

Il primo contatto con i Servizi di Salute Mentale in una città multietnica: differenze diagnostiche e terapeutiche nella popolazione di Prato

GIULIO D'ANNA¹, SERGIO ZORZETTO², LAURA DEL MATTO², GABRIELE COSTANZO², THORSTEN KALKE², VALDO RICCA¹, GIUSEPPE CARDAMONE²

¹Unità di Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze; ²Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Adulti, Prato.

Riassunto. Scopo. Soprattutto nei contesti urbani, i Servizi di Salute Mentale sono sempre più chiamati ad accogliere un'utenza eterogenea per etnia e cultura. La popolazione migrante presenta caratteristiche peculiari che possono influenzare accesso alle cure, inquadramento diagnostico e fruizione dell'offerta terapeutica. Il presente lavoro si è proposto di confrontare tali differenze tra gli utenti che hanno effettuato una prima visita ambulatoriale presso il Centro di Salute Mentale di Prato nel triennio 2019-2021, indagando eventuali variazioni nel tempo, all'interno della popolazione straniera *in toto* e divisa per continente di origine. **Metodi.** Nella popolazione di interesse sono state rilevate caratteristiche socio-demografiche, tipo di valutazione effettuata e inquadramento diagnostico. Registrate le frequenze relative in campione totale e sottopopolazioni, si è indagata la presenza di eventuali differenze nel tempo e sulla base dell'origine dei migranti. **Risultati.** Su 3992 prime visite, 485 (12,1%) riguardavano stranieri di 60 nazionalità diverse, con un'età media inferiore rispetto all'utenza italiana e una prevalenza di genere variabile secondo il continente di origine. La proporzione di visite erogate ai migranti è aumentata nel triennio dall'11,8% al 14,2%, con prevalente contatto di tipo psichiatrico e minore avvio a percorsi multiprofessionali. Rispetto ai soggetti autoctoni, vi era una maggiore proporzione di disturbi dell'adattamento, psicotici, correlati a sostanze, somatici, conversivi, dissociativi e post-traumatici. **Discussione e conclusioni.** L'accesso dei migranti al Servizio è risultato ampiamente inferiore a quanto atteso rispetto alla popolazione generale. L'aumento relativo della domanda impone una riflessione sulle peculiarità della psicopatologia emergente e sulla difficoltà di accesso a cure basate sulla parola, da cui può derivare la necessità di un adeguamento delle risorse destinate alla gestione dei bisogni specifici di questa popolazione.

Parole chiave. Diagnosi, epidemiologia, etnopsichiatria, etnopsicologia, migranti.

The first access to Mental Health Services in a multi-ethnic city: diagnostic and therapeutic differences in the population of Prato, Italy.

Summary. Aim. In urban contexts, Mental Health Services are increasingly involved in the assessment of users with a heterogeneous ethnic and cultural background. These characteristics of migrants can exert an influence on access to healthcare, diagnostic evaluation, and use of therapeutic resources. The present work aimed to compare these differences among individuals who received their first clinical evaluation at the Mental Health Outpatient Service of Prato in 2019-2021, exploring variations across time, among the entire non-native population, and based on their continent of origin. **Methods.** In the abovementioned clinical population, socio-demographic data, the type of evaluation received, and the primary diagnostic classification were retrieved. Their absolute and relative frequencies were registered, and differences based on the origin of migrants were explored. **Results.** Of 3,992 assessments, 485 (12.1%) involved non-natives from 60 different countries, with a lower mean age as compared to the Italian counterpart, and a heterogeneous gender prevalence based on the continent of origin. The percentage of migrants increased from 11.8% to 14.2% across time, with a higher proportion of psychiatric evaluations and a lower implementation of multi-professional interventions. As compared to native individuals, a higher proportion of adjustment, psychotic, substance-related, somatic, conversive, dissociative, and post-traumatic disorders was observed. **Discussion and conclusions.** The access of migrants to the Public Mental Health outpatient facility proved to be remarkably lower than expected, based on the composition of the general population. Given the proportional increase in the requested evaluations, it is necessary to promote a reflection on the specificity of the emergent psychopathology, and on difficulties in access to psychotherapy: a trans-cultural approach to mental health may require adequate resources for the management of these distinctive needs.

Key words. Epidemiology, migrants, diagnosis, ethno-psychiatry, ethno-psychology.

Introduzione

All'interno di contesti urbanizzati e fortemente multietnici, l'eterogeneità della domanda di salute mentale – intesa sia come richiesta di aiuto, sia come manifestazione psicopatologica – e la relativa assi-

stenza assumono caratteristiche di intrinseca complessità^{1,2}. In diversi ambiti epidemiologici è stato segnalato il rischio di una insufficiente risposta alla sofferenza psichica delle minoranze straniere, essendo queste potenzialmente penalizzate da fattori quali la barriera linguistica^{3,4} e la mancata conoscenza delle modalità di accesso alle risorse terapeutiche⁵.

Il territorio di Prato costituisce un'area a elevata densità abitativa e marcatamente industrializzata, che ha attratto negli anni una consistente migrazione interna e internazionale. Di conseguenza, a oggi, una significativa quota della popolazione presenta eterogenee origini culturali, linguistiche, etniche e nazionali. Tale fenomeno è consolidato da tempo, ma in crescita costante, con una popolazione straniera residente che è passata dall'1,9% del totale nel 1995, all'attuale 22,9%⁶. Le nazionalità attualmente censite sono ben 125, e i Paesi più rappresentati sono Cina (62,5% degli stranieri, 14,3% della popolazione totale), Albania (2% della popolazione totale), Romania (1,7%), Pakistan (1,1%), Marocco (0,7%) e Nigeria (0,4%). Tale quadro impone una riflessione sulle caratteristiche del primo contatto con i Servizi di Salute Mentale: da un lato, la popolazione migrante è mediamente giovane, collocandosi nella fascia d'età sovrapponibile a quella di esordio di numerosi quadri psicopatologici⁷; dall'altro, è esposta a potenziali difficoltà nell'accesso alle cure e nella collocazione diagnostica, dovendo quest'ultima essere adeguata alle caratteristiche sociali, culturali e linguistiche dell'utente per evitare l'erogazione di un'assistenza inappropriata⁸⁻¹⁰.

In generale, i migranti sono spesso sottorappresentati nell'accesso alle cure rispetto a quanto atteso in base alla prevalenza nella popolazione generale¹¹, in parte per la sopraindicata ridotta capacità di accesso ai percorsi assistenziali¹², e in parte per il cosiddetto *healthy migrant effect* (ovvero, il fatto che chi intraprende una migrazione sia più probabilmente in salute) – concetto, quest'ultimo, fortemente messo in discussione per quanto riguarda la salute mentale¹³. Peraltro, è necessario considerare che le risorse di cura psichiatriche e psicologiche possono non essere considerate come pertinenti per la propria situazione di sofferenza da parte dei migranti: o perché quest'ultima è inserita in altri quadri di riferimento (per es., giuridico e magico-religioso), o perché è letta a partire da visioni di malattia e guarigione non in linea con il modello medico¹⁰. Inoltre, nella popolazione non nativa, importanti differenze riguardano la proporzione relativa di numerose diagnosi, con una sovra-rappresentazione dei sintomi psicotici¹⁴, della sfera post-traumatica e di quella somatica-conversiva¹⁵: l'identificazione precoce e la gestione di tali quadri in un setting ambulatoriale può contribuire a evitare accessi in urgenza e ospedalizzazioni¹⁶, fornendo risposte maggiormente pertinenti a questo tipo di utenza⁸⁻¹⁰.

A rendere ancora più complesso il quadro concorre il fatto che i *migrant workers* – largamente maggioritari nella realtà di Prato – possono essere esposti a sfruttamento in una percentuale non trascurabile di casi¹⁷, sperando condizioni lavorative capaci di gravare di per sé sul benessere psicologico della persona^{18,19}.

Infine, la recente pandemia di Coronavirus può aver configurato un elemento di ulteriore difficoltà per l'utenza descritta. Da un lato, infatti, l'intera popolazione ha dovuto fronteggiare *stressors* direttamente o indirettamente legati alle misure di contenimento (per es., perdita del lavoro e delle occasioni di socializzazione, incrementata esposizione a contesti domestici disfunzionali) in una circostanza di minore accessibilità alle cure psicologiche e psichiatriche^{20,21}. Dall'altro, tali criticità potrebbero aver riguardato in particolare categorie come i migranti e il genere femminile²², con fattori di potenziale aggravamento in ragione del contesto altamente urbanizzato²³.

La verifica di queste informazioni nel territorio di competenza di un Servizio di Salute Mentale è un presupposto essenziale per monitorare l'assistenza erogata e pianificare quella futura. Lo scopo del presente studio è stato pertanto quello di condurre un'analisi preliminare sulle caratteristiche socio-demografiche, sulla natura del contatto (visita psicologica e/o psichiatrica, con o senza presa in carico multiprofessionale) e sull'inquadramento diagnostico degli utenti che hanno effettuato una prima valutazione ambulatoriale presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Prato nel triennio 2019-2021, indagando eventuali differenze nei diversi anni – data l'intercorrente pandemia – e negli utenti di origine straniera, sia rispetto alla popolazione italiana sia operando una suddivisione per continente di origine.

Materiali e metodi

Mediante l'applicativo InfoClin, dedicato alla registrazione delle prestazioni sanitarie del CSM di Prato, sono stati estratti i dati relativi alle prime visite psicologiche e psichiatriche effettuate dal personale dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) nel periodo 2019-2021. I nominativi degli utenti sono stati confrontati manualmente per evitare ridondanze, unificando le informazioni dei soggetti che avevano ricevuto una prima visita di ambo i tipi, o che avevano visto l'erogazione di una prima visita benché già noti al Servizio. Il campione finale analizzato risultava pertanto costituito da tutti gli individui che avevano avuto il primo contatto mediante visita psicologica o psichiatrica presso l'UFSMA Prato nel periodo di riferimento. Di questi soggetti sono stati registrati, previa anonimizzazione, i seguenti dati: anno solare di prima valutazione, età, genere, *status* di migrante (definito dal Paese di nascita), tipo di prima valutazione ricevuta (psicologica e/o psichiatrica) ed eventuale presa in carico (definita dall'attivazione di un qualsiasi intervento multidisciplinare all'interno del CSM, incluso l'invio ad altro tipo di valutazione). Infine, è stato registrato l'inquadramento diagnostico effettuato, con riferimento ad alcune categorie di interesse estrapolate dalla International

Classification of Diseases 9 (ICD-9) (il dettaglio dei criteri di raggruppamento diagnostico è mostrato tra il materiale supplementare nella tabella S1)²⁴.

Le variabili categoriali sono state riportate come frequenze assolute e relative. Le variabili continue sono state riportate come media ± deviazione standard. I confronti tra gruppi sono stati effettuati:

- per le variabili categoriali, mediante test del chi-quadro di Pearson (χ^2) o test esatto di Fisher (in caso di matrici aventi almeno una cella con ≤5 casi);
- per le variabili continue, mediante t-test di Student o analisi della varianza (ANOVA) con test *post-hoc* secondo Bonferroni per i confronti multipli.

Sono state investigate le differenze nelle variabili menzionate, confrontando tra loro:

- soggetti italiani e migranti;
- soggetti nati nei diversi continenti (identificati attraverso il Paese di nascita).

In merito al tipo di valutazione ricevuta, il confronto è stato effettuato sia per i singoli tipi di valutazione sia per le diverse combinazioni (visita psicologica, psichiatrica, o entrambe). Quando presente, la categoria residuale "Altro" non è stata presa in considerazione nei confronti tra gruppi. Tutte le analisi sono state condotte mediante lo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versione 25.0²⁵. L'ipotesi nulla è stata rifiutata per $\alpha < 0,05$.

Risultati

CAMPIONE TOTALE

Le prime visite erogate sono state 1617 nel 2019, 1443 nel 2020, 1675 nel 2021. Dopo verifica manuale dell'archivio, gli utenti entrati per la prima volta in contatto con il Servizio nel triennio sono risultati essere 3992 (1437 nel 2019, 1203 nel 2020, 1352 nel 2021): 2397 donne (60%) e 1595 uomini (40%), con età media di 47,82±18,16 anni.

I Paesi di nascita erano 60, per un totale di 485 utenti nati all'estero (12,1% del campione). Dopo l'Italia (3508; 87,9%), i Paesi esteri maggiormente rappresentati erano Albania (87; 2,2%), Cina (72; 1,8%), Romania (61; 1,5%), Nigeria (45; 1,1%), Marocco (42; 1,1%), Pakistan (23; 0,6%). I continenti di origine del campione erano, in ordine decrescente di frequenza, Europa (3607; 90,4%), Africa (224; 5,6%), Asia (127; 3,2%), America (34; 0,9%).

Tabella 1. Inquadramenti diagnostici nel campione totale (n=3992).

Diagnosi	n (%)
Disturbi dell'adattamento	1130 (28,3%)
Disturbi d'ansia	650 (16,3%)
Disturbi depressivi	707 (17,7%)
Disturbo dello spettro bipolare	243 (6,1%)
Disturbi psicotici	232 (5,8%)
Disturbi correlati a sostanze	108 (2,7%)
Disturbi alimentari	38 (1,0%)
Disturbi di personalità	180 (4,5%)
Disturbi somatici, da conversione e dissociativi	73 (1,8%)
Disturbi post-traumatici	36 (0,9%)
Altro	595 (14,9%)

Nel periodo di interesse, le prime visite psicologiche sono state 1806 (45,2% degli utenti), quelle psichiatriche 2721 (68,2% degli utenti). Più in dettaglio, 1271 utenti (31,8%) hanno ricevuto solo una prima visita psicologica, 2185 (54,7%) solo una prima visita psichiatrica, 536 (13,4%) entrambe le valutazioni. Per 866 utenti (21,7%) è stato attivato *ab initio* un percorso multiprofessionale.

Gli inquadramenti diagnostici proposti in prima visita sono presentati nella tabella 1.

SVILUPPO DIACRONICO

I confronti per anno di valutazione non hanno evidenziato differenze in genere ($\chi^2=2,68$, $p=0,262$) e continente di origine ($\chi^2=10,97$, $p=0,089$) dell'utenza. Di contro, è aumentata la proporzione relativa di primi contatti da parte di utenti stranieri (tabella 2), e l'età di primo contatto è diminuita significativamente (49,82±17,68 nel 2019; 47,42±17,77 nel 2020; 46,05±18,79 nel 2021; $F=15,58$, $p<0,001$, *post-hoc* non significativo nel confronto 2020-2021).

Nel campione totale, i confronti per anno di valutazione non hanno mostrato differenze nella frequenza diagnostica di disturbi dell'adattamento ($\chi^2=0,58$, $p=0,748$), d'ansia ($\chi^2=2,60$, $p=0,273$), depressivi ($\chi^2=3,36$, $p=0,186$), dello spettro bipolare ($\chi^2=1,83$, $p=0,400$), correlati a sostanze ($\chi^2=2,21$,

Tabella 2. Evoluzione della proporzione di prime valutazioni erogate a migranti.

Anno (n)	Migranti	Italiani	χ^2	p
2019 (n=1437)	170 (11,8%)	1267 (88,2%)	9,65	0,008
2020 (n=1203)	123 (10,2%)	1080 (89,8%)		
2021 (n=1352)	192 (14,2%)	1160 (85,8%)		

p=0,331), di personalità ($\chi^2=2,20$, p=0,332), da sintomi somatici o convertivi o dissociativi ($\chi^2=0,07$, p=0,965) e post-traumatici ($\chi^2=2,42$, p=0,298). Sono invece variate le frequenze relative di disturbi psicotici ($\chi^2=7,80$, p=0,020) e dell'alimentazione ($\chi^2=8,34$, p=0,015) - entrambe soggette a diminuzione relativa nel confronto 2019-2020, seguita da un nuovo aumento che per i disturbi alimentari ha superato nel 2021 il valore del 2019 (0,8% delle diagnosi nel 2019, 0,5% nel 2020, 1,6% nel 2021).

POPOLAZIONE MIGRANTE

Valutando separatamente le caratteristiche della popolazione italiana e straniera (tabella 3) emergevano differenze significative riguardo all'età (minore tra i migranti) e le caratteristiche del primo contatto (minore accesso alle prime visite psicologiche a vantaggio delle psichiatriche tra i migranti). La proporzione di doppia valutazione (psicologica e psichiatrica) era simile nei due gruppi, ma la presa in carico multiprofessionale era meno frequente tra i migranti. Lo stesso confronto è stato effettuato per le diagnosi di interesse, mostrando che tra i migran-

ti vi era una maggiore proporzione di disturbi dell'adattamento, psicotici, correlati a sostanze, dello spettro somatico-convertivo e post-traumatico. Di contro, tra gli Italiani emergeva una maggiore frequenza relativa di disturbi depressivi e dello spettro bipolare, nonché di disturbi di personalità.

CONFRONTI PER CONTINENTE DI ORIGINE

Il confronto tra soggetti di origine europea, africana, asiatica e americana è riportato nella tabella 4: questa mostra una differenza significativa in termini di età, più elevata nei soggetti europei. Riguardo al genere, la complessiva maggiore frequenza di contatto nel genere femminile era accentuata negli individui di origine europea e americana, invertendosi solo nei soggetti di origine africana. Riguardo al tipo di contatto, la principale differenza riguardava la minore frequenza di prima valutazione psicologica tra gli Asiatici. Per concludere, il confronto delle diagnosi confermava un andamento marcatamente diverso per numerosi sottogruppi: in particolare, le reazioni di adattamento e i disturbi correlati a sostanze erano maggiormente rappresentati tra i

Tabella 3. Differenze tra popolazione migrante e italiana.

	Migranti (n=485)	Italiani (n=3507)	χ^2 o t
Età	38,04±12,97	49,17±18,36	-16,72***
Genere femminile	280 (57,7%)	2,117 (60,4%)	1,23
Valutazione			
Visita psicologica	196 (40,4%)	1,610 (45,9%)	5,20*
Visita psichiatrica	353 (72,8%)	2,368 (67,5%)	5,44*
Doppia valutazione	64 (13,2%)	472 (13,5%)	0,03
Doppia valutazione	"	"	6,10*
Sola visita psicologica	132 (27,2%)	1,139 (32,5%)	
Sola visita psichiatrica	289 (59,6%)	1,896 (54,1%)	
Presa in carico	86 (17,7%)	780 (22,2%)	5,10*
Diagnosi			
Disturbi dell'adattamento	157 (32,4%)	972 (27,7%)	4,55*
Disturbi d'ansia	71 (14,6%)	579 (16,5%)	1,09
Disturbi depressivi	63 (13,0%)	644 (18,4%)	8,44**
Disturbi dello spettro bipolare	18 (3,7%)	225 (6,4%)	5,45*
Disturbi psicotici	46 (9,5%)	186 (5,3%)	13,61***
Disturbi correlati a sostanze	21 (4,3%)	87 (2,5%)	5,54*
Disturbi alimentari	5 (1,0%)	33 (0,9%)	0,04
Disturbi di personalità	13 (2,7%)	167 (4,8%)	4,29*
Disturbi somatici, da conversione e dissociativi	17 (3,5%)	56 (1,6%)	8,64**
Disturbi post-traumatici	23 (4,7%)	13 (0,4%)	91,11***
Altro	1 (0,2%)	545 (15,5%)	nd

Legenda: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001.

soggetti africani (dove di contro era relativamente minore l'inquadramento nei disturbi dell'umore); i disturbi depressivi erano maggiormente rappresentati nella popolazione europea; i disturbi psicotici e post-traumatici erano maggiormente rappresentati nei soggetti africani e asiatici; quelli da sintomi somatici o di conversione tra gli utenti asiatici. Lo stesso tipo di differenze emergeva dividendo ulteriormente la popolazione europea tra Italia e resto d'Europa (vedi materiali supplementari, tabella S2).

Discussione

Il presente studio aveva lo scopo di esplorare le caratteristiche socio-demografiche di base della popolazione migrante che ha fatto accesso per la prima volta agli ambulatori dell'UFSMA Prato nel periodo 2019-2021, e di evidenziare eventuali asimmetrie nel tipo di valutazione effettuato e nel primo inquadramento diagnostico proposto. In generale, i dati hanno mostrato una sostanziale stabilità nel tempo delle prime valutazioni erogate alla popolazione generale, con una modica riduzione nel

periodo pandemico: questo sembra indicare una buona capacità di tenuta del Servizio, laddove sin dall'inizio delle restrizioni le popolazioni migranti sono state ritenute ad alto rischio di marginalizzazione nell'accesso alle cure^{26,27}, così come l'utenza psichiatrica rispetto alla popolazione generale²⁶.

Le uniche differenze nel tempo sono state una riduzione progressiva dell'età, e un incremento relativo delle visite erogate a migranti – compatibile con l'evoluzione demografica di Prato⁶ – e delle diagnosi di disturbo alimentare²⁸. La relativa e transitoria contrazione dei casi di psicosi in corso di pandemia è già stata descritta²², ed è probabilmente attribuibile alla ridotta stimolazione ambientale.

L'età di accesso alle prime visite corrisponde sostanzialmente all'età media della popolazione generale, sia per i migranti sia per gli autoctoni⁶, confermando l'idea che i servizi ambulatoriali possono esercitare un ruolo lungo l'intera traiettoria di vita dell'utente, e non solo all'esordio dei quadri maggiori – così da intercettare sia i *common mental disorders* che i disturbi psicopatologici gravi.

All'atto del censimento chiuso a dicembre 2021,

Tabella 4. Differenze tra soggetti originari di diversi continenti.

	Europa (n=3607)	Africa (n=224)	Asia (n=127)	America (n=34)	χ^2 o Fisher
Età	48,98±18,27	37,12±12,21 [†]	35,70±13,34 [‡]	40,50±13,31 [‡]	53,57***
Genere femminile	2195 (60,9%)	108 (48,2%)	67 (52,8%)	27 (79,4%)	22,18***
Valutazione					
Visita psicologica	1649 (45,7%)	101 (45,1%)	42 (33,1%)	14 (41,2%)	8,15*
Visita psichiatrica	2445 (67,8%)	154 (68,8%)	98 (77,2%)	24 (70,6%)	5,11
Doppia valutazione	488 (13,5%)	31 (13,8%)	13 (10,2%)	4 (11,8%)	1,09
Doppia valutazione	"	"	"	"	8,07
Sola visita psicologica	1162 (32,2%)	70 (31,3%)	29 (22,8%)	10 (29,4%)	
Sola visita psichiatrica	1957 (54,3%)	123 (54,9%)	85 (66,9%)	20 (58,8%)	
Presa in carico	799 (22,2%)	44 (19,6%)	16 (12,6%)	7 (20,6%)	7,21
Diagnosi					
Disturbi dell'adattamento	1002 (27,8%)	85 (37,9%)	31 (24,4%)	11 (32,4%)	11,98**
Disturbi d'ansia	593 (16,4%)	37 (16,5%)	14 (11,0%)	6 (17,6%)	2,70
Disturbi depressivi	664 (18,4%)	24 (10,7%)	15 (11,8%)	4 (11,8%)	12,97**
Disturbo dello spettro bipolare	229 (6,3%)	4 (1,8%)	8 (6,3%)	2 (5,9%)	9,34*
Disturbi psicotici	193 (5,4%)	18 (8,0%)	20 (15,7%)	1 (2,9%)	20,53***
Disturbi correlati a sostanze	91 (2,5%)	13 (5,8%)	3 (2,4%)	1 (2,9%)	7,56*
Disturbi alimentari	35 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1 (2,9%)	4,94
Disturbi di personalità	171 (4,7%)	4 (1,8%)	3 (2,4%)	2 (5,9%)	6,13
Disturbi somatici, da conversione e dissociativi	59 (1,6%)	3 (1,3%)	10 (7,9%)	1 (2,9%)	17,30***
Disturbi traumatici	15 (0,4%)	16 (7,1%)	5 (3,9%)	0 (0,0%)	60,93***
Altro	555 (15,4%)	20 (8,9%)	16 (12,6%)	5 (14,7%)	nd

Legenda: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001. Analisi *post-hoc*: [†] = diverso da Europa (p<0,05); [‡] = diverso da Europa (p<0,001).

la popolazione del Comune di Prato – principale bacino di utenza del Servizio – constava di 194.312 abitanti, di cui il 51,3% donne e il 48,7% uomini⁶. Pertanto, il presente studio mostra una prevalenza del genere femminile superiore all'atteso, con frequenza diversa a seconda del luogo di origine. Questo è spiegabile con una ridotta richiesta di aiuto nel genere maschile, presente tra i migranti in particolare^{3,29}, ma può sottendere anche una maggiore esposizione della popolazione femminile a fattori stressanti di varia natura²².

Ancora, l'accesso della popolazione straniera rilevato (12,1%) è marcatamente inferiore all'atteso: il 22,9% dei cittadini pratesi è costituito da migranti, e la proporzione si riduce a 20,7% se si considerano i soli soggetti maggiorenni (potenzialmente destinatari dei servizi dell'UFSMA). Questo dato è in linea con il frequente riscontro di una ridotta fruizione delle cure specialistiche ambulatoriali da parte dei migranti, con il rischio opposto di un maggior uso – appropriato o meno – dei servizi di urgenza e a ridotta specializzazione³⁰. Benché la popolazione valutata fosse composta principalmente dalle nazionalità attese sulla base del censimento, solo la metà di queste ultime era presente nell'elenco dei primi contatti, confermando una eterogeneità esplicita ma suggerendone una ulteriore e potenzialmente non rilevata e non supportata da cure psicologiche o psichiatriche. In questo senso, colpisce come la popolazione cinese afferisca al Servizio in una proporzione atipicamente bassa, rappresentando l'1,8% dei nuovi utenti del triennio a fronte del fatto di costituire il 14,3% della popolazione locale. Con la stessa modalità di confronto diviene invece chiaro che alcuni gruppi, come Nigeriani e Pakistani, hanno un numero di prestazioni superiori all'atteso: l'eterogeneità di tale quadro non sembra pertanto banalmente riconducibile all'*healthy migrant effect*¹³, evocando la possibilità che ci siano elementi specifici che possono giustificare l'accesso eterogeneo di queste popolazioni. In effetti, si è assistito a una crescente diffusione dell'*exhausted migrant effect* alla luce dell'aumentare delle migrazioni forzate che risultano spesso stressanti e traumatiche³¹.

In questo complesso contesto, appare chiaro che le minoranze etniche sono potenzialmente gravate da una barriera linguistica e da una minore capacità di accedere alle risorse dei Servizi di Salute Mentale – e in particolare a interventi primariamente basati sulla parola come quelli psicologici³, come rilevato nel presente studio. Ciò è significativo se si considera che la mancata conoscenza della lingua – soprattutto nei soggetti africani non francofoni e negli individui asiatici, in cui può divenire totale – può avere, agendo da barriera alla ricezione di interventi socio-sanitari, un vero e proprio effetto patoplastico⁴. D'altra parte, nel campione analizzato, in nessun caso è emersa una differenza significativa

nella frequenza di valutazione congiunta mediante doppio invio o auto-invio all'interno del Servizio, benché le prese in carico multiprofessionali fossero meno presenti tra i migranti. Questi elementi suggeriscono un'accuratezza nel reindirizzamento della domanda di salute attraverso le diverse competenze, pur sottendendo una difficoltà dei soggetti coinvolti nell'aderire a programmi complessi e integrati, ma la precisa natura di questa asimmetria deve essere approfondita mediante studi mirati. Qui ci limitiamo a ricordare che le diverse condotte di richiesta di aiuto possono influenzare la probabilità e l'esito dell'accesso ai Servizi³²: tra queste figurano modalità alternative come la condivisione della sofferenza preferenzialmente all'interno del nucleo familiare (spesso ma non necessariamente lontano dall'utente) e il ricorso alle rispettive medicine cosiddette tradizionali. Peraltro, l'accessibilità di queste ultime risorse di cura nel contesto di migrazione è altamente variabile anche in funzione della loro "trasportabilità", del livello di organizzazione delle comunità migranti e della loro maggiore o minore tendenza al mantenimento della continuità culturale¹⁰. Inoltre, anche il panorama giuridico e sanitario dei singoli Paesi può influenzare la capacità di fruizione dell'accesso alle cure⁵: in questo senso, la realtà di Prato ha certamente beneficiato del Progetto SPRINT (Sistema di protezione interdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati) promosso dalla Regione Toscana e finanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione³³.

Riguardo alle diagnosi proposte, il frequente riscontro di reazioni di adattamento non deve essere banalizzato, rispecchiando piuttosto la diffusa presenza di *stressors* identificabili a cui si possono associare esiti negativi e impattanti come la suicidarietà³⁴, nota per essere potenzialmente sovra-rappresentata tra i migranti³⁵. Sulla stessa linea, benché gli studi disponibili forniscano risultati molto eterogenei in tal senso^{36,37}, una potenziale maggiore presenza di sintomi depressivi nei non nativi può associarsi proprio a un *health locus of control* esterno³⁸ – ovvero, all'attribuzione del proprio stato di salute a fattori esogeni. Pertanto, la generica diagnosi di disturbo dell'adattamento potrebbe essere letta come una reazione psicopatologica a una serie di difficoltà esperite e identificabili, senza essere derubricata a quadro minore rispetto ai disturbi dell'umore "endogeni" più frequentemente diagnosticati nel sotto-campione italiano: per esempio, le condizioni lavorative di scarsa tutela tristemente presenti in alcune realtà del territorio¹⁷ potrebbero, come visto in altri studi epidemiologici internazionali^{18,19}, spiegare la maggiore presenza di reazioni di adattamento, depressive e psicotiche – queste ultime soprattutto in forma di *bouffées deliranti*³⁹.

Riguardo ai sintomi psicotici e maniformi, questi sono noti per essere maggiormente frequenti in al-

cune popolazioni non occidentali, prevalentemente in forma di *psychotic-like experiences* autolimitanti⁴⁰, e questo può spiegare il significativo riscontro di prime diagnosi che non necessariamente configurano successivi quadri psicotici cronici. A questo proposito, si conferma la necessità di approcci longitudinali e dimensionali-idiografici, orientati all'individuo, più che di una categorizzazione trasversale dei sintomi^{14,41}, sopportando la confusione e l'incertezza indotti nei clinici dalla fenomenologia polimorfo-dinamica delle manifestazioni psicopatologiche⁴². In altre parole, i sintomi, psicotici e non, possono essere estremamente variabili, rischiando di confluire e perdersi nel calderone dei disturbi "non specificati", soprattutto nei contesti di inquadramento in urgenza^{43,44}, ma meritano invariabilmente un successivo approfondimento: il clinico dovrebbe pertanto mostrare un atteggiamento di vigile attesa dettata dalle fisiologiche difficoltà di inquadramento – le stesse che probabilmente portano a formulare con minore frequenza una diagnosi di disturbo di personalità nei migranti⁴⁵.

Riguardo all'uso di sostanze, confermatosi più frequentemente associato allo *status* di migrante⁴⁶, esso può ingenerare talvolta i quadri psicotici e maniformi sopra descritti, ma anche essere espressione di fattori culturali e micro-sociali⁴⁷, nonché rappresentare una conseguenza della marginalizzazione socio-economica. La presenza di un Servizio per le Dipendenze, funzionalmente separato dall'UFSMA e a cui afferisce la maggior parte degli utenti portatori di questa forma di sofferenza, impedisce di avere una panoramica più completa con i dati a disposizione.

Il presente studio ha poi confermato un dato largamente presente in letteratura, ovvero la presenza di una frequente storia di trauma nei soggetti migranti da alcune particolari realtà geografiche⁴⁸: questo riguarda sia eventi traumatici durante la migrazione, sia la percezione della migrazione come evento dirompente per la psiche dell'individuo. Non a caso, la psichiatria transculturale prevede interventi che tengano conto dello sradicamento – cosiddetto *cultural bereavement* – e del suo rapporto con identità e congruità culturale dei migranti⁸. Riguardo al campionamento corrispondente alla pandemia, è possibile ipotizzare in aggiunta che tale riscontro anamnestico – non necessariamente colto dalla diagnosi principale – abbia mediato l'aumento generale della domanda di salute mentale dei migranti nell'ultimo biennio, poiché un recente studio ha evidenziato un maggiore distress legato al lockdown tra coloro che avevano una storia traumatica preesistente²². Nel caso dei migranti, tale osservazione appare forse maggiormente esplicativa rispetto alla controversa ipotesi di una pandemia "traumatogena" di per sé⁴⁹.

Infine, è opportuno ricordare i disturbi da sin-

tomi somatici, conversivi e dissociativi – anch'essi caratterizzati da una distribuzione analoga ai precedenti, con cui spesso si embricano¹⁵ – sono in numerose culture extra-europee una via preferenziale e talvolta socialmente più accettabile di espressione della sofferenza psichica, ed è possibile che la maggiore presenza di sintomi esternalizzanti (documentata già in adolescenza nelle minoranze etniche di alcune realtà europee)⁵⁰ possa spiegare il maggiore riscontro di sintomi produttivi o somatici rispetto alla popolazione nativa. Anche questo dato merita un approfondimento attraverso studi mirati.

In chiusura, devono essere sottolineati alcuni limiti del presente studio. In primo luogo, l'uso della nazione di nascita come *proxy* della condizione di migrante e di una diversa origine etnica costituisce una semplificazione dei fenomeni sociali e culturali associati. D'altra parte, la città di Prato ha numerosi migranti di prima generazione⁶, ed è stato evidenziato negli adolescenti che, ai fini dell'adattamento psicosociale, l'ipotesi dell'etnia sembra essere meno esplicativa dell'ipotesi della migrazione⁵¹: in altre parole, la scelta di identificare i soggetti per Paese di nascita sembra più utile che fare riferimento all'etnia, qualora lo scopo dell'indagine sia valutare la domanda di salute della popolazione.

In secondo luogo, poiché la presenza di comorbidità psichiatriche nei contesti urbani multietnici è frequente², la scelta di fare riferimento a una singola diagnosi di riferimento costituisce una indubbia semplificazione del dato clinico rispetto a frequenti quadri di psicopatologia complessa.

Infine, il ricorso alla categorizzazione dei dati in macro-gruppi e la natura retrospettiva dello studio – ancorché su un campione di grandi dimensioni – rendono necessario sottolineare ulteriormente il fine esplorativo del presente lavoro. Saranno necessari studi mirati per descrivere con maggiore accuratezza un quadro epidemiologico che tuttavia sembra rispecchiare fedelmente numerosi riscontri della pratica clinica e l'evoluzione del tessuto sociale di una delle maggiori città industriali d'Italia.

Conclusioni

L'inequivocabile tendenza epidemiologica, insieme alla crescente e specifica domanda di salute associata, rende urgente formare un personale culturalmente e tecnicamente preparato ad accogliere i complessi bisogni emergenti della popolazione. In altre parole, discipline e prospettive operative come la psichiatria transculturale, l'etnopsichiatria e l'etnopsicologia dovranno necessariamente raggiungere un livello di implementazione analogo a quello di altre realtà a elevato tasso di immigrazione⁵², anche fruendo di una ricerca che a oggi consta principalmente di studi retrospettivi. Tale sfida non deve es-

sere ignorata, poiché disuguaglianze a svantaggio di popolazioni di estrazione etnica o culturale minoritaria sono già emerse in numerose realtà metropolitane^{12,53}. Nel frattempo, dovrà proseguire l'opera di facilitazione dell'accesso degli utenti stranieri ai Servizi pubblici di salute mentale, sia attraverso informazioni sulla natura e sulla fruibilità delle risorse disponibili, sia in termini di possibilità di ricorrere a mediatori linguistico-culturali che facilitino la richiesta di aiuto e l'erogazione di risposte pertinenti.

Conflitto di interessi: Valdo Ricca dichiara occasionali partecipazioni a congressi sponsorizzati (Lundbeck, Angelini, Otsuka, Janssen); Giuseppe Cardamone dichiara occasionali partecipazioni a congressi sponsorizzati (Janssen); gli altri autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- Patel K, Kouvonen A, Close C, Väänänen A, O'Reilly D, Donnelly M. What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Syst Rev* 2017; 6: 78.
- Tan XW, Chong SA, Abdin E, et al. Comorbidities with mental illnesses in a multiethnic urban population. *Asian J Psychiatr* 2020; 51: 102018.
- Garcia ME, Hinton L, Gregorich SE, Livaudais-Toman J, Kaplan C, Karliner L. Unmet mental health need among Chinese and Latino primary care patients: intersection of ethnicity, gender, and English proficiency. *J Gen Intern Med* 2020; 35: 1245-51.
- Montemitro C, D'Andrea G, Cesa F, et al. Language proficiency and mental disorders among migrants: a systematic review. *Eur Psychiatry* 2021; 64: e49.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry* 2008; 23(S1): 14-20.
- Ufficio Statistica del Comune di Prato. Censimento 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/3LT7hfS> [ultimo accesso 27 maggio 2022].
- Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 10.
- Bhugra D, Gupta S, Bhui K, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10: 2-10.
- Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C. Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale. Milano: Edizioni Colibri, 2020.
- Inglese S, Cardamone G. Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica. Milano: Edizioni Colibri, 2010.
- Castaneda AE, Çilenti K, Rask S, et al. Migrants are underrepresented in mental health and rehabilitation services-survey and register-based findings of Russian, Somali, and Kurdish origin adults in Finland. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 6223.
- Cristofalo D, Bonetto C, Ballarin M, et al. Access to and use of psychiatric services by migrants resettled in Northern Italy. *J Immigr Minor Heal* 2018; 20: 1309-16.
- Elshahat S, Moffat T, Newbold KB. Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: a systematic critical review. *J Immigr Minor Heal* 2021; 1-16.
- Dykxhoorn J, Kirkbride JB. Psychoses sans Frontières: towards an interdisciplinary understanding of psychosis risk amongst migrants and their descendants. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 28: 146-52.
- Lolk M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 447.
- Rodrigues R, MacDougall AG, Zou G, et al. Risk of involuntary admission among first-generation ethnic minority groups with early psychosis: a retrospective cohort study using health administrative data. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e59.
- Cagioni A, Coccoloni G. Grave sfruttamento lavorativo e caporalato: una ricerca su Prato. Disponibile su: <https://bit.ly/3a0qcbj> [ultimo accesso 27 maggio 2022].
- Nieuwenhuijsen K, Schene AH, Stronks K, Snijder MB, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Do unfavourable working conditions explain mental health inequalities between ethnic groups? Cross-sectional data of the HELIUS study. *BMC Public Health* 2015; 15: 805.
- Ren F, Yu X, Dang W, et al. Depressive symptoms in Chinese assembly-line migrant workers: a case study in the shoe-making industry. *Asia-Pacific Psychiatry Off J Pacific Rim Coll Psychiatr* 2019; 11: e12332.
- Carpiniello B, Tusconi M, Zanaldi E, et al. Psychiatry during the Covid-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 593.
- Saponaro A, Ferri M, Ventura C, et al. Monitoraggio impatto della pandemia COVID-19 sui Servizi di salute Mentale e Dipendenze Patologiche. *Sestante* 2020; 10: 13-9.
- Moran JK, Bretz J, Winkler J, Gutwinski S, Brandl EJ, Schouler-Ocak M. The differential impact of lockdown measures upon migrant and female psychiatric patients - A cross-sectional survey in a Psychiatric Hospital in Berlin, Germany. *Front Psychiatry* 2021; 12: 642784.
- Menculini G, Bernardini F, Attademo L, et al. The influence of the urban environment on mental health during the COVID-19 pandemic: focus on air pollution and migration - a narrative review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 3920.
- ICD-9-CM: International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification. Salt Lake City: Medicode, 1996.
- IBM Corp. SPSS Statistics for Windows Version 25.0. Armonk (NY): IBM Corp 2017.
- Gautam M, Thakrar A, Akinyemi E, Mahr G. Current and future challenges in the delivery of mental healthcare during COVID-19. *SN Compr Clin Med* 2020; 2: 865-70.
- Pinzón-Espinosa J, Valdés-Florido MJ, Riboldi I, Baysak E, Vieta E. The COVID-19 pandemic and mental health of refugees, asylum seekers, and migrants. *J Affect Disord* 2021; 280: 407-8.
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 340-5.
- Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015; 45: 11-27.
- Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 312-6.
- Zorzetto S. Clinica in regime di frontiera. Il sistema di accoglienza e i problemi di salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2020; 20.
- Rüdel K, Bhui K, Priebe S. Do "alternative" help-seeking strategies affect primary care service use? A survey of help-seeking for mental distress. *BMC Public Health* 2008; 8: 207.

33. Zorzetto S. Richiedenti asilo e rifugiati fra clinica e territorio. Il Progetto SPRINT – Sistema di protezione interdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati. Milano: Edizioni Colibrì, 2019.
34. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. “The dual pandemic” of suicide and COVID-19: a biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res* 2021; 295: 113577.
35. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, et al. Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: a literature overview. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 1438.
36. Tarricone I, Stivanello E, Poggi F, et al. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2012; 195: 91-106.
37. Sieberer M, Maksimovic S, Ersöz B, Machleidt W, Ziegenbein M, Calliess IT. Depressive symptoms in first-and second-generation migrants: a cross-sectional study of a multi-ethnic working population. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58: 605-13.
38. van Dijk TK, Dijkshoorn H, van Dijk A, Cremer S, Agyemang C. Multidimensional health locus of control and depressive symptoms in the multi-ethnic population of the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 1931-9.
39. Ballerini A, D’Anna G. Psicopatologia sociale. In: Fiorillo A, De Giorgi S, Brugnoli R (eds). *La psichiatria sociale in Italia: evidenze ed esperienze*. Pisa: Pacini Editore Medicina, 2020.
40. Tortelli A, Nakamura A, Suprani F, et al. Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. *B J Psych Open* 2018; 4: 510-8.
41. Braca M, Berardi D, Mencacci E, et al. Understanding psychopathology in migrants: a mixed categorical-dimensional approach. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60: 243-53.
42. De Almeida Z. Les perturbation mentales chez le migrants. *L’Information psychiatrique* 1975; 51: 249-81.
43. Aragona M, Salvatore MA, Mazzetti M, Burgio A, Geraci S, Baglio G. Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy. *Ann Ig* 2020; 32: 157-65.
44. Ventriglio A, Bellomo A, Petito A, et al. Factors Associated to the Onset of Mental Illness Among Hospitalized Migrants to Italy: A Chart Review. *J Immigr Minor Heal* 2021; 23: 425-433.
45. Najjarkakhaki A, Ghane S. The role of migration processes and cultural factors in the classification of personality disorders. *Transcult Psychiatry* 2021. ePub ahead of print <https://doi.org/10.1177/13634615211036408>
46. Chavan BS, Sidana A, Arun P, et al. Psychiatric morbidity and substance use in migrant workers: A population-based study. *Int J Soc Psychiatry* 2022; 68: 210-215.
47. Taïeb O, Chevret S, Moro MR, et al. Impact of migration on explanatory models of illness and addiction severity in patients with drug dependence in a Paris suburb. *Subst Use Misuse* 2012; 47: 347-355.
48. Rousseau C, Frounfelker RL. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *J Travel Med* 2019; 26(2): tay150.
49. Rossi R, Socci V, Talevi D, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry* 2020; 11: 790.
50. Adriaanse M, Veling W, Doreleijers T, van Domburgh L. The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in The Netherlands. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 1103-1113.
51. Slonim-Nevo V, Sharaga Y, Mirsky J, Petrovsky V, Borodenko M. Ethnicity versus migration: two hypotheses about the psychosocial adjustment of immigrant adolescents. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52: 41-53.
52. Machleidt W, Sieberer M. From Kraepelin to a modern and integrative scientific discipline: the development of transcultural psychiatry in Germany. *Transcult Psychiatry* 2013; 50: 817-840.
53. Tortelli A, Perquier F, Melchior M, et al. Mental Health and Service Use of Migrants in Contact with the Public Psychiatry System in Paris. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(24): 9397.

MATERIALE SUPPLEMENTARE

Tabella S1. Corrispondenza tra categorie diagnostiche usate nello studio e codici della International Classification of Diseases 9 (ICD-9).

Diagnosi	Codice ICD-9
Disturbi dell'adattamento	308.x (reazione acuta allo stress) 309.xx (reazione di adattamento) tranne 309.81
Disturbi d'ansia	300.0x (stati di ansia) 300.2x (disturbi fobici)
Disturbi depressivi	296.2x (depressione maggiore, episodio singolo, e relativa classificazione) 296.3x (depressione maggiore, episodio ricorrente, e relativa classificazione) 300.4 (disturbo distimico) 311 (disturbo depressivo, non classificato altrove)
Disturbi dello spettro bipolare	296.0x (disturbo bipolare I, episodio maniaco singolo, e relativa classificazione) 296.1x (mania, episodio ricorrente, e relativa classificazione) 296.4x (disturbo bipolare I, più recente o corrente episodio maniaco, e relativa classificazione) 296.5x (disturbo bipolare I, più recente o corrente episodio depressivo, e relativa classificazione) 296.6x (disturbo bipolare I, più recente o corrente episodio misto, e relativa classificazione) 296.7 (disturbo bipolare I, più recente o corrente episodio non specificato) 296.8x (altri e non specificati disturbi bipolari, e relativa classificazione) 297.x (disturbi deliranti) 298.x (altre psicosi non organiche)
Disturbi psicotici	295.xx (psicosi schizofreniche)
Disturbi correlati a sostanze	291.xx (disturbi mentali indotti da alcol) 292.xx (disturbi mentali indotti da sostanze) 303.xx (sindrome di dipendenza da alcol) 304.xx (dipendenza da sostanze) 305.xx (abuso di droghe senza dipendenza)
Disturbi alimentari	307.1 (anoressia nervosa) 307.5x (altri e non specificati disturbi dell'alimentazione)
Disturbi di personalità	301.xx (disturbi di personalità)
Disturbi somatici, da conversione e dissociativi	300.1x (disturbi dissociativi, di conversione e fittizi) 300.6 (disturbo di depersonalizzazione) 300.8x (disturbi somatoformi)
Disturbi post-traumatici	309.81 (disturbo da stress post-traumatico)
Altro	290.xx (demenze) 293.xx (disturbi psichici transitori da condizioni patologiche classificate altrove) 294.xx (disturbi mentali persistenti da condizioni patologiche classificate altrove) 296.9x (altri e non specificati disturbi episodici dell'umore) 299.xx (disturbi pervasivi dello sviluppo) 300.3 (disturbi ossessivo-compulsivi) 300.5 (nevrastenia) 300.7 (ipocondria) 300.9 (disturbo mentale non psicotico non specificato) 302.xx (disturbi sessuali e di identità di genere) 306.xx (disfunzioni fisiologiche originate da fattori mentali) 307.xx (sintomi o sindromi speciali non classificati altrove), esclusi 307.1 e 307.5x 310.x (disturbi specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale) 312.xx (disturbo della condotta, non classificato altrove) 313.xx (disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e dell'adolescenza) 314.xx (sindrome ipercinetica dell'infanzia) 315.xx (ritardi specifici dello sviluppo) 316 (fattori psichici associati a malattie classificate altrove) 317-319 (ritardo mentale)

Tabella S2. Differenze tra soggetti italiani e migranti divisi per continente di origine.

N=3992	Italia (n=3508)	Resto d'Europa (n=99)	Africa (n=224)	Asia (n=127)	America (n=34)	χ^2 o Fisher
Età	49,17±18,36	42,26±13,21 [†]	37,12±12,21 [‡]	35,70±13,34 [‡]	40,50±13,31 [†]	43,95***
Genere femminile	2117 (60,3%)	78 (78,8%)	108 (48,2%)	67 (52,8%)	27 (79,4%)	35,83***
Valutazione						
Visita psicologica	1610 (45,9%)	39 (39,4%)	101 (45,1%)	42 (33,1%)	14 (41,2%)	9,79*
Visita psichiatrica	2369 (67,5%)	76 (76,8%)	154 (68,8%)	98 (77,2%)	24 (70,6%)	8,89
Doppia valutazione	472 (13,5%)	16 (16,2%)	31 (13,8%)	13 (10,2%)	4 (11,8%)	1,82
Doppia valutazione	"	"	"	"	"	12,13
Sola visita psicologica	1139 (32,5%)	23 (23,2%)	70 (31,3%)	29 (22,8%)	10 (29,4%)	
Sola visita psichiatrica	1897 (54,1%)	60 (60,6%)	123 (54,9%)	85 (66,9%)	20 (58,8%)	
Presa in carico	780 (22,2%)	19 (19,2%)	44 (19,6%)	16 (12,6%)	7 (20,6%)	7,73
Diagnosi						
Disturbi dell'adattamento	972 (27,7%)	30 (30,3%)	85 (37,9%)	31 (24,4%)	11 (32,4%)	12,30*
Disturbi depressivi	644 (18,4%)	20 (20,2%)	24 (10,7%)	15 (11,8%)	4 (11,8%)	13,29**
Disturbi dello spettro bipolare	225 (6,4%)	4 (4,0%)	4 (1,8%)	8 (6,3%)	2 (5,9%)	10,04*
Disturbi d'ansia	580 (16,5%)	13 (13,1%)	37 (16,5%)	14 (11,0%)	6 (17,6%)	3,52
Disturbi psicotici	186 (5,3%)	7 (7,1%)	18 (8,0%)	20 (15,7%)	1 (2,9%)	21,27***
Disturbi correlati a sostanze	87 (2,5%)	4 (4,0%)	13 (5,8%)	3 (2,4%)	1 (2,9%)	8,79*
Disturbi alimentari	33 (0,9%)	2 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1 (2,9%)	6,63
Disturbi di personalità	167 (4,8%)	4 (4,0%)	4 (1,8%)	3 (2,4%)	2 (5,9%)	6,19
Disturbi somatici, da conversione e dissociativi	56 (1,6%)	3 (3,0%)	3 (1,3%)	10 (7,9%)	1 (2,9%)	18,83**
Disturbi post-traumatici	13 (0,4%)	2 (2,0%)	16 (7,1%)	5 (3,9%)	0 (0,0%)	65,04***
Altro	545 (15,5%)	10 (10,1%)	20 (8,9%)	16 (12,6%)	5 (14,7%)	nd

Legenda: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$. Analisi *post-hoc*: [†] = diverso da Italia ($p < 0,05$); [‡] = diverso da Italia ($p < 0,001$).