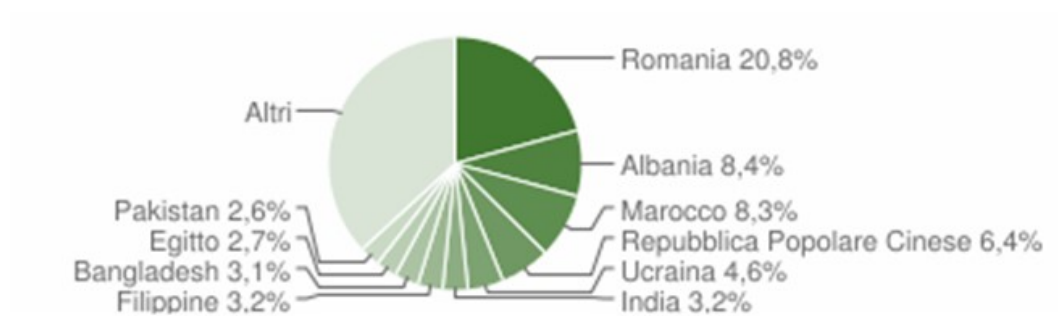
Per quanto riguarda gli stranieri presenti attualmente in Italia riportiamo di seguito i dati aggiornati forniti dall'ISTAT



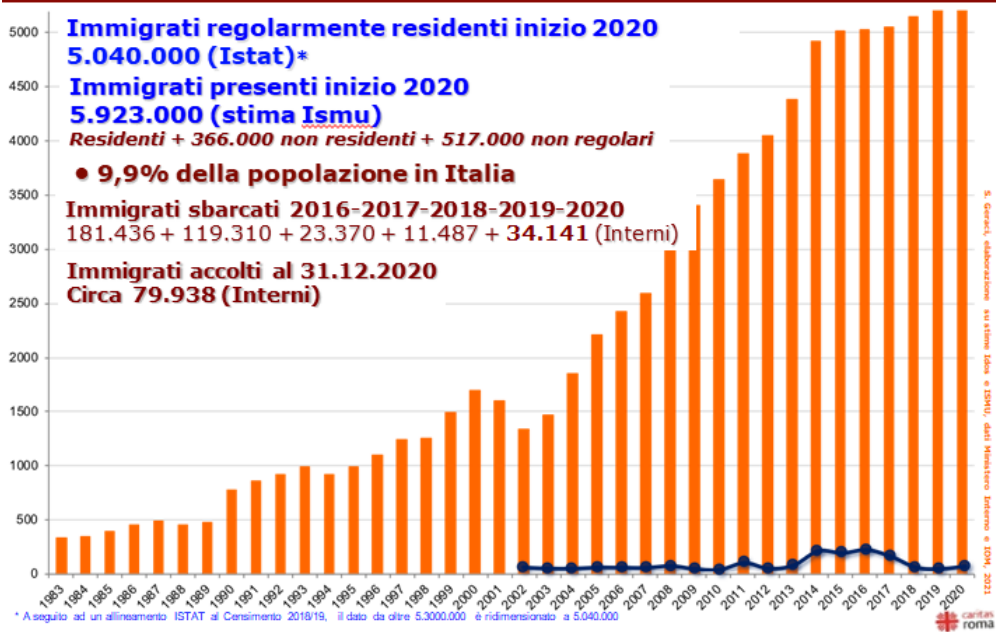


Popolazione per cittadinanza straniera per età e sesso - 2021

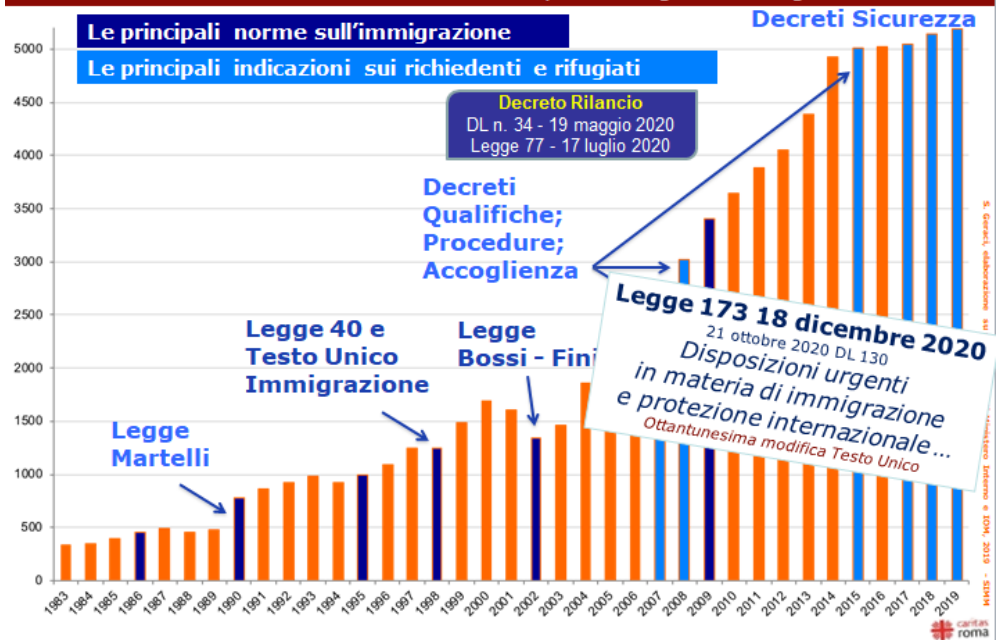
ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



**Immigrazione in Italia: numero totale e trend all'inizio del 2020**  
 numero delle persone sbarcate dal 2002 (x 1.000)



**Immigrazione in Italia: numero totale e trend al 2019**  
 Evoluzione normativa in Italia per immigrati e rifugiati



Fonte Caritas di Roma: analisi della popolazione migrante in relazione alle leggi sulle migrazioni



## Migrazioni in Europa

Le migrazioni in Europa nel **secondo dopoguerra** si sono caratterizzate per un flusso migratorio prevalentemente legate alla necessità di manodopera a basso costo. All'epoca non si faceva distinzione dal tipo di paese di provenienza europeo/extraeuropeo.

Dal punto di vista economico fu determinante l'apporto degli Stati Uniti, che con lo European Recovery Program, più comunemente noto come "**Piano Marshall**", consentì il rilancio delle economie del vecchio continente, a eccezione di quelle del blocco sovietico. I grandi flussi migratori europei di questo periodo ebbero come paesi di partenza l'Italia, la Spagna, il Portogallo, la Turchia, la Jugoslavia e tutti i paesi del Maghreb, e come paesi di destinazione la Francia, la Germania, il Benelux, la Svizzera e il Regno Unito.

I fenomeni migratori in Europa hanno subito dei cambiamenti fondamentali a partire dalla fine del **1973**. La conseguenza più importante consistette, schematicamente, nella riduzione dell'emigrazione, almeno quella di tipo tradizionale, e nell'inversione di tendenza del fenomeno dei rimpatri rispetto agli espatri. L'Italia è forse il caso più tipico dove il saldo migratorio del paese non assunse più segno negativo, ma iniziò ad essere uno dei principali motivi della crescita demografica<sup>41</sup>.

Nelle regioni di destinazione, le politiche di veloce sostituzione ( o di turn over) dei lavoratori migranti, che avevano caratterizzato gli anni precedenti, venivano rapidamente sostituite con nuove **politiche di integrazione di contingenti più selezionati e più qualificati** di lavoratori migranti con le proprie famiglie.

Negli **anni Ottanta** l'Europa meridionale divenne un polo di attrazione "obbligato" sia per i paesi della riva Sud del Mediterraneo che per quelli dell'Est,

---

<sup>41</sup> Sartor, Invecchiamento immigrazione economia, 2010

il cui flusso, peraltro, si muoverà in maniera molto più sostenuta soltanto nel decennio successivo, a seguito del crollo dell'impero sovietico. In questo periodo in Europa maturò la consapevolezza dell'importanza critica dei paesi a sud e a est del bacino mediterraneo. Le politiche migratorie, furono fondamentalmente ispirate dai buoni propositi espressi in materia con le *“Raccomandazioni sulle migrazioni internazionali alla Conferenza Internazionale sulla Popolazione Mondiale di Città del Messico nel 1984”*. Nel corso degli anni Ottanta l'attenzione si è spostata sull'integrazione, che si concreta sostanzialmente, ma sempre con restrizioni, sul piano dell'insediamento, dell'abitazione, del ricongiungimento familiare, dei programmi scolastici, dell'accesso all'assistenza pubblica e in alcuni casi sperimentali perfino del voto amministrativo.

La natura e la grandezza dei movimenti Est-Ovest avvenuti dopo il 1989 si spiega con l'esistenza di comunità precedentemente costituite all'estero e con i flussi di lavoratori stagionali e che vivono al confine.

Attualmente si avverte la necessità di una politica di programmazione europea che tolga anche al fenomeno migratorio (così come ad altri problemi economici e sociali) quel carattere di congiunturalità sul quale si fondano soluzioni nazionali e nazionalistiche. Il processo di armonizzazione delle politiche migratorie è effettivamente iniziato grazie all'Unione Europea: la maggior parte dei paesi dell'Unione ha aderito agli accordi di Schengen che prevedono la libera circolazione di tutte le persone all'interno della cosiddetta "Area Schengen".

Concentrarsi sugli studi pubblicati dal 2001 è particolarmente pertinente dato che dal 2000 la popolazione del Regno Unito è aumentata a un ritmo più rapido rispetto a qualsiasi altro momento negli ultimi 90 anni<sup>42</sup> e che durante il periodo 2000-2010, il numero dei migranti globali è cresciuto due volte più velocemente

---

<sup>42</sup> Migrant Watch UK. (2017). Retrieved June 15, 2017, from <https://www.migrationwatchuk.org/key-topics/population>

del decennio precedente<sup>43</sup>. A causa della recessione globale, le cifre sulla migrazione globale hanno subito un rallentamento, tuttavia, il numero è ancora maggiore di quanto visto negli anni '90.

## Migrazioni nel Mondo

Il numero stimato di migranti internazionali è aumentato negli ultimi cinque decenni. Il totale stimato di 272 milioni di persone che vivevano in un paese diverso dal loro paese di nascita nel 2019 era di 119 milioni in più rispetto al 1990 (quando era di 153 milioni) e oltre il triplo del numero stimato nel 1970 (84 milioni; vedere tabella 1) . Sebbene in questo periodo sia aumentata anche la percentuale di migranti internazionali a livello globale, è evidente che la stragrande maggioranza delle persone continua a vivere nei paesi in cui è nata.

Table 1. International migrants, 1970–2019

Year	Number of migrants	Migrants as a % of the world's population
1970	84,460,125	2.3%
1975	90,368,010	2.2%
1980	101,983,149	2.3%
1985	113,206,691	2.3%
1990	153,011,473	2.9%
1995	161,316,895	2.8%
2000	173,588,441	2.8%
2005	191,615,574	2.9%
2010	220,781,909	3.2%
2015	248,861,296	3.4%
2019	271,642,105	3.5%

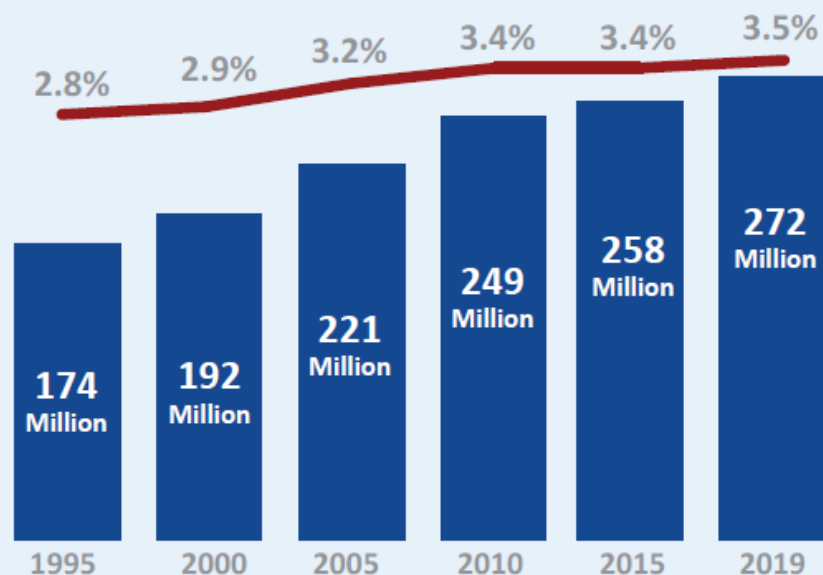
Source: UN DESA, 2008, 2019a, 2019b.

Note: The number of entities (such as States, territories and administrative regions) for which data were made available in the 2019 UN DESA Revision of International Migrant Stock was 232. In 1970, the number of entities was 135.

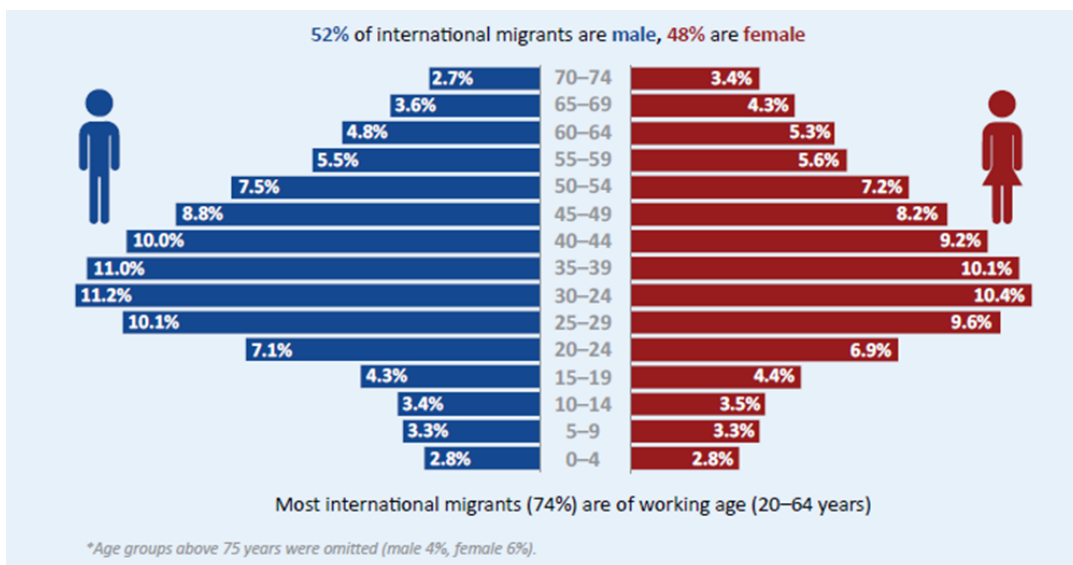
<sup>43</sup> OECD-UNDESA. (2013). World migration in figures. 2010/11 Retrieved June 15, 2017, from <http://www.oecd.org/els/mig/dioc.htm>

## Snapshot of international migrants

The international migrant population globally has increased in size but remained relatively stable as a proportion of the world's population



Nel 2019, la maggior parte dei migranti internazionali (circa il 74%) era in **età lavorativa (dai 20 ai 64 anni)**, con una leggera diminuzione dei migranti di età inferiore ai 20 anni dal 2000 al 2019 (dal 16,4% al 14%), e un quota costante (circa il 12%) di migranti internazionali di età pari o superiore a 65 anni dal 2000.



Nel 2019, l'Europa e l'Asia hanno ospitato rispettivamente circa 82 milioni e 84 milioni di migranti internazionali, che rappresentano il 61% dello stock globale di migranti internazionali combinato ( vedi figura ). Queste regioni sono state seguite dal Nord America, con quasi 59 milioni di migranti internazionali nel 2019 o il 22% dello stock mondiale di migranti, l'Africa al 10%, l'America Latina e i Caraibi al 4% e l'Oceania al 3%. Rispetto alla dimensione della popolazione in ciascuna regione, la quota di migranti internazionali nel 2019 era più alta in Oceania, Nord America ed Europa, dove i migranti internazionali rappresentavano, rispettivamente, il 21%, il 16% e l'11% della popolazione totale . In confronto, la quota di migranti internazionali è relativamente piccola in Asia e Africa (1,8% e 2% rispettivamente) e in America Latina e Caraibi (1,8%). Tuttavia, l'Asia ha registrato la crescita più notevole dal 2000 al 2019, al 69% (circa 34 milioni di persone in termini assoluti) . L'Europa ha registrato la seconda crescita più grande durante questo periodo, con un aumento di 25 milioni di migranti internazionali, seguito da un aumento di 18 milioni di migranti internazionali in Nord America e 11 milioni in Africa<sup>44</sup> .

---

<sup>44</sup> United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) 2019 International Migrant Stock 2019. United Nations, New York. Available at <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>

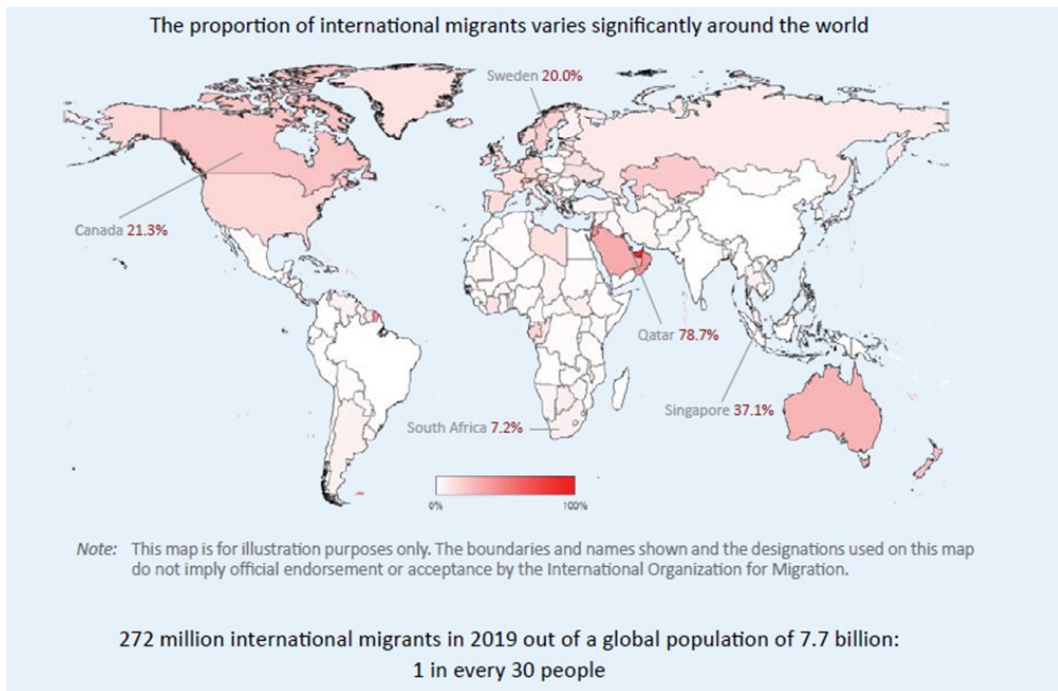
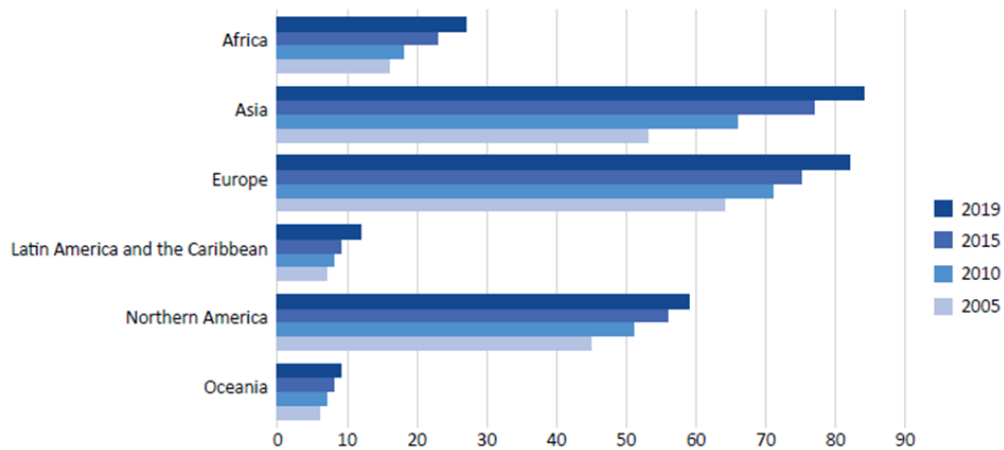


Figure 1. International migrants, by major region of residence, 2005 to 2019 (millions)



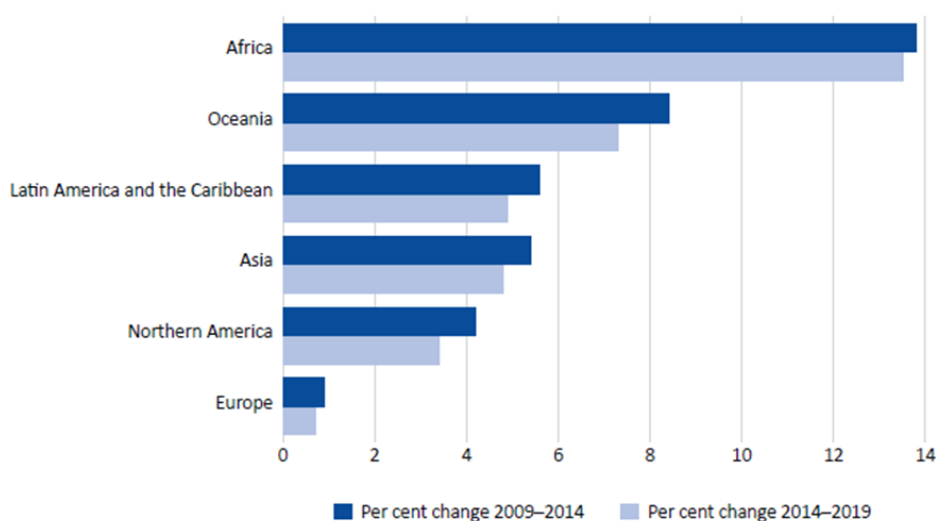
Source: UN DESA, 2019a. Datasets available at [www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp) (accessed 18 September 2019).

Note: Categorization based on UN DESA geographic regions (see chapter 3, appendix A for details), not implying official endorsement or acceptance by IOM.

L'aumento della migrazione internazionale in alcune regioni nel tempo ha avuto un impatto sul cambiamento della popolazione. La figura in alto mostra la

variazione proporzionale della popolazione per ciascuna delle sei regioni del mondo dal 2009 al 2019. Sebbene l'Europa sia stata tradizionalmente una delle principali regioni di destinazione per i migranti internazionali, in questo periodo ha registrato il tasso più lento di variazione proporzionale della popolazione, oltre l'1 per cento. Tuttavia, il tasso sarebbe probabilmente molto più basso senza i migranti internazionali che hanno mitigato la diminuzione della popolazione in alcuni paesi europei a causa, ad esempio, del calo dei tassi di natalità. In confronto, l'Africa ha subito il cambiamento più significativo, con la sua popolazione che è cresciuta di quasi il 30% in questo periodo, a causa degli alti tassi di fertilità e dell'aumento della durata della vita. Questa crescita è stato tuttavia attenuato dall'emigrazione dall'Africa verso altre regioni.

Figure 2. Proportional population change by region<sup>1</sup>, 2009–2019



Source: UN DESA, 2019c.

Note: Categorization based on UN DESA geographic regions (see chapter 3, appendix A for details), not implying official endorsement or acceptance by IOM.

Mentre i migranti internazionali possono tendere a gravitare verso paesi ad alto reddito, le loro origini a livello globale possono essere diverse. Alcuni paesi di origine hanno percentuali elevate di cittadini che vivono all'estero per motivi economici, politici, di sicurezza, commerciali o culturali che possono essere di natura contemporanea o storica. Ad esempio, la Repubblica araba siriana ha un

tasso di emigrazione più elevato rispetto alla maggior parte degli altri paesi a causa degli sfollamenti causati da conflitti a lungo termine. La figura in alto evidenzia i paesi con un'elevata percentuale di emigranti nel 2019. È importante sottolineare che la percentuale di emigrazione di un paese rappresenta un accumulo di migrazione (e sfollamento) nel tempo, a volte molti decenni. Da segnalare la diversità geografica dei paesi nella figura in alto (sono inclusi i paesi di tutte le regioni eccetto il Nord America) e l'elevato numero di paesi dell'America Latina e dei Caraibi (10 dei 20 paesi)<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> UN DESA 2019 World Population Prospects 2019. Highlights. ST/ESA/SER.A/423, UN DESA, Population Division, New York. Available at [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf).



## **Migrazione e Salute**

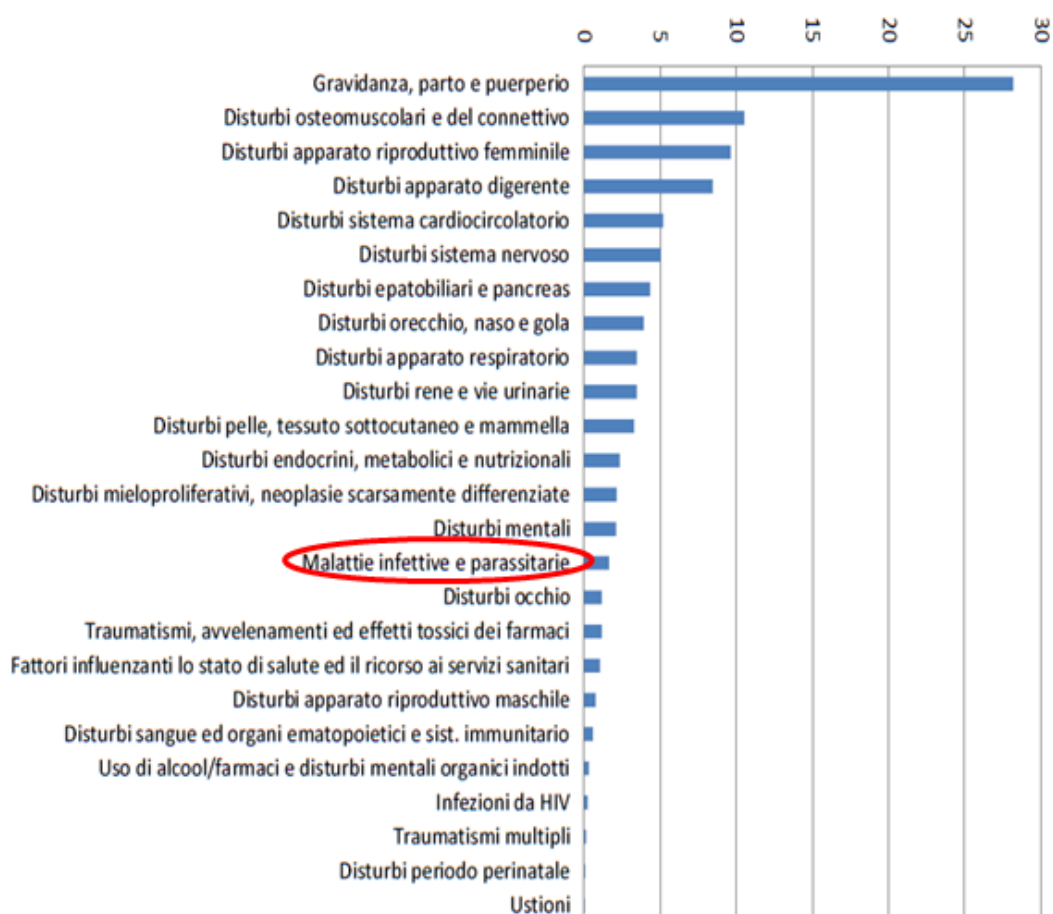
Si tende a pensare che i migranti siano portatori di malattie sconosciute e che spesso siano affetti da patologie contagiose. Tale idea viene descritta come “sindrome di Salgari” e cioè l’inconsapevole convincimento che gli immigrati siano portatori di malattie inconsuete, in particolare tropicali, infettive e trasmissibili. Numerosi studi a riguardo smentiscono categoricamente tale convinzione. In realtà il quadro generale di salute del migrante ha degli aspetti particolari che verranno brevemente discussi in questo capitolo<sup>46</sup>.

Da un recente lavoro realizzato in regione Abruzzo dal Dottor Muselli sui tassi di ospedalizzazione dei migranti si evidenzia come le cause più frequenti di ricovero degli stranieri siano legati al parto, a patologie di tipo osteoarticolare, disturbi dell’apparato digerente e in misura nettamente inferiore a malattie infettive e parassitarie<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Geraci S, La sindrome di Salgari 20 anni dopo Zadrigoma Editore, 2006

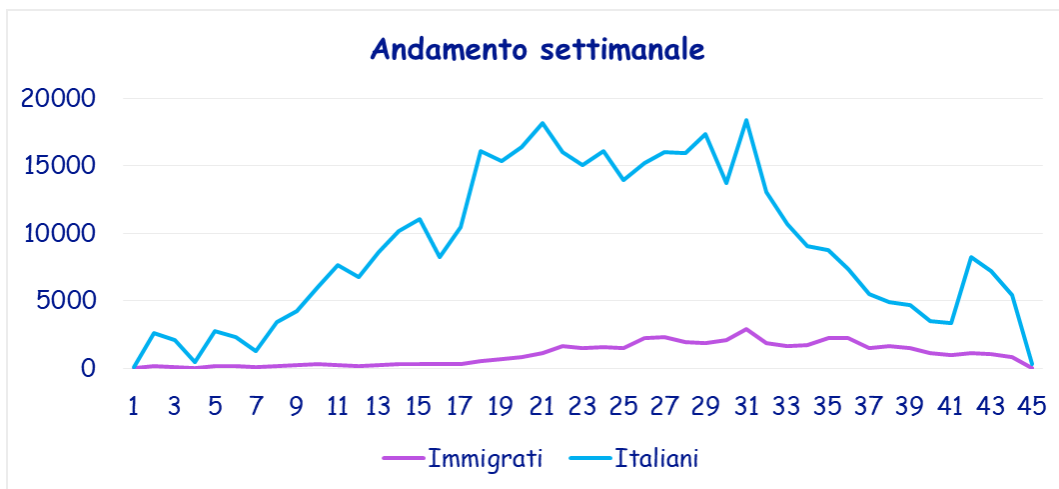
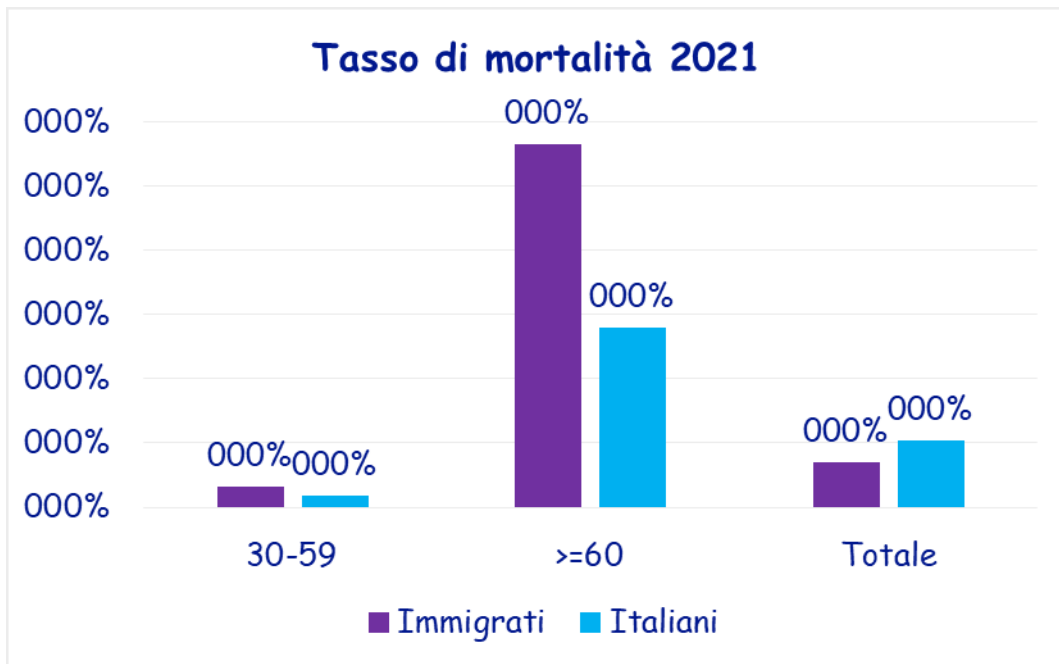
<sup>47</sup> Muselli M et al, From the “real-world evidence” to prevention strategies: health inequalities in immigrants residing in an Italian Local Health Unit, *Epidemiologia e Prevenzione* 44, 2020



Questo a riprova del fatto che il migrante è tendenzialmente sano e i ricoveri per cause osteomuscolari e gastrointestinali sono secondari a patologie da lavori usuranti e terapie antinfiammatorie per gestire il dolore. Tutto ciò è in linea con il concetto che il migrante in Italia svolge lavori pesanti che la popolazione residente non vuole più fare.

L'accesso alle cure per i migranti tuttavia non viene sempre garantito in maniera equa. In particolare durante la pandemia da Covid 19 i migranti hanno avuto un tasso di mortalità da Covid 19 molto più alto dei cittadini italiani probabilmente a causa di un ritardo nella diagnosi o a mancate campagne di vaccinazione anti Covid.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Muselli M, Cofini V, Berra C, et al. From the "real-world evidence" to prevention strategies: health inequalities in immigrants residing in an Italian Local Health Unit. Epidemiologia e



#### Vaccinazioni <sup>49</sup>

Prevenzione. 2020 Sep-Dec;44(5-6 Suppl 1):94-101. DOI: 10.19191/ep20.5-6.s1.p094.078. PMID: 33415951.

<sup>49</sup> Massimo Fabiani, Alberto Mateo-Urdiales, Xanthi Andrianou, Antonino Bella, Martina Del Manso, Stefania Bellino, Maria C Rota, Stefano Boros, Maria F Vescio, Fortunato P D'Ancona, Andrea Siddu, Ornella Punzo, Antonietta Filia, Silvio Brusafferro, Giovanni Rezza, Maria G Dente, Silvia Declich, Patrizio Pezzotti, Flavia Riccardo, for the COVID-19 Working Group, Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance

In linea di massima possiamo dire che la salute del migrante solitamente è migliore di quella di un cittadino medio del paese ospitante. Se ci si pensa infatti per affrontare il lungo viaggio della migrazione pieno di incognite e di insidie bisogna essere molto motivati e soprattutto bisogna avere la consapevolezza di essere in grado di raggiungere il percorso prestabilito e avere abbastanza energie una volta arrivati per lavorare e ricreare una famiglia. Un individuo che non si trova in salute non inizierebbe mai tale avventura. Queste affermazioni non sono solo il frutto di ragionamenti logici. In America infatti è stato descritto “il paradosso ispanico” riferito principalmente alle popolazioni dell’America latina che emigravano negli USA. Infatti benchè il loro status socio economico fosse più basso la loro salute era migliore e i tassi di mortalità erano più bassi almeno fino alla mezza età. Anche i tassi di umore, ansia e disturbi da sostanze sono significativamente più bassi per gli immigrati rispetto agli abitanti degli USA.

Tuttavia una particolare patologia di cui sicuramente potrebbe soffrire il migrante in maggior misura rispetto alla popolazione residente è lo stress. Nello specifico il disturbo post traumatico da stress. Numerosi sono gli studi che evidenziano come tale patologia sia decisamente frequente soprattutto nei migranti che hanno subito torture e nei rifugiati e in questi pazienti si assiste ad un aumento della somatizzazione.

### **Acculturazione**

Gli eventi traumatici affrontati durante la migrazione non sono l’unica fonte di stress. Il migrante infatti è costantemente in relazione con lo stress da acculturazione.

Il concetto di acculturazione ha avuto origine nell'antropologia nordamericana, dove è stato introdotto per descrivere le conseguenze del contatto tra le società colonizzate e colonizzatrici durante la colonizzazione alla fine del XIX secolo<sup>50</sup>.

---

system, European Journal of Public Health, Volume 31, Issue 1, February 2021, Pages 37–44, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa249>

<sup>50</sup> Boas, F. (1888). The aims of ethnology. In F. Boas (Ed.), *Race, language and culture* (Vols.628–638). New York: Macmillan

Quando sono apparse le prime pubblicazioni che utilizzavano il concetto, non esisteva una definizione chiara di acculturazione. Negli anni '30, gli antropologi decisero congiuntamente una definizione del concetto di acculturazione per studi futuri<sup>51</sup> : l'acculturazione comprende "[...] fenomeni che risultano quando gruppi di individui con culture diverse entrano in continua prima- contatto con le mani, con successivi cambiamenti nei modelli culturali originali di uno o entrambi i gruppi ". Qui, la cultura è intesa come "[...] un insieme di atteggiamenti, valori, credenze e comportamenti che sono condivisi da un gruppo di persone ma differiscono di generazione in generazione"<sup>52</sup> . Negli anni '60, il costrutto è stato ri-concettualizzato per concentrarsi sulle esperienze di un individuo di cambiamenti nell'identità, nei valori e nei comportamenti. In psicologia, la concettualizzazione più nota dell'acculturazione è il modello di strategie di acculturazione di Berry<sup>53</sup> . In questo modello, l'acculturazione è valutata da due misure indipendenti e ortogonali che riguardano l'acquisizione della nuova cultura e la conservazione della cultura originale. Berry ha distinto **quattro strategie di acculturazione**: (1) emarginazione (bassa affiliazione con entrambe le culture); (2) separazione (alta affiliazione origine-cultura, bassa affiliazione nuova cultura); (3) assimilazione (alta affiliazione alla nuova cultura, bassa affiliazione alla cultura di origine); e (4) integrazione (alta affiliazione con entrambe le culture). Sebbene il modello sia stato criticato per problemi concettuali, come carenze metodologiche e mancanza di prove empiriche<sup>54</sup> , ha costituito la base teorica di numerosi studi nella ricerca sull'acculturazione<sup>55</sup> . Oltre alla psicologia, anche altre discipline correlate, come la medicina e la salute pubblica<sup>56</sup> , hanno adottato

---

<sup>51</sup> Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38(1), 149–152

<sup>52</sup> Matsumoto, D. (1996). *Culture and psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company

<sup>53</sup> Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*

<sup>54</sup> Rudmin. (2003). Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization. *Review of General Psychology*

<sup>55</sup> Frisillo Vander Veen, D. (2015). Obesity, obesity health risks, resilience, and acculturation in black African immigrants. *International Journal of Migration, Health and Social Care*

<sup>56</sup> Abraido-Lanza, A. F., Armbrister, A. N., Florez, K. R., & Aguirre, A. N. (2006). Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1342–1346

il concetto e, negli anni '60, gli studi sull'acculturazione sono diventati sempre più importanti nella ricerca epidemiologica. . L'acculturazione ha acquisito sempre più attenzione come fattore esplicativo delle disuguaglianze di salute<sup>57</sup> . Il crescente interesse per l'acculturazione nella ricerca si riflette anche nelle pubblicazioni indicizzate nel database PubMed / MEDLINE: mentre nel 1960 sono state trovate solo 18 pubblicazioni con la parola chiave "acculturazione", nel 2018 sono stati indicizzati quasi 8000 articoli. Numerosi studi hanno ora illustrato la relazione tra acculturazione e salute nelle popolazioni migranti<sup>58</sup> . Tuttavia, i risultati disponibili mostrano significative incongruenze in termini di direzione e entità degli effetti<sup>59</sup> e pertanto non è possibile fare dichiarazioni generali sulla connessione tra acculturazione e salute<sup>60</sup>. Le misurazioni dell'acculturazione differiscono in termini di dimensionalità: le scale unidimensionali descrivono l'acculturazione come un continuum lineare che va da "non acculturato" a "acculturato" e l'acculturazione è vista come un processo lineare di spostamento dalla cultura originale alla nuova cultura<sup>61</sup>. Al contrario, le scale bidimensionali si basano sull'idea che è possibile per un immigrato acquisire elementi della nuova cultura senza perdere la sua cultura originale<sup>62</sup> . In queste scale, l'acculturazione è descritta come due processi che coesistono in due diverse dimensioni<sup>63</sup>. Qui, due scale indipendenti misurano il grado in cui viene mantenuta la cultura originale e la misura in cui viene adottata la cultura del paese di immigrazione. Le scale multidimensionali vanno ancora oltre e propongono che l'acculturazione possa

---

<sup>57</sup> Palinkas, L. A., & Pickwell, S. M. (1995). Acculturation as a risk factor for chronic disease among Cambodian refugees in the United States. *Social Science & Medicine*, 40(12), 1643–1653

<sup>58</sup> Sussman, N. M., & Truong, N. (2011). "Please extinguish all cigarettes": The effects of acculturation and gender on smoking attitudes and smoking prevalence of Chinese and Russian immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(2), 163–178

<sup>59</sup> Fox, M., Thayer, Z., & Wadhwa, P. D. (2017a). Acculturation and health: The moderating role of socio-cultural context. *American Anthropologist*, 119(3), 405–421

<sup>60</sup> Hunt, L. M., Schneider, S., & Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59, 973–986

<sup>61</sup> Gordon, M. M. (1964). *Assimilation in American life*. New York

<sup>62</sup> Berry, John W. *Conceptual approaches to acculturation*. American Psychological Association, 2003.

<sup>63</sup> Sam, D. L. (2006). Acculturation: Conceptual background and core components. In D. L. S. J. W. Berry (Ed.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 11–26). New York, NY, US: Cambridge University Press

consistere in tre o più flussi culturali che si intersecano. Queste scale tentano di catturare l'acculturazione come un processo complesso esaminando individualmente le sue molteplici dimensioni<sup>64</sup>. La migrazione globale e la correlata interazione di fattori culturali, biologici, fattori psicologici, economici e sociali danno un contributo importante alla spiegazione delle disuguaglianze di salute<sup>65</sup>. Le differenze nella comprensione della malattia, del comportamento sanitario, dell'accesso ai servizi sanitari e dell'uso di servizi medici, preventivi e di promozione della salute sono modellate da vari aspetti, come le barriere strutturali, la cultura e l'esclusione sociale; queste differenze possono avere un impatto sulla prevalenza e l'incidenza di varie malattie così come sui tassi di mortalità<sup>66</sup>. Finora in Germania mancano dati per spiegare queste associazioni riguardanti persone con una storia di migrazione. Ciò è in parte dovuto all'insufficiente inclusione delle persone con una storia di migrazione nel monitoraggio sanitario nazionale del Robert Koch Institute (RKI), l'istituto federale di sanità pubblica in Germania. Inoltre, nei sondaggi mancano concetti rilevanti per descrivere le associazioni tra migrazione e disuguaglianze sanitarie. È importante identificare risorse, esposizioni e determinanti, esperienze e bisogni specifici della migrazione per affrontarli nel quadro delle indagini sulla salute<sup>67</sup>. Un concetto importante in questo contesto sembra essere il concetto di acculturazione, che, nonostante la sua frequente applicazione negli studi epidemiologici, non è stato incluso nelle indagini RKI.

---

<sup>64</sup> Thomson, M. D., & Hoffman-Goetz, L. (2009). Defining and measuring acculturation: A systematic review of public health studies with hispanic populations in the United States. *Social Science & Medicine*, 69(7), 983–991

<sup>65</sup> Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1610–1619

<sup>66</sup> Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). Migration: A social determinant of the health of migrants. Background paper developed within the framework of the IOM project "assisting Migrants and communities (AMAC): Analysis of social determinants of health and health inequalities

<sup>67</sup> Santos-Höoverer, C., Schumann, M., Schmich, P., Gießwald, A., Rommel, A., Ziese, T., et al. (2019). Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring*, 4(1)

Il processo di acculturazione, definito in senso ampio come il mezzo per bilanciare gli aspetti della cultura del paese ricevente e quello del patrimonio culturale, può essere stressante per un migrante appena reinsediato<sup>68</sup>. Inizialmente si pensava che l'acculturazione fosse unidirezionale, in cui l'identità individuale si trova su un continuum che va dalla cultura del paese di provenienza alla cultura del paese ricevente<sup>69</sup>. Tuttavia, i progressi nella psicologia dell'acculturazione hanno messo in discussione una prospettiva unidimensionale perché esclude individui che si identificano con culture multiple o coloro che non si identificano attivamente con nessun gruppo culturale<sup>70</sup>. Un modello bidimensionale postula che gli individui possano adottare pienamente gli aspetti di una cultura pur mantenendo gli aspetti della propria cultura<sup>71</sup> e un paradigma tridimensionale propone che gli individui possano essere interamente orientati verso tre culture<sup>72</sup>. Le attuali teorie dell'acculturazione vedono il processo come bidirezionale e una di queste teorie<sup>73</sup> delinea quattro categorie di acculturazione che incorporano sia l'acquisizione della cultura ricevente che la conservazione della cultura del paese di origine: (1) assimilazione (l'individuo acquisisce cultura e scarta la cultura precedente); (2) separazione (l'individuo rifiuta la cultura ricevente e conserva la cultura precedente); (3) emarginazione (l'individuo rifiuta la cultura ricevente e scarta la cultura precedente); (4) integrazione (biculturalismo o quando un individuo acquisisce la cultura ricevente e conserva la cultura precedente)<sup>74</sup>. Secondo la teoria dello stress da acculturazione, gli immigrati possono soffrire di stress a causa delle barriere culturali (ad esempio la lingua) e della discriminazione nella cultura di accoglienza, che possono indurre gli immigrati ad

---

<sup>68</sup> Rudmin F. Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *Int J Intercult Rel.* 2009;33(2):106–23

<sup>69</sup> Gordon MM. *Assimilation in American life: The role of race, religion, and national origins*. New York: Oxford University Press; 1964

<sup>70</sup> Ryder AG, Alden LE, Paulhus DL. Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(1):49.

<sup>71</sup> Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Appl Psychol.* 1997;46(1):5–34

<sup>72</sup> Ferguson GM, Bornstein MH, Pottinger AM. Tridimensional acculturation and adaptation among Jamaican adolescent–mother dyads in the United States. *Child Dev.* 2012;83(5):1486–93

<sup>73</sup> Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Appl Psychol.* 1997;46(1):5–34

<sup>74</sup> Chun, K. M., Balls Organista, P. E., & Marin, G. E. (2003). *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. American Psychological Association.



assumere comportamenti rischiosi per far fronte a stati d'animo avversi e cercare piacere. Le persone con origini etniche diverse possono sperimentare diversi livelli di barriere ed esperienza e mostrare vari livelli di comportamenti avversi. Scartare la propria cultura originale durante l'adattamento a una nuova cultura è un altro fattore di rischio verso comportamenti legati alla salute<sup>75</sup>.

### **Migrazione e Allostasi**

I modi in cui i fattori di acculturazione influenzano la salute degli immigrati non sono omogenei in tutta la letteratura<sup>76</sup> e sembrano differire tra le popolazioni di migranti esaminate, poiché la realtà della migrazione è diversa per tutti. In un articolo del 2009, Finch e colleghi<sup>77</sup> hanno testato un nuovo modello di salute degli immigrati chiamato "la teoria di Oliver Twist", una variazione dell'effetto dell'immigrato sano. Questa teoria postula che gli immigrati che si trasferiscono da paesi meno sviluppati a paesi più avvantaggiati dal punto di vista socioeconomico inizialmente mostreranno vantaggi per la salute a causa di un minor carico di malattie infettive e di una minore mortalità infantile a destinazione. Tuttavia, il loro vantaggio diminuisce quando si adattano o adottano modelli e pratiche culturali locali che possono promuovere malattie croniche.

Da una prospettiva neurobiologica e fisiologica, lo stress può essere visto teoricamente come un'incertezza cognitiva che si verifica quando gli input sensoriali attuali differiscono dalle proprie aspettative (cioè il paesaggio mentale) e dagli input immediatamente. Una volta percepita, l'incertezza (cioè lo stress) si propaga come potenziale d'azione neurologico che avvia una risposta allo stress

---

<sup>75</sup> Abraído-Lanza AF, Armbrister AN, Flórez KR, Aguirre AN. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *American Journal of Public Health*. 2006; 96:1342–1346

<sup>76</sup> Riosmena F, Everett BG, Rogers RG, Dennis JA. Negative acculturation and nothing more? Cumulative disadvantage and mortality during the immigrant adaptation process among Latinos in the United States. *Int Migr Rev*. 2015;49

<sup>77</sup> Finch BK, Do DP, Frank R, Seeman T. Could "acculturation" effects be explained by latent health disadvantages among Mexican immigrants? *Int Migr Rev*. 2009

allostatico tramite il rilascio ipotalamico dell'ormone di rilascio della corticotropina (CRH) all'ipofisi anteriore. Come regola generale, le risposte allostatiche continuano fino a quando la percezione del fattore di stress non viene eliminata e viene ripristinata la certezza cognitiva. Quando l'incertezza rimane irrisolta o l'esposizione continua nel tempo, l'incertezza cognitiva può aumentare, con conseguente attività allostatica continua. In alcune circostanze, l'esposizione ripetuta a un fattore di stress può provocare assuefazione, suggerendo un possibile acclimatemento fisiologico alle circostanze attuali e una ridotta allostasi indotta da stress<sup>78</sup>. la migrazione espone anche gli individui a fattori di stress fisici e psicosociali, attiva risposte fisiologiche allo stress (cioè, allostasi) e porta a disregolazione fisiologica. Come con tutti i fattori di stress, l'incertezza indotta da GCC attiva l'elaborazione neurologica e promuove una risposta allostatica, una risposta a livello di sistema avviata cognitivamente ai fattori di stress percepiti<sup>79</sup>. Nel tempo, i fattori di stress minori e maggiori della vita e le risposte allostatiche associate portano al carico allostatico, uno stato latente di disregolazione fisiologica sistemica<sup>80</sup>.

### **Somatizzazione**

Il tema della somatizzazione è particolarmente presente nei migranti. Tale argomento per questo ha richiesto degli approfondimenti specifici che sono stati oggetto anche di una pubblicazione. Verranno discussi nello specifico alcuni aspetti. Di seguito l'estratto dell'articolo realizzato che è parte integrante della tesi

---

<sup>78</sup> Peters A, McEwen BS, Friston K. 2017. Uncertainty and stress: why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Prog Neurobiol*

<sup>79</sup> Sterling P, Eyer J. 1988. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J, editors. *Handbook of life stress, cognition and health*. John Wiley & Sons

<sup>80</sup> McEwen BS, Stellar E. 1993. Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 153:2093-2101

di studio<sup>81</sup> . Per gli approfondimenti bibliografici del tema si rimanda alle referenze citate nella parte conclusiva della tesi.

La somatizzazione è responsabile dell'influenza della mente sul corpo umano. Sebbene il concetto di somatizzazione sia associato alla preoccupazione per i sintomi fisici, è ampiamente dimostrato che vari disturbi di natura psicologica influenzano in modo significativo la storia clinica di numerose patologie. La complessità di queste relazioni ha portato al concetto di psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI), che studia le interazioni tra il sistema nervoso centrale, endocrino e immunitario e il loro effetto sul comportamento umano e animale. Gli effetti di varie malattie mentali (disturbi da stress post-traumatico, disturbi affettivi e alimentari, ecc.) sono responsabili anche dell'alterazione dei processi interocettivi o della percezione delle informazioni interne, come la respirazione, la peristalsi gastrointestinale e il senso della fame, portando a fenomeni di sensibilizzazione.

La somatizzazione, quindi, rappresenta una modalità che la mente utilizza per comunicare con il corpo. In altre parole, l'esteriorizzazione della sofferenza psichica si manifesta in modi unici e molteplici.

Sono state descritte diverse patologie mentali strettamente correlate a questo fenomeno, come la depressione, l'ansia e il disturbo da stress post-traumatico. Questo meccanismo è individuale ma è influenzato dalle abitudini culturali e sociali. Normalmente, i livelli di somatizzazione sono più alti nelle donne con bassi livelli socioeconomici e di istruzione. Tuttavia, l'entità della somatizzazione è anche associata a fenomeni culturali. Le differenze culturali giocano un ruolo importante nella somatizzazione poiché è espressa e vissuta a livello socio-culturale. Ad esempio, i portoricani definiscono eventi particolarmente stressanti come *Ataque de nervios* ("attacco di nervi") con sintomi tipici, sia fisici che comportamentali. Inoltre, la situazione sociomorale, la personalità e il linguaggio influenzano il modo in cui una malattia viene diagnosticata.

---

<sup>81</sup> Barbati A, Geraci A, Niro F, Pezzi L, Sarchiapone M. Do Migration and Acculturation Impact Somatization? A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022

Nelle società occidentali, il disagio somatico è subordinato alla mente ed è considerato una manifestazione del disagio psicologico. In altre culture, tuttavia, questo approccio è molto diverso.

Ad esempio, tra le culture non occidentali, i cinesi e gli indiani orientali manifestano sintomi somatici più frequentemente e sono spesso associati a quadri depressivi. In queste popolazioni, questa modalità è frequentemente utilizzata per comunicare il disagio psicologico. Ciò non sorprende considerando quanto le tradizioni indu, buddiste e confuciane siano diffuse in questa cultura, dove disagio psicologico e somatico sono concetti sinonimi. In Cina, fino agli anni '80, la psicologia era tenuta in scarsa considerazione e la maggior parte dei pazienti psichiatrici veniva definita nevrastenica: i pazienti venivano classificati con il termine shenjing shuairuo (“debolezza neurologica”), che comprende una serie di sintomi somatici come insonnia, affaticamento e vertigini insieme a sintomi cognitivi come scarsa memoria o pensieri spiacevoli e sintomi emotivi come irritabilità, eccitabilità o nervosismo, nonché sintomi di tipo depressivo. Proprio per questo fin dalla giovane età si è consolidato un sistema di sostegno sociale chiamato guanxi. Questo sistema comprende un complesso rapporto sociale ed economico che rappresenta un utile punto di riferimento e una rete di soccorso in caso di bisogno.

Altri paesi, come il Giappone, forniscono un sostegno sociale simile nella cultura tradizionale, tipicamente costituito da una rete di famiglie allargate; questo comportamento è stato particolarmente utile per migliorare i sintomi somatici associati alla depressione negli immigrati giapponesi che si identificavano con la cultura tradizionale.

Il collettivismo è molto presente in Russia e contrasta con la concezione prevalentemente individualista dei paesi europei. Queste caratteristiche sono ancora diverse da quelle asiatiche, probabilmente perché nasce dalla necessità di contrastare il clima rigido, i contesti geofisici impervi (montagne, paludi, fitte foreste, ecc.), le incursioni ostili e la storia della servitù. Il sostegno sociale viene applicato sotto forma di incoraggiamento, cura e informazione non richieste e consigli non richiesti su questioni sanitarie e pratiche. L'approccio alla persona è

pragmatico e minimizza l'armonia e l'autonomia interpersonale. In contrasto con il collettivismo, tuttavia, una rete di connessioni corrotte e individualiste descritta come un fenomeno chiamato blat viene utilizzata per ottenere beni e servizi al di là delle procedure formali. È anche interessante notare che i russi esercitano meno controllo sulla loro espressione emotiva negativa con gli estranei, ma più controllo sulle persone che conoscono, rispetto ai gruppi americani, giapponesi e coreani.

In altri paesi come l'Africa lo stile di vita dominante è collettivo, anche se una parte della popolazione preferisce stili di vita individualizzati; è difficile ottenere valutazioni obiettive quando si utilizzano misure quantitative e spesso sono richiesti confronti specifici, in quanto vi è una tendenza alla banalizzazione. Tuttavia, è stato trovato anche in queste popolazioni che le patologie come la depressione sono spesso espresse in termini somatici.

La somatizzazione implica una tendenza a sperimentare e comunicare disagio psicologico sotto forma di sintomi somatici e a cercare aiuto medico per loro.

L'immigrazione è un processo centrale che contribuisce alla diversificazione culturale degli stati-nazione. Storicamente, gruppi di persone si sono spostati volontariamente o sfollati, perdendo spesso il senso di appartenenza. Queste persone sono generalmente tenute ad adattarsi alle impostazioni e alle norme sociali di altri gruppi. Al centro dello sfollamento e della successiva transizione e insediamento c'è la minaccia alla cultura e all'identità. Lo spostamento e la dislocazione di solito implicano l'interruzione dei sistemi sociali e di supporto dati per scontati, regole culturali, rituali, simboli e significati centrali per la costruzione dell'identità e la personalità.

Gli immigrati sono persone che hanno fatto una scelta relativamente libera di trasferirsi da un paese, una regione o un'area ad un'altra. La loro è una decisione permanente di stabilirsi in un posto nuovo. Una tipologia di immigrati che si trovano in un altro paese per un tempo lungo ma limitato può essere definita semplicemente residente. Ad esempio, i Peace Corps, gli studenti internazionali e il personale dell'ambasciata possono essere considerati residenti. Più di recente, anche coloro che entrano nei paesi come "lavoratori ospiti" con specifiche categorie di visti a tempo limitato possono essere considerati in questa categoria.

Rifugiati e richiedenti asilo sono persone che sono state costrette a trasferirsi dai loro paesi d'origine per vari motivi.

Il processo di acculturazione nei migranti e nelle generazioni future può essere influenzato da meccanismi già modellati e testati nella letteratura sull'evoluzione culturale, che potrebbero eliminare la variazione culturale tra i gruppi.

L'immigrazione porta spesso una popolazione con la sua identità culturale, etnia, usi e costumi a trasferirsi in un territorio con un diverso modo di vivere. Ciò può portare a un cambiamento lento o rapido nella popolazione migrante, che si riflette nel modo di vivere, nelle abitudini e nelle nuove leggi e costumi. Sebbene i cambiamenti genetici avvengano molto lentamente, ci sono ancora cambiamenti nelle condizioni psico-fisiche. I tratti culturali infatti mutano nel giro di poche generazioni. Questo è il processo che tende a mantenere la variazione culturale tra i gruppi anche se subiscono frequenti migrazioni.

La somatizzazione è espressa dagli individui in modo incoerente e soggettivo ed è influenzata dall'influenza di vari fattori. Tra questi, un aspetto non trascurabile è attribuito al contesto culturale: secondo alcune interpretazioni, i gruppi culturali differiscono sistematicamente nella loro tendenza a somatizzare anziché psicologizzare il proprio disagio emotivo.

Il processo di acculturazione è di solito una delle principali fonti di stress. Difficoltà economiche, discriminazioni, perdita delle reti sociali, familiari e di sostegno, gap linguistici, influiscono in modo significativo sulla salute mentale e sul benessere psicologico, sulle relazioni familiari e sociali, sui processi di sviluppo e altro.

Il fenomeno delle migrazioni porta a confrontare il proprio patrimonio di conoscenze e visioni del mondo con realtà diverse. Attraverso questo processo acculturativo, particolarmente stressante per il migrante e di durata e intensità variabile, nei casi favorevoli si raggiunge un nuovo equilibrio, associato ad una buona integrazione con un miglioramento della somatizzazione circa il grado di acculturazione. Sono stati descritti diversi modelli di acculturazione in cui sia la cultura di accoglienza che quella di origine possono svolgere un ruolo principale. In questa prospettiva si definisce il concetto di biculturalismo in cui un individuo

acquisisce la cultura del paese ospitante preservando quella del paese di origine. È interessante notare che il biculturalismo in gruppi specifici è stato associato a una ridotta somatizzazione. Tuttavia, sebbene l'approccio biculturale sia più proficuamente associato a una migliore integrazione, il processo è piuttosto complesso. Le migrazioni sono spesso fenomeni eterogenei e possono includere dinamiche diverse che non consentono di trarre conclusioni univoche. I traumi subiti durante la migrazione, ad esempio, potrebbero aumentare l'incidenza della somatizzazione. Per questo motivo, molta attenzione è stata data alla salute mentale dei rifugiati perché le passate esperienze di guerra e violenza, che si aggiungono ai fattori di stress della migrazione, potrebbero renderli più vulnerabili a PTSD (disturbo da stress post-traumatico), dolore cronico e sintomi somatici. Tuttavia, sono emersi anche fattori protettivi: per chi ha forti convinzioni religiose, ad esempio, è stato riscontrato un ruolo cuscinetto nell'esposizione al trauma del processo migratorio dei rifugiati.

L'evidenza scientifica sottolinea gli effetti sulla salute mentale del migrante nella sua esperienza migratoria. Infatti, fattori di stress specifici producono sintomi di angoscia, ansia e depressione attraverso il loro effetto cumulativo. Gli eventi traumatici subiti durante l'intero processo migratorio (prima, durante e dopo) sarebbero i principali colpevoli oltre al cambiamento del luogo di vita.

Ci sono prove che il rischio di sviluppare il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è aumentato nei migranti clandestini con povertà pre-migrazione. Questo rischio è aumentato anche nei quartieri poveri e nella discriminazione post-migrazione; i fattori protettivi, invece, sono il positivo ambiente familiare e il sostegno sociale. Gli effetti sulla salute mentale nei bambini rifugiati reinsediati nei paesi ad alto reddito sono stati documentati in una revisione in associazione con l'esposizione a traumi, genitori violenti, perdita di uno o più genitori, discriminazione del paese ospitante, violenza di quartiere, isolamento scolastico, perdita di uno o più genitori. D'altra parte, il benessere psicologico dell'ambiente ospitante, il sostegno sociale, l'insediamento stabile e le credenze religiose sono fattori protettivi.

Le relazioni familiari sono importanti per lo sviluppo della persona durante la crescita: in questo contesto anche l'acculturazione dei genitori mostra correlazioni dirette con la somatizzazione dei figli. Infatti, i migranti, spesso in contesti difficili, durante il processo migratorio e di acculturazione devono imparare a ricreare un nuovo equilibrio con una nuova identità sociale e immagine di sé. Devono trovare compromessi tra la nuova e la vecchia cultura e imparare a usare sistemi nuovi e diversi, a volte senza alcun supporto. Questa modalità spinge la maggior parte dei genitori a diventare biculturali. In questo modo, infatti, dopo aver valutato quali cognizioni o pratiche della propria cultura siano più utili, modificheranno quelle meno idonee scegliendo di acquisire quelle della nuova cultura attraverso esperienze di decostruzione e riorganizzazione. Questi individui, se raggiungono un buon equilibrio, riusciranno a vivere armoniosamente determinate situazioni della cultura di origine e di quella ospitante.

Un altro aspetto interessante emerso da vari lavori è che la somatizzazione nel migrante ha anche un'altra caratteristica: non solo rappresenta l'espressione di una fase transitoria relativa allo stress acculturativo ma è anche associata al cambiamento psicologico. Questo perché le esperienze vissute dal migrante inducono un adattamento nell'individuo che si ripercuote sul suo modo di somatizzare. Diversi studi sottolineano che una maggiore acculturazione è associata a livelli di somatizzazione paragonabili a quelli del paese ospitante. Questa considerazione è particolarmente evidente negli studi con gruppi di confronto con migranti intervistati sia nella loro lingua di origine sia nella lingua del paese ospitante, che è indicativa di acculturazione. Queste considerazioni sottolineano il fatto che il processo di acculturazione induce cambiamenti di natura psicologica sui sintomi somatici. Il processo di acculturazione, però, è complesso e non sempre è possibile comprenderne appieno le dinamiche. In effetti, sono stati descritti anche studi contrastanti.

Lo stress sociale può indurre sintomi somatici; ciò è possibile anche se non viene diagnosticato un disturbo psichiatrico identificabile. Gestire questi sintomi non è sempre facile e può, a sua volta, creare altri problemi come la soppressione o



l'inibizione emotiva che possono portare a un ulteriore disagio somatico, mentre enfatizzare questi sintomi potrebbe distogliere l'attenzione dal riconoscere problemi sociali o interpersonali, creando un ulteriore disagio psicosociale. svantaggio.

I sintomi depressivi nelle donne latine negli Stati Uniti attribuibili alla depressione non sono facilmente diagnosticati poiché i loro fattori culturali influenzano il modo in cui vengono presentati. Infatti, il loro disagio si esprime spesso in sintomi somatici attraverso il dolore fisico. Poiché non sempre è possibile identificarli dal punto di vista medico, molte risorse sanitarie vengono spesso utilizzate inutilmente. I sintomi somatici in generale sono spesso associati a problemi di salute mentale. Nel migrante possono derivare da fattori di stress che molte latine possono incontrare. Nelle latine possono derivare da fattori di stress che possono aver incontrato. Se non trattati, i sintomi somatici persistenti possono influire negativamente sulla salute fisica e mentale.

Lo stress è stato anche riconosciuto come un importante fattore di rischio per le condizioni relative alla salute: è ampiamente documentato che i fattori di stress psicosociali sono correlati allo sviluppo di malattie organiche; in particolare, lo stress sperimentato nell'infanzia può influenzare i rischi di varie malattie fisiche croniche. In conclusione il processo migratorio induce cambiamenti nella psiche che incidono sulla via della somatizzazione. Questo cambiamento è legato anche al processo di acculturazione. La valutazione della somatizzazione viene misurata in base a sintomi aspecifici, sebbene diverse patologie siano strettamente correlate. L'entità dei sintomi e le espressioni soggettive e oggettive delle malattie sono ormai quantificate in modo sempre più affidabile e specifico dalla clinimetria. La creazione di una scala di valutazione aggiornata che includa le patologie psicosomatiche a seguito delle più recenti valutazioni clinimetriche consentirebbe una migliore comprensione dell'influenza del contesto socio-culturale sulla psiche nella genesi e nella gestione delle patologie psichiche, quali criteri per la ricerca psicosomatica. In questo modo sarebbe possibile studiare la strategia di trattamento più sensibile al tipo di cultura. Ci sono prove di come l'adattamento del tipo di intervento al modello culturale possa aumentare il

comportamento prosociale e ridurre l'ansia, l'iperattività e la somatizzazione dei bambini.

### **Giovane migrante, salute e salute mentale**

I concetti descritti precedentemente agiscono simultaneamente e sinergicamente nel processo migratorio e generano una risposta complessa nell'organismo. Nel giovane migrante in associazione a questo ci sono altri importanti parametri che verranno definiti in questo capitolo.

Abbiamo visto in generale come il processo migratorio sia un elemento significativo di cambiamento e comporti sempre un elemento di rottura nella storia personale e conseguentemente induca dei processi di riadattamento sia a livello individuale che familiare e più in generale di sistema. Questo processo può generare un aumento dei sintomi somatici ed è associato ad una fase complessa di durata variabile definita "acculturazione" che dovrebbe concludersi con l'integrazione del migrante nella società ospitante. In questo contesto uguale per tutte le migrazioni in genere vanno a sovrapporsi i traumi subiti pre, durante e dopo la migrazione che generano delle inevitabili ferite invisibili con delle ripercussioni importanti nella vita futura.

Nel giovane migrante, associati a tutti queste dinamiche se ne sovrappongono altre tipiche nell'età. Nello specifico troviamo:

- Processo di separazione-individuazione
- Definizione e ridefinizione dei valori
- Nascita come soggetto sociale
- Formazione dell'identità culturale
- Costruzione del senso di appartenenza

Tali dinamiche risentono molto del contesto nel quale il giovane si trova e del tipo di accoglienza percepita. In particolare il contesto aiuta il giovane a creare una

propria identità culturale intesa come modo personale di leggere ed esprimere gli elementi che costituiscono la cultura di origine.

A seconda poi della tipologia di giovane migrante potremo avere delle vulnerabilità specifiche:

Giovani migrati insieme alla famiglia: La perdita di alcuni legami affettivi e l'interruzione di abitudini, tradizioni, status sociale e linguaggio obbligano il ragazzo a ricostruire il senso di sé, di famiglia e di cultura in un paese altro senza che gli adulti di riferimento siano ancora radicati.

Seconde generazioni ( giovani nati in Italia da genitori originari di altro paese): I ragazzi subiscono un'esperienza di estraneità legata al mancato senso di appartenenza ( in parte dovuto a difficoltà ad avere la cittadinanza) che genera un'identità culturale diffusa con difficoltà a trovare connessioni con le radici del passato.

Giovani figli di coppie miste o miste/miste: I ragazzi hanno difficoltà ad avere un'identità culturale definita a causa della molteplicità di abitudini, culture, lingue, religioni, modelli, affetti e tradizioni.

Ricongiunti ( Giovani nati all'estero da uno o entrambi i genitori migranti): I giovani mostrano un'identità bloccata dovuta alla perdita del proprio status sociale associata ad esperienze di molteplici rotture dei legami e degli ambiti nei quali si rispecchiano ed esperienze di estraneità ( rischio di viverci come oggetti del progetto migratorio dei genitori ).

Giovani figli di coppie ricomposte: si modifica l'identità della famiglia e la sua immagine sociale interrompendo il senso di continuità della storia familiare.

Giovani figli di richiedenti asilo e rifugiati: La loro identità resta sospesa ed associata a perdite improvvise dei legami affettivi, delle abitudini, dello Status Giuridico, ecc...

Tutti questi fattori hanno una indubbia ripercussione sulla salute dei giovani. Numerosi studi sono stati fatti a riguardo.

E' interessante analizzare le ripercussioni sulle manifestazioni epigenetiche.

L'epigenetica (dal greco ἐπί, epì, «sopra» e γεννητικός, gennitikòs, «relativo all'eredità familiare») è una branca della genetica che si occupa dei cambiamenti fenotipici ereditabili da una cellula o un organismo, in cui non si osserva una variazione del genotipo. Diversi studi dimostrano come l'epigenetica può essere influenzata dalle prime esperienze di vita ed è potenzialmente reversibile nella vita adulta. Di conseguenza, le modifiche epigenetiche nei promotori del gene bersaglio in risposta alla domanda ambientale possono garantire una regolazione stabile ma dinamica, che media cambiamenti persistenti nel fenotipo biologico e comportamentale nel corso della vita.

Uno studio particolare ha rilevato che l'accumulo di fattori di stress dolorosi nei neonati prematuri è particolarmente dannoso per il sistema nervoso centrale e neuroendocrino in rapido sviluppo ed è stato associato a un aumento del rischio di disturbi dello sviluppo neurologico e comportamentali<sup>82</sup>. È stato proposto che il neonato possa ereditare lo stress sia dalla madre che dal padre, un termine indicato come carico allostatico transgenerazionale o risposta allo stress disregolata<sup>83</sup>. Fattori di stress persistenti hanno il potenziale per innescare cambiamenti epigenetici a lungo termine che influenzano lo sviluppo neurologico, la modulazione del dolore e la reattività<sup>84</sup>. Pertanto, gli individui che hanno telomeri eccezionalmente lunghi, o telomeri che si accorciano lentamente a causa di fattori genetici o ambientali benefici, potrebbero non mostrare mai i sintomi di alcune

---

<sup>82</sup> S. Brummelte, R.E. Grunau, V. Chau, K. Poskitt, R. Brant, J. Vinall, et al., Procedural pain and brain development in premature newborns, *Ann. Neurol.* 71 (3) (2012) 385–396

<sup>83</sup> D.E. Olson, E.M. Severson, B.S.E. Verstaeten, J.W.Y. Ng, J.K. McCreary, G.A.S. Metz, Allostatic load and preterm birth, *International Journal of Molecular Science.* 16 (12) (2015) 29856–29874

<sup>84</sup> Hatfield LA. Neonatal pain: what's age got to do with it? *Surg. Neurol. Int.* 2014; 5: S479-S89

malattie<sup>85</sup>. Sembra esserci una complessa interazione tra stress, erosione dei telomeri e psicopatologia<sup>86</sup>. Studi recenti hanno indicato che lo stress aumenta notevolmente la velocità di erosione dei telomeri, oltre a ridurre l'influenza della telomerasi, un enzima responsabile della riparazione cellulare<sup>87</sup>.

Gravi fattori di stress che si verificano durante la crescita (p. Es., Malnutrizione, abbandono, stili di vita stressanti e insicurezza sociale, alimentare e idrica) possono alterare in modo indelebile i fenotipi umani di risposta allo stress, o la reattività allostatica, e possono rappresentare compromessi estremi della vita<sup>88</sup>.

Tra le popolazioni che subiscono il cambiamento climatico, i fattori di stress della prima infanzia possono essere sufficientemente gravi da modellare le strutture neurologiche fondamentali. Ciò potrebbe portare a risposte allostatiche innescate rapidamente, smussate, lente o aumentate per tutta la vita.

L'abuso e l'incuria nell'infanzia sono stati associati a un carico allostatico più elevato tra le donne di mezza età<sup>89</sup>. In un altro studio, l'esperienza di due o più categorie di violenza sessuale infantile era associata a un carico allostatico più elevato tra le donne e punteggi di carico allostatico superiori a 2 erano associati positivamente ai sintomi del dolore<sup>90</sup>.

In due studi, Brody et al.<sup>91</sup> hanno scoperto che il supporto emotivo - derivato dalla famiglia, dai pari e dalle reti di mentori - proteggeva contro la LA associata alla povertà del vicinato e ai fattori di stress della discriminazione<sup>92</sup>.

---

<sup>85</sup> G. Stadler, F. Rahimov, O.D. King, J.C.J. Chen, J.D. Robin, K.R. Wagner, et al., Telomere position effect regulates DUX4 in human facioscapulohumeral muscular dystrophy, (FSHD), *Nat. Struct. Mol. Biol.* 20 (6) (2013) 671–678

<sup>86</sup> E.S. Epel, A.A. Prather, Stress, telomeres, and psychopathology: toward a deeper understanding of a triad of early aging, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 14 (2018) 371–397

<sup>87</sup> L. Provenzi, R. Giorda, M. Fumagalli, U. Pozzoli, F. Morandi, G. Scotto di Minicio, et al., Pain exposure associates with telomere length erosion in very preterm infants, *Psychoneuroendocrinology.* 89 (2018) 113–119.

<sup>88</sup> Bogin B, Silva MI, Rios L. 2007. Life history trade-offs in human growth: adaptation or pathology? *Am J Hum Biol* 19:631-42

<sup>89</sup> Horan, J.M., Widom, C.S., 2015. From childhood maltreatment to allostatic load in adulthood: the role of social support. *Child Maltreat.* 20, 229–239

<sup>90</sup> Beckie, T.M., Duffy, A., Groer, M.W., 2016. The Relationship between Allostatic Load and Psychosocial Characteristics among Women Veterans. *Womens Health Issues* 26, 555–563

<sup>91</sup> Brody GH, Lei M-K, Chen E, Miller GE. Neighborhood poverty and allostatic load in African American youth. *Pediatrics.* 2014

---

<sup>92</sup> Brody GH, Lei MK, Chae DH, Yu T, Kogan SM, Beach SR. Perceived Discrimination Among African American Adolescents and Allostatic Load: A Longitudinal Analysis With Buffering Effects. *Child development*. 2014

## **Promozione della Salute e Salute Mentale del Migrante**

### **Introduzione**

Abbiamo visto come la salute e la salute mentale siano strettamente connesse. Abbiamo inoltre analizzato come nel migrante questi due concetti hanno sfumature diverse ma sostanziali che pongono il migrante in un equilibrio allostatico precario. Parlare di promozione della salute e salute mentale nel migrante quindi vuol dire considerare la complessità globale dell'argomento e non un singolo aspetto. Con questo non si vuole intendere che non sia possibile promuovere il tema in maniera segmentaria ma pensare che promuovere solo un aspetto sia sufficiente appare riduttivo.

### **Analisi del contesto e strategie di intervento**

Inizialmente è necessario individuare quale metodologia utilizzare. Alcune linee guida su come approcciare la salute mentale dei migranti ci aiutano a comprendere su quali fronti sia opportuno agire e nello specifico sono stati individuati 3 ambiti di intervento: Decisori Politici, Fornitori di servizi e Clinici<sup>93</sup>.

#### **Decisori politici**

---

<sup>93</sup> Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, Stompe T, Tribe R. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry. 2011

Dal momento che il tema riguarda più aspetti dovrebbero essere coinvolte più parti del governo come ad esempio il ministero della salute, dell'istruzione, degli affari esteri, delle politiche sociali, della giustizia. Di comune accordo si dovrebbero individuare politiche chiare che tengano conto dei diritti umani di migranti, rifugiati e richiedenti asilo e le modifiche ai criteri di ammissione dovrebbero essere discusse con le parti interessate, piuttosto che essere imposte arbitrariamente. Inoltre dovrebbero essere disponibili risorse adeguate per la formazione, compresa la formazione sulle competenze culturali e sul ruolo del mediatore culturale. Infine dovrebbero essere realizzati messaggi pubblici di educazione e salute mentale per rifugiati, richiedenti asilo e migranti.

### **Fornitori di Servizi**

Bisognerebbe creare servizi che possano essere disponibili in maniera individuale o collegiale ma è essenziale che non vi siano ostacoli alla ricerca di aiuto. I servizi dovrebbero essere culturalmente sensibili, geograficamente accessibili ed emotivamente appropriati. Dovrebbe essere fornita una formazione sulle competenze culturali degli operatori e dovrebbero essere prese in considerazione misure obbligatorie per raggiungere questo obiettivo. Sarebbe meglio utilizzare ove necessario altri modelli, come il mediatore culturale o “cultural liaison” . Dovrebbero essere effettuate ricerche regolari sui fattori epidemiologici, insieme ad approcci qualitativi, per valutare e monitorare la patologia. Infine dovrebbero essere condotti audit regolari sull'accessibilità, l'accettabilità e l'utilizzo del trattamento.



## **Medici**

I sanitari devono avere accesso a risorse che li informino su questioni culturali specifiche. - La consapevolezza culturale e la formazione delle competenze devono essere obbligatorie e gli aggiornamenti regolari devono farne parte. I medici devono fornire servizi culturalmente appropriati relativi alla lingua e ad altri bisogni di migranti, rifugiati e richiedenti asilo. I bambini, gli anziani e altri gruppi speciali devono soddisfare i loro bisogni. I medici potrebbero voler discutere e sviluppare servizi specifici, basati sulla condizione (ad es. Traumi) o basati sul genere. Ove possibile, i problemi di salute mentale di migranti, rifugiati e richiedenti asilo dovrebbero far parte del curriculum e della formazione dei medici. La formazione culturale è affare di tutti e deve far parte della formazione di altri operatori sanitari, compresi i professionisti delle cure primarie.

Sappiamo tuttavia che non è facile elaborare un'idea standardizzata per tale argomento. Ogni fase del percorso migratorio (ricordiamo che la traiettoria migratoria può essere suddivisa in tre componenti: pre-migrazione, migrazione e reinsediamento post-migrazione) è associato a rischi ed esposizioni specifici. La prevalenza di specifici tipi di problemi di salute mentale è influenzata dalla natura dell'esperienza migratoria, in termini di avversità vissute prima, durante e dopo il reinsediamento. Sfide specifiche nella salute mentale dei migranti includono difficoltà di comunicazione a causa delle differenze linguistiche e culturali; l'effetto della formazione culturale dei sintomi e del comportamento della malattia sulla diagnosi, sul coping e sul trattamento; differenze nella struttura e nel processo familiare che influenzano l'adattamento, l'acculturazione e il conflitto intergenerazionale; e gli aspetti dell'accettazione da parte della società ospitante che riguardano l'occupazione, lo status sociale e l'integrazione. Questi problemi possono essere affrontati attraverso indagini specifiche, l'uso di interpreti qualificati e mediatori culturali, incontri con le famiglie e consultazioni con le

organizzazioni della comunità. Solo un'indagine sistematica sulla traiettoria migratoria dei pazienti e il successivo follow-up sugli indicatori culturalmente appropriati del funzionamento sociale, professionale e familiare nel tempo potrebbero consentire ai medici di riconoscere i problemi di adattamento e intraprendere interventi di promozione della salute mentale, prevenzione delle malattie o trattamento in modo tempestivo .

**Table 1:** Factors related to migration that affect mental health<sup>12-23</sup>

Premigration	Migration	Postmigration
<b>Adult</b>		
Economic, educational and occupational status in country of origin	Trajectory (route, duration)	Uncertainty about immigration or refugee status
Disruption of social support, roles and network	Exposure to harsh living conditions (e.g., refugee camps)	Unemployment or underemployment
Trauma (type, severity, perceived level of threat, number of episodes)	Exposure to violence	Loss of social status
Political involvement (commitment to a cause)	Disruption of family and community networks	Loss of family and community social supports
	Uncertainty about outcome of migration	Concern about family members left behind and possibility for reunification
		Difficulties in language learning, acculturation and adaptation (e.g., change in sex roles)
<b>Child</b>		
Age and developmental stage at migration	Separation from caregiver	Stresses related to family's adaptation
Disruption of education	Exposure to violence	Difficulties with education in new language
Separation from extended family and peer networks	Exposure to harsh living conditions (e.g., refugee camps)	Acculturation (e.g., ethnic and religious identity; sex role conflicts; intergenerational conflict within family)
	Poor nutrition	Discrimination and social exclusion (at school or with peers)
	Uncertainty about future	

*Fattori correlati alla migrazione che influenzano la salute mentale*

Considerando questi aspetti ed analizzando le azioni intraprese a livello globale per promuovere la salute mentale si possono individuare diversi gruppi di interesse che agiscono sinergicamente sull'individuo. Le azioni di ogni gruppo

inducono mutamenti anche negli altri comportandosi come sottoinsiemi di un'azione comune. I gruppi sono Politica, Comunità, Organizzativa/Istituzionale, Familiare/Interpersonale e Individuale.

Per ogni gruppo è possibile individuare il processo di intervento comunitario per livello socio ecologico:

**Individuale:**

- Aumentare l'accesso ai servizi di salute mentale e ai trattamenti basati sull'evidenza (outreach)
- Aumentare l'accettabilità dei servizi di salute mentale (ad esempio, pari, operatori sanitari della comunità)

**Interpersonale/Familiare:**

- Psicoeducazione per le famiglie per aumentare l'alfabetizzazione della salute mentale, ridurre lo stigma e aumentare la ricerca di aiuto per la salute mentale
- Psicoeducazione e formazione delle competenze con le famiglie ridurre i comportamenti a rischio (ad es. abusi sui minori, violenza da parte del partner) con conseguenze sulla salute mentale
- Gestione dei casi e navigazione nel sistema per le famiglie a rischio Integrare i servizi di salute mentale all'interno delle sedi della comunità (ad es. carceri, luoghi di lavoro) Arruolare sedi e leader della comunità affidabili da promuovere salute mentale

## **Organizzativa/Istituzionale**

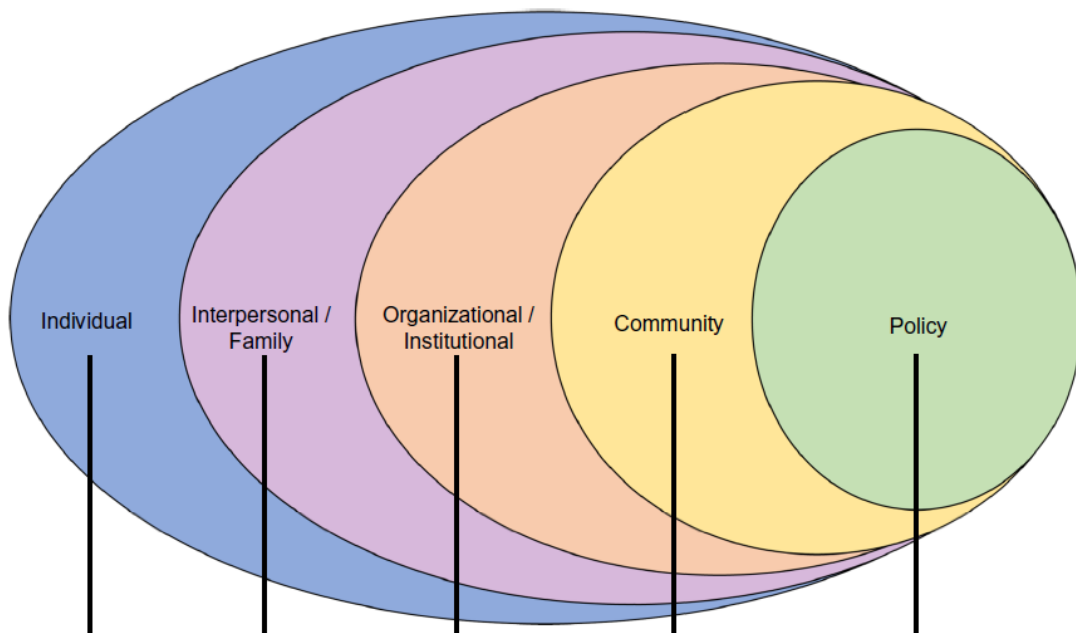
- Cambiare i processi a livello di programma per aumentare i referti, gli screening e il trattamento per la salute mentale
- Cambiare i processi e le politiche istituzionali per servire meglio le persone con malattie mentali (ad esempio, programmi di diversione della salute mentale prima dell'arresto, tribunali per la salute mentale)
- Cambiare le politiche istituzionali per facilitare l'accesso alla salute mentale servizi (es. scuola politiche) e dare priorità al benessere emotivo e sociale

## **Comunitaria**

- Attivare coalizioni multisettoriali nella pianificazione e implementazione dei servizi di salute mentale e della ricerca
- Attivare i leader della comunità per ridurre lo stigma pubblico e promuovere la responsabilità condivisa per la salute mentale
- Migliorare la conoscenza, gli atteggiamenti e l'efficacia collettiva nella salute mentale

## **Politica**

- Creare incentivi finanziari per incoraggiare la formazione di partenariati multisettoriali
- Sviluppare metriche di qualità che incorporino i determinanti sociali della salute
- Fornire supporto finanziario e tecnico alle organizzazioni basate sulla comunità per collaborare con il settore sanitario



*Panoramica dei processi di intervento comunitario per livello socio-ecologico<sup>94</sup>*

---

<sup>94</sup> Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO 3rd, Docherty M, Aguilera Nunez MG, Barcelo N, Goodsmith N, Halpin LE, Morton I, Mango J, Montero AE, Rahmanian Koushkaki S, Bromley E, Chung B, Jones F, Gabrielian S, Gelberg L, Greenberg JM, Kalofonos I, Kataoka SH, Miranda J, Pincus HA, Zima BT, Wells KB. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Mar 29;21(5):35. doi: 10.1007/s11920-019-1017-0. PMID: 30927093; PMCID: PMC6440941.

Ci sono poi aspetti più generali che contribuiscono a creare e mantenere una buona salute mentale. Aspetti che agiscono sinergicamente con tutti i concetti precedentemente espressi e che allo stesso modo possono generare effetti duraturi e validi. Questi fattori così importanti possono essere raggruppati in quattro grandi temi: Reti sociali, Sport, Stile di vita, Alimentazione.

### **Reti Sociali**

Le reti sociali sono fondamentali per la mente umana. Shopenhauer definiva l'uomo "animale sociale" per la sua naturale propensione a coltivare rapporti interpersonali. Questa propensione di fatto è anche una necessità poiché l'individuo è immerso in una rete di rapporti sociali multidimensionali e interagisce con il mondo che lo circonda, influenzandolo e restandone influenzato.

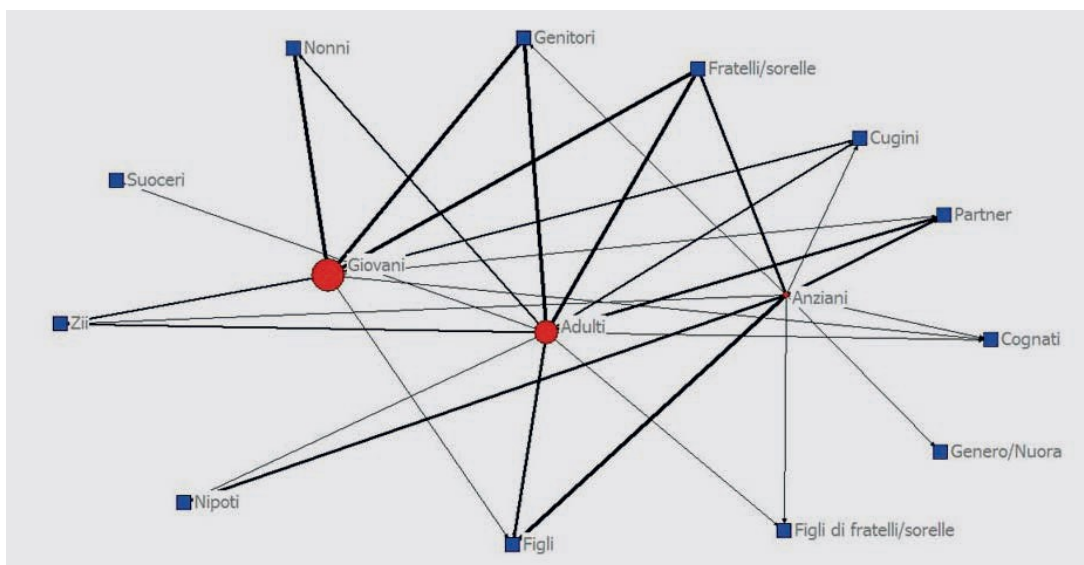
Le connessioni che possono svilupparsi tra gli individui sono di vario tipo: relazioni di parentela, amicizia, sostegno e cooperazione. Queste connessioni formano una o più reti di cui essi stessi rappresentano i nodi.

Le reti di socializzazione e sostegno che le persone hanno a disposizione, possono essere viste come un tipo di capitale di cui dispongono e che può essere speso nei diversi ambiti in cui gli individui e le famiglie agiscono. Il valore di questo capitale non è misurato in termini monetari, ma la sua spendibilità si esplica a diversi livelli nel sostegno che le famiglie e gli individui ricevono, sia inteso come soddisfacimento di bisogni, sia come rafforzamento delle proprie risorse. Il sostegno può essere:

- Materiale (nelle attività della vita quotidiana o nel sostegno economico)
- Ricreativo (per le frequentazioni e lo svago)

- Sociale
- Ambito lavorativo

In generale gli individui appartenenti a gruppi sociali più avvantaggiati possono fare riferimento a un livello di sostegno sociale più elevato, livello che contribuisce ad accrescerne non solo il prestigio, ma soprattutto la qualità della vita nel suo complesso. La famiglia e i legami di parentela risultano particolarmente efficaci nel fornire sostegno pratico e morale, mentre la rete allargata e quella elettiva funzionano meglio nell'ambito ricreativo, di socialità e come opportunità sul mercato del lavoro.



*Rete di sostegno potenziale (a) delle persone di 18 anni e più per giovani, adulti e anziani*

*Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita Anno 2016 (legami e loro intensità)*

(a) L'area dei nodi (cerchi) è proporzionale alla quota di quanti dichiarano di poter contare su almeno un amico. Le linee collegano i nodi alle categorie di parenti su cui contare (coabitanti e non coabitanti) e il loro spessore è proporzionale alla frequenza con cui queste categorie di parenti sono presenti (più è spesso la linea più alta è la quota di coloro che hanno almeno un parente di quella tipologia).

Questa importante risorsa viene spesso utilizzata dai migranti come punto di riferimento. È noto infatti che molte grandi città create da importanti flussi migratori hanno al loro interno delle minoranze etniche rappresentate in quartieri dedicati. Ad esempio i vari quartieri "Chinatown" presenti a Londra, New York, Boston, ecc... dove intere generazioni di migranti vivono come una piccola comunità con i rispettivi punti di riferimento. Diversi studi evidenziano come i problemi di salute mentale siano minori in queste comunità proprio grazie all'equilibrio interno che riescono a mantenere. Tuttavia in questi quartieri è più difficile attuare politiche di integrazione e spesso i gruppi restano fuori dalle dinamiche sociali del paese ospitante.

## **Sport**

Lo sport è da sempre considerato un grande alleato della promozione della salute in genere. Sappiamo infatti come l'attività sportiva migliori il metabolismo degli zuccheri, il trofismo di organi e tessuti, la salute mentale e riduca la mortalità in genere. I giochi di squadra ad esempio, come calcio e pallavolo, enfatizzano



l'importanza delle relazioni con il compagno di squadra e il rispetto delle regole che aiutano la formazione armonica del carattere in giovane età. Inoltre, il sostegno di un'educazione fisica di qualità e di ambienti scolastici di supporto può promuovere l'alfabetizzazione fisica e sanitaria prevenendo le malattie non trasmissibili, stili di vita sani e attivi per tutta la vita, migliorando i risultati accademici.

La Conferenza Generale dell'UNESCO<sup>95</sup> ha osservato nella Carta Internazionale dell'Educazione Fisica, dell'Attività Fisica e dello Sport che “la pratica dell'attività fisica e dello sport è un diritto fondamentale per tutti”. L'attività fisica è importante in tutte le età e dovrebbe essere integrata in più impostazioni quotidiane. Per molti adulti, il posto di lavoro è un ambiente chiave per essere fisicamente attivi e ridurre il comportamento sedentario. Il viaggio da e per il lavoro, le interruzioni delle attività, i programmi sul posto di lavoro e le attività accessorie offrono tutte opportunità per aumentare l'attività fisica durante la giornata lavorativa e possono contribuire all'aumento della produttività e alla riduzione degli infortuni e dell'assenteismo. Che lavorino o meno, gli anziani, in particolare, possono beneficiare di un'attività fisica regolare per mantenere la salute fisica, sociale e mentale (compresa la prevenzione)<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> UNESCO: International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport (revised 2015). (<http://www.unesco.org/new/en/social-and-humansciences/themes/physical-education-and-sport/sport-charter/>, accessed April 2018).

<sup>96</sup> World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization, 2019.

## **Stile di vita**

Uno stile di vita sano ed equilibrato aiuta a mantenere una salute mentale buona. Dopo la prima infanzia, sia il sostegno della famiglia che della comunità, i pensieri positivi, l'autostima e la sensazione di controllo moderano gli effetti negativi dei fattori stressogeni. Le risposte comportamentali allo stress includono l'abuso di alcol e di sostanze, che vengono classificati come disturbi mentali quando conducono alla dipendenza.

L'analisi dell'esposizione nelle varie fasi della vita a condizioni favorevoli e sfavorevoli mostra che questi fattori e processi negativi o positivi si accumulano nel tempo, influenzando i caratteri epigenetici, psicosociali, psicologici e comportamentali degli individui così come le condizioni familiari, il contesto della comunità e dei gruppi sociali, compreso il genere. L'accumulo di condizioni favorevoli e sfavorevoli conduce a disuguaglianze sociali ed economiche e di conseguenza ad effetti ineguali sulla salute sia mentale che fisica. Questi processi sono dinamici, nel senso che l'accumulo di influenze positive e negative ha luogo lungo il corso della vita. Se nel tempo si accumulano eventi stressanti, si producono cambiamenti nella risposta allo stress con effetti sulla fisiologia del sistema immunitario, sulla funzione cardiovascolare, sul sistema respiratorio, e su altri sistemi tra cui il sistema nervoso centrale. Questi effetti agiscono sul funzionamento del corpo, danneggiando la salute. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al capitolo del carico allostatico.

## Alimentazione

L'alimentazione per l'essere umano non rappresenta solo la necessità di nutrirsi. Infatti, il modo in cui una persona si alimenta è condizionato anche dalla sua mente. L'attenzione al tipo di alimentazione non è sempre frutto di una selezione rigorosa e ragionata. Nella società moderna frenetica e globalizzata spesso viene lasciato poco tempo alla scelta del cibo. Poiché siamo anche ciò che mangiamo, lo scarso interesse alla nostra dieta può essere responsabile di patologie organiche invalidanti come l'obesità, l'ipertensione arteriosa, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le malattie metaboliche, il diabete di tipo 2, alcune forme di tumori. Ma anche disturbi alimentari legati a problemi mentali possono avere ripercussioni su cosa e quanto si mangia. Come ad esempio l'anoressia e la bulimia. Ci sono, tuttavia, diverse condizioni meno gravi che portano l'individuo ad avere un rapporto sbagliato con il cibo. Spesso, anche a causa dei ritmi stressanti, si è portati a mangiare un pasto veloce in modo sbilanciato. Ma anche il coesistere di eventi che evocano sentimenti spiacevoli può indurre l'individuo a modificare la sua dieta e generare situazioni di disequilibrio fisico, come, ad esempio, infiammazioni croniche di basso grado<sup>97</sup> e alterato metabolismo.

Molti studi hanno evidenziato come l'alimentazione abbia un ruolo importante nella prevenzione e nel controllo della morbilità e mortalità delle malattie non comunicabili<sup>98</sup> e, tra i fattori comportamentali, è sicuramente il più importante in quanto determina lo stato di salute in ogni fase della vita<sup>99</sup>.

---

<sup>97</sup> Kivimäki, M., Shipley, M.J., Batty, G.D., Hamer, M., Akbaraly, T.N., Kumari, M., Jokela, M., Virtanen, M., Lowe, G.D., Ebmeier, K.P., Brunner, E.J., Singh-Manoux, A. (2014). Long-term inflammation increases risk of common mental disorder: a cohort study. *Mol Psychiatry*, 19: 149-150.

<sup>98</sup> WHO Report 2008- primary Health Care (Now More Than Ever)

<sup>99</sup> Konstantinidou, V., Ruiz, L. A. D., & Ordovás, J. M. (2014). Personalized nutrition and cardiovascular disease prevention: From Framingham to PREDIMED. *Advances in nutrition*, 5(3), 368S-371S

A volte sono le circostanze che modificano l'umore, altre volte il tipo di alimentazione può influenzare la mente. Per esempio, sono state studiate alcune componenti nutritive che permettono un adeguato funzionamento cerebrale come gli omega 3, le vitamine del gruppo B (in particolare folato e B12), colina, ferro, zinco, magnesio, vitamina D, amminoacidi e SAME (S-adenosil metionina)<sup>100</sup>. La vitamina D è un neurosteroido, e alcuni dati suggeriscono come basse concentrazioni materne siano implicate nel rischio di schizofrenia, e la carenza è similmente collegata ad un aumento dei sintomi depressivi ( Eyles DW, Burne TH, McGrath JJ. Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. *Front Neuroendocrinol* 2013; 34: 47–64. ).

Più in generale, stili nutritivi sani hanno un effetto protettivo sull'umore depresso<sup>101</sup>, mentre diete malsane hanno un impatto negativo sulla salute mentale di giovani e adulti<sup>102</sup>.

Per questi ed altri motivi, il legame tra salute e salute mentale è molto forte e curare l'alimentazione vuol dire anche curare la propria mente<sup>103</sup>. Una dieta equilibrata che influenza l'umore può avere importanti ripercussioni sulla salute

---

<sup>100</sup> Sarris, J., Logan, A.C., Akbaraly, T.N., Paul Amminger, G., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M.P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Parletta, N., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K.P., Jacka, F.N. (2015). International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry. *World Psychiatry*, 14(3), 370-1

<sup>101</sup> Lai, J.S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A.J., McEvoy, M., Attia, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of dietary pattern and depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr*, 99, 181-197

<sup>102</sup> O'Neil, A., Quirk, S.E., Housden, S., Brennan, S.L., Williams, L.J., Pasco, J.A., Berk, M., Jacka, F.N. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health*, 104, 31-42

<sup>103</sup> Psaltopoulou, T., Sergentanis, T.N., Panagiotakos, D.B., Sergentanis, I.N., Kosti, R., Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis. *Ann Neurol*, 74: 580-591.

fisica, contrastando disagi sintomatici influenzati dalle stesse problematiche mentali, ma anche semplicemente aumentando la probabilità che un individuo rimanga fisicamente attivo. Buone linee guida nutrizionali, in poche parole, potrebbero avviare circoli virtuosi altamente benefici.

## **Migrazioni, Istituti e Istituzioni**

Come abbiamo visto tra le principali variabili che influenzano la salute mentale dei migranti un ruolo determinante può essere svolto dai decisori politici, dalle istituzioni e dalle scelte globali che possono far aumentare la consapevolezza della realtà migratoria facilitando l'integrazione e sviluppando progetti sinergici alla formazione specifica e alla cooperazione anche attraverso l'aumento di risorse dedicate.

Per questo sono stati istituiti a livello nazionale e internazionale organizzazioni specifiche. Di seguito verranno descritte le principali prendendo spunto dalle presentazioni fornite nei loro siti internet istituzionali.

### **IOM**

<https://www.iom.int/wmr/>

<https://italy.iom.int/it>

L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) è la principale organizzazione intergovernativa nel campo della migrazione, e da settembre 2016 è diventata Agenzia Collegata alle Nazioni Unite. Fondata nel 1951, conta attualmente 174 stati membri, 8 osservatori e uffici in oltre 100 Paesi. L'azione dell'OIM si basa sul principio che una migrazione ordinata e nel rispetto della dignità umana porti benefici sia ai migranti sia alla società.

L'operato dell'OIM è guidato dal Migration Governance Framework (MiGOF). Il framework si compone di tre obiettivi e tre principi che, se rispettati e raggiunti, formano le basi per un approccio ideale alla governance della migrazione.

I tre pilastri della Visione Strategica 2019–2023 di OIM – resilienza, mobilità, governance – fissano una serie di priorità strategiche basate su un’analisi di quali saranno le dinamiche migratorie ed i bisogni dei migranti che potranno emergere nel prossimo decennio.

## **UNHCR**

<https://www.unhcr.org/it/>

UNHCR è la principale organizzazione al mondo impegnata in prima linea a salvare vite umane, a proteggere i diritti di milioni di rifugiati, di sfollati e di apolidi, e a costruire per loro un futuro migliore, come evidenziato nel nostro statuto. Lavora in 134 paesi del mondo e si occupa di oltre 70 milioni di persone. Istituita dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 14 dicembre **1950**, da allora l’Agenzia ha aiutato milioni di persone a ricostruire la propria vita. Per questo le sono stati assegnati due Premi Nobel per la Pace, il primo nel 1954, il secondo nel 1981.

## **European Migration Network (EMN)**

<http://www.emnitalyncp.it/>

L’European Migration Network (EMN) è una rete istituita con Decisione del Consiglio dell’Unione Europea n. 2008/381/CE con la primaria finalità di fornire informazioni aggiornate e comparabili sui temi relativi alle migrazioni e all’asilo, mettendole a disposizione delle istituzioni dell’Unione, delle istituzioni degli Stati membri e dei cittadini.

L'EMN è composto dalla Commissione Europea (DG HOME) con funzioni di impulso e coordinamento, e dai Punti di Contatto di tutti gli Stati membri e della Norvegia. Ogni Stato coinvolto nelle attività dell'EMN si avvale di una rete che può includere esperti di asilo e immigrazione appartenenti all'area governativa, accademica e alle ONG.



## **Organizzazioni Italiane sulle migrazioni**

### **CESTIM**

<http://www.cestim.it/>

Il CESTIM nasce a Verona nel **1990** come associazione di operatori sociali e culturali che si occupano a vario titolo, per obbligo professionale o per volontariato, degli immigrati e delle loro problematiche in ambiti diversi (nel sindacato, nei servizi sociali e sanitari, nella scuola e nell'università, nelle redazioni dei giornali, negli uffici della pubblica amministrazione, nella cooperazione internazionale e nell'associazionismo della solidarietà). Ognuno dei soci si propone di mettere a disposizione degli altri la propria esperienza e competenza professionale assieme ai materiali informativi e di studio eventualmente acquisiti e ritenuti utili per tutti. Tutto ciò al fine di:

- promuovere i diritti umani e la solidarietà sociale negli ambiti che riguardano le complesse problematiche dell'immigrazione;
- sostenere le attività di studio, di ricerca e volontariato volte alla promozione e agevolazione di un pieno e positivo inserimento degli immigrati nel contesto sociale del territorio comunale e di quartiere in cui si trovano a vivere;
- creare le condizioni per una corretta informazione sulla realtà dell'immigrazione in modo da prevenire o rimuovere il pregiudizio negativo che nell'opinione pubblica alimenta la discriminazione e costringe spesso gli immigrati in aree di esclusione sociale;
- promuovere - in condizioni di parità con i cittadini italiani - l'accesso degli immigrati al lavoro dipendente e autonomo, alla casa, ai servizi sociali e sanitari, alla scuola, alla formazione professionale e a tutto quanto esprime

godimento pieno dei diritti di cittadinanza nel rispetto, all'interno delle leggi dello stato, delle diverse identità culturali;

- agevolare progetti individuali, familiari o di gruppo, orientati al rientro e al positivo reinserimento nei paesi d'origine, qualora se ne manifesti l'opportunità da parte degli stessi immigrati

## **MIGRANTES**

<https://www.migrantes.it/>

La Fondazione Migrantes è un organismo pastorale della Conferenza Episcopale Italiana istituito il 16 ottobre **1987**. Un precedente organismo, creato nel 1965 con finalità analoghe, era denominato Ufficio Centrale per l'Emigrazione Italiana (U.C.E.I.).

La Fondazione Migrantes è l'organismo costituito dalla Conferenza Episcopale Italiana per accompagnare e sostenere le Chiese particolari nella conoscenza, nell'opera di evangelizzazione e nella cura pastorale dei migranti, italiani e stranieri, per promuovere nelle comunità cristiane atteggiamenti e opere di fraterna accoglienza nei loro riguardi, per stimolare nella società civile la comprensione e la valorizzazione della loro identità in un clima di pacifica convivenza, con l'attenzione alla tutela dei diritti della persona e della famiglia migrante e alla promozione della cittadinanza responsabile dei migranti.

## **SIMM**

<https://www.simmweb.it/>

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (**SIMM**), è stata istituita all'inizio del **1990** sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti

d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale. Allora il diritto alla salute era di fatto negato o nascosto per la maggioranza degli stranieri presenti.

Oggi la SIMM può essere considerata un policy network nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Per questo è stata favorita la nascita di gruppi territoriali, in massima autonomia, ma nella condivisione degli obiettivi statutari della Società:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia;
- favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;
- costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

A ciò si è aggiunto l'impegno prima per l'emersione al diritto all'assistenza sanitaria e quindi per una reale accessibilità e fruibilità delle prestazioni, per percorsi assistenziali equi, più efficaci e sensibili culturalmente e più in generale per una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni.

## **IRPPS**

<https://www.irpps.cnr.it/chi-siamo/>

L'IRPPS è un Istituto interdisciplinare di **ricerca** che svolge studi su **tematiche demografiche e migratorie**, sui sistemi di welfare e sulle politiche sociali, sulla politica della scienza, della tecnologia e dell'alta formazione, sui rapporti tra

scienza e società, su creazione, accesso e diffusione della conoscenza e delle tecnologie dell'informazione. Nell'ambito della fase di ristrutturazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche, dall'aprile 2002 sono confluiti nell'IRPPS, l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione di Roma (IRP), una parte dell'Istituto di Studi sulla Ricerca e la Documentazione Scientifica (ISRDS) e l'Istituto di Ricerche sulle Dinamiche della Sicurezza Sociale (IRIDISS) di Penta di Fisciano (Salerno).

### **NIHMP - National Institute for Health, Migration and Poverty**

<https://www.inmp.it/ita>

L'Istituto Nazionale per la Salute, le Migrazioni e la Povertà è stato istituito con legge il 6 agosto **2007**. Inizialmente è stato concesso un periodo sperimentale di tre anni che è stato poi prorogato di un anno fino al 28 ottobre 2011. Il 15 luglio 2011 i risultati raggiunti dal NIHMP durante il periodo sperimentale sono stati riconosciuti e il suo mandato è stato ulteriormente prorogato fino al 31 dicembre 2013. Nel 2012 l'Istituto è stato individuato come Centro nazionale di riferimento per le problematiche socio sanitarie legate alla migrazione e alla povertà e per la mediazione transculturale in ambito sanitario campo di cura. Lo staff dell'Istituto è composto da medici, infermieri, psicologi, antropologi, mediatori trans-culturali, personale amministrativo ed esecutivo. Il NIHMP assiste i migranti in tre diversi contesti: in situazioni di emergenza, dove viene fornita assistenza primaria ai migranti nelle aree di arrivo, in stretta collaborazione con altri attori sociali e sanitari e sotto la supervisione delle Prefetture coinvolte; nel processo iniziale di inclusione sociale dei migranti appena arrivati; e nelle aree metropolitane, quando si denuncia l'esclusione sociale. L'Istituto ha sperimentato e sviluppato negli anni - e seguendo l'obiettivo dato dalla propria Legge istituzionale - un modello

integrato dove antropologi medici, psicologi con background etnopsichiatrico e mediatori culturali lavorano insieme per offrire servizi sanitari personalizzati e accessibili. Il NIHMP rappresenta oggi un punto di riferimento per italiani e migranti svantaggiati, rifugiati, richiedenti asilo, senzatetto, vittime del commercio della prostituzione, minori non accompagnati, donne con mutilazioni genitali femminili e vittime di tortura. L'istituto adotta un modello olistico che tende a trattare gli individui non come semplici "pazienti", ma come persone con bisogni complessi che richiedono risposte transdisciplinari.

## ISMU

<https://www.ismu.org/>

Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente, che promuove e realizza studi, ricerche, corsi di formazione, progetti e attività di divulgazione sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali.

Negli anni ISMU ha assunto un ruolo di riferimento sui temi delle migrazioni, dell'integrazione e dell'intercultura, divenendo interlocutrice privilegiata nella governance di tali processi nei confronti di: istituzioni di governo a livello nazionale ed europeo, amministrazioni locali e periferiche, enti socio-sanitari, espressioni del volontariato e dell'associazionismo, organizzazioni no profit, istituti scolastici di ogni ordine e grado, centri di ricerca e di documentazione italiani e stranieri, agenzie internazionali, rappresentanze diplomatiche e consolari, organismi impegnati nella pastorale per i migranti, organizzazioni sindacali, imprese, istituzioni finanziarie, sistema dei media e della comunicazione, istituzioni museali e centri culturali. E ci impegniamo ogni giorno, dal **1993**, per comprendere i fenomeni migratori, diffonderne una corretta conoscenza, proporre risposte efficaci e realizzare interventi.

## **Carta di Roma**

<https://www.cartadiroma.org>

L'Associazione Carta di Roma è stata fondata nel dicembre **2011** per dare attuazione al protocollo deontologico per una informazione corretta sui temi dell'immigrazione, siglato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti (CNOG) e dalla Federazione Nazionale della Stampa Italiana (FNSI) nel giugno del 2008.

L'associazione lavora per diventare un punto di riferimento stabile per tutti coloro che lavorano quotidianamente sui temi della Carta, giornalisti e operatori dell'informazione *in primis*, ma anche enti di categoria e istituzioni, associazioni e attivisti impegnati da tempo sul fronte dei diritti dei richiedenti asilo, dei rifugiati, delle minoranze e dei migranti nel mondo dell'informazione.

## **ISMED**

<https://www.ismed.cnr.it/it/>

La missione dell'Istituto di Studi sul Mediterraneo (ISMed) è identificare e analizzare le dinamiche dei processi di crescita e sviluppo socio-economico dei paesi dell'area Mediterranea. Attraverso un approccio fortemente interdisciplinare e di lungo periodo, la ricerca dell'ISMed si concentra su temi specifici quali lo studio delle migrazioni, l'energia e l'ambiente, la natura dei processi di sviluppo economico e sociale, la logistica e i trasporti, lo sviluppo urbano, lo sviluppo delle infrastrutture di rete e la diffusione delle tecnologie in ambiti socio-economici e culturali, il patrimonio artistico e culturale. L'attività di ricerca non ha solo finalità meramente scientifiche e accademiche ma ha anche intenti informativi e divulgativi.

Lo scopo ultimo dell'ISMed è quello di fornire teorie interpretative dei fenomeni, proiezioni sui possibili scenari futuri e indirizzi di policy che possano essere di supporto a interventi mirati per ridurre gli squilibri e stimolare la crescita dell'area.

## **Organizzazioni legate ai diritti e pari opportunità**

### **IDOS**

<https://www.dossierimmigrazione.it/>

Il Centro Studi e Ricerche IDOS nasce, come cooperativa e casa editrice, nel **2004** dall'originario gruppo dei ricercatori operanti presso la Caritas di Roma per la realizzazione del Dossier Statistico Immigrazione, il primo rapporto organico annuale, di carattere socio-statistico, sull'immigrazione in Italia (la prima edizione è del 1991). A questa pubblicazione principale, IDOS ha affiancato, nel tempo, altri annuari socio-statistici (l'Osservatorio Romano sulle Migrazioni, il Rapporto Immigrazione e Imprenditoria, e – dal 2001 al 2013 – il Rapporto sugli Indici di integrazione degli immigrati in Italia, realizzato per conto del CNEL) e pubblicazioni tematiche.

Dal 2013, i soci del Centro Studi e Ricerche IDOS aderiscono anche all'Associazione di promozione sociale IDOS, che tra i propri scopi ha quello di promuovere attività di sensibilizzazione in materia di immigrazione, integrazione dei migranti e lotta alle discriminazioni, anche attraverso la diffusione delle pubblicazioni del Centro Studi.

La redazione centrale si compone di un'équipe stabile di 9 operatori ed è coadiuvata da un gruppo di redattori e referenti regionali con i quali si coordina per pianificare e realizzare le proprie numerose iniziative di ricerca e di sensibilizzazione.

In particolare, ogni anno IDOS promuove, organizza e realizza convegni, seminari, dibattiti e interventi formativi (anche fino a 200 all'anno) sui temi legati alle migrazioni, impegnandosi soprattutto in campagne di sensibilizzazione imperniate sulla presentazione delle proprie pubblicazioni in tutta Italia e talora anche all'estero, grazie alla collaborazione dei propri redattori e referenti regionali, delle strutture pubbliche coinvolte e di vari enti del terzo settore interessati.

Per tutte le proprie pubblicazioni, il Centro Studi si avvale della collaborazione di un'ampia rete di studiosi, ricercatori e accademici, collaborando con enti istituzionali, strutture pubbliche, organizzazioni internazionali, enti locali e soggetti del terzo settore, nella convinzione che solo dalla sinergia tra istituzioni pubbliche, privato sociale e cittadinanza possano scaturire politiche di immigrazione e di integrazione efficaci.

## **UNAR**

<http://www.unar.it/>

L'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali garantisce l'applicazione del principio di parità di trattamento fra le persone e contrasta il diffondersi di fenomeni discriminatori, assistendo le vittime, controllando l'efficacia degli strumenti di tutela esistenti e analizzando le forme e le dinamiche di manifestazione del fenomeno.



Scopi:

- raccogliere segnalazioni e fornire assistenza concreta alle vittime di discriminazione attraverso il proprio [Contact Center](#);
- svolgere inchieste sull'esistenza di fenomeni discriminatori nel rispetto delle prerogative dell'autorità giudiziaria;
- formulare [raccomandazioni e pareri](#) sui casi di discriminazione raccolti, da rendersi anche in eventuale giudizio;
- svolgere [studi, ricerche e attività di formazione](#) su cause, forme e possibili soluzioni del fenomeno discriminatorio;
- informare Parlamento e Governo attraverso due [relazioni annuali](#) sui progressi e gli ostacoli dell'azione anti-discriminazione in Italia;
- promuovere una cultura del rispetto dei diritti umani e delle pari opportunità attraverso [campagne di sensibilizzazione e comunicazione](#) e [progetti di azioni positive](#);
- elaborare proposte di [strategie di intervento](#) su specifici ambiti di discriminazione, volte a garantire un'effettiva integrazione sociale delle categorie interessate.

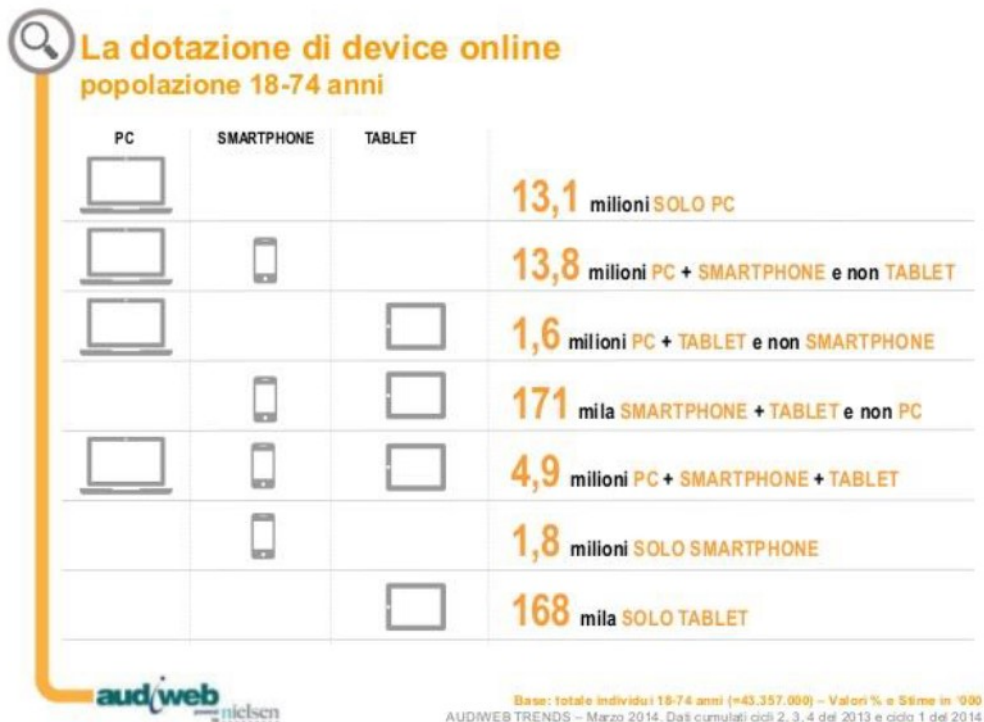
## **Salute e Nuove Tecnologie**

### **Introduzione**

Il mondo digitale ha completamente rivoluzionato l'approccio alla realtà. L'utilità che le persone possono trarre dalle sue potenzialità non si limita alla velocità e alla riduzione dei costi per ottenere dei servizi ma potenzialmente può essere estesa e plasmata a molteplici ambiti, molti dei quali non sono ancora completamente conosciuti. Le dinamiche che possono innescarsi dietro relazioni gestite in maniera virtuale ad esempio non sono facilmente prevedibili ma possono essere strumentalizzate e pilotate secondo scopi predeterminati. Per questi motivi il mondo digitale suscita molto interesse ma allo stesso tempo anche molte perplessità legate ad un approccio poco attento alle mille insidie che possono instaurarsi da un utilizzo non adeguato di tali risorse.

Le nuove tecnologie rappresentano un mondo complesso ed eterogeneo che negli ultimi anni ha avuto un notevole incremento grazie soprattutto alla possibilità di far viaggiare velocemente notevoli informazioni in tutto il mondo. Numerose sono le possibilità offerte agli utenti su molti ambiti: dai servizi burocratici istituzionali al tempo libero, dall'informazione di cronaca a quella specialistica di settori scientifici. Il notevole incremento è dovuto anche alla diffusione di Pc, Tablet e Smartphone a prezzi contenuti e prestazioni eccellenti che hanno contribuito notevolmente a ridurre i tempi e a connettere direttamente l'utente con i fornitori di servizi.

Vediamo come da un'analisi fatta in Italia da Audiweb nel 2014 risulta come la popolazione tra i 18 e 74 anni possedeva principalmente Personal Computer e in misura minore Smartphone e Tablet.



Già nel 2014 si assiste ad un incremento dell'utilizzo di dati da dispositivi mobili. Le connessioni aumentano in particolare del 7% da smartphone e del 113,5% da Tablet. Infatti molti degli utenti che possiedono un PC hanno contemporaneamente anche uno smatphone ( 13.8 milioni di persone), e quasi cinque milioni hanno anche un Tablet.

L'implemento di tali tecnologie nel tempo ha ampliato ulteriormente l'offerta fruibile on line. Si va dalla semplice consultazione sui siti di ricerca all'utilizzo di strumenti internet o anche la visione di film e video grazie anche alla diffusione del digitale terrestre e delle TV smart. Vediamo come da una recente analisi di Audiweb del 2022 il numero di utenti sia estremamente elevato e le categorie di siti internet siano molteplici e frequentemente visitate.

## ALCUNE TRA LE CATEGORIE PIÙ VISITATE NEL 2022

SOTTOCATEGORIE SITI (TDA)	UTENTI UNICI MEDIA 2022 (.000)	% SU POP 2+ANNI MEDIA 2022	VAR % POP 2+ANNE MEDIA 2022/MEDIA 2021
TUTTE LE SOTTO-CATEGORIE	44.028	75,0%	+0,7%
SEARCH	41.641	71,0%	+1,6%
INTERNET TOOLS/WEB SERVICES	40.090	68,3%	+2,7%
VIDEOS/MOVIES	39.167	66,8%	+2,4%
CURRENT EVENTS & GLOBAL NEWS	38.611	65,8%	+2,7%
MEMBER COMMUNITIES	38.470	65,6%	+1,4%
GENERAL INTEREST PORTALS & COMMUNITIES	38.462	65,6%	+1,0%
E-MAIL	37.016	63,1%	+3,7%
INSTANT MESSAGING	36.908	62,9%	+1,8%
MASS MERCHANDISER	36.226	61,8%	+4,3%
SOFTWARE MANUFACTURERS	35.675	60,8%	+2,7%
CORPORATE INFORMATION	33.180	56,6%	+3,0%
MAPS/TRAVEL INFO	32.162	54,8%	+9,3%
MULTI-CATEGORY TELECOM/INTERNET SERVICES	31.834	54,3%	+6,6%
RESEARCH TOOLS	30.144	51,4%	+8,3%
WEATHER	30.047	51,2%	+5,3%

Fonte: Total Digital Audience MEDIA 2022, dati Mensili- Audiweb powered by Nielsen  
Base: Individui 2+ anni per TDA e Computer; individui 18-74 anni per MOBILE.(Smartphone e/o Tablet)



Per quanto riguarda l'utilizzo di tali dispositivi negli immigrati, anche se l'ISTAT ha delle sezioni dedicate che riportano statistiche su argomenti come quelli di salute e sanità, popolazione, partecipazione sociale, lavoro, ecc..., non ci sono dati relativi al consumo tecnologico di questa tipologia di utenti. L'ISTAT pubblica solo la statistica relativa all'utilizzo tecnologico di famiglie e individui senza distinguere tra italiani e stranieri.

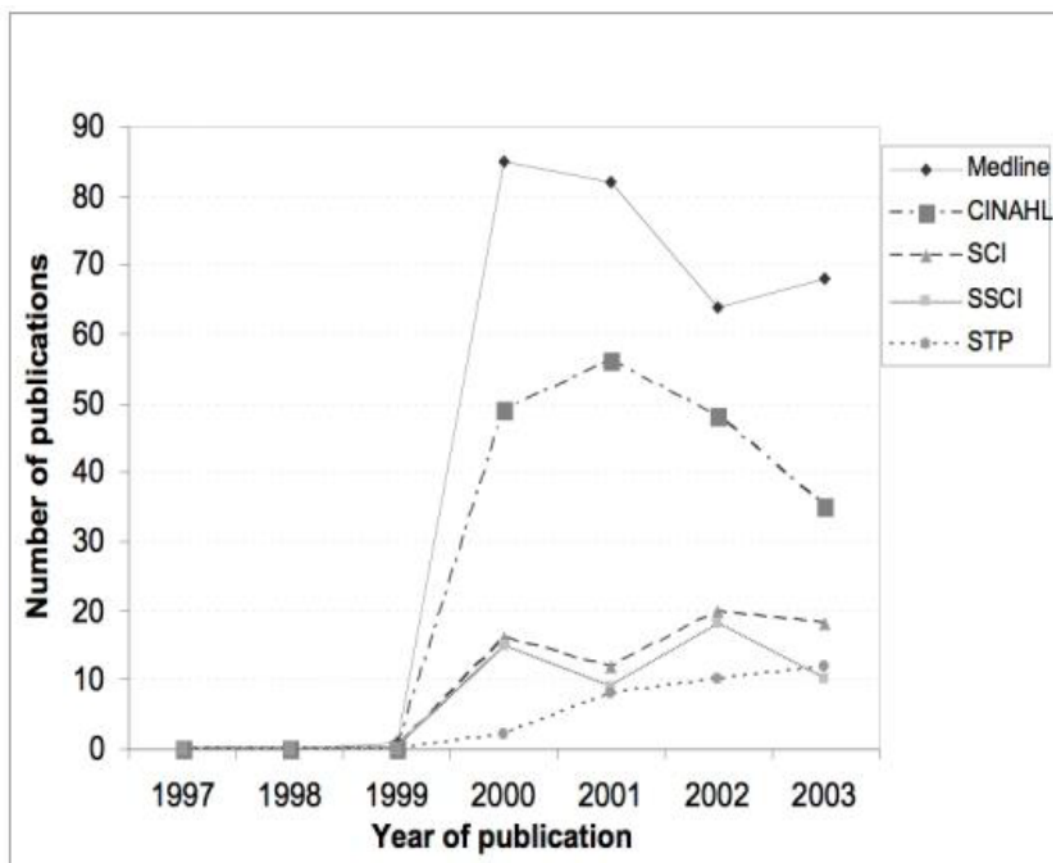
### eHealth

Parallelamente alla diffusione della tecnologia informatica e dei servizi da essa offerti si assiste alla nascita di un nuovo concetto che collega il computer alla medicina: l'"eHealth". Questo termine entrato in uso nel 1999 diventa popolarissimo già nel 2001 e sembra promettere al campo della salute le stesse funzionalità tecnologiche dell'informazione e della comunicazione in genere<sup>104</sup>.

<sup>104</sup> Eysenbach, G. (2001). What is e-health? Journal of medical Internet research

Inizialmente questo termine era un incrocio tra informatica medica, salute pubblica e business<sup>105</sup>. In quel periodo vi erano tante "e-parole" (come "e-mail", "e-commerce", "e-business", "e-solution", ecc.) e pare che "eHealth" sia nato nel tentativo di trasmettere al campo della salute le tante promesse di Internet e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione<sup>106</sup>.

Tale è stata l'enfatizzazione che ad un certo punto si è arrivato ad ipotizzare che l'eHealth poteva essere considerato l'equivalente dell'e-commerce nel settore sanitario<sup>107</sup>.



<sup>105</sup> Kwankam, S. Y. (2004). What e-Health can offer. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 10, 800-802

<sup>106</sup> Oh, H.; Rizo, C.; Enkin, M.; Jadad, A. (2005). What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*

<sup>107</sup> Mitchell, J. (1999). *From telehealth to e-health: The unstoppable rise of e-health*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Communications, Information Technology and the Arts

Figura 1. Numero di pubblicazioni trovate utilizzando "eHealth" (o varianti) come termine di ricerca<sup>108</sup>.

## **Strumenti tecnologici associabili all'eHealth**

Sebbene le tecnologie digitali consentono al paziente di poter scegliere la migliore cura disponibile online è sempre il paziente al centro della sua salute e di fatto è l'unico che può coordinare il trattamento migliore e per questo ha a disposizione una varietà di strumenti<sup>109</sup>. Numerosi sono gli strumenti offerti dalle nuove tecnologie e non è sempre facile individuarli e caratterizzarli tutti.

Ci sono stati diversi tentativi per organizzare e suddividere gli strumenti in gruppi.

Black et al<sup>110</sup> nel 2011 hanno suddiviso le tecnologie dell'EHealth in 3 tematiche principali:

**1) Tecnologie per la conservazione, la gestione e la trasmissione di dati:** ad es. electronic health record (EHR) e i picture archiving and communication system (PACS)

Questo gruppo comprende tutte quelle informazioni sulla salute raccolte in records relative ad ogni singolo paziente e i sistemi informativi clinici usati per l'acquisizione, l'archiviazione e la distribuzione in post-produzione delle immagini digitali (PACS). Sono praticamente sistemi di archiviazione di informazioni personalizzate.

---

<sup>108</sup> Pagliari, C.; Sloan, D.; Gregor, P.; Sullivan, F.; Detmer, D.; Kahan, J. P.; ...; MacGillivray, S. (2005). What Is eHealth (4): A Scoping Exercise to Map the Field. *Journal of Medical Internet Research*, 7, 1, e9

<sup>109</sup> Lober, W. B.; Flowers, J. L. (2011). Consumer empowerment in health care amid the internet and social media. *Seminars in oncology nursing*, 27, 3, 169-182

<sup>110</sup> Black, Ashly D., et al. "The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview." *PLoS medicine* 8.1 (2011): e1000387.

## **2) Tecnologie di supporto alle decisioni cliniche**

## **3) Tecnologie che facilitano la cura a distanza**

Oltre a questo raggruppamento abbastanza schematico ed essenziale gli studiosi concordano nel fatto che è possibile individuare nel termine eHealth molti più tipi di tecnologie che vanno da quelle dell'informazione a quelle della comunicazione.

Van Gemert-Pijnen et al.<sup>111</sup> includono altre tecnologie come: le tecnologie di Internet (come i siti web informativi), le applicazioni interattive per la comunicazione sulla salute (come l'e-consultation, le community online, i programmi online di supporto decisionale per la salute e i programmi di educazione sanitaria online su misura), i portali di assistenza sanitaria online, i social media, la mobile health, le app e altre tecnologie avanzate come i programmi di realtà virtuale (cioè giochi seri per stimolare l'esercizio o applicazioni tridimensionali per il trattamento dei disturbi d'ansia), l'automazione domestica (domotica), la robotica (il dispiegamento di robot per aiutare le persone in compiti domestici o per eseguire un intervento chirurgico) e la tecnologia dei sensori per la vita indipendente e il monitoraggio a distanza (Internet of Things)

È interessante l'analisi fatta da Eysenbach<sup>112113</sup> sui possibili significati della lettera "e" associata a salute che non rappresenta solo la e di elettronico ma altri significativi riferimenti:

---

<sup>111</sup> van Gemert-Pijnen, J. E.; Nijland, N.; van Limburg, M.; Ossebaard, H. C.; Kelders, S. M.; Eysenbach, G.; Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of medical Internet research*

<sup>112</sup> Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of medical Internet research*, 3, 2, e20.

<sup>113</sup> Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of medical Internet research*, 10, 3.

1. Efficienza ( efficiency): sappiamo bene come i costi nell'ambito informato sono molto ridotti e la possibilità di raggiungere facilmente e direttamente l'utente è immediata
2. Miglioramento della qualità delle cure ( enhancing): è possibile personalizzare la cura ed ottenere dei risultati migliori. Inoltre l'utente stesso sceglierà il servizio che reputa più affine alle sue richieste
3. Basato sull'evidenza ( evidence-based): le cure seppure somministrate in maniera "alternativa" dovrebbero rispondere a criteri basati sull'evidenza e rigorosamente validati
4. Miglioramento del paziente ( empowerment): le possibilità offerte dall'e-Health facilitano il processo di empowerment grazie ad archivi elettronici personali e facilmente accessibili
5. Promozione (encouragement of) di un nuovo rapporto tra paziente e professionista della salute per condividere le decisioni da intraprendere
6. Formazione ( education of) del professionista sanitario e dei pazienti attraverso informazioni di diagnosi e cura
7. Abilitazione ( enabling) dello scambio di informazioni e comunicazioni tra strutture sanitarie in maniera standardizzata.
8. Estensione (extending) dei confini sanitari oltre quelli tradizionali
9. Etica (ethics): argomento molto caro e dibattuto per la tutela dei dati sensibili con il consenso informato, il consenso privacy.
10. Equità ( equity): questo tema sembra apparentemente facile da raggiungere ma in realtà sebbene è potenzialmente facile divulgare messaggi online tali informazioni possono essere strumentalizzate e manipolate.

Oltre a questi 10 aspetti sarebbe opportuno che l'eHealth fosse facile da usare ( easy to use), divertente (entertaining) ed emozionante (exciting).



## Digital literacy and eHealth literacy

Il concetto di digital literacy è stato definito in relazione alle opportunità di apprendere attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie informazioni e competenze utili.

Sono state descritti alcuni aspetti peculiari relativi alle competenze digitali che vengono schematizzate nella figura in basso e che vengono riprese in buona parte anche dal concetto di eHealth literacy

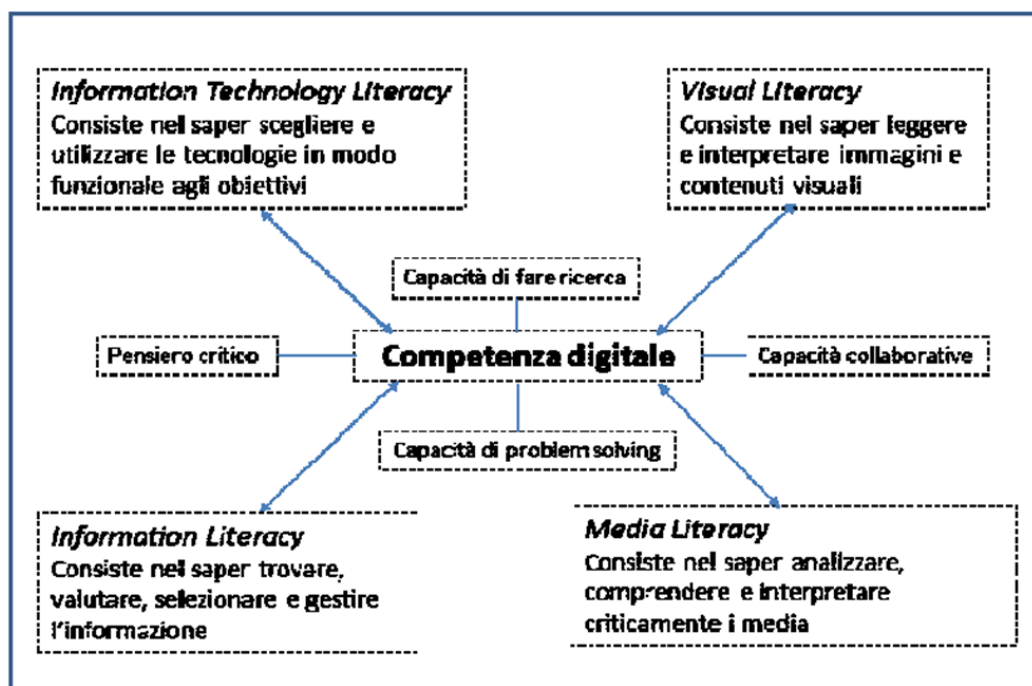


Figura 1. Schema di sintesi delle componenti concettuali e delle capacità connesse alla competenza digitale, così come emerge dalla letteratura, da [4]

Associate a queste competenze anche la modalità di creazione del testo ha subito un importante cambiamento.

Nella fase attuale, la scrittura viene influenzata da quattro fattori<sup>114</sup> :

1. i testi stanno diventando intensamente multimodali, l'immagine appare sempre più insieme con il testo scritto e in molti domini della comunicazione sta soppiantando la scrittura là dove questa in precedenza era dominante

2. gli schermi dei media digitali stanno sostituendo la pagina e il libro come media dominanti

3. le strutture sociali e le relazioni sociali stanno subendo cambiamenti fondamentali; per quanto riguarda la scrittura sono rilevanti soprattutto i cambiamenti delle strutture dell'autorità e gli effetti delle formazioni di genere in mutazione

4. le costellazioni di medium e modalità stanno trasformandosi. Il medium del libro e la modalità della scrittura hanno formato per secoli una costellazione simbiotica; questa sta per essere sostituita da una nuova costellazione formata dal medium dello schermo e dalla una modalità dell'immagine.

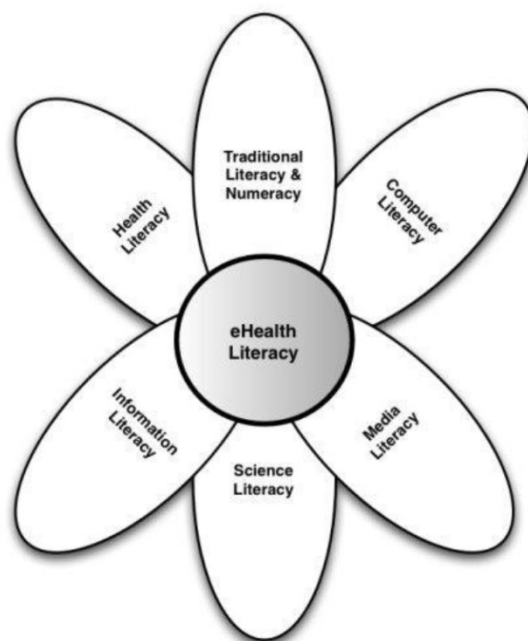
In realtà è stato considerato come eHealth literacy, che necessita di competenze necessarie per interagire con il mondo sanitario per impegnarsi in un'appropriata cura di se, rappresenta una forma di digital literacy più articolata.

Infatti possiamo considerare altre 4 forme di literacy al suo interno: quella tradizionale legata alla capacità di leggere un testo, di capire brani scritti e parlare

---

<sup>114</sup> GR Kress, *Multimodality: A social semiotic approach to contemporary communication*, Taylor e Francis, 2010

e scrivere una lingua ( traditional literacy e numeracy), quella legata alla conoscenza della struttura delle informazioni da ricercare e di come rendere fruibili le informazioni agli altri ( information literacy), quella legata ai contenuti e al contesto in cui vengono creati in relazione ai messaggi che andranno veicolati (media literacy)→ è una combinazione di processi cognitivi e abilità di pensiero critico, e quella che spiega come funziona la scienza che va dalla comprensione della natura, degli obiettivi, dei metodi, delle applicazioni, ecc... (scientific literacy)



eHealth Literacy Lily Model <sup>115</sup>

---

<sup>115</sup> Norman, C. D.; Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*

## Utilizzo dell'eHealth

Abbiamo visto come le tecnologie a disposizione dell'eHealth possono identificarsi in un grande database di informazioni sanitarie che può essere personalizzato per ogni singolo utente. Associato a questo database le tecnologie possono offrire un supporto sostanziale alle decisioni cliniche facilitando la cura a distanza. In questo processo abbiamo visto come l'utente ( in questo caso il paziente) sia il miglior coordinatore del suo percorso di cura. È lui infatti che si orienta secondo le sue esigenze in base ai servizi offerti. Questo aspetto non è di poco conto poiché in questa fase possono essere veicolate informazioni fuorvianti e molti servizi di alto livello rischiano di essere poco utilizzati poiché poco visibili.

In linea di massima solitamente i pazienti accedono al web per ricercare informazioni su malattie, trattamenti o farmaci. In questo modo cercano di comprendere il tipo di patologia che hanno e di trovare la migliore soluzione migliorando quindi l'efficienza delle prestazioni anche banalmente confrontando vari servizi offerti. Attraverso il web inoltre è possibile migliorare il rapporto tra paziente e personale sanitario se il servizio è reso interattivo. Ma un nuovo ed interessante aspetto che può offrire sicuramente il web è il sostegno sociale tra utenti che hanno una stessa malattia ma anche la possibilità di avere da parte di esperti di dare supporto emotivo e strumentale<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Antheunis, M. L.; Tate, K.; Nieboer, T. E. (2013). Patients' and health professionals' use of social media in health care: Motives, barriers and expectations. *Patient education and counseling*, 92, 3, 426-431.).

Eysenbach<sup>117</sup> ha identificato 5 aspetti principali che emergono nei settori dell'assistenza sanitaria, della medicina, della salute e della scienza:

### **Social networking**

Negli ultimi anni l'utilizzo dei social network ha registrato un notevole incremento tra gli utenti. Sebbene lo scopo principale di tali piattaforme fosse quello di socializzare e scambiare informazioni utili, nel tempo si è visto come alcune figure definite "influencer" potessero influenzare le scelte degli individui allo stesso modo delle pubblicità. Tra i social network tuttavia è anche possibile individuare e creare gruppi specifici di interesse su problematiche comuni e condivise. In questi gruppi è più facile creare connessioni specifiche tra persone su determinate tematiche, facilitando la collaborazione e i processi di filtraggio collaborativo.

---

<sup>117</sup> Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of medical Internet research*



Nella figura è possibile notare una rappresentazione schematica delle principali categorie di social media<sup>118</sup>.

### La partecipazione ( participation)

L'entusiasmo per le nuove tecnologie può essere esteso anche all'eHealth. Tuttavia a distanza di tempo si assiste ad un fenomeno definito "legge dell'attrito"<sup>119</sup> secondo il quale a distanza di tempo si perde interesse e si abbandona la piattaforma. Sarebbe interessante trovare una modalità che

<sup>118</sup> Solis, Brian, and J. Thomas. "Introducing the conversation prism." Retrieved August 6 (2008): 2008.

<sup>119</sup> Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. Journal of medical Internet research, 10, 3.

spingerebbe l'utente ad utilizzare frequentemente il servizio come spesso succede per i social network. L'utilizzo costante infatti consentirebbe di monitorare adeguatamente il sistema per poter comprendere meglio i fenomeni ad esso collegati e pianificare interventi di prevenzione e screening adeguati.

### **L'apomediazione ( apomediation)**

L'apomediazione è un nuovo termine socio-tecnologico che identifica una terza via utilizzata dagli utenti per ricercare informazioni e servizi affidabili e credibili. Ci sono diverse modalità operative:

- Gatekeep → attraverso intermediari specializzati
- Disintermediazione → ricerca diretta attraverso il sito specifico della struttura sanitaria
- Apomediari → una sorta di filtraggio collaborativo in rete che aiuta l'utente attraverso intermediari non esperti ma "informati"

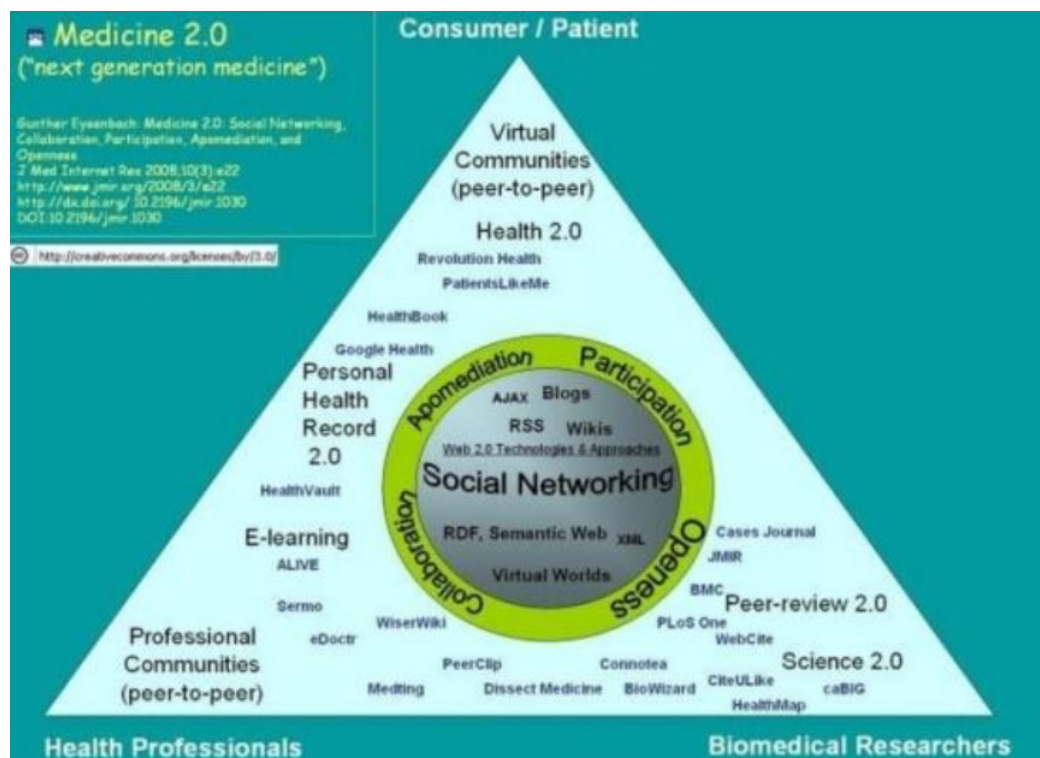
L'intermediario si trova tra il consumatore e le informazioni ed ha una forte rilevanza relativamente alla credibilità e alla qualità dell'informazione data ( in base al tipo di intermediario). L'apomediario invece ( che può essere una persona o uno strumento) è distaccato dal processo ma guida il consumatore a informazioni e servizi di alta qualità. In realtà spesso l'utente utilizza sia intermediari e apomediari che comunque possono influenzare il modo in cui le persone giudicano la credibilità.

## La collaborazione ( collaboration)

Questo tipo di collaborazione è intesa secondo figure che normalmente non hanno interagito o lo hanno fatto in maniera insufficiente. In questo senso la collaborazione è intesa tra ricercatori, utenti e professionisti sanitari.

## L'apertura (openess)

L'apertura nel web rappresenta un aspetto caratterizzante del sistema. Le informazioni sono quasi sempre fruibili per tutti gli utenti e anche da un punto di vista scientifico molti articoli stanno diventando "open access" per permettere una diffusione più veloce ed efficace delle informazioni. D'altronde una delle chiavi vincenti delle nuove tecnologie è la trasparenza, l'interoperabilità, l'open source e le interfacce aperte.





*Figura: Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. Journal of medical Internet research,*

In questa figura riassuntiva vediamo come al centro le informazioni vengono veicolate in maniera dinamica attraverso i vari aspetti illustrati in precedenza. Da notare come ai vertici del triangolo troviamo: pazienti, i professionisti della salute, i ricercatori biomedici. Queste tre figure hanno competenze diverse e dovrebbero interagire reciprocamente secondo un modello ottimale. Infatti mentre l'operatore sanitario è un esperto nell'identificare la malattia, il paziente è un esperto nel viverla!

I social media possono essere utilizzati per le comunicazioni sanitarie da questi tre gruppi di utenti attraverso 7 principali tipi di utilizzo. Nella tabella in basso sono schematizzati gli usi e la possibilità da parte di ogni gruppo di usufruirne.

Uses of social media for health communication	Social media user		
	General Public	Patients	Health Professionals
Provide health information on a range of conditions	✓	✓	✓
Provide answers to medical questions	✓	✓	✓
Facilitate dialogue between patients to patients, and patients and health professionals		✓	✓
Collect data on patient experiences and opinions		✓	✓
Used for health intervention, health promotion and health education	✓	✓	✓
Reduce stigma		✓	✓
Provide online consultations		✓	✓

*I 7 usi principali dei social media per la comunicazione sanitaria<sup>120</sup>.*

<sup>120</sup> Moorhead, S. A.; Hazlett, D. E.; Harrison, L.; Carroll, J. K.; Irwin, A.; Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. Journal of medical Internet research

Inoltre è possibile individuare 6 benefici principali comuni a tutti i gruppi che vengono rappresentati schematicamente nella tabella in basso.

Benefits of social media for health communication	Social media user		
	General Public	Patients	Health Professionals
Increase interactions with others	✓	✓	✓
More available, shared, and tailored information	✓	✓	✓
Increase accessibility & widening access	✓	✓	✓
Peer/social/emotional support	✓	✓	✓
Public health surveillance	✓	✓	✓
Potential to influence health policy	✓	✓	✓

*I 6 benefici dei social media per la comunicazione sanitaria<sup>121</sup>*

### **Aspetti particolari delle nuove tecnologie**

Numerosi sono gli aspetti critici di questa nuova realtà virtuale. Molti sono stati accennati o parzialmente argomentati nei capitoli precedenti. Alcuni aspetti tuttavia verranno brevemente argomentati in questo capitolo poiché rivestono un interesse particolare.

---

<sup>121</sup> Ibidem

Un termine molto noto ed utilizzato è quello relativo al “digital divide” o divario digitale. Questo termine si riferisce ad una disuguaglianza economica e sociale tra le persone di una o più popolazioni nell’accesso, nell’uso o nella conoscenza delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione. Tali differenze si possono avere sia tra generazioni diverse che tra popolazioni urbane e rurali<sup>122</sup> .

Altri aspetti con impatto negativo possono essere ascrivibili alla bassa qualità delle informazioni che gli utenti possono trovare in rete e spesso sono causa di erronee interpretazioni.

Ci sono considerazioni contrastanti sull’utilizzo delle nuove tecnologie e i rapporti umani. Alcuni sostengono che le tecnologie mediate dai computers (CMC ovvero computer-mediated technologies) sono diametralmente opposte alla natura della vita umana e quindi troppo limitate per poter formare relazioni significative. Ricorda l'effetto di isolamento e di depressione che viene spesso collegato all'uso estremo di Internet, con una diminuzione di interazioni con le persone nel mondo reale. Ci sono teorie secondo le quali le relazioni mantenute online possono implicare un impegno o un interconnessione più bassa. Secondo altre, le interazioni online tendono più a diventare ingannevoli, semplicistiche e transitorie.

Tuttavia studi fatti sui migranti mostrano come i soggetti che passano più tempo sul web sono dotati di un numero di amici maggiore rispetto alla media, così come di un più alto grado di coinvolgimento nelle attività di vicinato, di una forte propensione a frequentare le persone dal vivo e, in generale, di una più chiara percezione della propria comunità<sup>123</sup> .

Negli anni comunque con lo sviluppo della tecnologia degli smartphone sono emerse nuove problematiche. Ad esempio è stato coniato nel 2008 il termine

---

<sup>122</sup> Eysenbach, Gunther. "What is e-health?." *Journal of medical Internet research* 3.2 (2001): e833.

<sup>123</sup> Dekker, Engbersen, *How social media transform migrant networks and facilitate migration*, Global Networks, 2014

“nomofobia<sup>124</sup>” che deriva dalle parole “No Mobile Fobia” durante uno studio condotto dall’ente di ricerca britannico YouGov per identificare la paura incontrollabile di rimanere disconnessi dal mondo se si rimane senza cellulare. Una sorta di crisi d’ansia.

Lo smartphone ha anche avuto l’effetto da parte di alcuni utenti di creare una sorta di isolamento rispetto alla realtà circostante creando una sorta di “tossicodipendenza”. Tale fenomeno è stato chiamato “phubbing”<sup>125</sup> cioè la sintesi di phone e snubbing (snobbare).

Un altro aspetto molto importante da tenere in considerazione nelle fasce di età più giovani è il cyberbullismo. Le dinamiche sono simili a quelle del comune bullismo ma dal momento che è possibile che le interazioni umane positive nel contesto digitale siano ridotte è più facile che il soggetto subisca degli abusi. Esistono varie forme di cyberbullismo come ad esempio il Doxing ( pratica di cercare e diffondere pubblicamente online informazioni personali e private o altri dati riguardanti una persona, di solito con intento malevolo), Flaming ( messaggi deliberatamente ostili e opprimenti, inviati da utenti della “comunità” verso altri utenti specifici), Molestie, Denigrazione, Inganno, Esclusione, Sostituzione di persona. I giovani della società moderna, chiamati “nativi digitali” o “madrelingua del linguaggio digitale” sono i più vulnerabili a questo fenomeno perché essendo abituati ad avere connessioni illimitate, ad utilizzare istantaneamente ipertesti e ad essere multitasking<sup>126</sup>, assorbono e fanno proprie tutte le novità delle moderne comunità virtuali, estese ormai a livello globale, comunicando in tempo reale e instaurando relazioni senza alcun confine di spazio. Il comportamento del bullo

---

<sup>124</sup> Bhattacharya, Sudip, et al. "Nomophobia: No mobile phone phobia." *Journal of family medicine and primary care* 8.4 (2019): 1297.

<sup>125</sup> Chotpitayasunondh, Varoth, and Karen M. Douglas. "The effects of “phubbing” on social interaction." *Journal of Applied Social Psychology* 48.6 (2018): 304-316.

<sup>126</sup> FERRI, P.M., *Nativi Digitali*, Milano 2011, ISBN-10. 8861594875

online si caratterizza per il disimpegno morale e la mancanza di empatia che potenzia l'impatto negativo su queste azioni. Essendo un bullismo virtuale il bullo non percepisce solitamente il feedback diretto sugli effetti delle aggressioni a causa della mancanza di contatto diretto con la vittima. In Italia è stato condotto uno studio relativo al progetto DAPHNE II, promosso dall'Unione Europea per dimostrare la gravità del fenomeno. Prendendo in considerazione un campione di 2000 studenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni, il 13% ha dichiarato di essere stato vittima di cyberbullismo negli ultimi due mesi<sup>127</sup>.

### **Empowerment e Salute**

Il concetto di empowerment indica un processo di crescita basato sull'incremento dell'autostima e dell'autodeterminazione che porta a far emergere risorse latenti. In tal modo l'individuo si appropria consapevolmente del suo potenziale che lo porta all'emancipazione e all'autonomia. Il processo di empowerment permette alla persona di organizzare e condurre attivamente la propria esistenza, mettere le proprie energie al servizio di obiettivi personali e realistici, ricercare strumenti e strategie per comprendere la realtà in cui vive, prendere decisioni e partecipare attivamente alla vita della comunità e dei gruppi di cui fa parte. Questo processo aiuta l'individuo a comprendere anche i suoi bisogni e rispettare l'equilibrio psico-fisico del suo organismo promuovendo in definitiva le buone pratiche di salute fisica e mentale.

Rispetto alla definizione iniziale di promozione della salute espressa nella Carta di Ottawa che afferma che "La promozione della salute è il processo che consente alle persone di aumentare il controllo e di migliorare la propria salute" (OMS,

---

<sup>127</sup> Argo A, Cucinella G, Calanga G, Zerbo S, Daphne II-Ve. RSO project: a new protocol for the management of sexual assault victims

1986), L'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Carta di Bangkok definisce la promozione della salute "il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sui determinanti della salute e quindi di migliorare la propria salute" (OMS, 2005).

In questo modo si passa da un modello medico-psico-pedagogico di determinazione del problema dell'individuo e i suoi bisogni a una dimensione sociale di differenze, di diritti e di ruoli. Si passa dall'idea dell'individuo come una persona con bisogni speciali all'ambiente di apprendimento come insieme di fattori potenzialmente ostacolanti o facilitanti per lo sviluppo di ognuno.

La promozione della salute diventa quindi un obiettivo più articolato da raggiungere dove la centralità dei bisogni dell'individuo è inserita in un contesto sociale e ambientale. La promozione della salute viene quindi configurata all'interno di un processo dinamico, determinato in gran parte anche dal contesto in cui si sviluppa, che può essere favorente o inibente; in tale contesto anche l'empowerment va ad agire in sinergia con il benessere psicofisico dell'individuo<sup>128</sup>. L'ambiente ha quindi un ruolo fondamentale nel sviluppare l'empowerment dei soggetti in quanto può sostenere o precludere l'accesso alle esperienze che forniscono opportunità di apprendimento, stimolando e valorizzando l'impiego delle proprie risorse.

Il contesto ambientale può essere inteso non soltanto in quello definito da confini spaziali. Ormai il contesto virtuale rappresenta un ambiente di riferimento sempre più omnicomprensivo. In particolare le nuove generazioni si interfacciano tra di loro sempre più spesso attraverso i social media. Ma anche molti servizi istituzionali vengono forniti online per cui possiamo affermare senza alcun dubbio che l'ambiente "virtuale" possa essere considerato a tutti gli effetti come un ambiente reale a cui fare riferimento.

---

<sup>128</sup> Zimmerman, Marc A., Jesus Ramírez-Valles, and Kenneth I. Maton. "Resilience among urban African American male adolescents: A study of the protective effects of sociopolitical control on their mental health." *American journal of community psychology* 27.6 (1999): 733-751.

Il concetto di empowerment e nuove tecnologie in conclusione è strettamente correlato alla promozione della salute e in particolare a quello della salute mentale che come ampiamente argomentato nei capitoli precedenti può essere considerato un comune denominatore di molte patologie organiche.

## **Conclusion**

Le nuove tecnologie possono rappresentare una risorsa importante per promuovere la salute mentale. Il suo utilizzo però non deve essere banalizzato o confinato ad un mondo virtuale. Il paziente può migliorare la sua salute attraverso l'empowerment. Tuttavia per realizzare l'empowerment del paziente sono necessari due elementi: da un lato un accesso esaustivo alle informazioni mediche che il mondo virtuale potrebbe fornire in abbondanza e dall'altro un contatto bidirezionale tra paziente e medico<sup>129</sup>.

## **Salute mentale e nuove tecnologie**

---

<sup>129</sup> Bos, L.; Marsh, A.; Carroll, D.; Gupta, S.; Rees, M. (2008). Patient 2.0 Empowerment. Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services SWWS08, Las Vegas, Nevada, U.S.A., July, 2008.

La diffusione delle nuove tecnologie ha avuto un tale impatto nel mondo e sulla salute umana che sono nate diverse organizzazioni e riviste scientifiche specializzate come il “Digital Health Promotion Executive Leadership Summit in Washington” nel 2018 e il “Journal of Medical Internet Research”.

Abbiamo visto nei capitoli precedenti come le nuove tecnologie siano entrate nell’uso comune fra gli strumenti della medicina e come spesso rappresentino un valido aiuto nel migliorare la qualità della salute in generale. Abbiamo anche visto come non sia sempre facile utilizzare queste risorse nella maniera più appropriata e come siano coinvolte figure diverse nella gestione di queste risorse.

Per quanto riguarda la salute mentale e le nuove tecnologie altri ulteriori aspetti peculiari devono essere considerati.

Per prima cosa va analizzato come in tutto il mondo la tendenza della struttura della società e della famiglia si stia orientando verso una forma più egocentrica e sebbene la propensione degli esseri umani è quella di essere animali sociali l’orientamento moderno rischia di aumentare le “connessioni” virtuali a discapito di “connessioni” reali soddisfacenti portando all’isolamento dell’individuo.

Analizzando le risorse tecnologiche emergono delle caratteristiche peculiari. E’ stato introdotto il concetto delle tre C ( consumo, contenuto e contesto) inerente il tipo di contenuti e le modalità di fruizione del servizio a cui si è recentemente aggiunto un quarto parametro e cioè la costanza nell’utilizzo<sup>130</sup>. La costanza dei media in particolare influisce sullo sviluppo sociale poiché sono facilmente disponibili opportunità di conoscere e interagire con gli altri, anche dalla prima infanzia.

L’atteggiamento nei confronti della comunicazione e dell’affinità verso le risorse tecnologiche varia molto tra le varie generazioni<sup>131</sup> hanno sottolineato che generazioni diverse hanno anche atteggiamenti diversi nei confronti del lavoro e delle interazioni sociali. Coiera<sup>132</sup> ci ricorda che i processi sociali sono alla base

---

<sup>130</sup> Ivano Boso, Strategie di marketing on-line settore dell’elettronica di consumo, Tesi laurea statistica 2004/2005 UniPD

<sup>131</sup> Bernstein e Bhugra, Next generation of psychiatrist: what is needed in training? Asian Journal of Psychiatry 2011

<sup>132</sup> Coiera, Social networks, social media, and social diseases, Bmj, 2013



non solo del nostro stile di vita ma anche delle decisioni che prendiamo riguardo la nostra salute.

Più di 20 anni fa, Prensky<sup>133</sup> ha identificato e descritto gli immigrati digitali contro i nativi. Gli adulti, non nati nel mondo digitale ma che hanno adottato la tecnologia, sono immigrati digitali. Hanno dovuto imparare dispositivi e piattaforme, spesso richiedendo nuove lingue di simboli e icone. Gli immigrati digitali mantengono un "accento", segnando il loro legame con il passato. Confrontano le esperienze odierne con quelle di una volta. Al contrario, i nativi digitali hanno sempre vissuto con la tecnologia. Sono abituati a ricevere rapidamente informazioni, ad apprezzare l'elaborazione parallela e il multitasking, preferiscono la grafica e funzionano al meglio quando sono collegati in rete. Prensky ha ipotizzato che i bambini cresciuti nell'ambiente digitale "pensano diversamente", affermando che "il loro cervello è quasi certamente fisiologicamente diverso". La costanza porta avanti questo concetto. I giovani nati con la possibilità di avere sempre a disposizione la rete si sviluppano in modo diverso rispetto a quelli che hanno conosciuto momenti in cui potrebbero o meno essere in grado di accedere, ottenere immediatamente informazioni o connettersi con amici o persone care.

Tra i grandi potenziali che l'utilizzo delle nuove tecnologie può vantare abbiamo la possibilità di garantire la privacy e l'anonimato e l'ottimo rapporto costo beneficio. Inoltre in questo modo possono essere raggiunte anche le popolazioni che vivono in luoghi isolati .

Altri aspetti importanti sono migliore accessibilità, maggiore flessibilità in termini di standardizzazione e personalizzazione, maggiore interattività e coinvolgimento dei consumatori.

I tipi di intervento che si possono fare con le nuove tecnologie sono classificati in base a:

- Stadio → promozione, prevenzione, interventi precoci, trattamenti attivi, mantenimento, prevenzione delle ricadute
- Tipo di relazione → per esempio tra professionisti ed e consumatori, tra consumatori, tra professionisti

---

<sup>133</sup> Prensky, Digital natives, digital immigrants part 2: Do they really think differently?, On the horizon, 2001

- Trattamenti e terapie → per esempio cognitivo-comportamentali (CBT), psicoeducativi.

Trattamenti ( autoguidati, guidati da terapisti, o combinati)

Terapie ( primarie, in aggiunta a quelle convenzionali interpersonali o indirizzate a gruppi )

Diverse evidenze supportano il fatto che gli interventi guidati con compartecipazione alla spesa mostrano i migliori outcome anche da un punto di vista costo-beneficio.

La gestione di questa nuova realtà ha creato comunque diverse difficoltà nell'ambito delle varie giurisdizioni e delle responsabilità etiche al punto che è stata istituita "The International Society for Mental Health Online" che ha creato delle linee guida per regolamentare le modalità di utilizzo delle nuove tecnologie in ambito di salute mentale .

Alla luce di queste considerazioni tuttavia la psichiatria tende comunque a mantenere un legame stabile tra paziente-psichiatra. Le nuove tecnologie però possono supportare efficacemente questa relazione. Il supporto che le nuove tecnologie possono fornire alla salute mentale sono essenzialmente di quattro tipi: Telepsichiatria, Social Media, Applicazioni per smartphone, intelligenza artificiale.

### **Telepsichiatria**

La telepsichiatria è stata definita come "l'uso della comunicazione elettronica e delle tecnologie dell'informazione per fornire o supportare cure psichiatriche cliniche a distanza". Nel concreto questo servizio si traduce in videoconferenze tra il paziente ed il medico. Come per i servizi tecnologici in genere questa modalità consente di superare distanze regionali ed internazionali oltre a connettere utenti che vivono in aree rurali e a basso reddito. Può inoltre avvicinare

utenti che vivono in contesti culturali simili con comunicazioni più efficaci senza lacune culturali o incomprensioni. L'analisi di efficacia di questa terapia studiata da Hubley et al ha permesso di evidenziare come in termini di affidabilità dei risultati del trattamento e valutazione i risultati siano sovrapponibili alle interviste "face to face". Egli ha analizzato i vari aspetti, compresi la soddisfazione del paziente e del medico, l'affidabilità, i risultati del trattamento, i risultati dell'implementazione e l'efficacia in termini di costi. Secondo questi studi la telepsichiatria è risultata economicamente conveniente ed applicabile in molti paesi del mondo tra cui USA, UK, Canada e Israele. L'abbattimento importante dei costi andrebbe considerato anche in talune circostanze particolari come quelle dei pazienti detenuti. In questi casi oltre al costo del personale va considerato anche il rischio di evasione per trasferimento del detenuto in strutture adeguate.

L'utilità della telepsichiatria in Italia potrebbe avere un impatto ancora maggiore visto lo stigma che in diverse regioni italiane è ancora presente sul tema della malattia mentale. Infatti tale modalità preserva la riservatezza del paziente e ne facilita l'utilizzo.

Sebbene la videoconferenza sia la modalità più frequentemente utilizzata in telepsichiatria si può utilizzare anche il servizio asincrono. Questa modalità è riservata a situazioni dove a causa di barriere tecniche o linguistiche non è possibile instaurare un dialogo in tempo reale.

Oltre la psicoterapia e la diagnosi psichiatrica questa modalità può essere utilizzata come sistema di supporto decisionale per problemi di salute mentale attraverso domande di screening, valutazioni funzionali e di gravità, diagnosi clinica descrittiva e suggerimenti per modalità di trattamento appropriate.

## **Social Media**

L'impatto sociale che i social media hanno sulla salute e su quella mentale è già stato ampiamente analizzato nei capitoli precedenti. È interessante constatare come gli utenti che vivono online possono soffrire di vari disturbi dell'umore o ansia. Spesso però l'utilizzo dei media nei giovani viene attribuito alla necessità di confronto con i propri coetanei, scarso apprezzamento immagine corporea, disturbi del sonno. I social media possono anche essere utilizzati per indagare disturbi dell'umore attraverso tecniche di "machine learning": utilizzando degli

algoritmi specifici è possibile individuare dei marcatori di depressione prima che il disturbo sia diagnosticato clinicamente o anche intenzioni suicidarie. E poiché negli ultimi 10 anni il loro utilizzo è triplicato con un'utenza media di 2,77 miliardi di persone sarebbe opportuno valutare screening e campagne di prevenzione della salute mentale focalizzate su specifici target anche attraverso la diffusione di messaggi<sup>134</sup> .

### **Applicazioni per smartphone**

Gli smartphone stanno diventando popolari nella vita di tutti i giorni in tutto il mondo con un tasso di utilizzo del 75% nei paesi sviluppati e del 60% nei paesi in via di sviluppo nel 2019<sup>135</sup> . Di pari passo oltre a sviluppare applicazioni per i vari servizi fruibili online sono state sviluppate applicazioni ad hoc per la salute, la salute mentale e la salute dei migranti. Ci sono studi che evidenziano l'efficacia di applicazioni per smartphone nel trattamento di disturbi mentali specifici. Una metanalisi del 2017 mostra come sintomi depressivi e ansiosi possano ridursi in pazienti con malattia lieve<sup>136</sup> . La gestione dei problemi di salute mentale è ulteriormente migliorata dagli sviluppi dell'Internet of Things (IoT). L'IoT è l'interconnessione di più oggetti quotidiani tramite internet, consentendo ai dispositivi di registrare ed inviare dati l'un l'altro. I dispositivi IoT sono stati ampiamente utilizzati in altre specialità mediche, come il monitoraggio continuo della glicemia attraverso un cerotto sulla pelle. Tuttavia sono meno utilizzati nelle malattie mentali. Sono stati proposti degli orologi intelligenti per monitorizzare l'attività del sonno, l'attività elettrodermica e la frequenza cardiaca. Oltre agli orologi tale tecnologia può essere applicata anche ai farmaci. In USA la Food and Drug Administration ha emesso la sua prima approvazione per un farmaco "intelligente" nel 2017. Abilify Mycite è una compressa dell'aripiprazolo antipsicotico con un sensore incorporato nella pillola che segnala quando la pillola viene effettivamente consumata<sup>137</sup> .

---

<sup>134</sup> Statista. Number of social media users worldwide 2010-2021

<sup>135</sup> Anthes E. Pocket Psychiatry. Nature. 2016

<sup>136</sup> Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Prata A, Rosenbaum S, et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. World psychiatry [Internet]. World Psychiatric Association; 2017

<sup>137</sup> Otsuka America Pharmaceutical I. The ABILIFY MYCITE® System [Internet]. 2019

Di pari passo lo sviluppo di applicazioni specifiche per smartphone a sostegno della salute mentale ha avuto un grande implemento. Queste applicazioni sono di vario tipo e cercano di supportare la salute mentale attraverso varie modalità. Ci sono app dedicate solo alla salute mentale e app che inseriscono la salute mentale in un contesto più ampio.

Vediamo ad esempio nello specifico la App Miniila ( [www.miniila.com](http://www.miniila.com) ):

Questa App è stata creata per fornire aiuto a bambini migranti nella zona dove si trovano. La App fornisce informazioni utili riguardo ai supporti esistenti nell'Unione Europea, sulle procedure rilevanti per ottenere protezione internazionale e ricongiungimento familiare.

Oltre a questo supporto specifico ci sono altre categorie utili: Famiglia, Cibo, Informazioni sul Coronavirus, Abbigliamento, Salute e salute mentale, Wifi, Educazione, divertimento, bagni, linea di aiuto, supporto per giovani adulti, ecc...

Per quanto riguarda la salute ci sono diverse voci specifiche: Medico, Farmaci e supporto per le dipendenze da alcool, Pronto soccorso, Salute mentale, Farmacie, Sesso e Gravidanza, Richieste di informazioni

Questa App attraverso il sistema di geolocalizzazione permette di fornire indicazioni specifiche rispetto alla posizione dell'utente.



Di seguito i riferimenti di alcune App sviluppate per promuovere la salute mentale :

- Catch It → App per disturbi dell'umore promossa dal NHS (<https://www.nhs.uk/apps-library/catch-it/>)
- Moodpath: Depressione e Ansia → Se stai lottando con la depressione o l'ansia, Moodpath è la principale app per la salute mentale che ti guida verso il benessere emotivo (<https://mymoodpath.com/en/>).
- MoodGYM → moodgym è come un libro interattivo di auto-aiuto che ti aiuta a imparare e praticare abilità che possono aiutare a prevenire e gestire i sintomi della depressione e dell'ansia (<https://moodgym.com.au/>)
- <https://www.brave-online.com/> → Aiutare i giovani a superare l'ansia
- <https://au.reachout.com/mental-health-issues> → Programma di salute mentale australiano

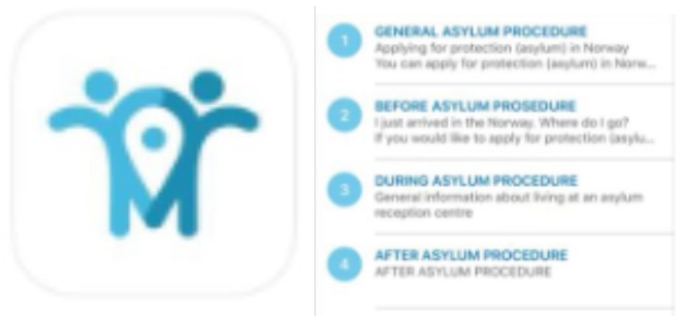
- <https://www.kindertelefoon.nl/> → progetto olandese di supporto telefonico per bambini
- <https://www.yoomagazine.net/localnews.php> → Rivista di supporto alla salute mentale con accesso riservato
- SharpTalk ( [www.sharp.com](http://www.sharp.com) ) → gruppi di discussione con professionisti della salute mentale
- <https://sahar.org.il/about-us/> → Progetto israeliano di sostegno alla salute mentale
- ERAN ( [en.eran.org.il](http://en.eran.org.il) ) → Emotional First Aid by Telephone & Internet
- Parent-Guide ( [parentpreviews.com](http://parentpreviews.com) ) → App specifica per aiutare i genitori a rassicurare i figli che hanno subito eventi di vita drammatici
- CBT Tools for Youth ( [appadvice.com](http://appadvice.com) ) → App specifica per bambini e adolescenti ad aiutarli a stare meglio
- Healthy Minds ( [healthymind.fr](http://healthymind.fr) ) → App che aiuta la mente a gestire i problemi quotidiani
- Ambition-Dreams to Success ( [appadvice.com](http://appadvice.com) ) → App che aiuta a realizzare i propri sogni
- Love Bites Central Coast ( [www.lovebitescc.com.au](http://www.lovebitescc.com.au) ) → App sviluppata in Australia come programma di prevenzione delle violenze.
- Communities Connect ( [www.hivebrite.com](http://www.hivebrite.com) ) → App che permette di creare una comunità virtuale con esperienze simili che sono vicine
- <http://www.unar.it/cosa-facciamo/azioni-positive-e-progetti/nei-miei-panni/> → gioco interattivo per rendere consapevoli le persone riguardo la vita da straniero
- e\_SaludAble (Martina Fernández-Gutiérrez, Effect of an mHealth Intervention to Improve Health Literacy in Immigrant Populations, 2019, CIN: Computers, Informatics, Nursing) → App che facilita la navigazione e la corretta gestione delle risorse socio-sanitarie disponibili nel sistema sanitario pubblico andaluso, consente l'accesso ai dispositivi di emergenza, indica i centri sanitari nelle vicinanze , richiede appuntamenti preventivi per visite mediche, ecc..

- PANDA app (Lucia Borsari, An Innovative Mobile Health System to Improve and Standardize Antenatal Care Among Underserved Communities: A Feasibility Study in an Italian Hosting Center for Asylum Seekers, 2017, Journal of Immigrant and Minority Health )
- Panda health ( joinpanda.com ) → app specifica per assistenza sanitaria mentale ( migliora le prestazioni sul posto di lavoro in media del 15-25% e riduce il turnover del personale fino al 40%)

Per quanto riguarda i migranti il concetto di salute e salute mentale è più articolato. Come già ampiamente discusso nei capitoli precedenti la salute mentale nel migrante è influenzata da diversi contesti. L'ambiente differente nel quale viene a trovarsi crea inevitabilmente uno stress da acculturazione che si ripercuote sulla sua salute ( attraverso lo sviluppo del carico allostatico ) e sulla sua salute mentale. Per questo parlare di App specifiche per promuovere la salute mentale dei migranti può essere riduttivo e bisognerebbe includere tutte quelle App che forniscono informazioni utili per ridurre lo stress da acculturazione. Sviluppare le App considerando anche la lingua di provenienza rappresenterebbe un ulteriore contributo specialmente in quei nuclei familiari dove ci sono ragazzi che andando a scuola imparano la lingua del paese ospitante e sono spesso utilizzati come mediatori culturali ( in maniera impropria ) dalle madri per tradurre negli uffici richieste specifiche.

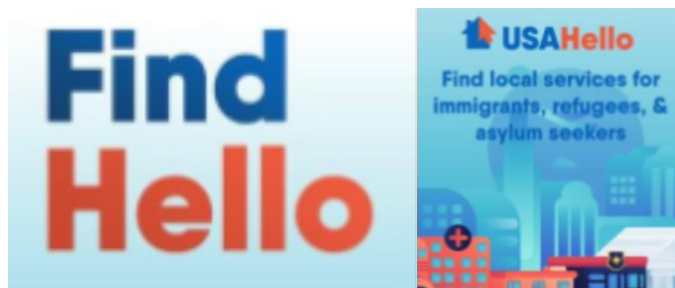
Alcuni esempi di App specifiche per i migranti sono:

Refugee Buddy ( refugees-welcome.it ) : App che fornisce informazioni burocratiche utili a migranti e rifugiati del Norway, Canada e Cipro





Find Hello ( [find.usahello.org](http://find.usahello.org) ): App che aiuta i migranti in generale che si trovano in USA in tutto ciò che può essere utile e necessario



Di seguito altre App specifiche per i migranti e giovani migranti che in maniera diretta o indiretta incidono sulla salute mentale:

- <https://refaid.com/> Local services for migrants from trusted organizations  
→ app specifica per la popolazione migrante
- App Refugee Data → App specifica di UNHCR che analizza i dati statistici sui migranti
- <http://www.refugeespeaker.org/> ha sviluppato un app che permette di tradurre in più lingue il dialogo specifico con i pazienti
- <https://www.universaldocor.com/> → Impresa sociale che sviluppa soluzioni tecnologiche per la salute globale
- <https://www.tarjim.ly/it> programma per tradurre richieste di assistenza sanitaria per rifugiati
- App QA for Refugees in Serbia ( [www.refworld.org](http://www.refworld.org) ) → sito specifico che aiuta il migrante a comprendere se e come può determinare lo status di rifugiato
- App Learn e connect (UNHCR) ( [unhcr.csod.com](http://unhcr.csod.com) ) → piattaforma di apprendimento che forma staff e membri esterni per le pratiche comunitarie sui migranti

- App Settle In ( [settlein.app](http://settlein.app) ) → App specifica per rifugiati USA che illustra argomenti di Orientamento Culturale
- App Refugee Buddy ( [buddy.unhcr.it](http://buddy.unhcr.it) ) → App che fornisce informazioni burocratiche utili a migranti e rifugiati del Norway, Canada e Cipro
- App R.E.P. [www.refugeemployment.org](http://www.refugeemployment.org) ( Education-encouraging-equipping ) → programma di istruzione per rifugiati
- App Refugee Voice ( sviluppatore Christophe Delhaze ) → Piattaforma social specifica per rifugiati che vogliono condividere le loro storie
- Find Hello ( [find.usahello.org](http://find.usahello.org) ) → App che aiuta i migranti in generale che si trovano in USA in tutto ciò che può essere utile e necessario
- myCNAIM ( [mycnaim.en.aptoide.com](http://mycnaim.en.aptoide.com) ) → App che aiuta i migranti del Portogallo a trovare risposte nelle varie problematiche della migrazione
- Refugee Care ( [www.canada.ca](http://www.canada.ca) ) → App canadese che aiuta i medici a fare uno screening iniziale e un monitoraggio delle condizioni fisiche dei rifugiati
- Miniila ( [www.miniila.com](http://www.miniila.com) ) → App specifica per bambini migranti sui servizi nelle vicinanze a loro dedicati
- Rights4Refugees ( [rights4refugees.com](http://rights4refugees.com) ) → App creata dalla Lega Ellenica specifica per migranti che fornisce tutte le informazioni necessarie sui loro diritti
- App ThatHelps ( sviluppatore Legacy Connect, Inc ) → interessante app legata a tematiche che ti stanno a cuore dove puoi scegliere come aiutarle attivamente
- Koneqted → App che permette di localizzare e chattare con persone del tuo stesso paese che sono emigrate. Puoi scegliere il raggio di interazione con il quale vuoi interagire ( attualmente non più disponibile)
- The peoples Game ( [www.thepeoplegame.com](http://www.thepeoplegame.com) ) → App specifica per bambini che consente di imparare in maniera positiva le differenti culture dei vari paesi
- Refugees DILMAJ → App che contiene in più di 40 lingue vocaboli di uso comune ( attualmente non più disponibile )

- Citizenship Test ( sviluppatore Techlis Systems Inc. ) → App interessante che consente una volta selezionato un paese di apprendere nozioni importanti specifiche
- Refugees@Business ( sviluppata dall'Immigration Guidance Foundation con il supporto del Gruppo Europeo Lefebre Sarrut ) → App dei Paesi Bassi specifica per migranti che vogliono iniziare a fare un lavoro

### **Intelligenza artificiale**

L'intelligenza artificiale o “machine learning” è la capacità della macchina di apprendere informazioni utili ed adeguare la risposta in base a degli algoritmi specifici. Tale strumento viene utilizzato in numerosi ambiti tra qui quello medico. Molte delle tendenze future della psichiatria digitale elencate nelle sezioni precedenti utilizzano l'apprendimento automatico per effettuare previsioni e interventi pertinenti, come l'elaborazione delle immagini sulle foto pubblicate su Instagram o Facebook o l'apprendimento automatico nella decifrazione dei post su Twitter. L'intelligenza artificiale è stata inoltre utilizzata per interpretare i segnali di RMN funzionale in pazienti con psicosi o altre malattie mentali<sup>138</sup>. Anche la modalità con cui gli utenti utilizzano gli smartphone per i problemi di salute mentale vengono analizzate attraverso un algoritmo. Questi algoritmi consentono di diagnosticare problemi di salute mentale o persone a rischio di svilupparli prima di manifestazioni cliniche evidenti. Queste considerazioni permettono di prevedere attraverso canali social ad esempio il rischio di sviluppare depressione e programmare interventi precoci<sup>139</sup>. Sono stati sviluppati anche programmi che attraverso l'analisi vocale automatizzata hanno individuato con una precisione del 100% i giovani a rischio di sviluppare una psicosi che poi alla fine l'anno sviluppata. Un'altra ricerca ha evidenziato come l'apprendimento automatico può abbreviare il colloquio diagnostico gold standard per l'autismo con una sensibilità del 100% e una specificità del 94%<sup>140</sup>. In ambito di salute mentale molte persone si sentono più a loro agio ad aprirsi con un sistema virtuale che con una persona fisica e questo consente all'algoritmo di sviluppare

<sup>138</sup> Zarley BD. Meet the scientists who are training AI to diagnose mental illness . The Verge. 2019

<sup>139</sup> Reece AG, Danforth CM. Instagram photos reveal predictive markers of depression. EPJ Data Sci. 2017

<sup>140</sup> Wall DP, Kosmicki J, Deluca TF, Harstad E, Fusaro VA. Use of machine learning to shorten observation-based screening and diagnosis of autism. Transl Psychiatry. 2012

programmi che incoraggino le persone a confidare anche le cose più profonde<sup>141</sup>. Questi programmi possono anche rilevare cambiamenti nelle espressioni facciali e nella comunicazione verbale e fare dichiarazioni appropriate per incoraggiare le persone a parlare<sup>142</sup>. L'apprendimento automatico inoltre può elaborare valutazioni prognostiche verosimili prevedendo strategie di intervento più efficaci e precoci. Uno studio controllato randomizzato ha dimostrato in giovani adulti con sintomi di depressione e ansia miglioramenti nella loro salute mentale dopo aver ricevuto un intervento tipo conversazione con un sistema completamente automatizzato<sup>143</sup>.

L'utilizzo di questi algoritmi pone tuttavia degli interrogativi di non facile risposta: se è vero che da un lato è possibile prevedere con precisione un determinato comportamento è anche vero che non può essere affidata esclusivamente alla macchina la responsabilità di una diagnosi e di un intervento. Inoltre tali strumenti utilizzano dati e informazioni personali che non sempre sono state fornite in maniera esplicita dall'utente mettendo a rischio la privacy<sup>144</sup>.

### **Campagne di promozione della salute mentale classiche e attraverso l'uso delle nuove tecnologie**

In letteratura ci sono stati negli anni diversi programmi volti a promuovere la salute mentale nei giovani. La gran parte sono stati condotti nelle scuole. La scuola infatti negli anni ha ampliato il suo ruolo iniziale indirizzato solo alla trasmissione della conoscenza verso un ruolo educativo ponendo attenzione al benessere psicofisico in generale. Questi programmi hanno come finalità quella di aumentare la consapevolezza delle persone riguardo tematiche della salute

---

<sup>141</sup> Lucas GM, Gratch J, King A, Morency LP. It's only a computer: virtual humans increase willingness to disclose. *Comput Hum Behav.* 2014

<sup>142</sup> Brown E. Computerized "Ellie" has just enough humanity to aid in therapy work. *Los Angeles Times.* Los Angeles; 2015

<sup>143</sup> Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): a randomized controlled trial. *JMIR Ment Heal.* 2017

<sup>144</sup> Grisanzio KA, Goldstein-Piekarski AN, Wang MY, Ahmed APR, Samara Z, Williams LM. Transdiagnostic symptom clusters and associations with brain, behavior, and daily function in mood, anxiety, and trauma disorders. *JAMA Psychiatry.* 2018

mentale e a creare un clima favorevole ad individuare soggetti a rischio e ad evitare comportamenti sbagliati. Diverse strategie sono state utilizzate.

Esistono tre ambiti differenti in merito ai programmi di salute mentale nelle scuole: conoscenza specifica, attitudini delle persone riguardo le tematiche, e comportamenti da attuare.

Le modalità di promozione sono a loro volta divise in Universali ( adeguate e desiderabili per tutti), selettive (rivolte a soggetti a rischio) e Specifiche (rivolte a individui selezionati ad alto rischio)

Ci sono infatti programmi universali rivolti a gruppi di studenti non selezionati e tipologie di programmi rivolte a soggetti a medio e alto rischio di suicidio. Sebbene alcuni studenti non abbiano accettato di buon grado queste iniziative, non c'è stato un aumento del rischio di suicidio durante questi interventi ma sempre una riduzione. I programmi prevedevano una parte di istruzione riguardo al suicidio con poster, lezioni orali, ecc.. affiancata a varie metodologie. Da notare il programma Source of Strength di Wyman del 2010<sup>145</sup> basato sulla leadership di pari. Tra i programmi più efficaci sicuramente un ruolo di primo piano viene dato al metodo YAM in giovani tra i 13 e 17 anni che prevede una discussione guidata tra giovani e adulti opportunamente formati. In particolare il dialogo tra pari aumenta la consapevolezza del problema. Questo metodo inserito nel **programma SEYLE** ha permesso di dedurre alcuni concetti importanti riguardo le campagne di prevenzione<sup>146</sup>.

Di seguito vengono descritti i più importanti:

- I ragazzi con livello socio economico basso hanno un tasso di partecipazione minore<sup>147</sup>
- I migranti nei paesi dello studio Seyle non erano uniformi ( Italia -5%, Slovenia -8%, Spagna -10%<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> Wyman et al, An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools, Journal of Public Health 2010

<sup>146</sup> D. Wasserman et al, School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial, The Lancet 2015

<sup>147</sup> C Wasserman et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe intervention study, BMC public health, 2012

- Tra gli studenti che hanno partecipato allo studio il 6% erano migranti di prima generazione e l' 11,7% di seconda generazione. I migranti non europei di seconda generazione avevano il doppio di probabilità rispetto ai non migranti di sviluppare idee suicide. I migranti europei di prima generazione avevano un rischio doppio di tentato suicidio rispetto ai non migranti. Nello studio Seyle rispetto ad una review europea i livelli di difficoltà emotiva tra migranti e non migranti sono simili. Inoltre c'è una forte associazione tra disagio economico e difficoltà mentali nei migranti. Infine sono stati riscontrati maggiori problemi di comportamento e iperattività nei migranti, in particolare nei migranti non europei<sup>149</sup>.
- I soggetti che facevano un uso patologico di internet avevano dei comportamenti a rischio come la carenza di sonno e l'uso di tabacco oltre a malnutrizione ed inattività fisica
- Gli adolescenti che vivono con entrambi i genitori naturali hanno un rischio minore di abusare di alcolici
- Adolescenti che manifestano depressione, ansia, idee suicide, comportamenti autolesionisti e tentato suicidio tendono ad avere rapporti sessuali più precocemente rispetto a soggetti sani
- Esiste una correlazione tra disturbi d'ansia e malattie croniche negli adolescenti (40%) che è maggiore della popolazione adulta. Tale associazione influisce in maniera indiretta sulla percezione soggettiva di benessere.

Altri programmi nelle scuole sono:

- The Surviving the Teens Suicide Prevention and Depression Awareness Program<sup>150</sup>
- The Signs of Suicide (SOS) Prevention Program<sup>151</sup>

---

<sup>148</sup> V. Carli et al, The Saving and Empowering Young Lives in Europe Randomized Controlled Trial: methodological issues and participant characteristics, BMC public health, 2013

<sup>149</sup> EM McMahon et al, Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents, BJPsychiatry 2017

<sup>150</sup> Strunk CM, King KA, Vidourek RA, Sorter MT. Effectiveness of the surviving the Teens® suicide prevention and depression awareness program: an impact evaluation utilizing a comparison group. Health Educ Behav. 2014

- Sources of Strength Suicide Prevention Program<sup>152</sup>
- The Yellow Ribbon Suicide Prevention Program<sup>153</sup>
- The Good Behavior Game<sup>154</sup>
- Mental Health First Aid (MHFA)<sup>155</sup>

Le nuove tecnologie sono state anche utilizzate nelle campagne di promozione nella salute mentale nelle scuole. Le modalità sono state le più disparate. Vediamo alcuni esempi:

- Act on FACTS: Making Educators Partners in Youth Suicide Prevention (MEP)<sup>156</sup> → progetto specifico che prevede la formazione online attraverso 5 moduli e fasi interattive
- C-Care<sup>157</sup> → Consulenze online e sostegno sociale in pazienti ad alto rischio di suicidio

Alcune campagne di promozione e prevenzione della salute mentale sono state offerte esclusivamente con le nuove tecnologie, sia nelle scuole che al di fuori .

---

<sup>151</sup> Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*. 2004

<sup>152</sup> Calear AL, Brewer JL, Batterham PJ, Mackinnon A, Wyman PA, LoMurray M, Shand F, Kazan D, Christensen H. The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2016

<sup>153</sup> Flynn A, Zackula R, Klaus NM, McGinness L, Carr S, Macaluso M. Student Evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in Midwest Schools. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016

<sup>154</sup> Joslyn PR, Donaldson JM, Austin JL, Vollmer TR. The Good Behavior Game: A brief review. *J Appl Behav Anal*. 2019 Jul;52(3):811-815. doi: 10.1002/jaba.572. Epub 2019

<sup>155</sup> Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018

<sup>156</sup> Lamis DA, Underwood M, D'Amore N. Outcomes of a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program Among School Personnel. *Crisis*. 2017

<sup>157</sup> Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide Life Threat Behav*. 2001

Per quanto riguarda il campionamento, ad eccezione degli studi che hanno reclutato adolescenti attraverso le scuole, la maggioranza dei partecipanti sono stati reclutati per auto-selezione attraverso pubblicità nelle università, sui siti Web e nelle strutture di assistenza primaria. Sono state utilizzate diverse metodologie: giochi on line, social media, programmi di educazione, strumenti interattivi di confronto, storie personali, news, domande e risposte frequenti, chat, gruppi online di supporto, ecc... .

Negli interventi di prevenzione sono stati proposti i cCBT ( computerized cognitive behavioral therapy), programmi on line per studenti per gestire lo stress e campagne informative sulla depressione. L'utilizzo di app per telefoni cellulari per monitorizzare lo stress sembra avere aumentato la consapevolezza di sintomi depressivi anche se l'intervento di terapisti di supporto ha una maggior efficacia. L'utilizzo della chat rispetto al supporto telefonico sembra essere maggiormente accettato da bambini e adolescenti che reputano tale modalità meno "seriosa" e più familiare<sup>158</sup> .

---

<sup>158</sup> Stallard, Paul, Thomas Richardson, and Sophie Velleman. "Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents." *Behavioural and cognitive psychotherapy* 38.5 (2010)



# **Il progetto**

## **Introduzione**

Le possibilità offerte dalle nuove tecnologie per promuovere la salute mentale sono tante e variegate. La scelta della risorsa migliore da proporre ai giovani migranti è ricaduta su uno strumento facilmente fruibile e di immediata comprensione. Il sito internet è sembrato la scelta più opportuna. Potrebbe sembrare una scelta banale e semplicistica ma in realtà l'innovazione del progetto si è concentrata sui contenuti e sulla facile accessibilità.

Numerosissime sono le applicazioni dedicate ai migranti e la maggior parte offrono contenuti legati a servizi essenziali di prima necessità o contatti istituzionali utili. Contengono solitamente una selezione di argomenti relativi alla salute, alla cultura, alle normative. Alcuni permettono anche di individuare i connazionali nelle vicinanze ( che abbiano scaricato e attivato l'app).

La promozione della salute mentale tuttavia è un argomento complesso e rappresenta la sintesi di un insieme di fattori che si interconnettono a più livelli e che risentono profondamente del contesto nel quale un individuo vive abitualmente. Sappiamo infatti che la salute non viene più definita come l'assenza di malattia ma si parla di determinanti della salute che agiscono sinergicamente in ambiti eterogenei per generare benessere. In quest'ottica le nuove tecnologie possono sicuramente rappresentare un valore aggiunto ma si corre il rischio di non riuscire a gestire la complessità dell'argomento per cui qualunque iniziativa finalizzata a generare benessere mentale e fisico andrebbe adeguatamente ponderata.

Inoltre creare una risorsa dedicata esclusivamente ai migranti per promuovere la salute mentale è sembrata discriminatoria e non integrante. Sappiamo infatti che gli immigrati possono avere problematiche di salute mentale legate alle varie fasi del percorso migratorio e le cause non sono legate solo al contesto culturale diverso ma a numerose variabili<sup>159</sup> .

Dal momento che il progetto di dottorato è stato proposto seguendo le aree di specializzazione sulla “Salute” e “Smart, Secure and Inclusive Communities” della Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente è stato dato risalto non solo all’aspetto della salute mentale ma anche dell’inclusività<sup>160</sup> . Per questo motivo lo strumento realizzato seppur indirizzato ai giovani migranti potrebbe essere utilizzato anche dagli altri giovani.

Tra le varie ipotesi di progetti da realizzare si era pensato anche ad una realtà virtuale da elaborare secondo i software dei navigatori stradali e i social media ( Maps, Mappe, Facebook, ecc..) e per questo erano stati contattati i referenti di queste big company tuttavia senza esito. Le loro competenze superspecialistiche avrebbero consentito una progettualità idonea a valutare la fattibilità dell’idea. Dal momento che si ritiene comunque una proposta valida verrà fatta una piccola digressione nella speranza che in un futuro prossimo questa idea venga sviluppata e realizzata.

Si era pensato di creare una realtà virtuale dall’aspetto di una città con strade e negozi che poteva essere percorsa come un navigatore o in maniera 3D. Le particolarità di queste strade erano le vetrine dei negozi. Infatti l’utente che la percorreva poteva vedere le vetrine e vedere cosa c’era dentro. Le vetrine a loro volta erano create da altri utenti che avrebbero dovuto inserire degli oggetti (usi e costumi) che li rappresentavano. Ci sarebbe stato poi una sorta di valutazione periodica da parte dei visitatori che in base ai “like” avrebbe permesso al

---

<sup>159</sup> Carta, Mauro Giovanni, et al. "Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)." *Clinical practice and epidemiology in mental health* 1.1 (2005)

<sup>160</sup> Pellegrini, G., and R. Di Stefano. "La strategia di specializzazione intelligente nazionale e regionale in Italia: Analisi di coerenza." *Rivista economica del Mezzogiorno* 31.4 (2017): 959-980

“negoziante” di avere una posizione più centrale nel paese ( o altra modalità da individuare). La particolarità di questo sito è che il negoziante (altro utente) tanto più sarà originale tanto maggiori saranno le probabilità di avere successo. Da questo punto di vista il migrante rispetto all’utente del suo stesso posto sarà avvantaggiato perché avrà contenuti più originali e avrà più possibilità di dare risalto alla sua vetrina. Questa applicazione di fatto ribalterebbe il concetto di integrazione dal momento che verrebbe dato risalto alla diversità, e quindi in un certo senso all’innovazione. Allo stesso modo il migrante confrontandosi con le vetrine degli altri utenti capirebbe gli usi e costumi di quella popolazione e indirettamente si integrerebbe giocando nella società ospitante. In questo modo gli utenti si mostrerebbero per quello che più gli viene meglio senza doversi porre il problema del colore della pelle, dell’ aspetto fisico e dello status socio economico.

### **Scelta dello strumento da realizzare**

Sebbene dai dati emersi dalla ricerca bibliografica la scelta dell’applicativo più utile da realizzare fosse indirizzata verso il sito internet il progetto PON prevedeva una fase di selezione dell’applicativo da realizzare in base a delle informazioni, dei linguaggi e delle modalità di comunicazione più adeguati alla popolazione target attraverso dei gruppi di confronto o similari. Questa fase è stata molto importante e significativa perché ha permesso di contestualizzare il progetto nel territorio di riferimento e cioè in Abruzzo e Molise. Attraverso questa fase tutte le informazioni raccolte nella letteratura sono state concretamente confrontate con le esigenze presenti sul territorio. Da un punto di vista della salute mentale il migrante ha delle sfaccettature profondamente eterogenee che derivano dal paese di origine, dagli usi e costumi, dal percorso di migrazione, che non permettono di definire uno strumento di azione uguale per tutti. Inoltre nel giovane migrante si sovrappongono necessità legate alla formazione del carattere

e di un'identità culturale. Creare quindi una risorsa fruibile con le nuove tecnologie senza avere una concreta conoscenza del fenomeno nel territorio sul quale si vuole agire può essere inutile e a volte dannoso e si corre il rischio di aumentare il "digital divide" e l'isolazionismo. Questa fase quindi è stata parte integrante del progetto. Attraverso questa fase è emerso come la figura del mediatore culturale possa catalizzare le esigenze del migrante in relazione al tipo di cultura di appartenenza ottimizzando le risorse disponibili. Sarebbe auspicabile quindi che la promozione dell'applicativo scelto venisse veicolata attraverso queste figure.

Individuare una popolazione sensibile al tema della migrazione in un contesto di pandemia da Covid 19 è stato quanto mai difficile. Le maggiori difficoltà inizialmente sono dipese dalla scarsa conoscenza pregressa del territorio su tale tema e dalla difficoltà di reperire informazioni utili dai principali motori di ricerca online. Molti dei contatti che venivano forniti risultavano al momento indisponibili a causa dell'emergenza pandemica. Tutti i servizi non essenziali infatti erano stati soppressi e molti servizi essenziali erano stati contingentati. I servizi per i migranti sono passati in secondo piano soprattutto per quelli irregolari. Da un lavoro svolto dal servizio di Igiene della ASL1 Abruzzo sull'assistenza sanitaria dei migranti nell'emergenza pandemica è emerso come la sintomatologia clinica dell'infezione da Covid 19 nei migranti fosse più marcata a causa di una diagnosi ritardata che portava spesso al ricovero i pazienti in condizioni ormai gravi<sup>161</sup>. Tuttavia l'intensa e costante ricerca finalizzata ad individuare figure idonee per valutare la proposta di applicativo più adeguato alla popolazione locale ha permesso di creare un gruppo eterogeneo di vari enti, associazioni, singoli individui ed esperti in materia a cui sono stati indirizzati dei sondaggi.

---

<sup>161</sup> Dati estrapolati da Fabiani, Massimo, et al. "Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system." *European journal of public health* 31.1 (2021)

I sondaggi sono stati di due principali tipologie: uno rivolto agli operatori del settore e uno rivolto ai migranti. Sono state elaborate delle domande che permettevano di comprendere al meglio il tipo di intervento necessario. Le domande sono state elaborate in base alle evidenze emerse dagli studi presenti in letteratura per avere una visione d'insieme il più possibile obiettiva.

## **QUESTIONARI**

Di seguito gli elaborati sottoposti alla popolazione target: il primo è rivolto ai migranti mentre il secondo è rivolto agli operatori del settore.

### **Migrazione e integrazione**

Se sei un giovane migrante e vuoi aiutarci a valutare le problematiche legate all'integrazione per migliorare il sistema ti chiediamo di rispondere brevemente a queste domande. Grazie

Il questionario per i migranti comprendeva una parte generale con informazioni personali, tipologia di migrazione, presenza di familiari, tipologia di lavoro, abitazione, ecc.... e una parte più specifica legata a bisogni/necessità. A questa tipologia di domande andava data una risposta da Molto d'accordo a per niente d'accordo.

Le domande specifiche erano le seguenti:

Secondo te quali sono i servizi che i giovani migranti come te avrebbero bisogno di trovare nel luogo in cui risiedono?

- Assistenza medica
- Assistenza per le pratiche burocratiche (es. permesso di soggiorno)

residenza, prestazioni mediche)

- Assistenza per individuare le risorse disponibili (es. uffici comunali, utenze, numeri di emergenza, ambasciata, alloggio, associazioni presenti sul territorio, ecc...)
- Aiuto nella ricerca di un'occupazione
- Attività sportive e per il tempo libero
- Insegnamento della lingua italiana
- Creazione di gruppi e reti sociali che condividono interessi e bisogni
- Assistenza psicologica
- Assistenza legale
- Istruzione (es. ottenere un diploma)
- Altro ( in questo caso la risposta è libera)

Quali difficoltà pensi che potresti incontrare nel realizzare i tuoi obiettivi?

- Lunghe liste di attesa per i servizi
- Mancanza di informazioni sui servizi disponibili
- Mancanza di informazioni su come accedere ai servizi disponibili
- Difficoltà a raggiungere i servizi (es., mezzi di trasporto, orari inadeguati)
- Mancanza di supporto nell'accesso ai servizi per le persone la cui prima lingua non è Inglese
- I servizi disponibili sono inefficaci
- Le persone del posto non mi considerano
- Non vengo stimato per quello che faccio
- Le condizioni di vita che sono riuscito a trovare non sono gratificanti
- Le condizioni di lavoro o studio che sono riuscito a trovare non sono soddisfacenti

- Non mi trovo a mio agio nelle rete sociale che sono riuscito a costruire
- Ho difficoltà a comunicare
- Altro ( in questo caso la risposta è libera)

Credi che qualcuno di questi problemi abbia influito sulla salute mentale? ( le opzioni disponibili sono pre, migrazione, post )

- Problemi finanziari
- Malattia fisica
- Problemi relazionali
- Traumi ( carestie, violenza fisica, ecc.. )
- Problemi scolastici
- Problemi legati al lavoro
- Mancanza di cibo o acqua
- Condizioni abitative inadeguate
- Altro ( in questo caso la risposta è libera)

Si è mai rivolto ad un servizio di salute mentale o di supporto psicologico? ( Risposta si/no)

Se si quale?

- Psicologo o psicoterapeuta
- Psichiatra
- Terapia di gruppo
- Gruppi di autoaiuto
- Altro:

Hai mai cercato aiuto online per i tuoi problemi di salute mentale? ( risposta si/no)

Se si dove?

Quale servizio online preferiresti usare per ottenere maggiori informazioni per problemi relativi allo stress o alla salute mentale?

- Sito web
- App
- Blog
- Chat
- Video ( es. YouTube)
- Altro:

Quali fattori pensi che ti indurrebbero a rivolgerti ad un servizio online nel caso ti trovassi ad affrontare una situazione stressante o nel caso in cui avessi un problema di salute mentale?

- Servizio gratuito
- Servizio anonimo e riservato
- Abbondanza di informazioni
- Incontrare persone che hanno le mie stesse difficoltà
- Poter accedere al servizio di supporto in qualsiasi ora del giorno
- Mancanza di altre opzioni disponibili
- Rispetta il mio equilibrio
- Altri come me
- Altro:



Cosa sarebbe importante trovare in un sito o un'app che offre supporto per la salute mentale?

- Informazioni sui diversi problemi di salute mentale: Stress
- Informazioni su come migliorare la propria salute mentale
- Test di autovalutazione della salute mentale
- Contatti e informazioni sui servizi a cui potersi rivolgere
- Ansia
- Depressione

Altro:

Che tipo di ostacoli credi si possano incontrare nell'utilizzo di servizi online per la salute mentale?

### **Giovani migranti e Integrazione**

Ti chiediamo qualche minuto del tuo tempo per aiutarci a comprendere quale strategia secondo te sia la più efficace per migliorare la salute mentale dei giovani migranti. Se sei un operatore sanitario che si occupa di questo settore, ente pubblico, associazione o semplicemente sei sensibile al problema, allora puoi darci una mano. Grazie

Il questionario per gli operatori prevede una parte iniziale con informazioni generali e la struttura nella quale si opera e altre domande più specifiche.

Le domande specifiche sono le seguenti:

Secondo lei quali sono i servizi che i giovani migranti avrebbero bisogno di trovare nel luogo in cui risiedono? ( da molto d'accordo a per niente d'accordo)

- Assistenza medica
- Assistenza per le pratiche burocratiche (es. permesso di soggiorno, residenza, prestazioni mediche)
- Assistenza per individuare le risorse disponibili ( uffici comunali, utenze, numeri di emergenza, alloggio, ecc...)
- Contatti per proposte di lavoro
- Attività sportive e per il tempo libero
- Assistenza linguistica
- Associazioni presenti sul territorio
- Assistenza psicologica
- Assistenza legale
- Creazione di gruppi e reti sociali che condividono interessi e bisogni
- Altro ( risposta aperta)

Secondo lei, quali difficoltà i giovani migranti devono affrontare?

- Mancanza di informazioni sui servizi disponibili e su come accedervi
- Mancanza di informazioni su come accedere ai servizi disponibili
- Lunghe liste di attesa per i servizi
- Difficoltà a raggiungere i servizi (es., mezzi di trasporto, orari inadeguati)
- Mancanza di supporto nell'accesso ai servizi per le persone la cui prima lingua non è Inglese

- I servizi disponibili sono inefficaci
- Le persone del posto non li considerano
- Le condizioni di vita che sono riusciti a trovare non sono gratificanti
- Le condizioni di lavoro che sono riusciti a trovare sono umilianti
- Hanno difficoltà a comunicare
- Non sono a proprio agio nelle rete sociale che sono riusciti a costruire
- Altro (risposta aperta)

Crede che qualcuno di questi problemi abbia influito sulla salute mentale? (pre, migrazione, post)

- Problemi finanziari
- Malattia fisica
- Problemi relazionali
- Traumi (carestie, violenza fisica, ecc... )
- Problemi scolastici
- Problemi legati al lavoro
- Mancanza di cibo o acqua
- Abuso di droghe
- Condizioni abitative inadeguate
- Altro ( risposta aperta)

Quale servizio online pensi che preferirebbero usare per ottenere maggiori informazioni per problemi relativi allo stress o alla salute mentale?

- Sito web
- App
- Blog

- Chat
- Video ( es. YouTube)
- Altro:

Quali fattori pensi che indurrebbero un giovane migrante a rivolgersi ad un servizio online nel caso si trovasse ad affrontare una situazione stressante o nel caso in cui avesse un problema di salute mentale?

- Servizio gratuito
- Servizio anonimo e riservato
- Abbondanza di informazioni
- Altre persone che condividono gli stessi problemi
- Accesso al servizio in qualsiasi ora del giorno
- Non è sicuro di avere un problema
- Mancanza di altre opzioni disponibili
- Altro:

Cosa sarebbe importante trovare in un sito o un'app che offre supporto per la salute mentale?

- Ansia
- Informazioni su come migliorare la propria salute mentale
- Test di autovalutazione della salute mentale
- Contatti e informazioni sui servizi a cui potersi rivolgere
- Stress
- Depressione
- Altro (Risposta aperta)

Che tipo di ostacoli credi si possano incontrare nell'utilizzo di servizi online per la salute mentale? ( risposta aperta )

I questionari sono stati realizzati con l'applicativo Moduli di Google. Tutti i questionari sono stati compilati online. Le modalità di somministrazione dei questionari sono state diverse: è stata inviata una mail a tutti i contatti individuati precedentemente invitandoli a compilare il questionario anonimo a scopo di ricerca. Inoltre è stato creato un database di indirizzi più affini e alcuni sono stati contattati telefonicamente ed inseriti in un gruppo Whatsapp per facilitare l'interazione tra i soggetti coinvolti. E' stato chiesto agli operatori dei servizi di assistenza ai minori migranti di inoltrare agli utenti il link che rimandava alla compilazione del questionario.

I risultati ottenuti hanno permesso di confermare la scelta individuata inizialmente.

Questa fase esplorativa ha permesso inoltre di avere una maggiore consapevolezza sull'entità della presenza e la tipologia dei giovani migranti presenti nel territorio e di calibrare al meglio il servizio da proporre. E' stato constatato come anche nel territorio osservato la salute mentale nel migrante come nella popolazione locale è un argomento di cui si fa fatica a parlare.

Attraverso questa prima fase esplorativa si è creato un gruppo di lavoro che ha collaborato successivamente alla realizzazione del sito internet. Questo gruppo di lavoro si è successivamente ulteriormente strutturato creando il coordinamento territoriale di Abruzzo e Molise della SIMM ( Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). Le diverse competenze specialistiche mediche, antropologiche, ecc.. hanno creato una rete capillare che sta costruendo dei ponti tra i migranti e le istituzioni per la promozione e tutela dei diritti alla salute in genere.

## **Applicativo front-end realizzato**

Tornando al progetto di dottorato sviluppato, nello specifico un sito internet, il primo aspetto innovativo che colpisce lo si trova nel titolo: Allostatic Mind. Il concetto di allostasi, già descritto precedentemente, riveste un aspetto centrale nel progetto di dottorato. Infatti l'allostasi che potremo definire "stabilità nel cambiamento" è particolarmente affine ai migranti che devono mantenere un equilibrio psicofisico pur stravolgendo la loro quotidianità. Per questo i migranti sono soggetti in allostasi per definizione (considerando esclusivamente i migranti che si spostano non perché sono in fuga o costretti in generale a spostarsi ma quelli che lo fanno per motivi legati ad ambizioni, realizzazione professionale, ecc... ). Subito sotto il titolo è stata aggiunta la frase "mente dinamica e in equilibrio" per sottolineare il fatto che bisogna essere alla continua ricerca di equilibrio.

Prima di passare alla descrizione dettagliata del sito è opportuno affrontare l'argomento delle lingue nei quali il sito è stato tradotto. La presenza dei migranti nei territori di Abruzzo e Molise non è distribuita in maniera omogenea ma varia a seconda della tipologia di lavoro richiesto. Ad esempio nella zona della Marsica sono presenti più migranti di nazionalità marocchina impiegati nel lavoro dei campi mentre nella zona dell'Aquila più migranti di nazionalità rumena impiegati nella ricostruzione post sisma 2009<sup>162</sup>. La presenza dei migranti rumeni in realtà è quella maggiormente rappresentata in Italia ma ci sono molte altre etnie presenti. Tuttavia pensare ad un applicativo front-end fruibile dalle nuove generazioni suggerirebbe di utilizzare la lingua inglese poiché è di fatto quella più diffusa tra le cosiddette generazioni "nativi digitali". Sono state quindi scelte le principali lingue parlate nel Mondo. L'utilizzo di altre lingue nella fruizione del sito è stato

---

<sup>162</sup> Muselli, Mario, et al. "From the "real-world evidence" to prevention strategies: health inequalities in immigrants residing in an Italian Local Health Unit." *Epidemiologia e Prevenzione* 44.5-6 Suppl 1 (2020)

comunque possibile attraverso software online che consentivano la traduzione istantanea dei contenuti in maniera gratuita ed affidabile ( Google translate).

Il sito proposto è stato quindi sviluppato in maniera semplice, chiara e lineare. Si è preferito utilizzare un approccio essenziale per fare in modo che l'utente si focalizzasse immediatamente sull'obiettivo. Nella Home page è stata inserita una breve presentazione e in fondo un indirizzo mail da contattare in caso di necessità. L'indirizzo fa riferimento ad una associazione di psicoterapeuti ( che hanno preso parte anche al focus group iniziale) che avrebbero risposto alle richieste di aiuto dell'utente. Questa "apparente" banale mail rappresenta la prima innovazione del progetto. Infatti in questo modo il sito non resta statico ma dinamico, interattivo. Potremmo definirlo più correttamente in allostasi.

Tra le opzioni di menù del sito troviamo: Ansia, Bullismo, Depressione, Stress, Approfondimenti, Video.

Questo menù è stato studiato per dare delle informazioni che potessero interessare le varie fasce d'età adolescenziali. Si è pensato infatti di inserire direttamente nel menù le problematiche più frequenti di salute mentale e di chiamarle con il proprio nome per creare una maggiore confidenza con l'utente. Ogni argomento è stato spiegato in maniera essenziale e schematica nel modo seguente: Definizione, Come faccio a riconoscerlo, Auto-aiuto ( come posso fare io ). L'obiettivo di questi contenuti è quello di far prendere coscienza al paziente di una eventuale problematica di salute mentale o solo semplicemente di descriverla in modo che il soggetto sia in grado di riconoscerla precocemente e quindi prevenire l'insorgenza di patologie mentali strutturate e invalidanti. Per questo è stato dato molto risalto ai sintomi somatici anche attraverso dei disegni esplicativi.

I ragazzi più grandi tuttavia affrontano la realtà con maggiore introspezione e si pongono interrogativi più profondi ed impegnativi. Per questo è stata inserita una

sezione approfondimenti. Gli argomenti trattati sono stati comunque scritti in maniera molto semplice ed essenziale ma a differenza degli altri i contenuti sono stati selezionati per un'utenza più adulta. Gli approfondimenti sono: Reti Sociali, Sport, Stile di Vita, Alimentazione. Per ogni argomento si è dato particolare risalto all'aspetto della salute mentale. Anche se i concetti sono stati schematizzati e ridotti all'essenziale per mantenere alto l'interesse alla fine di ogni argomento sono stati inseriti dei riferimenti bibliografici. In questo modo l'utente che avesse la necessità di approfondire ulteriormente le tematiche potrà trovare ulteriori risposte ai suoi interrogativi.

Oltre alla sezione approfondimenti troviamo un'altra sezione video. Anche questa sezione è stata sviluppata in collaborazione con il focus group che si è creato inizialmente. In questa sezione i video potranno essere aggiunti continuamente aumentando la possibilità da parte dell'utente di comprendere il senso del sito. Nei video sono rappresentati adolescenti migranti che si trovano in Italia (Abruzzo e Molise) e che raccontano la loro esperienza di integrazione. In particolare i ragazzi raccontano come seguendo una loro passione siano riusciti a trovare dei punti in comune con gli abitanti del paese ospitante che gli ha permesso in qualche modo di condividere delle competenze creando le basi per l'integrazione.


Il sito così strutturato riesce a dare delle risposte chiare e semplici ai giovani migranti, permette di approfondire degli argomenti utili alla promozione della loro salute mentale e trova degli esempi a loro vicini che gli indicano la migliore soluzione per integrarsi. Ma è anche un sito amico perché offre un supporto concreto in caso di bisogno attraverso un contatto mail.



Di seguito riportiamo i contenuti del sito nella versione italiana fruibili online:

# Allostaticmind

MENTE DINAMICA E IN EQUILIBRIO

[ANSIA](#) ▾ [BULLISMO](#) ▾ [DEPRESSIONE](#) ▾ [STRESS](#) ▾ [APPROFONDIMENTI](#) ▾  ▾ [VIDEO](#)

## Home

Questo sito è stato creato per farti stare bene. Al suo interno potrai trovare delle informazioni utili per la tua salute. In particolare potrai capire meglio come la salute fisica e quella mentale sono unite e fanno parte della medesima persona: te stesso.

Verranno affrontate alcune problematiche comuni della salute mentale che se ben approciate non saranno più tue nemiche ma potrai imparare a gestirle. Scoprirai come alcune piccole attenzioni ti permetteranno di affrontare meglio le situazioni. Tutto sta a capire da dove si parte: cioè te.

La vita non è mai statica. Ci sono cambiamenti desiderati e altri subiti. Ci sono cambiamenti legati ai luoghi, alle abitudini, altri legati alle relazioni. E' tutto un equilibrio precario dove si mescolano emozioni, belle e brutte. La vita è come il mare aperto, a volte piatto e soleggiato, a volte buio e burrascoso. Per non affondare in questo mare l'unico modo è avere una buona barca. Diceva Baden

Powell: “Non esiste il brutto e il cattivo tempo, esiste il buono e cattivo equipaggiamento”. E adesso pronti a partire.....

Che vuol dire salute mentale

Cosa è la salute mentale? La salute mentale comprende ciò che pensi, come ti senti e agisci e come affronti la tua vita quotidiana. La salute mentale influenza il modo in cui guardi a te stesso, alla tua vita, e a quelli che ti circondano. Essa influenza come gestisci lo stress, prendi decisioni e ti relazioni agli altri. La tua salute mentale è importante come la tua salute fisica. Non c'è Salute senza Salute Mentale.

Porre attenzione ai tuoi sentimenti e pensieri può richiedere molto tempo e fatica dal momento che essi a volte sono difficili da comprendere e accettare. Non sei solo. Persino quando ti sembra di essere il solo con quel particolare problema, puoi essere sicuro che anche la persona seduta accanto a te ha i propri problemi. Ricorda solo che tutto questo è normale.

Se pensi di aver bisogno di aiuto contattaci: [associazionepsicora@gmail.com](mailto:associazionepsicora@gmail.com)

---

## **Ansia**

L'ansia è un'emozione spiacevole che non ti permette di affrontare serenamente le situazioni della vita. Ansia è un termine largamente usato per indicare un

complesso di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e nei cui confronti non ci riteniamo sufficientemente capaci di reagire.

### **Come faccio a riconoscerlo?**

L'ansia può manifestarsi sotto forma di un problema mentale, talvolta causando attacchi di panico, ansia sociale, disturbi ossessivi e fobie debilitanti.

Tra i sintomi di questo malessere psicofisico troviamo manifestazioni che possono interessare uno o più organi e dar luogo a tachicardia, extrasistoli, tremori, ronzii auricolari, sensazione di soffocamento, debolezza, affaticabilità, sudorazione eccessiva, bocca asciutta, vertigini, mal di stomaco, diarrea, nausea, brividi, vampate di calore, minzione frequente, sensazione di nodo alla gola, contrazioni muscolari, tremori.

### **Auto-aiuto ( come posso fare io )**

Modificare stile di vita

Elimina gli alimenti e le bevande che possono accentuare l'ansia ( caffè, bevande alcoliche, zuccheri)

Integra alimenti che stimolano il buon umore. (magnesio, Vit B, D, E, cibi ricchi di antiossidanti, cibi che contengono Gaba)

Attività fisica e yoga

Esercizi di respirazione

Fai qualcosa che ti piace

Rilassati a casa in compagnia di parenti e amici

Prendi un po' di sole

Non sovraccaricarti

Dormi molto

Combattere l'ansia utilizzando delle tecniche mentali

Affronta i fattori di stress che puoi controllare

Evita le situazioni ansiose che non sei in grado di controllare

Medita

Pratica la meditazione consapevole

Usa la visualizzazione

Cerca aiuto ( parlare dei propri problemi)

---

## **Bullismo**

Possiamo parlare di bullismo quando siamo di fronte ad una relazione di abuso di potere in cui avvengono dei comportamenti di prepotenza in modo ripetuto e continuato nel tempo, tra ragazzi non di pari forza, dove chi subisce non è in grado di difendersi da solo.

---

## **Come faccio a riconoscerlo?**

Il bullismo è una particolare manifestazione di aggressività con caratteristiche specifiche che lo contraddistinguono da generici atti di prepotenza: l'intenzionalità, la sistematicità, l'asimmetria di potere tra i soggetti coinvolti

## **Auto-aiuto ( come posso fare io )**

### Sviluppare dei meccanismi di difesa

Mostra reazioni minime al bullismo

Senti la tua forza interiore

Evita i bulli, che sia a scuola o durante gli eventi sociali

Non fare battute su te stesso per dimostrare che non possono ferirti

Rispondi agli insulti se un bullo ti provoca a parole

Batti il bullo in astuzia

### Migliora la propria forza

Prendi delle lezioni di arti marziali

Sii intelligente e sempre attento a tutto

Impara alcune mosse di difesa personale

Sviluppa una maggiore consapevolezza di te ( e della tua grandezza)

Non essere tentato di diventare un bullo a tua volta

---

### Prevenire il ciclo

Cerca di capire con che tipo di bullo hai a che fare

Ricorda che il cyberbullismo è reale come quello diretto

Segnala tutti i casi di bullismo ad una figura autoritaria

Aiuta le altre persone in difficoltà

Spargi la voce

### Comprendere il bullismo

Informati

Tieni a mente che il comportamento di un bullo potrebbe non avere nulla a che fare con te

### Evitare il bullismo a scuola

Emana sicurezza

Fatti sostenere dai tuoi amici

Impara a difenderti

Smetti di vivere nella paura

Considera l'iscrizione a qualche corso di difesa personale

Credi in te stesso

Evita il bullo più che puoi

Non abbassarti al suo livello

---

Non lasciare che il bullo veda l'effetto che ti fa

Parla con un adulto o una figura autoritaria

Non incolpare mai te stesso

### Evita il bullismo virtuale

Non reagire

Blocca il bullo

Salva le prove

Usa impostazioni più private

Pensa a ciò che pubblichiamo

Denuncia la persona ai gestori del servizio

Denuncia la persona agli adulti

---

## **Depressione**

E' normale che ci siano dei giorni dove il morale sia a terra. A volte non c'è un motivo specifico. Altre volte può dipendere da qualcosa che non è andato bene. Può succedere anche che qualcuno ti abbia ferito, deluso, o che semplicemente tu avevi riposto in lui delle aspettative che sono state disattese. Per non soffrirci troppo bisogna sapersi voler bene e imparare a capire cosa aspettarsi dagli altri. Ma quando la tristezza non va via anche se è passato un po' di tempo e

interferisce con la propria capacità di interagire con gli altri e godersi la vita, potrebbe trattarsi di depressione.

La depressione è un disturbo diffuso tra la popolazione generale e quindi molto ben conosciuto. Sembra, infatti, che ne soffra dal 10% al 15% della popolazione, con una frequenza maggiore tra le donne. Sebbene sia una patologia relativamente comune e ci siano diversi modi per curarla e prevenirla, tra le cause troviamo alterazioni a livello neurotrasmettitoriale, ormonale e nel sistema immunitario; inoltre esiste un rischio di svilupparla da due a quattro volte maggiore nei familiari di primo grado affetti da depressione maggiore. Per questi ed altri motivi sarebbe meglio farsi seguire da uno specialista del settore.

### **Come faccio a riconoscerla?**

#### Sintomi

Grande stanchezza e/o mancanza di energia.

La sensazione che nulla sia più importante.

Autostima molto bassa.

Dormire troppo o troppo poco.

Disperazione.

Perdita di piacere e interesse per le attività quotidiane.

Difficoltà ad addormentarsi la sera, restare svegli di notte, dormire di giorno.

Dolori inspiegabili in varie parti del corpo come testa, schiena e stomaco (ciò può anche essere un segno di stress).



Mangiare troppo poco o abbuffarsi come consolazione.

Desiderio di non voler più continuare a vivere.

Difficoltà di concentrazione.

Irritazione.

### **Sintomi fisici**

Non sempre la depressione all'inizio si manifesta con variazioni del tono dell'umore. A volte ci sono solo sintomi fisici inspiegabili che vengono curati con successo con farmaci antidepressivi. In questi casi si parla di "depressione mascherata". Spesso questi soggetti hanno familiarità con depressione maggiore.



Altre volte i sintomi sono subdoli e neanche il soggetto stesso si rende conto del problema, attribuendoli a stanchezza, stress, nervosismo, problemi lavorativi, ecc. In questi casi il soggetto vede in altri fattori la causa del suo malessere. E', infatti,

piuttosto frequente il caso in cui la persona depressa non voglia riconoscere il proprio stato interno.

### **Auto-aiuto ( come posso fare io)**

Cambiare Stile di Vita

Dormi meglio.

Fai esercizio fisico

Mangia sano

Se ti sei trascurato, ricomincia a prenderti cura di te

Coltiva una buona rete di appoggio

Circondati di persone ottimiste

Cambiare Atteggiamento

Tieniti occupato

Fai attività divertenti e coccolati

Inizia a tenere un diario per parlare della tua esperienza con la depressione

Aiuta gli altri

Cambiare gli Schemi Mentali Negativi

Immagina che sia un cammino verso il benessere.

Comprendi i motivi per cui è importante superare gli schemi mentali negativi.

Cambia il tuo modo di ragionare

Cerca di pensare agli aspetti positivi della tua vita

Cambia il tuo modo di parlare

Accetta il fatto che la depressione potrebbe tornare

---

## **Stress**

Lo stress è una reazione che si manifesta quando una persona percepisce uno squilibrio tra le sollecitazioni ricevute e le risorse a disposizione. Solitamente si verifica quando variano le situazioni abituali e l'individuo è costretto a ricreare un nuovo equilibrio rispetto ad una condizione conosciuta e stabilizzata. Questa fase di adattamento crea nell'individuo un'attenzione particolare sulla nuova realtà al fine di definirne il tipo di relazione/interazione.

Ci sono due fondamentali tipi di stress:

+ Persino le cose che ti piacciono o che desideri possono essere una fonte di stress. Ad esempio, farsi nuovi amici, sostenere un esame, andare ad un primo appuntamento, praticare uno sport, andare ad una festa...

– Questo deriva da cose che trovi spiacevoli o minacciose. Ad esempio, tormentarsi per una opportunità persa, preoccuparsi eccessivamente per il proprio aspetto e modo di vestire, essere esclusi o vittima di bullismo...

Non c'è un modo per evitare completamente lo stress, né sarebbe una cosa salutare. Un certo livello di stress è necessario, perché ti rende più vigile e pronto ad agire, come uno stimolante. Ma uno stress eccessivo che dura troppo a lungo ha un effetto dannoso sulla tua salute. Alcune persone possono fronteggiare una gran quantità di stress meglio che altri. Quando lo stress diventa fastidioso dovresti cercare aiuto

### **Come faccio a riconoscerlo?**

Lo stress può anche comportare sentimenti di angoscia e preoccupazione, i quali possono provocare difficoltà ad addormentarsi o frequenti risvegli notturni o incubi. Le emozioni possono essere manifestate in modi molto diversi. Alcune persone trovano facile aprirsi e parlare delle proprie emozioni. Altre persone sono più riservate, silenziose o timide. Inoltre, noi tutti utilizziamo differenti linguaggi del corpo.

I sintomi fisici più comuni sono:



### **Auto-aiuto (come posso fare io)**

Rilassare il corpo

Fai attività fisica

Prova un massaggio

Mangia sano

Prendi l'abitudine di usare prodotti di origine vegetale e bere tisane quotidianamente

Migliora il tuo rapporto con il sonno

Cerca di vivere in armonia con il tuo corpo

Rilassati

Rilassare la mente

Leggi

Pensa positivo per vivere più serenamente le tue interazioni quotidiane

Ridi di più

Pratica la respirazione profonda

Pratica la consapevolezza

Essere proattivo

Molla la presa (almeno un po')

Affronta subito le situazioni stressanti

Organizzati

Impara a controllare i tuoi impegni

Ritagliati del tempo per rilassarti

Usa delle tecniche per risolvere i problemi

Circondati di una rete di appoggio positiva

Riflettere sul proprio stress

Identificare le cause dello stress

Esamina la frequenza con cui ti senti stressato

Classifica le cause dello stress

Metti a punto un piano per combattere lo stress nella tua vita

Rifletti con l'aiuto degli altri

---

## **Approfondimenti**

### **Reti Sociali**

Le relazioni sociali rappresentano da sempre per la razza umana un bisogno primordiale. Numerosi sono gli studi che evidenziano l'importanza delle relazioni tra gli uomini per il benessere del singolo e della collettività. Schopenhauer definiva l'uomo "animale sociale" proprio in relazione al fatto che avesse bisogno di socializzare. Analizzeremo brevemente più da vicino come le relazioni sociali siano determinanti nella motivazione e come influiscano sulla salute in generale.

Il concetto di motivazione nell'essere umano ha destato da sempre molto interesse. La persona motivata solitamente ha un'alta capacità produttiva, è efficiente, dinamica, ha le energie sufficienti per superare gli ostacoli e, di norma, si adatta alle difficoltà che incontra nel suo percorso. La persona motivata rappresenta un valore aggiunto per la società e spesso viene identificata come un esempio a cui fare riferimento.

Sarebbe bello che tutti gli esseri umani fossero sempre spinti da una forte motivazione, ma come sappiamo non è sempre così.

Numerosi studiosi sono concordi nel sostenere che durante le prime fasi della vita, i bambini nei loro stati più sani, sono attivi, curiosi e giocosi, anche in assenza di ricompense specifiche (1). La naturale inclinazione verso l'assimilazione, la padronanza, l'interesse spontaneo e l'esplorazione è essenziale per lo sviluppo

cognitivo e sociale e rappresenta una fonte principale di divertimento e vitalità per tutta la vita (2,3). Questa particolare motivazione innata viene anche definita motivazione intrinseca perché è parte integrante dell'individuo. Tuttavia, nonostante il fatto che gli esseri umani siano generosamente dotati di tendenze motivazionali intrinseche, il mantenimento e il miglioramento di questa propensione naturale richiede condizioni di supporto, poiché può essere abbastanza facile alterare questo equilibrio (4).

Sono stati descritti diversi approcci per definire le modalità di interazione dell'individuo con la realtà e le sue implicazioni, come, ad esempio, la teoria dell'autodeterminazione e la teoria della valutazione cognitiva (5) e nel tempo sono stati presi in considerazione anche altri aspetti. Ciò che risulta chiaro è come la motivazione in generale risenta di alcuni fattori imprescindibili: autonomia, competenza e relazioni sociali (5).

Questi aspetti sono interconnessi a più livelli e, sebbene la ricerca di autonomia e competenza non sia direttamente legata alle relazioni sociali, gli ambienti sociali possono facilitare o prevenire la motivazione intrinseca supportando o contrastando i bisogni psicologici innati delle persone (come il senso di sicurezza e le relazioni sociali ).

Oltre al concetto di motivazione intrinseca, legata ad attività che hanno un interesse intrinseco per ciascuno ( attività che hanno il fascino della novità, della sfida o del valore estetico ), esistono altri tipi di motivazioni estrinseche che, sebbene meno forti, giocano un ruolo molto importante nella società: infatti, dopo la prima infanzia, quando la libertà è sempre più ridotta da pressioni sociali ( per svolgere attività che non sono interessanti ) e dalla necessità di assumersi nuove responsabilità, è necessario che l'individuo sviluppi una motivazione estrinseca



autodeterminata per ottenere un risultato gratificante. Questo obiettivo è molto diverso dalla motivazione intrinseca che, invece, è fine a se stessa. La ragione principale per cui le persone inizialmente eseguono tali azioni è perché i comportamenti suggeriti vengono indicati da soggetti significativi a cui si sentono (o vogliono sentirsi ) legati. Ciò suggerisce che la relazione, il bisogno di sentire l'appartenenza e la connessione con gli altri è di fondamentale importanza per far sentire tale azione come propria.

Le motivazioni estrinseche, molto più complesse e articolate, possono offrire all'individuo e alla società una grande gratificazione. E' molto importante, però, che ci sia un processo di interiorizzazione da parte del soggetto, piuttosto che il semplice rispetto di una particolare regola. Infatti, durante il processo è più probabile che si riesca ad interiorizzare con più facilità una nuova regola comportamentale in relazione alle esperienze precedenti e alle situazioni attuali (3).

Man mano che la persona comprende l'importanza di un dato valore ed inizia a sentirlo come proprio, tale valore va ad integrarsi nella persona al tal punto che sembra essere parte di se.

Il processo di integrazione è graduale e permette alla persona di cogliere il significato di una determinata regola rispetto ai propri obiettivi e valori.

Infine, l'esperienza dell'autonomia facilita l'interiorizzazione e, in particolare, è una fase necessaria per integrare una regola.

A riguardo, per approfondimenti, si consiglia di leggere la teoria dell'integrazione organismica (5).

### **Reti sociali e salute mentale**

La salute mentale rappresenta un bisogno della psiche al pari di altri bisogni essenziali, come l'acqua e il cibo e ciò implica che gli individui per stare bene hanno bisogno di soddisfare tutti i bisogni essenziali. Soddisfare tali bisogni porta alla salute e al benessere, al contrario se non soddisfatti si contribuisce allo sviluppo di patologie e malessere.

In tal senso, è importante sottolineare come il tipo di motivazione sia correlato al benessere psicofisico. Infatti, dare molta importanza alle aspirazioni intrinseche (affiliazione, crescita personale, e comunità che soddisfano direttamente i bisogni fondamentali) è positivamente associato ad indicatori di benessere come l'autostima, l'autorealizzazione e l'inverso di depressione e ansia, mentre dare una forte importanza relativa alle aspirazioni estrinseche (ricchezza, fama e immagine che nel migliore dei casi soddisfano indirettamente i bisogni) è correlato negativamente a questi indicatori di benessere (6,7).

### **Reti sociali e contesti culturali**

Gli obiettivi specifici che vengono individuati da ciascuno e che sono perseguiti secondo la motivazione personale risentono senza dubbio del contesto culturale. Tale contesto può produrre variazioni sostanziali nell'importanza degli obiettivi,

il cui perseguimento produce, a sua volta, una diversa soddisfazione dei bisogni fondamentali e diversi livelli di benessere (8,9).

### **Reti sociali e salute**

Il concetto di motivazione e benessere può essere esteso a tutti i campi, soprattutto a quello della salute. Infatti la comprensione di obiettivi specifici di tipo sanitario comporta la successiva interiorizzazione e il perseguimento dell'obiettivo specifico.

Nel campo dell'assistenza sanitaria, una maggiore interiorizzazione è stata associata, ad esempio, a una maggiore aderenza ai farmaci tra le persone con malattie croniche (10), un migliore mantenimento a lungo termine della perdita di peso tra i pazienti con obesità patologica (11), un migliore controllo del glucosio tra i diabetici (12) e una maggiore partecipazione e coinvolgimento in un programma di trattamento della dipendenza (13). Dimostrazioni di risultati positivi associati a una motivazione interiorizzata sono emerse anche in altri ambiti, tra cui l'esercizio fisico (14) e relazioni intime (15).

### **Take Home Message**

Le reti sociali sono molto importanti nella salute mentale delle persone. Da un lato accompagnano l'individuo nel suo percorso di vita personale, sostenendolo e rispondendo a bisogni specifici propri della natura umana, dall'altro lo aiutano ad individuare ed interiorizzare gli obiettivi specifici del suo cammino. In questo percorso, tuttavia, bisogna non solo avere chiaro in mente la non prescindibilità di

tali reti, ma anche la necessità di individuare dei contesti sociali in relazione alle proprie richieste.

- 1) Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 1, 661-669.
- 2) Csikszentmihalyi, M., & Rathunde, K. (1993). The measurement of flow in everyday life: Toward a theory of emergent motivation. In J. E. Jacobs (Ed.), *Developmental perspectives on motivation* (pp. 57-97). Lincoln: University of Nebraska Press.
- 3) Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427.
- 4) Richard M. Ryan and Edward L. Deci, (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*
- 5) Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- 6) Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- 7) Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 80-87.
- 8) Kasser, T., Ryan, R. M., Zax, M., & Sameroff, A. J. (1995). The relations of maternal and social environments to late adolescents' materialistic and prosocial values. *Developmental Psychology*, 31, 907-914.
- 9) Richins, M. (1987). Media, materialism and human happiness. *Advances in Consumer Research*, 14, 352-356.
- 10) Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.
- 11) Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.

12) Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.

13) Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.

14) Chatzisarantis, N. L. D., Biddle, S. J. H., & Meek, G. A. (1997). A self-determination theory approach to the study of intentions and the intention-behaviour relationship in children's physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 2, 343-360

15) Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C. & Vallerand, R. J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1021-1031.

---

## **Sport**

### **Sport e Salute**

“La medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità” (William Osler)

I complessi meccanismi che regolano la fisiologia degli esseri umani operano in sinergia per mantenere un equilibrio dinamico di massima efficienza. Sebbene a volte si abbia la convinzione che per prevenire e curare una patologia ci sia sempre bisogno di consulti medici e trattamenti farmacologici, il miglior modo per curare il benessere psicofisico è prendersi cura di se e rispettare il proprio corpo e per stare bene è necessario il rispetto di questo equilibrio che dipende in gran parte da noi.

Sicuramente uno dei modi che abbiamo per contribuire al benessere del nostro corpo e produrre una serie di effetti che influiscono in maniera diretta nel mantenimento di questo equilibrio è praticare sport.

Gli effetti che l'attività sportiva induce nel nostro organismo si applicano in diversi ambiti, con il risultato finale di una riduzione della mortalità ed un aumento del benessere.

Dal punto di vista biologico l'attività fisica regolare consente all'apparato muscoloscheletrico di mantenere una buona massa muscolare rispettando e rafforzando la struttura dei tendini. Questo permette di evitare dolori associati a tendinopatie e rotture spontanee sottocutanee da sforzi improvvisi. A livello articolare la stimolazione al carico adeguata consente alla ultrastruttura cartilaginea di preservare un numero congruo di fibre in relazione allo stimolo meccanico, che si traduce in una migliore distribuzione del carico e delle sollecitazioni ricevute. La stimolazione meccanica ha un effetto molto importante anche sulla massa ossea poiché il continuo turnover osseo verrebbe alterato dall'immobilità provocando quadri di osteoporosi di entità variabile, con un progressivo aumentato rischio di fratture.

A livello reumatologico l'attività sportiva è indicata in tutte quelle forme di patologia non gravi poiché aiuta a ridurre la sintomatologia dolorosa.

Evidenze recenti indicano come l'abitudine sedentaria usuale (come stare seduti per lunghi periodi di tempo) è associata a metabolismo del glucosio anormale e morbilità cardiometabolica, nonché a mortalità complessiva (8).

Negli anziani, l'attività fisica regolare aiuta non solo la salute fisica, ma anche quella mentale, riducendo e/o prevenendo lo sviluppo di demenza (6) e il rischio di cadute, contribuendo ad un invecchiamento sano (7).

Nell'ambito della salute, la malattia mentale rappresenta il 15% del carico globale della spesa dei paesi di cui una percentuale importante è attribuita agli individui giovani (12). Ci sono diverse evidenze che enfatizzano il valore potenziale di iniziative basate sullo sport per ridurre tali problemi tra giovani e adulti (12). Tali iniziative andrebbero attentamente progettate ed implementate in base a fattori sociali, culturali e ambientali che possono contribuire all'inattività fisica tra particolari gruppi (5).

Inoltre, sempre in ambito sanitario, il contributo dello sport può essere esteso a situazioni di emergenza e di crisi nell'ambito di programmi umanitari mirati ai bisogni sanitari e sociali, nonché allo sviluppo e all'integrazione della comunità (9).

Infine, promuovere un'educazione fisica di qualità anche negli ambienti scolastici può contribuire a creare stili di vita sani e attivi per tutta la vita, prevenendo malattie e disturbi di salute mentale, nonché rafforzare i risultati accademici. (13).

Quindi i benefici offerti dall'attività sportiva non sono limitati solo alla salute, ma indirettamente forniscono anche benefici sociali ed economici a comunità e nazioni. Il contributo potenziale che potrebbe offrire in tal senso, tuttavia, viene ancora poco sfruttato (10,11).

Non è un caso che l'OMS abbia deciso di promuovere l'attività fisica nell'Agenda per lo sviluppo sostenibile 2030. Dopo un'attenta analisi da parte dei vari Paesi del Mondo sui benefici dell'attività sportiva, è stato deciso di promuovere campagne di supporto e valorizzazione delle persone che sono regolarmente attive. I dati analizzati, infatti, mostrano un' aumento preoccupante dell'inattività, con delle conseguenze negative in diversi contesti. Infatti l'inattività è il quarto fattore di rischio per la mortalità globale, causando circa 3,2 milioni di decessi all'anno (OMS 2010).

Le più recenti stime comparative globali disponibili del 2010 indicano che in tutto il mondo il 23% degli adulti e l'81% degli adolescenti (di età compresa tra 11 e 17 anni) non soddisfano le raccomandazioni globali dell'OMS sull'attività fisica per la salute. L'inattività fisica negli adulti è più alta nel Mediterraneo orientale, nelle Americhe, in Europa e nelle regioni del Pacifico occidentale, ed è più bassa nella regione del sud-est asiatico (1). Questi tassi aumentano con lo sviluppo economico, a causa dell'influenza dei cambiamenti nei modelli di trasporto, nell'uso della tecnologia, nell'urbanizzazione e nei valori culturali (2). Le differenze nei livelli di attività fisica sono spiegate anche da significative disuguaglianze nelle opportunità in base al genere e alla posizione sociale, sia all'interno del paese che tra i vari Paesi (1). Le ragazze, le donne, gli anziani, le persone di bassa posizione socioeconomica, le persone con disabilità e malattie croniche, le popolazioni emarginate, le popolazioni indigene e gli abitanti delle comunità rurali, hanno spesso meno accesso a spazi e luoghi sicuri, convenienti e appropriati in cui essere fisicamente attivi ( GLOBAL ACTION PLAN ON PHYSICAL ACTIVITY 2018-2030 WHO ).

Tutto questo si traduce in termini di costi in una spesa globale stimata di 15 miliardi di dollari per l'assistenza sanitaria diretta nel 2013 ( di cui il 57% sostenuto dal settore pubblico ) e altri 14 miliardi di dollari relativi alla perdita di



produttività (3). Tali costi rappresenterebbero l'1-3% della spesa sanitaria nazionale, sia in paesi ad alto reddito che a basso e medio reddito (LMIC) (4).

1) WHO. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.

2) Sallis J, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet*. 2016;388:1325–36.

3) Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexandar TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Mechelen W. et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388(10051):1311–24.

4) Bull F, Goenka S, Lambert V, Pratt M. Physical activity for the prevention of cardiometabolic disease. In: Prabhakaran D, Anand S, Gaziano TA, Mbanya J, Wu Y, Nugent R. editors. *Disease Control Priorities*. 3rd edition, Vol.5 Cardiovascular, respiratory, and related disorders (DCP3). Washington DC: World Bank. 2017;79–99.

5) Bauman, A. E., R. S. Reis, J. F. Sallis, J. C. Wells, R. J. F. Loos and B. W. Martin (2012), 'Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?', *The Lancet*, Vol. 380, 258–271.

6) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;16;390(10113):2673–2734.

7) WHO. Global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020). Geneva: World Health Organization; 2016.

8) WHO. Montevideo roadmap 2018–2030 on NCDs as a sustainable development priority. Geneva: World Health Organization; 2017.

9) Women's Refugee Commission, UNHCR, and GRYC. "We believe in youth": global refugee youth consultations final report (https://www.womensrefugeecommission.org/youth/resources/1385-gryc-final-report-sept-2016).

10) Lindsey I, Chapman T. Enhancing the contribution of sport to the Sustainable Development Goals. London: Commonwealth Secretariat; 2017.

11) International Olympic Committee. Olympic Agenda 2020: 20+20 Recommendations and Sport and Active Society (<https://www.olympic.org/news/olympic-agenda-2020-discussions-culminate-in-2020-recommendations>).

12) Biddle, S. J. and M. Asare (2011), 'Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews', British Journal of Sports Medicine, Vol. 45, 886–895

13) WHO GLOBAL ACTION PLAN ON PHYSICAL ACTIVITY 2018-2030

---

## **Stile di vita**

È indubbio che la salute e il benessere psicofisico siano influenzati da molteplici parametri, sia direttamente che indirettamente. Tali parametri interessano sia il corpo che la mente. Questi due aspetti della salute sono strettamente connessi: infatti mentre nelle tradizioni indù, buddista e confuciana il disagio psicologico e somatico sono concetti sinonimi, nelle società occidentali il disagio somatico è subordinato alla mente e viene considerato come manifestazione di un disagio psicologico (1).

Di seguito analizzeremo alcuni aspetti importanti che possono condizionare la salute mentale e fisica.

## **Stress**

Nella vita di ognuno di noi l'equilibrio che ci accompagna durante le normali attività quotidiane non è mai statico, ma risente continuamente di eventi esterni ed interni che vanno costantemente a stimolare e perturbare una situazione

apparentemente stazionaria. Tali dinamiche sono normalmente presenti e gestite in maniera armonica dall'individuo, tuttavia in alcuni casi possono creare un sovraccarico con ripercussioni mentali e fisiche. Esse contribuiscono a creare il carico allostatico (2).

Già nella prima infanzia, lo stress eccessivo può interferire nello sviluppo di meccanismi neuronali che regolano la risposta allo stress cerebrale nell'espressione genica (3). Relazioni stabili e amorevoli come quelle di un genitore che permettono al bambino di percepire un "attaccamento sicuro" consentono un migliore sviluppo sociale ed emotivo e formano l'individuo per affrontare l'ansia e gestire lo stress in modo efficace (4).

Quando le situazioni stressanti sono eccessive e non vengono adeguatamente gestite si creano dei cambiamenti nella risposta allo stress con effetti significativi sulla fisiologia del sistema immunitario, sulla funzione cardiovascolare, sul sistema respiratorio e sul sistema nervoso centrale anche a livello epigenetico. Tutto ciò induce un danno complessivo alla salute del soggetto (5,6). Ci sono, infatti, forti evidenze di come molte condizioni fisiche e mentali possono manifestarsi in fasi avanzate della vita ma che hanno avuto origine precocemente (14).

Le situazioni stressanti, tuttavia, possono essere supportate anche in vari contesti: familiare, comunità di riferimento e gruppi sociali. Un ulteriore supporto può essere fornito da un adeguato assetto sociale e dalle istituzioni quali scuola, asilo, lavoro, pensione ed altri servizi di supporto che possono creare le condizioni ottimali (7).

## **Condizioni di vita**

Il basso status socioeconomico è direttamente correlato a disturbi mentali comuni (depressione e ansia) (9). Tali disturbi sono emersi anche in pazienti con basso livello di istruzione, situazione di svantaggio materiale e disoccupazione (12), mentre nel caso di persone più anziane sono associati ad isolamento sociale. Molte revisioni sistematiche evidenziano tali peculiarità in diversi Paesi (10). In alcuni studi, inoltre, i disturbi mentali sono in relazione all'indebitamento (11). È interessante notare come nei bambini tra i tre e i cinque anni, la frequenza di difficoltà socio-emozionali e di comportamento appare inversamente proporzionale rispetto al valore economico dell'abitazione come indicatore di posizione socioeconomica (13).

Numerose sono le evidenze che indicano come paesi con libertà politiche limitate, ambiente politico instabile, sistemi di controllo e servizi scarsamente sviluppati rendono la popolazione vulnerabile, poiché hanno effetti deleteri sul benessere mentale (8).

## **Sonno**

Diverse sono le problematiche legate al sonno che possono indurre ripercussioni anche sulla salute. Tra le principali patologie abbiamo l'insonnia, la sindrome da apnea ostruttiva del sonno, ma anche il sonno eccessivo (15).

I problemi di salute descritti sono vari. Recenti ipotesi individuano nella scarsa qualità del sonno un forte fattore di stress neurobiologico e fisiologico (16). Tra gli effetti più marcati risulterebbe un'aumentata incidenza di ipertensione. Le alterazioni del sonno potrebbero compromettere l'adattamento allo stress attraverso l'allostasi e contribuire al carico allostatico, compromettendo così la

resilienza allo stress e aumentando la pressione sanguigna (17). Le alterazioni di importanti funzioni omeostatiche legate al sonno, inoltre, possono indurre l'attivazione del sistema nervoso simpatico e delle vie pro-infiammatorie (18). L'interruzione del ritmo circadiano e le carenze del sonno possono ulteriormente contribuire all'aumento di peso, all'obesità e al diabete di tipo 2, alterando i tempi e la quantità di assunzione di cibo, compromettendo la tolleranza al glucosio e la sensibilità all'insulina (19).

L'insonnia è un fattore causale nel verificarsi di esperienze psicotiche e altri problemi di salute mentale (21) come l'insorgenza di un episodio depressivo (22), ansia, abuso di alcol (24) e rappresenta un rischio per lo sviluppo di ideazioni e comportamenti suicidari (23).

La sindrome da apnea ostruttiva del sonno non diagnosticata e non trattata può ulteriormente portare a un aumento delle malattie cardiovascolari, ictus, malattie metaboliche, eccessiva sonnolenza diurna, errori sul posto di lavoro, incidenti stradali e morte, con conseguenze significative in termini di onere economico. Sia le conseguenze sanitarie che sociali con i rispettivi costi possono essere ridotte con l'identificazione e il trattamento dell'apnea notturna nei migranti (20).

1) M Kagawa-Singer, D K Wellisch, R Durvasula, Impact of breast cancer on Asian American and Anglo American women, *Cult Med Psychiatry* . 1997

2) McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998 May 1;840:33-44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x. PMID: 9629234.

3) Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *ProcNatlAcadSciUSA*. 2010;107(19):8507-12.

4) Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;

- 5) Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *American Journal of Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46
- 6) Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009;301(21):2252-9
- 7) Social determinants of mental health World Health Organization 2014
- 8) Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 London: Marmot Review; 2010
- 9) Champion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*. 2013;
- 10) Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska J, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2010
- 11) Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *PsycholMed*. 2008
- 12) Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health*. 2005
- 13) Kelly Y, Sacker A, Del BE, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *ArchDisChild*.
- 14) Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *ClinPractEpidemiolMentHealth*
- 15) Knutson KL, Cauter EV, Rathouz PJ, et al. Association Between Sleep and Blood Pressure in Midlife The CARDIA Sleep Study *Arch Intern Med* 2009; 169: 1055-61.
- 16) Meerlo P, Sgoifo A, Suchecki D. Restricted and disrupted sleep: effects on autonomic function, neuroendocrine stress systems and stress responsivity. *Sleep Med Rev* 2008; 12:197-210
- 17) McEwen BS. Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: Allostasis and allostatic load. *Metabolism* 2006; 55 (10 Suppl 2): S20-3.
- 18) Faraut B, Boudjeltia KZ, Vanhamme L, Kerkhofs M. Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of sleep restriction and recovery. *Sleep Med Rev* 2012; 16: 137-49.

- 19) Depner CM, Stothard ER, Wright KP. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diab Rep.* 2014;14:507. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0507-z>.
- 20) Knauert M, Sreelatha N, Boyd Gillespie M, Kryger M. Clinical consequences and economic costs of untreated obstructive sleep apnea syndrome. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2015
- 21) Richter K, Baumgärtner L, Niklewski G, Peter L, Köck M, Kellner S, Hillemacher T, Büttner-Teleaga A. Sleep disorders in migrants and refugees: a systematic review with implications for personalized medical approach. *EPMA J.* 2020 May 13;11(2):251-260. doi: 10.1007/s13167-020-00205-2. PMID: 32549917; PMCID: PMC7272531.
- 22) Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011; 135: 10-19.
- 23) Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiat* 2012; 73: e1160–67.
- 24) Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, Jansson-Fröjmark M, Palagini L, Rücker G, Riemann D, Baglioni C. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2019 Feb;43:96-105.

---

## **Alimentazione**

“Gli animali si nutrono, l’uomo mangia ma solo l’uomo intelligente sa mangiare”

Jean Anthelme Brillat Savarin

L’alimentazione per l’essere umano non rappresenta solo la necessità di nutrirsi. Infatti, il modo in cui una persona si alimenta è condizionato anche dalla sua mente. L’attenzione al tipo di alimentazione non è sempre frutto di una selezione

rigorosa e ragionata. Nella società moderna frenetica e globalizzata spesso viene lasciato poco tempo alla scelta del cibo. Poiché siamo anche ciò che mangiamo, lo scarso interesse alla nostra dieta può essere responsabile di patologie organiche invalidanti come l'obesità, l'ipertensione arteriosa, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le malattie metaboliche, il diabete di tipo 2, alcune forme di tumori. Ma anche disturbi alimentari legati a problemi mentali possono avere ripercussioni su cosa e quanto si mangia. Come ad esempio l'anoressia e la bulimia. Ci sono, tuttavia, diverse condizioni meno gravi che portano l'individuo ad avere un rapporto sbagliato con il cibo. Spesso, anche a causa dei ritmi stressanti, si è portati a mangiare un pasto veloce in modo sbilanciato. Ma anche il coesistere di eventi che evocano sentimenti spiacevoli può indurre l'individuo a modificare la sua dieta e generare situazioni di disequilibrio fisico, come, ad esempio, infiammazioni croniche di basso grado (1) e alterato metabolismo.

Molti studi hanno evidenziato come l'alimentazione abbia un ruolo importante nella prevenzione e nel controllo della morbilità e mortalità delle malattie non comunicabili (7) e, tra i fattori comportamentali, è sicuramente il più importante in quanto determina lo stato di salute in ogni fase della vita (8).

A volte sono le circostanze che modificano l'umore, altre volte il tipo di alimentazione può influenzare la mente. Per esempio, sono state studiate alcune componenti nutritive che permettono un adeguato funzionamento cerebrale come gli omega 3, le vitamine del gruppo B (in particolare folato e B12), colina, ferro, zinco, magnesio, vitamina D, amminoacidi e SAME (S-adenosil metionina) (2). La vitamina D è un neurosteroido, e alcuni dati suggeriscono come basse concentrazioni materne siano implicate nel rischio di schizofrenia, e la carenza è similmente collegata ad un aumento dei sintomi depressivi (6).



Più in generale, stili nutritivi sani hanno un effetto protettivo sull'umore depresso (3), mentre diete malsane hanno un impatto negativo sulla salute mentale di giovani e adulti (4).

Per questi ed altri motivi, il legame tra salute e salute mentale è molto forte e curare l'alimentazione vuol dire anche curare la propria mente (5). Una dieta equilibrata che influenza l'umore può avere importanti ripercussioni sulla salute fisica, contrastando disagi sintomatici influenzati dalle stesse problematiche mentali, ma anche semplicemente aumentando la probabilità che un individuo rimanga fisicamente attivo. Buone linee guida nutrizionali, in poche parole, potrebbero avviare circoli virtuosi altamente benefici.

1) Kivimäki, M., Shipley, M.J., Batty, G.D., Hamer, M., Akbaraly, T.N., Kumari, M., Jokela, M., Virtanen, M., Lowe, G.D., Ebmeier, K.P., Brunner, E.J., Singh-Manoux, A. (2014). Long-term inflammation increases risk of common mental disorder: a cohort study. *Mol Psychiatry*, 19: 149-150.

2) Sarris, J., Logan, A.C., Akbaraly, T.N., Paul Amminger, G., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M.P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Parletta, N., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K.P., Jacka, F.N. (2015). International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry. *World Psychiatry*, 14(3), 370-1.

3) Lai, J.S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A.J., McEvoy, M., Attia, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of dietary pattern and depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr*, 99, 181-197

4) O'Neil ,A. , Quirk, S.E., Housden, S., Brennan, S.L., Williams, L.J., Pasco, J.A., Berk, M., Jacka, F.N. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health*, 104, 31-42.

5) Psaltopoulou, T., Sergentanis, T.N., Panagiotakos, D.B., Sergentanis, I.N., Kosti, R., Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis. *Ann Neurol*, 74: 580-591.

6) Eyles DW, Burne TH, McGrath JJ. Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. *Front Neuroendocrinol* 2013; 34: 47–64.

7) WHO Report 2008- primary Health Care (Now More Than Ever)

8) Konstantinidou, V., Ruiz, L. A. D., & Ordovás, J. M. (2014). Personalized nutrition and cardiovascular disease prevention: From Framingham to PREDIMED. *Advances in nutrition*, 5(3), 368S-371S.

## **Varietà della dieta**

Il tipo di alimentazione è molto variabile tra gli individui. Ci sono fattori di natura individuale come età, sesso, fattori biologici e ormonali, capacità sensoriali, fattori di natura conoscitiva come il livello culturale, competenza, apprendimento, e fattori di natura ambientale come paese, cultura, tradizioni, religione, scelte etiche, livello socio economico, ecc.. (1).

È stato osservato come la varietà degli alimenti scelti dagli anziani oltre i 65 anni dipende soprattutto dalle risorse economiche e dalle loro condizioni fisiche e mentali (2).

Il basso livello socio-economico e la presenza di difficoltà economiche orientano le scelte di acquisto non tanto sulla quantità di frutta e verdura consumate, ma sulla loro varietà (3).

Inoltre, ci sono evidenze di come fino al 30% della variabilità osservata nelle preferenze alimentari può essere attribuita a fattori genetici (4).

Tuttavia, recenti studi enfatizzano il fatto che la disponibilità di un maggior assortimento di frutta e verdura tenderebbe ad aumentarne il consumo (5) e migliorarne la scelta (6).

1) Steyn NP, McHiza Z, Hill J, Davids YD, Venter I, Hinrichsen E, Opperman M, Rumbelow J, Jacobs P. Nutritional contribution of street foods to the diet of people in developing countries: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2014 Jun;17(6):1363-74. doi: 10.1017/S1368980013001158. Epub 2013 May 17. PMID: 23680029.

2) Dean, M., Raats, M. M., Grunert, K. G., & Lumbers, M. Food in Later Life Team.(2009). Factors influencing eating a varied diet in old age. *Public Health Nutrition*, 12, 2421-2427.

3) Conklin, A. I., Forouhi, N. G., Suhrcke, M., Surtees, P., Wareham, N. J., & Monsivais, P. (2014). Variety more than quantity of fruit and vegetable intake varies by socioeconomic status and financial hardship. Findings from older adults in the EPIC cohort. *Appetite*, 83, 248-255.

4) Scheibehenne, B., Todd, P. M., Van den Berg, S. M., Hatemi, P. K., Eaves, L. J., & Vogler, C. (2014). Genetic influences on dietary variety-Results from a twin study. *Appetite*, 77, 133-140.

5) Meengs, J. S., Roe, L. S., & Rolls, B. J. (2012). Vegetable variety: an effective strategy to increase vegetable intake in adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(8), 1211-1215.

6) Bucher, T., van der Horst, K., & Siegrist, M. (2011). Improvement of meal composition by vegetable variety. *Public health nutrition*, 14(8), 1357-1363.

## **Dieta**

La dieta mediterranea è stata dichiarata dall'UNESCO nel 2010 "Patrimonio Immateriale dell'Umanità". L'Italia la propose come "patrimonio culturale immateriale millenario, vivo e in continua evoluzione, condiviso da tutti i Paesi del Mediterraneo, che incorpora, saperi, sapori, ricette, prodotti alimentari, coltivazioni e spazi sociali legati al territorio".

La piramide alimentare è un utile strumento per tutti coloro che vogliono nutrirsi in modo sano senza troppi sacrifici. Essa fornisce indicazioni chiare su cosa mangiare, con quale frequenza e in che quantità: in quantità maggiori partendo dai livelli inferiori della piramide e diminuendo le quantità e la frequenza man mano che si procede verso l'apice.

Recentemente, è stata creata una nuova piramide della dieta mediterranea che tiene conto non solo degli aspetti nutrizionali, ma anche di quelli culturali, ambientali ed economici, con conseguente impatto sulla salute, sull'ambiente e sulla società. Gli alimenti di cui si raccomanda un maggior consumo, poiché correlati a un miglior stato di salute, sono anche quelli a minor impatto ambientale; viceversa, gli alimenti di cui si consiglia un minor consumo, poiché la loro eccessiva assunzione è correlata a sviluppo di patologie, sono quelli che hanno anche un maggior impatto ambientale.

Tra le cose che non devono mai mancare in una corretta alimentazione troviamo l'acqua. Il nostro corpo è costituito per il 75% di acqua ed ha bisogno di una costante idratazione per far lavorare al meglio le strutture che lo compongono. Per questo sarebbe opportuno bere con frequenza regolare almeno 1,5 litri di acqua al giorno. Mantenere un giusto equilibrio, infatti, facilita la digestione, aiuta a regolare il volume cellulare e la temperatura corporea, elimina le scorie del metabolismo, aiuta a trasportare i nutrienti, rende più elastica la pelle e migliora l'elasticità e la tonicità dei muscoli.

## **Valutazione del peso**

Il parametro convenzionalmente più utilizzato per una stima delle dimensioni corporee è l'Indice di Massa Corporea (IMC); si ricava dal rapporto tra il peso (espresso in chilogrammi – Kg) e la statura (espressa in metri al quadrato). Il rischio per la salute aumenta con l'aumentare dell'IMC (non solo per le classi sovrappeso e obesità, ma anche per il sottopeso).

L'IMC, però, non permette di conoscere la distribuzione del grasso corporeo e non distingue la massa grassa dalla massa magra, pertanto non è applicabile agli sportivi, agli anziani, alle donne in gravidanza ed ai soggetti di età inferiore ai 18 anni. Un altro importante parametro da valutare nell'adulto è la misura della circonferenza vita, indicatore della quantità di grasso presente nella regione addominale, che è associato ad un più elevato rischio per la salute (obesità addominale). I valori si differenziano per uomini e donne. Distribuzione del grasso corporeo “a mela” o “androide” è più frequente negli uomini: il grasso corporeo (tessuto adiposo) ha una distribuzione centrale ed è associato a un maggior rischio di diabete, ipertensione arteriosa, gotta, malattie cardiovascolari (infarto, ictus). La distribuzione dell' adipe “a pera” o “ginoide”, più frequente nelle donne, non sembra essere correlato all'aumento del rischio di diabete, cardiovascolare ecc. poichè il grasso si accumula nel distretto sottocutaneo, con una distribuzione periferica, accumulandosi soprattutto sui fianchi e cosce.

### **Sezione approfondimenti Video**

Questa sezione è dinamica poiché può venire aggiornata costantemente con nuove testimonianze. La lingua comunemente utilizzata è l'italiano ma potrebbero essere utilizzati anche altri linguaggi. I video di breve durata sono realizzati da giovani migranti che sono riusciti ad integrarsi attraverso un'abilità / competenza e/o passione in comune con il paese che li ospita. Attraverso questo punto in comune

sono riusciti a creare reti sociali di supporto adeguate e a condividere con loro esperienze significative in linea con il processo di integrazione. I messaggi, di breve durata, vogliono offrire degli spunti ai coetanei ( pari ) per affrontare in maniera vincente la fase di stress da acculturazione.



Fig 1. Video che promuove la salute mentale dei giovani migranti



Fig 2. Video che promuove la salute mentale dei giovani migranti

## **Divulgazione del Progetto**

Una volta realizzato il sito internet seguendo gli spunti emersi dai focus group il progetto è stato divulgato attraverso varie modalità. Considerando la crisi pandemica ancora in corso e la tipologia di prodotto creato in formato digitale si è data priorità alla modalità di divulgazione attraverso il web. Inoltre dal momento che il sito internet era un prototipo indirizzato ad una popolazione target sono stati creati dei canali specifici per tali utenti. In particolare è stata creata una pagina Facebook dedicata alla tutela e alla promozione della salute dei migranti di Abruzzo e Molise dove è stato presentato questo progetto. Gli utenti interessati hanno in questo modo potuto conoscere il sito e condividere sulle loro pagine Facebook tale strumento di promozione della salute mentale.

Il progetto è stato presentato agli stakeholders, alle associazioni e alle organizzazioni operanti nei settori della promozione della salute e dell'accoglienza dei giovani migranti attraverso un'ambiziosa conferenza di carattere regionale nelle Regioni di Abruzzo e Molise. I convegni intitolati "Migrazione e Salute" e "Salute e Migrazione", molto simili sia nei nomi che nei contenuti, hanno avuto come relatori tutti operatori del settore altamente qualificati. In questi convegni ampio spazio è stato dato al progetto di dottorato. I principali promotori delle iniziative sono state la SIMM ( Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e l'associazione Cittadinanzattiva Abruzzo e Molise. I convegni sono stati accreditati all' Agenas ( Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari e Regionali ) con i crediti ECM ed hanno ottenuto il patrocinio dell'Università degli Studi del Molise ( UNIMOL), dell'Ordine dei Medici della provincia di L'Aquila, del Comune di Sulmona, della FIMP ( Federazione Italiana Medici Pediatri), e il sostegno della Caritas Abruzzo e Molise oltre che di numerose associazioni locali specializzate nelle problematiche di migrazione e salute. I convegni sono stati pubblicizzati sui social e sono state affisse locandine all'interno dei principali ospedali delle regioni coinvolte.



Di seguito riportiamo le locandine appositamente create e divulgate nelle regioni coinvolte.

**S.I.M.M.**  
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

**28 maggio 2022**

**MIGRAZIONE E SALUTE**

Presidente  
Dott.ssa Federici  
Moderatori  
Dott. ssa Federici Dott. M. Masciulli

8:00 Registrazione partecipanti  
8:20 Presentazione del Convegno Dott.ssa Paola Federici  
8:30 Saluti istituzionali S.E. Monsignore Michele Fusco  
Direttore Sanitario PO Sulmona Maurizio Masciulli  
Sindaco di Sulmona Dott. Gianfranco Di Piero  
8:40 Processi migratori in Italia e nel mondo Dott.ssa Federici  
9:00 Situazione dell'ordine e della sicurezza pubblica in Valle Peligna, con particolare riferimento ai cittadini stranieri Dott. Antonio Scialdone  
9:20 Patologie del migrante e pandemia Dott.ssa Cristina Carmignani  
9:40 Le ferite invisibili Dott.ssa Rosella Barbati  
10:00 Il minore migrante Dott.ssa Marirosa Sisto  
10:20 La Protezione Internazionale Avv. Chiara Malorano  
10:40 La tratta Dott.ssa Sara Fazzini  
11:00 Discussione

11:20 Pausa  
Moderatori  
Dott. Geraci Dott. Barbati

11:40 La SIMM Dott. Salvatore Geraci  
12:00 Il Gris Abruzzo Molise Dott.ssa Lidia Di Pietro  
12:20 Il ruolo del mediatore culturale Dott.ssa Luigina Tartaglia  
12:40 L'empowerment del processo di integrazione nei giovani Dott. Antonello Barbati  
13:00 Aspetti normativi della salute dei migranti Dott.ssa Anna Luisa Leone  
13:20 Monitoraggio delle politiche locali per l'accesso alle cure della popolazione immigrata in Italia dott.ssa Matilde Somma  
13:40 Discussione  
13:50 Conclusioni  
14:00 Consegna ECM

**Centro Pastorale Diocesano Viale Roosevelt 10 Sulmona**

Il convegno è gratuito  
Aperto a tutte le figure professionali  
5 Crediti ECM

Responsabile scientifico Dott. A Barbati  
Segreteria Organizzativa Associazione Ubuntu

fimp Caritas  
Ubuntu  
Saranno rispettate le misure anti Covid

**INFO**  
<https://www.simmweb.it/formazione-e-progetti/formazione/1071-salute-e-migrazione-le-giornate-del-gris-abruzzo-e-molise>  
iscrizioni: [https://www.simmweb.it/index.php?option=com\\_rsform&view=rsform&formId=116](https://www.simmweb.it/index.php?option=com_rsform&view=rsform&formId=116)

A conclusione dell'evento diversi giornali locali e Tg Regionali tra cui la RAI hanno divulgato la notizia.



11 giugno 2022

## SALUTE E MIGRAZIONE

Presidente Prof.ssa Bindi

Moderatori

Prof.ssa Bindi Prof. Sarchiapone

8:00 Registrazione partecipanti  
8:20 Presentazione del Convegno Dott.ssa Julia Papa  
8:30 Saluti istituzionali  
8:40 Incontri di culture, modelli di integrazione e mediazione socio-culturale come bene comune Prof.ssa Letizia Bindi  
9:00 La presenza dei migranti nel nostro territorio Dott. Egidio Mignogna  
9:20 Patologie del migrante e pandemia Dott.ssa Maria Cristina Carmignani  
9:40 Salute e salute mentale Prof. Marco Sarchiapone  
10:00 Il minore migrante Dott.ssa Marirosa Sisto  
10:20 La Protezione Internazionale Avv. Claudio Di Pietro  
10:40 La tratta Dott.ssa Ilaria Anneschini  
11:00 Discussione

11:20 Pausa

Moderatori

Dott. Motta Dott.ssa Papa

11:40 La SIMM Dott.ssa Fulvia Motta  
12:00 Il GIS Abruzzo Molise Dott.ssa Loredana Costa  
12:20 Il ruolo del mediatore culturale Maduabuchi Odi  
12:40 Le ferite invisibili Dott.ssa Rosella Barbati  
13:00 L'empowerment del processo di integrazione nei giovani Dott. Antonello Barbati  
13:20 Monitoraggio delle politiche locali per l'accesso alle cure della popolazione immigrata in Italia Dott.ssa Michela D'Angelo  
13:40 Discussione  
13:50 Conclusioni



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE



Sala della Costituzione  
Via Milano 21  
Campobasso

Il convegno è gratuito

Aperto a tutte le figure professionali

5 Crediti ECM

Responsabile scientifico  
Segreteria Organizzativa

Dott. A Barbati  
Associazione Ubuntu



fimp



Caritas



Ubuntu



Saranno rispettate le misure anti Covid

INFO


<https://www.simmweb.it/formazione-e-progetti/formazione/1071-salute-e-migrazione-le-giornate-del-gris-abruzzo-e-molise>  
iscrizioni: [https://www.simmweb.it/index.php?option=com\\_rsform&view=rsform&formid=118](https://www.simmweb.it/index.php?option=com_rsform&view=rsform&formid=118)

Successivamente nei mesi a seguire sono state fatte alcune interviste radiofoniche su Radio Speranza della Caritas di Pescara e sull'emittente televisiva regionale Rete 8 per discutere su temi della migrazione indicando il sito facebook dedicato per approfondimenti.


Il progetto è stato inoltre presentato come poster nel XVI Convegno Nazionale della SIMM del 19-21 ottobre 2022 a Roma e nell'evento Unimol del 19/12/22 Expò 2022.

La fruizione dell'applicativo front-end è stata monitorata costantemente ed ha mostrato dei picchi di accessi in concomitanza degli eventi.

Riportiamo un estratto del poster presentato nel congresso nazionale della SIMM



## Promozione della Salute Mentale degli adolescenti migranti attraverso l'uso delle nuove tecnologie



Antonello Barbatì, Fabiana Niro, Rosella Barbatì, Marco Sarchiapone  
Università degli Studi del Molise

### Introduzione

I processi di migrazione sono molto impegnativi e non di rado i migranti sviluppano disturbi mentali come la depressione da stress post-traumatico (PTSD), ansia, depressione e manifestazioni psicosomatiche. Questo perché l'esperienza migratoria si sviluppa come un evento significativo di cambiamento che comporta sempre un elemento di rottura nella propria abitualità generale dei processi di stabilimento e livello individuale, familiare ed umano.


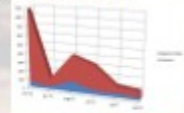
Negli adolescenti migranti oltre a questi aspetti si inseriscono le dinamiche evolutive tipiche dell'età come il processo di separazione individualmente e la definizione e stabilizzazione di valori, la ricerca delle vie sicure di uscita alla formazione dell'identità culturale con la nascita del soggetto sociale e la costruzione del senso di appartenenza.

Il ruolo che il contesto sociale della comunità ospitante può svolgere nella promozione di questi disturbi è molto importante perché promuovendo le buone pratiche di vita e facilitando i processi di integrazione agisce direttamente su determinanti della salute.

La nuova tecnologia, particolarmente impegnata in games, consente di fornire strumenti efficaci di promozione della salute mentale, raggiungendo attraverso il telefono la popolazione di interesse.

La loro versatilità consente ad un grande numero dei suoi un risultato un facile ed economico accesso da impiegare su larga scala per raggiungere un gran numero di utenti. Tra i principali punti di forza del sistema basati su smartphone, tablet, la maggiore accessibilità, i costi ridotti, la flessibilità in termini di standardizzazione e personalizzazione, la dimensione portatile e il coinvolgimento degli utenti.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di sviluppare un applicativo free-mat, sullo smartphone su sito internet (www.adolescenziale.it/immigrazione).




La particolarità di questo sito che lo rende dinamico e particolarmente interattivo è la presenza di una mail che mette in contatto l'utente che ne avesse necessità con un gruppo di esperti della salute mentale che potrà fornire gli aiuti del caso.

Infine è stata inserita una sezione video dedicata ad interventi di giovani migranti presenti nei territori della regione Abruzzo e Molise, in cui i protagonisti giovani migranti raccontano l'importanza della buona pratica di vita per la salute mentale.

Il sito ed applicativo è stato quindi presentato alla popolazione target, a quella generale e agli stakeholders. È stato diffuso attraverso i canali social come Facebook, associazioni ed altri specifici, presentati in convegni e congressi. È stato preparato anche un protocollo di ricerca che verrà sottoposto all'attenzione dell'International Review Board dell'Università degli studi del Molise (IRBMO) per l'analisi etica e l'approvazione dell'efficacia come studio applicativo su una popolazione specifica. Lo studio prevede la valutazione dell'efficacia del trattamento attraverso la somministrazione del questionario DASS (Depression, Anxiety and Stress Scales) al tempo 0, 3 e 6 settimane e della valutazione di parametri psico-sociali quali la somministrazione del DSM (Anxiety Epidemiologia), l'Heart Rate Variability, Questionari sulla qualità del sonno.

Le valutazioni statistiche della fruizione del sito sono state elaborate da Google Analytics e al momento hanno registrato due picchi in corrispondenza delle presentazioni ufficiali nei convegni e nelle condizioni sul social.



### Metodi

Dopo una prima analisi bibliografica finalizzata nei progressi di promozione della salute mentale nei giovani e nei programmi specifici dedicati ai giovani migranti sono stati creati due gruppi di lavoro costituiti da figure che a vario titolo si occupano di salute dei migranti. A questi focus group è stato chiesto di esprimere un parere in merito ai contenuti che l'applicativo free-mat che si stava sviluppando doveva contenere rispetto a delle tematiche di riferimento occupando della letteratura. Nello specifico è stato chiesto un parere sulle principali difficoltà incontrate dai giovani migranti e quali hanno influenzato la loro salute mentale. Quindi è stato chiesto quale fosse l'applicativo più idoneo da proporre, le motivazioni che gli avrebbero spinto ad utilizzarlo, i contenuti più idonei da inserire e gli ostacoli che gli avrebbero impedito di accedere a questi servizi.



Successivamente sono stati creati due questionari indirizzati a giovani migranti per valutare i loro bisogni insistenti problemi di salute mentale e lo strumento informativo più utile per tali esigenze ( sito web, App, Blog, chat, Video o su YouTube), oltre da specificare ). È stato anche chiesto un consenso sul utilizzo di salute mentale e che tipo di sito essere creato.

Dopo l'analisi dei dati raccolti è stato deciso di sviluppare un sito internet tradotto nelle principali lingue. Racogliendo tutte le costruzioni emerse dai focus group ed integrabile con le attività e punti di forza presenti in letteratura si è deciso di sviluppare i contenuti in maniera semplice dividendoli in due grandi aree:

- Diffusione di adeguate informazioni riguardanti la salute mentale che favoriscano lo sviluppo nei giovani migranti di più efficaci strategie di auto-aiuto, per quelle problematiche che non richiedono un intervento professionale, e l'adozione di comportamenti di self-protecting per quelle forme di disagio che invece lo richiedono favorendo la riduzione dello stigma che circonda il tema della salute mentale e la promozione di comportamenti pro-sociali. Tali informazioni concerno ai tematiche specifiche come l'ansia, la depressione, il bullismo e lo stress. Si è dato particolare enfasi ai sintomi somatici quale manifestazione del disagio psicologico e lo si è evidenziato in immagini specifiche.
- Approfondimenti specifici su principali aspetti dei determinanti della salute che incidono sulla salute mentale. I temi trattati riguardano la rete sociale, lo sport, lo stile di vita e l'alimentazione. Questi argomenti sono stati trattati in maniera essenziale ma più specialistica e sono rivolti principalmente ad adolescenti più grandi e più maturi, in questi approfondimenti sono presentati anche la serie bibliografiche che rimandano ad argomenti specifici.

### Risultati

Il progetto pilota presentato è tutt'ora in corso. Il coinvolgimento del GIS Abruzzo Molise e della Sigra che a vario titolo hanno permesso la realizzazione dell'evento ha già di per se fornito l'effetto di sensibilizzare la realtà locale al problema. Il coinvolgimento attraverso la somministrazione di un questionario di auto valutazione (DASS) prima di navigare sul sito e ad un mese dal suo utilizzo sta evidenziando risultati incoraggianti.



### Conclusioni

La nuova tecnologia rappresenta un valido aiuto nel risolvere i maggiori problemi per la buona pratica della salute mentale. L'utilizzo mirato di una realtà virtuale, futura, potrebbe assicurare ad ognuno situazioni più di per se comprensive. Diversa l'implementazione, quindi, affrontare alle nuove tecnologie strumenti ancora e mai per creare il soggetto e creare in egualità il benessere ("Eudaimonia") il processo di migrazione.

### Bibliografia

1. Akiba et al. "What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway 2014"
2. Decker et al. Evidence evaluation of internet interventions for mental health: A systematic review. *Psychological Medicine* 2015
3. Akiba M, Clarke T, Tani K, Kusunoki M, Margrett M, Barry A. Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *J Youth Adolescence* (2015)
4. Shirkh L, Carol E. Akiba J. *Mental Health: A Rapid Review of the Literature*. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 2014

## **Considerazioni finali e prospettive future**

Le nuove tecnologie rappresentano sicuramente una valida risorsa da poter sfruttare in molti ambiti tra cui quello sanitario. Le evidenze emerse ci consentono di affermare come un utilizzo appropriato e consapevole di questi strumenti agisca in sinergia con le tecniche convenzionali a fronte di un minore dispendio di risorse.

Qualunque sia la tecnologia utilizzata in ambito di salute mentale sarà sempre necessario prevedere l'utilizzo di risorse umane che potranno essere affiancate alle nuove tecnologie rendendo più veloce il percorso diagnostico terapeutico. Nell'ambito della prevenzione l'utilizzo di algoritmi nell'individuazione di soggetti "a rischio" renderà più efficace il messaggio da divulgare monitorizzato dalla supervisione di personale specializzato per una corretta fruizione del servizio offerto.

Individuare programmi di promozione mentale per adolescenti migranti fruibili con nuove tecnologie non è sempre facile. Creare programmi ad hoc infatti rischia da un lato di discriminare gli utenti e dall'altro si possono incontrare difficoltà nel reclutamento e nella fruizione del servizio. Infatti la presenza di migranti concentrati in sobborghi etnicamente omogenei rende difficile il processo di integrazione e acculturazione e quindi anche l'apertura a nuove strategie di prevenzione mentre il reclutamento di migranti nelle periferie è reso difficoltoso dalla scarsa interazione con i soggetti potenzialmente interessati.

Tuttavia abbiamo visto come questi problemi potrebbero venire parzialmente superati dall'intelligenza artificiale che consente di veicolare messaggi personalizzati sui social in base alle esigenze del servizio richiedente. In questo modo si riuscirebbe a rendere ancora più efficiente il progetto di prevenzione.

Rimangono aperte però questioni di natura etica, di violazione della privacy e di individuazione dei criteri di selezione.

Il progetto proposto è stato veicolato attraverso il passaparola, i social network ed eventi dedicati raggiungendo dei picchi di visualizzazioni in concomitanza degli eventi. Per valutare l'efficacia del sito tuttavia sarebbe stato necessario somministrare ai pazienti dei test di valutazione di disturbi specifici quali ad esempio ansia e depressione e vedere se dopo la visualizzazione del sito ci fossero stati dei miglioramenti. Per questo è necessario ottenere il consenso informato scritto da parte dei pazienti rispettando dei criteri di selezione e l'approvazione di un progetto di ricerca attraverso gli organi istituzionali. In tal senso è stato ipotizzato un protocollo di ricerca che alla luce degli studi del progetto di dottorato ha permesso di evidenziare parametri interessanti da valutare.

Di seguito verrà descritta la proposta di studio del protocollo sottoposto all'attenzione del Comitato Tecnico Scientifico dell'Università degli Studi del Molise ( UNIMOL).

Il progetto prevede uno studio randomizzato controllato a singolo cieco dove il cieco è rappresentato dai pazienti che non sono a conoscenza del gruppo di assegnazione.

L'obiettivo dello studio sarà quello di sviluppare un sito web indirizzato ai giovani che contiene materiale di promozione della salute mentale e testare l'effetto che sortisce sulla salute dei giovani migranti.

Oltre al personale specialistico che curerà il corretto svolgimento del protocollo saranno coinvolti enti presenti nelle regioni di Abruzzo e Molise che avranno il compito di individuare i giovani migranti presenti sul territorio. Saranno reclutati in varie modalità: pubblicità in piazze e luoghi pubblici, passaparola, incontri nelle scuole, social media, ecc... Nella scheda iniziale verranno raccolte sia le informazioni sulla modalità di contatto che sul luogo di dimora abituale per

consentire eventuali “stratificazioni” nell’analisi dei risultati. Saranno inoltre coinvolti specialisti della Salute mentale per supportare i pazienti che ne avessero necessità; come ampiamente detto e ribadito la nuova tecnologia deve promuovere le buone pratiche ma in caso di necessità deve facilitare l’intervento dello specialista che nel sito sarà indicato esplicitamente e sarà facilmente contattabile attraverso una mail dedicata.

Lo studio prevede una durata di sei mesi dove nei primi due verranno selezionati i pazienti, preparato il materiale, formato il personale, organizzati sondaggi e raccolti i consensi informati e verranno fatti degli incontri per coordinare le varie realtà dove saranno somministrati i questionari. Dal secondo al quarto mese verrà svolta la fase operativa con i pazienti che verranno monitorizzati per 8 settimane e nel quinto e sesto mese verranno elaborati i dati e divulgati i risultati.

#### Criteri di selezione

Poiché il progetto è orientato alla promozione delle buone pratiche di salute mentale il target di riferimento sarà costituito dalla popolazione adolescente migrante “sana”. Sappiamo benissimo come il migrante sia sottoposto a stress di acculturazione e come nelle varie fasi del processo migratorio il migrante possa subire traumi di varia entità. Nell’adolescente poi si aggiungono i problemi tipici dell’età. Il concetto di “sano” quindi si riferisce comunque ad una situazione di stress nel migrante (allostatica) che comunque non ha evidenziato condizioni particolarmente morbose. La definizione di migrante inoltre, per rientrare nei criteri di inclusione, prevede la presenza nel territorio di accoglienza per almeno 6 mesi in maniera continuativa. L’età di riferimento è compresa tra i 14 e i 30 anni. Altro requisito indispensabile per partecipare allo studio è la possibilità di poter usufruire di un terminale e una connessione internet (smatphone, Pc, tablet). Non è necessario che l’utente ne sia in possesso ma semplicemente è sufficiente che possa usufruirne (ad esempio che sia fruibile nei centri di accoglienza). La lingua non dovrà rappresentare un ostacolo anche se sappiamo che la capacità del



paziente di utilizzare la lingua del paese accogliente è un segno indiretto di acculturazione e integrazione e potrebbe influire nella valutazione dei risultati. Tuttavia tale parametro non verrà valutato ed il paziente sarà libero di scegliere la lingua che preferisce ( il sito è stato tradotto nelle principali lingue veicolari ma potrebbe essere implementato con altre lingue e/o potrebbe semplicemente essere utilizzata la funzione di Google per tradurre i siti ed avere in tempo reale la traduzione desiderata).

La divisione in gruppi sarà randomizzata. In entrambi i gruppi verrà fatta una presentazione delle buone pratiche di salute e salute mentale e verrà consegnato una brochure divulgativa dei principali concetti presenti nel sito. Nel gruppo di controllo non verranno fatti altri interventi mentre nel gruppo di studio sarà presentato il sito internet e le varie parti di cui è costituito con particolare riguardo alla possibile fruizione del servizio di supporto psicologico.

La valutazione verrà effettuata al tempo 0, 3 e 8 settimane

#### Valutazione disturbi mentali

La valutazione dei disturbi mentali consiste nella somministrazione del questionario DASS. Il DASS test ( Depression, Anxiety, Stress Scales ) è un test psicometrico composta da 21 domande ideato da Peter F. Lovibond ( Università del nuovo Galles del Sud. Sidney). È un test, semplice, economico ed affidabile. Oltre a questo test saranno valutati altri parametri che indirettamente possono indicare situazioni di stress psichico per l'organismo.

#### La somatizzazione

La presenza di sintomi somatici rappresenta un parametro quasi costante nei disturbi della mente. Le modalità di somatizzazione tuttavia variano tra soggetti e

abbiamo visto come l'espressione di un disagio somatico sia anche legata al paese di appartenenza. Alla luce di queste considerazioni, sebbene la somatizzazione sia un parametro importante da valutare nei disturbi della psiche, risulta difficile contestualizzarlo nel contesto eterogeneo dei migranti a meno che non si decida di utilizzare una popolazione specifica di migrazione. E poiché la modalità di somatizzare varia anche con l'integrazione andrà valutato anche questo aspetto. Numerose sono le scale utilizzate per valutare la somatizzazione: la più utilizzata è la Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R) (11 domande). Tuttavia al momento non si ritiene utile valutare questo parametro se non inserendo tra i criteri di selezione l'omogeneità della popolazione migrante.

#### Attività elettrodermica

L'attività elettrodermica (EDA) riflette molto bene l'attività del SNA simpatico ed è insensibile al sistema parasimpatico. È puramente una misura dell'attività simpatica. L'EDA è un metodo tecnicamente semplice e molto popolare per determinare la risposta psicofisiologica del corpo conosciuto fin dal XIX secolo ed è ampiamente utilizzato nella ricerca clinica e in vari casi come la comprensione del comportamento emotivo, gli effetti della disregolazione, l'alcolismo, ansia, autismo, depressione, reazioni a vari tipi di dipendenze, epilessia, menopausa, dolore, fobie, consulenza psichiatrica, schizofrenia, monitoraggio e disturbi del sonno, affaticamento, recupero dell'esercizio e sociopatia. Questo metodo è molto sensibile e può rilevare anche piccoli cambiamenti dall'ambiente esterno. Inoltre, si adatta perfettamente alla misurazione dello stress. Al giorno d'oggi, l'EDA viene utilizzato principalmente per misurare lo stress acuto, tuttavia compaiono i primi dispositivi per la registrazione EDA dello stress cronico.



## Health rate variability

L'analisi della variabilità della frequenza cardiaca permette di comprendere lo stato di attività del sistema nervoso autonomo. Non si tratta di variazioni macroscopiche, che possono essere indotte dalla temperatura esterna, movimenti, ecc... ma di microvariazioni influenzate dal sistema anatomico e funzionale del vago mielinizzato. A parità di condizioni il nostro corpo varia di pochi millisecondi un battito rispetto ad un altro (20-40 msec). Queste variazioni sono fisiologiche e vuol dire che il corpo risponde in modo flessibile alle microvariazioni interne. Quando il corpo è affaticato l'organismo si concentra sul battito cardiaco rendendolo più regolare per non creare ulteriori squilibri. È possibile valutare questo parametro attraverso apparecchi specifici presenti sul mercato. Molti sono versati e disponibili come braccialetti da indossare al polso.

## Qualità del sonno

Il sonno ha importanti funzioni omeostatiche, inclusi effetti soppressivi sul sistema di stress, mentre le condizioni di perdita del sonno e insonnia sono legate all'attivazione del sistema nervoso simpatico e delle vie proinfiammatorie. La perdita di sonno dovuta a insonnia persistente e la breve durata del sonno sembrano essere associate a un aumento del rischio di ipertensione negli individui di mezza età, anche dopo il controllo di altri fattori di rischio ipertensivi. Anche in questo caso la valutazione potrà essere fatta attraverso l'utilizzo di apposito strumentario.

## Outcome

L'Outcome primario sarà quello di valutare attraverso l'uso di un sito Web (che contiene materiale educativo, consigli di auto-aiuto, la possibilità di contattare un professionista della salute mentale e altro ancora ) il miglioramento della salute mentale negli adolescenti migranti.

I dati verranno raccolti utilizzando dei questionari. La raccolta potrà essere effettuata in maniera cartacea o elettronica. Il questionario prevede diverse parti:

- Background: domande specifiche relative alle condizioni di vita familiare, processo migratorio, stato socio economico, comportamenti a rischio (uso di droghe e alcool), ecc..
- Utilizzo di internet: domande specifiche su frequenza ed intensità dell'utilizzo quotidiano di internet, tipologia di attività svolta, ecc..
- Depression, Anxiety and stress scale-42 (DASS-42): scala per misurare clinicamente la depressione, l'ansia e lo stress.
- Feedback sulla navigazione nel sito: valutazione soggettiva della qualità, importanza dei contenuti, frequenza dell'utilizzo, utilità

Verranno anche valutati parametri più specifici che ci permetteranno di elaborare i dati in relazione a quelli ottenuti dai questionari di salute mentale. Questo risultato (Outcome secondario) ci consentirà di avere un riscontro più diretto tra psiche e

corpo. I parametri considerati sono quelli descritti in precedenza e cioè: Qualità del sonno, Heart rate variability, EDA, Sintomi somatici.

La popolazione migrante, ed in particolare i giovani, rappresentano un gruppo omogeneo dove è possibile individuare sempre una condizione di stress. Una volta ottenuti i risultati da questo primo progetto pilota con un campione di circa 60 pazienti ( 30 per ogni gruppo), si potrà pensare a confrontare gruppi più ampi tra popolazioni migranti e non per individuare lo stress della migrazione nei soggetti sani ed avere parametri utili per ulteriori studi.

Questo studio proposto a conclusione del progetto di ricerca è il risultato dell'analisi delle evidenze emerse dalla ricerca bibliografica e dall'esperienza clinica vissuta e ha l'ambiziosa prospettiva di individuare precocemente le situazioni di stress che potrebbero indurre il carico allostatico ma che non hanno ancora alterato i parametri comunemente utilizzati per individuarlo. Il contributo che potrebbe dare la popolazione migrante è sostanziale poiché la loro condizione, anche in accordo con la definizione di allostasi, rappresenta una situazione di equilibrio dinamico per eccellenza. Infatti il migrante, ed in particolare il giovane, è costretto a ricreare un nuovo equilibrio sia nell'ambiente ospitante che negli usi, costumi e relazioni sociali. Questa situazione rappresenta sicuramente una condizione di stress. Le nuove tecnologie inoltre, anche attraverso l'intelligenza artificiale possono contribuire all'individuazione selettiva dei soggetti candidabili allo studio per avere dei risultati più omogenei.

## **Ringraziamenti**

I ringraziamenti che vorrei fare sono tanti ma alcuni li farò solo nel mio cuore mentre altri voglio scriverli qui.

Anzitutto ringrazio l'UNIMOL che mi ha permesso di accedere a questo dottorato così ambito e variegato. Lo ringrazio anche per avermi dato una prova da superare così ambiziosa ed apparentemente lontana dai miei interessi. In questa tematica PON vincolata ho approfondito aspetti trasversali con il mio ambito di studio e conosciuto realtà nuove; inoltre sono sicuramente cresciuto come professionista e come uomo. Ringrazio le tante persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo ambizioso progetto e del bel gruppo che si è creato. Ringrazio i colleghi di dottorato per tutti i consigli che mi hanno dato e spero di continuare a lavorare ancora insieme per creare una solida rete di ricerca. Ringrazio la mia famiglia che mi è stata sempre accanto e che mi ha sostenuto e illuminato la strada. Ringrazio inoltre Dio e la mia fede che mi ha spesso preso sotto braccio e mi ha dato la forza per non mollare mai.

## **Bibliografia**

1. D'Alessandro G, Cerritelli F, Cortelli P. Sensitization and interoception as key neurological concepts in osteopathy and other manual medicines. *Front Neurosci.* 2016;10(MAR).
2. Mölsä M, Kuittinen S, Tiilikainen M, Honkasalo M, Punamäki R. Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination, and religiousness. 2016;7863(April).
3. Jiang L. Health Service Use Among Chinese American Older Adults: Is There a Somatization Effect? Published online 2019:584-589.
4. Huang KY, Cheng S, Calzada E, Brotman LM. Symptoms of anxiety and associated risk and protective factors in young Asian American children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(5).
5. Kim HH, Lee YJ, Kim HK, et al. Prevalence and Correlates of Psychiatric Symptoms in North Korean Defectors. Published online 2011.
6. Shiroma PR, Alarcon RD. Time for healing: somatization among chronically mentally ill immigrants. *J Cult Divers.* 2011;18(1).
7. Mak WWS, Zane NWS. The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. Published online 2004:967-974.
8. Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the Community. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44(8).
9. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med.* 1989;29(3).
10. Feldman JM, Ortega AN, Koinis-Mitchell D, Kuo AA, Canino G. Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical

health problems: Results from the Boricua Youth Study. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(4).

11. Young K, Pang C. Symptoms of depression in elderly korean immigrants: narration and the healing process. Published online 1998:93-122.

12. Kagawa-singer M, Wellisch DK, Durvasula R. Impact of breast cancer on asian american and anglo american women. Published online 1997:449-480.

13. Levav I. SOMATIC SYMPTOMS AMONG OLDER SOVIET IMMIGRANTS : AN EXPLORATORY STUDY Sampling. 1989 :350-360.

14. Dhingra L, Lam K, Homel P, et al. Pain in Underserved Community-Dwelling Chinese American Cancer Patients: Demographic and Medical Correlates. *Oncologist.* 2011;16(4).

15. Parker G, Sc D, Gladstone G, Hons BA, Chee KT, Psych MRC. Reviews and Overviews Depression in the Planet ' s Largest Ethnic Group : The Chinese. 2001 :857-864.

16. Ledeneva A. Blat and Guanxi: Informal practices in Russia and China. *Comp Stud Soc Hist.* 2008;50(1).

17. Harada N, Takeshita J, Ahmed I, et al. Does cultural assimilation influence prevalence and presentation of depressive symptoms in older Japanese American men? the Honolulu-Asia aging study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(4).

18. Oyserman D, Coon HM, Kimmelmeier M. Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychol Bull.* 2002;128(1).

19. Jurcik T, Chentsova-dutton YE, Solopieieva-jurcikova I, Ryder AG. Russians in Treatment: The Evidence Base Supporting Cultural Adaptations. 2013;69(7):774-791.

20. Chentsova Dutton YE. Butting in vs. being a friend: Cultural differences and similarities in the evaluation of imposed social support. *J Soc Psychol.* 2012;152(4).
21. Chentsova-Dutton YE, Vaughn A. Let Me Tell You What to Do: Cultural Differences in Advice-Giving. *J Cross Cult Psychol.* 2012;43(5).
22. Chirkov, Valery I. and RMR. Parent and teacher autonomy-support in Russian and US adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. *J Cross Cult Psychol.* 2001;(32.5):618-635.
23. Ofori-Atta AML, Linden W. The effect of social change on causal beliefs of mental disorders and treatment preferences in Ghana. *Soc Sci Med.* 1995;40(9).
24. Crittenden KS, Bae H, un C, Fugita SS, Lamug CB. A Cross-Cultural Study of Self-Report Depressive Symptoms among College Students. *J Cross Cult Psychol.* 1992;23(2).
25. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol Theory Pract.* 2005;8(1).
26. Cariello AN, Perrin PB. Influence of resilience on the relations among acculturative stress , somatization , and anxiety in latinx immigrants. 2020;(August):1-11. doi:10.1002/brb3.1863
27. Eisenbruch M. Depression in the Chinese : the impact of acculturation. Published online 2005:1475-1483.
28. David M, Borde T, Siedentopf F. Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum ? Results of a study in Berlin / Germany. 2012;33(2):78-84.
29. Garcini LM, Brown RL, Chen MA, et al. Bereavement among widowed Latinos in the United States : A systematic review of methodology and findings Bereavement among widowed Latinos in the United States : A systematic review of methodology and findings. *Death Stud.* 2019;0(0):1-12.

30. Ahmad F, Maule C, Wang J, Fung WLA. Symptoms and Experience of Depression among Chinese Communities in the West: A Scoping Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(6):340-351.
31. Juang LP, Cookston JT. Acculturation-Based and Everyday Parent-Adolescent Conflict Among Chinese American Adolescents: Longitudinal Trajectories and Implications for Mental Health. 2012;26(6):916-927.
32. Westermeyer J, Bouafuely M, Neider J, Callies A. Somatization Among Refugees: An Epidemiologic Study. *Psychosomatics*. 1989;30(1).
33. Lambez T, Nagar M, Shoshani A, Nakash O. The Association Between Deaf Identity and Emotional Distress Among Adolescents. Published online 2020:1-10.
34. Letamendi AM, Ayers CR, Ruberg JL, et al. Illness Conceptualizations Among Older Rural Mexican-Americans with Anxiety and Depression. *J Cross Cult Gerontol*. 2013;28(4).
35. Cervantes RC, Salgado de Snyder VN, Padilla AM. Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(6).
36. Westermeyer J, Neider J, Callies A. Psychosocial adjustment of hmong refugees during their first decade in the united states: A longitudinal study. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(3).
37. Barcons-castel N, Fornieles-deu A, Costas-moragas C. International Adoption : Assessment of Adaptive and Maladaptive Behavior of Adopted Minors in Spain. 2011;14(1):123-132.
38. Beiser M, Goodwill AM, Albanese P, Mcshane K, Nowakowski M. Predictors of immigrant children ' s mental health in Canada : selection , settlement contingencies , culture , or all of the above ? Published online 2013.



39. Beirens K, Fontaine JRJ. Somatic complaint differences between Turkish immigrants and Belgians : do all roads lead to Rome ? 2011;(November 2014):37-41.
40. Cwikel J, Abdelgani A, Goldsmith JR, Quastel M. Two-year Follow-up Study of Stress-related Disorders among Immigrants to Israel from the Chernobyl Area. 1997;105(December):3-8.
41. Bzostek S, Goldman N, Pebley A. Why do Hispanics in the USA report poor health ? 2007;65:990-1003.
42. Cwikel J, Rozovski U. COPING WITH THE STRESS OF IMMIGRATION AMONG NEW IMMIGRANTS TO ISRAEL FROM COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES ( CIS ) WHO WERE EXPOSED TO CHERNOBYL : THE EFFECT OF AGE \*. 1998;46(4):305-318.
43. Yeomans PD, Herbert JD, Forman EM. Symptom Comparison Across Multiple Solicitation Methods Among Burundians With Traumatic Event Histories. 2008;21(2):231-234.
44. Parker G, Chan B, Tully L. Depression and help-seeking in a western sample of ‘ highly acculturated ’ Chinese and controls. 2006;94:239-242.
45. Wang JHY, Gomez SL, Brown RL, et al. Factors associated with Chinese American and white cancer survivors’ physical and psychological functioning. *Heal Psychol.* 2019;38(5).
46. Wu B, Chi I, Plassman BL, Guo M. Aging & Mental Health Depressive symptoms and health problems among Chinese immigrant elders in the US and Chinese elders in China. (October 2014):37-41.
47. Szabo A, Ward C, Fletcher GJO. Stress appraisal , information processing strategies , and somatic symptoms : A longitudinal study with immigrants. Published online 2016.

48. Leathers C, Kroenke K, Flanagan M, et al. Somatic, Anxiety, and Depressive (SAD) Symptoms in Young Adult Latinx Immigrants: Prevalence and Predictors. *J Immigr Minor Heal*. 2021;23(5).
49. Dunlop BW, Johnson BN, Mayberg HS, et al. Somatic symptoms in treatment - naïve Hispanic and non - Hispanic patients with major depression. 2019;(August):1-10.
50. Green R, Polotsky AJ, Wildman RP, et al. Menopausal symptoms within a Hispanic cohort: SWAN , the Study of Women ' s Health Across the Nation. Published online 2010:376-384.
51. Park SK, Stotts NA, Douglas MK, Donesky-cuenco D, Carrieri-kohlman V. Care of Patients with Pulmonary Disorders Symptoms and functional performance in Korean immigrants with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2011;41(3):226-237.
52. Jonsson F, Sebastian MS, Hammarström A, Gustafsson PE. Intragenerational social mobility and functional somatic symptoms in a northern Swedish context: analyses of diagonal reference models. *Int J Equity Health*. Published online 2017:1-11.
53. Berkman LF. Physical health and the social environment: A social epidemiological perspective. *Relev Soc Sci Med*. Published online 1981.
54. Lipowski ZJ. Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*. 1987;47(3-4).
55. Hodgetts, D., Stolte, O., Sonn, C., Drew, N., Carr, S., & Nikora LW. Social psychology and everyday life. Bloom Publ. Published online 2020.
56. Mesoudi A. Migration, acculturation, and the maintenance of between-group cultural variation. *PLoS One*. 2018;13(10).

57. Arora PG, Alvarez K, Huang C, Wang C. A Three-Tiered Model for Addressing the Mental Health Needs of Immigrant-Origin Youth in Schools. *J Immigr Minor Heal.* 2021;23(1):151-162.
58. Brandl EJ, Dietrich N, Mell N, et al. Attitudes towards psychopharmacology and psychotherapy in psychiatric patients with and without migration background. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1).
59. Hall GCN. *Mental and Behavioral Health of Immigrants in the United States: Cultural, Environmental, and Structural Factors.*; 2020.
60. Tian Y, S M, Ming H, et al. Discrimination Increases the Association Between Parental and Adolescent Allostatic Load in Chinese Rural-to-Urban Migrants. *J Adolesc Heal.* 2020;66(4):499-505.
61. Horse AJY, Santos-lozada AR. *HHS Public Access.* 2020;29(3):222-230.
62. Schumann M, Bug M, Kajikhina K, et al. SSM - Population Health The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations : A systematic review. 2020;10.
63. Berry JW. A Psychology of Immigration. *J Soc Issues.* 2001;57(3):615-631.
64. Dondi A, Piccinno V, Morigi F, Sureshkumar S, Gori D, Lanari M. Food Insecurity and Major Diet - Related Morbidities in Migrating Children : A Systematic Review. Published online 2020:1-27.
65. Garcini LM, Brown RL, Chen MA, et al. Bereavement among widowed Latinos in the United States: A systematic review of methodology and findings. *Death Stud.* 2021;45(5):342-353.
66. Fuligni AJ, Witkow M, Garcia C. Ethnic identity and the academic adjustment of adolescents from Mexican, Chinese, and European backgrounds. *Dev Psychol.* 2005;41(5).

67. Walsh S, Shulman S, Feldman B, Maurer O. The Impact of Immigration on the Internal Processes and Developmental Tasks of Emerging Adulthood. *J Youth Adolesc.* 2005;34(5):413-426.
68. Richter K, Baumgärtner L, Niklewski G, Peter L, Köck M, Kellner S. Sleep disorders in migrants and refugees : a systematic review with implications for personalized medical approach. Published online 2020:251-260.
69. Ward C, Leong CH, Low M. Personality and Sojourner Adjustment: An Exploration of the Big Five and the Cultural Fit Proposition. *J Cross Cult Psychol.* 2004;35(2).
70. Szabo A, Ward C, Fletcher GJO. Identity Processing Styles During Cultural Transition: Construct and Measurement. *J Cross Cult Psychol.* 2016;47(4).
71. Guidelines C, Health I. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. 2011;183(12):959-967.
72. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *J Affect Disord.* 2011;131(1-3).
73. Desjarlais RR. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries.* (Oxford University Press, USA, ed.); 1995.
74. Gatt JM, Alexander R, Emond A, et al. Trauma, Resilience, and Mental Health in Migrant and Non-Migrant Youth: An International Cross-Sectional Study Across Six Countries. *Front Psychiatry.* 2020;10.
75. Perreira KM, Ornelas I. Painful passages: Traumatic experiences and post-traumatic stress among U.S. immigrant Latino adolescents and their primary caregivers. *Int Migr Rev.* 2013;47(4).

76. Fazel M, Reed R V., Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812).
77. Costigan CL, Dokis DP. Relations between parent-child acculturation differences and adjustment within immigrant chinese families. *Child Dev*. 2006;77(5).
78. Bornstein MH, Bohr Y, Hamel K. Immigration , Acculturation , and Parenting. Published online 2020:1-13.
79. Chia AL, Costigan CL. Understanding the multidimensionality of acculturation among Chinese Canadians. *Can J Behav Sci*. 2006;38(4).
80. Ryder AG, Alden LE, Paulhus DL. Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *J Pers Soc Psychol*. 2000;79(1).
81. Tamis-LeMonda CS, Sze INL, Ng FFY, Kahana-Kalman R, Yoshikawa H. Maternal teaching during play with four-year-olds: Variation by ethnicity and family resources. *Merrill Palmer Q*. 2013;59(3).
82. Rogala A, Szczepaniak M, Michalak N, Andersson G. Internet-based self-help intervention aimed at increasing social self-efficacy among internal migrants in Poland: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interv*. 2020;21.
83. Cuellar, I., Harris, L., & Jasso R. An acculturation scale for Mexican American normal and clinical populations. *Hisp J Behav Sci*. 1980;2:199–217.
84. Lanzara R, Scipioni M, Conti C. A Clinical-Psychological Perspective on Somatization Among Immigrants : A Systematic Review. 2019;9(January).
85. Szabo A, Ward C, Fletcher GJO. Stress appraisal, information processing strategies, and somatic symptoms: A longitudinal study with immigrants. *J Health Psychol*. 2019;24(5):650-660.

86. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(2):220-225.
87. Alegría M, Canino G, Shrout PE, et al. Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *Am J Psychiatry.* 2008;165(3).
88. Lewis-Fernández R, Das AK, Alfonso C, Weissman MM, Olfson M. Depression in US Hispanics: Diagnostic and management considerations in family practice. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(4).
89. Bauer AM, Chen CN, Alegría M. Prevalence of physical symptoms and their association with race/ethnicity and acculturation in the United States. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(4).
90. Interian A, Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Díaz-Martínez AM. Somatic complaints in primary care: Further examining the validity of the patient health questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics.* 2006;47(5).
91. Loeb TB, Joseph NT, Wyatt GE, et al. Predictors of Somatic Symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2018;10(5).
92. Mauss D, Li J, Schmidt B, Angerer P, Jarczok MN. Measuring allostatic load in the workforce: A systematic review. *Ind Health.* 2015;53(1).
93. Miller R, Tomita Y, Ing K, Ong C, Shibamura A. Mental well-being of international migrants to Japan : a systematic review. Published online 2019:1-8.
94. Mengistu BS. Acculturation and mental health among adult forced migrants : a meta-narrative systematic review protocol. 2019;8:1-8.
95. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nat Rev Immunol.* 2005;5(3).

96. Gouin JP, MacNeil S. Attachment style and changes in systemic inflammation following migration to a new country among international students. *Attach Hum Dev.* 2019;21(1):38-56.

97. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE)Study. *Am J Prev Med.* 2019;56(6).

La borsa di dottorato è stata cofinanziata con risorse del  
Programma Operativo Nazionale Ricerca e Innovazione 2014-2020 (CCI 2014IT16M2OP005),  
Fondo Sociale Europeo, Azione I.1 "Dottorati Innovativi con caratterizzazione Industriale"



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

