

## Interventi di comunità volti a migliorare la salute mentale dei bambini e degli adolescenti rifugiati nei paesi ad alto reddito

---

Data di inserimento	04/08/2022
Anno	2022
Domanda di ricerca	Gli interventi community-based sono efficaci per la prevenzione e il trattamento dei problemi di salute mentale (disturbo da stress post traumatico - PTSD, ansia e depressione) e per la promozione della salute mentale di minori rifugiati residenti in paesi ad alto reddito? Qual è la loro accettabilità, e quali sono i possibili effetti avversi?
Quello che conta	<p>Sono inclusi 38 studi, di cui tre sono RCT (<b>Baker 2006, Ooi 2016, Walg 2020</b>), corrispondenti ad una popolazione totale di 83 partecipanti. Sono i soli tre studi in cieco utilizzati per valutare l'efficacia degli interventi e la loro accettabilità.</p> <p>Sulla base delle prove limitate identificate in questa revisione, gli autori concludono che non vi è nessuna evidenza di effetti degli interventi community-based sui sintomi di PTSD, ansia e depressione. Le evidenze rilevate hanno un basso livello di sicurezza. Non è presente nessun dato sugli effetti avversi.</p> <p>I minori sono un gruppo sottorappresentato rispetto agli adulti nella letteratura dedicata al tema, è netta la maggioranza di evidenze a favore del PTSD, degli interventi di trattamento, mentre sono assenti o carenti le evidenze sui disturbi di ansia e di depressione, sugli interventi di promozione della salute e di prevenzione, sull'accettabilità. In merito allo status in questa revisione non è stato considerato lo status di migranti interni, che non sono mai usciti dai confini del paese di origine.</p> <p>Gli interventi community-based sono classificati in 5 livelli gerarchici: azioni indirizzate ai servizi di base e alla sicurezza (acqua, casa, cibo, assistenza sanitaria), supporto alla famiglia e alla comunità, cure non specialistiche, cure specialistiche e interventi multilivello. Prevalgono gli interventi dei livelli 3 e 4 (cure non specialistiche e specialistiche), mentre sono assenti o carenti interventi relativi ai primi 2 livelli e al livello 5.</p>
Caveat	<p>I 3 RCT sono di bassa qualità, con campioni molto piccoli, con rischio di bias nelle modalità di misura degli outcome, imprecisi nella classificazione della popolazione e della tipologia di intervento.</p> <p>Nonostante il pressante bisogno di studi di qualità metodologica alta e con campioni numerosi, bambini e adolescenti che hanno vissuto viaggi pericolosi e sono stati testimoni di eventi traumatici possono essere restii a partecipare ad un trial clinico, ciò complica la fase di reclutamento e di follow-up.</p> <p>Infine sono necessari RCT con un reporting trasparente e chiaro per definire se l'obiettivo dell'intervento è classificato come promozione della salute mentale, prevenzione o trattamento. Altrettanto vale per la popolazione oggetto di studio, che dovrà essere meglio definita, distinguendo tra migranti o rifugiati e tra chi ha ricevuto una diagnosi formale e presenta sintomi chiari e chi no.</p>
Contesto	Un numero senza precedenti di persone nel mondo sono migranti contro la loro volontà, obbligati ad abbandonare la casa e a fuggire, per eventi naturali o per accadimenti provocati dall'uomo. Oltre il 50% dei rifugiati sono bambini e adolescenti, che alle difficoltà di insediarsi nel nuovo paese che li accoglie, spesso in patria sono stati testimoni o hanno vissuto in prima persona eventi traumatici, con rischi importanti per il loro benessere psichico. Possono perciò sviluppare disturbi mentali, PTSD, ansia e depressione i più comuni, e richiedono un sostegno efficace nelle comunità di appartenenza.

In evidenza	<p>I tre RCT riguardano interventi di cura non specialistica / specialistica (livelli 3 e 4), classificati di prevenzione e trattamento, 2 realizzati nel contesto scolastico e uno nelle residenze dei minori non accompagnati.</p> <p>Baker 2006 propone un intervento di musicoterapia, Ooi 2016 un intervento di “Teaching Recovery Techniques”, che adotta l’approccio cognitivo-comportamentale, lo studio Wang 2020 “Stabilization Training”, un intervento di trattamento, che adotta l’approccio cognitivo comportamentale e la terapia dialettico comportamentale.</p>
Implicazioni per la pratica	<p>Le evidenze a disposizione sono insufficienti per determinare l’efficacia e l’accettabilità degli interventi community-based indirizzati alla salute mentale dei bambini e adolescenti rifugiati e richiedenti asilo. Pertanto non è possibile fornire raccomandazioni pratiche.</p> <p>Interventi che sembrano promettenti e accettabili, anche se principalmente realizzati in paesi a basso e medio reddito e riferiti ad adulti, sono gli interventi che utilizzano gli approcci transdiagnostici e gli interventi di trattamento e prevenzione offerti dalle cure primarie. Tuttavia i bisogni della popolazione adolescente e i contesti e le risorse disponibili potrebbero essere differenti.</p> <p>I 35 studi non randomizzati, che sono stati esclusi dalla sintesi narrativa, sebbene non siano i più adeguati per trarre conclusioni sull’efficacia degli interventi, comprendono una varietà molto più ampia di disegni di studio, di setting e di interventi assenti negli RCT. Alloggi e campi profughi, centri della comunità, centri di prima accoglienza, università, luoghi di lavoro sono alcuni dei setting non rappresentati dagli RCT. Gli interventi per il supporto di famiglia e comunità e gli interventi multilivello, livelli 2 e 5, sono valutati solo da studi non randomizzati. Inoltre gli studi non randomizzati possono indagare e chiarire gli ostacoli per la comprensione e accettabilità degli interventi nella popolazione dei minori rifugiati. In particolare gli studi qualitativi possono contribuire all’implementazione degli interventi, perché vengano realizzati con una sensibilità adeguata ai bisogni dei bambini e adolescenti rifugiati.</p>
Giudizio di qualità revisione	Livello di qualità alto (revisione Cochrane)
Riferimento bibliografico revisione	Soltan F, Cristofalo D, Marshall D, Purgato M, Taddese H, Vanderbloemen L, Barbui C, Uphoff E. <a href="#">Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries</a> . Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 5. Art. No.: CD013657. DOI: 10.1002/14651858.CD013657.pub2.
Altri riferimenti	<p>Baker F, Jones C. <a href="#">The effect of music therapy services on classroom behaviours of newly arrived refugee students in Australia - a pilot study</a>. Emotional and Behavioural Difficulties 2006;11(4):249-60.</p> <p>Ooi CS, Rooney RM, Roberts C, Kane RT, Wright B, Chatzisarantis N. <a href="#">The efficacy of a group Cognitive Behavioral Therapy for war-affected young migrants living in Australia: a cluster randomized controlled trial</a>. Frontiers of Psychology 2016;7:164.</p> <p>Walg M, Angern JS, Michalak J, Hapfelmeier G. <a href="#">Effectiveness of stabilization training for adolescent refugees with trauma induced disorders: a randomized controlled trial</a>. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2020;48(5):369-79.</p>
Parole chiave	- stress - adolescenti - rifugiati e/o richiedenti asilo - utenti vulnerabili - salute mentale - interventi di comunità -
Aree di intervento	- salute mentale -
Setting	- comunitario -

Outcome PTSD, ansia, depressione, stress psicologico. Viene misurata la gravità dei sintomi, mediante strumenti validati  
Effetti avversi (suicidi, autolesionismo, altri effetti)

---

Sintesi e traduzione Sintesi e traduzione a cura di Paola Capra, DoRS, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte, Italia.

---