



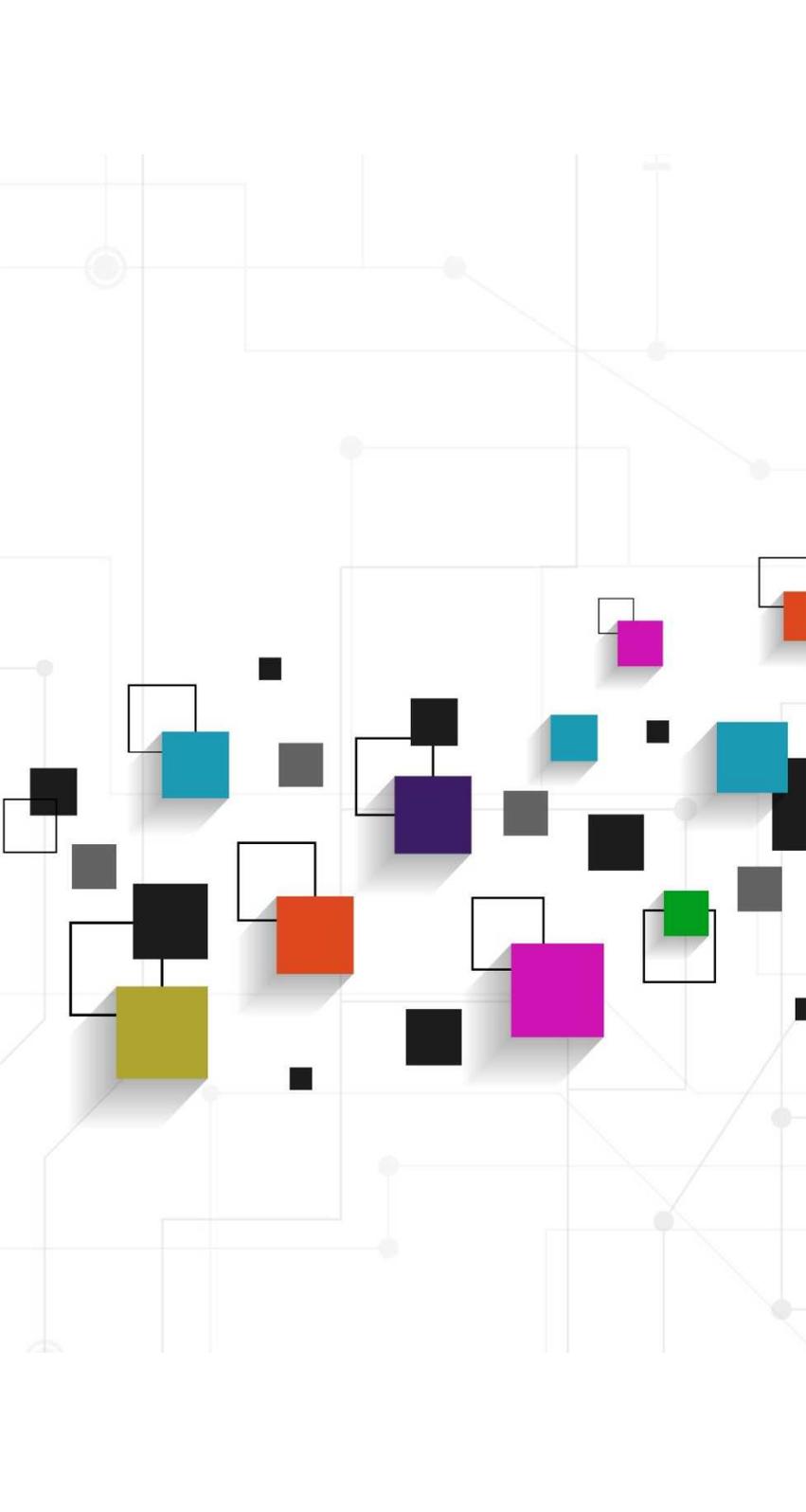
Quando subentra lo psichiatra nell'accesso ai servizi dei Migranti Forzati

Antonella Mastrocola



Formazione Regionale:
L'assistenza e la tutela della salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale
21 settembre 2023



An abstract graphic on the left side of the slide. It features a light gray grid with various colored squares (black, blue, purple, red, green, pink, yellow) scattered across it. Some squares are solid, while others are outlined. The squares are arranged in a way that suggests a network or a complex structure.

Agenda

- Il contesto entro cui lavorano oggi i Servizi di Salute Mentale: multiculturalità e variabilità dei quadri clinici correlati a vulnerabilità sociali e relazionali
- Considerazioni di contesto
- Il ruolo della cultura nella manifestazione psicopatologica
- Inquadramento diagnostico
- Strumenti
- Il futuro

Il contesto entro cui lavorano oggi i Servizi di Salute Mentale

- Da tempo i sistemi di salute mentale sono sollecitati dalla crescente complessità delle società umane e il loro funzionamento routinario è fortemente disturbato
- A contribuire a questa complessità è la presenza nei nostri territori e quindi nei nostri Servizi di persone provenienti da altri Paesi e culture, in fuga da guerre, persecuzioni o disastri ambientali, presenza che non è più un fenomeno emergenziale, ma strutturale

- Le migrazioni, forzate o meno, sono sempre e comunque traumatiche. Esse producono una discontinuità strutturale profonda nella psicologia individuale e collettiva delle società attraversate dalle migrazioni. Queste lacerazioni interessano chi parte, resta o nasce all'interno di questi contesti. Il sapere clinico deve rintracciare il nucleo traumatico nei singoli casi e rivalutarne l'azione psicopatogena sulle società adottive e d'origine.
- Il trauma va puntualmente dimostrato e trattato, ispirando politiche di salute mentale finalizzate a prevenirlo e ripararlo. Lo sradicamento geografico viene complicato dagli atti violenti più diversi inflitti attraverso maltrattamenti crudeli e degradanti subiti nelle varie fasi del percorso migratorio, ma anche negli ambienti istituzionali (prigioni, ospedali, tribunali, scuole).
- Il trapianto di migranti nel territorio di accoglienza quindi riguarda una popolazione a rischio (vulnerabile) e meritevole di cure
- Il potenziamento dell'attitudine all'accoglienza psicologica rappresenta il primo dovere delle società ospitanti che intendono sanare la ferita storica soggiacente il salto migratorio

Rischio di sviluppare un Disturbo Psichiatrico

- Circa il 25-30 % dei rifugiati hanno subito un'esperienza di tortura, sequestro o altre esperienze traumatiche
- Circa il 33-75% delle persone sopravvissute ad un trauma sviluppa un disturbo psichiatrico



(Linee Guida del Ministero della Salute, Marzo 2017)



Ministero della Salute

**LINEE GUIDA RELATIVE AGLI
INTERVENTI DI ASSISTENZA
E RIABILITAZIONE, NONCHÉ
PER IL TRATTAMENTO
DEI DISTURBI PSICHICI DEI
RIFUGIATI E DELLE PERSONE
CHE HANNO SUBITO TORTURE,
STUPRI O ALTRE FORME GRAVI
DI VIOLENZA PSICOLOGICA,
FISICA O SESSUALE**

Adottate con DM 3 aprile 2017
pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 95
del 24-4-2017

“Risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l’individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un’alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme.” (Linee Guida Ministero della Salute, 2017)



Vulnerabilità non come evento determinante

- L'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995)
- Le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni e non coprono mai il 100% delle vittime di violenza intenzionale.
- Anche nel caso della tortura (in sé evento maggiormente determinante per una patologia post-traumatica) il risultato psicologico non è uguale per tutti (Schubert, Punamäki 2016) e le stime di prevalenza di patologie post-traumatiche si aggirano tra il 31% (Steel et al. 2007) e il 45% (Johnson & Thompson 2007) delle vittime di tortura.
- Fondamentale è l'individuazione precoce ai fini sanitari, che deve essere non solo tempestiva ma anche selettiva, e non può basarsi solo sulle narrazioni delle violenze subite

- La vera sfida è consolidare e , aggiungerei io, qualificare l'aiuto psichiatrico-medico da un lato ed evitare la medicalizzazione dei fenomeni sociali (guerre, conflitti armati, persecuzioni, povertà connessi ad eventi climatici e sfruttamento globale) dall'altro

Levent Kiüey (APA, 2018)





- Evitare esplicitamente le categorie di «vittima» e «sopravvissuto» a riconoscimento del fatto che l'esperienza della violenza organizzata connessa al percorso migratorio non viene necessariamente codificata in questi termini da coloro che l'hanno subita
- Uscire dal predominio degli approcci centrati sul trauma rafforzando quello che tiene conto dell'agentività e della forza dei rifugiati in quanto persone, famiglie, comunità

Attenzione!!!

- Una vittima di violenza intenzionale anche estrema può soffrire di altre patologie non correlate agli eventi traumatici cui è stata sottoposta
- Le patologie fisiche non devono essere trascurate e facilmente classificate sotto la categoria “somatizzazione per violenze subite”



Mental health

Key points: mental health

- Prevalence of mental disorders in refugees and migrants shows considerable variation depending on the population studied and the methodology of assessment.
- Risk factors for mental health problems may be experienced during all phases of the displacement and migratory process and in settling in the host country.
- Prevalence of PTSD among refugees who have been exposed to very stressful and threatening experiences is indicated to be higher than in the host populations.
- Prevalence of depression and anxiety tends to be higher than in host populations but variation by migrant group and in the methods used to assess prevalence make it hard to draw firm conclusions.
- Poor socioeconomic conditions, such as unemployment or isolation, are associated with increased rates of depression in refugees after resettlement.
- Migration was also found to be a risk factor for children's mental condition, and unaccompanied minors experience higher rates of depression and symptoms of PTSD compared with other refugee and migrant groups.

Psychosis and schizophrenia

Psychotic disorders have only been assessed in clinical studies and not in population studies, making it impossible to report their prevalence (14). Limited evidence has suggested that refugees have an increased risk of psychotic disorders compared with both the host population and migrants; the elevated risk was more pronounced in refugee men (155,156). Other studies suggest that migration experience and ethnic minority status are less influential than socio-demographic factors and experiences of trauma in childhood (156,157). A large cohort study in Sweden indicated an increased risk for psychotic disorders for those who migrated during infancy and a variation in risk by region of origin, with migrants from Africa having an elevated risk for schizophrenia (158).



TAVOLA 12.1 - FATTORI CHE INFLUENZANO IL BENESSERE E LA SALUTE MENTALE DEI RIFUGIATI

Fattori pre-migratori

Eventi potenzialmente traumatici nel Paese d'origine

- Trauma singolo o multiplo
- Evento episodico o situazione persistente

Condizioni di vita

- Condizioni socioeconomiche
- Situazione familiare
- Situazione del gruppo d'appartenenza (etnico, religioso, ecc.)

Storia personale

- Fattori di vulnerabilità
- Fattori protettivi (resilienza)

Fattori migratori

Viaggio diretto verso il Paese di destinazione vs soste in territori di transito

Nel caso di transito attraverso altri territori

- Campi profughi (nel Paese d'origine o in quelli di transito)
- Soggiorni nei Paesi di transito
 - Clandestinità o soggiorno autorizzato
 - Situazione economica, accesso alle cure, ecc.
 - Detenzione dovuta alla condizione migratoria

Viaggio con documenti ufficiali o falsi

Se ottenuti da un trafficante

- Costo e impatto sulle risorse economiche personali
- Esposizione a eventi potenzialmente traumatici durante il viaggio
- Sfruttamento da parte dei trafficanti

• Povertà

- Esperienza protratta di emarginazione, mancanza d'aiuto, reclusione (es. nei campi profughi)
- Problemi fisici o stress mentali legati all'ingresso clandestino (es., esposizione ad agenti atmosferici, fame, confinamento)
- Forza di lavoro acquisiti durante il viaggio

Fattori post-migratori

Ostacoli all'arrivo nel Paese di destinazione

- Interrogatori da parte delle autorità preposte
- Detenzione
- Problemi di ammissione

Minacce attuali: paura del futuro, sentimento d'insicurezza

- Incertezza protratta sullo status legale
- Ansia causata dall'audizione per ottenere lo status di rifugiato
- Paura di essere rimpatriati
- Paura per l'incolumità dei familiari rimasti a casa
- Paura che il proprio gruppo di appartenenza (etnico, religioso, politico o altro) sia minacciato nel Paese d'origine

Condizioni effettive di vita:

- Perdita dell'identità sociale (ruolo di sostentamento economico, di membro della comunità e della famiglia allargata; riconoscimento sociale delle competenze, ecc.)
- Accesso limitato a lavoro, cure, servizi sociali, scuola, ecc.
- Separazione dalla famiglia
- Povertà
- Sostegno sociale ridotto
- Emarginazione o discriminazione legata alla condizione migratoria, all'etnicità, alle difficoltà linguistiche, ecc.
- Difficoltà d'insediamento: trovare un luogo dove vivere, un lavoro, adattarsi a una cultura diversa, apprendere una nuova lingua, ecc.



- complessa relazione tra i fattori di stress post-migratori sulla capacità di adattamento emotivo e psicologico e il funzionamento nella quotidianità delle persone con un background da rifugiato
- Il tipo di fattori stressanti fronteggiati dai rifugiati è associato in modo differente con l'esposizione ai precedenti traumi, la disconnessione sociale e l'insicurezza rispetto all'ottenimento del visto e costituiscono un fattore chiave nel contribuire alla diminuzione di funzionamento e all'adattamento psicologico
- Importanza dell'inclusione sociale e del trattamento psicologico anche dopo l'iniziale periodo di arrivo



Psychiatry Research

Volume 311, May 2022, 114494



Go to Psychiatry Research on ScienceDirect

Profiles of post-migration stressors and mental health in refugees: A latent class analysis

[Yulisha Byrow](#)^a  , [Belinda Liddell](#)^a, [Meaghan O'Donnell](#)^b, [Vicki Mau](#)^c, [Tadhg McMahon](#)^{d,e}, [Richard Bryant](#)^a, [Greg Benson](#)^d, [Angela Nickerson](#)^a

[Show more](#) 

[+](#) Add to Mendeley [↻](#) Share [🗣](#) Cite

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114494>

[Get rights and content](#) 



Original Article

Cite this article: Tarricone I *et al.* (2022). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine* 52, 2972–2984. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>

Received: 3 April 2020
Revised: 18 November 2020
Accepted: 25 November 2020
First published online: 10 February 2021

Key words:

First-episode psychosis; first-generation migrants; migration adversities; migration history; psychosis risk; social disadvantages

Author for correspondence:

Ilaria Tarricone,
E-mail: ilaria.tarricone@unibo.it

Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study

Ilaria Tarricone^{1,2}, Giuseppe D'Andrea^{1,3}, Hannah E. Jongsma^{4,5}, Sarah Tosato⁶, Charlotte Gayer-Anderson⁷, Simona A. Stilo^{8,9}, Federico Suprani¹, Conrad Iyegbe⁹, Els van der Ven^{10,11}, Diego Quattrone¹², Marta di Forti¹², Eva Velthorst^{13,14}, Paulo Rossi Menezes¹⁵, Celso Arango¹⁶, Mara Parellada¹⁶, Antonio Lasalvia⁶, Caterina La Cascia¹⁷, Laura Ferraro¹⁷, Julio Bobes¹⁸, Miguel Bernardo¹⁹, Julio Sanjuán²⁰, Jose Luis Santos²¹, Manuel Arrojo²², Cristina Marta Del-Ben²³, Giada Tripoli^{9,24}, Pierre-Michel Llorca²⁵, Lieuwe de Haan¹³, Jean-Paul Selten¹¹, Andrea Tortelli²⁶, Andrei Szöke²⁷, Roberto Muratori², Bart P. Rutten¹¹, Jim van Os^{9,11,28}, Peter B. Jones^{5,29}, James B. Kirkbride⁴, Domenico Berardi³, Robin M. Murray³ and Craig Morgan⁷

Abstract

Background. Psychosis rates are higher among some migrant groups. We hypothesized that

Original Article

*Group authorship members are listed in the acknowledgements.

Cite this article: Jongsma HE *et al.* (2021). Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case–control study. *Psychological Medicine* 51, 1536–1548. <https://doi.org/10.1017/S003329172000029X>

Received: 29 October 2019
Revised: 15 January 2020
Accepted: 28 January 2020
First published online: 3 March 2020

Key words:

Discrimination; epidemiology; ethnicity; psychotic disorders; social disadvantage

Author for correspondence:

Hannah E. Jongsma,
E-mail: h.jongsma@ucl.ac.uk

Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case–control study

Hannah E. Jongsma^{1,2}, Charlotte Gayer-Anderson³, Ilaria Tarricone⁴, Eva Velthorst^{5,6,7}, Els van der Ven^{8,9,10}, Diego Quattrone¹¹, Marta di Forti¹¹, EU-GEI WP2 Group*, Paulo Rossi Menezes¹², Christina Marta Del-Ben¹³, Celso Arango^{14,15}, Antonio Lasalvia¹⁶, Domenico Berardi¹⁷, Caterina La Cascia¹⁸, Julio Bobes¹⁹, Miguel Bernardo²⁰, Julio Sanjuán²¹, Jose Luis Santos²², Manuel Arrojo²³, Lieuwe de Haan⁷, Andrea Tortelli²⁴, Andrei Szöke²⁵, Robin M. Murray¹¹, Bart P. Rutten¹⁰, Jim van Os^{10,11,26}, Craig Morgan³, Peter B. Jones^{2,27} and James B. Kirkbride¹

¹PsyLife Group, Division of Psychiatry, UCL, London, England; ²Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, England; ³Department of Health Services and Population Research, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, England; ⁴Transcultural Psychosomatic Team (BoTPT), Department of Surgical and Medical Sciences, Bologna University, Bologna, Italy; ⁵Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, USA; ⁶Department of Preventative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, USA; ⁷Early Psychosis Section, Department of Psychiatry, Amsterdam UMC, location AMC, Amsterdam, The Netherlands; ⁸Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, New York, USA; ⁹Rivierduinen Institute for Mental Health Care, Leiden, The Netherlands; ¹⁰Department of Psychiatry and Neuro-psychology, School for Mental Health and

- Our findings provide support for the hypothesis that social disadvantages and adversities during different phases of migration are associated with increased odds of psychosis in first-generation migrants, even when other risk factors are controlled for
- Mutual adjustment for different phases suggested that social disadvantages during pre- and post-migration phases were associated with two times increased odds of psychosis
- our results support the hypothesis that the subjective evaluation of a mismatch between expectations and achievements is associated with increased odds of psychosis in first-generation migrants, even when adjusted for disadvantages and adversities and other exposures
- Pre-migration and post-migration social disadvantages seem to be more strongly associated with the odds of psychosis than adversities during the migration journey
- length of stay in the country of arrival did not change the associations found between social disadvantages and psychosis odds
- social disadvantages and stress during the entire migration history, more than adversities and trauma during the migration travel (e.g. migration phase), put migrants at higher risk of psychosis following a dose–response mechanism
- studies showing that both striatal stress-induced dopamine release and dopamine synthesis capacity are elevated in migrants compared with non-migrants, independent of clinical status (Egerton *et al.*, 2017) This is in accordance with the social defeat hypothesis of psychosis, which posits that long-term experience of outsider status or inferior position leads to a sensitization of the mesolimbic dopamine system and thereby increases the risk for psychosis (Gevonden *et al.*, 2014)
- In conclusion, social vulnerability through the whole migration process and the negative post-migration experiences was associated with double the odds of psychosis in first-generation migrants

> Int J Soc Psychiatry. 2014 May;60(3):243-53. doi: 10.1177/0020764013484237. Epub 2013 Jun 2.

Understanding psychopathology in migrants: a mixed categorical–dimensional approach

Mauro Braca ¹, Domenico Berardi, Elisa Mencacci, Martino Belvederi Murri, Stefano Mimmi, Fabio Allegri, Fausto Mazzi, Marco Menchetti, Ilaria Tarricone

Affiliations + expand

PMID: 23733828 DOI: 10.1177/0020764013484237

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39: 350–357

DOI:10.1007/s00127-004-0766-0

ORIGINAL PAPER

Gerard Hutchinson · Christian Haasen

Migration and schizophrenia

The challenges for European psychiatry and implications for the future

Accepted: 12 December 2003

Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 125–129
Printed in UK. All rights reserved

Copyright © Munksgaard 2000
ACTA PSYCHIATRICA
SCANDINAVICA
ISSN 0902-4441

Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany

Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany.
Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 125–129. © Munksgaard 2000.

C. Haasen, O. Yagdiran, R. Mass, M. Krausz

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy,
University Hospital Eppendorf, Hamburg, Germany

La cultura ha un ruolo rilevante nell'occorrenza di sindromi che sfidano il sapere clinico istituzionale

La cultura configura l'esperienza della malattia ed è un aspetto fondamentale

- Sulla modalità espressiva sintomatologica della sofferenza, non solo psichica
- Sulla lettura e spiegazione della malattia
- Nella relazione e uso dei Servizi Sanitari

Cultura

1. Matrice sociale di ogni dimensione della biologia e dell'esperienza umana
2. Modalità per cui le comunità o i gruppi umani, con una storia e un'identità condivise, sono distinguibili dagli altri
3. Educazione delle nostre capacità creative collettive, espresse attraverso la lingua, ma anche mediante la musica, l'arte e i media

Eagleton, 2000



Aree critiche

- Distinguere la psicosi da PTSD con sintomi dissociativi
- Sapere leggere i fenomeni allucinatori
- Molte psicosi schizofreniche si sono rivelate depressioni gravi con disturbi del contenuto del pensiero non congruo
- Il corpo entra nell'espressività della malattia in molte culture e non è sempre un disturbo da somatizzazione
- I disturbi del comportamento non sempre sono leggibili all'interno di una psicopatologia, ma reattivi e culturalmente determinati rispetto a rabbia, delusione, paura, discriminazione e non sempre chiarezza di risposte da parte del contesto

Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions

Frank Larøi^{1,†}, Tanya Marie Luhrmann^{*2,†}, Vaughan Bell³, William A. Christian Jr⁴, Smita De
Charles Fernyhough⁶, Janis Jenkins⁷, and Angela Woods⁸

¹Department of Psychology, University of Liège, Liège, Belgium; ²Department of Anthropology, Stanford U
³King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁴Department of Social Anthropology, Auton
Barcelona, Bellaterra, Spain; ⁵Department of Psychiatry and Addiction Services, Dr Ram Manohar Lohia H
⁶Department of Psychology, Durham University, Durham, UK; ⁷Department of Anthropology, University o
Diego, CA; ⁸Centre for Medical Humanities, Durham University, Durham, UK

*To whom correspondence should be addressed; Department of Anthropology, Stanford University, Stanfor
tel: 1-650-723-3421, fax: 1-650-725-0605, e-mail: luhrmann@stanford.edu

[†]These authors equally contributed to this paper and are willing to share the first authorship.

I clinici non dovrebbero mai assumere che la semplice descrizione di quella che sembra essere una allucinazione è necessariamente un sintomo di patologia e dovrebbero tenere in seria considerazione il background culturale del paziente quando valutano e trattano le allucinazioni



Competenza culturale

- Etnocentrismo critico (Ernesto De Martino)
 - Si può muovere un passo in direzione dell'altro solo se chi azzarda il primo moto relazionale è consapevole della relatività, contingenza e caducità del proprio mondo. Tale coscienza del limite deve invitare ogni professionista ad agire come singolarità fabbricata per mezzo di strumenti socioculturali, sperimentati e selezionati, usati in e da un determinato gruppo umano immerso nel proprio ambiente storico-antropologico
- Psichiatria culturale (Scuola canadese)
 - Ogni essere umano è espressione e soggetto agente all'interno del proprio mondo culturale. La cultura è lo sfondo, l'ambiente o la matrice con cui si plasmano gli esseri umani che rischiano di non esistere come tali senza una dimensione culturale propria dove vivere la loro modalità di esser-ci nel mondo (E. de Martino)

Competenza culturale

- Mediatori interculturali
 - Figure ponte tra le culture e in grado di contestualizzare la sintomatologia psicopatologica espressa, il suo orizzonte di senso, di decifrare aspettative rispetto alla cura e aiutare ad entrare dentro sistemi sanitari complessi





Competenza culturale

Tollerare l'incertezza
e non avere fretta di
arrivare ad una
diagnosi

Tempo

Ma i nostri Servizi di Salute Mentale hanno al loro interno competenze specialistiche?

- Mancanza di organizzazione sistematica e di formazione per Servizi di Salute Mentale che esprimano competenza e sicurezza culturali
- A volte troviamo operatori che hanno una competenza specifica sviluppata per interesse personale che non viene iscritta in un percorso strutturato
- Ci sono ambulatori dedicati collegati con l'Università, ma non coprono tutti i territori
- Crescente richiesta di interventi specialistici nell'ambito delle emergenze/urgenze per situazioni complesse di difficile gestione, a causa delle molteplici necessità sanitarie e sociali



Setting della consultazione



Pronto Soccorso



Ospedale
generale



Reparto di
Diagnosi e Cura

LE DIMENSIONI DEL DISAGIO MENTALE NEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI

PROBLEMI APERTI E STRATEGIE DI INTERVENTO



Publicazione realizzata con i finanziamenti assegnati per l'anno 2007 ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sui fondi dell'otto per mille dell'Irpef devoluto dai cittadini alla diretta gestione statale.

Il testo è stato curato da Alessandra Calderozzi della Fondazione Cititalia – Anci ricerche.

Gli autori:

La parte 1 è a cura di Giancarlo Santone in collaborazione con il centro SAMIFO. La parte 2 è a cura dell'Associazione Franz Fano, Roberto Beneduce e Simona Tillani.

Si ringrazia per la collaborazione l'Ufficio Immigrazione dell'ANCI e il Servizio centrale del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati

I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare la responsabilità della Fondazione.

ISBN: 978-88-96586-15-7

Progetto grafico e impaginazione:
HainagDesign, Roma

Finito di stampare nel mese di giugno 2010
da Grafica Alto Lazio s.r.l. – Nepi (VT)

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE ITALICIZED.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.
Focus on the individual's own way of understanding the problem.
Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").

1. What brings you here today?
IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:
People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?
PROMPT FURTHER (IF REQUIRED):
Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).

7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems, difficulties at work or school, or discrimination.

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By **background or identity**, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?

9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?

10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

PAST HELP SEEKING	
<p>(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)</p>	<p>12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, healers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]? PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED: What types of help or treatment were most useful? Not useful?</p>
BARRIERS	
<p>(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)</p>	<p>13. Has anything prevented you from getting the help you need? PROBE AS NEEDED: For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?</p>
CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING	
PREFERENCES	
<p>(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)</p>	<p>Now let's talk some more about the help you need. 14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?</p>
<p>Focus on the views of the social network regarding help seeking.</p>	<p>15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?</p>
CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP	
<p>(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)</p>	<p>Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations. 16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?</p>
<p>Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery. Probe details as needed (e.g., "In what way?"). Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.</p>	



Parole chiave

Appropriatezza diagnostica

Attenzione all'esperienza di malattia della persona e al suo contesto sociale

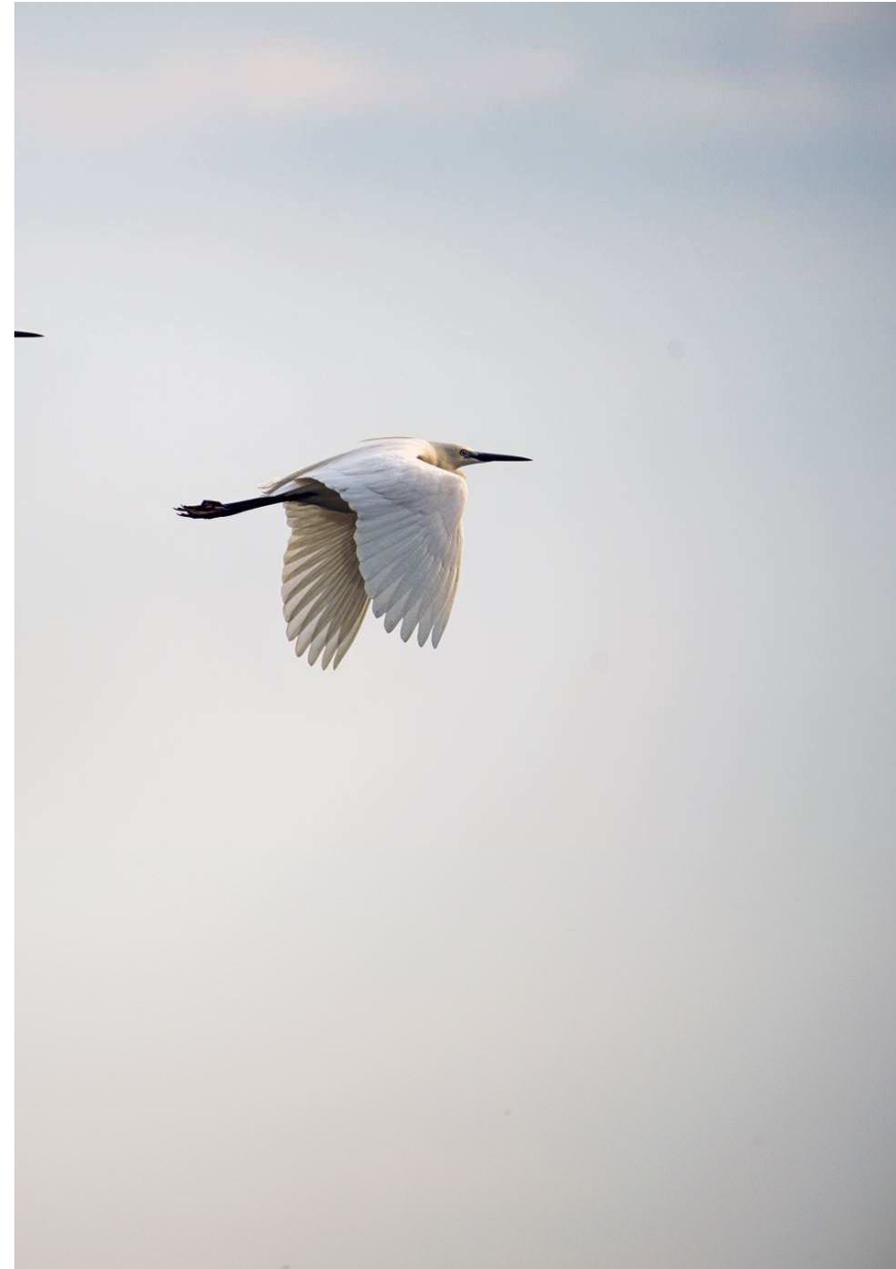
Centralità della persona

Servizi culturalmente competenti

Formazione

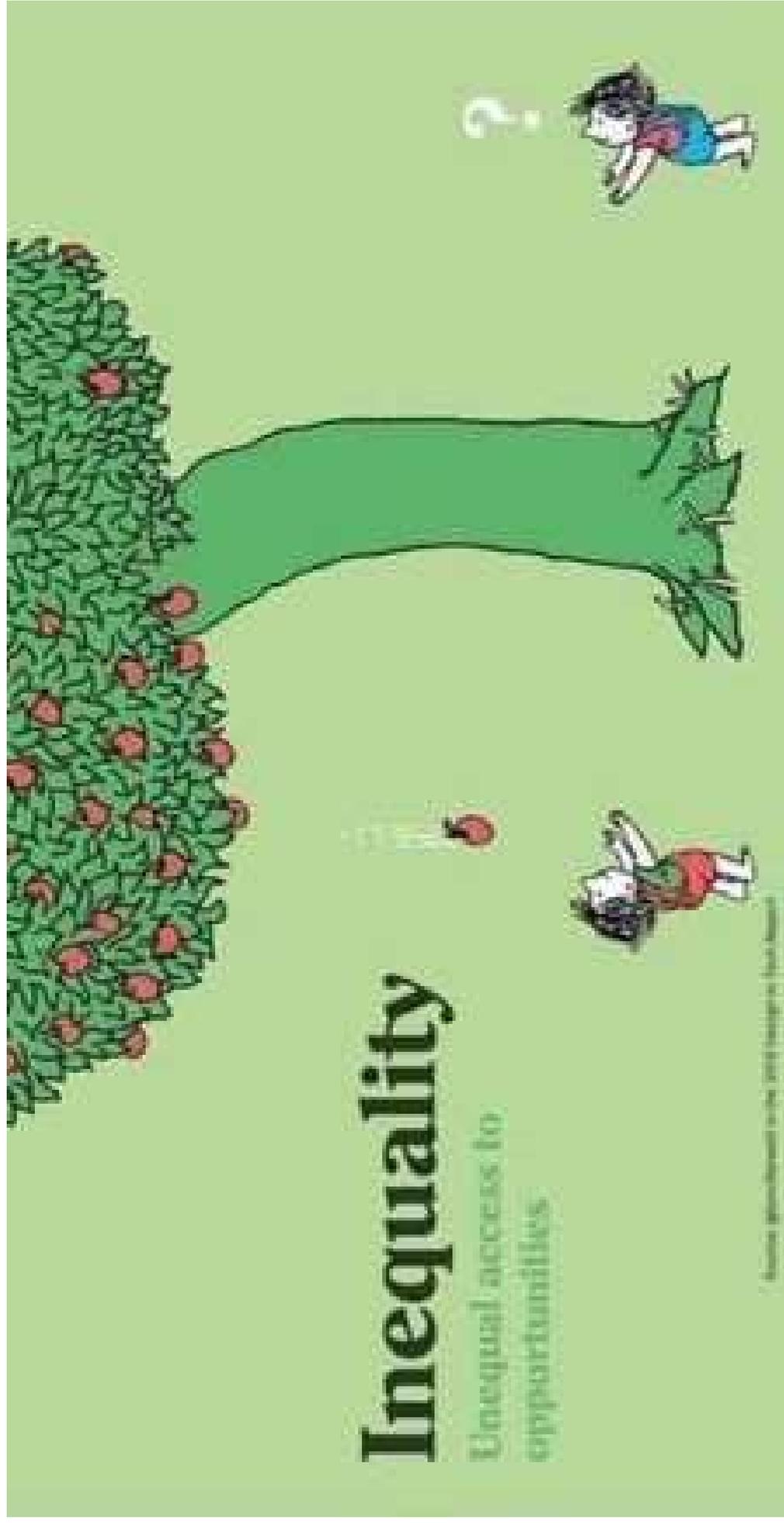
Il futuro:organizzazione di servizi culturalmente competenti

- Servizi dedicati
- Servizi che prevedono professionisti dedicati che fanno parte di una rete (équipe multidisciplinare) e che orientano, supportano, supervisionano le situazioni
- Servizi generalisti



Inequality

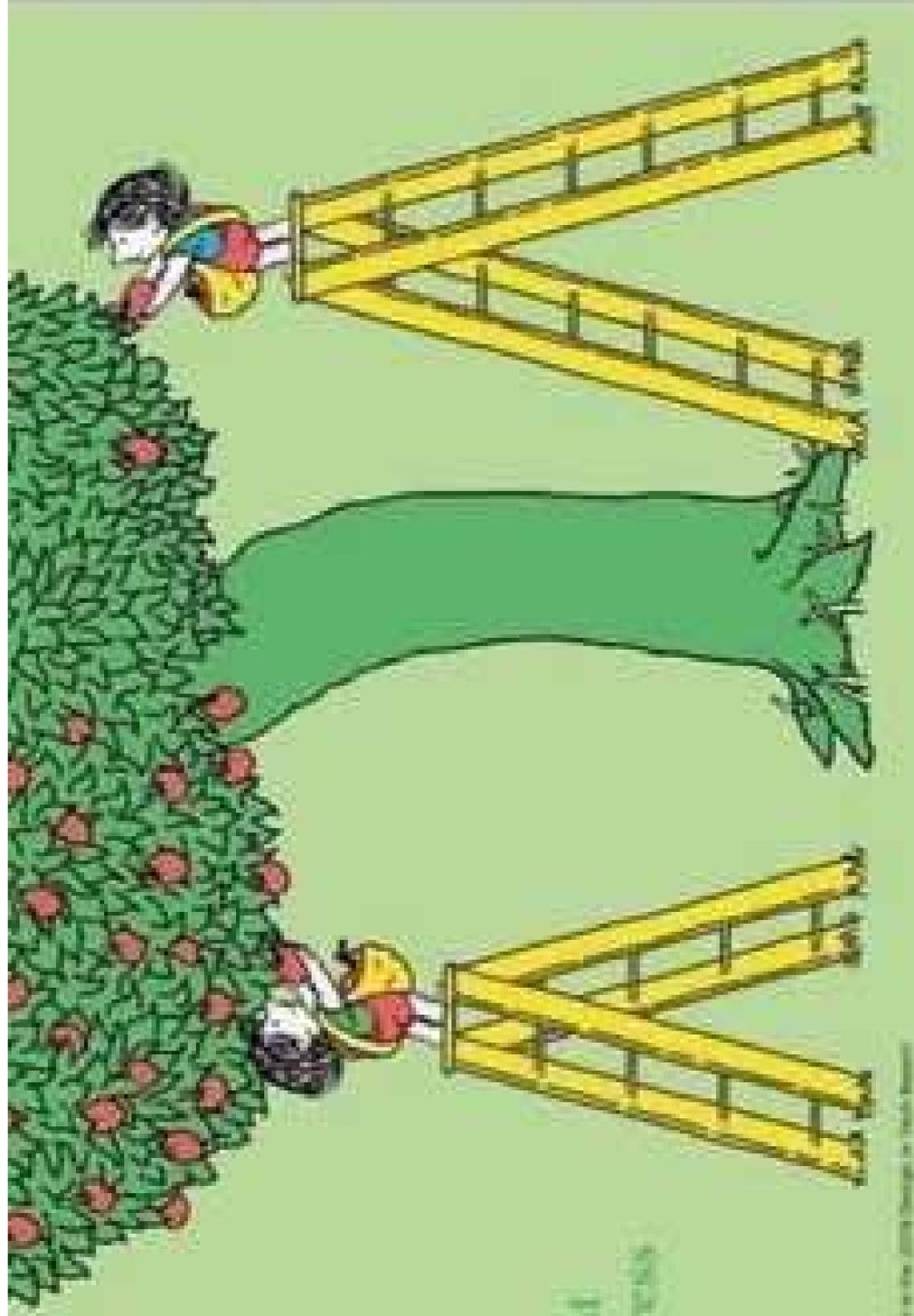
Unequal access to
opportunities



Source: Adapted from the 2011 report by John Rawls

Equity

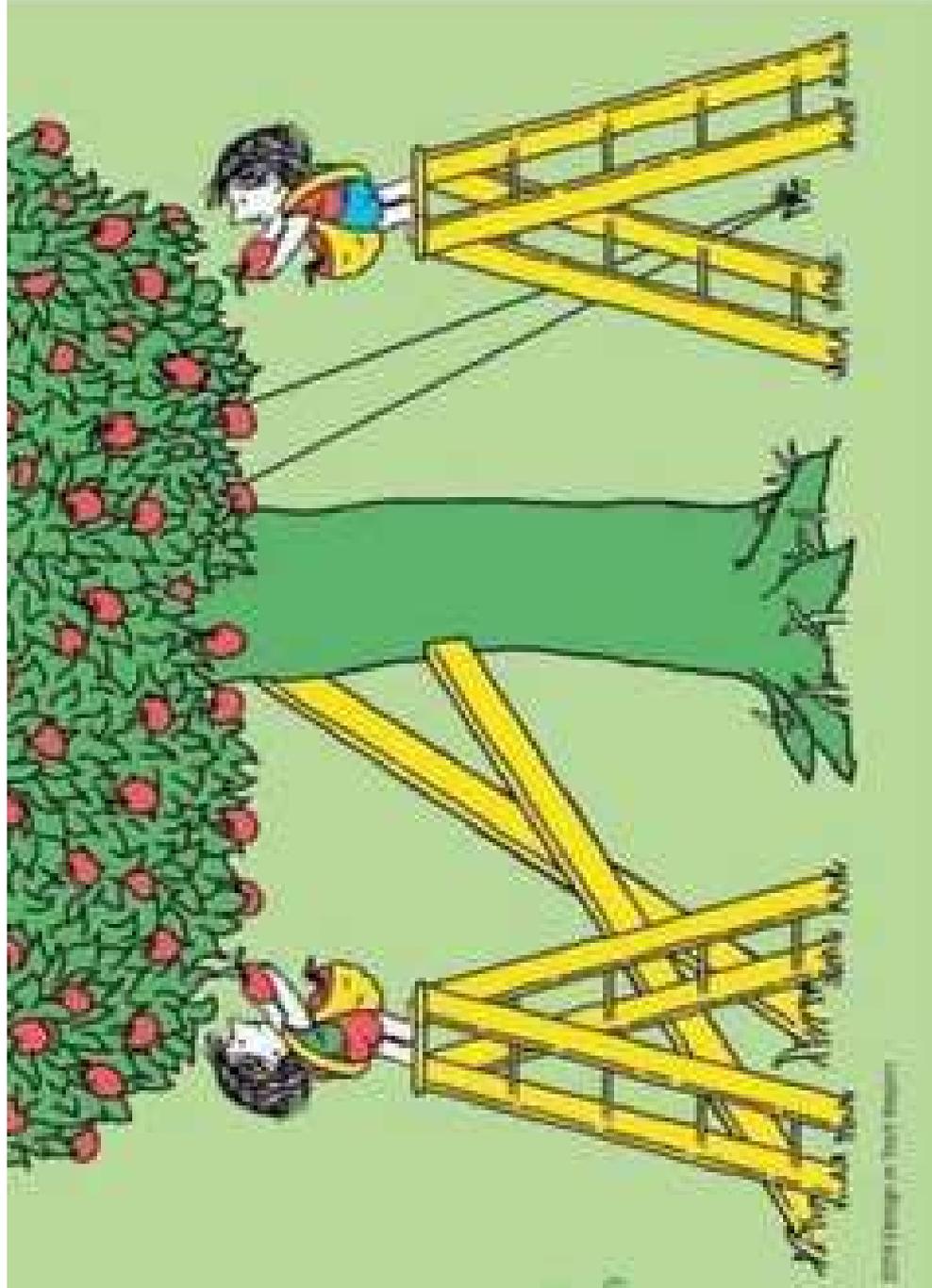
Custom tools that
Identify and address
inequality



Source: Adapted from the 2010 report by the Pew Research Center.

Justice

Fixing the system to
offer equal access to
both tools and
opportunities



Source: <https://www.fox.com/story/2018/08/20/justice-fox-2018-08-20/>

Tahar Ben Jelloun
«Il razzismo spiegato a
mia figlia»

- “Non incontrerai mai due volti assolutamente identici. Non importa la bellezza o la bruttezza: queste cose sono relative. Ciascun volto è il simbolo della vita. E tutta la vita merita rispetto. È trattando gli altri con dignità che si guadagna il rispetto per se stessi”.

