



CORSO DI ALTA FORMAZIONE

“IL CONTRIBUTO DELLA PSICHIATRIA CULTURALE ALLA SALUTE DEI MIGRANTI”

VITTORIO DE LUCA



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

LA RADA
Cooperativa Sociale

Città della Luna
comunicazione dei bambini

Prometeo
COOPERATIVA SOCIALE



IL CONTRIBUTO DELLA PSICHIATRIA CULTURALE ALLA SALUTE DEI MIGRANTI

VITTORIO DE LUCA

ASL ROMA 5

ISTITUTO ITALIANO IGIENE MENTALE TRANSCULTURALE

OVERVIEW

- Psichiatria culturale e migrazione
- Equità e diseguaglianze in salute mentale nei migranti
- Psichiatria culturale e competenza culturale nei DSM
- Esempi di strumenti culturali in psichiatria
 - Inquadramento Culturale e Intervista per IC
- La competenza culturale come elemento di equità

SEZIONE 1

PSICHIATRIA CULTURALE E MIGRAZIONE

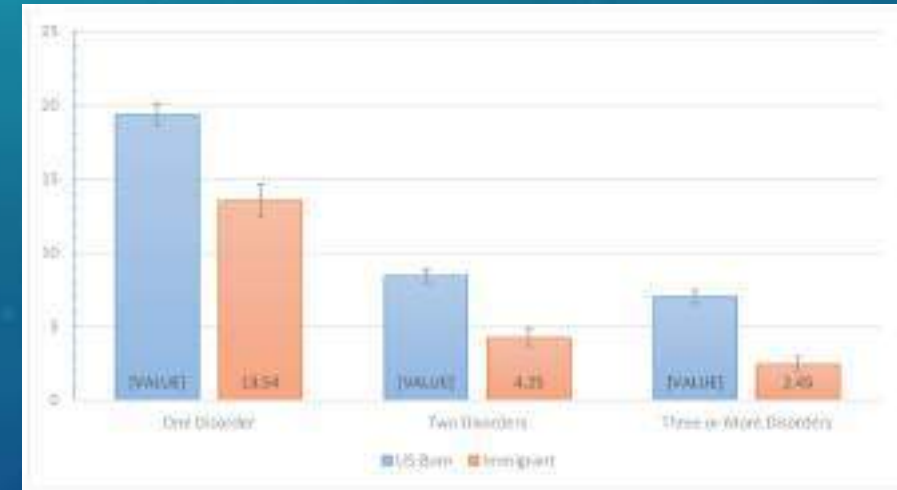
PSICOPATOLOGIA DELLA MIGRAZIONE E DELLA MIGRAZIONE FORZATA

ELEMENTI CULTURALI

ELEMENTI EPIDEMIOLOGICI

L'ipotesi «migrante sano»

- Premessa: la migrazione non sarebbe un processo *random*, ma gli individui più inclini che riescono, appartengono ad un gruppo più sano fisicamente e più solido psicologicamente (*decisione attiva*).
- Studi epidemiologici e di salute pubblica in UK (Marmot, 1984) & USA (Abraido-Lanza, 1999) evidenziano un minor tasso di mortalità: Italiani, Polacchi e Caraibici (ma non Irlandesi) in UK, Latinos in USA (suggerendo l'ipotesi del «*Salmon bias*»).
- Gli immigrati hanno meno probabilità di provenire da famiglie problematiche, e coloro che hanno emigrato dopo la fanciullezza hanno i livelli minori di morbidità psichiatrica.
- In particolare tutti i disturbi indagati, tranne il disturbo bipolare, presentavano una riduzione negli immigrati, con la massima differenza per PTSD e Disturbo Panico.



ELEMENTI EPIDEMIOLOGICI

Una prospettiva diversa

- L'arrivo in paesi con alto PIL riduce il rischio di **depressione & ansia** nei FGIs, ma non nei rifugiati (metanalisi di Lindert et al., 2009)
- Gran parte degli studi condotti in nazioni su sottogruppi specifici. In uno studio su 1.8M stranieri/residenti in Danimarca (Cantor-Grae & Pedersen, 2013), tutte le tipologie di stranieri/migranti (FGIs, adottati, SGI con M/F stranieri) erano a rischio aumentato per **qualsunque disturbo psichiatrico**, tranne i nati all'estero da genitori Danesi. Il rischio maggiore era per gli adottati.
- In una metanalisi (Mindlis & Boffetta, 2017) il rischio di **Disturbi dell'umore** era aumentato del 25% per FGIs, senza dimostrazione di aumento per i SGI.

[Lindert et al (2009). *Social Science and Medicine*, 69: 246–257]

[Cantor-Grae & Pedersen (2013). *JAMA Psychiatry*, 70 (4): 427-435]

[Mindlis & Boffetta (2017). *BJP*, 210: 182–189]

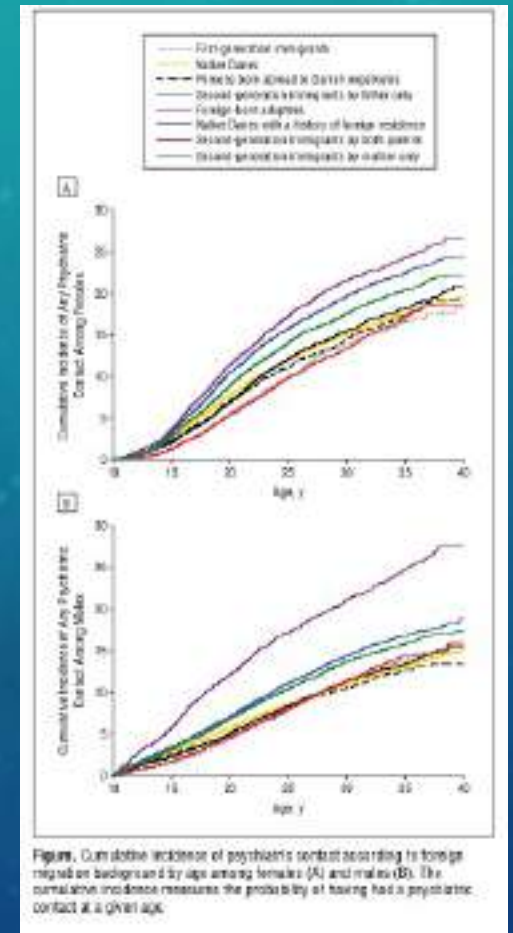


Figure 1. Cumulative incidence of psychiatric contact according to foreign register background by age among females (A) and males (B). The normalised incidence measures the probability of having had a psychiatric contact at a given age.

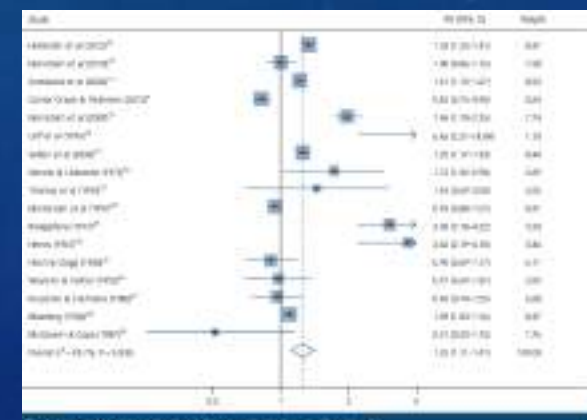


Fig. 1. Meta-analysis of mood disorder in first generation immigrants by country of origin.

ELEMENTI EPIDEMIOLOGICI

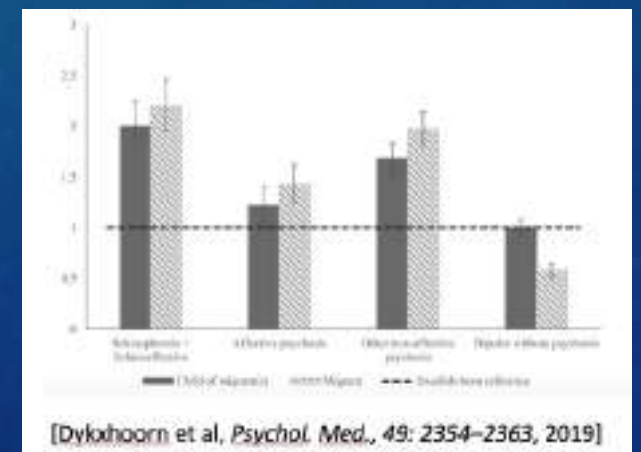
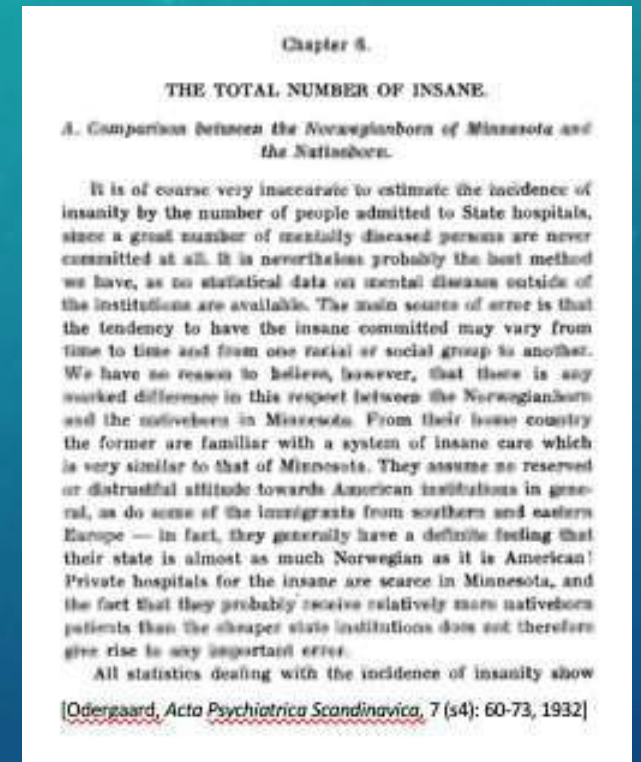
Migrazione e spettro schizofrenico

- A partire dal 1932 (Odergaard, studio sul tasso di ricoveri per *insanity* di immigrati Norvegesi in Minnesota, confrontati con Americani e Norvegesi in patria) c'è un corpo crescente di studi empirici sul rischio di SZ in migranti
- Cantor-Grae & Selten (2005) analizzano (metanalisi) un rischio relativo tra le FGIs **2.7**; anche più alto nelle SGIs. Tra i fattori connessi al rischio c'è la provenienza da paesi a maggioranza di *popolazione di colore* (4.8), suggerendo che razzismo e discriminazione giocano un ruolo nell'elevata incidenza.
- Dykxhoorn et al (2019) hanno seguito 1.8M residenti in Svezia, determinando un rischio relativo di **psicosi** (SZ, affettive e non affettive) maggiore (circa 2) in FGIs e SGIs migranti, con rischio maggiore provenienti da Africa, ma non **disturbi dell'umore non psicotici** (incluso BP) no. Le SGIs avevano rischio ridotto.

[Cantor-Grae & Selten (2005). *Am J Psychiatry*, 162: 12–24]

[Odergaard (1932). *Acta Psychiatr Scand*, 7 (s4): 60-73]

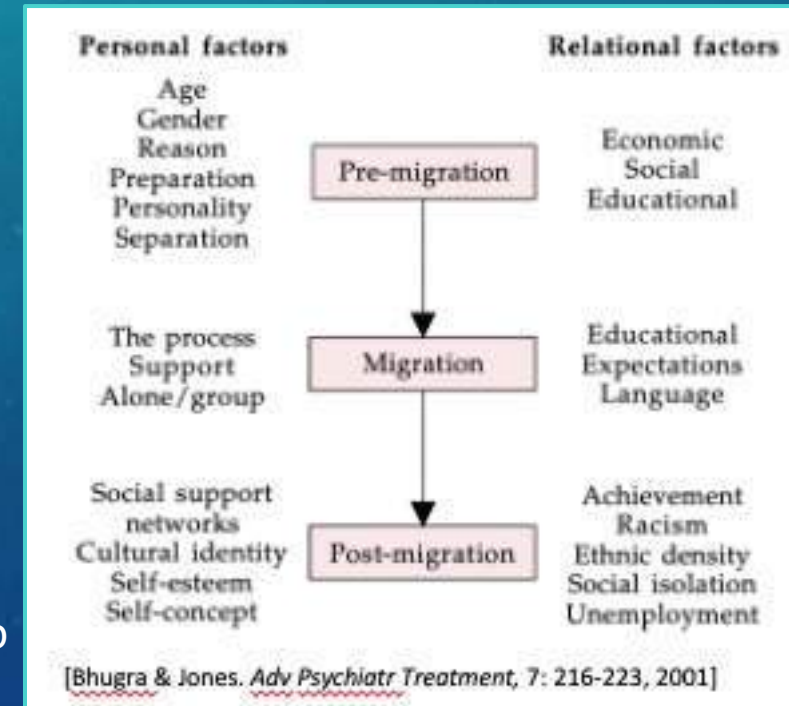
[Dykxhoorn et al (2019). *Psychol Med*, 49: 2354-2363]



ELEMENTI EPIDEMIOLOGICI, MIGRAZIONE

Migrazione e psicosi: un modello psicosociale

1. **Fattori nel paese di origine:** nazioni di origine con alto tasso di SZ ?
2. **Migrazione selettiva:** persone con SZ predisposte a migrare ?
3. **Stress migratorio:** la migrazione produce stress che può elicitarre SZ ?
4. **Misdiagnosi:** i migranti vengono diagnosticati SZ per errore ?
5. **Pattern sintomatologico:** i migranti SZ presentano sintomi diversi ?
(realità diagnostica diversa, secondo i criteri studi internazionali)
6. **Densità etnica e isolamento sociale:** La presenza di comunità numerose dello stesso gruppo etnico (*densità etnica*) può ridurre il tasso di SZ, la *dispersione etnica* aumentarlo ?



[Cochran & Bal (1987). *Soc Psychiatry*, 22: 180-191]

[Bhugra & Jones (2001). *Adv Psychiatr Treatment*, 7: 216-223]

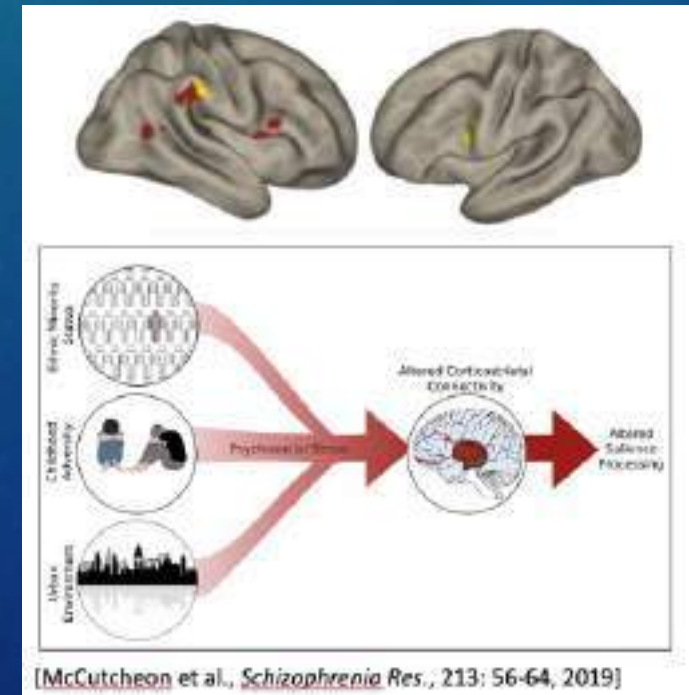
CORRELATI NEUROBIOLOGICI, MIGRAZIONE

Migrazione e spettro schizofrenico

- La funzione DA striatale risulta elevata sia negli immigrati che nei loro figli, compresi quelli a rischio di psicosi (CHR) o con diagnosi di SZ, confermando la rilevanza per i disturbi psicotici.
- L'elevazione negli immigrati è più evidente nelle **regioni dorso-striatali** (AST, Associativo e SMST, Sensori-Motore), suggerendo che avverse esperienze psicologiche, sociali e ambientali associate all'immigrazione possono incrementare il rischio di schizofrenia influenzando la funzione cerebrale Da, un componente fisiopatologico essenziale nelle psicosi.
- La funzione DA incrementata nelle FGIs e SGIs non appariva influenzata dall'esposizione alla cannabis.
- Appartenenza a gruppi minoranza o la migrazione in sé rappresentano **stress cronici** che comportano iperattività DA a livello connettività **corticostriatale (Striato Ventrale Inferiore e Putamen Dorsocaudale)** e incremento di salienza aberrante.

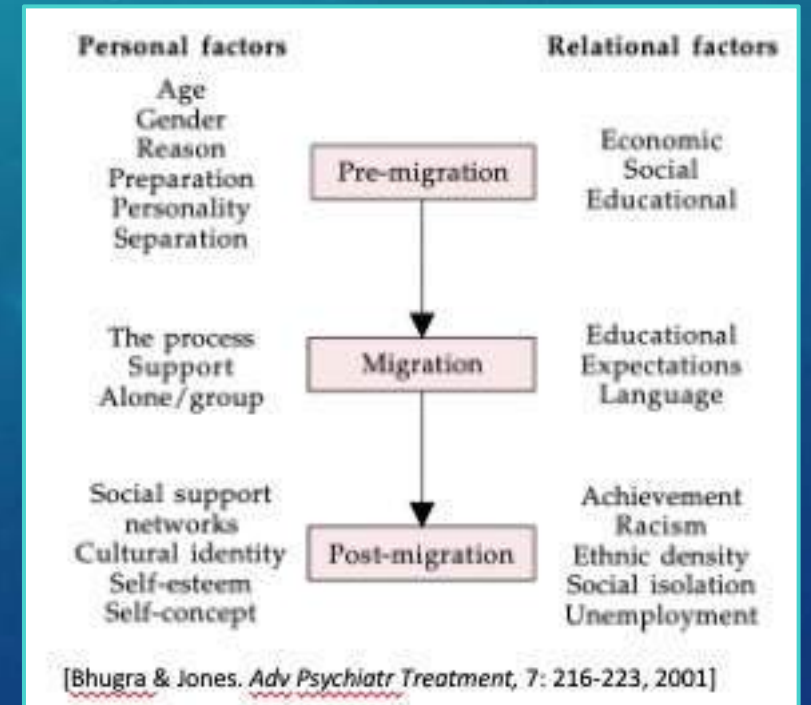
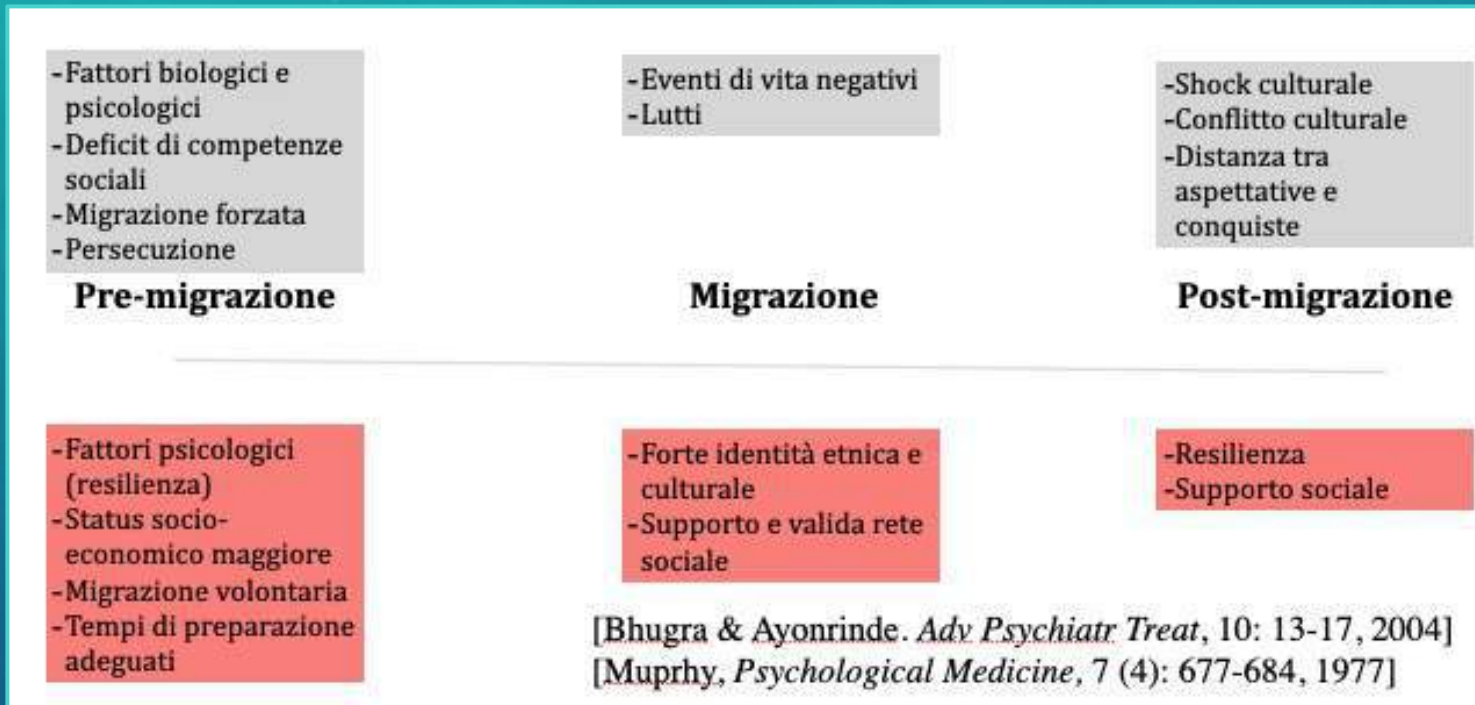
[Egerton et al (2017). *Schizophrenia Bull*, 43 (2): 293-301]

[McCutcheon et al (2019). *Schizophrenia Res*, 213: 56-64]



[McCutcheon et al., *Schizophrenia Res.*, 213: 56-64, 2019]

VULNERABILITÀ MIGRATORIA: FASI



VULNERABILITÀ MIGRATORIA: FASI

Table 1: Factors related to migration that affect mental health¹⁹⁻²²

Premigration	Migration	Postmigration
Adult		
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)
Child		
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	

[Kirmayer et al. *CMAJ*, 183 (12): E959-E967, 2011]

LA PSICOPATOLOGIA DEI MIGRANTI

[S. Mellina, 1992]

- Reazioni di adattamento [*s. ansioso-depressive*]
- Reazioni psicosomatiche [*cefalea, dispepsia, gastrite, etc.*]
- Nostalgia [*sitofobia, emaciazione, stupor melancolico, mutismo, negativismo, malintesi deliranti*]
- Quadri psicotici veri e propri [*deliri persecutori, stati confusionali acuti, allucinazioni, stati di eccitamento, iperattività, glossolalia, depressione atipica*]
- Sinistrosi [*n. da indennizzo, acuita da infortuni/malattie*]
- Patologia mentale differita

SINDROME DI ULISSE

Migrante con **stress multipli e cronici**

- Sintomi depressivi con caratteristiche atipiche (d. ansia, somatoforme e dissociativa)
- Incremento sintomatologico segue gli ostacoli del processo migratorio (*stressors*)
 - Viaggio
 - Distanza dall'ambiente di vita e dalla famiglia
 - Difficoltà a trovare lavoro, sostentamento, alloggio e ottenere documenti
 - Episodi di razzismo
- Tra il PTSD e disturbo dell'adattamento con marcata componente reattiva

Aree psicopatologiche	Sintomi
Dimensione Depressiva	Facilità al pianto, tristezza, biasimo, bassa autostima, pensieri di morte o suicidio (infrequenti), anedonia, riduzione libido, variazioni appetito o peso corporeo
Dimensione Ansiosa	Tensione, agitazione, preoccupazioni eccessive e ricorrenti, irritabilità, insonnia
Dimensione Somatoforme	Cefalea (cronica), faticabilità, dolenzia osteoarticolare, alterazioni del sonno
Dimensione Dissociativa /Confusione	Amnesie lacunari, disorientamento s/t, confabulazioni ?

Achotegui, 2002 adattato da Delgado-Ríos, 2008

[Delgado Ríos (2008). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 15-25]

[Achotegui (2004). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7, 1-28]

ELEMENTI CULTURALI, MIGRAZIONE

Migrazione come **lutto**

- Esperienza singolare di processo di *perdita e cambiamento*
- **Lutto** di intensità e durata variabile, secondo un modello che prevede 7 perdite:
 - Famiglia e amici
 - Lingua
 - Cultura
 - Patria
 - Status sociale
 - Contatto con gruppo etnico
 - Esposizione a rischio fisico (sicurezza)
- Processo complesso perché le perdite sono *parziali e ricorrenti*

ELEMENTI CULTURALI, MIGRAZIONE

Shock culturale (Oberg, 1960)

- Lavaggio eccessivo delle mani
- Preoccupazione eccessiva per le bevande, il cibo, i piatti, l'accomodamento
- Paura del contatto fisico con inservienti o assistenti
- Perplexità distratta con sguardo perso (a volte chiamato "lo sguardo tropicale")
- Senso di inaiutabilità e di dipendenza dai connazionali che vivono nel paese ospite da molto tempo
- Eccessi rabbia per i ritardi o frustrazioni minime
- Ritardo o rifiuto ostinato a imparare la lingua
- Paura eccessiva di essere ingannato, derubato o ferito
- Grande preoccupazione per minimi dolori o sfoghi cutanei
- Infine, desiderio terribile di ritornare a casa, alle proprie abitudini di vita, ai propri parenti e, in generale, a parlare con persone in modo significativo.

[Oberg (1960). *Practical Anthropology*, 7: 177-182]

ELEMENTI CULTURALI, MIGRAZIONE

Shock culturale (Taft, 1977)

- Stato di **sovraccarico emotivo** per la fatica psicologica
- Senso di **perdita** o sentimenti di **deprivazione** (v. *lutto*)
- Vissuto di **rifiuto** da parte e/o verso dei membri della nuova cultura
- Confusione sul ruolo e sulle aspettative, valori e sulla propria identità
- Episodi di sorpresa, ansia o indignazione eccessive per le differenze culturali
- Sentimenti di **impotenza** o **incapacità** ad affrontare il nuovo ambiente

Culture Shock Questionnaire (Mumford, 1998)		
A. Items "core" shock culturale	B. Items stress interpersonale	Score
1. Ti senti stanco per lo sforzo di adattarti ad una nuova cultura?	1. Ti senti ansioso o in imbarazzo quando incontri gente del luogo?	0-1-2
2. Ti capita di sentire la mancanza della tua famiglia e dei tuoi amici in patria?	2. Quando parli con la gente, capisci il senso dei loro gesti e delle espressioni facciali?	0-1-2
3. Ti senti generalmente accettato dalla gente del luogo e della nuova cultura?	3. Ti senti a disagio se la gente ti guarda quando esci?	0-1-2
4. Desideri mai di fuggire all'improvviso dal nuovo ambiente?	4. Quando fai acquisti, ti sembra che la gente voglia ingannarti?	0-1-2
5. Ti senti mai confuso sul tuo ruolo o sulla tua identità nella nuova cultura?	5. Ti capita di sforzarti per essere educato verso i tuoi ospiti (cultura ospite)?	0-1-2
6. Hai trovato cose che ti hanno colpito o provocato disgusto nel nuovo ambiente?		0-1-2
7. Ti capita di sentirti privo di aiuto o impotente quando cerchi di affrontare la nuova cultura?		0-1-2

[Mumford. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: 149-154, 1998]

[Taft (1977). *Coping with unfamiliar cultures*. In: *Studies in cross-cultural psychology*]

[Bhugra & Ayonrinde (2004). *Adv Psychiatr Treat*, 10: 13-17]

FASI ACCULTURAZIONE (OBERG, 1960)

- **Luna di miele** («viaggi di Cook»)
 - Si frequentano luoghi in cui si è più coccolati e aiutati, minori barriere linguistiche, minori difficoltà pratiche
- **Crisi** («ostilità»)
 - Ci sono problemi con i domestici, la scuola, la lingua, la casa, i trasporti, gli acquisti e il fatto che la gente sembra essere indifferente a tutto questo. Anche chi è gentile, non comprende tali difficoltà, pertanto risulta «insensibile». È il periodo in cui è facile ricadere negli stereotipi.
- **Adattamento, riorientamento e guarigione graduale** («Apertura»)
 - Si sviluppa un atteggiamento da «è una croce e devo portarla», a volte una posizione di superiorità verso la nazione ospite. Si recupera il senso dell'umorismo, con ironia verso la cultura ospite, ma anche verso se stessi.
- **Risoluzione, acculturazione** («Adattamento pieno»)
 - Si accetta la nuova cultura come un'alternativa di vita. Si riduce il livello di ansia, anche se restano momenti di sforzo, che andranno via solo quando tutti i segnali di interazione sociale saranno padroneggiati («quando si capisce il senso letterale ma anche quello profondo»). Nell'adattamento pieno non solo si accettano elementi culturali, ma iniziano a piacere.

FASI ACCULTURAZIONE (TSENG, 2001)

- **Fase pre-migratoria**
 - Anni. Speranze, fantasticherie, illusioni.
- **Fase iniziale**
 - Fino a 1 anno. Problemi pratici (lingua, accomodamento, lavoro, rete sociale)
- **Fase intermedia**
 - Da 3 a 5 anni. Modifiche culturali più o meno profonde.
- **Fase finale**
 - Oltre i 5 anni. Adattamento equilibrato, con identificazione e appartenenza.
- **Adattamento al rientro**
 - (Reverse culture shock?)

ELEMENTI CULTURALI, MIGRAZIONE

Conflitto culturale

Senso di disagio nello sperimentare la differenza tra impostazioni culturali (ruoli, educazione, valori) all'interno e all'esterno del proprio gruppo di appartenenza.



CULTURAL MISTRUST

Diffidenza (paranoia) culturale

- La sfiducia culturale è descritta come una forma di circospezione nei confronti degli appartenenti alla cultura dominante e rappresenta una **modalità di adattamento** alle condizioni sociali ed economiche secondaria all'esperienza di discriminazione.
- È presente sia nei **pazienti** che soggetti **sani**
- Varia con istruzione e reddito: nei soggetti sani è maggiormente presente in persone con minor reddito o livello di istruzione.
- Nei pazienti determina una prima ospedalizzazione più precoce (2.5 aa prima) e la gravità maggiore dei sintomi, contribuendo alla **sovrastima della schizofrenia** nella popolazione Afroamericana.
- Determina la scelta del curante e la persistenza in terapia, costituendo di fatto una **barriera alle cure**.

[Whaley (1998). *Psychiatr Q*, 69 (4): 325-343]

[Whaley (2002). *J Nerv Ment Dis*, 190 (2): 121-124]

[Townes et al (2009). *J Couns Psychol*, 56 (2): 330-336]

CULTURAL MISTRUST

Cultural Mistrust Inventory (Terrell & Terrell, 1981)

- Studiata inizialmente nella comunità afro-americana, con lo sviluppo del CMI
 - 48 domande, scala likert 1-7 (48-336): («d'accordo/disaccordo»)
 - 4 domini: Education/Training (ET), Interpersonal Relationship (IR), Politics/Law (PL), Business/Work (BW)
 - «Gli insegnanti bianchi fanno domande più difficili agli studenti neri per farli sbagliare» (ET), «I titolari dei negozi, i commercianti e altri uomini d'affari bianchi tendono a ingannare i neri ogni volta che possono» (BW), «I politici bianchi si approfittano dei neri ogni volta che possono» (PL); «I neri devono stare attenti a quanto dicono in presenza di bianchi perché questi lo usano contro di loro» (IR).
- Estesa come costrutto sia a minoranze religiose (musulmani in USA) che etniche (Latinos, Filippini) che possono aver subito discriminazioni o pregiudizi (come i musulmani dopo l'11/9).

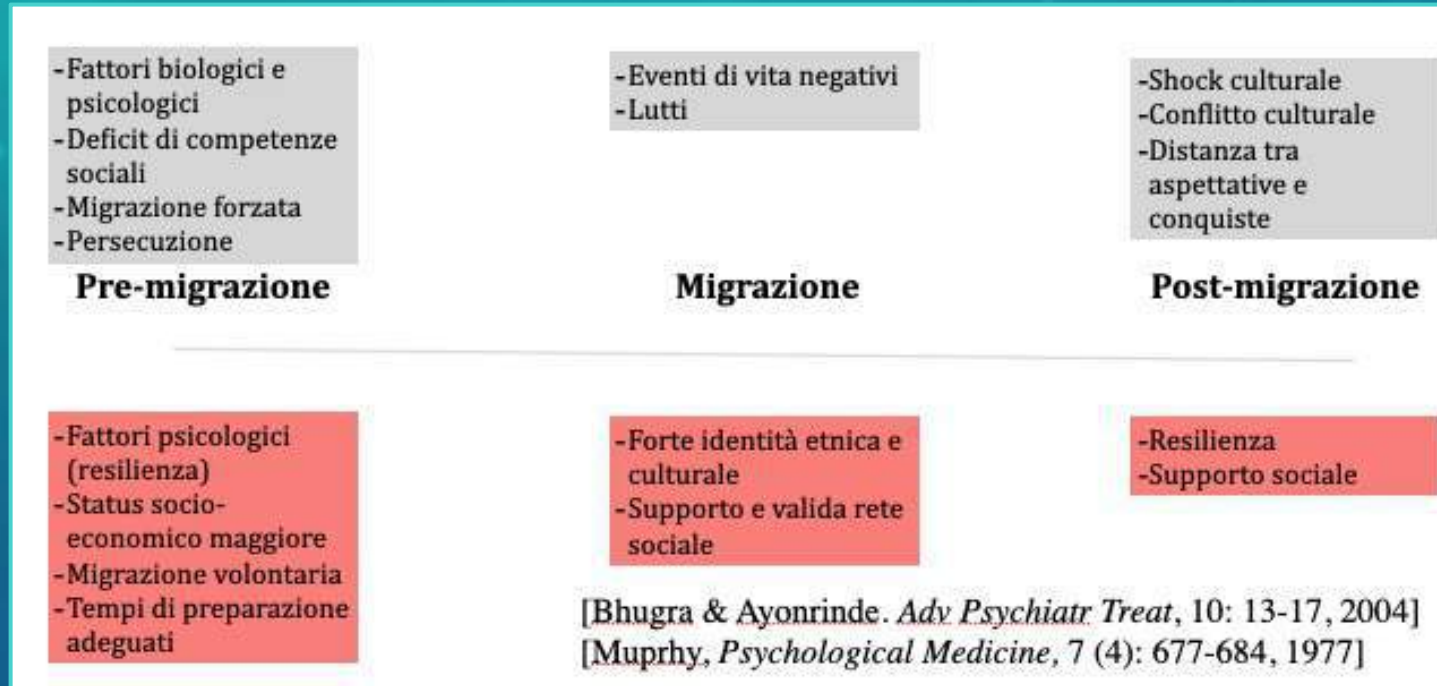
Appendix 1. The Cultural Mistrust Inventory

Responses are on a seven-point scale ranging from strongly disagree to strongly agree

- 1) *Whites are usually fair to all people regardless of race. **BW**
- 2) White teachers teach subjects so that they favor whites. **ET**
- 3) White teachers are more likely to slant the subject matter to make blacks look inferior. **ET**
- 4) White teachers deliberately ask black students questions which are difficult so they will fail. **ET**
- 5) There is no need for a black person to work hard to get ahead financially because whites will take what you earn anyway. **BW**
- 6) *Black citizens can rely on white lawyers to defend them to the best of their ability. **PL**
- 7) Black parents should teach their children not to trust white teachers. **ET**
- 8) White politicians will promise blacks a lot but deliver little. **PL**
- 9) White policemen will slant a story to make blacks appear guilty. **PL**
- 10) *White politicians usually can be relied on to keep the promises they make to blacks. **PL**
- 11) Blacks should be suspicious of a white person who tries to be friendly. **IR**
- 12) *Whether you should trust a person or not is not based on his race. **IR**
- 13) Probably the biggest reason whites want to be friendly with blacks is so they can take advantage of them. **BW**

MIGRANTI & RTPI A LIVELLO GLOBALE

Vulnerabilità psicopatologica: modello di fattori di rischio



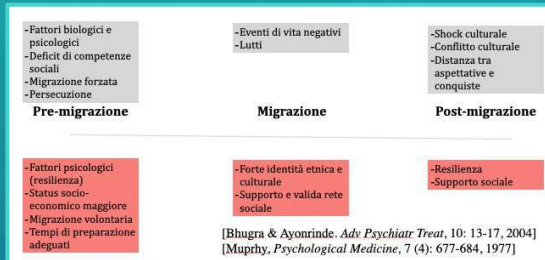
[Kirmayer et al. *CMAJ*, 183 (12): E959-E967, 2011]

[Bhugra & Ayonrinde, *Adv Psychiatr Treat*, 10: 13-17, 2004]

[Murphy, *Psychol Med*, 7(4): 677-684, 1977]

MIGRANTI & RTPI IN ITALIA

Vulnerabilità psicopatologica: modello di fattori di rischio



22,941
MISSING MIGRANTS

PERIOD: 2012-2018

The Central Mediterranean Route is the world most deadly migratory pathway with 50,000 dead and missing (2000-2018). [OIM, 2018].

22,941 is the period 2012-2018

2022 (@July 1): 872 dead and missing (CMR) vs 1326 (all) within 41,469 arrivals vs 67,500

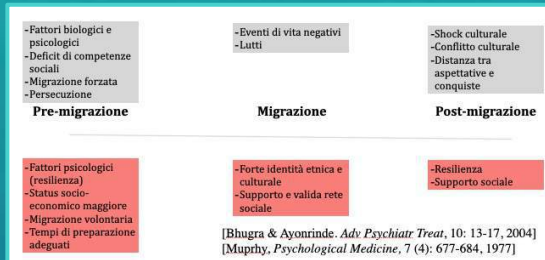
[UNHCR. *Routes Towards the Western & Central Mediterranean Sea: Appeal*, April 2022]

[OIM. *Missing Migrants Project*, 2018]

[UNHCR. *Europe situation Data & trends*. July 2022]

MIGRANTI & RTPI IN ITALIA

Vulnerabilità psicopatologica: modello di fattori di rischio



- *Incertezza* rispetto al riconoscimento di status
- *Rischio di imprigionamento / espulsione*
- *Scarsa integrazione sociale*

Fattori di rischio indipendenti.
Nuove esperienze traumatiche (*ri-traumatizzazione*).

[Priebe et al., WHO EU, 2016]

[Aragona, La prevenzione delle 'ferite invisibili', 2014]

[Mazzetti & Geraci, Immigrazione e salute mentale, 2019]

ELEMENTI EPIDEMIOLOGICI, MIGRAZIONE FORZATA

Vulnerabilità psicopatologica **RTPI**

- Due maggiori review in merito (Morina *et al.*, 2018: N= 39.518; Bogic *et al.*, 2015: N=16.010): prevalenza estremamente variabile per PTSD (3-88%), **depressione** (5-80%) e **disturbi d'ansia** (1-81%).
- Disomogeneità dei dati per **rappresentazione geografica** dei conflitti (MO: 6 studi), e **strumenti di misurazione**
- Prevalenza correlata a **nazione d'origine** che a quella di **insediamento**; Bogic *et al.*, 2015: **Jugoslavia** e **Cambogia** paese origine, Stati Uniti paese ospite
- **Depressione**: Gradiente di prevalenza tra adulti immigrati *irregolari* (3%), *rifugiati* (9%), bambini *non accompagnati* (11%) e richiedenti *asilo* (17%).
- **PTSD**: Gradiente di processo; ad es. rifugiati Siriani in Turchia **83,4%** nei CA (Acarturk *et al.*, 2018), **36,5%** in contesto urbano (Kaya *et al.*, 2019).
- **Comorbidità** tra PTSD/Depressione, fino a un 40% depressione in rifugiati già PTSD.

[Morina *et al* (2018). *Front Psychiatry*, 9: 433]

[Bogic *et al* (2015). *BMC Int Health Hum Rights*, 15: 29]

[Acarturk *et al* (2018). *J Nerv Ment Dis*, 206 (1): 40-45]

[Kaya *et al* (2019). *J Nerv Ment Dis*, 207 (12): 995-1000]

ELEMENTI CULTURALI, MIGRAZIONE FORZATA

La
resilienza
negli
adolescenti
RTPI

Fonte di resilienza		Aspetti positivi	Aspetti negativi
Supporto sociale	Famiglia	- Supporto e guida	- Stress
	Gente con lo stesso background culturale	- Supporto (riconoscimento) - Ridotto senso di perdita culturale	- Isolamento dal paese ospite
	Pari	- Supporto - Distrazione - Consigli	- Sfiducia
Strategie di acculturazione	Professionisti	- Supporto - Consigli pratici	- Sfiducia - Stigma sociale
	Connessione con la cultura di origine	- Senso di continuità	- Isolamento dal paese ospite - Discriminazione
	Adattamento al nuovo stile di vita	- Accettazione sociale - Rinforzo senso di sé	- Disconnessione dalla cultura di origine - Fatica intergenerazionale
Istruzione		- Senso di controllo - Accesso a status più elevato - Distrazione - Speranza	- Alta responsabilità/ Paura del fallimento
Religione		- Guida - Attribuzione di senso - Supporto - Senso di continuità - Distrazione - Senso di controllo	- Diversità dai pari - Discriminazione
Evitamento	Soppressione	- Non essere sovrachiato dai ricordi - Andare avanti nella vita	- Conseguenze negative a lungo termine
	Distrazione	- Soppressione dei pensieri difficili	- Conseguenze negative a lungo termine
Speranza		- Positività - Facilitazione ad affrontare difficoltà (possibilità, non aspettative)	

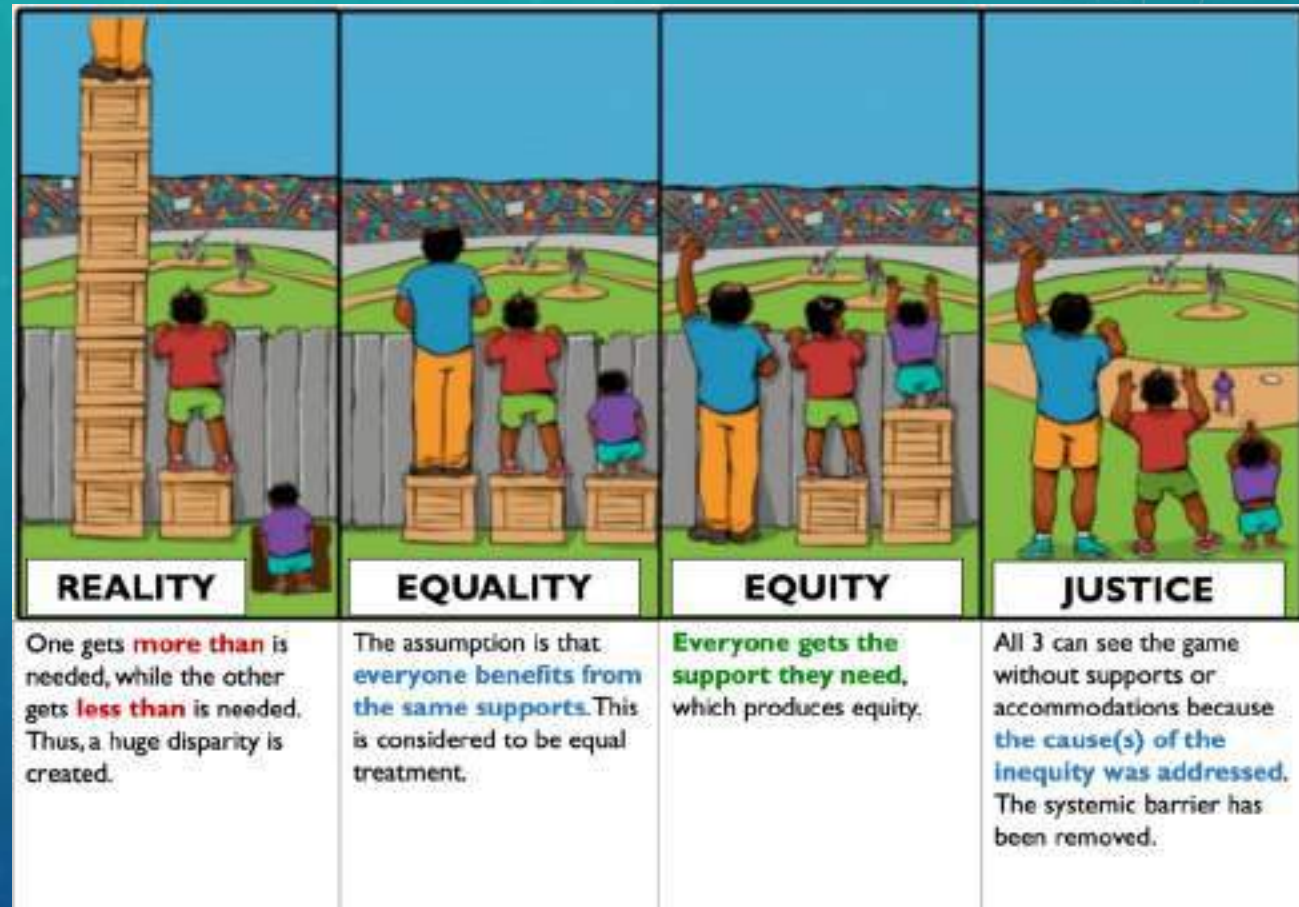
SINTESI

Dal modello migrante *sano* al migrante *esausto*

- Da un'iniziale visione della migrazione come un fenomeno associato ad intraprendenza, responsabilità e iniziativa, si è passati progressivamente a riscontrare forme di disagio gravi
- Queste forme di disagio, espresse come sintomi o come comportamenti più o meno culturalmente determinati (*idioms of distress*), possono associarsi a qualunque fase del percorso migratorio e contraddistinguere quadri acuti, subacuti o cronici
- Molto spesso, a fronte di capacità di resilienza apprezzabili e ancora visibili, si notano elementi di mancanza di speranza e sfiducia nel contesto che contraddistinguono un nuovo paradigma migratorio

SEZIONE 2

EQUITÀ E DISEGUAGLIANZE DI SALUTE NEI MIGRANTI



COMPRENDERE LE DISUGUAGLIANZE

Indicatori, interventi, determinanti, gradienti, dislivelli

Esempi di indicatori & interventi

- Aspettativa di vita
- Morbilità
- Mortalità

- Percezione di benessere

- Accessibilità / aderenza ai trattamenti

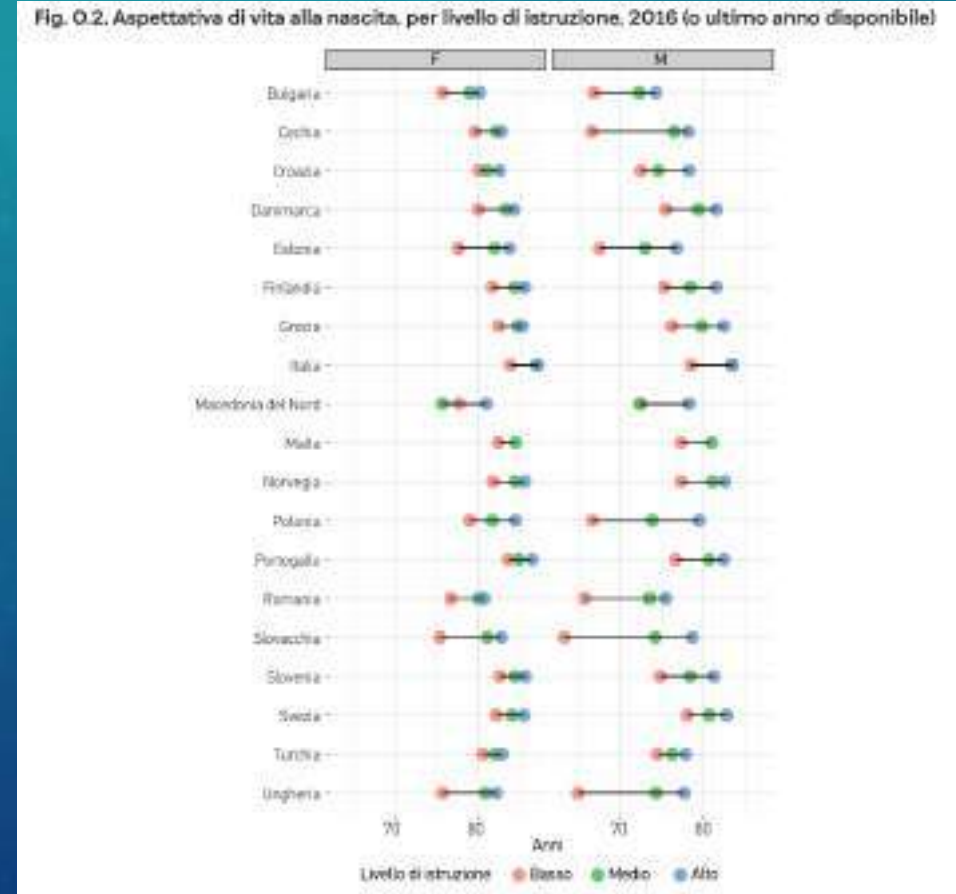
Esempi di determinanti

- Livello di istruzione (anni)
- Fascia di reddito (quintili)
- Area geografica di residenza
- Età
- Genere
- Appartenenza ad un minoranza visibile
- Capitale sociale

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

WHO-EU Health Equity Status Report, 2019

- L'aspettativa di vita media in tutta la Regione è in aumento ma in tutti i Paesi le disuguaglianze di salute permangono tra gli adulti appartenenti a diversi gruppi sociali di istruzione. L'aspettativa di vita media nella Regione europea dell'OMS è aumentata da **76,7** anni nel 2010 a **77,8** anni nel 2015.
- Le donne con meno **anni di istruzione** hanno più probabilità di morire tra i **2,3** e **7,4** anni prima delle donne con più anni di istruzione.
- Gli uomini con meno **anni di istruzione** hanno più probabilità di morire tra 3,4 e **15,5** anni prima degli uomini con più anni di istruzione.
- In quattro Paesi, gli uomini con un livello di istruzione di scuola secondaria inferiore vivono **oltre 10 anni in meno** di quelli che possiedono un'istruzione universitaria.

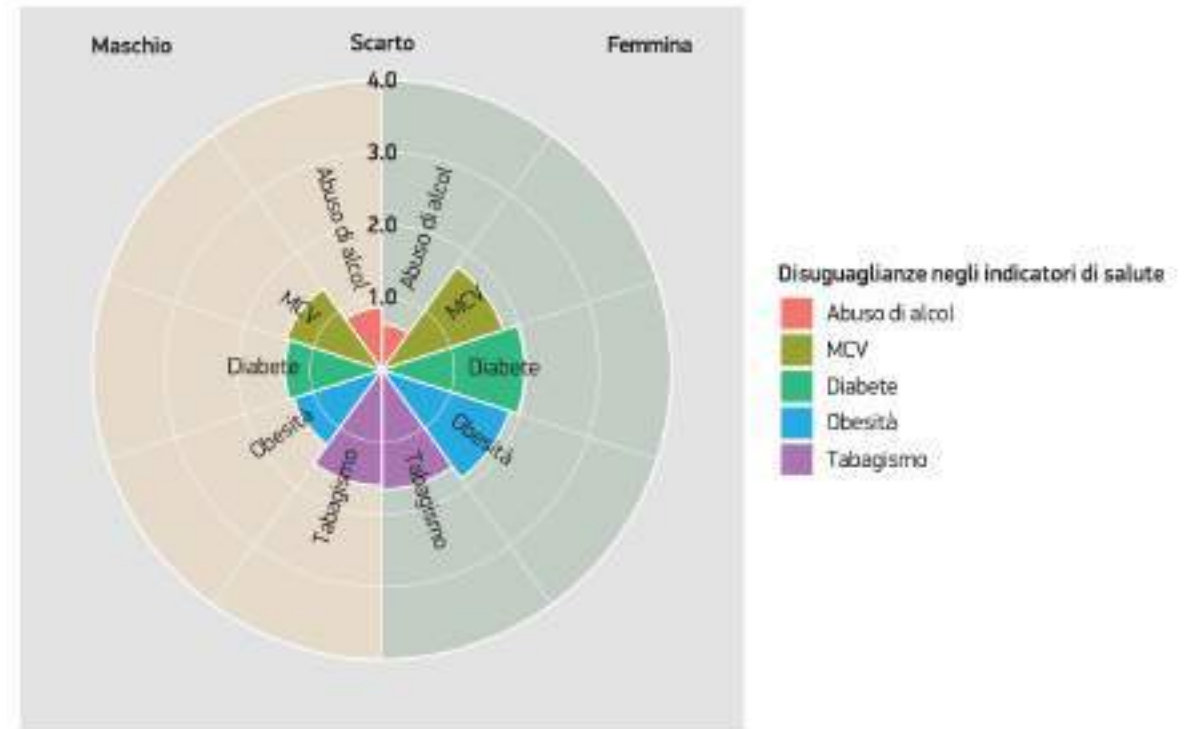


LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Rischio malattie non trasmissibili (MNT) e istruzione

- Il rischio aggiuntivo di malattie cardio-vascolari (MCV), diabete, obesità e tabagismo tra le donne con il minor numero di anni di istruzione rispetto a quelle col maggior numero di anni di istruzione è più pronunciato rispetto al rischio aggiuntivo riscontrabile tra gli uomini, quando si fa lo stesso confronto tra livelli di istruzione.
- Mediamente, in tutta la Regione, le donne col minor numero di anni di istruzione hanno quasi il doppio delle probabilità di contrarre il diabete rispetto alle donne col maggior numero di anni di istruzione, mentre questo rapporto è inferiore a 1,5 volte per gli uomini. Il diabete è segnalato tra il 4,3% delle donne col minor numero di anni di istruzione e tra il 2,2% col maggior numero di anni di istruzione. Per gli uomini, queste percentuali sono rispettivamente pari al 3,8% e 2,8%

Fig. 0.7. Disuguaglianze medie all'interno dei MNT e fattori di rischio MNT (gap tra il numero più alto e più basso di anni di istruzione)



LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Condizioni essenziali (*indicatori e interventi*)

- L'HESR ha identificato **cinque condizioni essenziali** che esercitano un impatto sull'equità in salute;
- Le carenze in ciascuna delle aree sono significative di per se stesse nello spiegare le disuguaglianze di salute tra uomini e donne divisi per gruppi sociali e aree geografiche.



Health services comprises indicators and interventions relating to the availability, accessibility, affordability and quality of prevention, treatment and health-care services and programmes.



Income security and social protection encompasses indicators and interventions relating to basic income security and the reduction of health-related risks and consequences of poverty over the life-course.



Living conditions includes indicators and interventions relating to differential opportunities, access and exposure to environmental and living conditions that each have an impact on health and well-being.



Social and human capital covers indicators and interventions relating to human capital for health through education, learning and literacy, and relating to the social capital of individuals and communities in ways that protect and promote health and well-being.



Employment and working conditions refers to indicators and interventions relating to the health impact of working, including availability, accessibility, security, wages, physical and mental demands and risks associated with working.

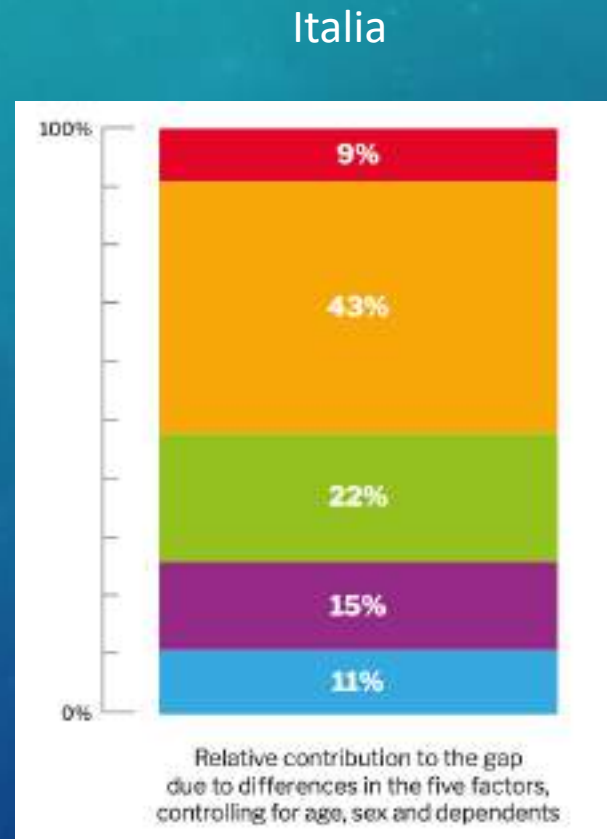
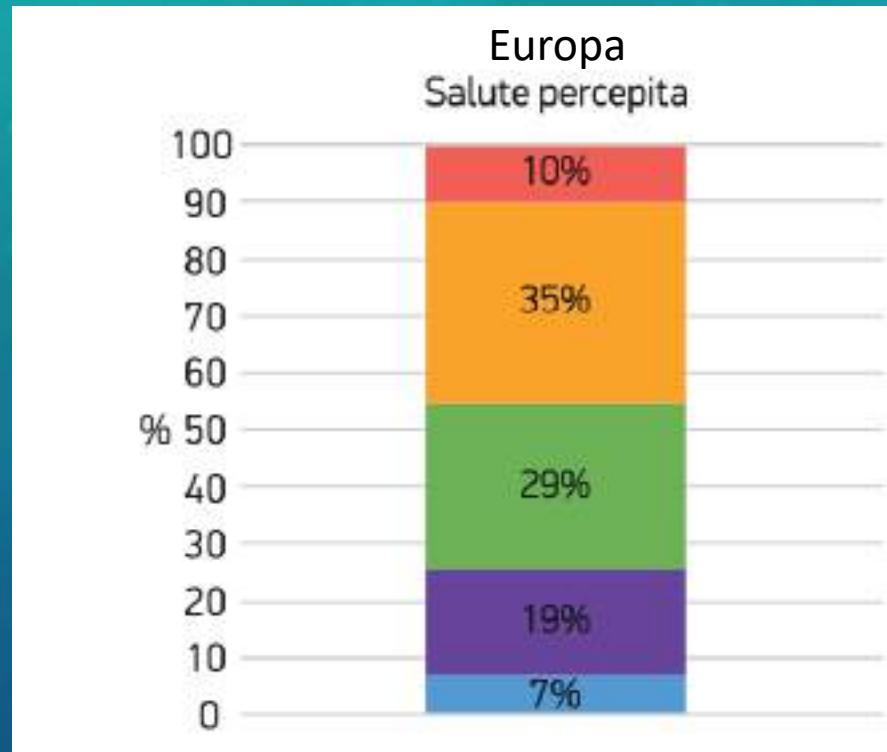
[WHO-EU. Health Equity Status Report]

[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi*]

[WHO-EU (2022). Health Equity Status Report for Italy - Summary]

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Differenza nella salute percepita considerando fasce reddito (quintili)



[WHO-EU (2019). Health Equity Status Report]

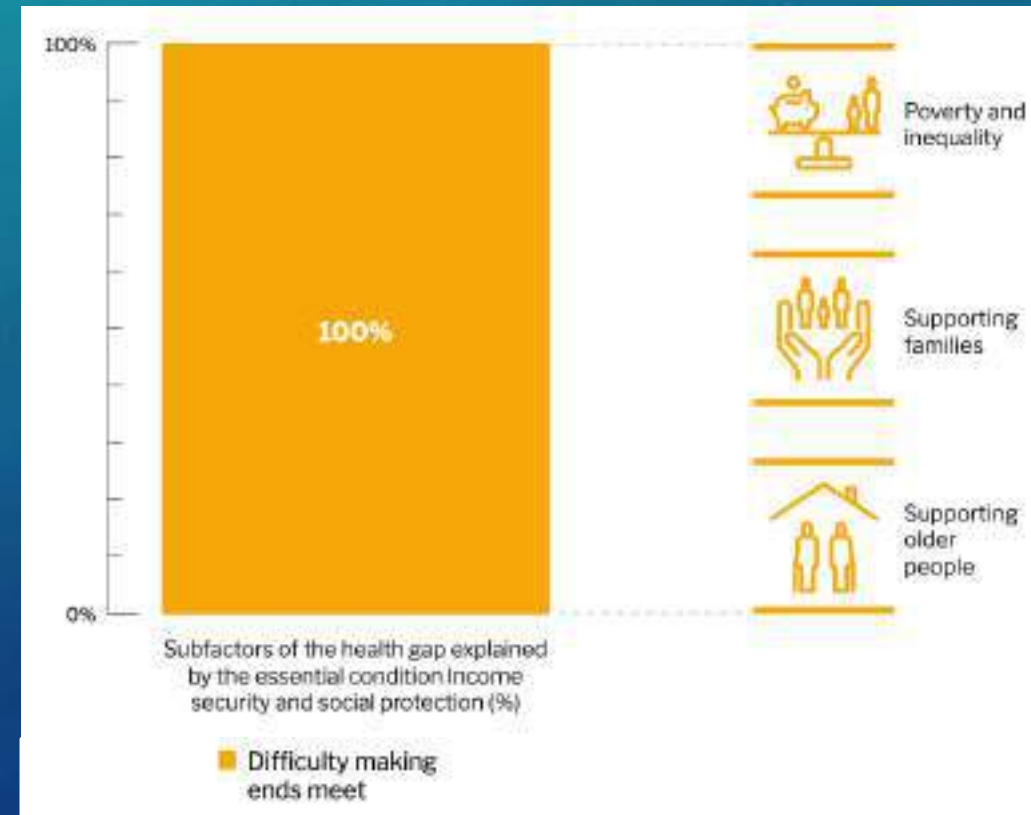
[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi*]

[WHO-EU (2022). Health Equity Status Report for Italy - Summary]

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Salute, sicurezza del reddito e protezione sociale

- La **disuguaglianza di reddito** si è ampliata tra il 2008 e il 2019 ed è rimasta a livelli più elevati rispetto a prima della crisi finanziaria del 2008.
- Il divario tra la percentuale di donne con solo l'istruzione obbligatoria e la percentuale di donne con istruzione universitaria che **sperimentano povertà lavorativa** si è ampliato nel periodo analizzato. Nel 2018, il **triplo delle donne** e degli uomini con la sola istruzione obbligatoria hanno sperimentato la povertà lavorativa rispetto a quelli con un'istruzione universitaria.



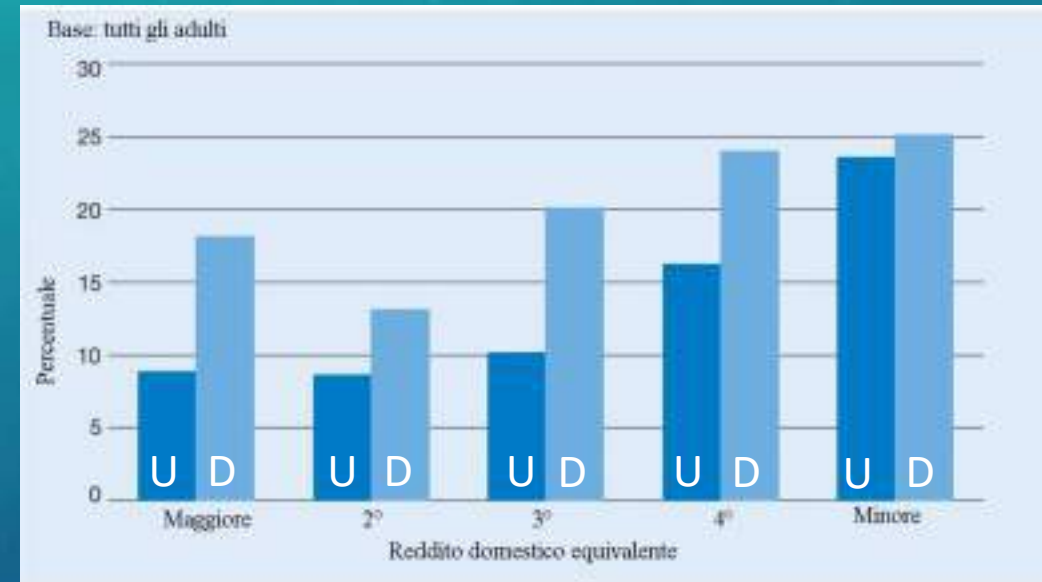
LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE

Disturbi mentali comuni e reddito

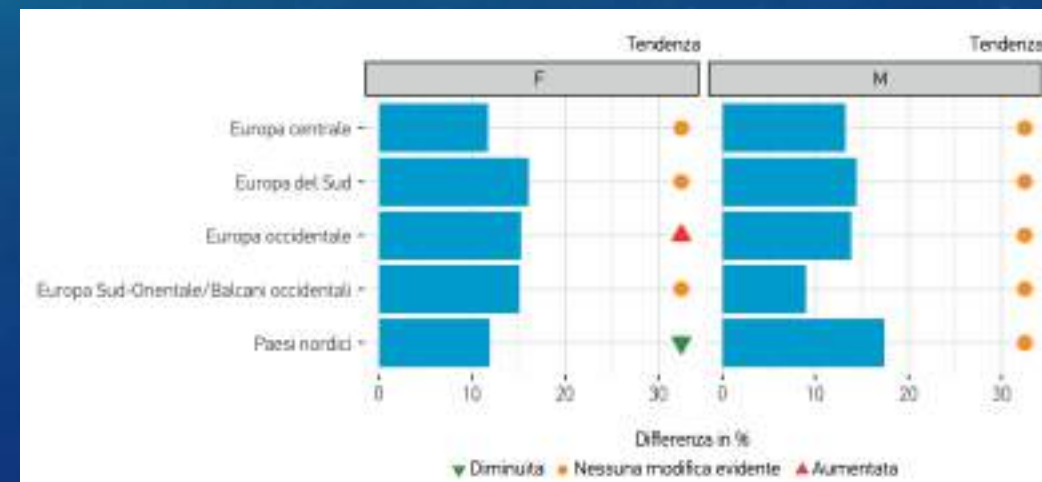
- In **UK**, il modello di distribuzione sociale dei disturbi mentali comuni si configura come un gradiente di classe sociale, più marcato nelle donne che negli uomini (*prevalenza*).
- Ogni 100 donne, vi sono tra le **12 e 16 donne** in più nel **quintile col reddito più basso** che riportano problemi di salute mentale, rispetto alle donne del quintile col reddito più alto. Per gli uomini, tra i **9 e 17 uomini** in più su 100 nel quintile a reddito più basso segnalano problemi di salute mentale rispetto a quelli nel quintile a reddito più alto (*benessere psicologico, WHO-5*)

[WHO (2014). *Determinanti sociali salute mentale.*]

[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi*]



[Source: Health and Social Care Information Centre, UK, anno 2007]

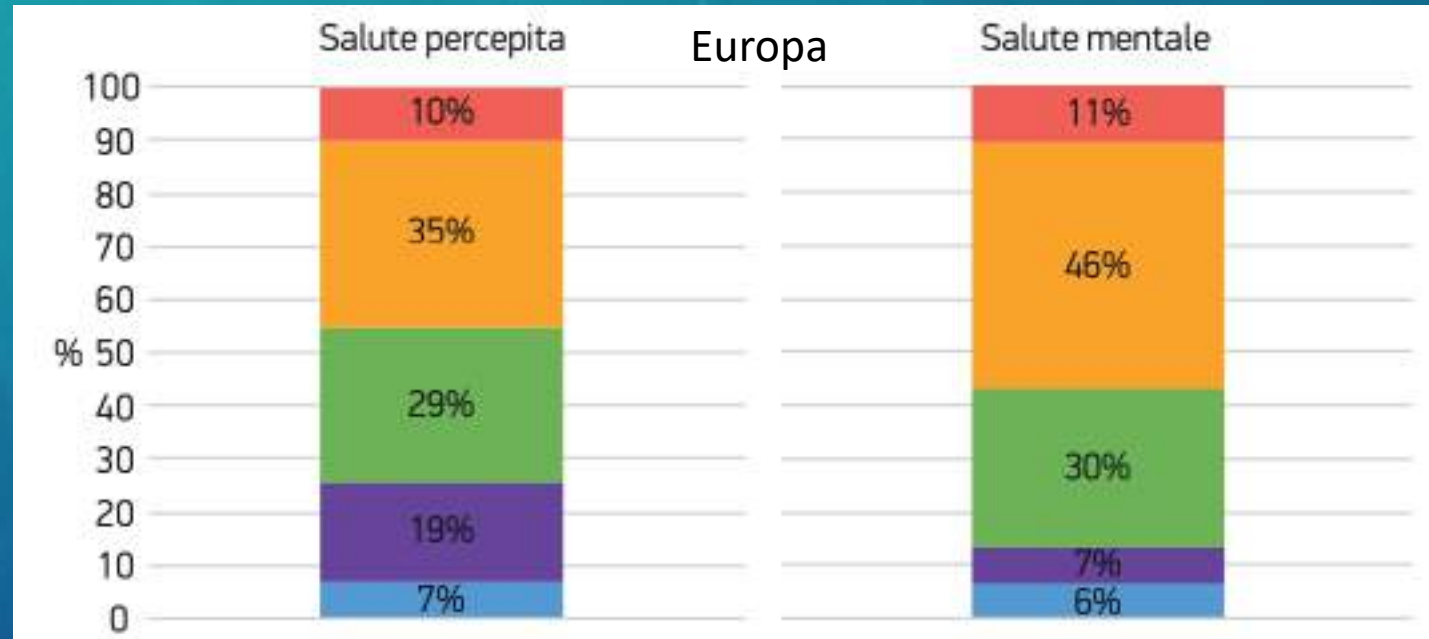


[Source: European Quality of Life Survey (EQLS), anni 2007-16]

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE

Disturbi mentali comuni

- Le differenze di salute mentale tra le fasce più ricche e più povere sono spiegate **maggiormente** dalle differenze nella sicurezza del reddito, rispetto a quelle della salute percepita.



[WHO-EU. Health Equity Status Report]

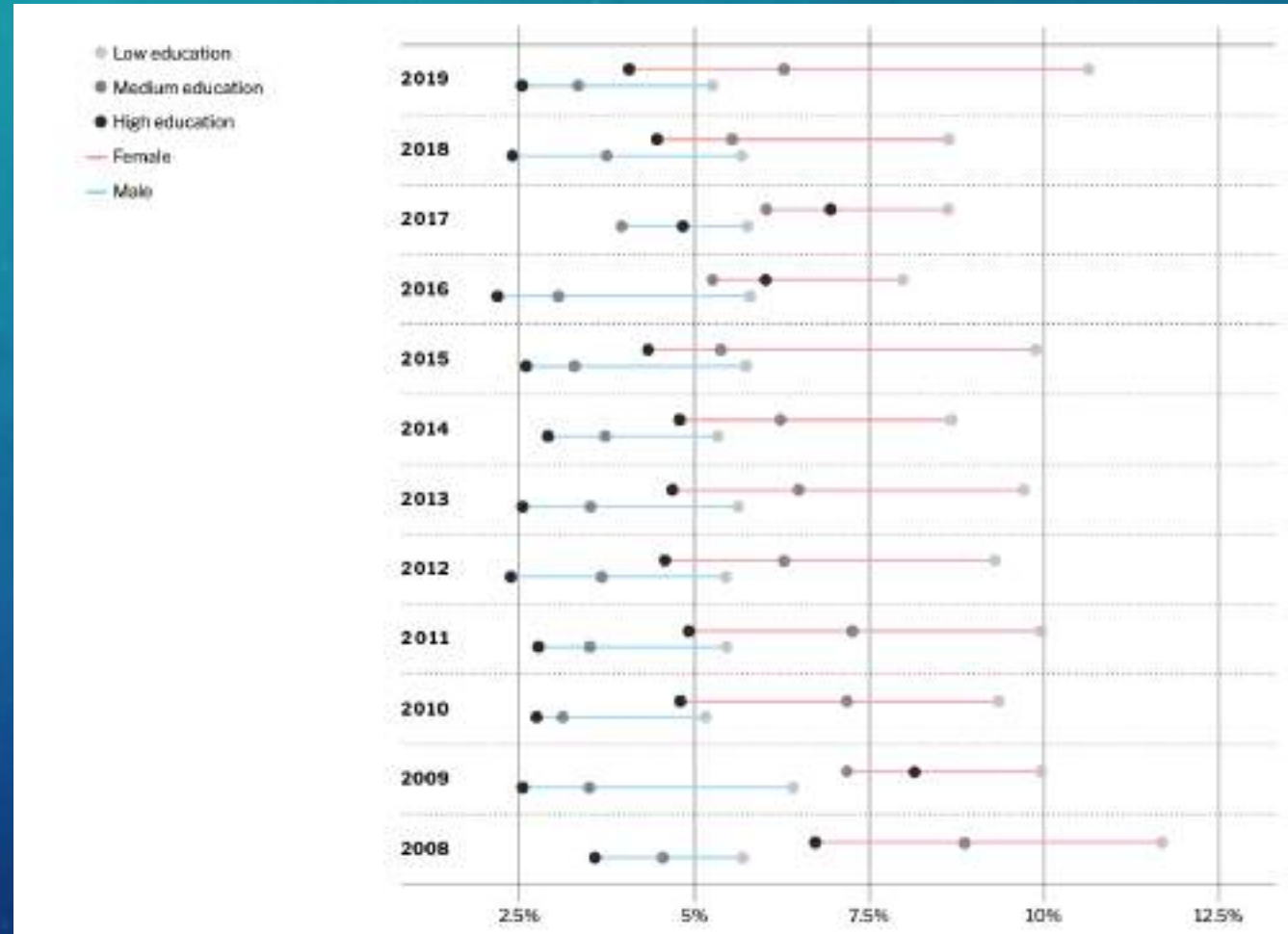
[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi*]

[WHO-EU (2022). Health Equity Status Report for Italy - Summary]

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE (ITALIA)

Sintomi depressivi rilevati dal *WHO-EU HESR*

- F>M
- A parità di livello istruzione, F>M
- Il gap determinato dall'istruzione non è diminuito con gli anni, e per le donne è **maggiormente ampio** (*maggior disuguaglianza*)
- Le donne con livello istruzione minimo hanno >> (>200%) dei maschi e delle donne più istruite
- FM anziani > età lavorativa (18-64)



[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi (HESR).*]

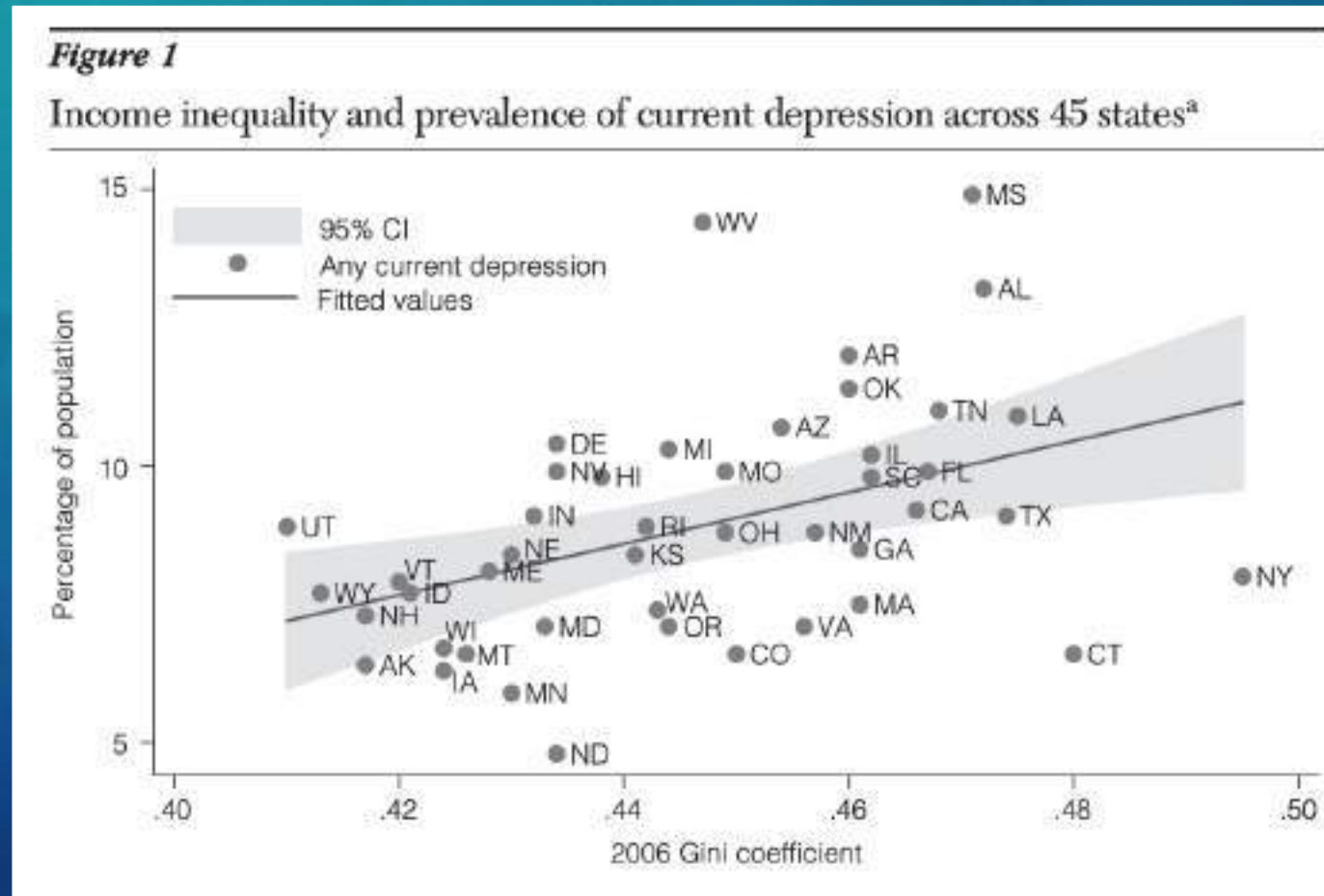
[WHO-EU (2022). *Healthy, prosperous lives for all in Italy: National report of the Italian Health Equity Status Report.*]

LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE

Diseguaglianza di reddito (*income inequality model*)

- Mortalità prematura, speranza di vita (USA), mortalità infantile (USA)
- Scarsa salute mentale
- Incidenza di disturbi mentali (depressione) e S/AUD
- Peggior decorso per DM e S/AUD (decessi ODs)
- Diseguaglianze di reddito e SZ

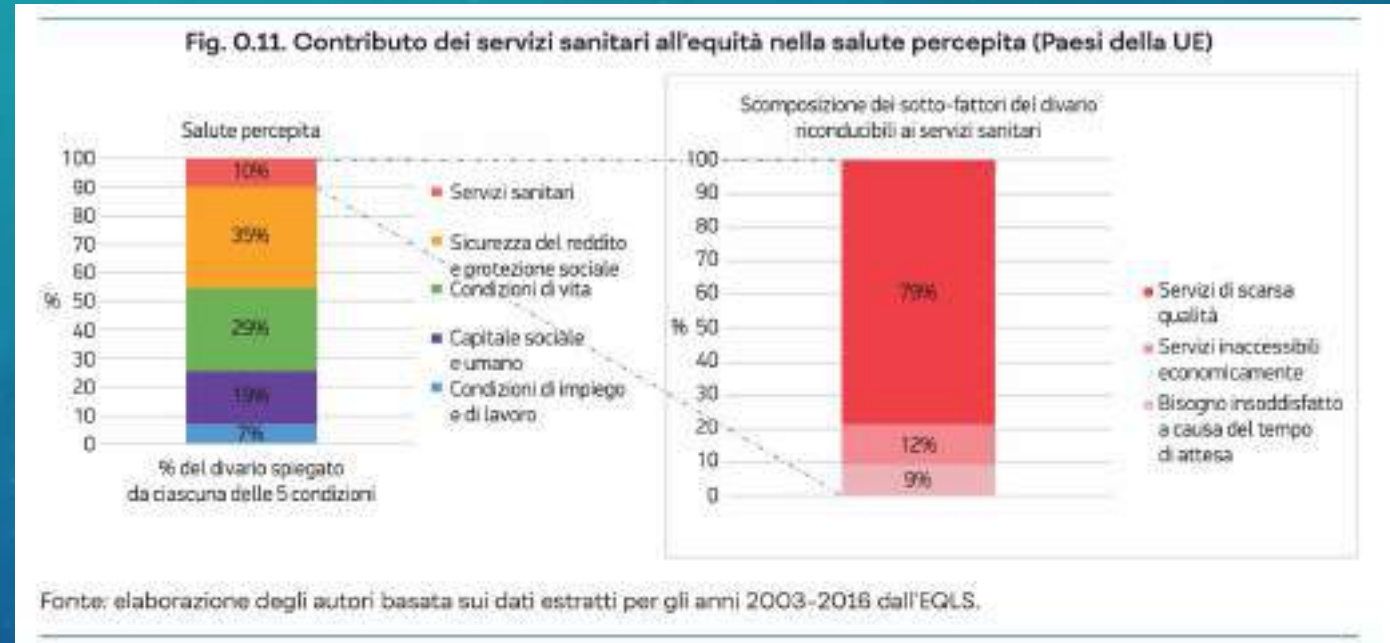
[Compton MT & Shim RS (2015). *Focus*; 13: 419-425]
[Messias E, et al (2011). *Psychiatr Serv*, 62: 710-712]



DISUGUAGLIANZE E SERVIZI SANITARI

Bisogni insoddisfatti & reddito / istruzione

- A livello Europeo, la differenza media nei tassi di bisogni insoddisfatti in termini di assistenza sanitaria tra uomini e donne con il maggiore e minore numero di **anni di istruzione** è stata del 2,7% nel 2017, mentre nel 2008 era del 2,6%.
- La spinta verso la **copertura sanitaria universale (CSU)** è un passo fondamentale verso la riduzione dell'equità in salute.
- Ciò significa garantire a ogni bambino, donna e uomo di poter accedere e di aver garantita la qualità dei servizi sanitari di cui hanno bisogno, senza andare incontro a difficoltà finanziarie.



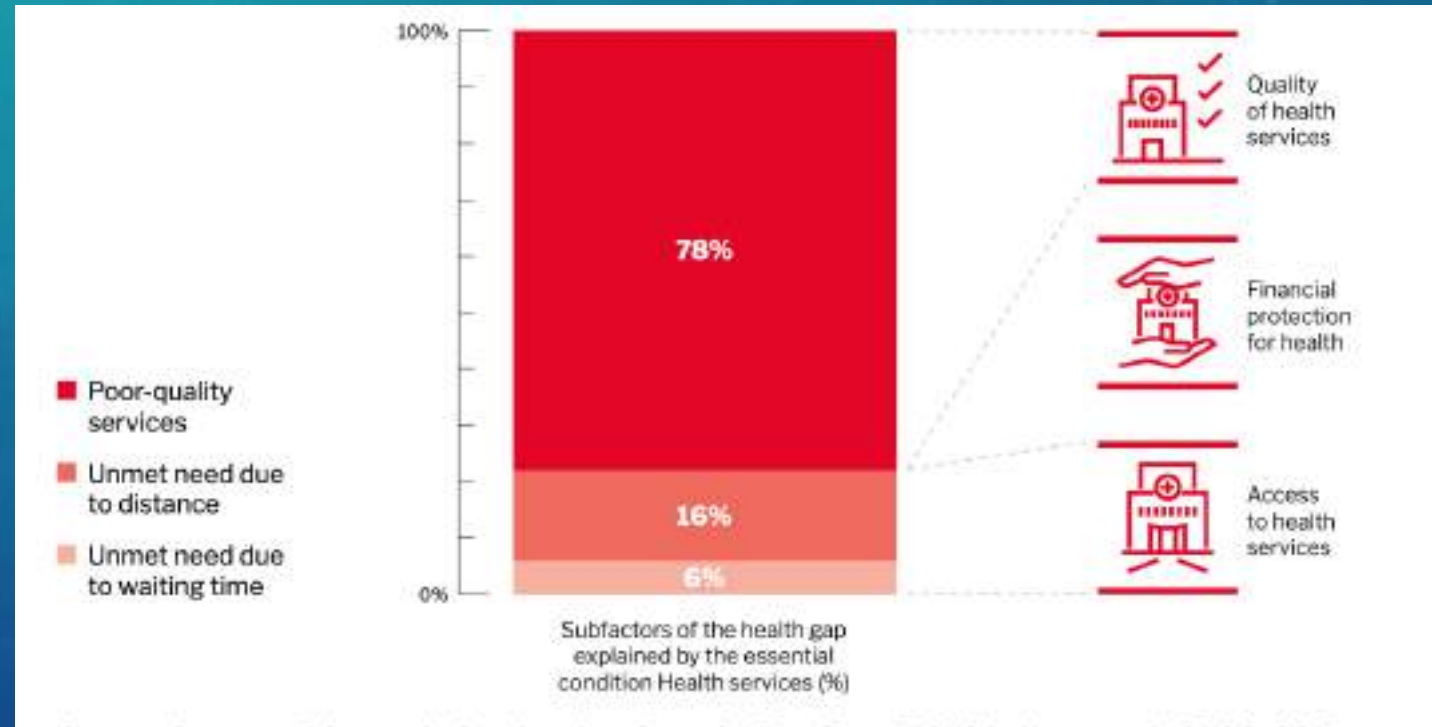
[WHO-EU. Health Equity Status Report]

[WHO-EU (2019). *Una vita sana e prospera per tutti: Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute Sintesi*]

DISUGUAGLIANZE E SERVIZI SANITARI IN ITALIA

Qualità e accesso ai servizi tra fasce reddito

- Anche a livello nazionale, il maggior impedimento ad un trattamento valido è considerato la **scarsa qualità dei servizi sanitari (78%)**.
- Disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sono responsabili del 9% del contributo totale delle cinque condizioni del gap di salute tra i quintili più ricco e più povero.
- Nel 2018, un **numero sette volte superiore** di donne e uomini di età compresa tra 25 e 64 anni con solo **l'istruzione** obbligatoria hanno riferito di avere **bisogni insoddisfatti di assistenza sanitaria**, rispetto a quelli con istruzione universitaria. I bisogni insoddisfatti sono stati più alti per le **donne** in tutti gli anni fino al **2017**, quando i tassi di bisogni insoddisfatti per gli **uomini** nei gruppi più alti e più bassi hanno superato quelli delle donne.



LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE

Barriere all'accesso ai trattamenti

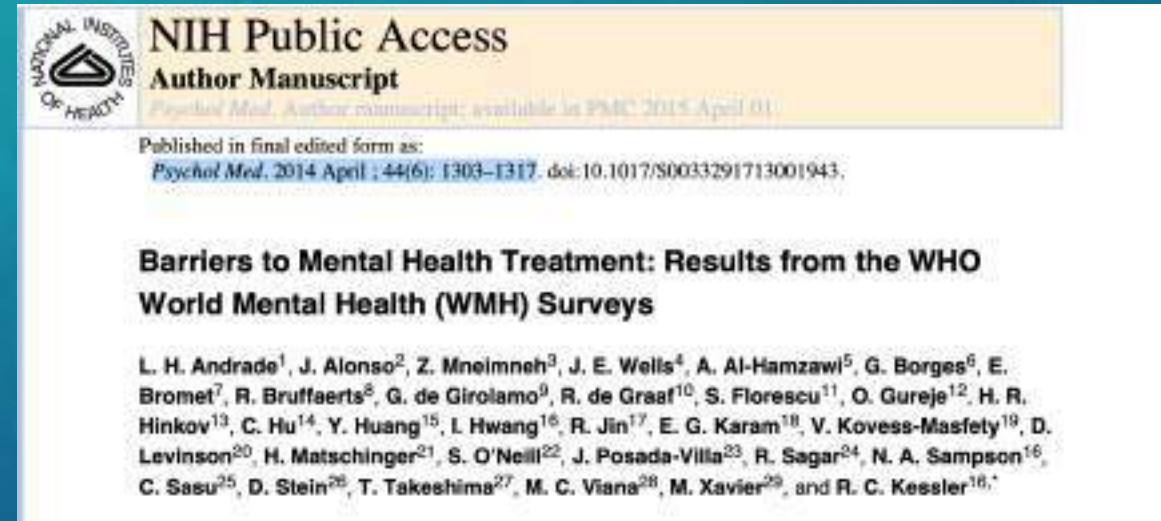
Barriere strutturali

- Finanziarie
- Disponibilità
- Trasporto
- Scomodità (organizzativa)

Barriere d'atteggiamento

- Desiderio di farcela da soli
- Scarsa efficacia percepita
- Stigma
- Pensiero che la cosa migliorerà da sola
- Minimizzazione

[Andrade et al (2014). *Psychol Med*, 44(6): 1303–1317]



LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE MENTALE

Barriere alla prosecuzione dei trattamenti

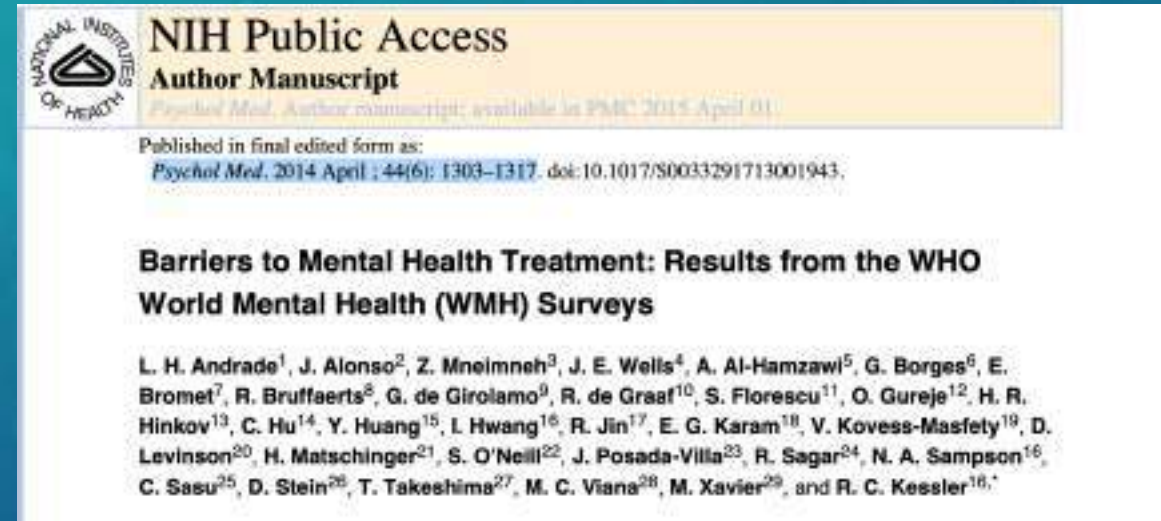
Barriere strutturali

- **Finanziarie**
- Disponibilità
- **Trasporto**
- Scomodità (organizzativa)

Barriere d'atteggiamento

- **Desiderio di farcela da soli**
- **Scarsa efficacia percepita**
- Stigma
- Pensiero che la cosa migliorerà da sola
- Minimizzazione

[Andrade et al (2014). *Psychol Med*, 44(6): 1303–1317]



UTILIZZO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Maggior disagio, minor carico

- **Services under-utilization**

In generale i migranti tendono ad utilizzare di meno **tutti i Servizi Sanitari** del paese ospite, ad arrivarvi più tardivamente rispetto alla popolazione generale, ad utilizzare maggiormente strutture ospedaliere, indipendentemente dalla cronicità della condizione.

- **MH Services under-utilization in EU**

Questo vale anche per i Servizi di Salute Mentale, con un uso preferenziale della medicina di base e dei servizi di emergenza.

- Stigma per la salute mentale
- Barriera linguistica
- Mancanza di sensibilità culturale



[Sarría-Santamera *et al* (2016). *Public Health Rev* 37:28]

[Lindert *et al* (2008). *Eur Psych* 23: S14-S20]

UTILIZZO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Interventi più coercitivi

- **Involuntary commitment**

La maggiore review (Barnett *et al*, 2019) con 1.9M pazienti dimostrava i migranti in genere, e tra questi Black Caribbean e Black African, erano maggiormente a rischio di essere ricoverati in TSO e di avere riammissioni a breve. Soprattutto in UK è documentato un uso di quantità maggiori di antipsicotici.

- **Forensic implications**

Tendono a popolare in maniera percentualmente più alta gli istituti penitenziari e le strutture forensi. Inoltre, sono maggiormente rappresentati nella popolazione schizofrenica nelle strutture forensi (Huber *et al*, 2020).

[Barnett *et al* (2019). *Lancet Psychiatry*, 6: 305-317]

[Lindert *et al* (2008). *Eur Psych* 23: S14-S20]

[Huber *et al* (2020). *Int. J Environ Res Public Health*, 17, 7922]



UTILIZZO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

La prospettiva italiana

- **Servizi Psichiatrici in genere (SISM)**

Tasso utenti stranieri in trattamento (2019): **87.6/10.000 ab. stranieri res.**

Popolazione italiana: da 110 (Molise) a 215 (Emilia Romagna); Lazio (126); media Italia (164.5);

Gli utenti stranieri rappresentano il **5.6% del totale** degli utenti.

- **Dimissioni ospedaliere (SDO)**

Tasso ospedalizzazione utenti stranieri nei reparti di psichiatria (2019): **2.2/1.000 ab stranieri res;** nel Lazio **2.6.**

Popolazione italiana: da <1 (Campania) a >4 (PA Bolzano), Lazio ∞2; Italia: **1.9/anno/1.000 ab.**

Gli utenti stranieri dimessi rappresentano l'**8,7% del totale.**

[Ministero Salute (2020). *Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM): Anno 2019.*]

[Ministero Salute (2020). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2019.*]



UTILIZZO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Un percorso accidentato e rischioso

- **Contenzione meccanica**

Documentato un uso maggiore di contenzione meccanica, anche se non associate ad uso maggiore di antipsicotici o BDZ; maggior lunghezza di ospedalizzazione.

- **Percorsi di cura**

Tendono ad avere un itinerario di cura più accidentato e a giungere ai servizi di salute mentale non per invio del MMG ma di altre organizzazioni (volontariato o servizi sociali), spesso avendo già tentato un approccio tradizionale.

- **Intensità di trattamento**

Anche nei contesti in cui la probabilità di ricevere riabilitazione psicosociale assistenza residenziale e ospedaliera è analoga, l'intensità del trattamento (nr di interventi, durata di ospedalizzazione e residenzialità) è minore per gli immigrati.

[Tarsitani *et al* (2012). *Int J Soc Psychiatr*, 59(6): 613–618]

[Tarricone *et al* (2011). *Int J Soc Psychiatr*, 1-7]

[Rucci *et al* (2015). *Epidemiol Psychiatr Sci*, 24, 342–352]



SEZIONE 3

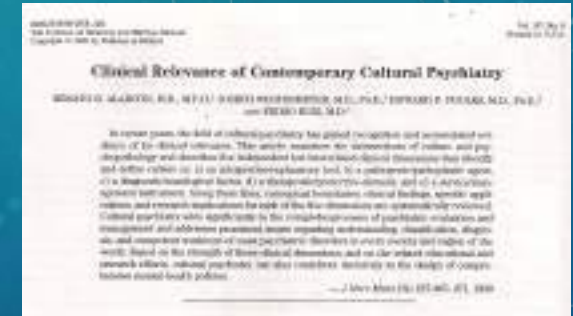
PSICHIATRIA CULTURALE E COMPETENZA CULTURALE NEI DSM

MODELLI ORGANIZZATIVI

COMPETENZA CULTURALE GENERALE E SPECIFICA

IL RUOLO DELLA CULTURA NELLA PRATICA PSICHIATRICA

- **Strumento interpretativo ed esplicativo**
Ridefinizione di sintomi dissociativi/strutture di personalità (dipendente, istrionica, paranoide)
- **Agente patogenetico e patoplastico**
Cure parentali, emotività espressa, odio interetnico, pattern di consumo di sostanze psicoattive, messaggi mediatici; esperienze belliche
Contenuto dei deliri/allucinazioni
- **Fattore diagnostico e nosologico**
Dibattito sui limiti dell'inquadramento categoriale
Inquadramento Culturale, Glossario delle Sindromi Culturalmente Caratterizzate (i.e. CBS, Concetti Culturali di Sofferenza)
Validità/equivalenza culturale degli strumenti diagnostici
- **Ruolo terapeutico e protettivo**
Terapie tradizionali, pratiche religiose
- **Elemento nella gestione e strutturazione dei servizi clinici**
Sensibilità culturale, rilevanza culturale, competenza culturale, umiltà culturale



[Alarcon et al. *J Nerv Ment Disease*, 187: 465-471, 1999]

[Group for the Advancement of Psychiatry. *Cultural assessment in clinical psychiatry*. APPI, 2002; tr. Ita., 2004]

SIGNIFICATO CULTURALE DEI DETERMINANTI SOCIALI

Nella maggior parte dei casi, l'impatto di un fattore strutturale sociale è mediato dal significato culturale e dalle pratiche del gruppo o della comunità specifica e della società più ampia in cui sono inseriti.

Social determinant	Cultural influences
Income and social status	Definitions of poverty and wealth and non-economic dimensions of social status
Social support networks	Configurations of family and community; roles that confer status, power and obligations
Education and literacy	Language, modes of learning and knowledge transmission and epistemic authority
Employment/working conditions	Meaningful activities and available occupations
Social environments	Social institutions and definitions of in-group/outgroup; migration status; relationship between cultural contexts of origin and resettlement
Physical environments	Relationship to the environment and aesthetics
Personal health practices and coping skills	Modes of coping available to individuals, families and communities
Healthy child development	Expectations, parenting arrangements and practices, life-cycle stages, rituals and ceremonies
Biology and genetic endowment	Gene x person x environment interactions determine the actual significance of genetic variations
Racism and discrimination	Effects of racialization on members of cultural minorities, including historical legacies of trauma, oppression and disadvantage, structural consequences of minority status and everyday experiences of adversity and exclusion
Health services	Accessibility, acceptability and appropriateness of services as well as individuals' use of cultural idioms of distress, explanatory models, experience of stigma and patterns of help seeking
Gender	Gender roles and attitudes toward sexuality, sexual orientation and identity
Culture	Culture itself as a determinant of health because it serves as a source of identity, values, collective belonging and solidarity and resilience as well as presenting specific developmental challenges and resources

APPROCCI ALLA PSICHIATRIA CULTURALE

Servizi e modelli

Table 1. Approaches to cultural psychiatry in some ethnically diverse societies

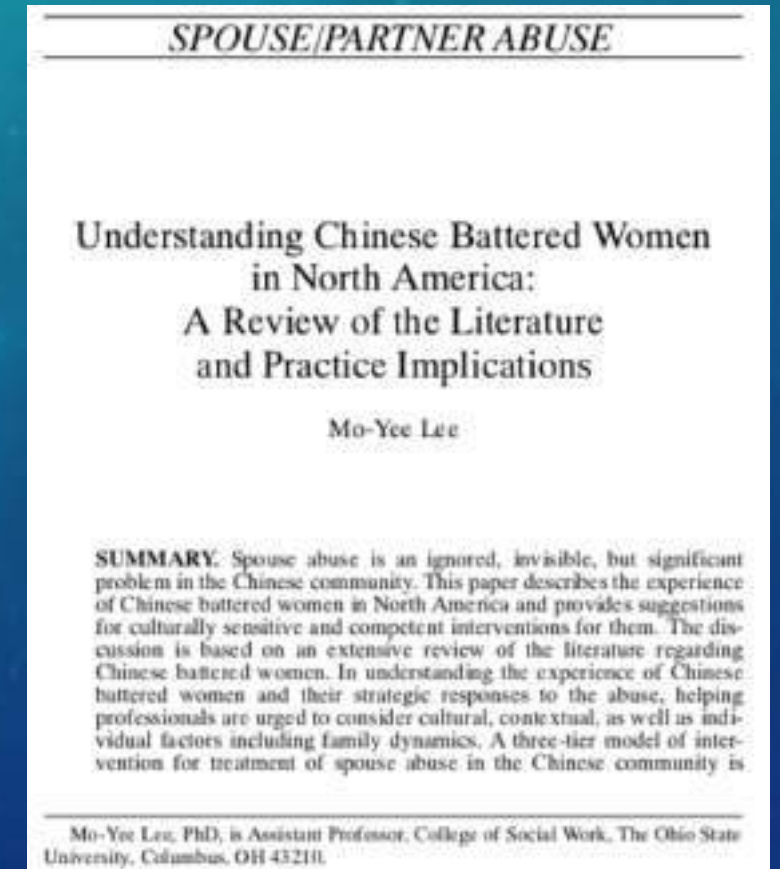
Country	Citizenship and migration	Pattern of migration	Emphasis in recent cultural psychiatry	Models of service
Australia	Multicultural	Immigrant	Language	Mainstream, interpreters
Canada	Multicultural or consociation	Immigrant	Ethnicity	Mainstream
England	Imperial or commonwealth	Colonialist	Racism	Anti-racist clinics
France	Republican	Colonialist	Traditional healing	Ethnopschoanalysis
Germany	Ethnic	Guest workers	Culture-bound syndromes, traditional healing	Undeveloped
Japan	Ethnic	Guest workers	Culture-bound syndromes, traditional healing	Undeveloped
Sweden	Multicultural	Refugees	Stress and trauma, refuge	Trauma service
United States	Republican	Immigrant	Diversity	Ethnospecific clinics

GLI AMBULATORI *ETNOSPECIFICI*

Ethnospecific clinics

- Staff omo-culturale - riduce stigma e barriere linguistiche
- Possibilità di programmi più intensivi (psicoterapia)
- Legato alla presenza di ampie comunità (urbane) linguisticamente non rappresentate nei Servizi (Asia Orientale)

[Lee (2000). *J Multicult Soc Work*, 8: 215-241]



I CMHC *CULTURALLY RESPONSIVE*

- Utenti FGIs e SGIs (con inglese 1° lingua)
- Staff multi-etnico e competente con diverse lingue
- Matching etnico: afro-americani, messicani-americani, asiatici-americani (Cinesi, Giapponesi, Filippini, Vietnamesi)
- Possibilità di programmi intensivi (*psicoterapia*)
- Matching etnico predittore solo della lunghezza del trattamento
- Matching linguistico (per FGIs) predittore dell'esito
- Sotto-utilizzo asiatici, sovra-utilizzo per afroamericani.

COMPETENZA CULTURALE IN SALUTE MENTALE

Sensibilità culturale

Conoscenza culturale

Umiltà culturale

Empatia culturale

Consapevolezza del
transfert e del
controtransfert
culturali

SENSIBILITÀ E UMILTÀ CULTURALI

- **Sensibilità culturale**

Desiderio di conoscere una cultura differente senza pregiudizi né ideologie, nato da un interesse clinico verso la persona.

- **Umiltà culturale**

Modalità di confronto con la differenza culturale che incorpora autovalutazione e autocritica culturali nella relazione con il paziente, soprattutto in termini di rapporti di potere e di giudizi clinici non paternalistici

[Tervalon & Murray-Garcia (1998). *J Health Care Poor Underserved*. 9 (2): 117-125]

[Tseng et al (2012). *Cultural Competence in Forensic Mental Health*. Routledge]

CONOSCENZA ED EMPATIA CULTURALI

- **Conoscenza culturale**
Approfondimento di conoscenze antropologiche e sociologiche circa consuetudini e atteggiamenti propri di una specifica cultura
- **Empatia culturale**
Comprensione delle emozioni provocate in altre culture da specifiche tematiche o comportamenti (p. es., cura bambini, gravidanza, contatti fisici inappropriati)

[Tseng et al (2012). Cultural Competence in Forensic Mental Health. Routledge]



[Fonte: Cultural Orientation Resource Center, 2014]

CONSAPEVOLEZZA DEL *TRANSFERT* E DEL *CONTROTRANSFERT* CULTURALI

- Insieme dei vissuti che tanto il paziente (*transfert*) quanto il clinico (*controtr.*) possono avvertire o sviluppare nei confronti della cultura di appartenenza dell'altro.
- Elementi tipici:
 - Peso attribuito al **ruolo del clinico** e alla **professione** del paziente
 - Percezione del **contesto sociale** di appartenenza e l'attribuzione di importanza alle **classi sociali**
 - Principi e atteggiamenti nei confronti: orientamento sessuale, ruoli parentali, educazione filiale, scelte etiche
 - **In ambito forense: Valore attribuito alla legalità, al rispetto delle norme e alla responsabilità verso le vittime**
- Vissuto nei confronti di culture o popolazioni coinvolte in conflitti armati / discriminazione verso la cultura o la nazione di appartenenza dell'altro.
- Richiedenti asilo: atteggiamento della società ospitante verso i rifugiati e politiche migratorie.

CONSAPEVOLEZZA DEL *TRANSFERT* E DEL *CONTROTRANSFERT* CULTURALI

- Quando si analizza il transfert o il controtransfert culturali, di fatto, **NON** si analizza il vissuto del clinico o del paziente verso ciò che dichiaratamente l'altro ha espresso nei confronti dei temi descritti in precedenza;
- **MA** il vissuto nei confronti di quanto la cultura di appartenenza dell'altro ritiene o propone rispetto a questi temi.

IL RUOLO DELLA CULTURA NELLA PSICHIATRIA FORENSE

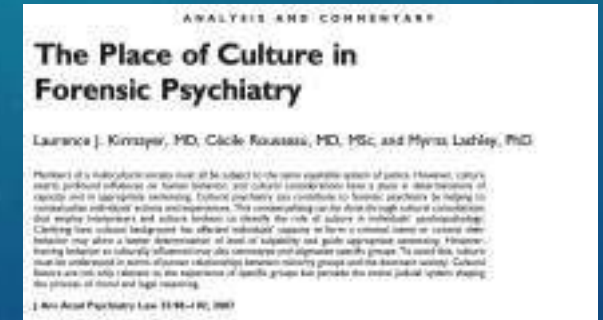
Elementi culturali rilevanti nel processo penale

Cultura può influenzare:

- Capacità di intendere e di volere
- Significato culturale delle norme giuridiche
- Capacità di comprendere il processo
- Valutazione di aggravanti / attenuanti sulla sentenza
- Comprensione e fruibilità delle strutture terapeutico-riabilitative

[Kirmayer *et al* (2007). *J Am Acad Psychiatry Law*, 35: 98-102]

[Boehnlein *et al* (2005). *J Am Acad Psychiatry Law*, 33: 335-341]



IL RUOLO DELLA CULTURA NELLA PSICHIATRIA FORENSE

American Academy Psychiatry and Law, 2015

Summary 10.4.8 Importance of Culture in Assessment

- Diagnosis
 - Identification of relevant cultural factors
 - Consideration of evaluatee's distinctiveness
 - Avoidance of stereotyping
 - Validation of testing
 - Consideration of the meaning of language
 - Respect for and knowledge of cultures
-

IL RUOLO DELLA CULTURA NELLA PSICHIATRIA FORENSE

La difesa culturale tra stereotipo e comprensione culturale

Può la cultura essere chiamata in causa?

- La capacità di comprendere il significato delle proprie azioni e la loro sanzionabilità ha un evidente base socio-culturale (v. maltrattamenti in famiglia; abuso)
- Il contesto culturale del reato
- Correttezza della valutazione psichiatrico-forense
- Esposizione a trauma / violenza nella valutazione delle attenuanti o delle recidive
- Scelta di un contesto terapeutico-riabilitativo

[Kirmayer *et al* (2007). *J Am Acad Psychiatry Law*, 35: 98-102]

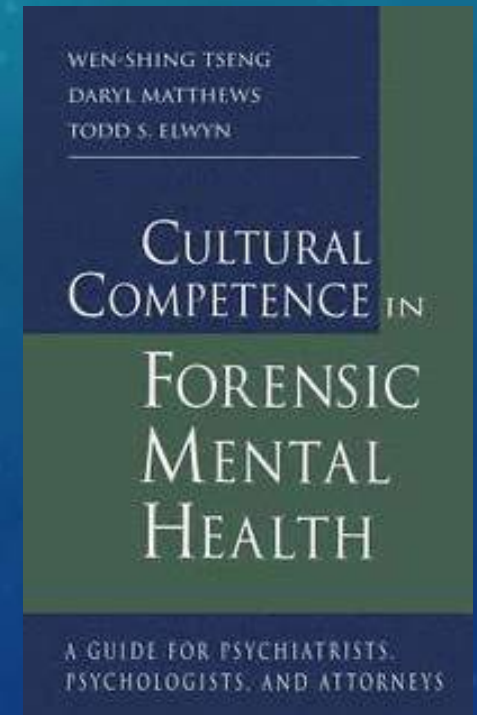
[Boehnlein *et al* (2005). *J Am Acad Psychiatry Law*, 33: 335-341]



COMPETENZA CULTURALE IN AMBITO FORENSE

Fornire una valutazione culturalmente competente

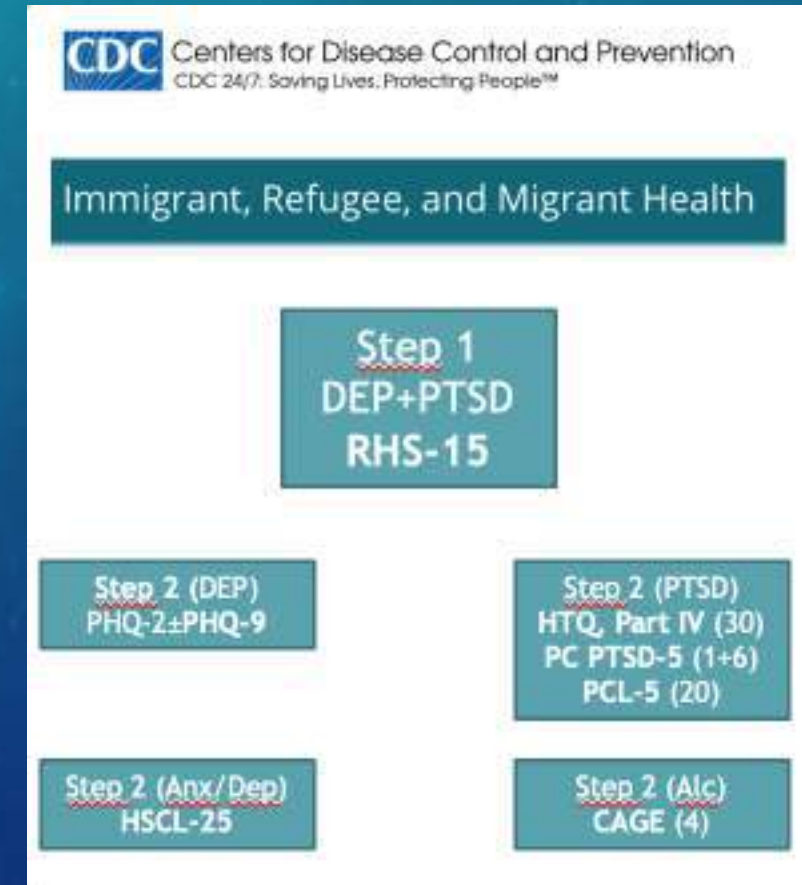
- Approcciare il paziente con sensibilità, umiltà, conoscenza ed empatia
- Superare le barriere linguistiche
- Effettuare status psicopatologici corretti
 - Riconoscere atteggiamenti appropriati in culture differenti
 - Valutare espressioni culturali dei sintomi maggiori (umore elevato, affettività appiattita, deliri, allucinazioni)
 - Distinguere tra Modelli Esplicativi culturali e mancanza di insight
- Utilizzare strumenti diagnostici validati culturalmente (MoCA vs MMSE; interviste strutturate [PCL-R; HCR-20] più spendibili delle scale di valutazione)



COMPETENZA CULTURALE IN AMBITO RTPI

Fornire una valutazione culturalmente competente

- Approcciare il paziente con sensibilità, umiltà, conoscenza ed empatia
- Superare le barriere linguistiche
- Effettuare status psicopatologici corretti
 - Valutare espressioni culturali dei sintomi maggiori (umore elevato, affettività appiattita, deliri, allucinazioni)
 - Valutare i modelli di percezione ed espressione degli eventi traumatici e delle capacità di affrontamento
 - Distinguere tra espressione del disagio sociale (impotenza, immobilità) e sintomi psichiatrici
 - Prendere in considerazione i fattori di ri-traumatizzazione
- Utilizzare strumenti screening / diagnostici validati culturalmente (RHS-15; HTQ-5 Parte IV; PCL-5; HSCL-5)



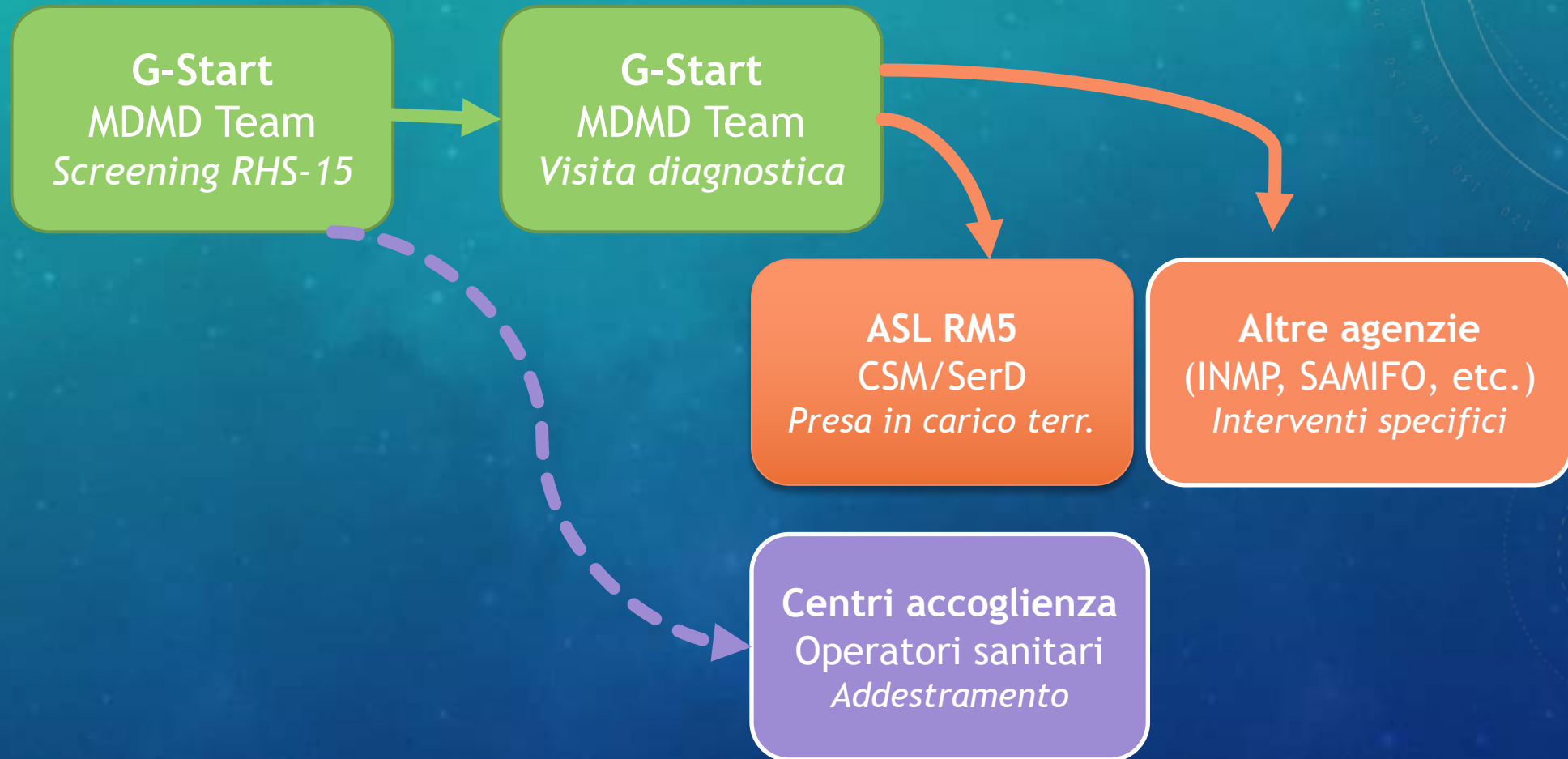
[Fonte: CDC, 2018]

COMPETENZA CULTURALE NEI DSMDP

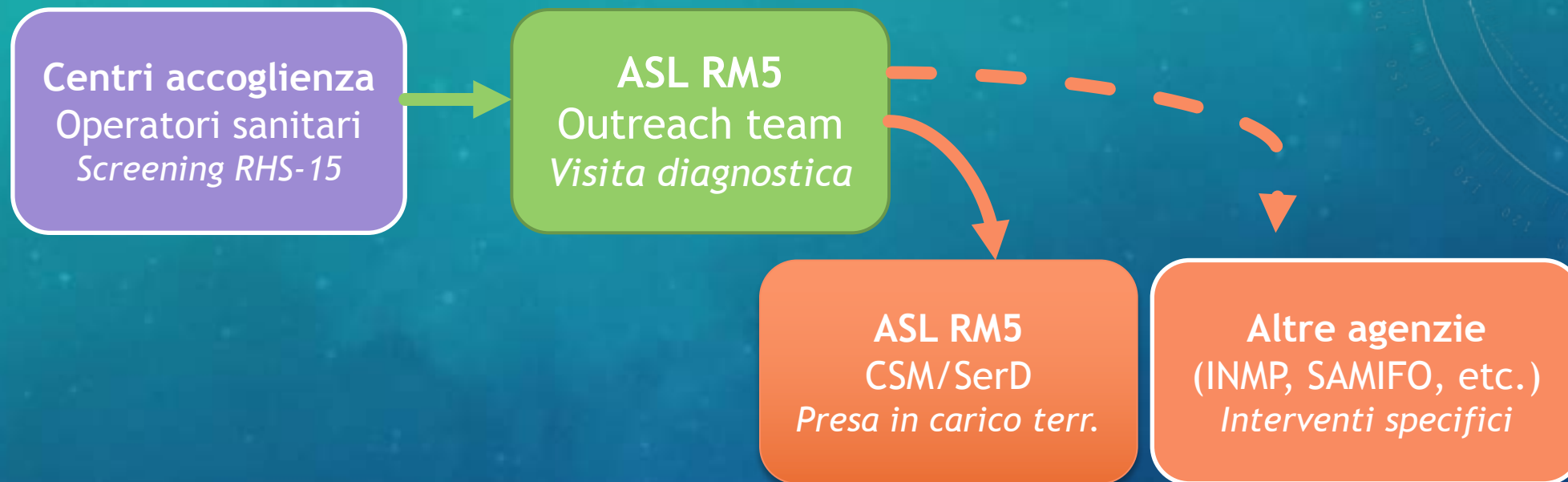
- Incrementare sensibilità, conoscenza ed empatia culturale
- Maggior contatto con le Organizzazioni culturali territoriali
- Partecipazioni ad incontri specifici su temi culturalmente rilevanti (patologie correlate a trauma, discriminazione, conflitti culturali)
- Partecipazione a programmi di screening e prevenzione sul territorio
- Composizione di staff multiculturali
- Costruzione rete contatti con antropologi clinici / esperti culturali
- Costruzione protocolli di intesa con CAS e SAI



AVVICINARE I SERVIZI: CON G-START (RM5, 2019-22)



AVVICINARE I SERVIZI: DOPO G-START (RM5, 2023-)



SEZIONE 4

ESEMPI DI STRUMENTI CULTURALI IN PSICHIATRIA

USO DI INTERPRETI - MEDIATORI CULTURALI

ADATTAMENTO CULTURALE DELL'INTERVENTO

ACCOPIAMENTI ETNICI

HEALTH LITERACY

INQUADRAMENTO CULTURALE

USO DI INTERPRETI

Punti di forza	Debolezze
La comunicazione è fondamentale per un'assistenza sanitaria sicura ed efficace	Necessità di andare oltre la pura interpretazione linguistica per esplorare il significato del contesto culturale
Gli interpreti qualificati rispettano gli standard etici e forniscono traduzioni accurate	Spesso sono disponibili solo interpreti non professionisti e ciò può influire sulla sicurezza e sulla qualità della comunicazione
Lavorare efficacemente con gli interpreti implica un processo collaborativo e competenze specifiche	



...zio monolingue comporre il numero (0039) 0199759xxx e il codice lingua.
 ...a il servizio di conferenza a tre presso il chiamante con un telefono vivavoce/cordless o dispositivo smart oppure
 ...nferenza, audio o video, da parte del chiamante se l'utente è da remoto oppure una videoconferenza tramite "eurojabb
 ...ente è loggato oppure una audiochiamata che sarà convertita in videochiamata.

ELENCO delle LINGUE DISPONIBILI per HELPVOICE® e HELPFACE® (#)

LINGUA (*)	Codice lingua	LINGUA (*)	Codice lingua	LINGUA (*)	Codice lingua	LINGUA (*)	Codice lingua	LINGUA (*)	Codice lingua
AFAR	203	CREOLO	026	IGBO	242	MAORI	071	SEREHULE	286
AFGANO	001	CROATO	027	INGLESE	051	MARATHI	135	SINGALESE	092
AJA	206	CURDO	028	IRLANDESE	146	MENDE	268	SLOVACCO	094
AKAN	119	DANESE	029	ISLANDESE	053	MOLDAVO	073	SLOVENO	095
ALBANESE	003	DARI	030	<i>ITALIANO</i>		MONGOLO	074	SOMALO	096
AMARICO	005	DIOLA	228	KANNADA	131	NEPALESE	075	SONINKE	290
ARABO	007	DZONGKHA	369	KAZAKO	054	NORVEGESE	077	SPAGNOLO	097
ARMENO	008	EBRAICO	031	KHMER	055	OLANDESE	078	SVEDESE	100
AZERO	011	EDO	032	KINYARWANDA	058	ORIYA	310	SWAHILI	101
BAMBARA	012	EGIZIANO	033	KIRGHISO	059	OROMO	275	TAGALOG	102
BANGLA	013	ESTONE	035	KIRUNDI	252	PASHTU	079	TAGICO	324
BANTU	014	EWE	037	KOSOVARO	060	PERSIANO	080	TAMIL	103
BASCO	215	FARSI	038	KRU	255	PIDGIN	082	TEDESCO	104
BENGALESE	015	FIAMMINGO	039	KULANGO	256	PIDGIN ENGLISH	278	THAI	105
BENGALI	142	FILIPPINO	040	KWA	259	POLACCO	083	TIGRINO	107
BHOJPURI	120	FINLANDESE	041	LAO	349	PORTOGHESE	086	TURCO	109
BIELORUSSO	017	FON	365	LETTONE	063	PORTOGHESE BRASILIANO	085	TWI	110
BRAMANO	155	FRANCESE	042	LINGALA	065	PORTOGHESE EUROPEO	084	UCRAINO	
FRANCIANO	018	FULA	234	LITUANO	066	PULAAR	137	UNGHERESE	
FRANCO ENGLISH	156	GA	235	MACEDONE	067	PUNJABI	087	URDU	
FRANCO	020	GAELICO	145	MALAYALAM	263	ROHINGYA	280	UZBECO	

MEDIATORI CULTURALI / OPERATORI DI COLLEGAMENTO

Punti di forza	Debolezze
<p>L'attenzione alla traduzione culturale può andare oltre il linguaggio per includere dimensioni di significato non verbale, contestuale e comunitaria e identificare importanti fattori di stress e fonti di supporto e resilienza</p>	<p>Ruoli, formazione, standard etici e finanziamenti per gli intermediari culturali non sempre ben definiti</p>
<p><i>(Capacità di orientamento ed empowerment)</i></p>	<p>Talvolta possono avere proprie priorità che complicano la comunicazione</p>
	<p>L'introduzione di un "esperto di cultura" può sostituire il paziente come esperto e portare all'oggettivazione culturale del paziente</p>



ACCOPPIAMENTO ETNICO

Punti di forza	Debolezze
I professionisti e le istituzioni possono presentare un volto accogliente	L'abbinamento è di solito impreciso
Può utilizzare la conoscenza dei bisogni di gruppi specifici per rispondere in modo appropriato	Potrebbe non essere in grado di trovare corrispondenze per i pazienti provenienti da comunità locali più piccole
Può essere mirato a livelli di intervento, professionisti e/o istituzioni, con effetti diversi	Potrebbe non comportare servizi o interventi appropriati ai bisogni
	Può essere stigmatizzante per il paziente e per i sanitari appartenenti a minoranze
	Le differenze possono essere maggiori all'interno alcuni gruppi etnici che non rispetto al contesto

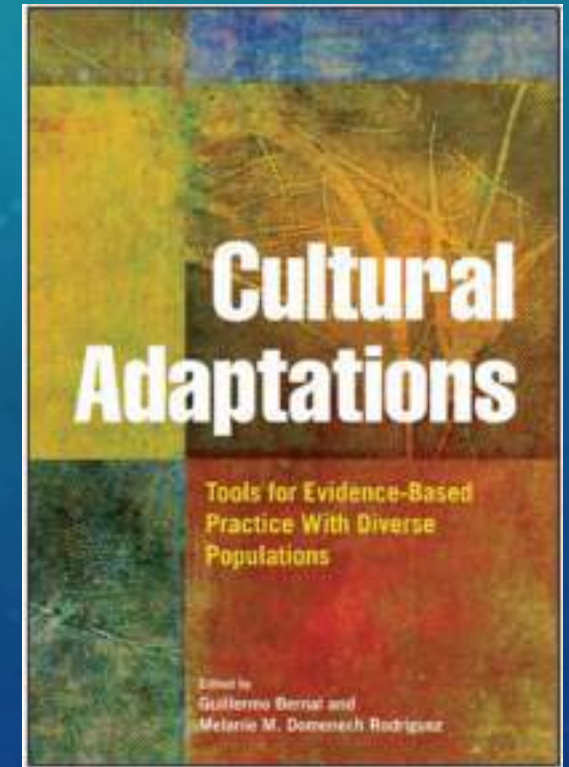


[Kirmayer LJ & Jarvis GE (2019). *HealthcarePapers*, 18(2), 11-23]

[Karlsson R (2005). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11 (2), 113-129]

ADATTAMENTO CULTURALE DELL'INTERVENTO

Punti di forza	Debolezze
<p>Gli interventi possono essere personalizzati per essere più accettabili ed efficaci per gli individui e per mobilitare o integrare strategie di coping fondate culturalmente</p>	<p>L'adattamento culturale può essere dispendioso in termini di tempo e denaro</p>
	<p>L'efficacia dell'intervento adattato può essere incerta e richiedere una valutazione aggiuntiva</p>



ALFABETIZZAZIONE SULLA SALUTE MENTALE

Punti di forza	Debolezze
Educa gli individui e le comunità a identificare e rispondere ai problemi di salute mentale	Presuppone che la conoscenza, gli atteggiamenti e le pratiche culturalmente radicati possano essere modificati semplicemente fornendo informazioni o istruzione
Mira a ridurre lo stigma e a migliorare l'accesso e l'uso appropriato dei servizi	Non considera i significati locali dei modelli esplicativi o delle pratiche di guarigione
	Potrebbe non affrontare le barriere strutturali all'assistenza
	Non mette in discussione i presupposti culturali delle cure standard



Education is the most powerful weapon we can use to change the world (N. Mandela)

Inquadramento culturale

[APA. DSM-5. 2013. (It: 2015).]

Identità culturale del
soggetto

Concettualizzazione
culturale della sofferenza

Eventi stressanti
psicosociali e
caratteristiche culturali
della vulnerabilità e della
resilienza

Caratteristiche culturali
della relazione tra
individuo e clinico

Valutazione culturale complessiva

Identità culturale del soggetto

- ▶ Gruppi di riferimento razziali, etnici o culturali del soggetto che possono influenzarne la relazione con gli altri, l'accesso alle risorse, lo sviluppo, e le sfide attuali, i conflitti o le situazioni difficili.
- ▶ Per gli immigrati e le minoranze etniche o razziali, dovrebbe essere annotato separatamente il grado e il tipo di coinvolgimento sia con la cultura d'origine sia con la cultura ospitante o maggioritaria.
- ▶ Le abilità linguistiche, le preferenze e le abitudini sono fondamentali per identificare le difficoltà di accesso alle cure, l'integrazione sociale e la necessità di un interprete.
- ▶ Altri aspetti clinicamente rilevanti per l'identità possono includere:
 - l'affiliazione religiosa,
 - il background socioeconomico,
 - i luoghi personali e familiari di nascita e crescita,
 - lo status di migrante
 - l'orientamento sessuale.

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Concettualizzazione culturale della sofferenza

- ▶ **Costrutti culturali** che influenzano il modo in cui l'individuo esperisce, comprende e comunica i propri sintomi o problemi agli altri.
 - sindromi culturali,
 - specifiche concezioni della sofferenza
 - modelli esplicativi o cause percepite.
- ▶ Il **livello di gravità** e il **significato** delle esperienze dolorose dovrebbero essere valutati in relazione alle norme dei gruppi culturali di riferimento dell'individuo.
- ▶ La valutazione del *coping* e dei pattern di richiesta di assistenza dovrebbe considerare l'utilizzo di **fonti di cura professionali**, così come il ricorso a **fonti di cura tradizionali, alternative o complementari**.

Eventi stressanti psicosociali e caratteristiche culturali della vulnerabilità e della resilienza

- ▶ Eventi stressanti principali e sostegni presenti all'interno dell'ambiente sociale dell'individuo
 - eventi sia locali sia distanti
 - ruolo della religione,
 - della famiglia
 - altre reti sociali (per es., amici, vicini di casa, colleghi)nel fornire **sostegno emotivo, strumentale e informativo.**
- ▶ Eventi stressanti sociali e sostegni sociali variano con l'interpretazione culturale degli eventi, della struttura familiare, dei compiti evolutivi e del contesto sociale.
- ▶ I livelli di funzionamento, la disabilità e la resilienza dovrebbero essere valutati alla luce dei gruppi culturali di riferimento dell'individuo.

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Caratteristiche culturali della relazione tra individuo e clinico

▶ Differenze in:

- cultura,
- lingua
- status sociale

tra l'individuo e il clinico che possono causare **difficoltà nella comunicazione** e possono influenzare la **diagnosi** e il **trattamento**.

▶ Esperienze di razzismo e discriminazione nella società allargata possono ostacolare lo **stabilirsi di fiducia** e sicurezza nell'incontro clinico diagnostico.

▶ Gli effetti possono comprendere:

- problemi nell'ottenere informazioni sui sintomi,
- fraintendimento del significato culturale e clinico dei sintomi e dei comportamenti,
- difficoltà nello stabilire o mantenere il rapporto necessario per un'efficacia alleanza con il clinico.

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Valutazione culturale complessiva

- ▶ Implicazioni delle componenti dell'inquadramento culturale individuate nelle precedenti sezioni della Guida per:
 - **diagnosi**,
 - **altre questioni o problemi** clinicamente rilevanti,
 - **strategie** appropriate di gestione e trattamento.

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Intervista per l'Inquadramento Culturale (IIC)

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Intervista per l'inquadramento culturale (IIC)

Cultural Formulation Interview (CFI)
© 2013 American Psychiatric Association

Edizione italiana a cura di Andrea Fossati,
Serena Borroni e Franco Del Corno

Coordinamento editoriale a cura di Raffaella Voli

Traduzione di Francesco Severio Bersani e
Martina Valentini

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Questo strumento fa parte di alcune proposte di valutazione per ulteriori ricerche e per attività clinica messe a disposizione dall'APA. Questi strumenti sono stati pensati per la somministrazione durante il colloquio iniziale e per monitorare l'andamento del trattamento. Dovrebbero essere utilizzati nell'ambito della ricerca e della fase di valutazione come strumenti che possono aiutare il clinico nei processi decisionale e non come unico supporto per effettuare una diagnosi clinica. Per ciascuno strumento vengono fornite istruzioni generali e per l'attribuzione del punteggio, e linee guida per l'interpretazione; nel DSM-5 sono disponibili ulteriori informazioni che ne chiariscono il contesto.

Definizione
culturale del
problema

Percezioni
culturali della
causa, contesto
e assistenza

Fattori culturali
che influenzano
coping e
pregresse
richieste

Fattori culturali
che influenzano
l'attuale
richiesta di
assistenza

12 MODULI
SUPPLEMENTARI

(Modelli
esplicativi,
Livelli di
funzionamento,
Identità
culturale, etc..)

Nota. Alcune domande IIC sono in **grassetto** perché *agganciate* a moduli supplementari.

Definizione culturale del problema

Definizione culturale del problema

NAMING
THE
PROBLEM

1. Che cosa l'ha portata qui oggi? [MS #1]
2. A volte le persone possono avere differenti modi di descrivere i propri problemi alla famiglia, agli amici o ad *altri membri della comunità*. Lei come descriverebbe il suo problema a costoro? [MS #1]
3. Che cosa la preoccupa di più del suo problema?

Percezioni culturali della causa, del contesto e dell'assistenza

Cause

Eventi stressanti e fattori di sostegno

Ruolo dell'identità culturale

Cause

4. Perché pensa che le stia succedendo questo? Quali pensa siano le cause? [MS #1]

Alcune persone spiegano il loro problema come il risultato di eventi negativi accaduti nel corso della vita, per esempio problemi con altre persone, una malattia, questioni spirituali o altre cause.

5. I familiari, gli amici e gli altri membri della sua comunità quale pensano possa essere la causa del suo [problema]? [MS #1]

Spiegazione culturale della malattia

- ❖ **Semantica del disagio prevalente e categorie di *illness***
- ❖ **Significato e gravità dei sintomi in rapporto alla norma culturale**
 - ❖ Nella cultura di origine
 - ❖ Nella cultura ospite
- ❖ **Cause percepite e modelli esplicativi**
 - ❖ Prototipi (Sé, l'Altro, i media); Causa
 - ❖ Decorso, Meccanismo d'azione ed Esito atteso
 - ❖ Trattamento
- ❖ **Esperienze e progetti di ricerca di aiuto**
 - ❖ Con il sistema sanitario ufficiale
 - ❖ Con guaritori tradizionali o scienze alternative

Modelli esplicativi (EMs): strumenti indagine

Table 1 Explanatory models and illness perception questionnaires

IPQ (Weinman <i>et al.</i> , 1996)	SEMI (Lloyd <i>et al.</i> , 1998)	EMIC (Weiss, 1997)
Identity	Naming the condition	Patterns of distress
Causes	What causes it?	Perceived causes
	Is it an illness?	
Consequences	Who do you see about it?	Disease-specific queries
Controllability	What you can do about it?	Seeking help and treatment
	What your doctor can do about it	
Time line		General illness beliefs

IPQ, Illness Perception Questionnaire; SEMI, Short Explanatory Model Interview; EMIC, Explanatory Model Interview Catalogue.

Modelli esplicativi (EMs)

- ❖ Ogni paziente (indipendentemente dal gruppo culturale di appartenenza) percepisce la malattia come un'esperienza umana (*illness*).
- ❖ In quest'esperienza fattori culturali e personali giocano un ruolo cruciale, determinando e plasmando le risposte alle domande che ognuno si pone:
 - ❖ Perché io ?
 - ❖ Perché ora ?
 - ❖ Cosa ho che non va ?
 - ❖ Per quanto tempo durerà ?

Eventi stressanti e fattori di sostegno

6. Ci sono delle forme di sostegno che possono migliorare il suo problema?
7. C'è qualche elemento stressante che può peggiorare il problema?

*Famiglia, amici,
altro*

*Difficoltà
economiche o
familiari*

Stressors psicosociali

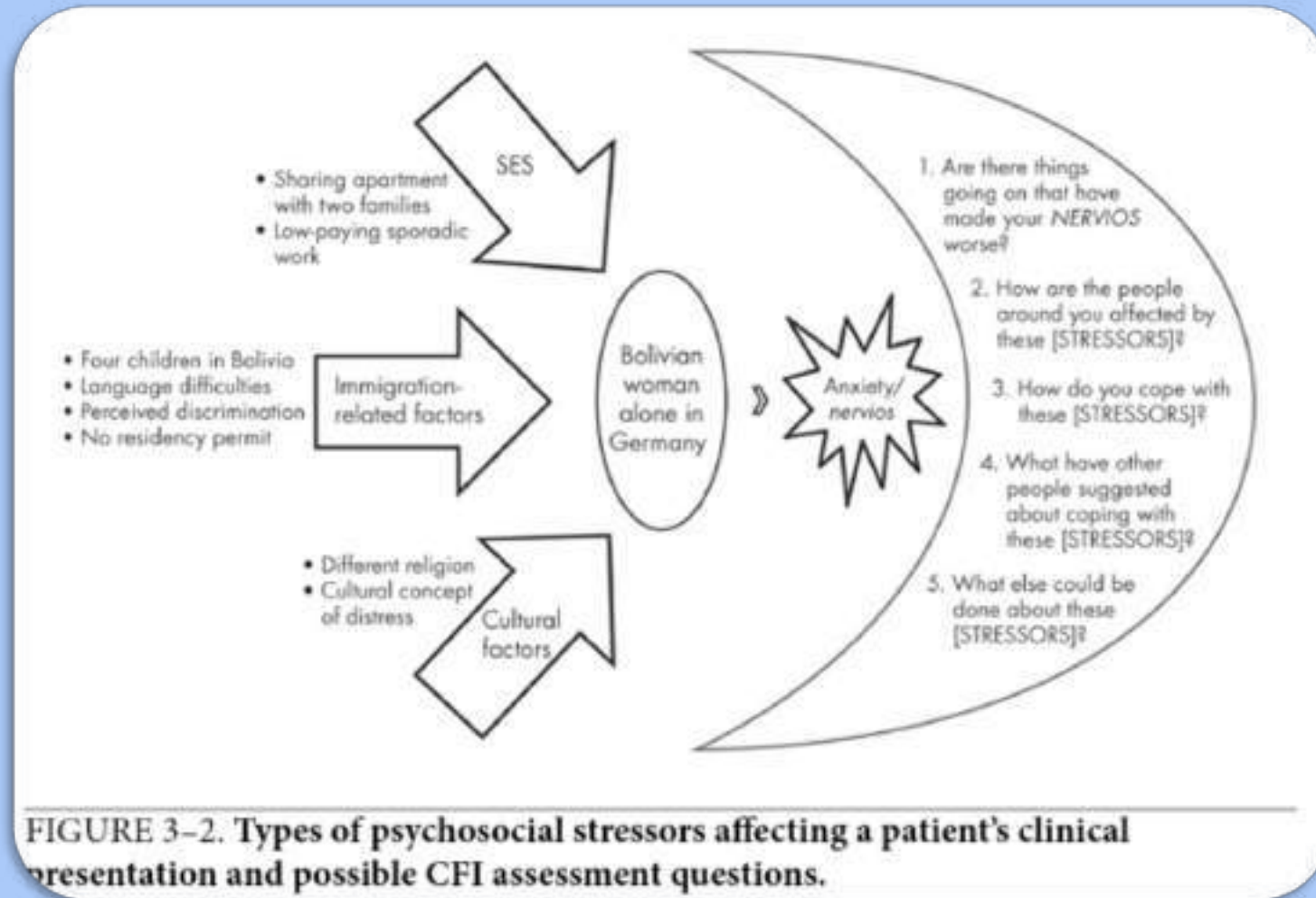


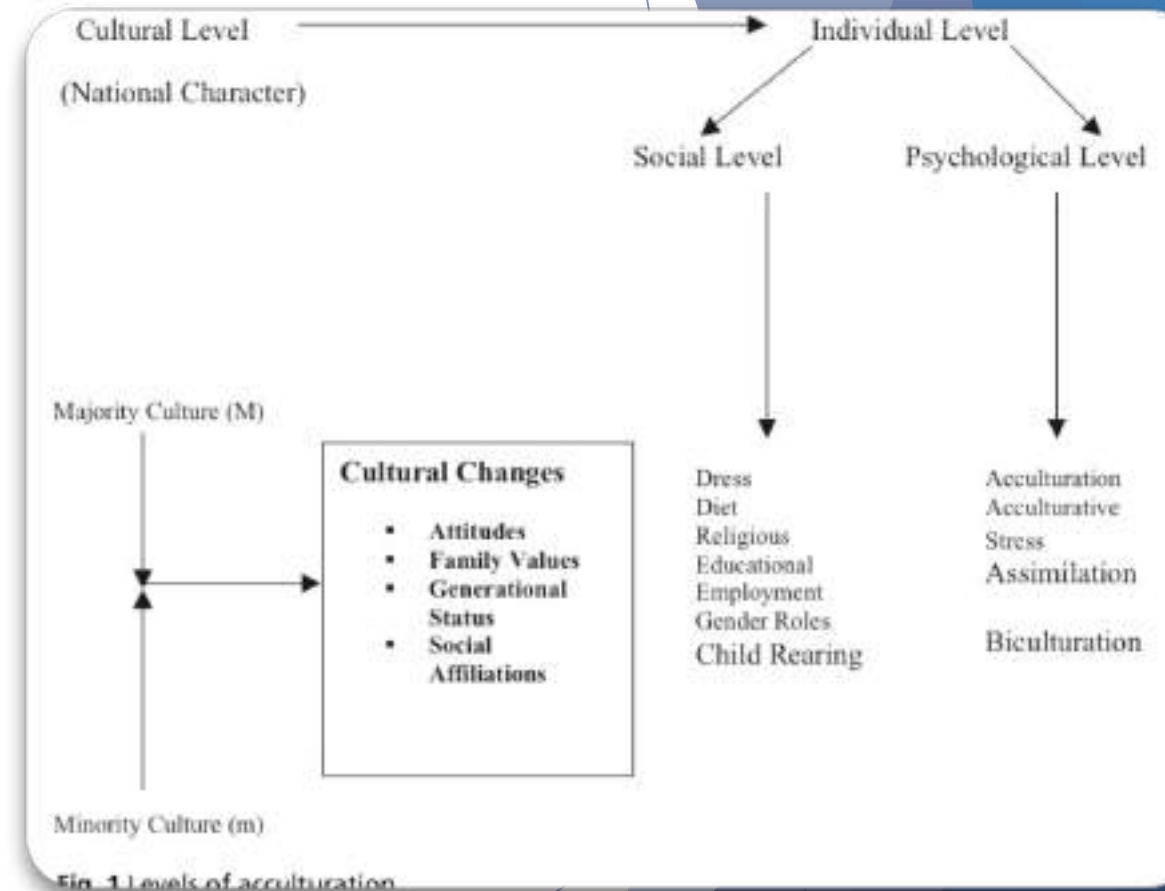
FIGURE 3-2. Types of psychosocial stressors affecting a patient's clinical presentation and possible CFI assessment questions.

Domande suggerite

- ❖ Che è successo quando ti sei ammalato (I tuoi problemi sono insorti) ? Come hanno reagito gli altri?
- ❖ Avevi mai avuto nulla del genere? Qualcuno che conosci ha mai avuto lo stesso problema?
- ❖ Come si chiama nella tua lingua? Tu come lo definisci?
- ❖ Che tipo di problema è?
- ❖ Quanto è grave? Quanto ha condizionato la tua vita?
- ❖ Quali cause potrebbe avere?
- ❖ Cosa pensano di questo problema gli altri membri della tua famiglia?
- ❖ A quali professionisti ti sei rivolto finora per farti aiutare?
- ❖ Ti sei rivolto a figure non professionali ma tradizionali?
- ❖ Che genere di trattamento vorresti?
- ❖ Cosa speri che il trattamento possa fare per la tua condizione?
- ❖ Hai qualche preoccupazione nei confronti del trattamento?

Ruolo dell'identità culturale

8. Quali sono gli aspetti più importanti del suo *background* o della sua *identità*?
9. Ci sono alcuni aspetti del suo background/identità che fanno la differenza nel suo problema? [MS #6]
10. Ci sono alcuni aspetti che le stanno causando altri problemi o difficoltà?



Fattori culturali che influenzano il coping e le richieste di assistenza pregresse

Coping

Richieste di assistenza pregresse

Barriere sociali

Coping

11. Talvolta le persone hanno diverse modalità di far fronte a problemi come il suo. Lei come ha fatto finora? [MS #7]

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Richieste di assistenza pregresse

*HELP-
seeking
Behaviours*

12. Spesso le persone cercano l'assistenza di diverse figure, tra cui medici, assistenti, guaritori. In passato che tipo di trattamento, assistenza, consiglio o terapia ha cercato per il suo problema?

Quali tipi di trattamento o assistenza sono stati i più utili? Quali i meno utili?

Barriere sociali

13. C'è qualcosa che le ha **impedito** di ricevere l'assistenza di cui aveva bisogno?

*Denaro, lavoro,
impegni familiari,
stigma o
discriminazione,
mancanza di servizi
competenti
culturalmente?*

[APA. DSM-5. 2013. (It: 2015).]

Fattori culturali che influenzano l'attuale richiesta di assistenza

Preferenze

Relazione clinico-paziente

Preferenze

14. Quali tipi di assistenza sarebbero al momento più utili per il suo problema? [MS #7]
15. Ci sono altri tipi di assistenza suggeriti dai suoi familiari, da amici o altri che potrebbero essere utili per lei in questo momento? [MS #7]



*Conflitti
culturali?*

Relazione clinico-paziente

16. Talvolta medici e pazienti non si capiscono l'un l'altro perché hanno background differenti e differenti aspettative. Lei si è preoccupato di questo, e c'è qualcosa che possiamo fare per garantirle le cure di cui ha bisogno?
[MS #8]

*Conflitti
culturali
M-P ?*

IIC: Moduli supplementari

[APA. *DSM-5*. 2013. (It: 2015).]

Moduli supplementari dell'intervista per l'inquadramento culturale

**Supplementary Modules to the Core Cultural
Formulation Interview (CFI)**

© 2013 American Psychiatric Association

Edizione italiana a cura di Andrea Fossati,
Sarena Borroni e Franco Del Corno

Coordinamento editoriale a cura di Raffaella Voi

Traduzione di Lucrezia Lombardi

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Questo strumento fa parte di alcune proposte di valutazione per ulteriori ricerche e per l'attività clinica messe a disposizione dall'APA.

Questi strumenti sono stati pensati per la somministrazione durante il colloquio iniziale e per monitorare l'andamento del trattamento. Dovrebbero essere utilizzati nell'ambito della ricerca e della fase di valutazione come strumenti che possono aiutare il clinico nel processo decisionale e non come unico supporto per effettuare una diagnosi clinica. Per ciascuno strumento vengono fornite istruzioni generali e per l'attribuzione del punteggio, e linee guida per l'interpretazione; nel DSM-5 sono disponibili ulteriori informazioni che ne chiariscono il contesto.

Moduli supplementari

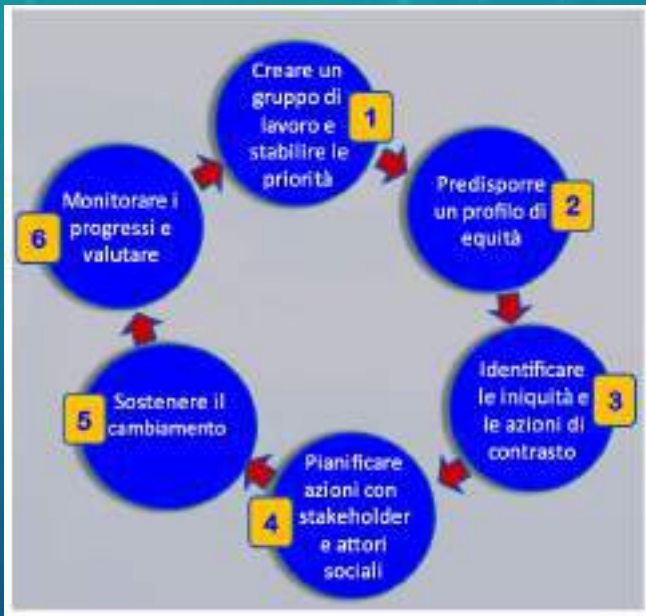
1. Modello esplicativo (14 items)
2. Livello di funzionamento (8 items)
3. Reti sociali (15 items)
4. Fattori di stress psicosociali (6 items)
5. Spiritualità, religione e credenze morali (16 items)
6. Identità culturale (34 items)
7. Coping e ricerca di aiuto (13 items)
8. Relazione clinico-paziente (5 items per il paziente + 7 items per il clinico)
9. Bambini in età scolare e adolescenti (20 items)
10. Anziani (17 items)
11. Immigrati e rifugiati (18 items)
12. Caregiver (14 items)

SEZIONE 4

COMPETENZA CULTURALE COME ELEMENTO DI EQUITÀ

I PIANI REGIONALI DI CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE

Il modello Health Equity Audit (HEA)



Caratteristiche per potenziale disuguaglianza

Indicatore	Genere	geografia	Gruppi di età	cittadinanza	Titolo studio	Condizione socio-economica	Indice di povertà	Condizione abitativa	disabilità	Condizione lavorativa
Visita semestrale diabetologica										
Controllo annuale fondo oculare										
Vaccinazione antinfluenzale nell'ultima stagione										
Controllo bimestrale dell'emoglobina glicata										
Conoscenza dell'utente delle indicazioni terapeutiche										
Buono	●	incerto	●	insufficiente	●					



[Regione Lazio. Determinazione n. 970 del 21 Dicembre 2021 – Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)]

[Regione Lazio. Determinazione n. 5812 del 12 Maggio 2022 - gruppo di lavoro regionale per l'equità e la medicina di genere e format PAE]

COMPETENZA CULTURALE, ALLEANZA TERAPEUTICA, EQUITÀ

Sensibilità culturale

Conoscenza culturale

Umiltà culturale

Empatia culturale

Consapevolezza del
transfert e del
controtransfert
culturali

COMPETENZA CULTURALE, ALLEANZA TERAPEUTICA, EQUITÀ

Sensibilità
culturale

Conoscenza
culturale

Umiltà
culturale

Empatia
culturale

Consapevolezza del *transfert*
e del *controtransfert*
culturali

[Kim-Godwin et al. *J Adv Nurs*, 35(6): 918-925, 2001]

[Tseng et al., *Cultural Competence in Forensic Mental Health*. Routledge, 2012]

COMPETENZA CULTURALE, ALLEANZA TERAPEUTICA, EQUITÀ

Sensibilità
culturale

Conoscenza
culturale

Umiltà
culturale

Empatia
culturale

Alleanza
terapeutica

- ↓ Abbandono terapeutico
- ↑ Efficacia terapeutica
- ↓ Cronicizzazione
- ↓ Comorbidity

Equità

Consapevolezza del *transfert*
e del *controtransfert*
culturali

SINTESI

Competenza culturale ed equità

- C'è un'attenzione crescente verso la tematica dell'equità in SM, che esce dai confini dell'igiene pubblica e della psichiatria sociale
- Inserire la cultura nei servizi significa pensare e adottare una serie di strumenti che non solo rendano più facile l'intervento del clinico ma anche più evidente l'efficacia (o l'inefficacia) della sua azione
- Significa anche ridurre le barriere esplicite e implicite che rendono impossibile la fruizione di un servizio per una parte rilevante della popolazione
- Di fatto significa operare un'azione di contrasto alla disuguaglianza, anche se con gli strumenti propri della psichiatria culturale (significati, simboli, senza pregiudizi, senza superiorità culturale con elementi di autocritica e relativizzazione)
- Dunque significa promuovere equità

CONCLUSIONI

Psichiatria culturale e salute dei migranti

- La psichiatria culturale fornisce una cornice interpretativa al disagio sperimentato dalle persone che hanno una cultura differente, o la stessa del clinico, pertanto anche agli appartenenti alle popolazioni migranti
- Fornisce inoltre metodo e strumenti per comprendere la genesi, il significato individuale e collettivo di tale disagio, e per formulare strategie di affrontamento
- Inoltre contribuisce con altre discipline all'organizzazione di servizi che possano mettere al centro la salute dell'individuo, in termini di prevenzione (quantomeno secondaria) oltre che di cura

ACKNOWLEDGEMENTS

- **G-Start:** Alberto Perra, Maura Coia, Loredana Masi, Giovanna Paoletti, Corrado Villella, Vincenzina Iannibelli, Morena Fregali
- **DSM:** Agostino Manzi, Daniela Pucci, Giuseppe Nicolò

The background is a blue gradient with faint white circular patterns and a scale on the left side. The scale has numbers from 140 to 260. There are also some circular arrows and dashed lines scattered across the background.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE