La competenza culturale nel lavoro con le famiglie dei pazienti migranti in carico ai servizi di salute mentale

I. Tarricone[1-2], M. Braca[1], F. Chierzi[1], V. Storbini[1], A. Kokona[1], P. Callegari[2], M. Nolet[2], L. Tonti[2], E. Sutti[1], F. Cazzola[1], D. Berardi[1-2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

[2] Dipartimento di Salute Mentale, Ausl di Bologna

RIASSUNTO

La salute mentale dei migranti è da considerarsi oggi in Italia e in Europa uno dei maggiori problemi di salute individuale e pubblica. Al problema dell'aumentato rischio di disturbi mentali nei migranti, si aggiunge una loro importante difficoltà di accesso alle cure, il che determina un maggior numero di accessi in urgenza presso i pronto soccorsi ospedalieri e di ospedalizzazioni per psicosi all'esordio rispetto ai nativi. La presenza della famiglia e la modalità del coinvolgimento della stessa nel rapporto di cura è una variabile cruciale nel percorso di cura e richiede attenzione e competenza culturale fin dalla presa in carico del paziente. Dall'esperienza clinica e di ricerca condotta a Bologna emerge che i migranti con esordio psicotico in accesso ai servizi psichiatrici presentano spesso caratteristiche di più elevato funzionamento sociale, ma al contempo di maggiore fragilità sociale rispetto ai nativi. Offriamo in questo lavoro una riflessione sull'impatto delle variabili socio-culturali e inerenti la storia migratoria nel rapporto tra pazienti migranti, famiglie e servizi di salute mentale.

SUMMARY

The mental health of migrants is to be considered today in Italy and in Europe one of the major problems of individual and public health. Besides the problem of the increased risk of mental disorders in migrants, there is that of the difficult access to care, which causes a greater number of emergency accesses and hospitalizations for psychosis onset compared to natives. The presence of the family and the arrangements for the involvement of the same in the caring relationship is known as a crucial variable in the process of care and requires care and cultural competence from the first access of the patient. From clinical experience and research conducted in Bologna, it is clear that migrants with psychotic onset in access to mental health services often have characteristics of higher social functioning, but at the same time more social vulnerability than natives. We offer in this work a thought on the impact of socio-cultural variables and of the migration history in the relationship between migrant patients, families and mental health services

INTRODUZIONE

La salute mentale dei migranti è da considerarsi oggi in Italia e in Europa uno dei maggiori problemi di salute individuale e pubblica. Come sostiene la Caritas[1], i migranti sono responsabili di un parziale riequilibrio demografico, in un'Italia alle prese con un elevato e crescente ritmo di invecchiamento, dove gli ultrasessantacinquenni superano già i minori di 15 anni. Nonostante le politiche di controllo dei flussi migratori, l'aumento degli stranieri residenti è stato di circa 3 milioni di unità nel corso dell'ultimo decennio, durante il quale la presenza straniera è pressoché triplicata, e di quasi 1 milione nell'ultimo biennio. L'immigrazione in Italia cambia volto velocemente e, negli anni, si è assistito ad una diversificazione delle provenienze dei migranti e delle loro storie migratorie: resta tuttavia invariata la nostra sensazione clinica di trovarci di fronte a una popolazione piuttosto fragile e a maggior rischio di sviluppare disturbi mentali. D'altro canto, da tempo è noto che la morbilità psichiatrica nei migranti è maggiore che nei nativi, soprattutto per i disturbi mentali gravi.

Al problema dell'aumentato rischio di disturbi mentali nei migranti, si aggiunge una loro importante difficoltà di accesso alle cure, che rende ragione di un maggior numero di accessi in urgenza presso i pronto soccorsi ospedalieri e di ospedalizzazioni per psicosi rispetto ai nativi. Questo dato è ascrivibile alla diversa modalità di accesso alle cure primarie dei pazienti provenienti da paesi con sistemi sanitari profondamente diversi[2], per cui il pronto soccorso diventa la via di accesso privilegiata e solo nel momento in cui la patologia non è più controllabile. D'altro canto, il ricovero psichiatrico in urgenza con coinvolgimento delle forze dell'ordine è fortemente associato alla mancanza di contatti con il medico di base, alla mancanza di supporto di familiari e conoscenti[3], alla scarsa rete sociale[4] o alle difficili condizioni socio abitative piuttosto che all'etnia[5].

Nella cura delle persone affette da disturbi psichici, riveste naturalmente un ruolo centrale in tutto il percorso terapeutico, dall'accesso ai servizi alla compliance ai trattamenti, il rapporto con i familiari. Gli studi sulle famiglie dei pazienti affetti da disturbi psichici, avviati da Brown e continuati negli anni '70 e '80, hanno dato particolare rilevanza al clima emotivo familiare e a come questo possa incidere sul decorso della schizofrenia. I pazienti che vivono in famiglie caratterizzate da comportamenti e reazioni emotive definite ad alta emotività espressa mostrano decorsi peggiori e riacutizzazioni più frequenti dei disturbi psichici[6,7]. Alla base dei comportamenti in famiglia definiti ad alta emotività espressa, sarebbero atteggiamenti incentrati su vissuti di colpa, rabbia, impotenza, che sono largamente influenzati dalle conoscenze dei familiari sui disturbi psichici e sulle opportunità di cura. Sulla base di queste importanti scoperte scientifiche, sono stati sviluppati modelli di lavoro psicoeducativi per le famiglie, il cui grande ruolo innovativo e strategico sul piano del trattamento è stato proprio quello di portare i familiari ad essere considerati e a sentirsi importanti alleati del progetto di cura del paziente affetto da disturbi psichici, superando antichi pregiudizi sulla causalità "familiare" dei disturbi mentali. Di fronte all'aumentare di utenti migranti e delle loro famiglie, oggi, naturalmente, i servizi di psichiatria si interrogano sui consolidati modelli di lavoro con i loro familiari e sugli elementi innovativi per renderli culturalmente competenti.

L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI BOLOGNA OVEST (DSM AUSL BO) E DEL BOLOGNA TRANSCULTURAL PSYCHIATRIC TEAM (BoTPT) DELL'UNIVERSITA' DI BOLOGNA CON I MIGRANTI

Dal 1995 a Bologna è stato avviato il Centro di Studio e Ricerca dell'Università di Bologna "George Devereux - Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT)"[8]. Il Centro di Studio e Ricerca BoTPT ha condotto nel corso degli anni studi approfonditi sulle tematiche concernenti la salute mentale nei migranti[9-11]. Nel centro di salute

mentale (CSM) di Bologna Ovest, ma anche in altre sedi quali Codroipo, Varese e Sassuolo, sono state di recente prese in considerazione e confrontate le caratteristiche dei migranti che afferiscono ai servizi di psichiatria e dei centri coinvolti nello studio.

Le analisi sui primi dati raccolti a Bologna hanno evidenziato che le caratteristiche cliniche dei disturbi mentali negli utenti migranti non sono tanto associate alla etnia o al background socio-culturale, quanto piuttosto all'esperienza migratoria, mentre le analisi effettuate a Varese, Codroipo e Sassuolo hanno evidenziato grandi differenze nel percorso di cura tra i vari centri, non spiegate dai fattori socio-demografici presi in considerazione[12,13]. L'invio "sociale" è maggiore a Bologna che nelle altre città italiane, a testimonianza della buona diffusione sul territorio del centro di Bologna e della necessità di lavorare sull'accessibilità alle cure psichiatriche per i migranti anche nelle altre realtà italiane.

Per quanto riguarda lo studio dei disturbi mentali gravi, abbiamo condotto uno studio di incidenza dei disturbi psicotici nella popolazione residente a Bologna analizzando e confrontando le specifiche caratteristiche delle popolazioni migranti e native[14]. Dal Gennaio 2011, in collaborazione con il gruppo di ricerca europeo EUGEI (European Community's Seventh Framework Program, grant agreement No. HEALTH-F2-2009-241909, Project EU-GEI: European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interaction), progetto coordinato da Jim van Os[15], stiamo studiando i potenziali fattori di rischio di psicosi collocati nella fase migratoria tramite l'utilizzo della Bologna Migration History and Social Integration Interview, una scheda sviluppata dal nostro gruppo di ricerca per la ricognizione di tutti i fattori critici e potenzialmente di rischio per psicosi incontrati dai migranti durante le diverse fasi del processo migratorio. Al fine di comprendere meglio le caratteristiche socio-demografiche, la storia migratoria e il percorso di cura dei pazienti migranti che si rivolgono ai servizi psichiatrici territoriali si è ritenuto opportuno ampliare lo studio a più centri italiani afferenti alla rete "Psichiatria della Migrazione della Società Italiana di Psichiatria". Il progetto di studio (Progetto Primo Episodio Psicotico Italia - Migrazione – PEP-Ita Migrazione), sviluppato a partire dalla metodologia del Progetto EUGEI e di alcune esperienze di eccellenza a livello italiano, intende raccogliere e valutare i casi di migranti con esordio psicotico afferenti alla rete dei servizi psichiatrici italiani (Centri di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, Servizi di Consulenza, altre articolazioni): da tale studio ci attendiamo di acquisire maggiori informazioni sui fattori di rischio, sulle caratteristiche cliniche e sui percorsi di cura dei migranti affetti da psicosi in Italia[16].

MIGRAZIONE, PSICOSI E FAMIGLIE: COSA ABBIAMO APPRESO DALLE ESPERIENZE DI STUDIO AD OGGI CONDOTTE?

I migranti a Bologna hanno mostrato un'incidenza di 2.5 volte maggiore di esordio psicotico rispetto ai nativi in Italia[14]. Il dato della conferma di un eccesso di incidenza di psicosi nei migranti (in linea con quanto già riscontrato negli studi europei), unito al riscontro di un progressivo aumento di presenze migranti nella nostra città e nei nostri servizi[17], ha spronato il nostro interesse ad analizzare i dati della popolazione migrante con esordio psicotico in accesso al CSM Ovest, con l'intento di individuare elementi di interesse per l'affinamento della nostra comprensione dei disturbi mentali nei migranti e degli interventi offerti ai migranti e le loro famiglie.

Riassumiamo in Tabella 1 alcuni risultati che sono a nostro avviso informativi per lo sviluppo di interventi psicosociali culturalmente competenti per i migranti e le loro famiglie.

Tabella 1. Elementi informativi per lo sviluppo di interventi psicosociali culturalmente competenti per i migranti e le loro famiglie.
1) Tra i pazienti all'esordio, i migranti sono significativamente più spesso lavoratori e indipendenti dal punto di vista abitativo dalla famiglia di origine
2) Pur non mostrando differenze per quanto riguarda la durata di psicosi non trattata, i migranti all'esordio psicotico accedono ai CSM più frequentemente dopo un ricovero psichiatrico; l'accesso diretto e informale (auto-invio, segnalazione da parte della famiglia) è meno frequente rispetto ai nativi, mentre è più frequente l'invio da parte del MMG
3) I pazienti migranti all'esordio perdono più frequentemente il lavoro, ma recuperano più frequentemente l'attività lavorativa a 12 mesi
4) Meno drop-out quando nella presa in carico dei pazienti migranti gli Assistenti Sociali sono coinvolti fin dai primi colloqui
5) Famiglie migranti con diversa modalità di rapporto con il servizio di salute mentale a seconda della identità culturale e della storia migratoria

RISULTATI

Nella casistica di pazienti all'esordio psicotico da noi valutata presso il CSM Ovest di Bologna, i pazienti migranti, tutti di prima generazione, costituiscono il 24% e

mostrano alcuni indici di più elevato funzionamento all'esordio, quali una maggior prevalenza di attività lavorativa e di indipendenza abitativa dalla famiglia di origine rispetto ai nativi[14]. A fronte di questo più elevato funzionamento sociale, va però considerato il dato di una maggiore tendenza a ricevere un ricovero psichiatrico prima dell'accesso al CSM e un minore coinvolgimento della famiglia al momento dell'invio[14]. Durante il decorso, i pazienti migranti con esordio psicotico mostrano una maggiore propensione a perdere l'occupazione lavorativa, ma anche a recuperarla al follow-up a 12 mesi, mostrando un decorso clinico che mette in luce in molti casi la reattività della sintomatologia psicotica alle avversità socio-ambientali. Analizzando la casistica globale dei pazienti migranti che accedono al CSM Ovest, abbiamo osservato una maggiore inclinazione al drop-out nei casi in cui non era attivato un intervento di analisi e supporto sociale sin dalla presa in carico[12].

Considerati globalmente, questi dati ritraggono una popolazione migrante più fragile dal punto di vista sociale rispetto ai nativi. E' interessante notare che la fragilità sociale è connessa anche alla mancanza della famiglia al momento della presa in carico e a un percorso di cura più complesso, spesso richiedente un ricovero psichiatrico all'esordio psicotico. Questi dati confermano, pertanto, quanto già espresso da più autori sull'importante valenza che la famiglia può esercitare nel percorso di cura psichiatrico, e sottolinea indirettamente la necessità che la mancanza di carers familiari sia presa in considerazione tempestivamente nella predisposizione dei dispositivi di cura.

DISCUSSIONE

Le peculiarità comunicative dei pazienti e la loro storia migratoria improntano le modalità di rapporto tra la famiglia e il servizio psichiatrico. Le risorse strutturalmente presenti nel CSM (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori) si integrano virtuosamente in una realtà di copresenza universitaria con antropologi, mediatori linguistici e culturali, medici e psicoterapeuti in formazione e volontari, animati da un profondo interesse verso le tematiche della salute mentale transculturale in un dispositivo di cura multiprofessionale a "geometria variabile". L'attenzione alla relazione, all'ascolto empatico, alla testimonianza, al contenimento del paziente e, in generale, a tutti i meccanismi presenti sul versante supportivo della psicoterapia; l'attività di assistenza sociale, (per risolvere problemi contingenti quali permesso di soggiorno, abitazione, difficoltà linguistiche, accesso ai servizi sanitari, etc.); la presenza di un interprete linguistico, nei casi di difficoltà nella comunicazione verbale: tutti questi sono elementi che consentono al team multidisciplinare di essere preparato a confrontarsi anche con persone di diversa cultura e diversa modalità di espressione della sofferenza e da declinare caso per caso, a seconda della storia e delle necessità del paziente. La comunicazione rispetto a temi significativi come la salute e la malattia risente fortemente, della "identità culturale", ovvero delle differenti modalità culturalmente apprese di rapportarsi all'"altro", che vanno peraltro incontro a ibridazioni derivanti dalla storia migratoria individuale e familiare[18,19]. Come insegnato da Kleinman, diviene pertanto fondamentale anche per i professionisti della salute acquisire competenza culturale nella relazione "medico-paziente"[20]. Senza addentrarci negli approfondimenti che su questo tema propone lo sguardo dell'antropologia e delle scienze sociali, possiamo comunque affermare che, secondo la nostra esperienza, è complesso e rischioso generalizzare la tipologia di rapporto tra paziente migrante, famiglia e servizio secondo macro-categorie di provenienza, ma si può tentare di offrire uno schema orientativo, basato sulla tipologia della storia migratoria e delle modalità comunicative (Tabella 2).

Tabella 2. Rapporto tra paziente migrante, famiglia e servizio di salute mentale

	Cultura Individualista	Cultura Collettivista
Migrazione Passiva	Rapporto a "Famiglia ipercoinvolta"	Rapporto a "Famiglia coinvolta"
Migrazione Attiva	Rapporto a "Famiglia assente"	Rapporto a "Famiglia mancante"

I pazienti con storia di migrazione passiva, spesso donne a seguito di mariti o altri membri familiari che hanno intrapreso il progetto migratorio che coinvolge tutta la famiglia, tendono a proporsi in gruppo, con l'intera famiglia, secondo uno stile comunicativo "collettivista". Questi pazienti sono membri di un insieme che non si scompone nemmeno di fronte alla malattia, che chiede di condividere e confrontarsi con tutte le decisioni inerenti la diagnosi e la cura. Nella nostra esperienza è molto utile accogliere la "famiglia coinvolta" in gruppo e accettare la richiesta, culturalmente orientata, di comunicare sulla malattia non individualmente, ma con l'intero gruppo familiare. La maggior parte dei pazienti è però costituita da donne e uomini che hanno scelto di migrare per motivi lavorativi (migrazione attiva) e che molto raramente propongono il coinvolgimento di un familiare, secondo uno stile comunicativo "individualista". In tali casi di "famiglia assente", il coinvolgimento di un familiare può essere ritenuto un obiettivo importante, da raggiungere tramite il consolidamento di un rapporto di fiducia con il paziente. Ancora una volta, è importante non forzare i tempi necessari all'impostazione del rapporto con i familiari e rispettare la richiesta di un rapporto individuale con il servizio. Anche se meno frequentemente, è importante ricordare che anche alcuni pazienti che hanno seguito un percorso di migrazione passivo possono prediligere stili comunicativi individualisti e pertanto soffrire nella fase post migratoria la presenza di una famiglia "ipercoinvolta". Vi è, infine, il caso dei pazienti con storia migratoria attiva, che hanno scelto di migrare, ma che provengono da società collettiviste e che accusano, tra le altre difficoltà di adattamento al nuovo mondo, l'assenza della famiglia; sono questi i pazienti che propongono un rapporto con il servizio che definiamo "famiglia mancante", che accettano più volentieri la presenza del mediatore culturale nel setting di cura e che più favorevolmente accolgono l'introduzione di diversi carers professionali e operatori sociosanitari nel progetto di cura.

CONCLUSIONI

Lavorare con i migranti è stata ed è tuttora una sorprendente occasione di mettere in discussione approcci teorici e modelli di cura per lo più basati sui risultati di trials e ricerche condotte sui "nativi" e che non sempre si mostrano efficaci in ambito trans-culturale. In questi anni si sono accumulate molte evidenze scientifiche

sull'aumentato rischio di disturbi mentali gravi, quali le psicosi, nei migranti. Questo ha determinato una "revisione generale" dei modelli interpretativi della genesi dei disturbi psichici, poiché ha fornito l'occasione diretta per verificare l'importanza di fattori di stress ambientale, non solo individuali, ma anche di area, sullo sviluppo di tali disturbi. Oggi la comunità scientifica è unanime nel ritenere che le caratteristiche culturali e la storia migratoria influenzino fortemente il rischio di ammalarsi e la risposta alle cure, ma ancora numerosi sono gli elementi da chiarire per individuare efficaci dispositivi di prevenzione e di cura[21]. E' evidente che le Università e le Istituzioni deputate alla formazione e alla ricerca siano pertanto oggi fortemente chiamate a impegnarsi in questo ambito. Come atteso, anche per i pazienti migranti il coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura è un passaggio cruciale e spesso in grado di ridurre disabilità sociale e necessità di ricovero. Non in tutti i casi però la famiglia deve essere coinvolta. Il rispetto della richiesta di un rapporto di cura individuale o collettivista va a esercitare l'importante ruolo terapeutico di gratificare, almeno nel setting di cura, aspettative di adattamento al nuovo mondo profondamente radicate su tratti di personalità e stili cognitivi culturalmente acquisiti, pilastri identitari per il paziente e la sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

1. Caritas/Migrantes. Immigrazione: Dossier Statistico 2010. Roma: Edizioni IDOS 2010.
2. Harrison G, Holton A, Neilson D, Owens D, Boot D, Cooper J. Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors. Psychol Med. 1989; 19 (3):683-96.
3. Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. Br J Psychiatry. 1995; 167(6): 770– 776.
4. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, et al. Sample characteristics and compulsory admission: a report from the AESOP study. Br J Psychiatry. 2005; 186(4): 281-289.
5. Burnett R, Mallett R, Bhugra D, Hutchinson G, Der G, Leff J. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multiethnic population. Psychol Med. 1999; 29(2): 475– 483.
6. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry. 1972; 121(562):241-258.
7. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br J Psychiatry. 1976; 129(8):125-137.
8. Tarricone I, Braca M, Atti AR, et al. Clinical features and pathway to care of migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team. Int J Cult Ment Health, 2009; 2(1), 1-15.
9. Tarricone I, Atti AR, Salvatori F, et al. Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna. Int J Soc Psychiatry. 2009; 55(3):203-213.
10. Tarricone I, Stivanello E, Poggi F, et al. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2012; 195(3):91-106.
11. Braca M, Berardi D, Mencacci E, et al. Understanding psychopathology in migrants: a mixed categorical-dimensional approach. Int J Soc Psychiatry. 2014; 60(3):243-253.
12. Tarricone I, Atti AR, Braca M, et al. Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: reasons for drop-out. Int J Soc Psychiatry. 2011; 57(6): 627-630.
13. Tarricone I, Stivanello E, Ferrari S et al. Migrant pathways to community mental health centres in Italy. Int J Soc Psychiatry. 2012; 58 (5): 505-511.
14. Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, et al. First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study. Psychol Med. 2012; 42(11):2255-2264.
15. European Network of National Networks studying Gene-Environment Interactions in Schizophrenia (EU-GEI), van Os J, Rutten BP, et al. Identifying gene-environment interactions in schizophrenia: contemporary challenges for integrated, large-scale investigations. Schizophr Bull. 2014; 40(4):729-736.
16. Tarricone I, Braca M, Allegri F, et al. First-episode psychosis and migration in Italy (PEP-Ita migration): a study in the Italian mental health services. BMC Psychiatry. 2014; 23 (14):186.
17. Rucci P, Piazza A, Perrone E, et al. Disparities in mental health care provision to immigrants with severe mental illness in Italy. Epidemiol Psychiatr Sci. 2014; 30 (4):1-11.
18. Kapuscinski R. L'altro. Feltrinelli, Milano, 2007.
19. Anolli L. La mente multiculturale. Edizione Laterza, Bari, 2006.
20. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Med. 2006; 3(10): e294.
21. Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, et al. EPA guidance mental health care of migrants. Eur Psychiatry. 2014; 29(2):107-115.