



Approfondimento n. 19/febbraio 2024

Indagine sui bisogni evolutivi dei MSNA

a cura di

Fabrizio Brauzzi
Valeria Sodano

Coordinamento: *Rosangela Cossidente*
Coordinamento scientifico: *Daniele Frigeri*

Con il sostegno di



Fondazione
Compagnia
di San Paolo

INTESA  SANPAOLO

Sommario

Introduzione.....	3
1. I bisogni evolutivi	6
1.1 Bisogni evolutivi.....	6
1.2 Benessere Psicosociale	8
2. La condizione dei MSNA	11
2.1 Benessere evolutivo	11
2.2 Acculturazione	15
2.3 Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati	16
2.4 Fattori di rischio e di protezione psico-evolutivi	20
3. La risposta del sistema ai bisogni evolutivi dei MSNA.....	27
3.1 Gli interventi di Salute Mentale e Supporto Psicosociale (MHPSS).....	27
3.1.1 Fattori principali di successo comune che ne decretano la buona riuscita e la replicabilità ed elementi di criticità degli interventi.....	28
3.2 Il sistema di accoglienza	30
Conclusioni e indicazioni	35
Bibliografia.....	39
Sitografia	48

Introduzione

La presenza dei minori migranti sul nostro territorio sta diventando un fenomeno sempre più in espansione.

Nel mese di dicembre 2023 secondo il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sul territorio erano presenti 23.226 MSNA¹. Il numero rilevato conferma il trend in aumento rilevato nel 2022, con un aumento di oltre 5mila minori tra il primo semestre del 2022 e il primo semestre del 2023. Al contrario dello scorso anno, quando l'aumento degli arrivi era dovuto all'ingresso di un elevato numero di minori migranti provenienti dall'Ucraina, il numero di questi ultimi è in progressiva diminuzione. Il principale Paese di provenienza nel 2023 è l'Egitto.

Save the Children rileva che negli ultimi 10 anni² sono arrivati via mare da soli in Italia 103.842 minori stranieri non accompagnati (MSNA), prevalentemente adolescenti e preadolescenti, ma non di rado anche bambini, con una media di 15mila presenze annue.

Il fenomeno non interessa solamente il territorio italiano, ma tutti i Paesi europei di confine che sono il primo approdo per i migranti. Nell'Approfondimento 13 dell'Osservatorio sui Minori Stranieri non Accompagnati del CeSPI³ si sottolinea infatti, come anche a livello europeo si rilevi una maggiore attenzione. Il biennio 2021 e 2022 è difatti connotato da un orientamento dell'Unione Europea verso una considerazione del minore migrante, in primo luogo come minore in quanto tale e non come migrante, una visione innovativa rispetto a quanto in precedenza espresso, anticipata dalla legislazione italiana. Le nuove strategie europee indirizzano quindi gli stati al fine di tutelare il supremo interesse del minore, secondo quanto definito dai principi internazionali della Convenzione per i diritti del fanciullo e di altri strumenti internazionali per i diritti umani. Anche le sentenze delle Corti europee nell'autunno del 2022 hanno tutte a che vedere con l'accoglienza dei minori non accompagnati: cosa si intende con la definizione di minore migrante non accompagnato e quale sia in ultimo la sua vulnerabilità⁴ (approfondimento 15 osservatorio MSNA).

La legge Italiana n. 47/2017 è la prima in Europa che disciplina il sistema di protezione dei/delle MSNA. In primo luogo, riconosce i minori stranieri non accompagnati come titolari dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea⁵. Viene, inoltre, riconosciuta al minore una condizione di maggiore vulnerabilità⁶.

L' art.15 tratta il Diritto all'ascolto dei minori stranieri non accompagnati nei procedimenti, riconoscendo che assume carattere di priorità il superiore interesse del minore in modo da assicurare condizioni di vita adeguate alla minore età, con riguardo alla protezione, al benessere ed allo sviluppo anche sociale del minore, conformemente a quanto previsto dall'art. 3 della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989⁷, ratificata dalla Legge 27 maggio 1991, n. 176. Per la valutazione dell'interesse superiore del minore occorre procedere all'ascolto delle sue opinioni,

¹ Ministero delle Politiche Sociali, *I Minori Stranieri non Accompagnati in Italia, Rapporto di approfondimento semestrale, dati al 30 giugno 2023* <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-immigrazione/focus/rapporto-semestrale-msna-30-giugno>

² Save the Children, 2023, <https://www.savethechildren.it/press/migranti-oltre-centomila-minori-stranieri-non-accompagnati-sono-arrivati-sulle-nostre-coste>

³ CeSPI, 2022, *Approfondimento n.13/Minori soli in cammino per l'Europa: una panoramica dell'accoglienza nel continente, Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati*

⁴ CeSPI, 2022, *Approfondimento n.15/I progressi e le questioni che l'accoglienza dei minori soli presenta: una visione europea, nazionale e regionale, Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati*

⁵ Legge n.47, 7 aprile 2017, art.1

⁶ Legge n.47, 7 aprile 2017, art.2

⁷ In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente, (Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989)

tenendo conto della sua età, del suo grado di maturità e di sviluppo personale, anche al fine di conoscere le esperienze pregresse e valutare il rischio che il minore sia vittima di tratta di esseri umani.

Il quadro normativo in cui si inserisce la legge, pur risultando avanzato sulla protezione e sull'accoglienza dei minorenni stranieri non accompagnati, spesso non si traduce in un'omogenea applicazione sul territorio. Un sistema di indicatori sviluppato dall'Osservatorio del CeSPI, in collaborazione con Defence for Children e sperimentato a livello comunale e regionale fornisce un quadro estremamente frammentato per ciascuno degli ambiti di tutela previsti dalla Legge n. 47⁸. Tutto ciò viene rilevato anche dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che nel "5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva" inserisce come Azione proprio l'attuazione della normativa sull'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (Legge n. 47 del 2017)⁹.

Nel documento si sottolinea che i MSNA rientrano nei gruppi vulnerabili e che devono essere previste nel Sistema di garanzia particolari attenzioni e misure di sostegno specifiche. Tra queste viene sottolineata l'importanza della prevenzione e del contrasto alla povertà, la garanzia di accesso ai servizi essenziali compresa un'istruzione di qualità.

Viene sottolineato anche il diritto all'ascolto e alla partecipazione, che deve essere necessariamente integrato con gli altri principi fondamentali, fra i quali il superiore interesse del minore e la non discriminazione. A tale proposito si rileva come ci siano sul territorio buone prassi di partecipazione inclusiva, tra cui quella relativa all'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e alla costituzione della Consulta delle ragazze e dei ragazzi che hanno saputo dare voce anche ai minorenni stranieri non accompagnati, ai loro bisogni e alle loro proposte.

L'obiettivo 3 dell'Azione 22, del documento sopra citato, evidenzia la necessità della definizione di misure di accompagnamento delle persone ex-Msna nel processo di transizione, sulla base di una valutazione dei loro bisogni peculiari anche dopo il compimento dei 18 anni, prevedendo l'estensione/adozione di misure e garanzie specifiche, qualora appropriato rispetto ai bisogni delle persone.

Le azioni, quindi, condotte a tutela, devono rispondere ai bisogni individuali raccolti attraverso l'ascolto attivo e partecipativo all'interno di una relazione di fiducia. Le azioni non devono però solamente mirare al soddisfacimento dei bisogni primari ed immediati, ma devono essere viste in una prospettiva evolutiva di accompagnamento verso la maggiore età. Viene sottolineata la necessità di prevedere un'estensione della tutela (qualora questo risponda ai bisogni del minore) al fine di costruire insieme a loro gli strumenti per un futuro di autonomia ed integrazione.

La legge con il DPR del 4 ottobre 2022 n. 191¹⁰, ha subito importanti restrizioni normative rispetto alla disciplina dei permessi di soggiorno per i MSNA e alla conversione dei permessi al raggiungimento della maggiore età. In particolare, rispetto alla conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri non accompagnati al raggiungimento della maggiore età, il DPR indica che deve essere effettuata una valutazione caso per caso, che tenga conto della durata della permanenza del minore nel territorio nazionale, nonché dell'avvio di un percorso di integrazione. Il decreto-legge 5 ottobre 2023, n. 133¹¹ restringe ulteriormente la disciplina della conversione del permesso di soggiorno al compimento della maggiore età, inserendo una valutazione da parte dei

⁸ AA.VV. La Legge 47 - 2017, un sistema di analisi e azione, giugno 2022

⁹ Dipartimento Per Le Politiche Della Famiglia, 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023, Presidenza del consiglio dei Ministri

Azione 22. L'attuazione della normativa sull'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (legge n. 47 del 2017)

L'azione risponde agli Obiettivi di sviluppo sostenibile n. 10 e 16 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, agli obiettivi n. 2, 3, 4 e 6 della Strategia dell'Unione europea sui diritti delle persone di minore età per il periodo 2021-2024, e agli obiettivi n. 4 e 6 della Garanzia europea per l'infanzia.

¹⁰ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/13/290/sg/pdf>

¹¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/13/290/sg/pdf>

consulenti del lavoro e delle organizzazioni dei datori di lavoro per verificare la presenza dei requisiti.

In questo quadro generale si colloca il nostro approfondimento sulla tematica dei bisogni evolutivi dei MSNA e su come il sistema contribuisca alla loro soddisfazione che è necessaria per il raggiungimento di una condizione di benessere bio-psico-sociale.

1. I bisogni evolutivi

1.1 Bisogni evolutivi

Nel dizionario di Psicologia Utet un bisogno viene definito come “uno stato di tensione più o meno intensa dovuto alla mancanza di qualcosa che corrisponde o a esigenze fisiologiche, o a esigenze divenute per abitudine necessarie, o a esigenze psicologiche indispensabili per la realizzazione di sé, o a esigenze sociali apprese dall’ambiente (...) è connesso all’incentivo, alla pulsione, al desiderio e alla motivazione. È uno stimolo che spinge l’individuo verso una meta che annulla la tensione provocata dal senso di insoddisfazione che accompagna lo stimolo stesso”.

Un bisogno esprime pertanto un sentire dentro uno stato di squilibrio rispetto al sistema di relazioni; una necessità o una mancanza che deriva dagli stimoli che vengono dalle percezioni della mente. Un bisogno racchiude diversi stati emotivi, cognitivi, culturali e contestuali compresenti, racchiude quindi l’identità, le relazioni l’ambiente, l’evoluzione dell’io e la sua storicità.

Il concetto dei bisogni evolutivi è stato teorizzato dallo psicologo Abraham Maslow nel 1954¹². La Teoria propone un modello motivazionale dello sviluppo umano basato su una gerarchia di bisogni, disposti a piramide. La motivazione dell’essere umano è guidata dalla natura istintuale dei bisogni che diventano fondamento di un sistema di valori intrinseci che non possono essere contestati in quanto fine ultimo delle aspirazioni e soddisfazioni degli esseri umani.

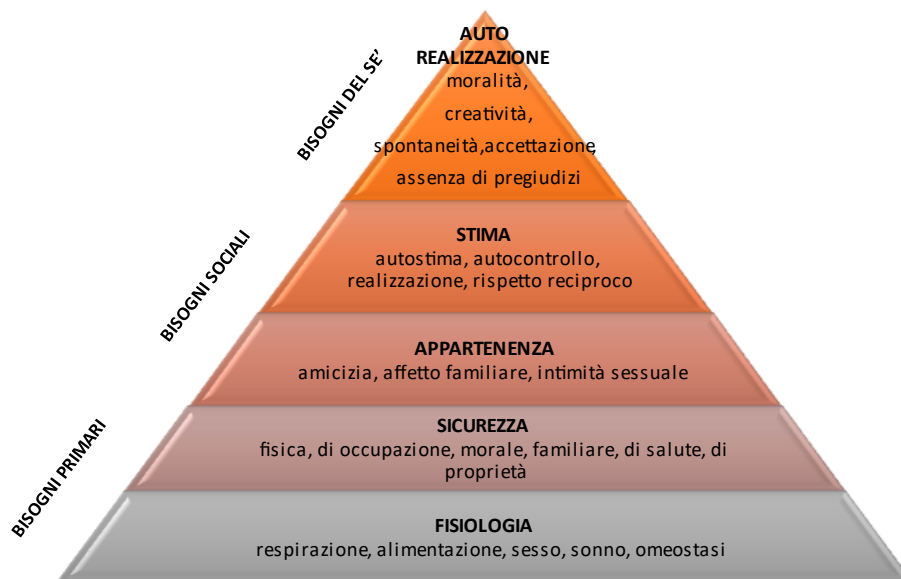


Figura 1. Il modello a piramide di Abraham Maslow

Alla base della piramide troviamo i bisogni fondamentali per garantire la sopravvivenza, bisogni elementari che una volta soddisfatti permettono a quelli di ordine superiore di emergere. I bisogni sociali, relazionali e i bisogni del sé sono i bisogni di ordine superiore che permettono una piena realizzazione. Secondo Maslow, l’ordine dei bisogni è gerarchico e rigido.

¹² Abraham Maslow, *Motivazione e personalità*, 1954

I primi bisogni che troviamo sono quelli fisiologici come mangiare, dormire, bere, questi sono i bisogni espressi dall'essere umano sin dalla sua nascita, sono prepotenti e solo il loro soddisfacimento permette il passaggio ai successivi bisogni.

I bisogni di sicurezza attengono alla stabilità, alla presenza di una famiglia, della salute. Una base sicura permette all'individuo di svilupparsi e costruire una propria individualità.

I bisogni di appartenenza, di amore e di affetto guidano il bisogno di relazione e di contatto umano; se non vengono soddisfatti, possono creare disadattamento e problemi alle relazioni sociali.

I bisogni di stima esprimono il bisogno di essere rispettato, riconosciuto e di sviluppare un'adeguata considerazione di sé stessi, ciò porta a provare fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità, al contrario la loro non soddisfazione può portare a sentimenti di inferiorità, bassa autostima e depressione.

A conclusione della piramide troviamo i bisogni di autorealizzazione che esprimono la realizzazione della propria identità in base alle proprie aspettative. L'autorealizzazione è l'aspirazione di ogni essere umano, comporta comprendere i propri bisogni e realizzarli attraverso le proprie capacità mentali e fisiche.

Le critiche mosse a questa teoria, si riferiscono principalmente alla sua rigidità nel passaggio da un livello ad un altro. Gli individui sono, infatti, tutti diversi e possono percepire i bisogni in modi diversi, a seconda delle specificità individuali e culturali.

Il comportamento di un individuo è complesso e ricondurlo all'espressione di un unico bisogno può essere riduttivo, un comportamento può essere anche espressione di differenti bisogni.

Inoltre, un individuo vive in connessione con gli altri all'interno di una società che può diventare trainante per l'emergere dei bisogni, ma anche condizione necessaria per il loro soddisfacimento.

Secondo Erickson (1968)¹³ il processo di sviluppo di un individuo avviene attraverso il superamento di diversi "stadi" in cui è suddivisa la vita, ognuno dei quali è caratterizzato da uno specifico conflitto diadico tra elementi contrapposti, la cui risoluzione permette il passaggio alla fase successiva. La diade del conflitto che caratterizza l'adolescenza è la costruzione e la dispersione dell'identità. La fase adolescenziale è infatti caratterizzata da importanti cambiamenti psico-fisici a cui l'adolescente risponde attraverso continue riorganizzazioni psichiche, continui mutamenti che gli permettono poi di assestarsi su un'identità stabile, la sua.

Il cambiamento ruota attorno a dei "compiti evolutivi" che devono essere affrontati per un positivo passaggio all'età adulta. Havinghurst (1948, 1972)¹⁴ fu il primo ad usare il termine "compiti di sviluppo", secondo l'autore, la costruzione dell'identità (compito evolutivo centrale della fase adolescenziale) passa attraverso il padroneggiamento di una serie di compiti, di micro-competenze che devono essere acquisite nel corso degli anni.

Tra queste troviamo:

- una sempre maggiore autonomia nella gestione della propria vita;
- una sempre maggiore autonomia, sia rispetto alla famiglia d'origine e ad altri adulti di riferimento (insegnanti allenatori, altri familiari rilevanti), sia dal punto di vista economico;
- l'identificazione in un'identità e ruolo sociale maschile o femminile;
- il raggiungimento dell'intimità (sia fisica, che emotiva) nelle relazioni, che spaziano sempre di più verso entrambi i sessi;
- l'accettazione del proprio corpo e la capacità di usarlo nel modo più efficace;
- la preparazione ad una professione futura;
- lo sviluppo di un comportamento socialmente accettabile;
- lo sviluppo di un sistema di valori e di una coscienza etica;

¹³ Erikson, E. (1968). *Gioventù e Crisi D'Identità*, Armando, Roma, 1980;

¹⁴ Havinghurst, R. J. (1948/1972). *Developmental Tasks And Education*, Basic Books, New York;

- la capacità di coordinare in autonomia i vari ambiti della propria vita (scuola, relazioni, lavoro, hobby).

Partendo da questi presupposti, viene teorizzata da Maggiolini e Charmet (2004)¹⁵ la teoria dei “Quattro compiti evolutivi”, ognuno collegato con quello precedente e con quello successivo, che l’adolescente deve affrontare per strutturare efficacemente la propria identità.

1. Mentalizzazione del corpo: costruire e pensare una nuova immagine di sé.

Il corpo dalla preadolescenza comincia a subire cambiamenti fisici che costringono la mente a confrontarsi con le pulsioni sessuali, con i desideri e gli stati d’animo. Riconoscere i segnali emotivi che sono inviati dal corpo permette una corretta “mentalizzazione” ed un’accoglienza della propria identità. Una difficoltà a risolvere questo compito può portare a diverse problematiche relative al corpo, che non a caso emergono più frequentemente durante questa fase della vita (ad esempio, disturbi del comportamento alimentari e autolesionismo).

2. Processo di separazione-individuazione: indipendenza e autonomia

L’adolescente in questa fase si deve rendere autonomo dalle figure primarie accudenti da un punto di vista emotivo. Investe nel gruppo dei pari, che diventano il nuovo punto di riferimento, e disinveste rispetto ai ruoli sociali di “figlio/a” e “fratello/sorella”. Imparano a pensarsi in modo diverso da come vengono pensati dagli altri, così come devono imparare a conoscere gli altri indipendentemente da sé e a riconoscere che l’altro ha dei pensieri propri che non dipendono da sé. La differenziazione-individuazione permette la costruzione di un corretto rapporto con l’altro e la costruzione della qualità della relazione con i propri oggetti di riferimento.

3. La nascita come soggetto sociale

Grazie al processo di separazione-individuazione, il gruppo dei pari diventa il focus relazionale attraverso cui si sperimentano nuovi ruoli sociali. Questo gli permette di comprendere le proprie preferenze relazionali e di scegliere attivamente dei compagni con cui affrontare questa difficile fase.

4. La definizione e formazione di valori di riferimento

Attraverso la sperimentazione nei rapporti, nelle relazioni, la sperimentazione del mondo che ci circonda, e del proprio sé, nascono nuovi valori rispetto a quelli acquisiti tramite la storia familiare. I valori familiari spesso vengono messi in discussione e vengono integrati ai valori appresi dalle esperienze vissute nel contesto sociale esterno. Avviene una personale rielaborazione creativa che diviene la base del proprio agire e del proprio essere.

1.2 *Benessere Psicosociale*

Il benessere bio-psico-sociale è un modello di salute dove si intersecano la dimensione psichica, corporea e sociale. L’introduzione del modello risale al 1964 grazie all’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che nella sua costituzione definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità.” Il concetto è stato poi ripreso da Engel nel 1977 e assunto alla base degli interventi sulla persona, nella medicina e nella psichiatria¹⁶.

Il concetto di salute è stato rivisto dall’OMS nel 2011 e definito come “la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”. Questa nuova visione mette in primo piano l’individuo e le sue risorse per affrontare le sfide della vita. Anche nel campo della salute mentale viene messa al centro la persona e le sue risorse: l’OMS definisce la salute mentale come

¹⁵ Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di Psicologia Dell’Adolescenza: Compiti e Conflitti*, FrancoAngeli, Milano

¹⁶ Engel, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, 1977, Science

uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità”¹⁷. In queste nuove interpretazioni il concetto di salute può essere ricondotto sia ad una dimensione personale (risorse della persona intese come resilienza), sia ad una dimensione sociale e di comunità.

Le caratteristiche individuali come la resilienza, l'autostima o la fiducia in sé stessi e negli altri, assumono un'importanza fondamentale nel concetto di benessere così come la qualità delle relazioni sociali e la percezione del proprio funzionamento nell'ambiente sociale. Il benessere è quindi l'incontro di diversi livelli da quello biologico a quello intra-personale, interpersonale, sociale, fisico e socioculturale. Il modello del benessere bio-psico-sociale rovescia, inoltre, la concezione di salute intesa come stato da salvaguardare, per abbracciare quella di obiettivo da raggiungere attraverso stili di vita sani¹⁸. La visuale si sposta dalla lotta alla malattia alla promozione della salute. In tal senso, lo scopo diviene lo sviluppo della persona, dei gruppi e della comunità in una visione attenta alla dinamica sistemica in cui esso prende forma¹⁹.

Le caratteristiche individuali determinanti per il raggiungimento di un corretto equilibrio psicofisico sono principalmente l'autostima e il senso di autoefficacia personale e collettiva.

L'autostima assume una fondamentale importanza anche nella capacità di regolazione psicologica degli adolescenti²⁰. L'autostima degli adolescenti dipende da molte variabili come la soddisfazione per la propria vita, dal significato che gli altri gli attribuiscono, dalle loro risorse personali e dalle loro competenze. Il senso di auto efficacia personale riguarda le convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati²¹, mentre quello collettivo si riferisce al contesto sociale e culturale con cui l'individuo interagisce e che deve sostenerlo e rinforzarlo.

Vi sono poi una serie di abilità cognitive, emotive e relazionali di base denominate Life Skills che consentono all'individuo di agire in modo competente sia sul piano individuale che sociale. Nascono agli inizi degli anni '80 programmi che promuovono queste abilità all'interno di un approccio educativo di tipo olistico, attivo e partecipativo e vengono ripresi anche quando si parla di MSNA e di abilità da sostenere e sviluppare nei contesti educativi.

Nello specifico tali abilità possono essere inquadrare all'interno di cinque principali macroaree: decision making e problem solving, pensiero critico e creativo, competenze comunicative e di relazione interpersonale, auto-consapevolezza ed empatia, abilità di coping.

Le Life Skill sono quelle competenze trasversali che riguardano il carattere, la personalità, le predisposizioni e i talenti; vengono denominate anche Soft Skill.

Vi sono poi le Hard Skill che sono tutte quelle competenze che si possono acquisire e quantificare e che possono essere quindi implementate attraverso esperienze pratiche. Per esempio, le competenze che vengono fornite a livello scolastico come la conoscenza di una lingua o le competenze logico-matematiche, o quelle fornite dalla frequenza a laboratori, corsi di formazione professionali o tirocini.

L'attenzione sulla promozione della salute in generale e sulla salute mentale in particolare è negli ultimi anni sempre maggiore, con un focus particolare sui minori, anche a seguito della pandemia da Covid-19, come raccomandato anche nelle ultime Osservazioni conclusive, indirizzate all'Italia dal Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia.

¹⁷ World Health Organization, *Mental health: strengthening our response*. Who. 2022

¹⁸ Braibanti P., *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*, 2002

¹⁹ Bertini M., *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, 1988

²⁰ Benjet, C., & Hernández-Guzmán, L. (2002). *A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents*. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 429-442.

²¹ Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Il modello bio-psico-sociale applicato ai minori e ai MSNA pone il ragazzo al centro di diversi ambienti come quello familiare, la comunità, il gruppo di appartenenza, il contesto sociale e culturale. Gli interventi di salute mentale e benessere psicosociale promossi dall'UNICEF riconoscono e valorizzano la complessità del fenomeno, prendendo in considerazione non solo la multidimensionalità del benessere, ma anche i molteplici ambienti che influenzano e interagiscono con il benessere individuale²².

Questo modello, ampiamente condiviso a livello mondiale da tutte le agenzie ONU e ormai punto di riferimento per la programmazione di interventi sui MSNA, è adottato anche dai principali attori e organismi che si occupano di protezione e salute mentale e dai programmi di protezione internazionali.

Il modello si basa su due principi fondamentali:

1. Il minore è il fulcro degli interventi e deve essere considerato un soggetto attivo.
2. Gli interventi mirati alla protezione e al supporto del benessere e dello sviluppo di bambini e adolescenti devono tenere in debita considerazione il ruolo ricoperto dall'ambiente nel quale essi vivono, inteso come insieme di figure, strutture e relazioni con i quali fluisce un continuo scambio.

Anche nella nostra analisi riprendiamo questo modello: il focus centrale è il MSNA con tutte le sue caratteristiche psichiche, fisiche ed emotivo sociali e spirituali. Intorno a lui un contesto familiare che continua ad essere presente in molti casi attraverso contatti quotidiani, ma che troviamo indirettamente anche nelle aspettative dei ragazzi che devono rispondere a un mandato familiare; vi sono poi le figure di riferimento adulte come il tutore e/o gli educatori.

Più esternamente troviamo la comunità in cui il ragazzo vive, intesa come rapporto con gli operatori adulti, con i pari età, con i connazionali; ma anche la comunità educante che frequentano, cioè, la scuola o i centri di aggregazione socioeducativi.

L'ultimo cerchio è la cultura e l'ambiente sociale, sia quelli di origine che non vanno ovviamente trascurati, sia la società in cui il minore si trova a vivere, rappresentata dalle regole sociali, dalle leggi che regolano il loro status, dalle istituzioni, dalle opportunità esperienziali che offre.

E fuori dal cerchio troviamo fattori di rischio e di protezione che possono essere presenti ad ogni livello e che devono essere tenuti presenti nella programmazione delle iniziative.

È importante, quindi, che tutte le iniziative intraprese che interessano i diversi livelli agiscano in modo integrato per migliorare i servizi diretti al minore, per migliorare le istituzioni e le politiche, i servizi a supporto, potenziando i fattori di protezione (le risorse interiori ed esterne) e mitigandone o riducendone i fattori di rischio, ovvero gli elementi che compromettono il benessere (ad esempio indirizzando strategie disadattive, riducendo la vulnerabilità a determinati rischi, ecc.).

²² UNICEF, *Nuovi Percorsi, Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia, 2022*

2. La condizione dei MSNA

2.1 Benessere evolutivo

I minori stranieri non accompagnati sono riconosciuti dalla stessa legge Zampa e in generale anche a livello internazionale come persone in condizione di particolare vulnerabilità.

La loro vulnerabilità è racchiusa nella loro stessa definizione. Sono minori, spesso adolescenti, che attraversano una fase della vita in cui vengono messi in discussione i valori e le figure di riferimento; si ritrovano in un contesto nuovo e sconosciuto dove tutto è in discussione. Sono stranieri inseriti in una società diversa dalla loro, con valori di riferimento culturali differenti, che non sempre ne riconosce appieno i diritti ed è pronta ad accoglierli. Infine, sono non accompagnati, quindi soli e senza figure di riferimento, affetti sinceri e persone di fiducia che li possano guidare ed aiutare ad elaborare i vissuti²³.

Si corre però il rischio molto alto di racchiuderli entro una visione unidimensionale e semplificata che ne presuppone l'identità, aumentando lo scarto tra i bisogni educativi di adolescenti già in difetto di riferimenti identitari e in cerca di valorizzazione e riconoscimento, e la proposta formativa e educativa che viene offerta dal sistema e dalle diverse istituzioni, come le strutture di accoglienza o la scuola²⁴.

Il 73% dei MSNA sono adolescenti tra i 16 e 18 anni²⁵. Quando pensiamo ai loro bisogni dobbiamo fare riferimento a questa particolare fase della vita. Come abbiamo analizzato nei capitoli precedenti, vi sono dei bisogni di base e dei compiti evolutivi caratteristici di questa specifica fase della vita. Ma vista la loro particolare condizione, i bisogni evolutivi devono essere ripensati ed ampliati con tutti quei bisogni secondari alla loro condizione di migranti. Allo stesso tempo, proprio per evitare di cadere nello stereotipo, bisogna prestare attenzione alle specificità e alle aspettative dei singoli soggetti²⁶. L'ascolto del minore, delle sue emozioni e dei suoi bisogni è quindi fondamentale per fornire un aiuto, un supporto efficace e adeguato. Deve essere svolta una preliminare valutazione di ogni specifica necessità di cui il minore è portatore, riflettere sulla scelta delle azioni opportune da intraprendere, nonché adottare le modalità più idonee di svolgimento di tali azioni, così da "accompagnare" il minore verso il raggiungimento del suo benessere alla luce dei suoi particolari bisogni e diritti²⁷.

Questo approccio richiama il concetto del "Best Interest of the child" (BI), che rappresenta il principio informatore di tutta la normativa a tutela del minore, garantendo che in tutte le decisioni che lo riguardano si debba tenere in considerazione il "superiore interesse del minore", attraverso una sua adeguata valutazione al fine di garantire il generale "benessere" del minore ed un approccio attento alla salvaguardia dei suoi diritti²⁸. Le figure di riferimento come il Tutore, gli educatori e/o

²³ Associazione Migrantes Onlus, a cura di Fabrizio D'Aiello, *Minori stranieri: questioni e prospettive d'accoglienza ed integrazione*, 2012

²⁴ Associazione Migrantes Onlus, a cura di Fabrizio D'Aiello, *Minori stranieri: questioni e prospettive d'accoglienza ed integrazione*, 2012

²⁵

<https://analytics.lavoro.gov.it/t/PublicSIM/views/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia?%3Aembed=y&%3Aiid=5&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>

²⁶ UNICEF, *Nuovi Percorsi, Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia*, 2022

²⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 30 giugno 2022, *I minori stranieri non accompagnati in Italia (MSNA), Rapporto di approfondimento semestrale*

²⁸ Convention on the Rights of the Child - CRC, *approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la Legge n. 176. Dal 1989*; Articolo 3.1 In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

altri adulti legalmente responsabili, sono chiamati a fornire al minore l'orientamento e i consigli adeguati all'esercizio dei suoi diritti, in maniera corrispondente allo sviluppo delle sue capacità. Il minore gode quindi del diritto alla libertà di espressione²⁹, alla libertà di pensiero, coscienza e religione³⁰, e al diritto di informazione e di accesso ai materiali provenienti da fonti nazionali e internazionali, soprattutto se finalizzati a promuovere il suo benessere sociale, spirituale, morale, fisico³¹. La partecipazione e l'ascolto del minore sono parte di un processo di crescita, di scambio e di relazione che si snoda nel tempo; è un processo di coinvolgimento attivo e informato che deve essere svolto con il supporto di metodologie e approcci specifici in grado di garantire alti standard qualitativi³².

Se il focus sono l'individuo e la sua unicità anche nei bisogni che esprime, questi possono essere molto diversi tra loro. Per trovare quindi una linea guida che permetta anche di pianificare ed organizzare i servizi, torniamo alla piramide dei bisogni di Maslow.

Alla base troviamo i bisogni primari intesi come i bisogni fisiologici e i bisogni di sicurezza. Tra i bisogni fisiologici ci sono le necessità per la sopravvivenza come mangiare, bere, dormire. Nei bisogni di sicurezza troviamo la sicurezza di un alloggio, di una famiglia, della salute, di un futuro come occupazione. Quindi, il bisogno primario che accumuna tutti è il bisogno di un'abitazione stabile e di punti di riferimento adulti che gli permettono di comprendere la realtà che li circonda e come costruirsi un futuro³³.

Ritroviamo questo concetto anche alla base dei servizi territoriali SAI³⁴ in cui si parla di "accoglienza integrata" in quanto vengono affiancati interventi di cura di base, quali vitto e alloggio, contestualmente a servizi volti a favorire l'acquisizione di strumenti per l'autonomia e l'inclusione nel contesto di accoglienza. Secondo le Linee guida del Sistema di Accoglienza e Integrazione, i servizi garantiti possono essere raggruppati in nove aree:

- mediazione linguistica e interculturale;
- accoglienza materiale;
- orientamento e accompagnamento legale;
- tutela psico-sociosanitaria;
- orientamento e accesso ai servizi del territorio;
- formazione e riqualificazione professionale;
- orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale;

²⁹ Articolo 13. 1. Il fanciullo ha diritto alla libertà di espressione. Questo diritto comprende la libertà di ricercare, di ricevere e di divulgare informazioni e idee di ogni specie, indipendentemente dalle frontiere, sotto forma orale, scritta, stampata o artistica, o con ogni altro mezzo a scelta del fanciullo.

³⁰ Articolo 14.1. Gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.

³¹ Articolo 17 Gli Stati parti riconoscono l'importanza della funzione esercitata dai mass media e vigilano affinché il fanciullo possa accedere a una informazione e a materiali provenienti da fonti nazionali e internazionali varie, soprattutto se finalizzati a promuovere il suo benessere sociale, spirituale e morale nonché la sua salute fisica e mentale

³² Servizio Centrale del Sistema di Accoglienza e Integrazione, *Manuale Operativo per l'attivazione e la gestione dei servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale, Nuovo aggiornamento della sezione "La presa in carico di minori stranieri non accompagnati", 2021*

³³ Report UNICEF, *Nuovi Percorsi*, cit. di un Educatore: In linea generale, il bisogno principale, è un bisogno di accoglienza e di sicurezza. In linea di massima direi, però, che l'esigenza che fa un po' da cornice a tutto, è quella di acquisire degli strumenti che gli permettano di tradurre in qualcosa che sia comprensibile, la realtà sociale in cui entrano e di conseguenza attraverso questi strumenti possano a loro volta a creare sul territorio una rete di coetanei e non, una rete, quindi, di soggetti, appunto più amicali o soggetti più istituzionali, coi quali poi possano interfacciarsi nel corso della loro vita e soprattutto all'uscita da un progetto".

³⁴ SAI, *MANUALE OPERATIVO*: A seguito dell'entrata in vigore della legge 18 dicembre 2020, n. 173 "Conversione in legge, con codificazioni, del decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, modifiche agli articoli 131-bis, 391-bis, 391-ter e 588 del codice penale, nonché misure in materia di divieto di accesso agli esercizi pubblici ed ai locali di pubblico trattenimento, di contrasto all'utilizzo distorto del web e di disciplina del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale", il SIPROIMI viene rinominato SAI - Sistema di Accoglienza e Integrazione

- orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo;
- orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo.

Si specifica, inoltre, che nell'erogazione di questi servizi deve essere applicato un approccio olistico necessario per la presa in carico del minore nella sua interezza a partire dall'identificazione e valorizzazione delle risorse individuali. In queste nove aree troviamo la realizzazione dei bisogni primari, ma anche attività che favoriscono i bisogni sociali quali le relazioni con i pari, relazioni di affetto, di realizzazione, di autostima e autocontrollo.

È fondamentale quindi che il minore trovi un adulto di riferimento con cui costruire un rapporto di fiducia, che svolga un ruolo educativo e di sostegno nel percorso di crescita e di autonomia. Deve diventare quella figura che favorisce il processo di costruzione dell'identità proponendosi da intermediario tra le aspirazioni del ragazzo e il mondo scolastico, lavorativo e istituzionale. Deve perciò creare una rete di sostegno e collaborazione tra le diverse realtà che accolgono il minore per poter attuare una vera e solida base di progettazione e attuazione dei percorsi volti al sostegno, alla tutela, all'inserimento e al benessere psico-fisico dei minori³⁵.

Dall'esperienza che si è costruita negli anni è possibile raccogliere in cinque elementi i cardini della relazione della costruzione del progetto educativo³⁶:

- il bisogno di contenimento emotivo;
- lo stato di precarietà e d'incertezza sul futuro;
- l'interdipendenza dei bisogni affettivi e materiali;
- la molteplicità delle esperienze culturali;
- la dimensione attiva del processo di acculturazione.

I bisogni evolutivi e relazionali dei minori attengono quindi a quattro macroaree: i bisogni legati alla fase adolescenziale, i bisogni originati dalla diversità culturale e dal percorso di immigrazione, i bisogni di famiglia e di supporto emotivo, i bisogni di salute conseguenti ad esperienze di violenza e di sfruttamento³⁷.

L'adolescenza è una fase della vita dell'uomo comune a tutte le culture, è la fase giovanile del processo di crescita. Allo stesso tempo però dobbiamo considerare che l'età è socialmente determinata, varia in base alle culture, ai contesti socioeconomici, il genere, lo status. Anche il nostro riferimento dei 18 anni come inizio dell'età adulta è un riferimento culturale e sociale e in questo periodo storico ci rendiamo conto della sua arbitrarietà, poiché assistiamo a una tendenza di ampliamento della fase adolescenziale con una sempre minore assunzione delle responsabilità e dell'autonomia individuale tipiche dell'età adulta.

Gli adolescenti stranieri che migrano sono ragazzi che devono affrontare le sfide evolutive legate alla crescita e alla costruzione di un'identità, ma allo stesso tempo devono trovare una nuova visione del loro progetto di vita e una nuova immagine di sé, rielaborando il proprio vissuto, spesso caratterizzato da traumi pre e post migratori.

L'esperienza migratoria non è di per sé un elemento negativo che causa patologie e malessere psichico, ma è sicuramente un elemento di rottura che può creare potenzialmente un trauma e quindi è da considerarsi come elemento che crea una vulnerabilità. È un evento che comporta sempre processi di riadattamento intrapsichico e interpersonale al nuovo contesto.

Nell'esperienza migratoria vi è un rischio di vulnerabilità connesso al viaggio durante il quale spesso i minori subiscono o assistono a violenze e si ritrovano in situazioni di vita precarie in paesi

³⁵ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione, 2018*

³⁶ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione, 2018*

³⁷ F. Peano Cavasola, "rispondere ai bisogni educativi dei minori stranieri non accompagnati: una sfida impossibile?" in *Minori e giustizia* 3-4, 2022, p.113

stranieri; un altro rischio è legato invece proprio alla condizione di migrante senza più riferimenti stabili in una società culturalmente diversa. Il conflitto psicologico che deriva dall'incontro/scontro tra la cultura d'origine e del Paese ospitante dà luogo a quello che viene definito "shock culturale"³⁸. Questo stato può provocare uno stato di frustrazione, di ansia e di estraneità; barriere di isolamento e motivi di incomprensione; ritiro psichico; sentimento profondo di solitudine e necessità di isolarsi. Possono presentarsi sintomi fisici come emicranie, insonnia o irritabilità, con ripercussioni anche sull'apprendimento e la socializzazione.

Il minore, già impegnato nella ridefinizione dell'identità come fase evolutiva propria dell'adolescenza, si ritrova ad affrontare anche una ridefinizione dell'identità conseguente all'esperienza migrante³⁹. Janet M. Bennet (2002) ha individuato alcuni modi o fasi nell'affrontare questa ridefinizione dell'identità:

- Il conflitto. Dopo un primo impatto pieno di entusiasmo e aspettative, il migrante vive con delusione e conflittualità il divario con abitudini e visioni della nuova realtà.
- La fuga. Si evitano i contatti con la nuova cultura, si rifiuta di imparare la lingua, si frequentano solo connazionali. Nelle forme estreme questo atteggiamento può indurre a gravi depressioni, a sentimenti nostalgici e ossessivi, all'abuso di alcool o all'uso di sostanze stupefacenti.
- Il filtro. Consiste nell'uso di alcune difese per appianare la dissonanza, come per esempio il negare qualsiasi differenza tra sé e gli ospitanti, l'esaltazione del Paese d'origine con una rimozione degli elementi negativi, il disprezzo verso la cultura del Paese ospitante, l'assimilazione conformista e acritica e totale nella nuova cultura.
- La flessibilità. La persona mostra maggiore apertura verso nuove esperienze, ri-simbolizzazioni degli eventi e delle realtà interne ed esterne.

Per un minore migrante, quindi, la sfida della costruzione identitaria può essere una fase con potenzialità enormi, ma anche con facili inciampi. I compiti di sviluppo e i bisogni evolutivi sono condivisi con i coetanei italiani, ma ci sono sfide peculiari che vanno affrontate, come l'apprendimento della lingua italiana, il faticoso equilibrismo tra richieste ed aspettative sociali contrapposte e conflittuali, la riorganizzazione degli spazi e dei tempi, l'apprendimento di scale di valori differenti, il fronteggiare episodi di esclusione, stigmatizzazione e razzismo, la comprensione di regole sociali complesse⁴⁰. Le difficoltà maggiori sono riconducibili soprattutto alla presenza di quattro condizioni: la solitudine, il sentimento di inferiorità socioculturale, la necessità di un veloce adattamento e una veloce ricerca di autonomia, la possibilità di forti discriminazioni sotto il profilo sia razziale che della lingua⁴¹.

Come già analizzato in una ricerca precedente dell'Osservatorio MSNA precedente,⁴² è riduttivo parlare solamente di vulnerabilità e difficoltà, o considerarli come vittime passive. Mostrano, invece, risorse emotive e resilienza per superare la fase di adattamento in modo efficace⁴³.

L'esperienza migratoria si interseca con il processo di crescita e spesso i tempi evolutivi sembrano in contrasto con quelli burocratici. I ragazzi arrivano che si percepiscono come adulti, adulti con responsabilità precise nei confronti della loro famiglia e che hanno affrontato esperienze difficili e traumatizzanti. Arrivano in Italia e rientrano nel sistema di protezione in quanto minori e vengono

³⁸ Okberg, K., 1960, *Cultural shock; Adjustment to New Cultural Environment*. in *Practical Anthropology*, 7

³⁹ Bennet J. M., *Principi di comunicazione interculturale. Paradigmi e pratiche*, 2002

⁴⁰ Lo Cascio M., *Minori stranieri non accompagnati e comunità ospitanti. Verso un programma integrato di interventi*. 2017

⁴¹ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione*, 2018

⁴² F. Brauzzi, V. Sodano, Cespi 2022, *I Minori Stranieri Non Accompagnati: Gli aspetti psicologici, emotivi e relazionali*

⁴³ Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010). Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychanalytic approach. *Traumatology*, 16(4), 27–38. <https://doi.org/10.1177/1534765610393183>

inseriti in un sistema di accoglienza restrittivo e rigido. Il processo di crescita ed acquisizione dell'autonomia diventa improvvisamente urgente per l'approssimarsi alla maggiore età. Devono ottenere il permesso di soggiorno, trovare un lavoro ed una casa; allo stesso tempo devono superare le loro sfide esistenziali, di crescita e di costruzione della propria identità.

2.2 Acculturazione

Il concetto di “acculturazione” si riferisce al processo di cambiamento culturale e psicologico che avviene quando una persona si trova a vivere in un nuovo contesto culturale. Nell'interazione tra il migrante e i locali vi sono intersezioni di atteggiamenti, comportamenti e attitudini.

L'acculturazione può essere quindi definita come un processo di sviluppo dinamico che prevede da un lato l'acquisizione di competenza culturale, abilità di comunicazione e modelli di comportamento della società maggioritaria⁴⁴ e dall'altro la necessità di mantenere valori e tradizioni della propria cultura.

In questo processo non vi è, infatti, la perdita di riferimenti della propria cultura d'origine a favore di quella ospitante, ma piuttosto una fusione tra le due. Nella ricerca condotta da Rodriguez & Dobler, 2021⁴⁵ si sottolinea come il tempo di permanenza in un territorio aumenta la competenza culturale che è associata ad una maggiore resilienza che agisce da fattore protettivo. L'acculturazione sembra essere favorita sia da un legame continuo con la propria cultura che dalla vicinanza con la cultura locale. Il contatto con persone con la stessa cultura di provenienza ha facilitato il processo di acculturazione⁴⁶; insieme ad abbracciare aspetti della cultura locale come la lingua o gli stili di abbigliamento⁴⁷. Altri studi hanno confermato come livelli maggiori di competenza nella cultura di origine e in quella ospitante sono associati a minori problematiche internalizzanti ed esternalizzanti, indipendentemente dallo status socioeconomico, dal genere e da fattori esterni⁴⁸.

Tuttavia, nel processo di acculturazione possono esserci dei fattori di rischio riconducibili a problematiche all'esterno del gruppo o all'interno del gruppo. Nel primo si possono incontrare difficoltà nella comprensione del modo di pensare e di comportarsi nel Paese di accoglienza. Nel secondo caso possono verificarsi difficoltà con le persone appartenenti alla stessa cultura, perché il minore non ha difeso la cultura di origine e si è aperto troppo verso la nuova cultura⁴⁹. Se si verificano questo tipo di problematiche, il minore potrebbe avere dei conflitti tra la cultura di appartenenza e quella del Paese ospitante e si potrebbero verificare esperienze di discriminazione, senso di esclusione e di frustrazione. È stato rilevato che le problematiche di acculturazione sono collegate ad una maggiore depressione (varianza del 41%) e che i fattori di stress derivanti da

⁴⁴ Oppedal B. & Idsoe T. (2012). *Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation*. *Anales de psicología*, 2012, vol. 28 no. 3. 683 – 694. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.155981>

⁴⁵ Rodriguez, I.M., Dobler, V. Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment- a Narrative Review. *Journ Child Adol Trauma* 14, 559–569 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00385-7>

⁴⁶ Ní Raghallaigh, M., & Sirriyeh, A. (2015). The negotiation of culture in foster care placements for separated refugee and asylum seeking young people in Ireland and England. *Childhood*, 22(2), 263-277. <https://doi.org/10.1177/0907568213519137>

⁴⁷ Miller, M. J., & Kerlow-Myers, A. E. (2009). A content analysis of acculturation research in the career development literature. *Journal of Career Development*, 35(4), 352–384. <https://doi.org/10.1177/0894845308327739>

⁴⁸ Keles S., Friborg O., Idsoe T., Sirin S. & Oppedal B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42(I), 52 – 63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>

⁴⁹ Zuecco, Margherita. 2022. *Minori stranieri non accompagnati e resilienza: una breve rassegna della letteratura*

esperienze post-migratorie abbiano un'influenza molto forte sul benessere/malessere psichico dei MSNA⁵⁰.

2.3 *Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità”⁵¹. La salute mentale è in stretta connessione con gli aspetti psicosociali secondo un approccio olistico, in cui vi è attenzione non solo alla dimensione personale, ma anche a quella materiale (condizione di benessere oggettivo) e a quella psicosociale⁵². La salute mentale può essere influenzata da particolari condizioni socioeconomiche, dai rapporti sociali ma anche da aspetti culturali. Il benessere psicologico varia nelle culture anche a seconda del modo in cui le persone usano le emozioni positive e negative. Le diverse culture forniscono alle persone modi differenti di interpretare le esperienze e le emozioni, e i giudizi riguardanti i livelli di felicità e di soddisfazione possono influire sul livello generale di percezione del benessere⁵³.

Risulta evidente quindi, che, quando parliamo di salute mentale dei minori stranieri non accompagnati entriamo in un ambito molto delicato che coinvolge molteplici aspetti e non si configura solamente come presenza o assenza di un disturbo mentale (spesso disturbo da stress post-traumatico e depressione), ma riflette un benessere mentale molto più generale con o senza problemi psicosociali. Queste problematiche sono una risposta a particolari situazioni di stress a cui sono esposti i minori stranieri non accompagnati⁵⁴, che nel tempo possono dissolversi o trasformarsi in disturbi mentali. La presenza dello stress o di un evento critico non è sufficiente a generare una risposta psicopatologica: è necessaria anche una certa vulnerabilità risultato di molteplici e interconnessi fattori biologici, psicologici, familiari e sociali. Da uno stress o da un contesto minaccioso possono scaturire, quindi, esiti totalmente diversi, a seconda di un complesso intreccio fra fase evolutiva del soggetto, passata esperienza di vita, relazione di attaccamento, soggettività, supporto sociale ed altri fattori⁵⁵.

La diagnosi di un problema psicologico è perciò un momento molto delicato che richiede un'attenta valutazione di un medico attraverso interviste cliniche, anche perché potrebbe essere un disagio transitorio o un segnale di un disturbo mentale. È da considerare inoltre che il nostro sistema diagnostico risponde a criteri stabiliti in sistemi come il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) o la Classificazione internazionale delle malattie (ICD) che descrivono problematiche riscontrate nel mondo occidentale dove vengono utilizzati strumenti di indagine tarati sulla relativa popolazione. I sistemi diagnostici non tengono conto dei metodi tradizionali di guarigione e mancano di un approccio interculturale che tenga conto dei bisogni, dei problemi e delle priorità espresse dai rifugiati⁵⁶.

⁵⁰ Keles S., Friborg O., Idsoe T., Sirin S. & Oppedal B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42(I), 52 – 63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>

⁵¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁵² Bhabha J., Kanics J., Senovilla Hernandez D., *Research Handbook on Child Migration*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2018

⁵³ Krzysztof Szadejko, *Il modello “biopsicosociale”: verso un approccio integrale*, Teoria e prassi, 2020, n.1, 21-29

⁵⁴ Nina Rehn-Mendoza, *Mental health and well-being of unaccompanied minors-A Nordic overview*, 2020, Nordic Welfare Centre

⁵⁵ Bisagni D., Bisagni E., Gasparini C., Quando l'educatore diventa un “allen-attore” di resilienza. L'applicazione del modello Casita al contesto della Casa-famiglia “La Faretra”, Teoria e prassi, 2020, n.1, 8-20

⁵⁶ Nina Rehn-Mendoza, *Mental health and well-being of unaccompanied minors-A Nordic overview*, 2020, Nordic Welfare Centre

La psichiatria accademica e operativa lavora per adattare gli strumenti alle condizioni locali di esercizio effettivo dell'attività clinica e assistenziale. I questionari, per esempio, sono stati tradotti e adattati nelle principali lingue dei migranti. L'adeguamento linguistico, però, non basta per giustificare l'utilizzo delle categorie diagnostiche e non le adatta allo specifico contesto culturale; ciò comporta il rischio di errori diagnostici considerevoli che oggi producono, ad esempio, la sovrastima dei disturbi psicotici a carico dei migranti⁵⁷.

In letteratura si trova accordo sulla prevalenza di Disturbo Post Traumatico da Stress, ansia e depressione. Una revisione bibliografica sui problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza dal GLNBM-SIP (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria) e pubblicata sul sito dello stesso Gruppo di Lavoro Nazionale⁵⁸ rileva che il PTSD è la patologia psichiatrica più frequente tra i MSNA (sempre superiore al 30,6%), seguito da ansia (> 26%) e depressione (> 12%). Si rileva altresì che il sesso di questi minori costituisce una variabile rilevante, infatti, il genere femminile costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie. Altro elemento rilevante è la collocazione nei Paesi di accoglienza: l'inserimento in centri ad ampia scala rispetto a quella in piccole case-famiglia, ove l'attenzione al minore è ovviamente maggiore, è un rilevante fattore predittivo della salute mentale dei MSNA.

Tuttavia, pur essendoci accordo sulla presenza di problematiche psicopatologiche, si è rilevata un'ampia variabilità nella prevalenza dei disturbi. Una revisione sistematica della letteratura sul tema specifico, operata da Kien e altri⁵⁹, prende in considerazione ricerche condotte in Europa tra il 1990 e il 2017 e rileva come un'eccessiva eterogeneità non permetta di effettuare una metanalisi dei 47 studi presi in esame. La prevalenza⁶⁰ dei disturbi psichiatrici e dei problemi di salute mentale studiati, variava ampiamente tra gli studi per il disturbo da stress post-traumatico tra il 19,0 e il 52,7%, per la depressione tra il 10,3% e il 32,8%, per i disturbi d'ansia tra l'8,7 e il 31,6%, e per problemi emotivi e comportamentali tra il 19,8 e il 35,0%.

Un aggiornamento dei dati epidemiologici è stato condotto da Calveras A.D. et al. (2022)⁶¹ prendendo in esame ricerche realizzate tra il 2017 e il 2022. Sono stati analizzati 23 studi condotti in 9 Paesi europei: la prevalenza di disturbi di salute mentale tra i bambini e gli adolescenti non accompagnati era alta, seppur molto variabile secondo i casi analizzati: dal 4,6% al 43% per (PTSD), dal 2,9% al 61,6% per la depressione, dal 32,6% al 38,2% per l'ansia e 4 al 14,3% per problemi comportamentali. Tre studi sui tentativi di suicidio e sui decessi hanno anche osservato tassi più elevati nell'URM rispetto alla popolazione ospitante della stessa età⁶². Gli studi che

⁵⁷ Inglese S., Cardamone G., Inglese G.D., Zorzetto S., *Scenari di Salute Mentale: Migrazioni Internazionali e Generazioni Discendenti*, Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, Vol. IV, n. 1, 2016

⁵⁸ Buccella V., Comolli E., *Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza: una revisione bibliografica*, Società Italiana di Pediatria, GLNBI, 2017.

⁵⁹ Kien C. et al., *Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review*, 2018, *European Child & Adolescent Psychiatry* (2019) 28:1295–1310 <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>

⁶⁰ In ambito medico si intende con il termine "Prevalenza": La proporzione di individui affetti da una condizione in una popolazione in un dato momento, viene spesso indicato da una percentuale; mentre con il termine "Incidenza": Il tasso di nuovi casi di una condizione che si verificano in una popolazione durante un periodo di tempo specifico.

⁶¹ Calveras A.D., Baldaquí N., Baeza I., *Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review*, 2022, *Child Abuse & Neglect* 133 (2022) 105865

⁶² Tre studi (Amiri et al., 2021; Armitage et al., 2022; Mittendorfer-Rutz et al., 2020) hanno fornito dati sulla questione. Dai dati aggregati dei registri amministrativi danesi dal 2015 al 2019, i minori stranieri non accompagnati (età <18 anni) hanno mostrato un tasso di 1164,7 tentativi di suicidio su 100.000, rispetto ai 82,9 su 100.000 nella popolazione generale (Amiri et al., 2021). Inoltre, l'8% dei minori stranieri non accompagnati nel Regno Unito ha riferito di autolesionismo o tentativi di suicidio (Armitage et al., 2022). In Svezia, Mittendorfer-Rutz et al. (2020) hanno osservato un tasso di suicidi tra i minori stranieri non accompagnati (età 14-18 anni) di 40,7 su 100.000, in contrasto con l'indice di 7,6 su 100.000 nella popolazione generale, rappresentando una differenza di cinque volte. Tuttavia, Amiri et al. (2021) non hanno riportato casi di suicidio tra i minori stranieri non accompagnati.

esaminano i fattori di rischio per la salute mentale suggeriscono che i livelli di supporto sociale nel Paese ospitante e l'ambiente di accoglienza sono associati alla psicopatologia. Inoltre, una metanalisi di quattro studi riguardanti PTSD in MSNA e minori rifugiati accompagnati ha mostrato una prevalenza inferiore in quest'ultimo gruppo.

Dal confronto con altri gruppi si nota come vi sia una maggiore rilevanza dei disturbi psicopatologici anche rispetto ai coetanei nativi del Paese ospitante: uno studio di confronto tra minori stranieri non accompagnati e adolescenti olandesi mostra un punteggio più elevato per ansia, depressione e PTSD nel primo gruppo (60%) rispetto al secondo (11,7%)⁶³. Altri studi, in cui è stata utilizzata la scala HSCL (Hopkins Symptoms Checklist) per investigare i sintomi internalizzanti, hanno riscontrato nei MSNA rifugiati un'alta prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi, con punteggi significativamente maggiori rispetto alla popolazione di adolescenti originari del Paese ospitante⁶⁴. In un altro studio i rifugiati hanno una probabilità 10 volte maggiore di avere un disturbo da stress post-traumatico rispetto alle popolazioni native della stessa età, e sono comunemente segnalati anche l'abuso di sostanze e l'autolesionismo⁶⁵.

Anche nella revisione condotta da Buccella e Comolli⁶⁶ si sono analizzate ricerche che confrontano i MSNA con i minori accompagnati e con i minori non migranti. Si rileva che i MSNA sono esposti a maggiori tipologie e a un maggior numero di Esperienze Stressanti e potenzialmente Traumatiche (SLE) rispetto ai pari età migranti con le loro famiglie o a quelli autoctoni dei Paesi di accoglienza. In alcuni studi (Wiese e Burhorst) si rileva che il 63% dei MSNA abbia vissuto più di 4 SLE rispetto al 16% dei minori accompagnati, mentre in altri (Bean) si riscontra che i MSNA hanno vissuto il doppio delle SLE rispetto ai coetanei non migranti. Tuttavia, i MSNA presentano una minore frequenza di patologie esternalizzanti - della condotta, dell'apprendimento e dello sviluppo - che vengono maggiormente diagnosticate nei minori accompagnati e non migranti. Il motivo di ciò può essere individuato nel fatto che queste ultime patologie vengono generalmente segnalate dai genitori: i tutori non riescono quindi a individuare prontamente i primi segni e sintomi di psicopatologia nei MSNA, come invece farebbero i genitori per i propri figli. La ricerca condotta da Bean evidenzia che solo il 12,7% dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) è seguito dai servizi di salute mentale, nonostante il 57,8% dei minori intervistati abbia manifestato la necessità di assistenza da parte di professionisti. Lo studio ha anche esaminato la percezione di tutore e insegnanti sulla salute mentale dei minori, rivelando una significativa discrepanza: solo nel 6,3% dei casi vi è stata concordanza tra il minore, il tutore e l'insegnante.

Altre ricerche confermano che la maggior parte dei MSNA ha subito un numero di esperienze stressanti e potenzialmente traumatiche o eventi potenzialmente letali (82%), abusi fisici (78%) o la

⁶³ Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H. *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2009 Apr 2;3(1):13. doi: 10.1186/1753-2000-3-13. PMID: 19341468; PMCID: PMC2682790.

⁶⁴ Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*. Scand J Psychol. 2014 Feb;55(1):33-7

Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. *Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*. J Nerv Ment Dis. 2007 Apr;195(4):288-97

Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M.B. & Fjermestad, K.W. *Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 8, 29 (2014). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>

⁶⁵ Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, Dales J, Moussaoui D, Kastrop M, Tarricone I, Till A, Bassi M, Carta M; *European Psychiatric Association. EPA guidance mental health care of migrants*. Eur Psychiatry. 2014 Feb;29(2):107-15. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.003. Epub 2014 Feb 4. PMID: 24503244.

⁶⁶ Buccella V., Comolli E., *Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza: una revisione bibliografica*, Società Italiana di Pediatria, GLNBI, 2017

perdita di un parente stretto (78%) nella loro vita passata⁶⁷. Le esperienze traumatiche hanno fortemente influenzato la salute mentale: maggiore è il numero di esperienze traumatiche riportate, maggiore è l'incidenza di sintomi di ansia, depressione e PTSD⁶⁸.

Nella revisione di Buccella V., Comolli E., (2017) le ricerche analizzate confermano la correlazione tra il numero di esperienze traumatiche (SLE) vissute dai ragazzi e la frequenza delle psicopatologie. In particolare, tutti gli studi hanno rilevato una correlazione tra SLE e PTSD: studi singoli hanno trovato una correlazione con ansia, depressione, problemi della condotta e del comportamento pro-sociale. Inoltre, emerge, dalla revisione della letteratura, che la percentuale di MSNA esposti a eventi stressanti è risultata essere molto elevata. Infatti, si rileva⁶⁹ come la popolazione di MSNA abbia vissuto almeno un'esperienza traumatica in una percentuale compresa tra il 96,3% e il 100% a seconda degli studi. Gli studi longitudinali mostrano che, sebbene cambi nel tempo la tipologia di eventi stressanti, il loro numero aumenta costantemente dimostrando, con ciò, che la condizione dei MSNA si aggrava costantemente.

Uno studio longitudinale⁷⁰ condotto su un gruppo di giovani migranti non accompagnati in Norvegia, ha mostrato che i problemi di salute mentale rilevati hanno un carattere persistente. Tra i MSNA di 10-16 anni, il 54% soffriva di PTSD dopo sei mesi dall'arrivo in Norvegia, il 30% soffriva di ansia e il 20% di depressione. Dopo due anni di permanenza, non ci sono stati cambiamenti significativi (il 60% aveva PTSD e il 50% aveva ansia o depressione). Dopo cinque anni, i livelli di PTSD e ansia sono rimasti quasi gli stessi, mentre il livello di depressione sembrava diminuire (il 42% soffriva di PTSD, il 25% di ansia e il 15% di depressione grave). Coloro che sono arrivati più giovani avevano meno problemi di salute mentale, mentre le donne e le persone gravemente esposte a traumi presentavano livelli più elevati di sintomi. Circa il 60% ha detto di aver ricevuto meno sostegno sociale di quello di cui avrebbe avuto bisogno e il 30% non aveva nessuno che se ne prendesse cura. Le sfide quotidiane hanno avuto un grande impatto sul benessere, le più importanti sono la mancanza di denaro, il sentirsi insicuri riguardo al futuro e la difficoltà ad ottenere i documenti. I traumi riferiti aumentano per un numero significativo di giovani dopo il loro arrivo in Norvegia: nello specifico il 55% aveva assistito alla violenza, il 51% aveva subito la morte o la malattia di una persona vicina, il 33% aveva assistito a violenze nel luogo in cui viveva. La persistenza dell'esposizione ai traumi, alti livelli di problemi quotidiani e un basso supporto sociale si correlano positivamente con alti livelli di sintomi di ansia, depressione, esternalizzazione e sintomi da stress post traumatico. L'aiuto per gestire i problemi quotidiani, quindi, può essere particolarmente importante per garantire benessere e integrazione.

⁶⁷ Jakobsen M, Demott MA, Heir T. *Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway*. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2014 Jun 13; 10:53-8. doi: 10.2174/1745017901410010053. PMID: 25006343; PMCID: PMC4085584.

⁶⁸ Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. Scand J Psychol. 2014 Feb;55(1):33-7

⁶⁹ Jakobsen M, Demott MA, Heir T. *Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway*. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2014 Jun 13; 10:53-8. doi: 10.2174/1745017901410010053. PMID: 25006343; PMCID: PMC4085584.

Wiese EB, Burhorst I. *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*. Transcult Psychiatry. 2007 Dec;44(4):596-613. doi: 10.1177/1363461507083900. PMID: 18089641.

⁷⁰ Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M.B. & Fjermestad, K.W. *Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 8, 29 (2014). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>

Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*. Clin Child Psychol Psychiatry. 2015 Jan;20(1):106-16. doi: 10.1177/1359104513499356. Epub 2013 Aug 27. PMID: 23982990.

Jensen TK, Skar AS, Andersson ES, Birkeland MS. *Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019 Dec;28(12):1671-1682. doi: 10.1007/s00787-019-01340-6. Epub 2019 Apr 19. Erratum in: Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019 Jul 16; PMID: 31004294.

In uno studio si evidenzia come sia significativo per l'andamento del disturbo depressivo il contesto in cui sono inseriti nel Paese ospitante⁷¹. Anche un altro studio conferma una relazione tra la persistenza del disturbo post traumatico da stress e le condizioni di vita nel Paese ospitante unite allo stato della richiesta d'asilo⁷².

Il disturbo post traumatico da stress può avere a lungo termine importanti *outcome* con ricadute psicologiche e sociali. Viene associato a maggiori problemi comportamentali, interpersonali ed emotivi, abuso di sostanze e fallimento scolastico⁷³. Possono esserci altri esiti associati come la presenza di pensieri intrusivi, difficoltà di attenzione e memoria, disturbi del sonno e interferenza con i processi di apprendimento⁷⁴.

Risulta, quindi, di fondamentale importanza diagnosticare correttamente questo disturbo, in modo da poterlo trattare tempestivamente⁷⁵, ma anche allo stesso tempo agire sul contesto e sullo stile di vita del minore nel Paese ospitante, perché può avere positive ricadute anche sulla sua salute mentale e sul livello di stress.

2.4 Fattori di rischio e di protezione psico-evolutivi

L'attenzione verso il benessere e la salute mentale dei MSNA degli ultimi anni ha prodotto numerose ricerche che mettono in luce la vulnerabilità di questi ragazzi. Come già descritto, la loro condizione di adolescenti, soli e in un Paese straniero con alle spalle eventi traumatici, li pone in una situazione di rischio evolutivo. Le esperienze negative spesso vanno amplificandosi anche dopo l'arrivo in Italia, a causa di cambi di strutture di collocamento e di figure di riferimento e attesa di documenti⁷⁶.

Potrebbero inoltre essere vittime o testimoni di abusi e/o violenze fisiche e/o psicologiche, vivere in condizioni di estrema povertà e scarsa igiene, subire lo sfruttamento e l'allontanamento da parte della famiglia stessa, potrebbero essere vittime della criminalità organizzata e a rischio di devianza sociale.

Altre ricerche invece contestano l'associazione esperienza migratoria – trauma⁷⁷, e identificano alcuni fattori che potrebbero portare (ma non necessariamente) a forme di vulnerabilità (isolamento, carenza di conoscenze dei contesti, perdite e lutti), puntando altresì l'attenzione sulle risorse che invece emergono. I ragazzi migranti portano con loro anche competenze e risorse che vanno identificate, valorizzate e rafforzate⁷⁸. Diversi studi⁷⁹ hanno evidenziato la frequenza del fenomeno

⁷¹ Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. *Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents*. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Jul;49(7):723-32. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x. Epub 2008 Jul 1. PMID: 18492037.

⁷² Smid et al., *Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms*, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40:5, 742-755

⁷³ Connor D.F., Ford J.D., Arnsten A.F. e Greene C.A. (2015), *An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents*, Clinical Pediatrics, 54(6), 517-528.

⁷⁴ DeSocio J. e Hootman J. (2004), *Children's mental health and school success*, "J Sch Nurs", 20, 189-96.

Perfect M.M., Turley M.R., Carlson J.S., Yohanna J. e Saint Gilles, M.P. (2016), *School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015*, "School Ment Health", 8, 7-43.

⁷⁵ Salari R., Malekian C., Linck L., Kristiansson R. e Sarkadi A. (2017), *Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care*, "Scandinavian journal of public health", 45(6), 605-611.

⁷⁶ Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni R., Trapani A., Pennati C., Fattori F., Costantino A., *Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata*, Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria, Numero 25, 2021

⁷⁷ Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010). *Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychanalytic approach*. Traumatology, 16(4), 27-38. <https://doi.org/10.1177/1534765610393183>

⁷⁸ UNICEF, *Nuovi Percorsi, Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia*, 2022

definito di ‘sviluppo attivato dalle avversità’ e di ‘crescita post-traumatica’, secondo il quale l’esposizione a un’avversità e a un avvenimento drammatico (dunque potenzialmente traumatico, ma non necessariamente divenuto trauma) può generare, proprio in seguito all’esperienza dolorosa, un rafforzamento delle proprie risorse interiori e lo sviluppo di nuovi aspetti personali e di adattamento, soprattutto per quanto riguarda l’apprezzamento per la vita, le relazioni con gli altri, l’identificazione di nuove possibilità, la forza personale.

Per questo, diventa necessario indagare quali sono i fattori di protezione interni ed esterni al minore che gli permettono di agire come *active survivor* piuttosto che come *passive victim*, utilizzando le proprie capacità per adattarsi alla nuova e difficile realtà⁸⁰. Ciò al fine di non considerare i MSNA come vittime inerti, bensì come persone ricche di risorse, sebbene in una posizione di vulnerabilità (Johansen & Studsrød, 2019; Wernesjö, 2012). Questo elemento è stato confermato anche nella nostra precedente indagine⁸¹. Abbiamo infatti rilevato una grande resilienza in questi ragazzi, un grande desiderio ma anche una notevole capacità di affrontare positivamente le criticità che la vita gli pone. Sovente maggiore dei coetanei italiani.

Il benessere costituirebbe una complessa interazione tra la persona, le sue risorse interne e il contesto, nelle sue relazioni sociali e possibilità che offre, in una interazione tra passato e presente⁸². In una ricerca⁸³ si promuove un approccio olistico che prende in considerazione sia paure e preoccupazioni, che forze e speranze, per cui è essenziale bilanciare vulnerabilità e resilienza anche attraverso il supporto di adulti esterni, volto a favorire i processi di autosufficienza, la ricerca di modi per rigenerare il senso di appartenenza perduto e l’essere responsabili della propria vita.

Di seguito sono sintetizzati i fattori protettivi e le strategie di *coping* che possono fare davvero la differenza nella vita dei minori non accompagnati che abbiamo ricavato dall’analisi della letteratura scientifica. Queste si basano sul paradigma della resilienza⁸⁴. La resilienza può essere definita come "uno stato dinamico che permette a un individuo di funzionare in modo adattivo nonostante i fattori di stress significativi, utilizzando alcuni fattori protettivi per moderare l’impatto di alcuni fattori di rischio"⁸⁵. La resilienza coinvolge tre dimensioni, quella individuale, quella relazionale e quella sociale. Abbiamo quindi cercato in letteratura quali sono le caratteristiche proprie delle tre dimensioni.

⁷⁹ Papadopoulos, R. K. (2007). *Refugees, trauma and Adversity-Activated Development*. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Ramos, Catarina and Isabel Leal. "Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts." Psychology, community & health 2 (2013): 43-54

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". Psychological Inquiry, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

⁸⁰ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione*, 2018

⁸¹ F. Brauzzi, V. Sodano. 2022. I Minori Stranieri Non Accompagnati: Gli aspetti psicologici, emotivi e relazionali. *CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati*. 2022.

⁸² Bugno L., *Minori stranieri non accompagnati e well-being: una revisione della letteratura*, Journal of Health Care Education in Practice, May 2020

⁸³ Kohli, R., & Mather, R. (2003). *Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum seeking young people in the United Kingdom*. Child and Family Social Work, 8, 201–212

⁸⁴ Johansen, Kristina & Studsrød, Ingunn. (2019). "Help goes around in a circle": young unaccompanied refugees' engagement in interpersonal relationships and its significance for resilience. International Journal of Migration, Health and Social Care.

Bjernelid, M., Lindmark, G., Diskett, P., & Garrett, M. J. (2004). *Perceptions of work in humanitarian assistance: Interviews with returning Swedish health professionals*. Disaster Management & Response, 2, 101–108.

Wernesjö, U. (2012). *Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective?* Childhood, 19(4): 495-507

Maegusuku-Hewett, T., Dunkerley, D., Scourfield, J. & Smalley, N. (2007). *Refugee Children in Wales: Coping and Adaptation in the Face of Adversity*. Children & Society, 21(4): 309-321.

⁸⁵ Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. *The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment*. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:255-91

I fattori protettivi individuali si riferiscono a tutte le caratteristiche interne alla persona, le sue attitudini, proprie della sua personalità. Tra questi sono indicate⁸⁶ caratteristiche come la capacità soggettiva di problem solving, il senso di autostima e l'importanza che si dà alla propria identità etnica. Nell'articolo di Bugno (2020)⁸⁷ vengono individuati quali fattori di protezione: la diffidenza, l'indipendenza, il senso di continuità, l'adattamento, la soppressione delle emozioni e l'atteggiamento positivo⁸⁸ (Raghallaigh e Gilligan, 2010). Vediamo i principali più nel dettaglio.

Nella ricerca condotta da De Micheli (2008)⁸⁹ sono state indagate le strategie di *coping*⁹⁰ maggiormente correlate con un minore stato depressivo. Le strategie di coping più utilizzate dal gruppo di ragazzi che ha partecipato all'indagine, sono: affrontare le problematiche attraverso soluzioni operative e la religione, seguite dalla capacità di ricercare un supporto, e di distrazione. La depressione è maggiore nei casi in cui viene utilizzata la strategia di coping dell'autoaccusa, minore invece con la capacità di ricercare un supporto. Le strategie di coping sono fra loro correlate indicando un utilizzo flessibile di diverse modalità di risposta allo stress. Emerge un utilizzo diversificato delle strategie di coping secondo tre pattern tra loro correlati:

1. ricerca di supporto, affrontare operativamente e distrazione;
2. religione;
3. ritiro-negazione.

I primi due possono essere considerati fattori protettivi, mentre il pattern autoaccusa e ritiro-negazione può rappresentare un fattore di rischio per il benessere psicologico.

La repressione

La repressione è definita come "l'evitamento abituale di stimoli minacciosi o negativi"⁹¹ o, anche, come una difesa che descrive la tendenza ad affrontare i conflitti o gli stress espellendo desideri, pensieri o esperienze disturbanti dalla consapevolezza cosciente⁹². In uno studio⁹³ individui identificati come "repressori", sono rimasti relativamente sani mentalmente di fronte alle avversità⁹⁴, mostrando meno sintomi di psicopatologia, minore presenza di problemi di salute e di disturbi somatici, e sono stati valutati come meglio adattati rispetto agli individui che non hanno usato la repressione. I MSNA, nel campione studiato, hanno riportato livelli significativamente più

⁸⁶ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione, 2018*

⁸⁷ Bugno L., *Minori stranieri non accompagnati e well-being: una revisione della letteratura*, Journal of Health Care Education in Practice, May 2020

⁸⁸ Raghallaigh, M. N., Gilligan, R. (2010). *Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion*. Child and Family Social Work, 15: 226-237.

⁸⁹ De Micheli M., *Minori Stranieri Non Accompagnati: Storie Di Vita, Variabili Clinico-Sociali e Contesto Istituzionale Un' indagine multi-metodo*, 2009

⁹⁰ Le "strategie di coping" si riferiscono a un insieme di approcci, tecniche o comportamenti che le persone adottano per affrontare e gestire lo stress, le sfide o le situazioni difficili nella loro vita. Queste strategie sono utilizzate per far fronte alle emozioni negative, ridurre l'ansia e migliorare il benessere psicologico. Le strategie di coping possono essere di vario tipo, inclusi il supporto sociale, la riflessione, la risoluzione dei problemi, la distrazione, l'esercizio fisico, la meditazione, e molte altre. Le strategie di coping possono essere adattive o meno adattive, a seconda di come influenzano la salute mentale e il benessere complessivo di una persona.

⁹¹ Mancini, A. D. and Bonanno, G. A. (2009). *Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model*. Journal of Personality, 77(6), 1805-1832. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x>

⁹² Steiner JE, Glaser D, Hawilo ME, Berridge KC. *Comparative expression of hedonic impact: affective reactions to taste by human infants and other primates*. Neurosci Biobehav Rev. 2001 Jan;25(1):53-74..

⁹³ Huemer, J., Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., G. Denny, Granditsch, E, Mitterer, M, Steiner, H. (2013). *Personality and Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors*, Repression, Resilience and Vulnerability. Child Psychiatry & Human Development, 44(1), 39-50

⁹⁴ Coifman KG, & Bonanno GA. (2010). When distress does not become depression: emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. The Journal of Abnormal Psychology, 119(3), 479-490. doi: <https://doi.org/10.1037/a0020113>

alti di difensività repressiva, negazione dell'angoscia e contenimento, rispetto ai dati normativi della popolazione di pari età. Anche altri studi⁹⁵ hanno trovato associazioni positive tra la difensività repressiva (che rappresenta l'estremo autocontrollo o la soppressione dei desideri egoistici), la negazione dell'angoscia (che indica il fallimento nell'ammettere un appropriato affetto negativo) e il contenimento (che consiste nel controllo degli impulsi, soppressione dell'aggressività, considerazione degli altri e responsabilità). Tutte e tre queste variabili sono correlate alla repressione e sono di conseguenza associate negativamente con la segnalazione di Distress abituale, cioè affetto negativo, come Ansia, Depressione e Rabbia⁹⁶.

Senso di speranza

Alcuni ricercatori, come Jani et al. (2015)⁹⁷ hanno posto in connessione tra loro i concetti di wellbeing, resilienza e speranza: se la resilienza consente di superare gli effetti negativi provenienti da esperienze avverse, i fattori protettivi hanno un ruolo decisivo e la speranza è tra questi. Le autrici hanno rilevato come essa aiuti i MSNA a raggiungere una maggiore stabilità e ad integrarsi più rapidamente nella nuova comunità. La speranza è stata definita operativamente come capacità di individuare obiettivi concreti e realizzabili e, al tempo stesso, convinzione nella propria capacità di raggiungerli (agency).

Identità etnica e acculturazione

Nella ricerca di De Micheli (2009)⁹⁸ viene approfondito il ruolo dell'identità etnica nei MSNA. Si è trovata una correlazione rispetto al Paese di provenienza: per gli adolescenti provenienti dal Nord Africa, dopo 2 anni di permanenza in Italia l'identità etnica si rafforza significativamente; al contrario per quelli dell'Est Europa sembra indebolirsi, sebbene tale risultato non sia statisticamente significativo. Nella ricerca viene indicata come una soluzione particolarmente adattiva la stabilità dei processi di affiliazione e appartenenza etnica, unitamente alla flessibilità nella risposta agli eventi stressanti. Il progresso nelle competenze e conoscenze nella cultura della società d'accoglienza, unitamente ad una forte identità etnica, costituiscono un fattore protettivo per un positivo processo di integrazione e di promozione della salute mentale⁹⁹. Il benessere mentale beneficia di un senso di appartenenza¹⁰⁰ sia al Paese di accoglienza che a quello nuovo. Adottare la lingua e i comportamenti del nuovo Paese, mantenendo la propria identità etnica, sembra la chiave per una buona riuscita del percorso migratorio. Nell'articolo di Bugno (2020)¹⁰¹ si sottolinea che la continuità tra presente, passato e futuro è la chiave per mantenere una solida identità personale,

⁹⁵ Steiner H, & Feldman SS. (1995). Two approaches to the measurement of adaptive style: comparison of normal, psychosomatically ill, and delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2):180–190.

⁹⁶ Huemer, J., Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., G. Denny, Granditsch, E, Mitterer, M, Steiner, H. (2013). Personality and Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors, Repression, Resilience and Vulnerability. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(1), 39–50

⁹⁷ Jani et al., *Hope as a Crucial Factor in Integration Among Unaccompanied Immigrant Youth in the USA: A Pilot Project*, 2015, *Journal of International Migration & Integration*

⁹⁸ De Micheli M., *Minori Stranieri Non Accompagnati: Storie Di Vita, Variabili Clinico-Sociali e Contesto Istituzionale Un'indagine multi-metodo*, 2009

⁹⁹ Oppedal B., & Idsoe, T., (2012). *Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation*. *Anales de Psicología*, 2012, vol. 28, n° 3 (octubre), pp. 683-694 – in Lo Cascio M., 2017. *Minori stranieri non accompagnati e comunità ospitanti. Verso un programma integrato di interventi*. 2017.

¹⁰⁰ Straiton, M.L., Aambø, A.K. & Johansen, R. *Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors*. *BMC Public Health* 19, 325 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6649-9>

¹⁰¹ Bugno L., *Minori stranieri non accompagnati e well-being: una revisione della letteratura*, *Journal of Health Care Education in Practice*, May 2020

indispensabile per vivere una sensazione di relativa tranquillità¹⁰². Raghallaigh e Galligan (2010) vedono nella religiosità tanto un'ancora nel passato per l'identità del minore, quanto il soddisfacimento del bisogno di essere riconosciuti all'interno di un gruppo culturalmente affine¹⁰³. L'appartenenza a un gruppo di stessa etnia o provenienza si rivela, dunque, un fattore di protezione per i MSNA¹⁰⁴.

Le relazioni sociali con i pari e l'integrazione sociale

L'influenza dei rapporti sociali ed il loro impatto sulla sfera individuale sono stati indagati da varie ricerche. L'indagine più recente¹⁰⁵ riguarda da un lato le modalità di relazione interpersonale dei giovani rifugiati non accompagnati in Norvegia, dall'altro il significato che tali interazioni assumono. I partecipanti hanno descritto attivamente la ricerca di supporto, mostrando anche preoccupazione per gli altri. Non solo: i ragazzi si sono impegnati in relazioni di reciproco sostegno e aiuto attraverso atti di gentilezza o coinvolgimento sociale. Tuttavia, le ricercatrici concludono che le figure adulte di riferimento dovrebbero lavorare nella direzione di sviluppare la capacità dei giovani di coinvolgimento e di sostegno reciproco, giacché le relazioni descritte dai ragazzi non hanno costituito solo una fonte di felicità, sicurezza e benessere, ma anche di dolore e preoccupazione.

Aiuto e sostegno da parte degli adulti

La letteratura¹⁰⁶ dimostra che le relazioni di aiuto e sostegno da parte degli adulti, contribuiscono in modo significativo alla resilienza nei bambini e nei giovani. Strumenti centrali di questa relazione sono l'empatia reciproca e il coinvolgimento. Altre ricerche¹⁰⁷ definiscono anche le dimensioni di questa relazione: la prima è quella delle azioni volte a porre ordine e a soddisfare le esigenze pratiche. Infatti, lavorare nella prospettiva del "qui e ora" ha come obiettivo lo stabilire un rapporto di fiducia con i ragazzi. La seconda categoria è quella dell'ascolto delle storie dei minori da parte delle figure di riferimento. Infatti, facilitare l'esplicitazione dei vissuti e dei sentimenti, consente a questi ragazzi di elaborare le esperienze, elaborare i lutti e, di conseguenza, essere pronti a pianificare il futuro. Infine, la costanza nella presa in carico, il supportare nel lungo periodo i ragazzi nell'organizzazione del quotidiano e dei progetti di vita. Fattore questo che dà un senso di stabilità e permette di raggiungere gli obiettivi, i quali, per ogni essere umano, possono essere raggiunti se perseguiti con costanza. Trovare adulti di riferimento in cui riporre nuovamente fiducia, può ricreare un ambiente familiare e protettivo, ideale per superare le difficoltà. Un adulto che possa accompagnare il minore nel processo di costruzione dell'identità, proponendosi come figura

¹⁰² Raghallaigh, M. N., Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15: 226-237.

¹⁰³ Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J.M. (2005). The "lost boys of Sudan": Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(6): 585-591.

¹⁰⁴ Pavani, L., Gullace, G., Long, J. (2019). *Il ruolo delle Università a favore dei tutori volontari di minori stranieri non accompagnati: spunti per modellizzare un'esperienza di Terza Missione e promuovere contaminazioni virtuose tra intervento sociale, ricerca e didattica*. *Lifelong, Lifewide Learning*, 15(33): 87-98.

¹⁰⁵ Johansen, Kristina & Studsrød, Ingunn. (2019). "Help goes around in a circle": young unaccompanied refugees' engagement in interpersonal relationships and its significance for resilience. *International Journal of Migration, Health and Social Care*.

¹⁰⁶ Johansen, Kristina & Studsrød, Ingunn. (2019). "Help goes around in a circle": young unaccompanied refugees' engagement in interpersonal relationships and its significance for resilience. *International Journal of Migration, Health and Social Care*.

¹⁰⁷ Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P., & Garrett, M. J. 2004. *Perceptions of work in humanitarian assistance: Interviews with returning Swedish health professionals*. *Disaster Management & Response*. 2004, 2.

di riferimento alla quale indirizzarsi e modello cui ispirarsi, favorisce nel minore le sue spinte progettuali, scolastiche, lavorative¹⁰⁸.

Le prospettive di inclusione

In un'altra review,¹⁰⁹ oltre a proporre il cambio di prospettiva in favore del paradigma della resilienza considerato in precedenza, la ricercatrice sostiene che sia necessario far emergere quali siano le prospettive ed i desideri dei minori stranieri non accompagnati ed anche indagare come i processi di potere, esclusione sociale e razzismo che si verificano nei Paesi ospitanti influiscano sul wellbeing.

Il ruolo del supporto psicologico

Altri studi¹¹⁰ evidenziano l'importanza del ruolo dello psicologo counselor, in quanto provvisto di un ricco set di competenze attraverso cui progettare e attuare strategie di advocacy e di cambiamento sociale per promuovere i diritti ed il benessere dei minori stranieri non accompagnati. In un follow up¹¹¹ con minori stranieri non accompagnati dopo 6 mesi, 2 e 5 anni dal loro arrivo, si rileva come sia importante fornire un supporto nel tempo, anche dopo l'insediamento, per gestire i problemi di salute mentale in generale e stress post-traumatico in particolare, oltre a consentire la costruzione di reti sociali. In un altro follow up¹¹² si osserva come il supporto sociale e l'ingresso nel mondo del lavoro siano fattori determinanti per stabilire il benessere percepito da questi giovani. Nella relazione di aiuto il dialogo diventa centrale, nelle relazioni di supporto diventa un dispositivo terapeutico. Le differenze culturali e i vissuti traumatici possono essere accolti, possono essere co-costruiti nuovi significati e ponti fra i sistemi di rappresentazioni posti in gioco nella relazione tra operatori e migranti¹¹³.

Il riconoscimento emotivo e sociale nelle relazioni umane

Infine, altre ricerche¹¹⁴ identificano il riconoscimento emotivo e sociale nelle relazioni umane come fondamentale per lo sviluppo e il mantenimento del benessere delle persone, specie se giovani. Infatti, è dimostrato come gli affidamenti familiari siano da preferire tra le diverse possibili forme di presa carico di minori stranieri non accompagnati, poiché vantano le migliori condizioni per fornire relazioni di supporto e connessioni emotive salde.

¹⁰⁸ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione*, 2018

¹⁰⁹ Ulrika Wernesjö, *Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective?*, *Childhood*, 2012. 19(4), pp.495-507. <http://dx.doi.org/10.1177/0907568211429625>

¹¹⁰ Becker Herbst, R., Sabet, R. F., Swanson, A., Suarez, L. G., Marques, D. S., Ameen, E. J., & Aldarondo, E. (2018). "They were going to kill me": Resilience in unaccompanied immigrant minors. *The Counseling Psychologist*, 46(2), 241–268. <https://doi.org/10.1177/0011000018759769>

¹¹¹ Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M.B. & Fjermestad, K.W. *Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors*. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 8, 29 (2014). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>

¹¹² Wallin, A.-M. M., & Ahlström, G. I. (2005). Unaccompanied Young Adult Refugees in Sweden, Experiences of their Life Situation and Well-being: A Qualitative Follow-up Study. *Ethnicity & Health*, 10(2), 129–144. <https://doi.org/10.1080/13557850500071145>

¹¹³ Lo Cascio, Martino. 2017. *Minori stranieri non accompagnati e comunità ospitanti. Verso un programma integrato di interventi*. 2017.

¹¹⁴ Sirriyeh, A., & Ní Raghallaigh, M. (2018). Foster care, recognition and transitions to adulthood for unaccompanied asylum seeking young people in England and Ireland. *Children and Youth Services Review*, 92, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.039>

Tra i fattori protettivi troviamo quindi fattori individuali, come la capacità soggettiva di problem solving, il senso di autostima e l'importanza che si dà alla propria identità etnica; familiari, laddove vi è coesione e affetto con degli adulti responsabili; sociali, che coinvolgono la scuola, il gruppo di pari, l'ambiente di lavoro e la stessa comunità di appartenenza; politici ed economici, nella misura in cui riescano o no a facilitare l'integrazione e l'accoglienza; e infine culturali, come per esempio il senso di identità culturale e la vicinanza tra le due culture tra le quali si è sospesi (ospitante e del Paese d'origine). I bisogni educativi e psicologici del MSNA dei quali bisogna prendere consapevolezza in ottica della costruzione di un progetto d'inclusione e di sostegno di successo sono dunque molteplici¹¹⁵, inoltre, è importante sottolineare come non tutti i fattori protettivi siano interni e propri del minore. Emerge come siano importanti anche il contesto e le relazioni sociali. Anche gli aspetti politici, come le questioni legate al permesso di soggiorno, assumo la loro rilevanza perché possono facilitare o ostacolare il processo di integrazione e aumentare la sensazione di precarietà. Questi aspetti rientrano nei fattori di rischio post-migratori e sono importanti tanto quanto i fattori individuali maggiormente legati ad esperienze pre-migratorie e di viaggio. È compito del contesto ammortizzare e sostenere le fatiche di adattamento iniziali, favorendo o meno tutto il processo dell'adattamento stesso,¹¹⁶. Il fattore di rischio maggiore è infatti il fallimento del progetto migratorio o la possibilità che nel breve periodo siano del tutto frustrate, deluse, frante le finalità per cui era stata intrapresa la migrazione¹¹⁷.

In conclusione, ci sentiamo di sottolineare un ultimo fattore protettivo che promuove la resilienza e le strategie di coping e che racchiude in sé tutte le dimensioni descritte: il senso di coerenza¹¹⁸. Secondo Antonovsky, il senso di coerenza ha tre componenti:

1. **Comprensibilità:** la convinzione che le cose accadono in modo ordinato e prevedibile e la sensazione di poter comprendere gli eventi della propria vita e prevedere ragionevolmente cosa accadrà in futuro.
2. **Gestibilità:** la convinzione di avere le capacità, il supporto, l'aiuto o le risorse necessarie per prendersi cura delle cose e che le cose siano gestibili e sotto il proprio controllo.
3. **Significatività:** la convinzione che le cose nella vita siano interessanti e fonte di soddisfazione, e che ci sia una buona ragione o uno scopo per preoccuparsi di ciò che accade.

¹¹⁵ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione*, 2018

¹¹⁶ Colucci S., *Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani*, Codici Ricerca e Intervento

¹¹⁷ Lo Cascio M., 2017. *Minori stranieri non accompagnati e comunità ospitanti. Verso un programma integrato di interventi*. 2017.

¹¹⁸ Nina Rehn-Mendoza, *Mental health and well-being of unaccompanied minors-A Nordic overview*, 2020, Nordic Welfare Centre

3. La risposta del sistema ai bisogni evolutivi dei MSNA

3.1 *Gli interventi di Salute Mentale e Supporto Psicosociale (MHPSS)*

Gli interventi sulla salute mentale mirano alla protezione e al supporto del benessere bio-psico-sociale. L'acronimo MHPSS (Mental Health And Psychosocial Support) punta a sottolineare lo stretto legame tra le due condizioni (salute mentale e supporto psicosociale) specialmente nel gestire un intervento psicologico in situazioni di emergenza. Esso si riferisce infatti a "ogni tipologia di supporto locale o esterno volto a tutelare o promuovere il benessere psicosociale e/o a prevenire o trattare il disagio mentale"¹¹⁹. Gli interventi in questo campo sono di diversa natura, dalla promozione delle risorse individuali, le competenze di vita, al rinforzare i legami di supporto nel gruppo e favorire il superamento della sofferenza psichica. L'approccio MHPSS si basa sull'interconnessione di fattori bio-psicologici, socioeconomici/socio-relazionali e culturali.

Le azioni in questa delicata area fanno riferimento alle Linee Guida del Comitato Permanente Inter-Agenzie (IASC). Le Linee guida sono redatte nel 2007 dal Inter-Agency Standing Committee (IASC) con lo scopo di permettere la pianificazione e il coordinamento di risposte umanitarie multisettoriali fondamentali (risposte primarie e ad alta priorità, che devono essere attuate con urgenza) per tutelare e migliorare la salute mentale e il benessere psicosociale degli individui durante le emergenze. Negli anni le Linee Guida hanno avuto un ampio utilizzo e riadattamento anche in contesti operativi misti e con alto reddito.

Gli interventi MHPSS sono inquadrati dalle Linee Guida su quattro livelli che vengono esemplificati con una struttura piramidale.



Figura 2. La Piramide IASC della salute mentale e del supporto psicosociale.

Livello 1: interventi mirati al soddisfacimento dei bisogni di base, alla sicurezza (effettiva e percepita) e alla protezione della persona. I servizi forniti devono innanzitutto soddisfare i bisogni fisici di base (cibo, alloggio, acqua, assistenza sanitaria di base). L'attenzione in questo

¹¹⁹ IASC, 'Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings', 2007, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

approccio è che i servizi, anche di base, vengano offerti e programmati con una particolare attenzione al rispetto della dignità umana, anche attraverso il coinvolgimento dei minori e la tutela del loro superiore interesse. Anche la sicurezza assume un significato più ampio, specialmente nel caso di minori, e quindi implica la costruzione di un ambiente tutelante dal punto di vista fisico, emotivo e supportivo prevedibile e coerente.

Livello 2: interventi di supporto a gruppi, famiglie e comunità volti al potenziamento del benessere bio-psico-sociale dell'individuo e del gruppo attraverso il rafforzamento delle capacità di resilienza e dei fattori protettivi. In questo secondo livello troviamo attività come laboratori di gruppo sulle strategie di coping, attività ricreative e sportive, servizi di educazione formali e informali, attivazione di reti sociali.

Livello 3: interventi di supporto mirati e non specializzati. Gli interventi sono rivolti ad individui o piccoli gruppi che condividono una condizione di sofferenza con bisogni simili. Sono erogati da personale adeguatamente formato e supervisionato. Questo livello comprende anche il primo soccorso psicologico e l'assistenza sanitaria mentale di base da parte del servizio sanitario.

Livello 4: interventi di supporto e cura specialistica. Il vertice della piramide rappresenta i servizi specialistici che debbono essere organizzati ed erogati a quegli individui la cui sofferenza può avere ricadute importanti sul funzionamento quotidiano. Tra questi troviamo il supporto psicologico, psicoterapeutico, neuropsichiatrico, psichiatrico, neurologico, ecc. Tali problematiche vengono gestite da servizi specializzati, se esistenti, oppure da operatori sanitari formati e supervisionati.

La freccia verticale nella figura si sviluppa dalla base della piramide verso l'alto, ad indicare la priorità degli interventi; i servizi dovrebbero essere erogati progressivamente dalla base al vertice. Essa non indica un ordine di importanza, ma semplicemente un ordine progressivo di erogazione, si può optare per un servizio a livello superiore solo dopo aver soddisfatto i bisogni dei livelli inferiori. In questo modo ognuno potrà ricevere un intervento individualizzato, duraturo ed efficace, che può incidere sul benessere psicosociale e sulla salute mentale dell'individuo. Gli interventi, per espletarsi con efficacia, devono avere delle caratteristiche fondamentali: il coordinamento inter-agenzia, l'approccio multidisciplinare e la presa in carico integrata dei bisogni. L'obiettivo è proprio quello di armonizzare gli interventi in una dimensione interdisciplinare e trasversale che collega tutti i professionisti dagli educatori ai medici specialisti.

3.1.1 Fattori principali di successo comune che ne decretano la buona riuscita e la replicabilità ed elementi di criticità degli interventi

Nel 2022 è stato pubblicato il rapporto dell'UNICEF *“Nuovi percorsi Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia”*. Nel Report viene effettuata una mappatura delle pratiche che hanno l'obiettivo di connettere il sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari per dare risposta a questi delicati bisogni. L'intento è quello di rilevare le pratiche più significative che possano fornire dei modelli di intervento che possano essere replicati o estesi anche in altri territori.

Le pratiche ritenute valide nella mappatura sono state tredici, tra queste vi è differenza nei servizi che offrono, nei modelli di rete che adottano e nei paradigmi disciplinari a cui si ispirano; al tempo stesso si possono riconoscere dei fattori di successo comuni che le rendono valide qualitativamente.

Tutte le pratiche vogliono garantire una risposta focalizzata ai bisogni unici e specifici dei ragazzi ispirandosi al principio del *Best Interest*. Per questo i modelli comuni di riferimento puntano ad attivare tutta la rete di supporto in modo il più possibile olistico e rispondente ai bisogni del

ragazzo. Viene posta particolare attenzione ad una formazione specifica degli operatori, al fine di attivare un ascolto attivo ed empatico, di applicare una lettura delle difficoltà anche in chiave transculturale e di applicare competenze etnopsichiatriche. All'interno delle équipe multidisciplinari assume una importanza fondamentale, riconosciuta anche dai ragazzi ascoltati, la presenza di un mediatore culturale. La mediazione linguistico culturale migliora la comunicazione e consente al ragazzo di esprimere al meglio il suo punto di vista, certo che venga interpretato correttamente senza barriere culturali.

FATTORI DI SUCCESSO
Capacità di costruire interventi di supporto adeguati ai bisogni degli adolescenti e dei giovani migranti e rifugiati
Presenza di équipe multidisciplinari che operano nel sistema di accoglienza, nei servizi sociali e sanitari territoriali al fine di garantire il continuum di cura e il meccanismo di presa in carico integrata
Attivazione di modelli di presa in carico culturalmente competenti basati sull'integrazione di paradigmi disciplinari transculturali/etnoclinici/etnopsichiatrici e con servizio di mediazione culturale e linguistica organica alla pratica
Supporto costante allo sviluppo delle competenze del sistema di accoglienza e dei servizi sociali e territoriali attraverso percorsi di formazione e campagne di sensibilizzazione
Attivazione di reti e meccanismi di coordinamento multi-stakeholder che coinvolgono sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari territoriali

Figura 3 Fattori comuni di successo dei progetti

La mappatura ha evidenziato anche carenze strutturali che ostacolano l'erogazione di adeguati servizi MHPSS e l'accesso ad essi da parte dei minori migranti.

CARENZE RILEVATE
Coordinamento tra sistema d'accoglienza e servizi MHPSS
Servizi pubblici di salute mentale non sempre adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante
Meccanismi di individuazione, invio e presa in carico dei bisogni di supporto psicosociale e salute mentale
Partecipazione dei MSNA ai processi di sostegno e cura che li riguardano

Figura 4 Carenze rilevate

Le pratiche rilevate sono distribuite in sei contesti territoriali (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Puglia) e sono nate spontaneamente a partire da accordi di rete ed iniziative spontanee di operatori attenti. I coordinamenti presenti sono costruiti giorno dopo giorno e sono frutto di non sempre facili azioni di coordinamento. I progetti, infatti, richiedono la partecipazione di attori diversi con competenze specifiche in contesti istituzionali complessi (dall'accoglienza, al sociale, alla sanità). Ricavare quindi una prassi consolidata che metta in

comunicazione tutti i livelli (ognuno con le sue specificità e i suoi limiti istituzionali) richiede un lavoro lungo e difficile. Le pratiche non risultano quindi diffuse e spesso si sono riscontrate difficoltà riconducibili alla frammentazione degli interventi e ad una mancanza di informazione sul territorio, sia rispetto agli operatori del sistema che ai giovani migranti, rendendone così difficile l'accesso. Si sono rilevate carenze nei servizi territoriali sanitari per la cura e prevenzione della salute mentale, in particolare rispetto alla formazione transculturale, che pregiudicano la possibilità di un ascolto empatico, rispettoso e non giudicante. Dall'indagine è emersa anche la necessità, al livello dei centri di accoglienza invece, di potenziare le attività trasversali che potenziano i fattori protettivi come la resilienza, le strategie di coping, il supporto tra pari e più in generale le strategie di vita.

Le pratiche rilevate hanno dimostrato la possibilità, sulla carta, di fornire adeguati interventi psicosociali e di prevenzione e cura della salute mentale dei minori migranti basati su metodologie comuni con standard minimi adeguati ai bisogni dei ragazzi. Per fare questo è fondamentale un'azione sinergica e coordinata tra i diversi attori che però si estenda anche al livello istituzionale, in modo che si possa fare una programmazione dei servizi, che si possano realizzare iniziative adeguate ai bisogni sia in relazione alle tipologie di interventi che al numero di interventi, e che si possano monitorare nel tempo per verificarne l'efficacia e l'efficienza.

3.2 Il sistema di accoglienza

Il sistema di accoglienza è definito dall'articolo dall'art. 19 del Decreto Legislativo n. 142/2015¹²⁰ e individua strutture di prima accoglienza e di seconda accoglienza. Le strutture di prima accoglienza assicurano attività di soccorso e una protezione immediata, la permanenza non può superare i trenta giorni. Sono avviate tutte le procedure per l'identificazione, che si deve concludere entro dieci giorni, e per l'eventuale accertamento dell'età. I minori ricevono anche informazioni, con modalità adeguate alla loro età, sui diritti riconosciuti e sulle modalità di esercizio di tali diritti, compreso quello di chiedere la protezione internazionale.

L'art. 18 comma 2 bis del D. Lgs. 142/2015¹²¹ prevede che "l'assistenza affettiva e psicologica dei minorenni stranieri non accompagnati è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza di persone idonee indicate dal minorenne stesso, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza ai minorenni stranieri previo consenso del minorenne, e ammessi dall'autorità giudiziaria o amministrativa che procede".

Durante la permanenza nella struttura di prima accoglienza è garantito un colloquio con uno psicologo dell'età evolutiva, ove necessario in presenza di un mediatore culturale, per accertare la situazione personale del minore, i motivi e le circostanze della partenza dal suo Paese di origine e del viaggio effettuato, nonché le sue aspettative future. Le strutture di prima accoglienza assicurano servizi specialistici finalizzati al successivo trasferimento dallo stesso in centri di secondo livello del SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione), con progetti specificamente destinati a questa utenza.

Nella seconda accoglienza rientrano, invece, le strutture afferenti alla rete SAI, le strutture di seconda accoglienza finanziate con il FAMI e tutte le strutture di secondo livello accreditate/autorizzate a livello regionale o comunale.

I servizi minimi e specifici che le comunità di seconda accoglienza e le loro equipe multidisciplinari devono garantire ai MSNA, sono normate dagli art. 34, 35 e 36¹²² del D.M. 18/11/2019¹²³, i servizi

¹²⁰ Art. 19 del Decreto Legislativo n. 142/2015 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg>

¹²¹ Art. 18 comma 2 bis del D. Lgs. 142/2015 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg>

¹²² L'art 36 del DM 18/11/2019 prevede che gli enti locali titolari di finanziamento sono tenuti a:

vanno erogati avvalendosi di collaborazioni con altre strutture del territorio. Nelle strutture SAI si parla di accoglienza “integrata”, in quanto ai servizi di base offerti come il vitto e l'alloggio, devono essere garantiti anche interventi socio-psico-sanitari e socio-psico educativi.

I servizi garantiti nei progetti territoriali SAI possono essere raggruppati in nove differenti aree, di pari dignità e importanza nella effettiva attuazione degli interventi di accoglienza:

- mediazione linguistica e interculturale;
- accoglienza materiale;
- orientamento e accompagnamento legale;
- tutela psico-socio-sanitaria;
- orientamento e accesso ai servizi del territorio;
- formazione e riqualificazione professionale;
- orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale;
- orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo;
- orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo.

Tra i servizi minimi di accoglienza materiale, gli enti locali che coordinano i progetti SAI sono tenuti a garantire adeguata tutela psico-sociosanitaria attraverso l'attivazione del sostegno psico-socio-assistenziale in base alle specifiche esigenze dei singoli beneficiari, dei servizi psico-socio-educativi, dell'accompagnamento al servizio sanitario nazionale per l'attivazione dei relativi servizi di base e/o specialistici e dell'orientamento, l'informazione e l'accompagnamento in materia di protezione sociale e previdenza.

Nel caso di beneficiari con specifiche esigenze di presa in carico, i centri SAI sono tenuti a: garantire l'accesso ai necessari servizi psico-socio-sanitari, accompagnando l'eventuale piano terapeutico-riabilitativo individuale con attività socio-assistenziali; garantire la flessibilità degli interventi per declinarli in base all'evoluzione della condizione di vulnerabilità durante il percorso di accoglienza; costruire e consolidare la collaborazione con gli attori che, a diverso titolo, possono partecipare ai percorsi di supporto, riabilitazione e cura dei beneficiari portatori di specifiche esigenze psico-socio-sanitarie, dipendenti anche dal loro percorso migratorio e personale, nonché dalle condizioni specifiche di riduzione in situazione di sfruttamento o di violenze e/o torture subite; costruire e consolidare, per eventuali situazioni emergenziali, la collaborazione con gli attori pubblici e privati che, a diverso titolo, possono partecipare alla gestione complessiva delle casistiche.

Nel caso di beneficiari con disagio psicologico, che necessitino di una presa in carico specialistica, se pur temporanea, le attività dei progetti di accoglienza vanno a integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni e di definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale attivato dai servizi per la salute mentale del territorio. Pertanto, gli enti locali sono obbligati a:

-
- a) garantire un'équipe multidisciplinare con competenze adeguate ai servizi previsti nel progetto di accoglienza. L'équipe lavora in sinergia con le figure professionali e le competenze presenti negli altri servizi pubblici locali, anche attraverso la stipula da parte dell'ente locale di protocolli, convenzioni, accordi di programma;
 - b) garantire la presenza di personale specializzato e con esperienza pluriennale, adeguato al ruolo ricoperto e in grado di garantire un'effettiva presa in carico delle persone in accoglienza;
 - c) garantire adeguate modalità organizzative nel lavoro e l'idonea gestione dell'équipe attraverso attività di programmazione e coordinamento;
 - d) nel caso di accoglienza di persone portatrici di specifici bisogni o di vulnerabilità o di accoglienza di minori prevedere all'interno dell'équipe figure con esperienza e professionalità adeguate;
 - e) monitorare il corretto svolgimento delle mansioni del personale impiegato nell'ambito degli interventi Siproimi (ora SAI).

¹²³ Il DM è accessibile al link https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2019-12-04&atto.codiceRedazionale=19A07582&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario

- attivare programmi di supporto e di riabilitazione in maniera concordata e continuativa con la struttura sanitaria locale preposta;
- programmare la presa in carico diretta da parte dei dipartimenti di salute mentale presso le proprie strutture residenziali là dove la situazione clinica lo richiada;
- garantire un raccordo con il servizio di salute mentale del territorio tramite protocolli di intesa che esplicitino i livelli di collaborazione operativa atti a sostenere gli specifici interventi;
- prevedere la presenza di una rete territoriale atta a rendere sostenibile la presa in carico in termini di prossimità e accesso ai servizi specialistici e strutturati.

Il ruolo dell'equipe dei centri di accoglienza è molto delicato, specialmente rispetto alla rilevazione di fattori di rischio ed eventuali sintomatologie psicopatologiche. Le problematiche possono essere nascoste dietro una sintomatologia internalizzante come ansia, depressione, problematiche somatiche, ritiro, o esternalizzante come oppositività, aggressività, disturbi di attenzione e concentrazione, disturbi della condotta¹²⁴.

Al fine di svolgere una rilevazione accurata è stata costruita la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GORS), costruita con modalità compartecipata e multiprofessionale all'interno di un tavolo di lavoro (Progetto Migranti, nato a Milano nel 2008) che ha coinvolto l'équipe Migranti del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano, l'Ufficio di Pronto Intervento del Comune di Milano, le comunità socioeducative del territorio e alcune agenzie del terzo settore.

La GORS non è uno strumento diagnostico, ma osservativo, in quanto è stata pensata come strumento di rilevazione precoce a disposizione delle equipe educative delle comunità ospitanti. L'obiettivo è quello di avere informazioni sul funzionamento del ragazzo e di rilevare eventuali segnali di rischio psicopatologico, cioè quei fattori soggettivi ed oggettivi che potrebbero favorire l'emergere di un disagio mentale con ricadute nell'area dell'adattamento al contesto di vita, delle relazioni sociali e del comportamento dei MSNA. Sono inserite, inoltre, informazioni sulla situazione attuale, con i collocamenti del minore e la loro durata, oltre ad alcune informazioni sulla storia anamnestica, quali le condizioni di viaggio e il mandato migratorio.

La GORS è quindi organizzata nelle tre seguenti aree principali:

1. Anamnesi: rilevazione di alcuni elementi anamnestici, modalità del viaggio migratorio e condizioni di accoglienza nel Paese ospitante.
2. Adattamento al contesto di vita: modalità relazionali con adulti e pari, rispetto delle regole del contesto e alla capacità progettuale.
3. Comportamento: rilevazione delle aree di funzionamento secondo criteri internalizzanti ed esternalizzanti.

I segnali di rischio indagati nella GORS si riferiscono sia a fattori ambientali attuali e pregressi, alle condizioni di crescita (stili di attaccamento, alfabetizzazione ecc.), alla cultura di provenienza, all'integrazione culturale e al progetto migratorio (area anamnesi), sia ai comportamenti disfunzionali internalizzanti o esternalizzanti che hanno un impatto rilevante sui contesti di vita e sul funzionamento globale del minore.¹²⁵

Uno studio condotto da Dal Lago et al. 2021, ha voluto approfondire la validità dello strumento creato, analizzando i dati raccolti tra il marzo 2015 e il marzo 2018 su un campione di 125 MSNA inseriti in diverse comunità socioeducative in convenzione con il Comune di Milano. I risultati

¹²⁴ Foschino Barbaro, Requisiti minimi d'intervento per i Minori Stranieri non Accompagnati, Commissione Scientifica "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza", 2021, Francoangeli

¹²⁵ Per maggiori informazioni vedere: Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni R., Trapani A., Pennati C., Fattori F., Costantino A., *Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata*, Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria, 25, 2021

mostrano correlazioni significative tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia anamnestica e nella storia migratoria dei minori e la presenza di segnali di rischio psicopatologico, soprattutto nell'area del comportamento (relazioni conflittuali, ipervigilanza e controllo, difficoltà nel sonno) e più limitatamente nell'area dell'adattamento al nuovo contesto. L'intensità di tali connessioni sembra variare in base al Paese d'origine e appare più forte per chi ha vissuto più esperienze traumatiche.

Il compito dell'equipe dei centri di accoglienza è sì fondamentale nella rilevazione del disagio, ma lo è altrettanto nella sua prevenzione. Gli interventi messi in atto devono interessare tutti i ragazzi secondo i diversi livelli di complessità. Per questo, diventa fondamentale attivare una efficace rete territoriale integrata che permette, attraverso un approccio multidisciplinare di intervento, una migliore comprensione della complessità dei bisogni del minore e la sua interrelazione con il contesto sociale.

Per costruire o rinforzare le reti locali, accanto a un'attività costante di mappatura degli attori e delle realtà locali, le iniziative da mettere in atto possono consistere in¹²⁶:

- promuovere sul territorio il progetto di accoglienza;
- promuovere la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e di informazione sul progetto e sulla condizione specifica dei minori stranieri non accompagnati;
- costruire canali di collegamento e occasioni di collaborazione e partenariato tra i vari attori locali e tra questi e altri attori nazionali;
- offrire agli attori istituzionali il supporto per realizzare azioni di sistema sul territorio relativamente all'accoglienza e all'inclusione dei minori, anche attraverso la progettazione e l'accesso alle fonti di finanziamento europee, nazionali e regionali;
- supportare gli attori istituzionali nella programmazione di interventi interdisciplinari, anche nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse disponibili;
- favorire e implementare occasioni di conoscenza e confronto tra i MSNA e i coetanei del luogo dove insistono le strutture di accoglienza;
- diffondere le buone pratiche in materia di attività, strategie e politiche dell'inclusione.

Gli educatori cercano pertanto di tessere rapporti con le diverse strutture che sono sul territorio per offrire un numero maggiore e individualizzato di servizi. Per esempio, nel caso di un ragazzo che voleva praticare calcio, sono riusciti ad iscriverlo ad una società sportiva grazie alla disponibilità della società che ha accordato un prezzo inferiore rispetto alla normale tariffa. Oppure attivano convenzioni con una rete di aziende di ristoranti sul territorio per poter offrire tirocini di lavoro il più possibile variegati, dal meccanico, al cuoco, al manovale¹²⁷. Riconoscono la spinta e la motivazione dei ragazzi verso il mondo del lavoro e quindi cercano di offrire esperienze pratiche invece che corsi teorici. Vi è poi una stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche e le associazioni del terzo settore. Nel caso di un ragazzo che aveva subito la perdita del padre, sono riusciti ad attivare un supporto psicologico individuale grazie ad una associazione del terzo settore specializzata in interventi multiculturali con il supporto di un mediatore linguistico. Per un altro ragazzo sono riusciti ad accedere alle strutture sanitarie per minori (TSMREE¹²⁸) del territorio per

¹²⁶ Ministero dell'Interno - *Manuale Operativo per l'attivazione e la Gestione di Servizi Di Accoglienza Integrata in favore di Richiedenti E Titolari di Protezione Internazionale* Nuovo aggiornamento della sezione "La presa in carico dei minori stranieri non accompagnati" (Ottobre 2021)

¹²⁷ Viene applicato DGR 511 2013 <https://www.regione.lazio.it/documenti/31982> che consente l'attivazione di convenzioni per l'attuazione tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale

¹²⁸ Il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE) svolge funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale. Possono rivolgersi al TSMREE tutti coloro che sono in età evolutiva (0-18 anni) e che presentano condizioni e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

richiedere un approfondimento neurocognitivo. Il ragazzo presentava difficoltà importanti in ambito scolastico e in generale negli apprendimenti, così, in accordo anche con la scuola, è stata richiesta una valutazione specialistica. La valutazione ha richiesto una particolare attenzione e collaborazione perché presentava difficoltà legate alla lingua, all'assenza di figure di riferimento e quindi nella ricostruzione della sua storia, nonché psicologiche perché il ragazzo presentava difficoltà relazionali.

Nel caso di un altro ragazzo, la tutrice ha richiesto alle strutture sanitarie un approfondimento neurocognitivo, ma ha trovato maggiori difficoltà nella collaborazione (in particolare per una mancanza di preparazione) da parte degli operatori, che non sono riusciti a gestire adeguatamente la delicata situazione e hanno applicato la procedura standard. In particolare, non è stata contattata prima la tutrice e non è stato richiesto il supporto di un mediatore linguistico, pertanto il ragazzo si è trovato in una condizione non favorevole e si è rifiutato di collaborare.

Le offerte e le risorse introdotte dai centri di accoglienza sono molteplici a seconda anche delle risorse del territorio circostante, ma l'efficacia di questi progetti e la partecipazione da parte dei ragazzi dipende innanzitutto dal rapporto di fiducia che si instaura tra gli adulti di riferimento e i ragazzi¹²⁹. La costruzione di un rapporto di fiducia è l'elemento principale su cui gli operatori dei centri di accoglienza devono lavorare. Nelle interviste, gli operatori riferiscono che i ragazzi inizialmente sono diffidenti e si aprono difficilmente, serve del tempo perché si lascino alle spalle le esperienze negative vissute e inizino a fidarsi degli adulti che hanno vicino. Una iniziativa che molti centri di accoglienza attuano sono gli incontri periodici di gruppo tra i ragazzi in setting meno formali e non terapeutici. Sono incontri dove liberamente i ragazzi possono esprimersi, confrontarsi, rivedersi nelle esperienze degli altri e tessere nuovi legami imparando a fare gruppo. Queste iniziative aiutano anche i ragazzi dal punto di vista psicologico, si sentono sostenuti e non isolati socialmente, consolidano rapporti di amicizia e solidarietà. Hanno l'occasione di elaborare ansie, paure, stress, smarrimento, frustrazione all'interno di relazioni umane vere.

La capacità di creare una relazione autentica è alla base dell'azione di ogni adulto che si interfaccia con questi ragazzi, soprattutto gli operatori dei centri e il tutore, ma anche le altre figure più laterali, come gli insegnanti o gli operatori delle associazioni.

L'obiettivo è quello di superare differenze culturali e preconcetti, e impegnarsi a co-costruire un legame e una griglia di significati reciprocamente condivisibili; andare oltre le rigidità imposte dal sistema privilegiando legami più flessibili, fluidi ed esaustivi.

¹²⁹ CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long, *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali per la formazione e informazione*, 2018.

Conclusioni e indicazioni

La crescente attenzione verso la Salute Mentale e il nuovo orientamento del concetto di salute come benessere bio-psico-sociale (ved. Cap 1.2), ci ha spinti ad approfondire la tematica dei bisogni evolutivi dei MSNA e il contributo del sistema di accoglienza al loro soddisfacimento, fondamentale il raggiungimento di una condizione di benessere bio-psico-sociale.

Questo studio si è proposto di contestualizzare il tema e di individuare le basi scientifiche che consentono una comprensione adeguata di un argomento delicato come la salute mentale e il benessere bio-psico-sociale dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). Abbiamo scelto di condurre la ricerca attraverso la metodologia della Revisione Narrativa¹³⁰, che mira a fornire un'analisi della letteratura recente, delle normative e direttive di interesse, nonché dei più recenti studi scientifici sul tema pubblicati su note riviste del settore. Riteniamo che questo lavoro di sintesi e analisi della letteratura possa costituire una solida base teorica per ulteriori ricerche sul campo. Sarebbe particolarmente interessante condurre indagini sul campo coinvolgendo tutto il sistema di accoglienza, per comprendere meglio le risorse attualmente disponibili per il supporto psico-sociale, compreso il personale qualificato, le strutture e i programmi, al fine di individuare eventuali carenze o aree in cui è necessario potenziamento e interrogarsi sulla loro efficacia allo scopo di individuare quale approccio sia più efficace nel migliorare il loro benessere.

L'indagine svolta evidenzia l'importanza di un'adeguata rete di supporto ai MSNA con interventi di tipo bio-psico-sociale a complessità crescente, in risposta ai diversi bisogni dei ragazzi. Una rete il più possibile ampia (dalla scuola, alle aziende del territorio, ai servizi sanitari, alle associazioni del terzo settore, ecc.) è un pilastro, uno strumento fondamentale senza il quale non è possibile offrire un adeguato supporto ai MSNA.

La figura del Tutore rimane purtroppo ancora marginale, nonostante siano stati evidenziati gli effetti positivi della sua presenza e il suo potenziale contributo al benessere dei minori. Tra le criticità riscontrate ci sono nomine spesso tardive, la lontananza geografica rispetto ai minori assegnati, la tendenza a delegare ai responsabili dei centri di accoglienza le loro responsabilità. Nella ricerca dello scorso anno¹³¹, pur nella inadeguatezza del campione per offrire una qualche rappresentatività, è emerso come solamente alcuni ragazzi intervistati considerano il Tutore quale punto di riferimento e intermediario tra loro e le istituzioni. Vengono maggiormente riconosciuti, come adulti di riferimento, gli operatori della comunità di accoglienza.

Nell'approfondimento intitolato *"Il ruolo dell'inserimento nei CPIA nel processo di crescita e autonomia dei MSNA"* (Brauzzi, Sodano, 2021), è stato messo in evidenza il ruolo cruciale del sistema scolastico all'interno di questa rete di supporto. La scuola non solo offre un ambiente educativo in cui i minori stranieri non accompagnati possono sperimentare la socializzazione con altri coetanei, sia stranieri che locali, ma rappresenta anche un'opportunità per la crescita personale e per acquisire competenze linguistiche utili per integrarsi nella società ospitante. Inoltre, la possibilità di ottenere un titolo di studio riconosciuto può facilitare l'accesso al mondo del lavoro.

Nelle strutture di seconda accoglienza i ragazzi sperimentano una nuova quotidianità. Operatori specializzati li guidano nell'esplorazione della nuova società in cui si trovano, e diventano, nel tempo, il loro punto di riferimento principale grazie anche alla condivisione quotidiana di esperienze. Gli operatori fungono da punto di riferimento essenziale per l'intera rete di supporto,

¹³⁰ Una Revisione Narrativa permette di svolgere “un riassunto scientifico che include interpretazione e critica della letteratura” (Greenhalgh, et al., 2018), è una metodologia di ricerca che permette di esplorare e sintetizzare la letteratura esistente proveniente da diverse fonti

¹³¹ Brauzzi F., Sodano V. 2022. *I Minori Stranieri Non Accompagnati: Gli aspetti psicologici, emotivi e relazionali*. CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati. 2022.

che comprende la scuola, i tutori e i minori stessi. Grazie al loro ruolo privilegiato, cercano di accompagnare i minori fino alla maggiore età, ascoltando attentamente le loro volontà e esigenze.

Durante le nostre indagini condotte negli ultimi anni, abbiamo riscontrato un impegno e una dedizione notevoli da parte degli operatori coinvolti nei progetti di accoglienza, così come da parte di tutti gli altri professionisti della rete, il che è davvero lodevole. Tutti si adoperano per offrire ai ragazzi un ambiente accogliente e protettivo, nonché opportunità varie che spesso sono possibili solo grazie alla collaborazione all'interno della rete di supporto.

Tuttavia, i risultati di tali sforzi sembrano ancora essere ancora troppo legati alla dedizione personale degli operatori; di conseguenza, gli interventi offerti non sono uniformi e le opportunità non sono accessibili a tutti i ragazzi in maniera equa. Costruire una rete efficace richiede uno sforzo costante, ma ci sono sfide significative anche di natura burocratica e organizzativa che devono essere affrontate. Per esempio, molte iniziative nel terzo settore sono temporanee poiché dipendono da finanziamenti, che non vengono sempre rinnovati dai comuni. Le collaborazioni con strutture sportive e aziende per tirocini specialistici spesso dipendono da relazioni personali e non ci sono incentivi per le aziende ad aderire a convenzioni. Come abbiamo già segnalato anche nelle ricerche precedenti, manca una regia e mancano incentivi che possano favorire la collaborazione da parte anche di aziende private.

Una rete ben strutturata, pianificata in modo olistico intorno ai minori con un focus sul soddisfacimento dei loro bisogni evolutivi e del benessere bio-psico-sociale, rappresenta il modello indispensabile per garantire ai minori i loro diritti e per accompagnarli in modo sano verso la maggiore età.

Il lavoro presentato evidenzia chiaramente come gli interventi sociosanitari orientati al benessere bio-psico-sociale siano una misura adeguata, economica ed efficace. Questi interventi non solo forniscono un ambiente adeguato e protettivo per tutti i ragazzi, ma affrontano anche le difficoltà psicologiche e di adattamento più lievi. Inoltre, consentono di identificare i casi in cui è necessario un intervento specialistico più mirato.

Purtutto gli interventi psicologici specialistici sembrano essere ancora carenti sul territorio. I Servizi di tutela della salute mentale territoriali, facenti parte del Sistema Sanitario Nazionale (nel Lazio denominati TSMREE), risultano ancora poco coinvolti nelle azioni di supporto al disagio psicologico dei minori. La mancanza di una formazione transculturale degli operatori sanitari e i lunghi tempi di attesa per la presa in carico dai servizi, sembrano essere le maggiori criticità.

Si ritiene pertanto opportuno che vengano potenziate le seguenti aree:

- Area del coordinamento degli interventi

In tutte le ricerche analizzate si ritrovano procedure differenti a seconda delle regioni sia rispetto all'inserimento dei minori nel sistema di istruzione (come analizzato nel report precedente¹³²), che alle opportunità di formazione/tirocini lavorativi offerti, che agli interventi socio-psico-educativi attuati. Questo porta ad una notevole disparità di interventi e di aiuti a cui il minore può accedere; nonché una maggiore fatica da parte degli operatori del settore nel superare le barriere normative e territoriali per attuare al meglio un aiuto veramente efficace e valido.

La presenza di una équipe multidisciplinare che coinvolge il sistema di accoglienza, i servizi sociali e sanitari territoriali, come abbiamo visto, garantisce una risposta individualizzata e specifica ai

¹³² F. Brauzzi, V. Sodano. 2022. *I Minori Stranieri Non Accompagnati: Gli aspetti psicologici, emotivi e relazionali*. CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati. 2022.

bisogni dei ragazzi in un continuum integrato. Anche attraverso l'utilizzo di modelli di presa in carico transculturali/etno-clinici/etno-psichiatrici e attraverso l'aiuto della figura del mediatore linguistico culturale.

Sul territorio gli operatori cercano di muoversi in questa direzione, ma servirebbe un modello organizzativo di riferimento che coinvolga tutti gli attori e che consenta interventi a complessità crescente in base alla gravità dei bisogni.

Le azioni introdotte sembrano essere il risultato di iniziative locali, per renderle omogenee sul territorio sarebbe opportuno individuare standard minimi a livello nazionale (in accordo con le Regioni) attuabili attraverso con procedure condivise che creino le migliori condizioni rispetto all'istruzione, l'inserimento lavorativo e il supporto socio-psico-educativo.

- Area della costruzione e implementazione della rete

I modelli di intervento multidisciplinari implicano un lavoro costante alla costruzione di una rete di supporto il più possibile ampia anche attraverso il coinvolgimento di associazioni del terzo settore e aziende private. Una rete così ampia ha bisogno di essere sostenuta, implementata e tutelata. Spesso invece i progetti presenti sul territorio sono soggetti a bandi non sempre rinnovati dai comuni, senza una preventiva verifica di efficacia ed inoltre la loro distribuzione non è omogenea sul territorio. Sarebbe opportuno pianificare preventivamente i servizi da attivare e finanziare a seconda dei bisogni del territorio.

Rispetto alle aziende private, sarebbe opportuno facilitare le convenzioni per l'attivazione dei tirocini o apprendistati, ma anche per attività sportive o altri eventuali corsi.

Diventa quindi imprescindibile la creazione di una cabina di regia che coordini tutte le azioni ai diversi livelli di attivazione della rete con il coinvolgimento dei centri di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari territoriali. Sarebbe così possibile anche programmare le azioni attraverso modelli di intervento di comprovata efficacia o poter co-costruire nuovi modelli attraverso la collaborazione dei diversi attori della rete.

La cabina di regia renderebbe possibile anche lo sviluppo di modelli e approcci appropriati per il monitoraggio e la valutazione delle azioni messe in campo. Questo modello di azione consentirebbe inoltre, la possibilità di pianificazione gli interventi e l'allocazione delle risorse rendendo in questo modo meno precari gli interventi e fruibili da tutti i minori.

- Area della formazione

La crescita verso interventi sempre più mirati, implica un costante sviluppo delle competenze dei diversi attori del sistema, non soltanto degli operatori del sistema di accoglienza, ma anche degli operatori scolastici, sanitari e sociali che si relazionano con i ragazzi. È importante che venga fornita una formazione specifica a tutti gli attori della rete in maniera costante e organizzata. Le tematiche maggiormente sensibili sono sicuramente quelle legate ad aspetti interculturali, all'antropologia medica e all'etnopsichiatria, ma anche alle tecniche di intervento e di gestione di problematiche comportamentali sia internalizzanti che esternalizzanti, nonché ai modelli di intervento integrati.

Accanto ad una formazione più specializzata, è opportuno attuare anche eventi di sensibilizzazione diretti ad una platea più ampia sui temi del benessere psicosociale, della salute mentale e delle migrazioni.

In sintesi, la gestione della salute mentale e del supporto psico-sociale si presenta come un ambito ancora caratterizzato da frammentazione e disomogeneità. Tuttavia, nonostante ciò, emergono prassi locali o temporanee che mostrano promesse e risultati significativi, meritevoli di attenzione e consenso. Inoltre, vi sono conoscenze approfondite, studi e documenti programmatici disponibili

che forniscono una solida base per un'armonizzazione e un'integrazione più ampia su scala nazionale. Sarebbe quindi il momento per considerare una riorganizzazione e una standardizzazione del sistema su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire un accesso equo e di alta qualità ai servizi di salute mentale e supporto psico-sociale per tutti i cittadini. Questa uniformità potrebbe contribuire in modo significativo alla prevenzione del disagio psicologico e dei comportamenti devianti, offrendo alle persone le risorse e il sostegno necessari per affrontare le sfide della vita e ridurre così il rischio di problemi di salute e comportamenti illegali.

Bibliografia

A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. **Benjet, C., & Hernández-Guzmán, L. 2002.** 2002, *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 31.

Agostinetto, L. 2017. *La pratica educativa con i minori stranieri non accompagnati.* 2017.

Amiri D. K., Madsen T., Norredam M., Brande S. E., Mittendorfer-Rutz E., Nordentoft M., & Erlansen A. 2021. *Suicide and suicide attempts among asylumseekers in Denmark.* *Archives of Suicide Research.* 2021.

Approfondimento n.13/Minori soli in cammino per l'Europa: una panoramica dell'accoglienza nel continente. **Cespi. 2022.** 2022, Cespi, Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati.

Art. 18 comma 2 bis del D. Lgs. 142/2015.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg>.

Art. 19 del Decreto Legislativo n. 142/2015 .
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg> .

Assemblea Generale Nazioni Unite. 20 Novembre 1989. *Convention on the Rights of the Child.* 20 Novembre 1989.

Associazione Migranti Onlus, a cura di Fabrizio D'Aniello. 2012. *Minori stranieri: questioni e prospettive d'accoglienza e integrazione.* s.l. : Pensa MultiMedia Editore s.r.l., 2012.

Bandura, A. 1977. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.* *Psychological Review*, . <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>. [Online] 1977.

Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. 2007. *Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents.* *J Nerv Ment Dis.* 2007.

Becker Herbst, R., Sabet, R. F., Swanson, A., Suarez, L. G., Marques, D. S., Ameen, E. J., & Aldarondo, E. 2018. *"They were going to kill me": Resilience in unaccompanied immigrant minors.* *The Counseling Psychologist.* 2018, Vol. 46, 2, pp. 241–268.

Bennet, Milton J. 2002. *Principi di comunicazione interculturale. Paradigmi e pratiche.* s.l. : Franco Angeli, 2002.

Berry J.W., 1997. *Immigration, Acculturation and Adaptation.* *Applied Psychology: An International Review.* 1997, Vol. 46, pp. 187 – 198.

Berry, J.W. 1990. Psychology of acculturation. *In Berman, John J. (Ed), Nebraska Symposium on Motivation Cross-cultural perspectives. Current theory and research in motivation, Lincoln, NE, US: University of Nebraska Press. 1990, Vol. Vol. 37, pp. 201–234.*

Bertini M. 1988. *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute.* s.l. : Carrocci, 1988.

Bhabha J., Kanics J., Senovilla Hernandez D. 2018 . *Research Handbook on Child Migration.* Cheltenham : Edward Elgar Publishing, 2018 .

Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, Dales J, Moussaoui D, Kastrup M, Tarricone I, Till A, Bassi M, Carta M. 2014. European Psychiatric Association. EPA guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry.* 2014, 29.

Bisagni D., Bisagni E., Gasparini C. 2020. Quando l'educatore diventa un "allen-attore" di resilienza. *Teoria e Prassi.* 2020, 1.—. **2020.** Quando l'educatore diventa un "allen-attore" di resilienza. L'applicazione del modello Casita al contesto della Casa Famiglia "La Faretra". *Teoria e prassi.* 2020, Vol. 1, pp. 8-20.

Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P., & Garrett, M. J. 2004. Perceptions of work in humanitarian assistance: Interviews with returning Swedish health professionals. *Disaster Management & Response.* 2004, 2.

Braibanti P. 2002. *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute.* s.l. : E-lab, 2002.

Brauzzi F., Sodano V. 2022. I Minori Stranieri Non Accompagnati: Gli aspetti psicologici, emotivi e relazionali. *CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati.* 2022.

Buccella V., Comolli E. 2016. Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza: una revisione bibliografica. 2016.

Buccella V., Comolli E. 2017. Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza: una revisione bibliografica . *Società Italiana di Pediatria.* 2017.

Bugno, Lisa. 2020. *Minori stranieri non accompagnati e well-being: una revisione della letteratura.* s.l. : JHCEinP, 2020.

Calveras A.D., Baldaquí N., Baeza I. 2022. Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect* 133 (2022) 105865. 2022.

Cappuccio G., Maniscalco L., Albanese M., 2020. Minori Stranieri Non Accompagnati e Tutore Volontario: verso una Pedagogia dell'Accoglienza. L'esperienza del territorio palermitano. *Journal of Health Care Education in Practice.* 2020.

Cavasola. 2022. Rispondere ai bisogni educativi dei minori stranieri non accompagnati: una sfida impossibile? *Minori e giustizia*. 2022, Vol. 3, 4.

CEDAM Scienze Politiche Sociali, a cura di Joelle Long. 2018. *Tutori Volontari di Minori Stranieri non Accompagnati, materiali er la formazione e informazione* . 2018.

Cerna, L., Brussino, O., Mezzanotte, C. 2021. *The Resilience of Students with an Immigrant Background: An Update with PISA 2018*. s.l. : OECD Education Working Paper No. 261, 2021.

CeSPI. 2022. I progressi e le questioni che l'accoglienza dei minori soli presenta: una visione europea, nazionale e regionale. *Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati*. 2022, Vol. Approfondimento n.15.

Children, Save the. 2023. <https://www.savethechildren.it> . [Online] 02 22, 2023. <https://www.savethechildren.it/press/migranti-oltre-centomila-minori-stranieri-non-accompagnati-sono-arrivati-sulle-nostre-coste> .

Ciabatti, S. 2021. *I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI “Il ruolo dell'Educatore tra Accoglienza e Integrazione”*. 2021.

Coifman KG, & Bonanno GA. 2010. When distress does not become depression: emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2010, Vol. 119, 3.

COMITATO SUI DIRITTI DELL'INFANZIA. 2019. Osservazioni conclusive 2019 quinto e sesto Rapporto. 2019.

Comitato sui Diritti dell'Infanzia., 2019. *Osservazioni conclusive, al quinto e sesto rapporto periodico dell'Italia*. 2019.

Connor D.F., Ford J.D., Arnsten A.F. e Greene C.A. 2015. An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Pediatrics*. 2015, Vol. 54, pp. 517-528.

Convention on the Rights of the Child. 20 November 1989. s.l. : UN General Assembly, 20 November 1989. pp. vol. 1577, p. 3, .

Convenzione sui diritti del fanciullo. adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20/11/1989. New York : s.n., 1989.

Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni R., Trapani A., Pennati C., Fattori F., Costantino A. 2021. Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*. 2021.

Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni R., Trapani A., Pennati C., Fattori F., Costantino A., 2021. Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*. 2021, Vol. 25.

De Micheli M. 2009. *Minori Stranieri Non Accompagnati: Storie Di Vita, Variabili Clinico-Sociali e Contesto Istituzionale Un' indagine multi-metodo.* 2009.

Decreto Ministeriale del 18/11/2019.

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2019-12-04&atto.codiceRedazionale=19A07582&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario.

Description and evaluation of a pathway for unaccompanied asylum-seeking children. **Armitage A. J., Cohen J., Heys M., Hardelid P., Ward A., & Eisen S. 2022.** 2022, Vols. Archives of Disease in Childhood, 107.

Dipartimento delle Politiche della Famiglia. 2022. *5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023.* s.l. : Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2022.

Engel. 1977. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977, Vol. 196.

Erikson, E. 1980. *Gioventù e Crisi D'Identità.* Roma : Armando, 1980.

Foschino Barbaro, M.G. 2021. *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza. Percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura.* s.l. : FrancoAngeli, 2021.

Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J.M. 2005. The "lost boys of Sudan": Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2005.

General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art.3, para.1). **Convention on the Rights of the Child. 2013.** 2013.

Greenhalgh, Joanne, et al. 2018. *Doing Realist Research.* London : s.n., 2018. p. 272 p.

Havinghurst, R. J. (1948/1972). *Developmental Tasks And Education.* New York : Basic Books, (1948/1972).

High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. **Mittendorfer-Rutz E., Hagström A., & Hollander A. C. 2020.** 2020, Vols. Crisis, 41.

Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. 2008. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008, 49, pp. 723-32.

Hootman, DeSocio J. e. 2004. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs.* 2004, 20.

Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H. 2009. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. Apr 2;3(1):13. doi: 10.1186/1753-2000-3-13. 2009.

Huemer, J., Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., G. Denny, Granditsch, E, Mitterer, M, Steiner, H. 2013. Personality and Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors, Repression, Resilience and Vulnerability. *Child Psychiatry & Human Development*. 2013.

IASC. 2007. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Online] 2007. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007> .

Inglese S., Cardamone G., Inglese G.D., Zorzetto S. 2016. Scenari di Salute Mentale: Migrazioni Internazionali e Generazioni Discendenti. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*. 2016, Vol. IV, 1.

Inguglia C., & Lo Coco A. 2004. *Psicologia delle relazioni interetniche*. s.l. : Carocci, 2004.

Integrazione, Servizio Centrale del Sistema di Accoglienza e. 2021. *Manuale Operativo per l'attivazione e la gestione dei servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale, Nuovo aggiornamento dell sezione "La presa in carico di minori stranieri non accompagnati"*. 2021.

Jakobsen M, Demott MA, Heir T. 2014. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014, Vol. 13.

Jani, J., Underwood, D., & Ranweiler, J. 2015. *Hope as a Crucial Factor in Integration Among Unaccompanied Immigrant Youth in the USA: A Pilot Project*. s.l. : Journal of International Migration & Integration, 2015. pp. 1195-1209. Vol. 17(4).

Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. 2015. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015, 20.

Jensen TK, Skar AS, Andersson ES, Birkeland MS. 2020 Aug. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: Pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Aug.

Jensen TK, Skar AS, Andersson ES, Birkeland MS. 2019. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. . *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019, 28.

Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M.B. & Fjermestad, K.W. 2014. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014.

Keles S., Friborg O., Idsoe T., Sirin S. & Oppedal B. Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*. 42, pp. 52 – 63.

Kien C. et al. 2018. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry (2019)*. 2018, 28, pp. 1295–1310 .

Kohli, R., & Mather, R. 2003. Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum seeking young people in the United Kingdom. *Child and Family Social Work*. 2003, 8.

Legge n.47. 7 aprile 2017. Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. s.l. : G.U. Serie Generale n.93 del 21/4/2017, 7 aprile 2017.

Lo Cascio, Martino. 2017. *Minori stranieri non accompagnati e comunità ospitanti. Verso un programma integrato di interventi*. 2017.

Lunardini, M. 2022. I progressi e le questioni che l'accoglienza dei minori soli presenta: una visione europea, nazionale e regionale. *CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non Accompagnati*. 2022.—. **2022.** Minori soli in cammino per l'Europa: una panoramica dell'accoglienza nel continente. *CeSPI Osservatorio Nazionale sui Minori Stranieri non accompagnati*. 2022.

Maegusuku-Hewett, T., Dunkerley, D., Scourfield, J. & Smalley, N. 2007. Refugee Children in Wales: Coping and Adaptation in the Face of Adversity. *Children & Society*. 2007, 21.

Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. 2004. *Manuale di Psicologia Dell'Adolescenza: Compiti e Conflitti*. Milano : FrancoAngeli, 2004.

Mancini, A. D. and Bonanno, G. A. 2009. Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model . *Journal of Personality*. 2009, 77, pp. 1805-1832. .

Maslow, A. 1954. *Motivazione e personalità*. 1954.

Miller, M. J., & Kerlow-Myers, A. E. 2009. A content analysis of acculturation research in the career development literature. *Journal of Career Development*. 2009, 35, pp. 352–384.

Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali. 2023. *I Minori Stranieri non Accompagnati in Italia, Rapporto semestrale dati al 30 giugno*. 2023.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2022. *I Minori Stranieri non Accompagnati, Rapporto semestrale*. dicembre 31, 2022.—. **2023.** *Report Mensile Minori stranieri non Accompagnati*. maggio 31, 2023.

Ministero dell'Interno. 2021. *Manuale Operativo per l'attivazione e la Gestione di Servizi Di Accoglienza Integrata in favore di Richiedenti E Titolari di Protezione Internazionale Nuovo aggiornamento della sezione "La presa in carico dei minori stranieri non accompagnati"*. 2021.

Ní Raghallaigh, M., & Sirriyeh, A. 2015. The negotiation of culture in foster care placements for separated refugee and asylum seeking young people in Ireland and England. *Childhood*. 2015, 22, pp. 263-277.

Okberg, K. 1960. Cultural shock; Adjustment to New Cultural Environment. *Practical Anthropology*. 1960.

Oppedal B. & Idsoe T. 2012. Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation. *Anales de psicología*. 2012, Vol. 28, pp. 683 – 694.

Oppedal B., & Idsoe, T., 2012. Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation. *Anales de Psicología*. 2012, Vol. 28, 3.

Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization). 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013.

Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. 2022. 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023. 2022.

Papadopoulos, R. K. 2007. Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 2007, Vol. 9, pp. 301–312.

Pavani, L., Gullace, G., Long, J. 2019. Il ruolo delle Università a favore dei tutori volontari di minori stranieri non accompagnati: spunti per modellizzare un'esperienza di Terza Missione e promuovere contaminazioni virtuose tra intervento sociale, ricerca e didattica. *Lifelong, Lifewide Learning*. 2019, Vol. 15, 33, pp. 87-98.

Perfect M.M., Turley M.R., Carlson J.S., Yohanna J., Saint Gilles, M.P. 2016. School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015. *School Ment Health*. 2016.

Phinney, J.S., Horenczyc, G., Liebkind, K. & Vedder, P. 2001. Ethnic Identity, Immigration and Well-Being: An interactional Perspective. *Journal of Social Issues*. 2001, Vol. 57, 3, pp. 493 – 510.

Raghallaigh, M. N., Gilligan, R. 2010. Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*. 2010, 15. —. 2010. Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15: 226-237. 2010, Vol. 15.

Ramos, Catarina and Isabel Leal. 2013. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology, community & health*. 2013, 2.

Regione Lazio. DGR 511 2013 . <https://www.regione.lazio.it/documenti/31982>. [Online]

Rehn-Mendoza, Nina. 2020. *Mental health and well-being of unaccompanied minors-A Nordic overview*. 2020.

Rodriguez I.M., Dobler V. 2021. Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment- a Narrative Review. 2021.

Rodriguez, I.M., Dobler, V. 2021. Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment- a Narrative Review. *Journ Child Adol Trauma*. 2021, Vol. 14, pp. 559–569 .

Salari R., Malekian C., Linck L., Kristiansson R. e Sarkadi A. 2017. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian journal of public health*. 2017, 45.

Sirriyeh A., Ní Raghallaigh M. 2018. Foster care, recognition and transitions to adulthood for unaccompanied asylum seeking young people in England and Ireland. *Children and Youth Services Review*. 2018, Vol. 92, pp. 89-97.

Sirriyeh, A., & Ní Raghallaigh, M. 2018. Foster care, recognition and transitions to adulthood for unaccompanied asylum seeking young people in England and Ireland. *Children and Youth Services Review*. 2018, Vol. 92.

Smid et al. Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol. 40:5, pp. 742-755.

Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. 2005. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005.

Steiner H, & Feldman SS. 1995. Two approaches to the measurement of adaptive style: comparison of normal, psychosomatically ill, and delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995, Vol. 34, 2.

Steiner JE, Glaser D, Hawilo ME, Berridge KC. 2001. Comparative expression of hedonic impact: affective reactions to taste by human infants and other primates. *Neurosci Biobehav Rev*. 2001, Vol. 25, 1.

Straiton, M.L., Aambø, A.K. & Johansen, R. 2019. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*. 2019, Vol. 325, 19.

Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. 2010. Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychanalytic approach. *Traumatology*. 2010, Vol. 16, pp. 27–38.

—. 2010. Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychanalytic approach. *Traumatology*. 2010, 16, pp. 27–38.

Szadejko, Krzysztof. 2020. Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi*. 2020, 1.

—. 2020. Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Teoria e prassi*. 2020, Vol. 1, 1, pp. 21-29.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. 2004. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004, 15.

UNHCR. 2012. A Framework for the Protection of Children. 2012.

UNHCR; Ministero dell'Interno. 2020. *Manuale Operatori, Centri di accoglienza per minori stranieri non accompagnati* . 2020.

UNICEF. 2022. *Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia*. 2022.

—. 2022. *Nuovi percorsi - Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migrati rifugiati in Italia*. 2022.

Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. 2014. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol*. 2014, Vol. 55, 1.

Wallin, A.-M. M., & Ahlström, G. I. 2005. Unaccompanied Young Adult Refugees in Sweden, Experiences of their Life Situation and Well-being: A Qualitative Follow-up Study. *Ethnicity & Health*. 10, 2005, Vol. 2, pp. 129-144.

Wernesjö U. 2012. Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective? *Childhood*. 2012, Vol. 19, 4, pp. 495-507.

Wernesjö, U. 2012. Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective? *Childhood*. 2012.

Wiese EB, Burhorst I. 2007. The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2007, Vol. 44, pp. 596-613.

World Health Organization. 2018. Draft thirteenth general programme of work, 2019-2023. 2018.

—. 2022. Mental health: strengthening our response. *Who*. [Online] june 17, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> .

Zuecco, Margherita. 2022. *Minori stranieri non accompagnati e resilienza: una breve rassegna della letteratura.* 2022.

Sitografia

<https://www.unicef.it/media/buone-pratiche-per-il-supporto-psicosociale-per-adolescenti-e-giovani-rifugiati-migranti/>

https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/disturbi_psichiatrici_a_milano_decuplicata_1_utenza_dei_minori_migranti

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00324/full>

<https://www.oprs.it/psicologi-e-psicologia-in-sicilia/2021/03/24/i-minori-stranieri-non-accompagnati-tra-vulnerabilita-e-risorse-considerazioni-per-la-clinica/>

<https://eticaeconomia.it/i-minori-stranieri-non-accompagnati-anche-una-questione-di-salute-mentale/>

<https://cismai.it/minori-stranieri-non-accompagnati-tra-vulnerabilita-e-resilienza-nuova-pubblicazione-per-la-collana-cismai/>

<http://www.progettoicare.it/progetto>

<https://www.ibs.it/psicoanalisi-luoghi-della-resilienza-ed-libro-vari/e/9788897479116>

<https://rivistedigitali.erickson.it/educazione-interculturale/archivio/vol-16-n-1/laccoglienza-dei-minori-stranieri-non-accompagnati-tra-identita-incerte-e-pratiche-educative-in-divenire/>

<https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=ctREEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=bisogni+evolutivi+MSNA&ots=xibPH0yTvz&sig=USLhGbpukYmgOg5OZGQ5jqe35TA#v=onepage&q=bisogni%20evolutivi%20MSNA&f=false>

<https://www.savethechildren.it/press/migranti-oltre-centomila-minori-stranieri-non-accompagnati-sono-arrivati-sulle-nostre-coste>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/13/290/sg/pdf>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/13/290/sg/pdf>

<https://analytics.lavoro.gov.it/t/PublicSIM/views/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia?%3Aembed=y&%3Aiid=5&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>