

Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione

Federico Zannoni

Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Bologna, federico.zannoni3@unibo.it

Sinossi: Facendo riferimento a studi su scala internazionale e a interviste e discussioni condotte in Italia nell'ambito di alcuni progetti di ricerca, il presente contributo intende proporre un percorso che, ripercorrendo le tre fasi della migrazione (pre-migratoria, migratoria e post-migratoria) vuole focalizzarsi sugli elementi di rischio che possono facilitare nell'immigrato, soprattutto se adolescente, l'insorgere di condizioni di patologia e malessere fisico o psichico. In modo particolare, verranno approfonditi i fattori di vulnerabilità insiti nel processo di acculturazione e i ruoli talvolta contrapposti esercitati da famiglia e gruppo dei pari. Il percorso qui proposto intende ribadire la necessità di una visione sistemica e globale delle situazioni di fragilità e malessere che coinvolgono i minori immigrati, che si caratterizzano per una complessità di intrecci e dinamiche in cui i traumi del passato si ricollegano alle difficoltà del presente e alle non sempre promettenti prospettive per il futuro.

Parole chiave: migrazione, salute mentale, vulnerabilità, acculturazione, adolescenti immigrati

Abstract: Referring to international studies and to interviews and discussions conducted in Italy as part of some research projects, this contribution intends to propose a path that, retracing the three phases of migration (pre-migratory, migratory and post-migratory) focuses on the elements of risk that can facilitate the emergence of pathological conditions and physical or mental illness in immigrants, especially if they are adolescents. In particular, the elements of vulnerability inherent in the acculturation process and the opposing roles exercised by the family and peer group will be studied in depth. The path proposed here intends to reiterate the need for a systemic and global vision of the situations of fragility involving immigrant children and adolescents, which are characterized by a complexity of intertwining and dynamics in which the traumas of the past are linked and related to the difficulties of the present and to the prospects for the future that are not always optimistic.

Keywords: migration, mental health, vulnerability, acculturation, immigrant adolescents

«Voglio solo dire una cosa. Loro devono capire che noi stiamo soffrendo, perché il sentimento di essere lontano dalla tua famiglia, il sentimento di essere stato maltrattato in Libia e di continuare a esserlo anche qua, la percezione di non essere considerato da alcuni italiani, anche questa è una enorme sofferenza. Noi non siamo bene, siamo stati maltrattati, ognuno ha un problema nel suo paese e anche in Italia non sei considerato. Non stiamo rovinando l'Italia».

A parlare, durante alcune discussioni in piccolo gruppo al centro di una ricerca-azione coordinata dall'Università di Modena e Reggio Emilia, in collaborazione con la cooperativa l'Ovile, è un richiedente protezione internazionale, ospite presso le strutture preposte all'accoglienza e all'inserimento nel tessuto sociale ed economico della città di Reggio Emilia (Cerrocchi *et al.*, 2019). Ha lasciato il Senegal ancora minorenne, intraprendendo da solo un viaggio pericoloso, per fuggire da situazioni divenute ormai insostenibili e ricercare altrove una nuova progettualità esistenziale.

Analizzando le sue parole, è possibile notare come il ricorso ai pronomi personali renda da subito lampante e netta la separazione: da una parte *noi*, i migranti, con l'enorme carico di vissuti, bisogni e diversità, dall'altra *loro*, gli italiani, che al momento non riescono a capire appieno le nuove persone che hanno davanti e la drammaticità dei sentimenti che si portano dentro. Permane una barriera, un muro sottile per il cui superamento nessuna forma di comunicazione si è resa completamente efficace. D'altronde, è sempre difficile comunicare, condividere e comprendere la sofferenza, porla su un livello che superi quello della mera esibizione e del clamore. La sofferenza dei migranti si dipana, muta e si sviluppa attraverso la sequenza spazio-temporale dei loro spostamenti: è stata una delle ragioni per cui hanno deciso di partire, c'erano nel loro paese di origine uno o più motivi che impedivano di rimanervi in modo sereno; è stato poi lo stato d'animo dominante durante il viaggio, e anche all'arrivo, spesso accompagnata da violenze fisiche o psicologiche. Anche dopo mesi o anni in Italia, la sofferenza permane e alimenta da un lato i vissuti di perdita, nostalgia e mancanza per i posti e le persone lasciati indietro, dall'altro il tormento per non sentirsi ancora integrati, ma al contrario ritrovarsi a sperimentare estraneità e ostilità.

Il passato, il presente e il futuro del migrante sono parte di un percorso che non procede in modo lineare e che presenta come momento fondamentale quello della migrazione, pervasivo al punto tale da ripresentarsi anche nel presente e nelle progettazioni per il futuro, con i suoi echi e gli effetti che ha provocato, sino in certi casi a fare sì che il passato assorba in maniera durevole le altre dimensioni temporali (Freud, 1978), come in una morsa che non vuole allentarsi. L'evento migratorio produce un cambiamento netto e repentino nel senso del sé di chi lo vive e nei suoi rapporti interpersonali, condizionando le lenti con cui si approccia alla realtà, i giudizi, la regolazione degli affetti, la messa in campo delle difese, l'organizzazione della memoria.

Non esiste un modo oggettivo per quantificare la natura traumatica dell'evento migratorio, l'intensità della sofferenza muta da individuo a individuo, come risultante dell'intreccio di numerose variabili legate alle caratteristiche soggettive e alle esperienze vissute, fluttuando dalla sfera dei sentimenti e stati d'animo sino a quella delle manifestazioni di tipo psichiatrico; ciononostante, numerose ricerche in campo medico hanno riscontrato un'alta incidenza di ansia, depressione, disordini da stress post-traumatico, abuso di sostanze e fantasie di suicidio tra gli immigrati (Oppedal *et al.*, 2004; Pumariega *et al.*, 2005), connesse a problemi e disturbi legati ad acculturazione, traumi, discriminazione, razzismo, xenofobia (Noh e Kaspar, 2003) ed altri accadimenti che hanno caratterizzato le tre fasi della migrazione: quella pre-migratoria, quella migratoria e quella post-migratoria (Tinghög, 2009).

Intendendo per vulnerabilità la possibilità che un individuo ha di essere potenzialmente ferito a livello fisico, psicologico e nei diritti, è riscontrabile nella condizione dell'immigrato una forte predisposizione a essa, strettamente connessa alle difficoltà nell'elaborare vissuti di appartenenza, nell'adattarsi a luoghi e situazioni e nel perseguire riconoscimento. A questi aspetti si affianca il tema della perdita, che si riferisce innanzitutto a una parte del sé ed è sovente accompagnato dal tentativo di ricostruire un mondo perduto e idealizzato (Stanghellini, 1997). Ne scaturiscono insolvibili dicotomie, a loro volta connesse alle dinamiche di costruzione e ridefinizione identitaria, legate tanto al soggetto quanto al contesto, che si sviluppano lungo l'arco della vita a partire da un primo nucleo aggregativo:

autenticità-inautenticità, proporzione-sproporzione, euritmia-aritmia, attività-passività (Ballerini, 2005).

La vulnerabilità è una condizione in potenza che trova il proprio sbocco nella fragilità, definibile come uno stato dinamico in cui si realizza ciò che è insito nella vulnerabilità, e quindi perdite e ferite di ordine fisico, psichico e sociale. In ambito medico, la fragilità viene interpretata sia come sindrome fisiopatologica, sia come progressivo accumulo di deficit di natura funzionale e clinica che può essere misurato da un indice che esprime quantitativamente il numero di tali deficit nel singolo individuo (Rockwood, Mitnitski, 2007). Il riferimento riguarda innanzitutto i soggetti anziani, ma una serie di aspetti, che nel presente contributo verranno illustrati, consentono di applicare tale categoria anche ai migranti, e nella fattispecie agli adolescenti di origine straniera.

Eugenio Borgna (2014, p. 9) considera la fragilità come una condizione comune a tutte le persone, che si svolge e si articola in stretta correlazione con i contesti in cui viviamo e con gli altri da noi con cui interagiamo, e che è “radicalmente ferita dalle relazioni che non siano gentili e umane, ma fredde e glaciali, o anche solo indifferenti e noncuranti”. Françoise Dolto (2005) illustra le fragilità proprie del periodo adolescenziale ricorrendo alla metafora dei gamberi e delle aragoste che perdono il loro guscio: gli adolescenti sono come crostacei che, in attesa di coprirsi con un nuovo rivestimento in grado di difenderli, si nascondono sotto le rocce; in questo periodo sono estremamente vulnerabili e, nel caso vengano colpiti, esibiranno ferite visibili per sempre, che il nuovo involucro potrà coprire, ma non cancellare.

Il presente articolo si propone di analizzare, attraverso una rassegna di contributi teorici e ricerche in ambito medico, psicologico ed educativo, come l’esperienza migratoria comporti il rischio che la vulnerabilità propria della fase adolescenziale possa trasformarsi da stato potenziale e fragilità reale. Il percorso qui proposto vuole restituire la continuità temporale che caratterizza i vissuti di vulnerabilità e fragilità degli adolescenti migranti, elaborando un continuum esistenziale che dal passato della fase pre-migratoria e dell’esperienza del viaggio si proietta e continua a esercitare un forte influsso sul presente nell’attuale contesto di residenza e nell’elaborazione di prospettive esistenziali per il futuro prossimo e a venire.

Prima e durante il viaggio migratorio

Ero, un giorno, a scuola, è arrivato mio padre, mi ha visto e mi ha detto:

«Oh, prepara la tua roba che dobbiamo andare»

«Dove andiamo?»

«Andiamo in Italia»

Io ci sono rimasto, perché è arrivato all’improvviso, io non sapevo niente.

No, non lo sapevo, ti giuro, non lo sapevo. Dopo mi sono ritrovato qua.

La testimonianza di S., che al momento della partenza frequentava la scuola primaria e non aveva mai lasciato il Marocco, neppure per periodi brevi, dimostra come non sempre i figli vengano preparati alla prossima, o addirittura imminente, esperienza del viaggio migratorio (Angouri *et al.*, 2020). A volte la decisione cala all’improvviso, a ridosso del momento della partenza, generando inevitabile spaesamento. Ciononostante, può succedere che eguale o superiore disagio subentri anche qualora i minori vengano avvisati e preparati con congruo anticipo, poiché nei giorni, settimane o mesi a venire non necessariamente le fantasticherie e le aspettative positive sui vantaggi che si otterranno nel futuro contesto di vita avranno il sopravvento sui pensieri di lutto riconducibili all’abbandono di luoghi, routine, abitudini e persone significative; in modo particolare, il distacco può essere più doloroso durante l’adolescenza, dal momento che quei legami, soprattutto quelli amicali, sono ormai consolidati negli anni e fungono da base importante per il processo di costruzione identitaria e per l’elaborazione delle prime forme di progettualità esistenziale.

Ovviamente, l’urgenza della partenza e l’intensità dei vissuti di lutto e abbandono sono strettamente dipendenti dalle motivazioni che hanno condotto i genitori, o l’adolescente in prima persona nel caso dei minori non accompagnati, a scegliere di migrare. Si va dalle posizioni di persone che si spostano per ricongiungersi a un padre o a una madre trasferiti anni prima, lasciando comunque situazioni di relativo

agio, ad altre in cui si fugge dopo aver assistito a omicidi, subito violenze o sopportato fame e malnutrizione; nel caso dei minori rifugiati, non di rado essi si trovano ad affrontare le condizioni più estreme, coinvolti in uccisioni di massa, lavori forzati, lunghe attese nei campi profughi o nelle carceri minorili (Cerrocchi *et al.*, 2019; Lustig, 2004). Le motivazioni alla base della migrazione possono essere ricondotte a cinque macrosfere: personale/famigliare (quando contemplanò un intenzionale progetto di emancipazione e miglioramento delle condizioni e delle prospettive, in modo particolare rivolto ai figli), politica (fuga da guerre, regimi, instabilità, persecuzioni), economica (disoccupazione, povertà, deprivazione assoluta o relativa, arretratezza), sociale (terrorismo, criminalità, violenza, banditismo, poca sicurezza, disuguaglianze e discriminazioni, conflitti religiosi) e culturale (fascinazione per la “cultura occidentale”, insofferenza per tradizioni e modelli culturali considerati restrittivi). Nella maggior parte dei casi la decisione di migrare comprende aspetti afferenti a più di una sfera e sottende una complessità mai completamente scandagliabile; rimane il fatto che le caratteristiche del background che si abbandona e i vissuti lì esperiti contribuiscono a porre le basi delle modalità e delle attitudini con cui i bambini e i ragazzi affronteranno la sequenza delle sfide migratorie, e quindi del loro stato di salute fisica e mentale (Ko e Perreira, 2010). Alcune ricerche hanno dimostrato che, nei paesi meno sviluppati, i minori sottopeso appartengono generalmente agli strati sociali più poveri, più soggetti a migrare: non solo durante il viaggio, ma anche all’arrivo nel nuovo contesto, tali individui mantengono maggiori probabilità di incorrere in malnutrizione e arresto della crescita (Van Hook e Balistreri, 2007).

I casi di ricongiungimento familiare devono invece essere considerati nella globalità delle dinamiche che mettono in campo, e non soltanto nell’atto finale, quello appunto in cui la famiglia si ricompone. Particolarmente traumatico può essere il momento del primo abbandono, quando il padre (o la madre) migra da solo, nella consapevolezza che la famiglia rimarrà spezzata per alcuni anni: il rischio di manifestazioni depressive da parte di consorte e figli risulta piuttosto alto, così come aumentano le possibilità che i bambini e i ragazzi incontrino altri problemi di salute emotiva o fisica (Suárez-Orozco *et al.*, 2002; Heymann, 2009).

Considerando l’evento del viaggio preso in se stesso, il livello di stress è strettamente dipendente dall’intreccio delle numerose variabili che lo caratterizzano, prime tra tutte il tasso di rischio, gli imprevisti e le situazioni di drammaticità, sopruso e violenza eventualmente incontrate, i mezzi di trasporto utilizzati e la presenza o meno di familiari o amici al seguito. Superate le difficoltà materiali e gli imprevisti, talvolta drammatici se consideriamo le rotte dei richiedenti protezione internazionale, col relativo carico di traumi emotivi e fisici, particolarmente delicato è il momento dell’immediato arrivo, del primo contatto con il nuovo paese, sovente caratterizzato da un forte spaesamento, alimentato dall’impossibilità di comunicare, da un intenso shock culturale e dalla necessità di vedere soddisfatti nel minor tempo possibile i principali bisogni primari e di sostentamento. Emblematico e lapidario è il ricordo di P., proveniente dall’India (Anguri *et al.*, 2020, p. 100):

«Subito non riuscivo a stare qua, vedevo tutto vuoto».

Dopo il viaggio, nel nuovo contesto

L’insediamento nel nuovo paese implica una radicale rivoluzione non solo nelle abitudini, nelle interazioni, nei ruoli e nelle modalità comunicative nel contesto sociale, ma anche nelle dinamiche all’interno della famiglia. In risposta a nuove esigenze, urgenze, priorità e prospettive, i ruoli di genitori e figli vengono ridefiniti, così come i relativi spazi. Il nuovo ambiente è tutto da esplorare, il processo di integrazione è solo nella sua fase iniziale e l’esposizione ai rischi per la salute e il benessere è giocoforza massima. Ciononostante, alcune ricerche condotte negli Stati Uniti (Kandula *et al.*, 2004) hanno riscontrato che i giovani immigrati appena arrivati, se di sana e robusta costituzione e se non hanno incontrato problemi durante il viaggio migratorio, possono godere di una migliore salute rispetto ai coetanei americani. Tale apparente paradosso si fonda su una spiegazione a tre livelli: innanzitutto, mediamente i bambini immigrati di origine straniera assumono una varietà di comportamenti sanitari più positivi rispetto a quelli dei loro coetanei americani, che con più facilità eccedono nel consumo di tabacco, alcolici e cibo “spazzatura”; inoltre, i giovani immigrati con più frequenza vivono con entrambi i genitori e godono di una più coesa e allargata rete di sostegno familiare, in grado di mitigare lo stress,

specialmente durante il periodo iniziale di insediamento; infine, il fatto di avere portato a termine in modo positivo il viaggio migratorio è di per sé indice di buona salute e con ogni probabilità i genitori con figli con importanti problemi fisici o psichici il più delle volte scelgono di non prendere in considerazione ipotesi migratorie.

Sebbene non sia raro che gli immigrati provino un'euforia iniziale all'arrivo nel nuovo paese, quella fase è spesso seguita da un periodo di depressione, che può durare fino a tre anni. Definendo con acculturazione il processo dinamico che gli immigrati sperimentano mentre si adattano alla cultura del nuovo paese (Berry, 1980), si può intendere per stress acculturativo (Berry, 1997) l'esperienza di quell'insieme di eventi stressanti, associati al processo di acculturazione, che possono portare a stati di malessere e difficoltà psicologica. L'acculturazione è un processo multidimensionale che comporta cambiamenti in molti aspetti della vita degli immigrati, metabolizzabili con minore elasticità e maggiore difficoltà con il crescere dell'età, in modo particolare nella competenza linguistica e nell'utilizzo della lingua madre e del nuovo idioma, nello sviluppo in chiave meticcica (o radicalizzata) dell'identità culturale, negli atteggiamenti e nei valori, nelle preferenze musicali e alimentari, nella fruizione e nel ricorso ai media, nel senso di appartenenza etnica, nelle relazioni sociali, nei costumi, nell'approccio alle culture. In questo processo sfaccettato e multiforme, i fattori di maggiore stress riguardano l'apprendimento della nuova lingua, i cambiamenti nei ruoli e nelle responsabilità familiari, la tutela o la regolarizzazione dello status giuridico e la percezione, quando non l'esperienza, di atteggiamenti ed episodi di razzismo e discriminazione (Baily, 2011). Di riflesso, da alcune ricerche condotte tra studenti immigrati negli Stati Uniti, in situazione di disagio psicofisico, emergono come cause le difficoltà di adattamento al nuovo ambiente, le barriere comunicative, linguistiche e culturali, i traumi legati al percorso migratorio, le discriminazioni subite, i vissuti di separazione da familiari significativi, i conflitti in famiglia legati al processo di acculturazione, le ristrettezze economiche, i numerosi obblighi domestici, il basso livello di supporto parentale, l'insorgenza di disturbi post traumatici da stress e di ritardi o anomalie nello sviluppo (Harker, 2000). Esemplicative sono le parole di C., moldava, giunta in Italia in età adolescenziale assieme alla madre (Angouri *et al.*, 2020, p. 107):

«Qua mi sento molto più sotto pressione, ho tanti più problemi a cui pensare. Prima ero nel mio paese, non avevo pensieri per la testa, ero libera, tranquilla, era tutto più facile».

Il legame che intercorre tra discriminazione subita e salute è certificato dal fatto che i bambini e i ragazzi dei gruppi di minoranza che sono o si percepiscono vittime di razzismo sono più inclini ai sintomi di ansia e depressione, attuano comportamenti più rischiosi per la salute, hanno un'autostima più bassa e minori motivazioni e aspettative di carriera scolastica; con più frequenza presentano inoltre una elevata pressione sanguigna, alti livelli di ormoni glucocorticoidi ed eccessiva resistenza all'insulina, condizioni associate ad alti tassi di malattie coronariche e disturbi infiammatori (Gonzales *et al.*, 2009; Sanders-Phillips, 2009).

Sebbene stati di malessere e disagio fisico o mentale colpiscano con maggiore frequenza tutti gli immigrati, una particolare attenzione è necessario rivolgerla alle situazioni che riguardano i minori, in quanto le conseguenze negative di un cattivo stato di salute nell'infanzia e nell'adolescenza si ripercuotono nell'età adulta (Cowell *et al.*, 2009), originando una catena dello svantaggio che comincia dal peggioramento degli esiti scolastici dovuto alle troppe assenze; la più deficitaria scolarizzazione e il conseguimento di titoli di studio poco prestigiosi avranno ricadute sulle possibilità di trovare un buon impiego professionale, e quindi di conquistare un dignitoso status socio-economico (Perreira e Ornelas, 2011). A sua volta, il basso status socio-economico di questi ex ragazzi, divenuti adulti e genitori, costituirà un elemento che predisporrà i loro stessi figli a un simile destino di maggiore vulnerabilità a problemi di salute fisica e mentale: tali carenze, riconducibili alle disegualianze socioeconomiche, si perpetuano quindi di generazione in generazione, lungo la storia familiare, almeno fino a quando il successo del progetto emancipatorio messo in atto da un membro potrà spezzare tale catena. La testimonianza dello scrittore Ahmed Djouder, nato in Lorena nel 1973 da genitori algerini, ora residente a Parigi, rende al meglio la portata dell'influenza delle condizioni genitoriali sul benessere dei figli:

I nostri padri vivono la sconfitta. La sentono in ogni loro cellula. Non sanno scrivere correttamente il francese. Non lavorano più o se lo fanno guadagnano una miseria. Non decifrano il mondo che li circonda. Loro, in Francia, sognavano un'altra vita. Una vita diversa, meno dura. La nostra visione del mondo si forma attraverso lo sguardo dei nostri padri. Il mondo attraverso i loro occhi è pericoloso (Djouder, 2007, p. 78).

A supporto di questa tesi, alcune ricerche (Case *et al.*, 2005; Currie, 2005) hanno documentato una forte incidenza di asma e altre malattie negli alunni immigrati, con manifestazioni tali da necessitare visite al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e quindi assenze a scuola, che hanno contribuito al conseguimento di risultati più bassi nelle prove standardizzate di matematica e di lettura; nelle medesime materie, altre ricerche (Crosnoe, 2006) hanno riferito di valutazioni inferiori da parte di alunni stranieri con problemi di depressione e iperattività. Allo stesso modo, problemi di comportamento e salute mentale favoriscono il precoce abbandono scolastico o la scelta di non proseguire gli studi all'università (Fletcher, 2008; Sean *et al.*, 2009). All'opposto, è stato dimostrato che buone abitudini alimentari e una regolare attività fisica, già a partire dalla scuola primaria, possono apportare benefici negli apprendimenti e maggiori successi nella carriera scolastica, anche negli anni a venire (Currie e Stabile, 2007).

Anche in assenza di significative manifestazioni fisiche o psichiche, il viaggio e la condizione di immigrazione sono fattori che pongono i minori in situazioni di vulnerabilità. Secondo la psicoterapeuta di impostazione transculturale Marie Rose Moro (2005, p. 48) «il funzionamento psichico del bambino vulnerabile è tale che una minima variazione, interna o esterna, comporta un'importante disfunzione, una sofferenza spesso tragica, un arresto, un'inibizione o uno sviluppo al minimo del suo potenziale. In altri termini, il bambino vulnerabile è quello che possiede la minima resistenza ad ogni fattore nocivo e alle aggressioni».

Marie Rose Moro individua tre periodi in cui il minore migrante tenderebbe a essere più vulnerabile. I primi due sono rintracciabili rispettivamente nei momenti successivi al parto, coincidenti con le iniziali interazioni tra madre e figlio, agite spesso in assenza di adeguate reti di sostegno affettivo, relazionale, economico e sociale (Favaro, 2002), e in quelli dell'ingresso nel circuito della scolarizzazione, vero e proprio debutto in società, caratterizzato dall'impatto con la prolungata esposizione a modelli culturali talvolta inediti.

Infine, il terzo momento è costituito dall'adolescenza, l'età dei conflitti e delle forti sperimentazioni personali, dell'incassante fluttuare tra ricerca dell'indipendenza e bisogno di riferimenti certi. Nel caso dei figli degli immigrati, l'adesione a modelli culturali e stili comportamentali propri dei coetanei autoctoni può essere in parte o in toto respinta e rifiutata dai genitori; al contrario, la cultura paterna e materna può costituire un porto franco in cui i ragazzi possono rifugiarsi per soddisfare il bisogno di certezze, col rischio però di incontrare maggiori difficoltà nell'integrazione nel gruppo dei pari. L'adolescenza è l'età della rottura col proprio sé infantile e con le sue balie, è il principio di un percorso di costruzione di una nuova immagine di sé, in cui tutto ciò che è stato appreso viene ricollocato nel dubbio, tra opposizioni, solitudini e regressioni a quel passato che si vorrebbe trasformare. Per i figli degli immigrati, questo processo si affianca e si compenetra con l'elaborazione del vissuto di migrazione del quale sono stati direttamente o indirettamente protagonisti.

I comportamenti trasgressivi, le disubbidienze, le incoerenze manifeste, la voglia di svelare scissioni e individualità, anche a livello visivo, tramite l'abbigliamento, i gusti musicali, gli stili di vita, i silenzi, sono espressioni di un percorso in divenire, diverso da adolescente ad adolescente, molto spesso generalizzato in visioni rigide e destabilizzanti da parte degli adulti spettatori. Può accadere, in certi casi, che i figli degli immigrati si trovino a esperire una sorta di adolescenza al contrario: laddove le necessità di ridefinizione identitaria spingono a un progressivo distacco dall'influenza genitoriale, può risultare inevitabile per alcuni di loro attuare un riavvicinamento, in quanto sono ora i genitori, soprattutto le madri, a dipendere dai figli. Succede quando uno o entrambi i genitori non padroneggiano la lingua e manifestano disagio anche nelle più comuni prassi della vita quotidiana: recarsi all'ufficio postale, fare una commissione, comunicare con il medico o con gli insegnanti dei fratelli minori; subentra quindi l'affiancamento da parte dei figli, in ruoli di mediazione linguistica e culturale, che

finiscono per generare nuovi legami di dipendenza di senso opposto rispetto a quelli esperiti nell'infanzia.

Da una parte alle prese coi processi di ridefinizione identitaria propri dell'adolescenza e con quelli relativi all'eredità etnica e culturale ricevuta dai genitori; dall'altra stigmatizzati alla stregua di bombe sociali in quanto persone di origine straniera e nello stesso tempo adolescenti, senza dimenticare le caratteristiche individuali, le dinamiche familiari e le istanze portate dall'attuale mondo globalizzato: è nei termini di una integrazione culturale non sempre supportata da una eguale valorizzazione sociale che si spiega la situazione di estrema vulnerabilità in cui si trovano gli adolescenti immigrati (Filippini, Genovese e Zannoni, 2010).

Un nodo importante nel rapporto tra genitori e figli, più pressante quando questi ultimi sono adolescenti, è la diversità nei ritmi e nelle modalità di acculturazione, che li induce a vivere in universi culturali sempre più distanti e impedisce ai genitori di comprendere e immaginare con realismo ed efficacia i comportamenti, le abitudini e gli stili dei propri figli quando sono al di fuori delle mura domestiche. Dal canto loro, per i figli può risultare difficile avvicinarsi e rispondere con eguale aderenza e rispetto sia alle aspettative e alle esigenze imposte dalla cultura genitoriale, sia a quelle, talvolta opposte, della scuola e del gruppo dei pari. Può succedere che i figli smettano di interpellare i genitori per risolvere problemi o preoccupazioni, non considerandoli più adeguati a causa della mancata conoscenza dei nuovi modelli culturali o perché sovraccaricati di altre incombenze legate all'insediamento nel nuovo paese; quando anche lo status legale non è regolare e l'intera famiglia si trova in perenne condizione di rischio o impegnata in interminabili procedure burocratiche dall'esito incerto, per tutti i componenti lo stress può diventare cronico e i pericoli per la salute aumentare (Birman, 2006). Risulta quindi inconfutabile il legame esistente tra il modo in cui gli immigrati vengono accolti in un contesto istituzionale e sociale e i loro esiti sanitari (Portes *et al.*, 2009).

La tentazione e la facilità con cui ci si abbandona a comportamenti trasgressivi e dannosi per la salute sono elementi che caratterizzano l'età adolescenziale. Alcune ricerche condotte negli Stati Uniti hanno rivelato che gli adolescenti arrivati da altri paesi in età precoce, e quindi più acculturati perché residenti da più tempo, tendono ad adottare abitudini più rischiose per la salute, come il consumo di alcolici, il fumo e la prematura attività sessuale, rispetto ai loro coetanei che immigrano in età avanzata, quindi meno acculturati (Tolbert Kimbro, 2009; Fuligni e Hardway, 2004; Harris, 1999); inoltre, affrontano un rischio maggiore di incorrere in disturbi psichiatrici come la depressione (Harker, 2000). Uno studio (Hussey, 2007; Pena, 2008; Prado, 2009) sulle diverse generazioni di immigrati latinoamericani negli Stati Uniti mostra che, se l'abuso di alcol e marijuana riguarda rispettivamente il 6% e l'8% dei ragazzi arrivati in età infantile o adolescenziale, le percentuali salgono al 14% e al 18% per la seconda generazione, i loro figli nati nel paese di immigrazione, e al 21% e 33% per la terza generazione, i figli dei figli: i comportamenti a rischio sono quindi anch'essi segnali di avvenuta acculturazione, dal momento che aumentano col progredire del tempo trascorso a contatto coi coetanei autoctoni, raggiungendo nelle generazioni successive percentuali a essi equiparabili. Questo fenomeno è spiegabile con il fatto che i giovani immigrati risulterebbero particolarmente vulnerabili alla pressione dei pari e in molti casi non avrebbero sufficiente autostima e personalità per rifiutare le sostanze, contrapponendosi alle richieste del gruppo, percepite alla stregua di comportamenti "richiesti" e norme "culturali" cui sottostare. Una volta entrati nella spirale di alcolismo e tossicodipendenza, hanno più difficoltà a uscirne anche perché con minore frequenza si rivolgono ai servizi sanitari preposti alla disintossicazione e riabilitazione, a causa della loro poca familiarità con il sistema di centri per la salute pubblica, allo stigma derivante dall'essere marchiati come "drogati", molto potente in alcune culture, e alla paura di conseguenze nefaste se non si è in regola con i documenti di cittadinanza e residenza.

I dati e le riflessioni riportate fino a questo punto della trattazione permettono di affermare con certezza che il processo di acculturazione reca in sé una moltitudine di fattori di stress, da cui possono scaturire patologie fisiche o mentali, in prima battuta ansia e depressione. Elementi a contrasto di questi fattori possono essere rintracciati nelle dinamiche attraverso cui la cultura d'origine viene tutelata e preservata, seppur circoscrivendola a determinati ambiti, contaminandola e meticcianandola; il senso di appartenenza che ne deriva e la facilitazione nei rapporti familiari e comunitari assumono in questo modo una funzione protettiva, in quanto agiscono sui processi di ridefinizione identitaria attenuandone

le dimensioni conflittuali. Il sostegno sociale da parte di familiari, amici e vicini diminuisce il rischio di sintomi depressivi e aumenta la probabilità di benessere, in modo particolare per gli adolescenti immigrati di prima e seconda generazione, così come la vicinanza dei genitori e la riduzione dei conflitti famigliari (Gonzales *et al.*, 2009).

Conclusioni

Coniugare individualità, vulnerabilità e potenzialità: è all'interno di questo triangolo che è opportuno orientare le progettualità educative rivolte ai minori migranti. La vulnerabilità riguarda tutti coloro che, in modo diretto o meno, hanno compiuto un viaggio migratorio, in quanto le esperienze della fatica, dello scontro, della rinuncia, dello stravolgimento di abitudini e prospettive sono giocoforza insite in esso. Cambiano però le manifestazioni, le declinazioni e le intensità dei vissuti, strettamente connesse alle caratteristiche individuali del singolo e alle modalità della propria, specifica migrazione. Allo stesso modo, è sulla soggettività dell'individuo che è possibile identificare e valorizzare le potenzialità su cui costruire nuove progettualità esistenziali che comunque contemplan, come naturali fattori che devono essere affrontati, le dimensioni della fragilità, del rischio, della malattia, della debolezza.

“La complessità del tutto naturale del vivere è forse diventata patologica?”, si chiedono Miguel Benasayag e Gérard Schmit (2004, p. 9), constatando come tra le persone si siano ormai ovunque diffuse l'incapacità a gestire l'angoscia e sfumature di sofferenza che caratterizzano ogni aspetto della vita, accompagnate dalla sensazione di trovarsi sempre e comunque in pericolo, in uno stato di perenne insicurezza (Bauman, 2008). La crisi non è più l'eccezione, bensì la regola, l'orizzonte cupo su cui si staglia il futuro, la risultante paralizzante dell'infinita disponibilità di possibilità e della caduta dei punti fermi. Ciò vale ancora di più per gli immigrati, che si trovano alle prese con le difficoltà e i disorientamenti dei processi di integrazione, alla ricerca di un difficile equilibrio tra la molteplicità di modelli e stimoli culturali e sociali che li invade (Genovese, 2003; Queirolo Palmas, 2009). Onde prevenire o affrontare l'insorgere di stati patologici o di comportamenti a rischio, risulta di primaria importanza intervenire aiutando questi soggetti, soprattutto quando si trovano ad attraversare età delicate come quella adolescenziale, a coniugare la rielaborazione dei vissuti migratori, e quindi del passato prossimo e remoto, con le necessità dell'integrazione, quindi del presente, e l'elaborazione di un adeguato progetto di vita, che sappia abbracciare il futuro (D'Ignazi, 2015; Zoletto, 2007; Granata, 2011). L'intervento educativo (Portera *et al.*, 2015) dovrebbe quindi accompagnarsi a quello sanitario e a quello psicologico, secondo modalità che sappiano prevedere l'informazione, il soddisfacimento dei bisogni primari, l'ascolto, l'esplorazione, la socializzazione, la cura, l'apprendimento di competenze spendibili sul territorio e il perseguimento di sani stili di vita e di pensiero.

Bibliografia

- Angouri, J., Paraskevaïdi, M., Zannoni, F. (2020). *Moving for a Better Life: Negotiating Fitting in and Belonging in Modern Diasporas*. In M. Rheindorf and R. Wodak (Eds.), *Sociolinguistic Perspectives on Migration Control. Language Policy, Identity and Belonging*, Bristol, Multilingual Matters, pp. 86-115.
- Baily, C.D.R., Henderson, S.W., Taub, A.R., Ricks, A.S., & Verdelli, H. (2011). The psychological context and mental health needs of unaccompanied children in United States immigration proceedings. *Graduate Student Journal of Psychology*, 13: 4-11.
- Ballerini, A. (2005). *Caduto da una Stella. Figure della identità nella psicosi*. Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- Bauman, Z. (2008). *Paura liquida*. Roma-Bari, Laterza.
- Benasayag, M., Schmit, G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano, Feltrinelli.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models, and findings*, Boulder, CO, Westview, pp. 9-25.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46: 5-34.

- Birman, D. (2006). Acculturation gap and family adjustment: Findings with Soviet Jewish refugees in the U.S. and implications for measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37: 1-22.
- Borgna, E. (2014). *La fragilità che è in noi*. Torino, Einaudi.
- Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance. *Journal of Health Economics*, 24: 365-389.
- Cerrocchi, L., Menozzi, T., Zannoni, F., D'Antone, A., Badii G. (2019). *Narrare la migrazione come esperienza formativa: compiti, strumenti e strategie nel Progetto con i Richiedenti Protezione Internazionale della Cooperativa Sociale e di Solidarietà L'Ovile di Reggio Emilia*. In L. Cerrocchi (a cura di), *Narrare la migrazione come esperienza formativa. Strumenti e strategie di comunità e corresponsabilità educativa*, Milano, FrancoAngeli, pp. 137-240.
- Cowell, A., Zhehui Luo, Z., & Masuda, Y. (2009). Psychiatric Disorders and the Labor Market: An Analysis by Disorder Profiles. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(1), 3-17.
- Crosnoe, R. (2006). Health and Education of Children from Racial/Ethnic Minority and Immigrant Families. *Journal of Health and Social Behavior*, 47: 77-93.
- Currie, J. (2005). Health Disparities and Gaps in School Readiness. *Future of Children* 15(1): 117-138.
- Currie, J., & Stabile, M. (2007). *Mental Health in Childhood and Human Capital*. In J. Gruber (Ed.), *The Problems of Disadvantaged Youth: An Economic Perspective*. Boston, National Bureau of Economic Research.
- D'Ignazi, P. (2015). *Ragazzi immigrati. L'esperienza scolastica degli adolescenti attraverso l'intervista biografica*. Milano, FrancoAngeli.
- Djouder, A. (2007). *Disintegrati. Storia corale di una generazione di immigrati*. Milano, il Saggiatore.
- Dolto, F. (2005). *Adolescenza*. Milano, Mondadori.
- Favaro, G. (2002). *Vulnerabilità silenziose. La fatica e le sfide della migrazione dei bambini e dei ragazzi*. In G. Favaro e M. Napoli (a cura di), *Come un pesce fuor d'acqua. Il disagio nascosto dei bambini e dei ragazzi immigrati*. Milano, Edizioni Angelo Guerini e Associati.
- Filippini, F., Genovese, A., Zannoni, F. (2010). *Fuori dal silenzio. Volti e pensieri dei figli dell'immigrazione*. Bologna, Clueb.
- Fletcher, J.M. (2008). Adolescent Depression: Diagnosis, Treatment, and Educational Attainment. *Health Economics*, 17(11): 1215-1235.
- Fuligni, A. & Hardway, C. (2004). Preparing Diverse Adolescents for the Transition to Adulthood. *Future of Children: Children of Immigrant Families*, 14(2): 99-119.
- Genovese, A. (2003). *Per una pedagogia interculturale*. Bologna, Bononia University Press.
- Gonzales, N., Fabrett, F., & Knight, G. (2009). *Acculturation, Enculturation, and the Psychological Adaptation of Latino Youth*. In F.A. Villarruel (Ed.), *Handbook of U.S. Latino Psychology*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Granata, A. (2011). *Sono qui da una vita. Dialogo aperto con le seconde generazioni*. Roma, Carocci.
- Harker, K. (2000). Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-Being. *Social Forces*, 79: 57-65.
- Harris, K.M. (1999). *The Health Status and Risk Behaviors of Adolescents in Immigrant Families*. In D.J. Hernandez (Ed.), *Children of Immigrants: Health, Adjustment, and Public Assistance*. Washington, National Research Council and Institute of Medicine.
- Heymann, J. (2009). The Impact of Migration on the Well-Being of Transnational Families: New Data from Sending Communities in Mexico. *Community, Work and Family*, 12(1), 91-103.
- Hussey, J. (2007). Sexual Behavior and Drug Use among Asian and Latino Adolescents: Association with Immigrant Status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(2): 85-94.
- Kandula, N., Kersey, M., & Lurie, N. (2004). Assuring the Health of Immigrants: What the Leading Health Indicators Tell Us. *Annual Review of Public Health*, 25: 357-376.
- Ko, L., & Perreira, K. (2010). It Turned My World Upside Down: Latino Youth's Perspectives on Immigration. *Journal of Adolescent Research*, 25(3).

- Love, J., & Buriel, R. (2007). Language Brokering, Autonomy, Parent-Child Bonding, Biculturalism, and Depression. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(4): 472-491.
- Lustig, S. (2004). Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1): 24-36.
- Moro, M.R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano, FrancoAngeli.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2): 232-239.
- Oppedal, B., Roysamb, E., & Sam, D.L. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, 28: 481-494.
- Pena, J. (2008). Immigration Generation Status and Its Association with Suicide Attempts, Substance Use, and Depressive Symptoms among Latino Adolescents in the USA. *Prevention Science*, 9(4): 299-310.
- Perreira, K. M. and Ornelas, I. J. (2011). The Physical and Psychological Well-Being of Immigrant Children. *Immigrant Children*, 21(1): 195-218.
- Portera, A., La Marca, A., Catarci, M. (2015). *Pedagogia interculturale*. Brescia, La Scuola.
- Portes, A., Light, D. & Fernández-Kelly, P. (2009). The U.S. Health System and Immigration: An Institutional Interpretation. *Sociological Forum*, 24(3): 487-514.
- Prado, G. (2009). What Accounts for Differences in Substance Use among U.S.-Born and Immigrant Hispanic Adolescents: Results from a Longitudinal Prospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 45: 118-125.
- Pumariega, A.J., Rothe, E., & Pumariega, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5): 581-597.
- Queirolo Palmas, L. (2009). *Prove di seconde generazioni. Giovani di origine immigrata tra scuole e spazi urbani*. Milano, FrancoAngeli.
- Rockwood, K, Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62: 722-727.
- Sanders-Phillips, K. (2009). Social Inequality and Racial Discrimination: Risk Factors for Health Disparities in Children of Color. *Pediatrics*, 124, 176-186.
- Sean, J., Emanique, J., & Rowley, L.L. (2009). Consequences of Physical Health and Mental Illness Risks for Academic Achievement in Grades K–12. *Review of Research in Education*, 33: 283-309.
- Stanghellini, G. (1997). *Antropologia e Vulnerabilità*. Milano, Feltrinelli.
- Suárez-Orozco, C., Todorova, I, & Louie, J. (2002). Making Up for Lost Time: The Experience of Separation and Reunification among Immigrant Families. *Family Process*, 41: 625-43.
- Tinghög, P. (2009). *Migration, Stress and Mental Ill Health*. Linköping, Linköping University.
- Tolbert Kimbro, R. (2009). Acculturation in Context: Gender, Age at Migration, Neighborhood Ethnicity, and Health Behaviors. *Social Science Quarterly*, 90(5): 1145-1166.
- Van Hook, J., & Balistreri, K. (2007). Immigration Generation, Socioeconomic Status, and Economic Development of Countries of Origin: A Longitudinal Study of Body Mass Index among Children. *Social Science and Medicine*, 65: 976-989.
- Zoletto, D. (2007). *Straniero in classe. Una pedagogia dell'ospitalità*. Milano, Raffaello Cortina Editore.