

**L'esperienza della migrazione dal
punto di vista dei figli: portati
via, lasciati a casa, e altre storie...**

Marco Armellini
Area Salute Mentale Infanzia e
Adolescenza
Azienda USL Toscana Centro

[illegible]

Le conseguenze dei processi migratori sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti sono state studiate dagli anni '60 soprattutto nei Paesi dove i fenomeni migratori post-coloniali sono stati più rilevanti, in particolare la Francia, il Regno Unito, la Germania e i Paesi Bassi, a partire dagli anni '70 del XX secolo. In quell'epoca la popolazione immigrata sotto i 16 anni oscillava tra 840.000 in Germania e 1.500.000 nel Regno Unito

Queste indagini prendevano in considerazione quasi esclusivamente la situazione degli immigrati *nel contesto dei Paesi d'immigrazione*, evidenziando innanzitutto alcuni elementi costanti dal punto di vista sociale:

Elevato tasso di fallimento scolastico (in Belgio, ad esempio, nel 1979, il 57% degli alunni immigrati aveva almeno un anno di ritardo);

Ridotta mobilità sociale;

Isolamento sociale, linguistico e culturale;

Reazioni di rifiuto da parte del contesto culturale maggioritario, che portano a:

Riduzione della partecipazione alla vita collettiva,

Difficoltà ad adottare le norme culturali del Paese di arrivo,

Tendenza ad un impoverimento della cultura di origine e all'insorgenza di conflitti di identità.

Venivano descritte manifestazioni peculiari dei bambini immigrati, fin dalla scuola dell'infanzia:

- Bambini con atteggiamento rifiutante, molto irritabili e collerici, che disorganizzano il gruppo;
- Bambini inibiti, che mostrano una forte riduzione dell'iniziativa e della partecipazione alle attività educative;
- Bambini con manifestazioni di pseudo disabilità intellettiva, che si mostrano incapaci di rispondere alle richieste educative e scolastiche, anche se hanno abilità intellettive adeguate.

-
- In funzione della fase e del momento di arrivo, venivano riconosciute due fasi particolarmente critiche:
 - i primi 6 mesi dopo l'arrivo, in cui il bambino si trova di fronte a situazioni impreviste e particolarmente angoscianti, con aspetti di forte rischio di depersonalizzazione e difficoltà di adattamento;
 - il periodo tra i 7 e i 15 anni dopo l'arrivo, in cui il progetto migratorio familiare si trova di fronte al dilemma della permanenza o del ritorno.



Per la prima volta in questo periodo si comincia a prendere in considerazione la condizione dei figli lasciati nel Paese di origine.

- Studi epidemiologici sistematici, metodologicamente corretti, di lunga durata e affidabili sono stati compiuti soltanto a partire dagli anni '90, in particolare nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Contrariamente alle attese, non si rilevano differenze particolarmente significative tra immigrati e non immigrati in relazione al genere e all'età, salvo per un particolare periodo, *quello della prima adolescenza*, in cui si osserva una significativa differenza di problemi internalizzanti nelle ragazze e di problemi esternalizzanti nei maschi. Sono piccole differenze ma, nella salute mentale sono le piccole differenze che contano.
- 
- 
- 
- 

In generale, comunque, la prevalenza di problemi di salute mentale è minore nei primi anni dopo l'arrivo, per poi divenire simile alla popolazione generale con il passare del tempo, a conferma dell'effetto protettivo del progetto migratorio familiare.

Un'osservazione importante è anche che il fenomeno presenta piccole variazioni a seconda del punto di vista: quello delle ragazze e dei ragazzi, quello dei genitori e quello degli insegnanti.

Il limite più forte di questi studi è che considerano la prospettiva dei migranti soltanto dal punto di vista del Paese di accoglienza.

Una svolta fondamentale nello studio delle conseguenze psicopatologiche della migrazione è venuta dalla Repubblica Popolare Cinese, in cui dai primi anni 2000 si sono verificati massicci processi di migrazione interna, che hanno riguardato oltre il 10% della popolazione, contemporaneamente alla nascita della stessa disciplina scientifica della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.

Questi processi hanno riguardato almeno 106 milioni di bambini.

In estrema sintesi, gli studi cinesi hanno esaminato le condizioni di salute mentale dei bambini e adolescenti migranti con la loro famiglia (MC – Migrant Children/HuKuo), da un lato, e quelle dei bambini e adolescenti rimasti a casa mentre la loro famiglia emigrava (LB – Left Behind).

Nei LB, sia negli studi trasversali che in quelli longitudinali, i maschi erano a maggior rischio di inattività fisica, alimentazione disordinata e inappropriata, dipendenza da internet, da tabacco e presentavano un'elevata frequenza di ideazione suicidaria. Le ragazze, oltre a una maggior frequenza di dipendenza da tabacco, alcol, assunzione occasionale massiccia di alcol (binge drinking), disturbi dell'alimentazione con conseguente sovrappeso, presentavano più spesso ideazione suicidaria, fuga da casa, e riferivano sentimenti di tristezza, inadeguatezza e solitudine. Questi problemi riguardano almeno il 19% dei 'lasciati indietro'.

I MC mostrano una prevalenza minore (14%) di disturbi, ma il problema prevalente è la solitudine e l'isolamento sociale, con una proporzione maggiore di problemi depressivi rispetto ai LB.



La caratteristica che rende particolare la situazione pratese, soprattutto per quanto riguarda la popolazione di origine e cultura cinese, è il fenomeno della 'doppia migrazione'. Una parte importante dei bambini che nascono a Prato da genitori cinesi, infatti, torna nel Paese di origine dei genitori nei primi anni di vita, in genere tra 1 e 3 anni, e rientra in Italia all'inizio della scuola secondaria di primo grado.



Questa permanenza in Cina trova diverse motivazioni: difficoltà di accudimento da parte dei genitori occupati nel lavoro e desiderio che i figli apprendano la lingua cinese in un contesto sinofono e seguano, almeno nella scuola primaria, un programma scolastico cinese.

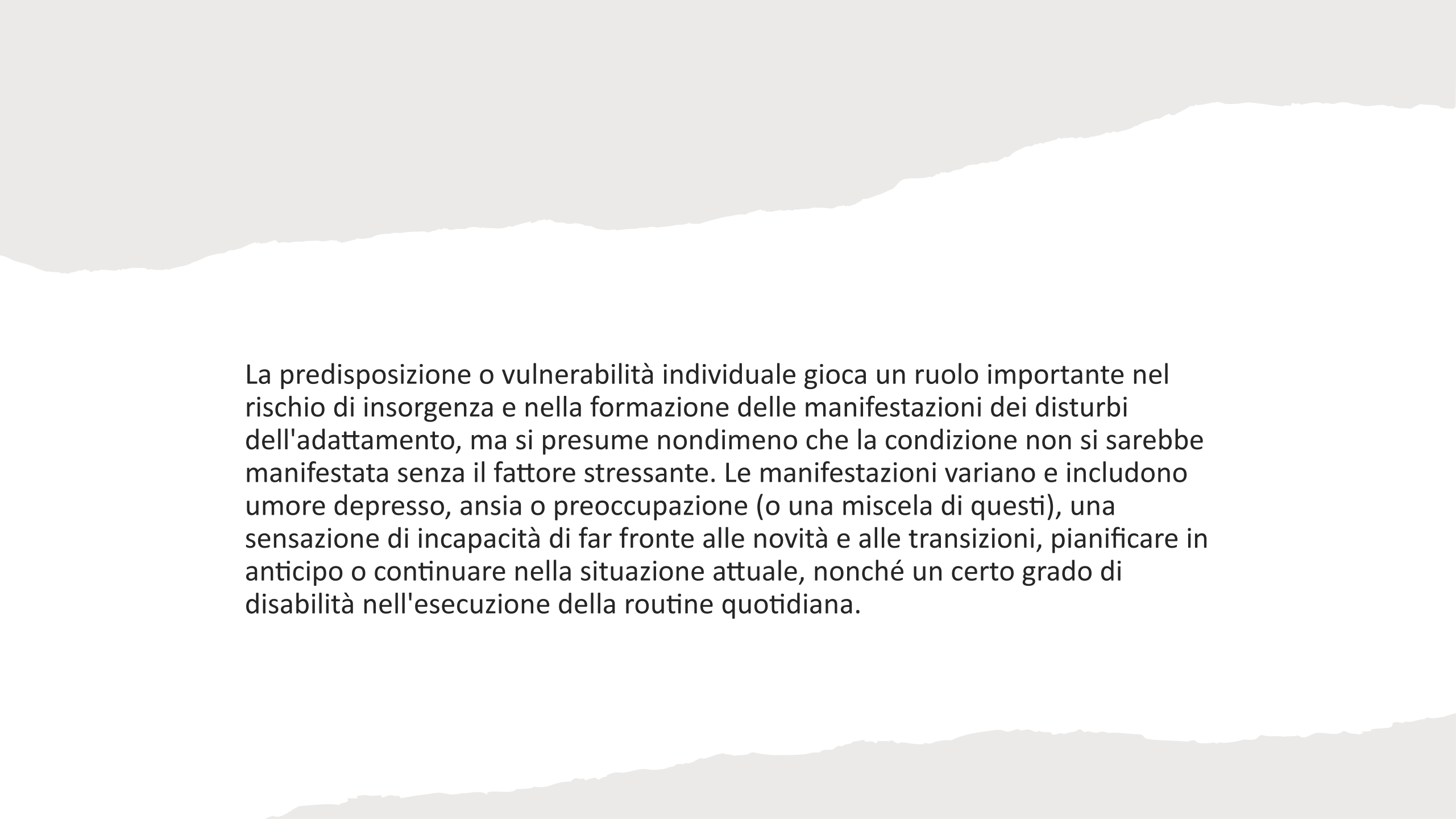


È proprio a questa popolazione di ragazzi (in maniera più evidente nei maschi) che appartengono i casi con i disturbi di adattamento più gravi, caratterizzati al tempo stesso da risentimento, irritabilità e litigiosità, rifiuto di stabilire legami con i pari e di utilizzare la lingua italiana (anche quando la comprendono bene), irregolarità (più spesso cadute) nei risultati scolastici, relazioni conflittuali con i propri genitori.



I disturbi dell'adattamento, con le parole dell'ICD 10, indicano quegli 'stati di sofferenza soggettiva e disturbo emotivo, che di solito interferiscono con il funzionamento e le prestazioni sociali, che si manifestano nel periodo di adattamento a un significativo cambiamento di vita o ad un evento di vita stressante. Il fattore di stress può aver influito sull'integrità della rete sociale di un individuo ... o sul più ampio sistema di sostegno e valori sociali (migrazione, status di rifugiato).'





La predisposizione o vulnerabilità individuale gioca un ruolo importante nel rischio di insorgenza e nella formazione delle manifestazioni dei disturbi dell'adattamento, ma si presume nondimeno che la condizione non si sarebbe manifestata senza il fattore stressante. Le manifestazioni variano e includono umore depresso, ansia o preoccupazione (o una miscela di questi), una sensazione di incapacità di far fronte alle novità e alle transizioni, pianificare in anticipo o continuare nella situazione attuale, nonché un certo grado di disabilità nell'esecuzione della routine quotidiana.

I disturbi della condotta possono essere una manifestazione associata, in particolare negli adolescenti maschi, ma la caratteristica predominante è **una reazione depressiva più o meno prolungata**.

La scuola è il contesto in cui queste difficoltà (e la sofferenza che le accompagna) si manifestano maggiormente.

Non possiamo permetterci di considerare la difficoltà dell'adattamento dal solo punto di vista delle alunne/alunni immigrati.

L'adattamento, o meglio l'inclusione, deve considerare il contesto che accoglie: l'antidoto del disturbo è la promozione del senso di appartenenza, prima alla scuola e poi alla comunità in cui inserita.

Promozione dell'appartenenza:

Valorizzazione della storia personale del migrante,

Insegnamento della lingua di origine e della lingua di accoglienza

Partecipazione a progetti transgenerazionali e di valorizzazione delle culture di origine