

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI:
FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PER
L'ADATTAMENTO POST-MIGRATORIO NELLA REALTA'
DI ACCOGLIENZA ITALIANA.

RELATORE:

CHIAR.MA PROF.SSA SERENA LECCE

CORRELATORE:

PROF.SSA ELENA CAVALLINI

CORRELATORE ESTERNO:

PROF. LUCA RONCHI

Tesi di Laurea di
Adriana Dagnello
Matricola 523615

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	3
PRIMO CAPITOLO	6
1. CHI SONO I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGANTI	6
1.1 CENNI STORICI	11
2.1 I FLUSSI MIGRATORI	15
2.2 ACCOGLIENZA.....	20
3. ASPETTI LEGISLATIVI	23
3.1 INTEGRAZIONE	29
4. EPIDEMIOLOGIA	31
4.1 FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI.....	34
4.2 BISOGNI SPECIFICI PER MSNA.....	35
4.5 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PER L'ADATTAMENTO	42
4.5.1 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PRE-MIGRATORI	42
4.3.2 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PERI-MIGRAZIONE	43
4.3.3 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI POST-MIGRAZIONE.....	44
SECONDO CAPITOLO	46
1. INTRODUZIONE	46
2. OBIETTIVI.....	47
3. IPOTESI	48
4. METODO	50
4.1 PARTECIPANTI.....	50
4.2 PROCEDURA.....	51
4.3 STRUMENTI.....	52
5. RISULTATI	63
DISCUSSIONE.....	77
LIMITI	88
BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUZIONE

Nella presente ricerca sono stati definiti chi sono i minori stranieri non accompagnati: ovvero preadolescenti e adolescenti sotto i 18 anni che arrivano in un paese straniero senza essere accompagnati da un adulto che sia legalmente responsabile di loro. Per questo motivo si trovano in situazioni di particolare vulnerabilità a causa della mancanza di familiari o tutori che possano prendersi cura di loro e proteggerli. L'obiettivo principale di questa tesi è analizzare i fattori di rischio e protettivi per la salute mentale e l'adattamento post- migratorio nella realtà di accoglienza italiana dei MSNA, visto che gli studi scientifici che si sono occupati di questo tema sono stati tutti condotti all'estero. Ed essendo l'Italia uno dei paesi maggiormente investito dai flussi migratori negli ultimi decenni, la scarsità di contributi scientifici alla letteratura scientifica internazionale su questi temi si configura come importante criticità. Il presente progetto di ricerca intende analizzare dati retrospettivi raccolti durante le attività cliniche assistenziali su un campione di MSNA accolti nel sistema italiano tra 2017 e 2024 al fine di estendere le conoscenze internazionali sia circa la prevalenza di disturbi psichiatrici e psicopatologici nella popolazione MSNA sia circa i fattori di rischio e protettivi ad essi associati. La raccolta di dati sulla prevalenza dei disturbi di salute mentale dei MSNA e l'identificazione di fattori di rischio/protettivi ad essi correlati permetterebbe, da un lato, di estendere quanto evidenziato ad oggi dalla letteratura internazionale alla specifica situazione italiana e, dall'altro, di evidenziare eventuali fattori di rischio/protettivi specifici in epoca post-migratoria nel contesto di accoglienza italiano. I principali risultati ottenuti, grazie alle diagnosi indicate dal Servizio UONPIA, mostrano una prevalenza del 48.1% per sindrome post-traumatica da stress, il 21% sindrome mista ansioso-depressiva e l'11% per disturbi misti della condotta e della sfera emozionale. Diagnosi compatibili con i sintomi psicopatologici emotivi e comportamentali evidenziati con lo strumento YSR. In particolare, osserviamo tra i sintomi maggiormente rappresentati quelli di natura affettiva con il 35% per le scale DSM e da un 31% e 35% dei soggetti che supera il cut-off clinico della sottoscala per sintomi di ansia, depressione e ritiro/depressione per le scale

sindromiche. Questo dimostra come la scala DSM “Problemi Affettivi” che riporta i criteri relativi alla sezione Disturbo Depressivo Maggiore e Distimia, è altamente corrispondente alle scale sindromiche di ansia/ depressione e ritiro/depressione, confermando ulteriormente le diagnosi riportate dal servizio UONPIA e di conseguenza i dati forniti dalla letteratura: la depressione è tra le psicopatologie più frequenti nella popolazione dei MSNA. Dal confronto delle sottoscale, invece, possiamo evidenziare un punteggio medio significativamente più alto di “ritiro/depressione”, seguito dal punteggio della sottoscala “problemi attentivi” e “ansia/depressione”. Questi sono i sintomi che la letteratura ha associato al disturbo post- traumatico da stress, il quale rappresenta dal punto di vista clinico uno degli esiti disfunzionali dell’esposizione ad eventi traumatici (Taurino et al., 2012). Infine, sono state condotte analisi di regressione lineare per analizzare l’associazione tra diversi fattori di rischio e i punteggi grezzi delle scale della Youth Self-Report, ottenendo tra i principali risultati una correlazione tra il predittore “traumi fisici” e le scale “Problemi Somatici”, “ADHD”, “Ritiro/Depressione”, “Problemi di Pensiero”. L’aver subito danni di natura fisica nel Paese di origine corrisponde a maggiori punteggi di sintomi di tipo somatico ma influisce anche sui processi attentivi, sull’umore e sul pensiero riferiti alla segnalazione. In accordo con la letteratura le esperienze traumatiche pregresse soprattutto di tipo fisico sono correlate ai disturbi di tipo mentale, infatti gli esiti di diversi studi (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007, Derluyn & Broekaert, 2007; Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015) evidenziano che i sintomi clinicamente significativi associabili al disturbo da stress post-traumatico, alla presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione) (Dal Lago et al. 2021) appaiono essere correlati positivamente con il numero di eventi stressanti che i minori hanno vissuto nel corso dell’esperienza migratoria; osservando l’aumento dei sintomi del disturbo da stress post- traumatico come appaiono essere correlati positivamente con il numero di eventi stressanti che i minori hanno vissuto nel corso dell’esperienza migratoria. Pertanto, possiamo concludere che i risultati analizzati in questo progetto di ricerca sono in linea con quanto indicato dalla letteratura, secondo cui la popolazione dei MSNA essendo vulnerabile è ad alto rischio per l’insorgenza di

disturbi psicopatologici (Daniel-Calveras, Baldaquí, & Baeza, 2022) con una prevalenza maggiore di questi tre: depressione, PTS e disturbi d'ansia.

PRIMO CAPITOLO

1. CHI SONO I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGANTI

La definizione utilizzata dall'articolo 2 della Direttiva Europea 2001/55EC sostiene che *“minori stranieri non accompagnati sono i cittadini di Paesi terzi o gli apolidi di età inferiore ai diciotto anni che entrano nel territorio degli Stati membri senza essere accompagnati da una persona adulta responsabile per essi in base alla legge o agli usi, finché non ne assuma effettivamente la custodia una persona per essi responsabile, ovvero i minori che sono lasciati senza accompagnamento una volta entrati nel territorio degli Stati membri”*.

Essi, costituiscono una parte specifica dei minori stranieri presenti nel nostro Paese, poiché necessitano di particolari esigenze e bisogni, dovuti proprio alla condizione di totale assenza di tutela in cui si ritrovano, essendo privi di figure familiari di riferimento. Oggi, rappresentano, una delle categorie maggiormente vulnerabili, a rischio di esclusione sociale, discriminazioni, sfruttamento e devianza (Rigoldi, 2024). Dinamiche che si vanno ad aggiungere ad un bagaglio di vita già pesante a causa di violenze, torture, schiavitù, privazioni vissuti nella propria città d'origine che li porta a intraprendere viaggi lunghi, estenuanti e pericolosi su cui ripongono la speranza verso un futuro migliore. Infatti, sono viaggiatori, spesso non per scelta, che si trovano all'improvviso ad attraversare diversi Paesi del mondo senza alcuna preparazione al distacco con la propria famiglia e al proprio paese d'origine. Il passaggio del mare, infatti è solo l'ultima tragica tappa di un percorso lungo e difficile, giovani alla mercé di spietate mafie transnazionali che non distinguono il guadagno da una vita umana, rendendoli vittime di violenze, carcerazioni, lavori forzati e vessazioni di ogni tipo (Risino, 2016)

In Italia, il numero dei minori stranieri non accompagnati ha visto una crescita considerevole a partire dall'inizio del nuovo millennio, a seguito soprattutto delle cosiddette “primavere arabe”, dei vari conflitti presenti ancora oggi in Medio Oriente, in Africa e ora anche in Ucraina. Per tale ragione non è corretto trattare il fenomeno della migrazione come uno “stato

di emergenza” poiché, di fatto, non è così. È una prassi consolidata nei secoli che accoglie indistintamente persone di ogni nazionalità e con differenti motivazioni: politiche, religiose ed economiche. Solo tenendo a mente questo è possibile eliminare l’elemento dell’imprevedibilità per poterlo identificare, invece, come un fenomeno permanente nella storia dell’umanità.

Secondo Eurostat, nel 2016 sono stati 63.000 i richiedenti asilo e protezione internazionale negli Stati membri dell'Unione europea (UE), dei quali tutti considerati minori non accompagnati. Nel periodo 2010-2020, in media il 15,4 % dei richiedenti asilo per la prima volta in Europa erano minori non accompagnati; anche se questo ha raggiunto il 25,5 % nel 2015 con la cosiddetta "crisi migratoria".

Alla fine di novembre del 2017, in Italia, gli ultimi dati raccolti hanno stimato che 18.508 minori non accompagnati erano presenti nel nostro Paese (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017). Circa sei anni dopo, nel 2023, il censimento effettuato, ha riportato un numero maggiore di minori stranieri non accompagnati pari a 23.226, ovvero il 5,7 della popolazione dell’UE (Eurostat, 2023). Secondo il Centro Nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza, nel 2015, di questi la maggioranza erano maschi (88,4%) e hanno per la maggior parte 17 (46,1%), 16 (27,3%) e dai 7 ai 14 anni (13,7%); arrivano soprattutto da Egitto (4.667 minori), Ucraina (4.131), Tunisia (2.438), Gambia (2.141) e Guinea (1.925), mentre le Regioni che ne accolgono di più sono la Sicilia (6.061 minori, il 26% del totale) che da 10 anni, ormai, non ha mai ospitato meno di un quinto dei minori presenti in Italia, la Lombardia (2.795, il 12%), l'Emilia-Romagna (1.905, l'8,2%) e la Campania (1.716, il 7,4%). Con l’arrivo degli ucraini è possibile osservare una maggiore presenza femminile, registrando un equilibrio di genere pari a 49% maschi e 51% femmine.

In tutto il mondo, milioni di persone sono attualmente in fuga dalla loro casa, scappando da guerra, fame, violenza o minaccia continua (UNHCR 2004). Circa la metà di loro sono bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni, e un importante gruppo non accompagnato (UNHCR 2004), bambini e adolescenti separati da entrambi i genitori o dal loro precedente caregiver primario (SCEP 2004). Le motivazioni che spingono ad affrontare tutte queste avversità sono varie. Principalmente abbiamo la

motivazione di ordine economica, come riferisce il coordinatore della struttura della Casa della Carità: struttura di accoglienza che grazie ad attività sociali si prende cura di uomini e donne, famiglie e i minori stranieri non accompagnati che si trovano in difficoltà serie, soprattutto per quanto riguarda l'Egitto, l'Italia è conosciuta grazie ai racconti positivi dei coetanei già partiti e di coloro che vivono qui da tempo. Più aumentano le voci, più il viaggio sembra essere facile e fa meno paura. Per questo molte famiglie mandano qui i figli, con l'obiettivo di ottenere un miglioramento della propria condizione economica (Rigoldi, 2024). Una dinamica che si è rafforzata con l'avvento dei social media, nei quali quotidianamente i ragazzi, ormai in Italia, pubblicano foto o video in cui cercano di ostentare un'immagine di sé di successo, che però nella maggior parte dei casi, non corrisponde alla realtà. Successivamente troviamo i cambiamenti demografici, in particolare l'invecchiamento oppure la crescita della popolazione che influisce sulle opportunità lavorative. Tante altre sono le motivazioni che possono spingere i minori a cominciare questa dura esperienza, tra cui troviamo quella sociopolitica a causa delle persecuzioni dovuta dalla propria etnia, religione, razza, politica, cultura, guerra. Chi scappa per questi motivi può essere definito profugo o migrante umanitario, determinandone la destinazione a seconda della politica del Paese in cui si vuole arrivare, se più o meno liberale; i fattori ambientali comprese le catastrofi naturali come inondazioni, uragani e terremoti (News Parlamento Europeo, 2020) che provocano un peggioramento degli eventi climatici estremi, infatti l'Organizzazione mondiale per le migrazioni "i migranti ambientali sono coloro che a causa di improvvisi o gradualmente cambiamenti ambientali, che colpiscono negativamente la loro vita o condizioni di vita, sono obbligati a lasciare la propria abitazione, temporaneamente o in modo permanente, e che si spostano in un'altra area del proprio paese o all'estero." Per tutte queste persone le avversità non cominciano solo con l'inizio del viaggio, ma le esperienze traumatiche sono spesso una parte essenziale della loro storia di vita nel loro paese d'origine (Hicks et al. 1993). Molti hanno sperimentato guerre, maltrattamenti fisici o sessuali, la morte brutale di una persona cara, soggiorno nei campi profughi, ecc. (Ajdukovic & Ajdukovic 1998; Weine et al. 1998; Barrett et al. 2000). Per questo e per altri motivi spiegati poco fa, decidono di diventare

rifugiati in fuga dal loro paese e come tali condividono esperienze fondamentali di 'perdita':

di casa, beni, amici, famiglia, scuola, identità culturale, valori e abitudini, stato, prospettive, ecc. (Berman 2001).

A tutto questo va aggiunto il viaggio nel paese ospitante che può essere traumatizzante, a causa di viaggi difficili o pericolosi e circostanze di vita, o dipendenza da umani trafficanti e contrabbandieri (Derluyn & Broekaert 2005). E ancora, la situazione che trovano nel paese ospitante, infatti i minori possono sperimentare eventi traumatizzanti, procedure d'asilo poco accoglienti come le interviste, razzismo e così via. Infine, in quanto rifugiati o migranti, devono iniziare una nuova vita in un paese, dove non hanno familiarità con la lingua, i servizi sociali e le istituzioni, usi e costumi, e così via (Ferenci 2001) affrontando delle vere e proprie sfide dell'integrazione decisive per il loro futuro, dall'apprendimento della lingua all'inserimento scolastico e lavorativo. Sono sfide da superare per non rimanere sospesi in un limbo e poter invece raggiungere una piena inclusione sociale, sentendosi parte attiva e responsabile della comunità territoriale di accoglienza. Infatti, hanno un rischio maggiore di povertà e di esclusione sociale (45,3 % vs. 19,6 % per i cittadini del paese), non completare la scuola (28,2 % vs. 8,6 % per i cittadini) e la disoccupazione (17 % vs. 6,6 % per i cittadini). In altre parole, i minori stranieri dovrebbero essere trattati anzitutto come minori prima ancora di essere trattati come stranieri. Questa considerazione della condizione del minore deriva dalle norme internazionali che se ne sono occupate e che riconoscono la specifica soggettività dei minori. Tra queste la più importante è certamente la Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 che è un ampliamento della dichiarazione dei diritti del fanciullo del 1959 che impone una considerazione primaria del "superiore interesse del minore" come principio guida di ogni intervento della pubblica amministrazione, del sistema giudiziario, degli organi legislativi e di tutte le istituzioni che entrano in rapporto con chi ha meno di 18 anni in considerazione della condizione di dipendenza dagli adulti e della difficoltà a far sentire autonomamente la propria voce. La finalità è quella di garantire benessere attraverso un'analisi olistica della sua condizione e delle

sue esigenze. Questa valutazione deve tener conto del diritto del minore di essere ascoltato (art.12) in tutti i casi in cui l'età e la maturità lo consentano e di vedere assicurata debita considerazione alle sue opinioni. La convenzione inoltre sancisce un generale principio di non discriminazione tra minori (art.2) e un insieme di tanti altri diritti che gli stati sono tenuti a garantire come diritto alla vita art.6, alla salute e alle cure mediche art. 24 e 25, all'istruzione e sviluppo di personalità art. 28 e 29, a una protezione speciale se privati dell'ambiente familiare art. 20, a essere tutelati da ogni forma di sfruttamento art 34 e 36. Nel caso di questa popolazione specifica è chiaro che gli stati devono considerare la condizione di particolare vulnerabilità in cui essi vivono e per questo cercare di garantirgli a maggior ragione. Questo quadro di riconoscimento dei diritti dei minori è sostanzialmente recepito nelle principali norme del consiglio di Europa e dell'unione europea, in cui viene ribadito il principio di superiore interesse del minore e richiamato il diritto all'informazione, all'ascolto, alla partecipazione e alla rappresentanza legale. (Cfr. convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori del 1996; Linee guida del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di minore del 2010; Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000/C 364/01) art. 24.)

1.1 CENNI STORICI

L'arrivo dei minori stranieri non accompagnati in Italia, uno dei Paesi fra gli stati membri dell'UE che accoglie un maggior numero, è diventato significativo a partire dagli anni Novanta quando c'è stato l'aumento degli sbarchi provenienti dall'Albania, con le fughe dai Balcani e più in generale dall'Europa dell'Est. Recentemente, il numero di stranieri in arrivo è aumentato notevolmente a causa delle guerre locali, delle persecuzioni in Africa, Asia, Medio Oriente e dell'attuale crisi economica e alimentare. Quindi, si può ancora una volta affermare come il fenomeno dell'immigrazione non sia nuovo, anzi subisce cambiamenti e assume continuamente nuove dimensioni caratterizzando e modificando il capitale umano non solo italiano, ma anche europeo. I momenti più significativi che hanno segnato la nostra epoca sono stati sicuramente: la Primavera Araba nel 2012 e la strage di Lampedusa nel 2013. Questi hanno definito, con chiarezza, la crisi umanitaria che si stava vivendo a causa dei flussi dei migranti che attraversavano il Mediterraneo per poter raggiungere l'Europa e che è diventata centrale nei discorsi politici, nazionali e non. Naturalmente, mentre avveniva tale fenomeno sulle coste italiane, il governo di ogni paese cominciava a pianificare una serie di misure emergenziali per poter, attraverso degli interventi idonei ed efficaci, garantire il diritto alla protezione di una categoria così vulnerabile: quella dei minori stranieri non accompagnati, costituendo una parte sempre più importante dei movimenti migratori che non sembra volgere al termine. Tuttavia, è necessario ripercorrere delle tappe per poter descrivere da una parte il fenomeno dell'immigrazione e ciò che l'Europa ha deciso di attuare per affrontarla e dall'altra la sua gestione disastrosa con tutti i limiti delle istituzioni e delle politiche europee nel loro complesso. Uno degli eventi principali che riguarda le politiche migratorie è stato l'accordo firmato il 18 marzo tra Bruxelles e Ankara affinché si potesse chiudere definitivamente la rotta che aveva portato migliaia di persone in Grecia dalle coste turche. Grazie a quest'accordo è stata interrotta la cosiddetta rotta balcanica che collegava la Turchia con l'Europa nordoccidentale, attraverso la Grecia, la Macedonia, la Serbia, l'Ungheria, l'Austria e gli altri paesi dei Balcani (Camilli, 2016). In cambio di tre

miliardi di euro in aiuti, Ankara si è impegnata con l'Unione Europea a non lasciar partire i profughi dalle sue coste e ad accettare di ricevere quelli arrivati in Grecia dopo il 20 marzo perché deportati di nuovo in territorio turco (Camilli, 2016). Ben presto, è arrivata la denuncia per l'irregolarità da parte delle organizzazioni per i diritti umani. L'accusa era di violare il diritto internazionale non permettendo a 55 mila profughi che si trovavano in Grecia di poter abbandonare i campi di fortuna al confine con la Macedonia oppure nei campi governativi, senza poter accedere né all'asilo e né al ricongiungimento familiare (A. Camilli 2016). Questo fenomeno è accaduto in tutti i paesi della rotta balcanica e dopo lo sgombero dei campi informali per essere sostituiti con quelli gestiti dal governo greco, la situazione è ulteriormente peggiorata, poiché questi campi non erano altro che vecchi magazzini e fabbriche abbandonate che costringevano gli immigrati a vivere in condizioni di estrema precarietà, definite, sempre dalle organizzazioni per i diritti umani, "pericolose e inadatte per la vita umana". Inoltre, i campi del governo greco si sono trasformati in vere e proprie prigioni a cielo aperto, in cui i profughi erano costretti a sostare in attesa di essere identificati ed eventualmente rimandati in Turchia, come previsto dall'accordo. Questo clima, naturalmente, è stato favorevole alla nascita di scontri e rivolte, pericolosi soprattutto per chi era rinchiuso in quei centri provocandone spesso la morte. Molti sono i tentativi compiuti da parte dei Paesi più accoglienti per cercare di riequilibrare il numero di profughi di ciascuna nazione, uno tra questi è "l'approccio hotspot". Nel 2015 è entrata in vigore l'Agenda Europea sull'immigrazione, secondo cui è previsto il reintegro dei migranti all'interno dell'Unione europea in base ad un sistema di quote, in cui è prevista una divisione netta dei migranti in due categorie: i migranti economici e i profughi. Tenendo bene a mente che per i migranti è possibile ricevere il ricollocamento in base alla loro nazionalità, infatti, i siriani ed eritrei hanno diritto ad essere reinseriti poiché viene loro riconosciuta una protezione nel 75 % dei paesi europei. Per migranti economici, è diverso perché rientrando in questa categoria, al massimo, possono provare a fare domanda d'asilo nel paese d'ingresso in Europa senza tante speranze di ricevere una risposta positiva. Questo approccio ha modificato nettamente il sistema di accoglienza nei paesi di arrivo, come è accaduto per l'Italia e la Grecia, i quali da paesi di transito sono diventati paesi di destinazione. Infatti, in

Italia nei primi sei mesi del 2016 le domande d'asilo sono aumentate del 60% e le risposte negative sono state il 60%. Un ingente numero di persone, in questo modo, è diventato irregolare, dopo essere passato nelle mani del sistema di accoglienza italiano che di fatto ha prodotto clandestinità, invece che integrazione poiché senza documenti e senza diritti (Camilli, 2016). Tuttavia, se prima i migranti cercavano subito di sottrarsi al sistema di accoglienza istituzionale, cercando con i propri mezzi a disposizione di raggiungere il paese di destinazione, con l'entrata in vigore dell'Agenda questo non è più possibile farlo. Amnesty international e altre organizzazioni per i diritti umani hanno denunciato in un rapporto "*Hotspot Italy*" la pressione attuata dall'Unione europea sulle autorità d' Italia e Grecia per l'identificazione massiccia dei migranti sostenendo che questo è "un processo di screening non fondato su alcuna legislazione e fatto con troppa fretta – quando le persone sono ancora troppo stanche o traumatizzate dal viaggio per poter prendere parte in modo consapevole a questo processo, e prima che abbiano avuto la possibilità di ricevere informazioni adeguate sui loro diritti e sulle conseguenze legali delle loro dichiarazioni – rischia di negare a coloro che fuggono da conflitti e persecuzioni l'accesso alla protezione alla quale hanno diritto" (Amnesty International 2016). Inoltre a causa della lentezza del sistema di ricollocamento per le quote, i migranti sono costretti ad aspettare e alcuni, ormai stanchi, lasciano i centri e si rimettono in viaggio per conto proprio provocando una serie di situazioni complicate in alcune città italiane come Ventimiglia, Roma, Milano, Como e Bolzano in cui è possibile trovare un gran numero di profughi che sosta per alcuni giorni e che essendosi allontanati dai centri di accoglienza hanno perso il diritto di assistenza del sistema italiano. Allo stesso tempo, essendo profughi nel 2016, sono stati tutti identificati allo sbarco e, alcuni di loro, avevano già chiesto di essere ricollocati perdendo, di conseguenza, il diritto di chiedere asilo in altri paesi europei. Un ulteriore conseguenza dell'approccio hotspot è stato il processo di ampliamento della rete, con la nascita dei Centri di espulsione e identificazione (CIE) nel 2016, quando il Ministro dell'Interno Manniti ha dichiarato di volerne aprire uno per ogni regione e di voler stipulare più accordi di rimpatrio con i paesi d'origine dei migranti. Tutto questo seguito dall'approvazione della creazione di una guardia di frontiera e

costiera europea che consiste nel rafforzamento di Frontex, ovvero l'agenzia europea di controllo delle frontiere esterne. L'abilitazione di questo nuovo corpo conta su 1.500 agenti scelti tra guardie di frontiera nazionali pronte a intervenire in caso di emergenza in uno dei paesi dell'Unione Europea (Camilli, 2016). Naturalmente, tale manovra è stata concessa grazie ad un investimento economico non indifferente che ha avuto come scopo, non tanto la salvaguardia della vita umana o il soccorso delle persone in difficoltà, quanto la militarizzazione delle frontiere. Infatti, tutto questo sistema ha provocato migliaia di morti, decretandone un numero record senza precedenti nel Mediterraneo: secondo i dati raccolti delle Nazioni Unite nel 2016 hanno perso la vita 5.011 persone durante la traversata del Mediterraneo, 1.300 in più di quelle morte nel 2015 (3.771). Per fortuna, nel 2016, è possibile riportare qualche buona notizia come l'apertura dei corridoi umanitari dal Libano all'Italia per circa 500 profughi siriani ripetutamente in più occasioni, interamente finanziati dalla comunità di Sant'Egidio in modo legale e sicuro.

2.1 I FLUSSI MIGRATORI

In questo paragrafo cercherò di descrivere le vicende che i minori vivono durante il viaggio, focalizzando l'attenzione sulla vasta gamma di motivazioni alla base della scelta migratoria e i contesti in cui questa scelta prende corpo, tutti diversi tra loro. A livello internazionale, negli ultimi anni le migrazioni sono aumentate per una serie di fattori, fra cui i conflitti, la globalizzazione, le crescenti disparità nelle condizioni di vita all'interno dei vari Paesi e fra uno Stato e l'altro (UNHCR, 2023). Per questo hanno cominciato ad analizzarli per comprendere meglio come fossero fatti: traffico di persone principalmente composto da chi cerca migliori opportunità lavorative o di istruzione, chi invece cerca di raggiungere un membro della propria famiglia, ma molti ancora fuggono dalla persecuzione, dai conflitti o dalla violenza generalizzata nei propri Paesi. Ed è proprio per fuggire da queste situazioni nel disperato tentativo di raggiungere un posto migliore in cui potersi salvare che, ogni giorno nel mondo, migliaia di persone conducono pericolose traversate via mare su barconi fatiscenti o pescherecci, lunghi viaggi a piedi cercando di aggirare muri e recinzioni di filo spinato, attraversando tragitti dentro camion o container in cui è difficile respirare rischiando di soffocare. Inoltre, molti di questi viaggi sono irregolari poiché le persone non hanno i documenti necessari, utilizzando valichi di frontiera non autorizzati o affidandosi ai trafficanti che promettono di portarle a destinazione. Proprio perché le rotte e modalità spesso sono le stesse che oggi si parla di "flussi misti": insieme di rifugiati, richiedenti asilo e migranti in fuga dalla povertà che viaggiano assieme, seppur con motivazioni differenti, in condizioni disumane perché spesso costellati da abusi e maltrattamenti. Solitamente, partono dall'Africa occidentale per dirigersi verso le Isole Canarie oppure dal Marocco verso la Spagna, dalla Libia verso Malta e l'Italia, dalla Turchia verso le isole della Grecia (UNHCR, 2023). Molti altri entrano nell'Unione Europea via terra, attraverso la Turchia e i Balcani, o dall'Ucraina e dalla Bielorussia. Nella maggior parte dei casi, gli Stati che si trovano ad accogliere questi "flussi misti" li percepiscono come una minaccia alla propria sovranità e sicurezza, ma questa è l'unica via di salvezza per chi fugge dalla guerra e dalla persecuzione. Per questo motivo l'UNHCR, ovvero l'Agenzia ONU per i Rifugiati, richiama

continuamente l'attenzione sulla necessità di garantire i bisogni di protezione, pur riconoscendo quanto i controlli di frontiera siano essenziali per impedire il crimine internazionale, tra cui la tratta di esseri umani. Tuttavia, è importante assicurare che queste misure non vengano applicate in maniera discriminatoria o sproporzionata e che non implicino il ritorno dei rifugiati in Paesi dove la loro vita o la loro libertà potrebbero essere a rischio. Come ho spiegato nel paragrafo precedente, fin dall'antichità gruppi di persone di tutto il mondo hanno rischiato la propria vita per cercare lavoro, migliorare la propria vita, avere maggior probabilità di istruirsi o per ottenere maggiore protezione internazionale dalla persecuzione o da altre forme di minaccia alla propria vita, libertà o sicurezza. Infatti, già a partire dagli anni '90 il fenomeno della migrazione di minori non accompagnati in Italia si è ampliato considerevolmente e ha mostrato un mutamento nelle nazionalità prevalenti e nelle rotte migratorie, influenzato da contesti geopolitici. Dai Paesi dell'Est Europa, come Romania e Albania tra la fine degli anni '90 e i primi del 2000, al grande esodo dei minori afgani, con l'inizio del conflitto nel 2001, riemerso con numeri rilevanti nel 2021. Le primavere arabe hanno portato sulle nostre coste e città moltissimi ragazzi egiziani e tunisini e la guerra in Siria ha fatto fuggire migliaia di persone, tra cui tante famiglie (Save the Children, 2020). A tutti loro si sono sempre affiancati i flussi di minorenni provenienti da Paesi dove sono segnalate violazioni dei diritti umani fondamentali, come Eritrea, Etiopia, Somalia, Congo, Guinea, Costa D'Avorio, Nigeria e Bangladesh. Infatti, secondo i dati pubblicati il 31 dicembre 2022 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, erano 20.089 le presenze di minori non accompagnati nei centri di accoglienza (Save the Children, 2020). Tra le nazionalità più frequenti c'è quella egiziana (24,4%) e poi quella tunisina e afghana. L'Italia, grazie alla posizione che occupa nel Mediterraneo, è sempre stata un crocevia migratorio e luogo di scambi commerciali tra nord e sud e tra est e ovest che hanno stimolato la mobilità interna a breve e medio raggio. È importante a questo punto descrivere i flussi migratori distinguendoli in tre fasi:

- La prima è quella che va dal 2000 al 2006 e coinvolge alcuni paesi nello specifico Marocco, Romania e Albania che sono giunti a raffigurare il 70% e 80% dei MSNA sul territorio in un anno. Tuttavia, nel 2007, assistiamo ad una

diminuzione del flusso migratorio dei minori rumeni dettato dall'ingresso della Romania nell' Unione Europea nel 2007. Questo ha provocato un cambio di status e una riduzione degli ostacoli normativi relativi alla regolarizzazione della propria condizione una volta adulti.

- La seconda fase è caratterizzata da nuove aree di frontiera, come Egitto, Afghanistan, Somalia, Bangladesh, Tunisia, Nigeria e ancora si conferma l'Albania. Questo accade a causa di rotte migratorie che sono cambiate, come accade per la Sicilia o altre regioni del sud poiché le rotte migratorie si modificano in risposta a una significativa diversificazione delle origini. Nello specifico, questa fase va dal 2008 al 2012, con una maggiore emigrazione dell'Afghanistan che rappresenta una delle componenti principali dei MSNA durante questi anni in cui l'Italia ha potuto osservarne un rapido incremento. Tuttavia, quello che colpisce di questi ragazzi non è la scelta della meta, in questo caso l'Italia, quanto la singolare storia di mobilità di questi migranti: il viaggio durava anche anni; quindi, tempi molto lunghi in cui a volte non si conosceva neanche la condizione in cui versava la città di destinazione. I primi contatti con l'industria migratoria, nella maggior parte dei casi, hanno luogo nelle grandi città come Teheran per l'Iran e Quetta per il Pakistan. Tali confini sono una frontiera estremamente pericolosa, in particolare il confine tra Afghanistan e Iran poiché rappresenta uno dei corridoi migratori più trafficati del mondo, è proprio grazie a questo che diventa facile evitare i posti di frontiera sebbene sia tra i confini più pericolosi da attraversare poiché diventata zona in cui c'è traffico di droga ed esseri umani (OIM,2008). La situazione è molto complicata sia per le ragazze sia per i ragazzi per ragioni diverse. Le prime sono costrette a subire lo sfruttamento sessuale mentre per i ragazzi c'è lo sfruttamento della mano d'opera sottopagati o i minori finiscono nell'industria della pedofilia e accattonaggio in Pakistan. A questo punto, superato il confine si giunge in Grecia che rappresenta il primo ingresso in Europa, si acquisiscono le prime informazioni utili e presenti in ambito legislativo europeo e sul sistema di protezione, quindi, rappresenta allo stesso tempo il primo traguardo e l'inizio della disillusione sul sogno europeo. Si può ragionevolmente ipotizzare che

quest'ondata migratoria con destinazione Europa possa essere la diretta conseguenza dei decenni di politiche migratorie particolarmente restrittive e dei programmi di espulsione verso paesi sconosciuti e rimpatrio dei profughi afgani, promosse dai governi di Iran e Pakistan che li hanno costretti a nascere o diventare clandestini costretti a tornare in un paese martoriato da decenni di conflitti armati. Tutti fattori che hanno incrementato la scelta di ciascun migrante a proseguire la loro esperienza, seppur costretti a vivere in una condizione di apolidia. Per quanto riguarda l'emigrazione egiziana, non è solo il riflesso del boom petrolifero nei paesi del Golfo Arabo e della necessità di manodopera nei paesi vicini, ma anche il segnale delle difficoltà economiche e degli alti tassi di crescita della popolazione a cui si assiste in Egitto nella seconda metà del XX secolo (Zohry, 2006). A questo è possibile aggiungere la vicinanza geografica con le coste europee, l'Italia si è mostrata particolarmente attrattiva seguita da Germania, Regno Unito e Francia. L'attuale flusso di immigrazione egiziana verso l'Europa è iniziato alla vigilia del XXI secolo con un numero enorme di giovani con bassi livelli di istruzione, coinvolti dall'industria della migrazione nel viaggio verso l'Europa attraverso il Mar Mediterraneo partendo dalle coste egiziane. Il fenomeno dei MSNA diretti in Italia cresce regolarmente fino a toccare il picco delle 2790 presenze circa del 2014, rappresentando la nazionalità più rappresentata fra i MSNA. Un dato che è destinato a rimanere sugli stessi livelli fino al 2016, per poi iniziare a decrescere dal 2017.

- La terza fase fa riferimento al periodo che va dal 2012-2018: Le migrazioni rimangono complesse a causa del significativo cambiamento nella composizione dei flussi migratori, in termini di provenienza e dei fattori che li influenzano e indirizzano. Infatti, in questa fase si intensificano i flussi provenienti dall'Africa e dal Medio Oriente. Il maggior numero di migranti in arrivo nel 2012 era costituito dal popolo bangladino con il 28% del totale dei MSNA. L'arrivo dei bangladesi a Roma all'inizio degli anni '90 coincide con un periodo di contrazione dell'occupazione e di crisi economica generale, per questo l'Italia, come gli altri paesi del sud Europa, è stata attratta da questo

flusso migratorio grazie alle particolari caratteristiche del suo mercato del lavoro. Fenomeno che è stato definito da Pugliese nel 2002 come “modello mediterraneo” di inserimento: è connotato proprio dalla collocazione dei nuovi migranti nei segmenti inferiori del mercato del lavoro con una forte componente di lavoro nero agevolati da un quadro normativo in cui varie procedure amministrative hanno permesso di presupporre una possibilità di regolarizzazione per chi arrivava dopo un periodo di irregolarità. Una delle strategie adottate era quella di arrivare in aereo in paesi confinanti con l’Europa come la Turchia o Libia per poi proseguire il viaggio attraverso le rotte migratorie in quel momento agibili, assumendosi un alto tasso di incognite e di rischi.

A fronte di tutto questo è possibile comprendere come il fenomeno dei MSNA si sia fortemente alterato a causa di un quadro normativo in cui le possibilità di ingresso regolare sono notevolmente ridotte e i Decreti Flussi non sono altro che “sanatorie” per chi è già presente sul territorio. La figura dei MSNA gode di una ‘positiva’ reputazione sociale, e in quanto tale riesce a garantire un percorso agevolato, per questo dichiararsi minori è una strategia utilizzata per poter regolarizzare la propria condizione e godere di diritti o, meglio ancora, poter eludere gli svantaggi che derivano da una condizione di irregolarità. Quindi può esser evidente capire quanto la posta in gioco sia alta, permettendo a molti migranti in viaggio nel corso degli anni di sviluppare delle forme di “negoziazione dell’irregolarità” (McIlwaine,2015) e tentare di percorrere ogni strada pur di sfruttare ogni cavillo, crepa o contraddizione dell’apparato. Come è stato detto, l’emergere di questi flussi minorili è stato incentivato dalla difficoltà e scarsa possibilità di ottenere visti per l’Europa da adulti; infatti, il consiglio maggiormente utilizzato tra chi è già approdato sui territori europei e chi invece deve ancora farlo riguarda l’importanza di svolgere il viaggio prima del compimento dei 18 anni, altrimenti una volta superati diventa molto difficile prendere il documento. Naturalmente questo comporta un carico di responsabilità non indifferente per questi adolescenti che sono costretti, seppur hanno spesso già intrapreso un percorso lavorativo, a ritrovarsi in un Paese sconosciuto e lontano da

quello natio con un obiettivo economico, rappresentando inevitabilmente una esperienza che abolisce la fase adolescenziale.

2.2 ACCOGLIENZA

È stata coniata una espressione “boat people” per indicare tutti coloro che viaggiano per mare in pericolose condizioni, provocando di conseguenza la nascita di servizi che hanno l’obiettivo di assistere le persone che si trovano in queste situazioni di pericolo. Tra questi troviamo il Servizio di Ricerca e Soccorso (Search and Rescue, SAR) presente in tutto il mondo che utilizza navi come pescherecci e mercantili. L’operazione di soccorso può e deve essere rapida e coordinata grazie alla presenza di tecniche di comunicazioni satellitari e terrestri che possono essere inviati alle autorità incaricate della ricerca e del soccorso che si trovano sulla terraferma o sulle imbarcazioni vicine. Nonostante ciò, anche una volta completata l’operazione di soccorso, possono sorgere problemi per ottenere il consenso di uno Stato allo sbarco dei migranti e dei rifugiati, specialmente quando questi non hanno una documentazione adeguata. Riconoscendo questo come un problema, gli Stati membri dell’Organizzazione Marittima Internazionale, (International Maritime Organization, IMO) e l’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNCHR) hanno adottato, nel maggio 2004, emendamenti esplicitati in due importanti convenzioni marittime internazionali destinati a tutti gli attori coinvolti in situazioni di soccorso in mare. Questi hanno lo scopo di assicurare non solo l’obbligo del comandante della nave di prestare assistenza, ma anche l’obbligo degli Stati di cooperare nelle situazioni di soccorso, in questo modo il comandante è sollevato dalla responsabilità di occuparsi della parte successiva al soccorso: prendersi cura dei sopravvissuti e consentire di essere prontamente trasferiti in un luogo sicuro. A questo punto, per chi riesce ad arrivare in Italia, c’è un’ulteriore questione da dover affrontare: l’accoglienza. Negli ultimi dieci anni si è registrata una media annua di circa 15mila presenze di minori stranieri non accompagnati nel sistema italiano in attesa di essere accolti in qualche struttura.

Quello che è emerso, da alcuni studi compiuti sui diversi percorsi che ogni migrante

può svolgere dopo lo sbarco, è la presenza di centri di prima accoglienza efficienti, fruttuose collaborazioni tra istituzioni ed enti non profit che mettono i ragazzi e le ragazze in primo piano da una parte. Dall'altra si trovano anche situazioni di grave sovraffollamento, luoghi di prima accoglienza in cui si fa fatica persino a garantire beni di prima necessità come pannolini, cibo adeguato e cure mediche ai bambini, in un continuo clima di tensione a causa di estenuanti attese e, allo stesso tempo, un ricambio di adolescenti che impedisce la progettazione di interventi di medio-lungo periodo. Nonostante il flusso dei migranti continui ad essere copioso, ultimamente le strutture dedicate alla prima accoglienza si sono ridotte, prolungando il tempo di permanenza presso gli hotspot: strutture situate presso le zone di sbarco dedicate ai sopravvissuti per un certo periodo di tempo. Proprio per questo, tali strutture sono sovraffollate, con condizioni igienico-sanitarie precarie e promiscue rappresentando dei luoghi inadeguati e pericolosi per i minori soli non accompagnati, per le donne e per le persone con fragilità che paradossalmente devono attendere ancor di più rispetto agli altri alla luce di una presa in carico necessariamente più delicata. Tra le strutture nate per poter accogliere i migranti ci sono i CAS e gli SPRAR. I primi sono dei "Centri accoglienza straordinaria" mentre i secondi sono "Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati". I Cas sono nati per far fronte all'emergenza degli arrivi nel 2011, per questo la loro qualità e collocazione è disomogenea. Mentre gli SPRAR hanno standard più alti, regole ben precise e hanno come scopo principale l'integrazione a lungo termine del richiedente asilo, quindi non solo la sua accoglienza temporanea (Camilli,2016). Inoltre, sono soggetti a una rendicontazione economica più rigorosa e per questo meno inclini ad abusi e malversazioni. L'unico aspetto negativo di queste strutture è che l'adesione dei comuni è volontaria, invece per i Cas la distribuzione dei migranti è disposta dal Ministero dell'Interno attraverso le prefetture; quindi, è obbligatoria favorendo la diffusione dei centri straordinari. La permanenza presso le strutture di primo livello, come quelle su citate, è molto lunga e potrebbe costringere i migranti a sostare ben oltre i 30 giorni previsti dalla legge prima di potersi trasferire in comunità. Naturalmente, tutto questo provoca molte difficoltà non solo sull'aspetto pratico, ma anche su un piano personale perché li costringe a vivere in un limbo in cui non si può far nulla e si deve solo star lì ad aspettare. Per

questa ragione, molti di loro decidono di scappare per cercare di accorciare i tempi e raggiungere gli altri Paesi il prima possibile con tutti i rischi del caso. L'abbandono anticipato della struttura comporta una serie di conseguenze come non essere in possesso del documento che li porta ad essere "nascosti in piena vista", continuando il viaggio da clandestini costretti a salire su furgoni di sconosciuti. Sono da considerare anche tutti quei rischi aggiuntivi a cui sono esposti le ragazze: spesso costrette ad allontanarsi in modo forzato perché legati al circuito dello sfruttamento sessuale oppure far rientrare comunque in questo circuito anche gli allontanamenti spontanei. A livello legislativo, in Italia, esiste la legge 47 che prevede tra le forme di accoglienza l'affido familiare. Esso rappresenta una delle alternative più valide per poter garantire il diritto di ogni bambino a crescere in una famiglia e in un ambiente in cui poter costruire la propria identità grazie alla nomina del "tutore volontario": adulto di riferimento, adeguatamente formato che supporta il ragazzo per tutto il corso del suo sviluppo. Per questo, Save the Children Italia, ha cercato di sviluppare un progetto da gennaio 2021 a dicembre 2022: IMPACT (Improvement and extension of good Practises of Alternative Care and Protection). L'obiettivo era di rafforzare il sistema dell'affido familiare indicato dalla legge come misura prioritaria, ma ancora poco utilizzato attraverso un approccio partecipativo che quindi coinvolga attivamente i minori stranieri e i professionisti.

3. ASPETTI LEGISLATIVI

I minori stranieri dovrebbero essere trattati anzitutto come minori prima ancora di essere trattati come stranieri e di questo se ne sono occupate le norme internazionali come la Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989. Essa è un ampliamento della dichiarazione dei diritti del fanciullo del 1959 che impone un assunto di base delineato nell'articolo 3 ovvero il “Superiore Interesse del Minore”: la considerazione per l'interesse superiore del minore deve avere carattere preminente in ogni decisione che riguarda il minore e che compete alle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, ai Tribunali, alle autorità amministrative o agli organi legislativi. Infatti, esso è inteso come principio guida di ogni intervento della pubblica amministrazione, del sistema giudiziario, degli organi legislativi e di tutte le istituzioni che entrano in rapporto con chi ha meno di 18 anni considerando la condizione di dipendenza rispetto alle figure di riferimento e la difficoltà a far sentire autonomamente la propria voce. La convenzione sancisce una serie di diritti fondamentali che devono essere garantiti dagli Stati:

- un generale principio di non discriminazione tra minori art.2
- diritto alla vita art.6,
- diritto alla salute e alle cure mediche art. 24e 25,
- diritto all'istruzione e sviluppo di personalità art. 28 e 29,
- diritto a una protezione speciale se privati dell'ambiente familiare art20,
- diritto a essere tutelati da ogni forma di sfruttamento art 34 e 36.

Solo nel 2021 nei Paesi di ingresso UE sono stati registrati 17.200 minori non accompagnati in arrivo, rappresentando il 71% di tutti i minorenni, compresi quelli arrivati con le famiglie, che hanno fatto ingresso in Europa (Save the Children, 2023). L'obiettivo della pubblicazione è quello di fornire delle linee guida su disposizioni normative e su procedure pratiche, per poter assicurare il rapido sbarco di persone soccorse in mare e l'adozione di misure mirate a soddisfare le loro necessità specifiche, in particolare nel caso di rifugiati e richiedenti asilo, tenendo in considerazione la condizione di maggiore vulnerabilità in cui versano. Come detto

precedentemente, a questo si aggiunge l'adempimento da parte del comandante di prestare assistenza a coloro che si trovano in pericolo in mare, senza distinzioni relative alla loro nazionalità, allo status o alle circostanze nelle quali essi vengono trovati. Tale obbligo è essenziale per preservare l'integrità dei servizi di ricerca e soccorso in mare e si basa, tra gli altri, su due testi fondamentali:

- La Convenzione delle Nazioni Unite sul diritto del mare del 1982 (Convenzione UNCLOS) la quale dispone che "Ogni Stato deve esigere che il comandante di una nave che batte la sua bandiera, nella misura in cui gli sia possibile adempiere senza mettere a repentaglio la nave, l'equipaggio o i passeggeri: (a) presti soccorso a chiunque sia trovato in mare in pericolo di vita; (b) proceda quanto più velocemente è possibile al soccorso delle persone in pericolo, se viene a conoscenza del loro bisogno di assistenza, nella misura in cui ci si può ragionevolmente aspettare da lui tale iniziativa". [Art. 98 (1)].

- La Convenzione internazionale per la sicurezza della vita in mare del 1974 (Convenzione SOLAS) obbliga il "comandante di una nave che si trovi nella posizione di essere in grado di prestare assistenza, avendo ricevuto informazione da qualsiasi fonte circa la presenza di persone in pericolo in mare, a procedere con tutta rapidità alla loro assistenza, se possibile informando gli interessati o il servizio di ricerca e soccorso del fatto che la nave sta effettuando tale operazione..." [Capitolo V, Regolamento 33(1)].

Il forte incremento migratorio che ha investito l'Italia e, in particolare, l'accresciuto numero di minorenni non accompagnati che dal 2014 sono approdati sulle coste meridionali del nostro Paese ha reso evidente sia l'inadeguatezza della normativa, sobbarcando i Comuni con le misure di accoglienza, le connesse responsabilità ed i relativi oneri, sia la necessità di pianificare interventi specifici con l'obiettivo di garantire efficacemente il diritto all'accoglienza, alla rappresentanza legale, alla protezione. In questo senso, nella seduta della Conferenza Unificata del 10 luglio 2014 è stata raggiunta l'Intesa sul Piano Nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati ed è stato definito un nuovo sistema che elimina, ai soli fini dell'accoglienza, ogni

distinzione tra MSNA richiedenti e non richiedenti asilo/protezione internazionale. Per quanto riguarda i minori, l'Intesa prevede:

- una fase di prima accoglienza in strutture governative ad alta specializzazione
- un'accoglienza di secondo livello nell'ambito dello SPRAR (Sistema di Protezione richiedenti asilo e rifugiati) dedicato ai MSNA, adeguatamente potenziato.

L'Intesa ha previsto, inoltre, che nelle more della realizzazione del nuovo sistema, il Ministero dell'Interno:

- coordini la costituzione di strutture temporanee di accoglienza, individuate ed autorizzate dalle Regioni, di concerto con le Prefetture e gli enti locali;
- aumenti la capienza di posti nei progetti della rete SPRAR.

A tutto questo bisogna aggiungere che ottenere cittadinanza in un paese ospitante non è facile, e il numero complessivo di tali approvazioni è diminuito negli ultimi anni (EMN, 2021). Tra i richiedenti asilo e i rifugiati, il gruppo più vulnerabile sono i bambini e gli adolescenti: spesso a causa di sgomberi forzati sono stati separati dalle loro famiglie, viaggiando da soli senza adulti a prendersi cura di loro (UNHCR, n.d.). Ma non finisce qui perché le esperienze nelle strutture di accoglienza del paese ospitante, di questa parte della popolazione, possono essere associate ad abuso emotivo, abbandono o violenza istituzionale (Zijlstra, Menninga, van Os, & Kalverboer, 2020). Per questo è importante che il personale dei servizi sia formato per prevenire o minimizzare tali esperienze (Im & Swanm, 2020). In questo contesto, l'Europa ha elaborato nuove linee guida strategiche per la migrazione e l'asilo, tra cui una strategia dell'UE sui diritti del bambino, fornendo il quadro per l'azione dell'UE volta a promuovere e proteggere meglio i diritti dei bambini, compresi i bambini in migrazione (Commissione europea, 2020). Dopodiché è fondamentale partire dalla promozione di politiche di accesso regolare e sicuro al territorio e dal rafforzamento dei canali di ingresso esistenti, quali i ricongiungimenti familiari, gli ingressi per motivi di studio e lavoro, i corridoi

umanitari così da ridurre il rischio di traffico di esseri umani e favorire una migrazione sicura e regolare. “Dalle pagine di questo rapporto si rileva, ancora una volta, la necessità di dare vita ad un sistema di accoglienza per i minori soli che sia strutturato su tutto il territorio nazionale e che sia in grado di assicurare ai minorenni che arrivano senza genitori nel nostro Paese la possibilità di trovare in tempi rapidi tutela e protezione” ha dichiarato Raffaella Milano, direttrice dei programmi Italia-Europa di Save the Children. Poi continua “Per raggiungere questo obiettivo è necessario, a nostro avviso, attivare almeno un centro per la prima accoglienza in ogni regione, una rete coordinata al livello nazionale con standard qualitativi e gestionali comuni ed una copertura di 2000 posti. Ciascun centro dovrebbe agire in coordinamento con i Tribunali dei Minori, le Aziende sanitarie e le Questure per realizzare speditamente le procedure di identificazione, di accertamento della minore età e per avviare, se necessario, le procedure di ricongiungimento familiare. Entro i 30 giorni dall’arrivo, così come previsto dalla Legge 47, ogni minore dovrebbe essere collocato nella seconda accoglienza della rete SAI dove è necessario raddoppiare i posti, nella seconda accoglienza gestita dai Comuni o nel circuito di affido familiare. L’esperienza dimostra che una rete di accoglienza di qualità riesce ad accompagnare efficacemente i minori che arrivano da soli alla piena integrazione, con un grande beneficio per loro così come per tutta la comunità che li accoglie”. Save the Children è presente con i suoi operatori in frontiera sud (in Sicilia, Calabria e a Lampedusa) fin dal 2008 per garantire supporto, protezione e assistenza immediata a minori soli e famiglie in arrivo. Dal dicembre 2020, Save the Children e UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per l’Infanzia, hanno unito le proprie forze per dare una risposta immediata ai bisogni essenziali e primari di bambine, bambini e adolescenti, delle loro famiglie e delle donne sole in arrivo e in transito, e dal mese di agosto 2022, considerando l’evoluzione del fenomeno migratorio ai confini meridionali del nostro Paese, hanno deciso di espandere l’intervento congiunto anche in Calabria e di rafforzare la presenza sull’Isola di Lampedusa. Tra le attività poste in essere: accesso a informazioni tramite servizio di mediazione linguistico - culturale, primo soccorso psicologico, informazioni e orientamento sui diritti, sui servizi e sulle opportunità disponibili, una valutazione tempestiva delle potenziali vulnerabilità e specifici fattori di rischio, tra

cui quelli connessi alla violenza di genere, supporto alle autorità, interventi di capacity building, attività e percorsi partecipativi per minori al fine di tutelare i loro diritti e promuovere il loro diritto all'ascolto e alla partecipazione. L'Italia è l'unico Paese Europeo che nel 2017, con l'approvazione della legge n. 47, la c.d. legge Zampa, si è dotato di una normativa specificamente rivolta ai minori stranieri non accompagnati, introducendo significative modifiche al complesso della normativa vigente con l'obiettivo di rafforzare gli strumenti di tutela riconosciuti dall'ordinamento italiano in loro favore. In particolare, la legge, prevede esplicitamente il divieto assoluto di respingimento alla frontiera dei MSNA, che non può essere disposto in alcun caso e ai quali potranno essere riconosciuti i seguenti permessi di soggiorno:

a) permesso di soggiorno per minore età, il quale può essere richiesto direttamente dal minore, o dall'esercente responsabilità genitoriale, anche prima della nomina del tutore;

b) permesso di soggiorno per motivi familiari, rilasciato al minore infraquattordicenne affidato o sottoposto alla tutela di un cittadino italiano con cui convive o al minore ultraquattordicenne affidato o sottoposto alla tutela di un cittadino italiano o di un cittadino straniero regolarmente soggiornante con cui convive. Entrambi i permessi di soggiorno sono validi fino al compimento della maggiore età.

La legge n. 47/2017, inoltre, attraverso il censimento della presenza dei MSNA sul territorio italiano, permette di tracciarne costantemente gli spostamenti dei MSNA con riferimento al collocamento in accoglienza e la presa in carico da parte dei servizi sociali territorialmente competenti e di gestire i dati relativi alla loro anagrafica. Successivamente, a seguito di un decreto del Governo Meloni entrato in vigore a ottobre 2023, è stato previsto che, in caso di necessità, i prefetti siano autorizzati a sistemare i MSNA di 16 e 17 anni in Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) per adulti per un massimo di 90 giorni (Rigoldi, 2024). Questo rappresenta un passo indietro rispetto alla legge Zampa, infatti secondo l'ONG Save the Children la permanenza protratta in promiscuità presso le strutture di prima accoglienza per adulti rappresenta un serio rischio per un minorenne, in termini di possibilità di subire danni e incorrere in situazioni di sfruttamento. Inoltre, rischia di creare ulteriori difficoltà nel

percorso di integrazione: ansia e frustrazione, un prolungato senso di precarietà che può spingere all'allontanamento dalle strutture, ma soprattutto ritardi nell'accesso a diritti fondamentali, come l'istruzione, la tutela, il ricongiungimento con i propri cari o l'inserimento lavorativo (Save the Children, 2023). Sempre il decreto ha inoltre stabilito delle modifiche circa l'accertamento dell'età: in caso di dubbio sul fatto che la persona sia effettivamente minorenni, l'autorità di pubblica sicurezza può disporre immediatamente lo svolgimento di accertamenti sanitari volti a determinare l'età dandone comunicazione alla Procura della Repubblica. Prima di tale disposizione, questi accertamenti potevano avvenire solo previo provvedimento della Procura e con ulteriori specifiche garanzie riguardo le modalità (Rigoldi, 2024). Tuttavia, quello che più rammarica è che non solo in Italia funziona così, ma nella maggior parte dei Paesi europei si assiste a una dinamica simile: la percentuale di riconoscimento di rifugiati è sempre più bassa, e prevale una tendenza alla 'precarizzazione' dello status di rifugiato, con l'introduzione di forme di protezione temporanea, che restringono il perimetro dei diritti e la possibilità di accedere più rapidamente al riconoscimento della cittadinanza. In altri termini, il corollario delle politiche restrittive nei confronti della mobilità lavorativa sembra essere stato un irrigidimento delle stesse politiche nei confronti dei rifugiati (Zetter, 2007). In definitiva, è possibile affermare che ad essere cambiata non sono le norme quanto l'immagine stessa dei rifugiati che si è trasformata da quella di un gruppo protetto dal diritto internazionale, come era avvenuto dopo la Seconda guerra mondiale, in quella di migranti internazionali in cerca di porte di servizio (Ambrosini, 2014). Col tempo, si è lentamente imposta una politica dell'asilo connotata da una sfiducia nei richiedenti asilo, da dubbi sistematici sulla loro credibilità: «chi chiede protezione è una persona sospetta, colpevole fino a prova contraria» (Kneebone, Stevens e Baldassar, 2014). Questo discredito della figura del richiedente asilo come individuo ha significato la delegittimazione dell'asilo come istituzione e questa sfiducia nei rifugiati ha eliminato la possibilità stessa della protezione internazionale (Fassin, 2011).

3.1 INTEGRAZIONE

Una volta giunti in Italia, oltre alle sfide già sopra citate a cui ogni migrante deve far fronte, si aggiunge anche quella relativa all'integrazione: decisiva per poter raggiungere il pieno inserimento in ambito scolastico, lavorativo e sociale cercando di evitare di rimanere sospesi nel limbo, ma sentendosi parte attiva e responsabile della comunità territoriale di accoglienza. Il concetto di inclusione possiamo inserirlo assieme a quello di integrazione e di uguaglianza per designare una serie di pratiche che riguardano soggetti differenti (Palmisano, 2022) e che per svariati motivi sono stigmatizzati o non hanno "diritto ad avere diritti" (Arendt, 1951). Non bisogna immaginare l'integrazione come un processo armonico, privo di conflitti (Sayad, 2002) infatti, le scienze sociali non riescono a pensarlo con un'unica accezione positiva, ma bisogna necessariamente tener conto anche di una negativa in cui il processo è sempre in difetto a causa della carenza di integrazione. A occuparsi di tale questione c'è la scuola, che deve cercare di predisporre i propri ambienti all'educazione e alla formazione di studenti con cittadinanza non italiana in stretta connessione con il principio di un sistema scolastico che è aperto a tutti i bambini e nel contesto interculturale dell'istruzione (Santerini, 2003; Granata 2012; Portera, La Marca & Catarci, 2015; Zay, 2012). Questo approccio emerge chiaramente da molti disegni di legge (per es. circolare ministeriale n. 205 del 26 luglio 1990 "Obbligatorio scolarizzazione e studenti stranieri. Educazione interculturale"; Ministeriale Circolare n. 73 del 2 marzo 1994, "Dialogo interculturale e democratico coesistenza: impegni di pianificazione scolastica" e articolo 36 della legge 40/1998, non modificata dalla legge 189/2002) ed è stata confermata da vari documenti, compreso il curriculum nazionale italiano raccomandazioni del 2012 (MIUR, 2012) e l'ultima edizione di "Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli studenti stranieri" (MIUR, 2014). Nonostante questo, troppa poca attenzione è stata prestata a programmi educativi specificamente rivolti a minori non accompagnati a scuola che tengono in considerazione le loro specifiche esigenze e risorse a causa del loro status di migranti "non accompagnati" (A. Augelli et al., 2018). A rendere ancora più complesso il quadro troviamo la differenziazione del fenomeno migratorio. I ricongiungimenti familiari, l'aumento dei

profughi e dei richiedenti asilo, la trasformazione degli immigrati in minoranze insediate stabilmente, la crescita delle seconde generazioni, hanno nel corso del tempo reso evidente quanto la pretesa di governare le migrazioni all'interno di una logica stato-centrica possa rivelarsi fallace. Se il crescente controllo della mobilità lavorativa ha caratterizzato in maniera decisa gli ultimi decenni, allo stesso modo, il 'regime dei rifugiati' si è trasformato in maniera fondamentale negli ultimi trent'anni: è passato dall'essere un sistema messo a punto per accogliere i rifugiati della Guerra Fredda provenienti da Est, solitamente parte di una élite culturale e politica che poteva svolgere una funzione polemica nella logica dei blocchi, «in un regime di esclusione, progettato per mantenere all'esterno i richiedenti asilo del Sud del Mondo» (Castles e Miller, 2012). Tutto questo ha contribuito allo sviluppo di paure irrazionali da parte delle popolazioni accoglienti, come l'Italia, in cui il pensiero comune è credere che più sono intensi i flussi migratori e più è alto il timore della delinquenza. La stessa situazione si è presentata quando sono stati gli italiani ad essere accusati, sia a Chicago sia a New York, di aver portato la mafia negli Stati Uniti. Bisogna considerare come, per disperazione, molti immigrati diventano criminali e disonesti una volta giunti nel nuovo paese, poiché una maggiore ricchezza porta anche a un aumento della criminalità. Tuttavia, è importante che l'intelligenza ci permetta di distinguere i casi isolati dai fenomeni di massa. Grazie al nuovo report di monitoraggio "I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia", pubblicato dalla Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sono state monitorate le presenze, le caratteristiche e l'accoglienza dei minori soli, tenendo in considerazione dei nuovi arrivi e allontanamenti, delle richieste di protezione internazionale, delle indagini sulle famiglie presenti nei Paesi di origine. Ha permesso di poter affermare quanto a muoversi sono per lo più i giovani in cerca di lavoro, provocando un ringiovanimento medio della popolazione in cui si emigra ed un invecchiamento di quella da cui si sta andando via.

4. EPIDEMIOLOGIA

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il 10-20 % dei bambini e degli adolescenti soffre di disturbi mentali, i minori rifugiati presentano livelli più elevati di disagio psicologico (OMS, 2020). La migrazione è un fattore di rischio ampiamente riconosciuto per lo sviluppo di problemi emotivi e comportamentali, soprattutto in bambini e adolescenti. Se a questo ci aggiungiamo il fatto che il bambino è obbligato a vivere questa esperienza senza alcun supporto e protezione di una figura adulta di riferimento, come genitore o caregiver primario, allora il suo benessere emotivo sarà inevitabilmente minacciato. Infatti, per la stessa ragione, essere con la propria famiglia può svolgere un ruolo importante nella migrazione e, la coesione familiare, è stata segnalata come un fattore protettivo associato ad una minore incidenza di disturbi della salute mentale nei bambini e rifugiati adolescenti in una recente revisione sistematica (Scharpf, Kaltenbach, Nickerson, & Hecker, 2021). Viaggiatori, spesso non per scelta, si trovano all'improvviso ad attraversare diversi Paesi del mondo senza alcuna preparazione al distacco dove il passaggio del mare, è solo l'ultima tragica tappa di un percorso lungo e difficile (Risino, 2016). Giovani alla mercé di spietate mafie transnazionali che non distinguono il guadagno da una vita umana, rendendoli vittime di violenze, carcerazioni, lavori forzati e vessazioni di ogni tipo (Palmisano, 2022). Per questo, la popolazione dei MSNA è considerata vulnerabile e ad alto rischio per l'insorgenza di disturbi di natura psicologica (Daniel-Calveras, Baldaquí, & Baeza, 2022) perché adolescenti e non accompagnati costretti perciò a svolgere compiti fase-specifici senza il sostegno e la guida dei genitori o di chi li ha accuditi in precedenza (e.g., Ferenci, 2001). Questi assunti sono stati approfonditi nella metanalisi di Daniel-Calveras e collaborati (2022), in cui si è cercato di rivedere sistematicamente i dati sulla prevalenza dei disturbi di salute mentale dei minori stranieri non accompagnati. L'obiettivo era indagare la prevalenza dei disturbi di salute mentale nei bambini e adolescenti URM (*Underrepresented Minority*): ovvero gruppi etnici o razziali che sono meno rappresentati in una determinata area rispetto alla loro percentuale nella popolazione generale, espressione spesso utilizzata nelle discussioni riguardanti l'equità e l'inclusione in ambito educativo o lavorativo. In questo studio si sono

soffermati maggiormente su bambini e adolescenti non accompagnati confrontandoli con quello formato dai minori stranieri accompagnati poiché sembra che i primi abbiano un rischio maggiore di sviluppare problemi di salute mentale (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter, et al., 2019). Dai risultati ottenuti è possibile affermare che i minori rifugiati non accompagnati mostrano una prevalenza significativa di disturbi mentali, in particolare il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione, disturbo d'ansia, ideazione e comportamento suicida e altri problemi emotivi e comportamentali. Gli studi inclusi nella revisione indicano che la prevalenza del PTSD tra questi minori varia considerevolmente, con valori che vanno dal 4,6% all'81%, a seconda del contesto e della metodologia utilizzata (Daniel-Calveras et al., 2023). Inoltre, i risultati longitudinali mostrano che, sebbene i sintomi di PTSD possano diminuire nel tempo, una percentuale significativa di minori continua a sperimentare questi sintomi anche anni dopo il loro arrivo in Europa e che i minori stranieri non accompagnati hanno un rischio otto volte maggiore di sviluppare un PTSD rispetto ai coetanei nati in Svezia (Bjorkenstam et al., 2020). Riguardo la depressione, gli studi trasversali hanno rilevato una prevalenza di depressione tra il 2,9% e il 9% (Ehnholt et al., 2018; Laukamp et al., 2019), mentre fino all'81,4% ha superato la soglia clinica per la depressione in diverse scale (Giannopoulou et al., 2022; Hohne et al., 2021; Müller et al., 2019; Oppedal et al., 2020; Sierau et al., 2019). In questo caso però il rischio è relativo, poiché i MSNA hanno una probabilità inferiori di sviluppare disturbi depressivi gravi rispetto ai giovani nati in Svezia (Bjorkenstam et al., 2020). Per i disturbi d'ansia, invece, uno studio trasversale ha rilevato che il 38,2% dei minori ha superato la soglia clinica (Müller et al., 2019), mentre il 23,8% ha raggiunto la soglia per il disturbo d'ansia generalizzato (Sierau et al., 2019). In questo caso i minori hanno un rischio 1,67 volte maggiore di disturbi d'ansia rispetto ai loro coetanei svedesi (Norredam et al., 2018). Riguardo l'ideazione e comportamento suicida sappiamo che in Danimarca il tasso di tentativi di suicidio di 1164,7 per 100.000, rispetto a 82,9 per 100.000 nella popolazione generale (Amiri et al., 2021) mentre in Svezia il tasso di morti per suicidio tra i minori non accompagnati era di 40,7 per 100.000 rispetto a 7,6 nella popolazione generale (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Invece, in uno studio nel Regno Unito l'8% dei minori non accompagnati ha

riferito autolesionismo o tentativi di suicidio (Armitage et al., 2022). Infine, per quanto riguarda i problemi emotivi e comportamentali, è emerso che il 14,3% dei minori non accompagnati ha mostrato problemi comportamentali, rispetto al 4,6% nella popolazione generale (Sierau et al., 2019) e che il 29% presenta problemi emotivi. Sempre grazie a questo studio è stato possibile confrontare i minori stranieri non accompagnati e accompagnati: i primi sono più a rischio di disagio psicologico, problemi di sonno, depressione e PTSD rispetto ai secondi con una media di eventi stressanti riportati pari a 7,1 dei MSNA rispetto al 4,1 dei minori accompagnati. Possiamo compiere un'ulteriore differenziazione all'interno della popolazione dei MSNA potendo individuare un aggiuntivo gruppo a rischio: le ragazze, le quali vanno in contro ad un maggior pericolo di sviluppare problemi di internalizzazione. Per spiegare tale fenomeno, è necessario dover prendere in considerazione la possibilità che le ragazze hanno sperimentato altri o ancora più difficili traiettorie di migrazione rispetto ai ragazzi, hanno vissuto esperienze ancor più traumatiche, come l'abuso sessuale o il matrimonio forzato. Tali situazioni non si concludono una volta giunti nel paese ospitante, anzi, qui le ragazze rifugiate e non accompagnate potrebbero essere più a rischio di sperimentare alcuni eventi traumatizzanti, ad esempio stupro o forzato prostituzione. In una successiva revisione sistematica della letteratura di 23 studi condotti in 9 paesi europei compiuta ancora una volta da Daniel-Calveras, Baldaqui, Baeza nel 2022, con un totale di 80651 minori stranieri non accompagnati, sono emersi tali risultati:

- Depressione fino al 61,6% (13 studi)
- PTSD fino al 43% (10 studi)
- Sintomi/disturbi d'ansia fino al 38,2% (5 studi)
- Problemi comportamentali fino al 14,3% (4 studi)
- Problemi comportamentali più elevati nei MSNA (14,3%) rispetto alla popolazione generale (4,6%) (es. Sierau et al., 2019).

4.1 FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Dopo aver inquadrato la popolazione dal punto di vista generale, è possibile ora scendere più nel dettaglio, per capire cosa succede a livello individuale e, quindi, come mai a parità di fattori di rischio ci sono minori che hanno probabilità differenti di sviluppare una psicopatologia. La letteratura sostiene che esistono delle risorse presenti in alcuni ragazzi come la capacità di affrontare situazioni estreme, possedere un certo livello di dedizione e di determinazione non comune tra i giovani italiani. Ancora, alcuni possono presentare la capacità di distaccarsi dalle situazioni più tristi e di mantenere un atteggiamento molto positivo. La maggior parte dei minori stranieri non accompagnati ha dovuto affrontare situazioni estreme, permettendogli di sviluppare la capacità di sfidare l'ignoto e affrontare l'imprevedibile. Questo significa che sono in grado di abbandonare schemi predefiniti e di gestire continuamente le discrepanze tra idee e realtà, tra speranze e fatti, e le conseguenti frustrazioni e difficoltà psicologiche. Saper affrontare gli imprevisti è una competenza che non può essere data per scontata negli adulti, e ancor più, negli adolescenti. Quindi le caratteristiche personali sono fondamentali nel chiarire poi come avverrà il processo di adattamento. Appurata una vulnerabilità di fondo presente in tutta la popolazione dei minori stranieri non accompagnati in quanto tali, è possibile individuare anche altri fattori come la resilienza, le strategie di coping, gli stili di attaccamento, i tratti personologici, i fattori cognitivi, la cultura di partenza e lo stile di acculturazione. In particolare, l'autoefficacia rappresenta una componente fondamentale poiché agisce positivamente sulle strategie funzionali di coping e può incrementare i livelli di resilienza, rappresentando un rilevante fattore di protezione soprattutto nella riduzione degli effetti del trauma psicologico (Lim & Han, 2016), infatti la salute mentale della maggioranza degli URM migliora nel corso del tempo. Secondo alcuni studi di follow-up, sono necessari molti anni per poter osservare cambiamenti positivi, assomigliando alle consuete traiettorie negli adattamenti allo stress cronico o agli eventi post-traumatici (Montgomery, 2010). Tutto ciò è molto importante poiché la resilienza rappresenta una *conditio sine qua non* per affrontare (Muscarà et al., 2021), nel loro

caso, non solo i fisiologici compiti di sviluppo durante l'adolescenza ma anche quelli relativi all'adattamento individuale nel nuovo contesto in cui giungono.

4.2 BISOGNI SPECIFICI PER MSNA

Una volta giunti nel Paese ospitante sono costretti ad affrontare un ulteriore fase, ovvero quella di “adattamento”. Esso è un percorso di integrazione che porta l'individuo ad interpretare e a ridefinire il contesto ove è inserito alla luce dei processi psicologici che vive e che si sviluppano di fronte alle sfide che l'ambiente gli pone (Helson, 1959). Quindi implica la capacità di utilizzare risorse cognitive, affettive e psicosociali che aiutino il soggetto a fronteggiare eventuali sfide e avversità in maniera adattiva (Muscarà et al., 2021) nel post-migrazione, il cui esito può essere giungere ad un fattore di rischio o protettivo per il benessere psicologico. Pertanto, l'adattamento è un costrutto poliedrico che coincide con tanti altri processi come quello di acculturazione, emotivo, affettivo e secondo altri autori esso coincide con il modo in cui fattori di rischio e protettivi possono armonizzarsi permettendo all'individuo di adattarsi al proprio ambiente in modo sufficientemente buono (Cicchetti, 2008; Cicchetti & Olsen, 1990; Rutter & Garmezy, 1983; Garmezy, 1993). In seguito ad un'ampia revisione condotta da El-Awad, Fathi ID, Petermann and Reinel (2017) sono state individuate tre aree specifiche dei MSNA fondamentali per il loro adattamento e per le loro traiettorie di salute mentale, e sono: acculturazione, regolazione emotiva e progettualità.

- La prima macroarea di bisogno è quella di acculturazione: essa porta alla ridefinizione del proprio sé in relazione a nuovi assetti socioculturali (Berry & Sam, 1997). Molti sono i modelli elaborati dagli autori per cercare di definire meglio le dinamiche che avvengono durante il processo di acculturazione. Il primo è stato Bronfenbrenner che pone al centro della sua ricerca la persona, considerandola nel suo insieme, facendo riferimento agli aspetti sociali, relazionali e educativi che contribuiscono alla costruzione della propria dimensione interiore. Quindi la persona è agente attiva che si plasma in

relazione agli altri e agli aspetti sociali con cui è più in contatto (Muscarà et al., 2021). Successivamente è stato elaborato il modello della resilienza (Ungar, 2008, 2018; Theron, Liebenberg & Ungar, 2015) secondo cui sono proprio le differenze contestuali ad influenzare gli esiti dello sviluppo e quindi le risorse che ciascuno di noi possiede e coltiva nel tempo. Infine, troviamo la teoria socio-cognitiva di Bandura (1998, 1999a, 1999b) di stampo psicosociale: essa pone maggiormente l'attenzione sugli aspetti sociali e cognitivi alla base per la nascita di quelli individuali. Nello specifico, ritiene che gli esiti maladattivi dei singoli siano il risultato di apprendimenti sociali che si incastrano al vissuto personale e alla modalità di interpretare gli eventi di vita che accadono. Tuttavia, ciò che possiamo affermare con certezza è che l'adattamento è il frutto di processi latenti che hanno come obiettivo la socializzazione e, di conseguenza, la capacità di muoversi nella realtà in cui il soggetto è inserito così da poterla costruire e di poter autodeterminarsi. Un altro autore che si è occupato di questa prima area è Berry, secondo cui è la somiglianza tra cultura ospitante e cultura ereditaria a determinare la forza del processo di acculturazione durante l'adattamento alla nuova cultura. Infatti, sempre secondo l'autore, se non ci sono molte differenze i MSNA non avranno molte difficoltà e tutto si svolgerà in maniera piuttosto liscia; al contrario, se ci fossero gravi conflitti o fastidi quotidiani tra le due culture, allora si potrebbe sfociare in uno stress acculturativo (Sam, D.L.; Berry, J.W, 2006) che solitamente si manifesta attraverso disturbi mentali quali depressione, ansia o in alcuni casi psicosi. In effetti, grazie ai risultati di alcune analisi longitudinali, è stata osservata una correlazione tra l'entità delle seccature quotidiane specifiche dell'acculturazione con le traiettorie nell'adattamento agli eventi traumatici: meno erano le prime e più le previsioni delle traiettorie si mostravano resilienti; invece più era alta l'entità dei fastidi quotidiani e maggiori erano le traiettorie croniche (Keles, S.; Idsoe, T.; Friberg, O.; Sirin, S.; Oppedal, B, 2016). Tra gli altri fattori che incidono sullo stress acculturativo troviamo le strategie, le quali si basano su due componenti specifici:

1. orientamento verso la cultura ospitante

2. orientamento verso la cultura ereditaria

Quindi è proprio sulla base di questi due orientamenti che possiamo ottenere quattro differenti strategie: integrazione, assimilazione, separazione ed emarginazione. La prima è caratterizzata da un giusto equilibrio dei due orientamenti, la seconda è più propensa verso la cultura ospitante, la terza è sbilanciata verso la cultura ereditaria e, infine, nella quarta troviamo una mancanza di orientamento verso entrambe le culture (Berry, 2005). La strategia ritenuta migliore è l'integrazione poiché i soggetti che hanno seguito questo orientamento mostrano una migliore salute mentale, umore meno depresso, più alti livelli di autostima, hanno un maggior numero di amici intimi e sono maggiormente accettati dai loro pari. Inoltre, secondo Berry, nel processo di acculturazione è possibile distinguere tre fasi:

- contatto con la cultura ospitante,
- conflitto con la cultura ospitante poiché i migranti si ritrovano a stretto contatto con una lingua diversa, cibi diversi, vestiti diversi provocando uno stato di stress da acculturazione (Augelli, 2018; Berry et al., 2006; Same et al., 2006) che può manifestarsi con depressione, ansia, frustrazione, rabbia e in alcuni casi psicosi (Renner et al., 2011),
- adattamento alla cultura ospitante (Berry et al., 2006).

Per evitare incomprensioni e disorientamento è necessario che il momento di contatto con la cultura sia chiaro, costruttivo e che offra possibilità di diversificare interazioni e amicizie, per non rimanere "ghettizzati" etnicamente e culturalmente (Augelli, 2018). Per far questo è necessario possedere una buona competenza interculturale: la capacità di svolgere in modo appropriato ed efficace le interazioni sociali e comunicare con persone di diverse culture in base alle proprie conoscenze, abilità e atteggiamenti interculturali (Deardorff, 2006). Se tutto ciò non avviene si giunge ad uno stato di stress di acculturazione, come precedentemente descritto. Tale stato può dipendere da una serie di fattori, considerati di rischio, perché predittivi dello stress come i pregiudizi e l'incapacità di parlare una nuova lingua. Quest'ultima, in particolare, rappresenta una preoccupazione molto forte nei MSNA perché fonte

di confusione, sfiducia nelle proprie capacità, senso di impotenza, provocando spesso situazioni come l'essere vittime di stereotipi e pregiudizi. Questi sono tutti aspetti che costituiscono una base su cui sorgono reazioni emotive di tristezza, frustrazione, impotenza, imbarazzo e rabbia (Tummala-Narra et al., 2016).

- La seconda macroarea è la regolazione emotiva: ovvero la capacità di un soggetto di valutare, gestire, sperimentare, esprimere e migliorare le proprie reazioni emotive in modo tale da raggiungere un corretto funzionamento (Gross, 2002). Quindi la regolazione emotiva è un processo dinamico che aumenta o diminuisce le emozioni negative o positive attraverso una serie di strategie con cui vengono elaborate, consentendo di rispondere in modo appropriato alle situazioni emotive. Secondo lo studioso Gross è possibile distinguere le strategie in base al momento in cui esse influenzano le emozioni che per la prima volta si rivelano: infatti le strategie focalizzate sull'antecedente sono differenti rispetto a quelle che si basano sulla risposta poiché quest'ultime comprendono la strategia di rivalutazione. Essa è importante perché consente di modificare l'interpretazione di un evento, riducendo l'impatto emotivo (Gross e John, 2006). Quindi le strategie di regolazione delle emozioni facilitano il processo di acculturazione e sono molto utili nel gestire le esperienze traumatiche (Seligowski; Lee; Bardeen; Orcutt, 2015). In effetti, ci sono risultati che dimostrano come l'utilizzo di tali strategie diminuisca significativamente la rabbia e l'aggressività e, al contrario, la disregolazione emotiva è associata ad una gestione invalidata della rabbia. Nei MSNA è nota una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni e della rabbia, provando alti livelli di paura e vergogna a causa delle situazioni traumatiche vissute. Di conseguenza, una regolazione emotiva compromessa potrebbe agire come un meccanismo che rafforza la connessione tra le esperienze e gli esiti di salute mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati (Nickerson; Bryant; Silove; Steel, 2011). In effetti, il fatto di vivere esperienze di estremo disagio emotivo relative al trauma nel contesto pre-migrazione e le difficoltà che si incontrano poi nel post-migrazione, porta sempre più i rifugiati a incorrere in strategie di

regolazione emotiva disfunzionali rafforzando l'associazione tra difficoltà di vita post-migrazione e sintomi di PTSD e depressione (El-Awad; Fathi; Petermann; Reinelt, 2017). Tuttavia, se di base non c'è alcuna disregolazione emotiva, ma le esperienze vissute sono state forti e traumatiche, si è soli in un periodo di crescita critico come quello dell'adolescenza e il contesto in cui si giunge è nuovo, con dei sconosciuti, sicuramente ci sono delle emozioni forti da dover regolare. A questo punto sono gli operatori delle comunità socioeducative a dover subire le conseguenze; infatti, spesso in difficoltà perché non riescono a gestire le manifestazioni esternalizzanti di disagio come l'aggressività, l'oppositività, comportamenti devianti-antisociali. In questi casi c'è un aumento della richiesta di invio in altre comunità perché non sanno come gestire la situazione oppure possono avere un atteggiamento coercitivo perché non si comprende il motivo latente a quel comportamento specifico. Anziché contenere e aiutare ad elaborare le situazioni traumatiche vissute in modo tale da individuare i bisogni sottostanti, si va a ritraumatizzare e ad aggiungere un carico emotivo maggiore e in più rispetto a quello che il ragazzo già possiede. Quello che, invece, andrebbe fatto per evitare che si presentino i cosiddetti fattori di rischio dell'ambiente è scegliere di rispondere al comportamento "disregolato" co-regolando con il ragazzo (Bath, 2008). La co-regolazione richiede:

- l'accettazione del fatto che i ragazzi migranti possono aver bisogno temporaneo dell'assistenza del caregiver per gestire in modo sicuro le emozioni intense;
- la disponibilità a focalizzarsi sulle emozioni e sui bisogni dei ragazzi piuttosto che sulla loro ostilità e minacce;
- l'impegno a utilizzare parole o azioni che non siano ritorsoive, provocatorie o coercitive
- infine, troviamo le sfide connesse alla progettualità che prevedono incertezza, disorientamento, difficoltà a capire quali passi compiere, difficoltà nell'avere delle aspettative.

- La terza macroarea è la progettualità: una volta giunti nel paese ospitante i MSNA credono di poter ottenere una buona istruzione, un buon lavoro o una bella casa ma purtroppo questo non accade quasi mai. Solitamente i tempi sono molto lunghi, i rifugiati non possiedono dei titoli sufficienti per poter ottenere un lavoro ben pagato e le aspettative vengono meno. A tutto questo è necessario aggiungere le barriere finanziarie e linguistiche che impediscono al soggetto di potersi adattare e integrare nel nuovo contesto. Tale situazione genera un forte senso di disorientamento e di incertezza a cui segue, inevitabilmente, una minore voglia di dedicarsi ad attività e compiti, promuovendo in effetti una serie di problemi relativi al disimpegno verso obiettivi irraggiungibili associati ad una maggiore presenza di sintomi depressivi e ad una salute mentale più scarsa in generale (Klinger; Kraaij; Garnefsk Wrosch; Scheier; Carver; Schulz, 2003). In generale, la difficoltà nel capire cosa accadrà in futuro in base a quello che si sta vivendo nel presente è predittore di alcuni disturbi come quelli di condotta, depressione, ansia, sintomi di distress connessi al comportamento auto-distruttivo e comportamento aggressivo. Per questa ragione sono state elaborate delle strategie con l'obiettivo di aiutare le persone a fissare degli obiettivi raggiungibili e a impegnarsi per poterli soddisfare, un esempio di strategia individuata è quella del contrasto mentale: si chiede al soggetto di indicare il desiderio che vorrebbe soddisfare, lo elabora nel dettaglio per poterlo immaginare nel minimo dettaglio in modo tale da focalizzare i migliori risultati possibili, dopodiché si individuano tutti gli ostacoli reali che potrebbero bloccare la realizzazione per poterli elaborare. Quindi si può concludere che i bisogni specifici di questi ragazzi essenzialmente sono:

1. **Acquisizione della lingua italiana:** imparare l'italiano è essenziale per affrontare le esigenze quotidiane e creare progetti concreti. È il loro primo bisogno didattico per poter comunicare, comprendere la loro storia e le esigenze, e per poter esprimere i propri bisogni.

2. **Salute mentale ed emotiva:** hanno bisogno di supporto per affrontare i traumi e il disorientamento derivanti dalle difficoltà critiche vissute durante il viaggio e dal distacco dalla famiglia e dalla comunità. Il conforto morale è essenziale per superare la mancanza delle loro famiglie e dei loro paesi d'origine.
3. **Sussistenza e finanziamento:** ricerca di mezzi di sussistenza e fonti di finanziamento per garantire la loro sopravvivenza fisica e cura del corpo.
4. **Educazione e crescita cognitiva:** necessità di istruzione, espansione della conoscenza e acquisizione di competenze che facilitino il loro sviluppo cognitivo ed emotivo.
5. **Relazioni e appartenenza:** hanno bisogno di essere ascoltati e di trovare conforto morale. Hanno bisogno di spazi relazionali per compensare il vuoto di affetto lasciato dalla mancanza della famiglia. Cercano di creare legami significativi tra il loro passato, presente e futuro per evitare la frammentazione della loro esperienza di vita.
6. **Integrazione sociale:** desiderano incontrare i coetanei in situazioni "normali" e non solo come "compagni di sventura". È importante per loro sentirsi parte di una comunità e sviluppare relazioni sociali sane.

Se tali bisogni non vengono soddisfatti allora è molto probabile che aumentino i fattori di rischio e di conseguenza la probabilità che il processo di adattamento sia difficoltoso e che il soggetto possa sviluppare disturbi mentali, come è possibile leggere nel paragrafo successivo.

4.5 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PER L'ADATTAMENTO

4.5.1 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PRE-MIGRATORI

La condizione stessa di immigrato non sempre rappresenta un fattore di rischio e generalmente non rappresenta un ostacolo per l'adattamento e non è connessa all'ideazione suicidaria né ai tentativi di suicidio (Vazsonyi, Mikuška, & Gaššová, 2017). Tuttavia, condizioni stressanti come l'esposizione a episodi di guerra e violenza possono impattare negativamente sull'adattamento individuale poiché, in questi casi, possono essere presenti sintomi clinicamente diagnosticati come disturbo post-traumatico da stress, disturbo dell'adattamento e distimia rispetto alla popolazione normativa di bambini e adolescenti (Huemer et al., 2011). Fino a qualche anno fa, le preoccupazioni ricadevano maggiormente sull'aspetto fisico e sulle lesioni che questi ragazzi presentavano a causa dei disastri e delle guerre vissute. Quello che però è stato compreso nel tempo, è che naturalmente c'è una componente fisica che deve essere presa in considerazione, ma dai risultati ottenuti in seguito a numerosi studi compiuti sui MSNA, sono molto più importanti le ferite psicologiche a causa delle esperienze traumatiche: maltrattamenti fisici, abusi sessuali, perdita di persone care, separazione forzata dalla propria famiglia, perdita di amici, impossibilità ad andare a scuola, privazione dell'identità culturale, dei valori e delle abitudini, delle prospettive (Berman, 2001). Tale esposizione a traumi vissuti in età infantile e adolescenziale aumenta il rischio di sviluppare problemi di salute mentale (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter, et al., 2019), infatti è noto che in questi casi può crescere il rischio di psicosi (Varese et al., 2012). Oltre questo, è necessario tenere in considerazione una certa predisposizione individuale e familiare come spiegato nel paragrafo precedente, quindi quali sono le abilità del minore o quali sono le sue strategie di coping e se sono presenti disturbi del neurosviluppo psichiatrici o se c'è una vulnerabilità neurobiologica.

4.3.2 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PERI-MIGRAZIONE

Svolgere un viaggio della portata di cui ci hanno abituato i media o i libri da soli, quindi non accompagnati, senza la propria famiglia è stato indicato da molti studi come un fattore di rischio impattante. Di conseguenza, essere con la propria famiglia è inteso come un fattore protettivo associato a una minore incidenza sui disturbi della salute mentale nei bambini e adolescenti (Scharpf, Kaltenbach, Nickerson, & Hecker, 2021). A confermare ulteriormente questo dato sono i risultati della metanalisi di Daniel-Calveras e collaboratori (2022), confermando che gli URM presentano maggiormente dei livelli più alti di PTSD rispetto agli ARM. Molto probabilmente, questo accade perché più esposti a condizioni traumatiche e per aver affrontato situazioni incerte o circostanze pericolose come incontrare contrabbandieri e trafficanti. Questo ha costretto ad alcuni di loro a sfidare l'ignoto, a saper affrontare l'imprevisto, a compiere scelte sul proprio futuro senza il supporto delle figure educative primarie. Un altro fattore di rischio molto importante è l'impatto che può avere l'età in cui si svolge il processo di migrazione sulla possibilità di sviluppare disturbi mentali. Ad esaminare meglio il fenomeno è stata compiuta una revisione sistematica in cui è stato eseguito un confronto tra i minori stranieri non accompagnati più giovani e più anziani: gli anziani URM hanno maggiori probabilità di sviluppare disturbi psicologici (O'Higgins, Ott, & Shea, 2018); infatti, i primi riportano un maggiore carico di disturbi mentali (Hanewald et al., 2020) e problemi emotivi (Zijlstra et al., 2019) e meno cambiamenti nei sintomi di depressione e PTSD nel tempo (Jensen et al., 2019). Questa differenza potrebbe dipendere dal fatto che i più giovani godono di maggiori benefici, ricevono più attenzione e sostegno; al contrario dei più anziani che vivono con il timore di esser deportati nuovamente nel paese d'origine al raggiungimento dei 18 anni. Un altro fattore che può influire è che in adolescenza disturbi come la depressione, ansia, PTSD e disturbi emotivi è più probabile che compaiano. Molto probabilmente, accade, perché ci sono numerosi fattori sociali che mutano continuamente e per i fattori biologici connessi allo sviluppo neurologico: il sistema limbico e la corteccia prefrontale si sviluppano durante l'adolescenza; quindi, una maturazione precoce del sistema limbico potrebbe essere

responsabile per instabilità emotiva e disturbi dell'umore di alcuni individui (Ahmed, Bittencourt- Hewitt & Sebastian, 2015).

4.3.3 FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI POST-MIGRAZIONE

La letteratura, infatti, mette in luce come spesso alcuni fattori possano ostacolare l'adattamento individuale di questi bambini o ragazzi, poiché il viaggio o l'inserimento sociale in un nuovo contesto, possono rappresentare esperienze traumatiche che, fungendo da fattori di rischio, possono incidere sulla salute mentale del minore (e.g., Ozer & McDonald, 2006; Hovey, 2000). Allo stesso tempo, altri studi suggeriscono quanto ci possano essere fattori protettivi che possono in questo caso agevolare l'adattamento del minore come l'inserimento in un ambiente caloroso oppure essere orgogliosi della propria identità etnica (e.g., Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012; Lee, 2005). Tuttavia, nella maggior parte dei casi i minori stranieri non incontrano un ambiente favorevole, anzi è più probabile che gli operatori non si preoccupino di capire le difficoltà sottostanti, focalizzandosi solo ciò che il ragazzo mostra e il comportamento che mette in atto. Solitamente, dopo il loro arrivo, i minori sono disorientati cognitivamente ed emotivamente e per questo preferiscono, almeno in questa prima fase, di rimanere in silenzio o estraniati da tutto ciò che li circonda apparendo quasi congelati per non dover affrontare le esperienze traumatiche che hanno dovuto sopportare. Altri, invece, manifestano la propria sofferenza con comportamenti aggressivi, oppositori e provocatori e con un basso senso di rispetto per le regole. Tuttavia, proprio in questa fase, è centrale la figura degli operatori o educatori o psicologi, i quali hanno il compito di insegnare il valore della disciplina e di far comprendere il motivo per cui esistono delle regole. In aggiunta, troviamo anche i problemi con la lingua e il negato accesso a qualunque livello di istruzione (Roxas & Roy, 2012) che di conseguenza porta con sé preoccupazioni circa la comunicazione e la scarsa fiducia nelle proprie capacità con un forte senso di impotenza e una difficoltà maggiore nell'esprimere i propri bisogni. In questo modo il loro percorso di adattamento diventa più tortuoso, sviluppando basse prospettive per il futuro. Anche il

tempo di attesa per ottenere o meno il visto è un fattore di rischio molto importante ai fini di un buon adattamento; infatti, coloro i quali sono costretti ad attendere per mesi la decisione circa la domanda di asilo mostrano una maggiore prevalenza di PTSD, depressione e sintomi di ansia rispetto a quelli che hanno ricevuto, in tempi più celeri, il permesso di soggiorno. Inoltre, è emerso grazie ad alcuni studi che per ottenere il permesso di asilo è necessario affrontare un processo in cui si è costretti a riportare le esperienze traumatiche vissute, aumentando la probabilità dell'insorgenza del PTSD. Ancora, tra gli altri fattori di rischio relativi all'adattamento nel nuovo contesto troviamo l'essere vittima di stereotipi e pregiudizi poiché correlano ad uno stato di tristezza, frustrazione, impotenza, imbarazzo e rabbia (Tummala-Narra et al., 2016) intaccando la formazione dell'identità. Naturalmente a parità di condizione, l'impatto sarà differente da soggetto a soggetto perché dipende dall'agentività umana e dal senso di responsabilità personale (Luster et al., 2010). Infatti, una buona integrazione tra la cultura originaria e la cultura ospitante assieme ad alti livelli di autoefficacia e ad una buona resilienza possono agire favorevolmente sulle strategie di coping del minore e di conseguenza sugli effetti del trauma psicologico, riducendoli notevolmente e permettendo al minore di sentirsi più sicuro di sé e capace di poter svolgere le normali attività sociali con persone di altre nazionalità senza la paura di essere vittime di discriminazioni. Solo quando il minore è capace di modulare il proprio vissuto sarà allora in grado di relazionarsi molto bene con l'ambiente esterno, il quale allo stesso tempo ha il compito di considerare le caratteristiche principali del minore straniero non accompagnato per adattarsi quanto più possibile a lui: deve esaminare il suo profilo, le sue origini, la situazione sociale, gli eventi che ha vissuto (Drammeh, 2010), la relazione con la propria famiglia d'origine e gli obiettivi con cui è giunto. Tutto questo serve per poter stillare un progetto di vita riflettendo sui fattori di rischio e di protezione in base alla situazione presentata dal soggetto e sul suo processo di acculturazione e quale strategia, tra le quattro, è stata adottata. Solo definendo il progetto è possibile consentire un efficiente processo di adattamento e la strutturazione della propria identità.

SECONDO CAPITOLO

1. INTRODUZIONE

Nella presente ricerca sono stati definiti chi sono i minori stranieri non accompagnati: ovvero preadolescenti e adolescenti sotto i 18 anni che arrivano in un paese straniero senza essere accompagnati da un adulto che sia legalmente responsabile di loro. Per questo motivo si trovano in situazioni di particolare vulnerabilità a causa della mancanza di familiari o tutori che possano prendersi cura di loro e proteggerli. L'obiettivo principale di questa tesi è analizzare i fattori di rischio e protettivi per la salute mentale e l'adattamento post- migratorio nella realtà di accoglienza italiana dei MSNA, visto che gli studi scientifici che si sono occupati di questo tema sono stati tutti condotti all'estero. Ed essendo l'Italia uno dei paesi maggiormente investito dai flussi migratori negli ultimi decenni, la scarsità di contributi scientifici alla letteratura scientifica internazionale su questi temi si configura come importante criticità. Il presente progetto di ricerca intende analizzare dati retrospettivi raccolti durante le attività cliniche assistenziali su un campione di MSNA accolti nel sistema italiano tra 2017 e 2024 al fine di estendere le conoscenze internazionali sia circa la prevalenza di disturbi psichiatrici e psicopatologici nella popolazione MSNA sia circa i fattori di rischio e protettivi ad essi associati. La raccolta di dati sulla prevalenza dei disturbi di salute mentale dei MSNA e l'identificazione di fattori di rischio/protettivi ad essi correlati permetterebbe, da un lato, di estendere quanto evidenziato ad oggi dalla letteratura internazionale alla specifica situazione italiana e, dall'altro, di evidenziare eventuali fattori di rischio/protettivi specifici in epoca post-migratoria nel contesto di accoglienza italiano.

2. OBIETTIVI

L'obiettivo primario è quello di compiere un'analisi retrospettiva della prevalenza di disturbi della salute mentale in MSNA accolti in Italia e inviati alla S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. In linea con la letteratura di riferimento ci aspettiamo una maggior prevalenza di disturbi depressivi, d'ansia e DPTS, seguiti da una minor frequenza di disturbi del comportamento (Daniel-Calveras et al., 2022). Il secondo obiettivo è analizzare i principali fattori di rischio e protettivi associati a disturbi psichiatrici e psicopatologici nella popolazione dei MSNA, con particolare attenzione a fattori individuali, fattori legati al contesto e fattori legati al processo di accoglienza post-migrazione. In linea con quanto evidenziato dalla letteratura internazionale (es. Daniel-Calveras et al., 2022 El-Awad, 2018; Fazel et al., 2012; Muscarà et al., 2021) saranno considerati fattori di rischio/protettivi ascrivibili alle seguenti aree: fattori individuale (età alla segnalazione, età alla partenza, età all'arrivo, quoziente intellettivo, grado di scolarizzazione e di conoscenza della lingua italiana); fattori connessi ad esperienze pre-migrazione (es. contesto di provenienza e dimensione familiare, presenza di esperienze traumatiche nel paese di origine); viaggio migratorio (es. durata, modalità e qualità del viaggio, tipo di mandato migratorio, grado di condivisione del viaggio con la famiglia di origine, rotta effettuata ed esperienze di prigionia); processo di accoglienza e adattamento post-migrazione (es. numero di posti nella struttura al momento della compilazione, prevalenza di MSNA in struttura, numero di trasferimenti tra comunità, rete sociale di supporto, contatti con tribunale minorile e frequenza scolastica).

3. IPOTESI

In linea con la letteratura presentata nell'introduzione (es. Daniel-Calveras et al., 2022; El-Awad, 2018; Fazel et al., 2012; Muscarà et al., 2021) ci aspettiamo che esperienze traumatiche pre- migrazione e difficoltà di vita post-migrazione (ad esempio l'aver vissuto esperienze traumatiche nel paese d'origine, aver subito maltrattamenti fisici, svolgere il viaggio non accompagnati dalle figure di riferimento, aver o meno frequentato la scuola, la modalità con cui è stato affrontato il viaggio, la durata, il contesto di accoglienza, la comunità in cui giunge, il numero di comunità cambiate, aver o meno trovato subito un posto in cui collocarsi, il livello di conoscenza della lingua del paese ospitante) siano associati a maggiori sintomi depressivi, d'ansia e di disturbi del comportamento. Rispetto ai fattori individuali, invece, ci aspettiamo che ragazzi molto giovani, privi di figure di riferimento su cui contare, siano più vulnerabili rispetto a ragazzi più grandi. Inoltre, è stato dimostrato che l'emigrazione forzata dal proprio paese di origine (come nel caso dei rifugiati) è considerabile di per sé un evento traumatico (Fazel, Wheeler e Danesh, 2005) aumentando la probabilità dell'insorgenza di psicopatologia. Anche la scarsa conoscenza della lingua italiana rappresenta una preoccupazione molto forte nei MSNA perché fonte di confusione, sfiducia nelle proprie capacità, senso di impotenza, provocando spesso situazioni come l'essere vittime di stereotipi e pregiudizi, peggiorando il processo di acculturazione giungendo ad uno stato di forte stress che può manifestarsi con depressione, ansia, frustrazione, rabbia e in alcuni casi psicosi (Renner et al., 2011). Un altro fattore individuale è la bassa scolarizzazione che porta gli stranieri a non avere a disposizione dei titoli necessari per poter ottenere dei lavori ben pagati. Questo vuol dire che le aspettative si abbassano, la voglia di progettare il proprio futuro viene meno, si genera un forte senso di disorientamento a cui segue inevitabilmente una maggiore presenza di sintomi depressivi e una salute mentale più scarsa in generale (Klinger; Kraaij; Garnefsk Wrosch; Scheier; Carver; Schulz, 2003). Infatti, i minori non accompagnati essendo spesso esposti ad eventi traumatici estremi ancora prima di intraprendere il viaggio verso il nuovo paese, sono più a rischio di sviluppare sintomi post-traumatici e depressione perché non riescono ad inserirsi nella nuova realtà socio-relazionale

(Marshall et al., 2005). Oltre a questi fattori già individuati, la letteratura dice quanto il contesto post-migratorio sia fondamentale e che ancor più del processo migratorio e delle esperienze traumatiche subite prima di questo, le difficoltà di adattamento e inserimento sociale nel paese di arrivo sono determinanti per lo sviluppo di problemi e disturbi emotivi, fra i quali il PTSD (Knipsheer e Kleber, 2006). Le comunità accolgono attualmente un'alta percentuale di minori stranieri non accompagnati, ciascuno con dei bisogni e obiettivi differenti. Più le comunità sono affollate e meno si ha la possibilità di differenziare il progetto evolutivo, diminuendo la probabilità di un processo adattivo favorevole e di un inserimento sociale adeguato. Per questo motivo, nel presente, la dimensione della comunità (i.e. numero di posti occupati al momento dell'inserimento del ragazzo) è stata considerata come fattore di rischio post-migrazione. Anche il numero di comunità cambiate da parte del ragazzo può essere un importante fattore di rischio. Ogni transizione pone una richiesta di riadattamento (es., nuovo contesto, nuove regole, nuovi ospiti con cui entrare in relazione, nuovi operatori di riferimento). Inoltre, il motivo formale di trasferimento dichiarato alla comunità è spesso di "incompatibilità del ragazzo con la struttura di accoglienza". In questi casi, il trasferimento può essere conseguenza di manifestazioni esternalizzanti da parte del ragazzo cui la comunità reagisce con "espulsività". In questi casi il trasferimento può essere repentino ed essere vissuto dal ragazzo come ingiustizia e "rifiuto". In letteratura è possibile leggere quanto siano alte le percentuali di manifestazione esternalizzante del disagio come aggressività, oppositività, comportamenti devianti-antisociali, che alimentano "espulsività" da parte degli educatori o un aumento degli invii presso il Servizio UONPIA.

4. METODO

4.1 PARTECIPANTI

Il campione iniziale è composto da 300 MSNA afferenti al servizio di neuropsichiatria infantile tra il 2017 e 2023. Tuttavia, di questi, solo 88 fanno parte del campione esaminato in questo progetto di ricerca, perché solo di questo sottocampione si disponeva di dati retrospettivi completi rispetto alle principali variabili di interesse. Tra questi 88 MSNA, la maggior parte sono maschi (93.2%) mentre il resto sono femmine (6.8%). La maggior proporzione di maschi nei MSNA è in linea con la letteratura. Ad esempio, secondo il Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza che nel 2015 svolse un'analisi su un campione di MSNA, esaminato erano maschi (88,4%). L'età media del campione analizzato è di 16.5 anni (DS=1.15, min= 13, max= 18). Per quanto riguarda le origini, la provenienza prevalente è dall'Egitto (46.6%), seguito da Tunisia (8%), Pakistan e Marocco (7%), Somalia (5%), Albania (6%) e ancora altri in percentuali minori come Kosovo, Ucraina e Bangladesh (2.3%). Anche in questo caso il campione è rappresentativo. Infatti, come già precedentemente descritto nel paragrafo "Flussi migratori", la maggior parte dei migranti proviene dall'Egitto seguito da Afghanistan, Somalia, Bangladesh, Tunisia, Nigeria e l'Albania. Questi ragazzi giungono in Italia attraverso due rotte principali: balcanica (57.7%) e mediterranea (42.3%). La durata media del viaggio per la rotta balcanica è circa 228 giorni (DS= 267, min=1, max 900), con un numero di tappe (i.e. Croazia, Serbia, Bosnia ed Erzegovina, Montenegro, Bulgaria, Kosovo, Albania, Macedonia del Nord, Grecia e Turchia) di circa 3.41. La rotta mediterranea è generalmente più breve con una durata di 119.9 giorni (DS=219.9, min=1, max= 730), con un numero di tappe pari a 1.23.

4.2 PROCEDURA

I dati analizzati riguardano MSNA inviati alla - e presi in carico dalla - S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e sono stati raccolti dall'equipe "migrazione e disturbi NPIA" della S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Si tratta di dati retrospettivi, raccolti durante le normali attività cliniche assistenziali. Il disegno dello studio è di tipo trasversale di natura osservazionale-correlazionale. Una volta giunti e/o intercettati su territorio Milanese. I ragazzi vengono collocati in centri di prima accoglienza dove, per legge, possono sostare per un massimo di trenta giorni. In questa fase del processo di accoglienza viene assegnato a ciascun ragazzo un assistente sociale che si occuperà di collocare il minore presso una struttura di seconda accoglienza: comunità di pronto intervento, comunità residenziale, appartamento semiautonomia o pensionato. Se durante il soggiorno in queste strutture il minore straniero non accompagnato manifesta dei sintomi per cui si ritiene necessario il supporto di servizio per la salute mentale, la comunità in accordo con l'assistente sociale procede ad effettuare una segnalazione al Servizio di neuropsichiatria infantile del policlinico. Secondo la procedura di segnalazione, è richiesto agli educatori della comunità ospitante di compilare la griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR) e una scheda di richiesta di prima vista con indicate le principali motivazioni di invio al Servizio. In base all'indice di rischio quantificato dalla GOSR e alle motivazioni di invio viene attribuito un codice colore priorità corrispondente al tempo di attesa che solitamente non è mai superiore dei tre mesi. Ciascun ragazzo viene assegnato un neuropsichiatra e uno psicologo, i quali effettuano un primo colloquio di rete con il Servizio Sociale e gli educatori della comunità e poi un primo colloquio individuale per conoscere il ragazzo. Durante la fase di valutazione neuropsichiatrica e psicologico clinica vengono somministrati test cognitivi (i.e Leiter) e questionari (ad es. Youth Self- Report) considerati nel presente studio.

4.3 STRUMENTI

Griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR)

La griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR) (Dal Lago et al., 2021): è stata costruita ad hoc nel 2008, frutto di una collaborazione interistituzionale tra l'equipe "Migrazione e Disturbi NPIA" del Servizio S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Policlinico di Milano, le comunità del servizio sociale ed il terzo settore. Questo strumento è stato sviluppato con lo scopo di identificare indicatori di rischio specifici per la popolazione dei MSNA in diverse aree, al fine di favorire l'invio precoce al servizio di neuropsichiatria e limitare quanto possibile gli accessi in pronto soccorso, dimissioni repentine dalle comunità stesse, interruzioni dei progetti in corso e altri eventi traumatici per i ragazzi (Pincherle, 2021). La nascita della scala è partita da una prima fase di condivisione e analisi delle problematiche e dei fattori protettivi caratteristici dei minori stranieri non accompagnati. Successivamente il tavolo di lavoro ha esaminato gli strumenti osservativi utilizzati nelle comunità per la stesura del progetto educativo, alcune scale comportamentali utilizzate nella valutazione psicodiagnostica (Achenbach, 1991, American Psychiatric Association, 2000) e la bibliografia esistente (Baubet e Moro, 2009, Girelli e Achille, 2000) come base di confronto utile alla costruzione della griglia stessa. La GOSR è uno strumento osservativo non diagnostico. L'obiettivo principale della GOSR è quello di valutare la presenza di fattori di rischio per la salute mentale dei MSNA in 3 macroaree. Le aree in cui esso è organizzato sono tre:

- 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, capacità progettuale;
- 3. Comportamento:** rilevazione delle aree di funzionamento secondo criteri internalizzanti ed esternalizzanti.

I segnali di rischio considerati nella GOSR si riferiscono ai fattori ambientali attuali e pregressi, alle condizioni di crescita, alla cultura di provenienza, all'integrazione

culturale e al progetto migratorio sia ai comportamenti disfunzionali internalizzanti o esternalizzanti che hanno un impatto rilevante sui contesti di vita e sul funzionamento globale del minore (Dal Lago et al., 2021). Nella Tabella 1 vengono riportati nello specifico i segnali di rischio considerati dalla griglia distinti in base alle tre aree di indagine (Dal Lago et al., 2021).

Tabella 1. Segnali di rischio considerati nella GOSR.

<p>Area anamnesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di fattori o eventi traumatici pregressi, relativi al viaggio e alle condizioni di accoglienza (numero di comunità cambiate per dimissioni o espulsioni del minore) • Progetto migratorio non condiviso con la famiglia o forzato • Condizioni gravose del viaggio migratorio (lunghezza temporale, quantità di tappe precedenti all'arrivo, numero di mezzi cambiati, mancanza di figure di riferimento) • Assenza di reti neurali sul territorio ospitante • Scarsa scolarizzazione nel paese d'origine • Scarso livello di apprendimento della lingua italiana
<p>Area adattamento al nuovo contesto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettualità futura assente o scarsa e scarso impegno nelle attività proposte • Aderenza alle regole assente o scarsa • Relazioni con pari e/o adulti conflittuali e assenza di relazioni stabili di riferimento
<p>Area comportamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e cura del sé dei propri spazi scarsa o assente • Alterazione nell'alimentazione, nel sonno e nella sfera sessuale. • Presenza di agiti aggressivi verbali, fisici, rivolti al sé e/o agli altri • Impulsività e difficoltà di attenzione • Presenza di pensieri fissi e ripetitivi. • Presenza di fobie, preoccupazioni eccessive e pensieri persecutori • Pervasività di sentimenti di colpa e/o vergogna • Oscillazioni nel tono dell'umore • Somatizzazione • Abuso di sostanze

La GOSR è compilata a cura dell'equipe educativa della comunità ospitante il ragazzo, dopo aver trascorso almeno tre mesi di soggiorno del ragazzo presso la struttura. Questo requisito temporale minimo è fondamentale affinché l'equipe educativa abbia la possibilità di conoscere il ragazzo, e di poterne osservare comportamento e adattamento al contesto. La GOSR può essere utilizzata anche a scopo di monitoraggio del percorso di adattamento post- migrazione del ragazzo, richiedendo la compilazione dello strumento anche in fasi successive del progetto. Una volta compilata la scala da parte dell'equipe educativa, viene attribuito a ciascun item un punteggio da 0 (nessun rischio) a 2 (alto rischio) e calcolato un punteggio grezzo totale per ciascuna delle 3 macroaree. Il punteggio grezzo di ciascuno dei tre indicatori viene trasformato in punteggio z, così da poter collocare il paziente in una fascia di rischio specifica (i.e., basso, medio, alto) per ciascun indicatore. Nel presente studio, al fine di analizzare i fattori di rischio per la salute mentale dei MSNA presentati nella sezione obiettivi, sono stati considerati alcuni item specifici della GOSR, descritti di seguito. A questo punto al minore straniero viene chiesto di rispondere in maniera dicotomica (SI/NO) a ciascuna domanda. Partendo dai fattori di rischio pre- migratori:

1. contesto abitativo di provenienza: questo item chiede all'educatore di riferire se il contesto abitativo fosse di tipo a) URBANO o b) RURALE.
2. condizioni stressanti o traumatiche nel paese di origine: al minore si chiede di rispondere a) SI o b) NO
3. se è stato esposto a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti: a) SI o b) NO
4. se ha subito traumi fisici e quale sia la composizione della famiglia al paese d'origine: a) SI o b) NO

Per quanto riguarda i fattori di rischio pre-migratori:

1. qual è il livello di condivisione del viaggio: si chiede al minore di riferire all'educatore a) se è stata una scelta autonoma e poco condivisa con la famiglia, b) se è stata condivisa dalla famiglia, c) se il viaggio è stata una scelta prevalentemente o obbligato dalla famiglia.

2. mandato migratorio: si chiede di riportare la risposta tra a) fuga/guerra/rifugiato politico, b) se per lavoro/ricerca di miglioramento socioeconomico c) altro
3. le condizioni di viaggio: il minore deve riportare le modalità con cui è avvenuto il viaggio e può rispondere a) da solo b) con sconosciuti c) con parenti/amici.
4. quali sono i mezzi utilizzati: quindi se a) nave b) barca.
5. qual è la rotta effettuata: a) balcanica o b) mediterranea.
6. quali sono state le condizioni del viaggio: se a) fortemente traumatiche o b) senza particolari difficoltà.
7. ha vissuto condizioni di prigionia: il minore deve rispondere a) SI o b) NO.

Infine, circa gli item relativi al post-migrazione possiamo individuare:

1. il tipo di collocamento: l'educatore chiede se è ha soggiornato in a) comunità di pronto intervento, b) comunità residenziale, c) appartamento semiautonomia, d) pensionato.
2. il numero di posti in comunità alla compilazione
3. il motivo del trasferimento: a) il passaggio motivato per cause esterne al ragazzo, b) incompatibilità del ragazzo alla permanenza in struttura, c) evoluzione del progetto
4. precedenti servizi con i quali il minore è entrato in contatto: quindi il minore deve riferire se è a) stato in un ospedale b) pronto soccorso c) UTM.
5. scolarizzazione: l'educatore chiede se il minore ha frequentato la scuola nel paese d'origine
6. conoscenza della lingua italiana: il minore deve riportare il livello di apprendimento della seconda lingua (italiano) segnando uno di questi livelli tra a) insufficiente, b) scarso, c) sufficiente, d) buono, e) ottimo.

Youth Self-Report (YSR):

la YSR (Achenbach, 2001) è uno degli strumenti del sistema di valutazione empirica costruita da Achenbach (1991) per poter ottenere uno strumento autodescrittivo che fornisce informazioni dirette dagli adolescenti, di età compresa tra 11-18 anni, sulle loro competenze e sui loro problemi comportamentali ed emotivi negli ultimi sei mesi. I giovani devono autovalutarsi su diverse aree che riguardano le competenze sociali, le prestazioni scolastiche, le attività, il funzionamento generale, il comportamento e le reazioni emotive rispondendo a 113 item che si presentano sottoforma di affermazioni (ad esempio “Mi sento solo”), riferibili a situazioni e a problemi di vario tipo ottenendo un resoconto su di sé, sul loro funzionamento adattivo e due profili: uno per le competenze e uno per i problemi comportamentali ed emozionali. Al ragazzo è chiesto di rispondere a ciascun item utilizzando una scala Likert a 3 punti (0= “non vero”, 1 = “In parte o qualche volta vero”, 2 = “Molto vero o spesso vero”). Il questionario è organizzato in 8 sottoscale sindromiche, ovvero basate su un approccio empirico-quantitativo rappresentato dal sistema di valutazione empirico di Achenbach ottenendo delle scale empiriche basate su analisi statistiche multivariate di sintomi che tendono a co-verificarsi in ampi campioni (Achenbach, Dumenci e Rescorla, 2003) e 6 sottoscale DSM- oriented, ovvero basate su un approccio clinico-diagnostico rappresentato dal Diagnostic and Statistical Manual Disorders (DSM; American Psychiatric, 2000), ottenendo categorie diagnostiche che si basano su insiemi predefiniti di criteri derivati dal giudizio di esperti. Le 8 scale sindromiche sono:

- **ansia/depressione:** sono nervoso o teso; sono troppo timoroso o ansioso, mi sento troppo colpevole...
- **ritiro/depressione:** sono troppo riservato e timido; non ho molte energie; sono scontento, triste, o depresso ...
- **lamentele somatiche:** ho paura di andare a scuola; ho paura di poter pensare o fare qualcosa di male; sento di dover essere perfetto... In questa scala sindromica sono presenti 3 item in più rispetto alla scala DSM-oriented ovvero ho incubi, soffro di vertigini o di stordimenti, mi sento esageratamente stanco senza una buona ragione.

- **problemi sociali:** piango molto; non piaccio agli altri ragazzi; vengo spesso preso in giro dagli altri...
- **problemi del pensiero:** sento suoni o voci che altre persone pensano non ci siano; vedo cose che altre persone pensano non ci siano; ripeto certe azioni di continuo...
- **problemi di attenzione,** il mio rendimento scolastico è basso; agisco senza fermarmi a pensare; mi sento solo
- **comportamento di trasgressione delle regole:** frequento cattive compagnie; sono bugiardo o imbroglione, scappo via da casa...
- **comportamento aggressivo:** prendo molto in giro gli altri; sono irascibile, minaccio la gente...

Possono essere a loro volta raggruppate in tre specifiche scale sindromiche: la “scala dei problemi internalizzanti”, la “scala dei problemi esternalizzanti”, la “scala dei problemi” (problemi sociali, problemi del pensiero e problemi di attenzione).

Le 6 scale orientate al DSM:

- **problemi affettivi:** mi vanto; sono malvagio con gli altri; distruggo le mie cose...
- **problemi d’ansia:** sono nervoso o teso; sono troppo timoroso o ansioso; mi preoccupo molto...
- **problemi somatici:** mal di testa, nausea, malessere, problemi agli occhi ...
- **problemi di attenzione/iperattività:** non riesco a stare seduto tranquillo; mi sento solo; agisco senza fermarmi a pensare...
- **problemi oppositivi-provocatori:** ci sono veramente poche cose che mi divertono; non mangio come dovrei; non vado d’accordo con gli altri ragazzi...
- **problemi della condotta:** intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio; disobbedisco a scuola; infrango le regole a casa, a scuola o altrove...

Sono costruite sulla base di criteri DSM IV. Per queste ultime e per le scale sindromiche i punteggi T si considerano: normali <65, bordeline 65-69 e clinici > 69. Inizialmente, per poter comprendere se tra l’approccio clinico- diagnostico e l’approccio empirico- quantitativo ci fossero delle associazioni sono state utilizzate

informazioni relative alle diagnosi del DSM ottenute grazie ad interviste standardizzate, mentre per le informazioni relazione all'approccio empirico sono stati utilizzati questionari standardizzati come la Youth Self- Report, questionario di autovalutazione come la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) e un questionario per genitori. I risultati ottenuti riportavano che le scale a banda stretta esternalizzante corrispondono fortemente alle controparti del DSM. Per quanto riguarda le associazioni tra le scale internalizzanti a banda stretta e le corrispondenti diagnosi del DSM, erano meno specifiche. Per poter migliorare questa mancanza di corrispondenza, in molti studi hanno cercato di generare dei costrutti YSR/CBCL che riflettono proprio i disturbi del DSM (van Lang et al., 2004). Le scale YSR/DSM-IV sono state costruite da Achenbach et al. (2001, 2003), chiedendo a 22 esperti internazionali di assegnare gli elementi problematici YSR a specifiche diagnosi DSM-IV. In primo luogo, sono state identificate nove potenziali diagnosi DSM-IV che riflettono problemi comportamentali ed emotivi nei bambini. In secondo luogo, è stato chiesto agli esperti di giudicare ogni elemento problematico YSR come “non coerente”, “in parte coerente” o “molto coerente” con ciascuna delle nove potenziali diagnosi DSM-IV. Se un elemento problematico veniva valutato come molto coerente con una diagnosi DSM-IV da almeno 14 esperti (464%), l'elemento veniva assegnato a quella diagnosi specifica. Da questo lavoro sono nate sei scale YSR/DSM-IV, precedentemente elencate. Tra le varie scale del DSM-IV troviamo la scala Problemi di ansia del DSM-IV e la scala Problemi affettivi del DSM-IV (mi vanto, sono malvagio con gli altri, distruggo le mie cose ...) che riflette i sintomi della Distimia del DSM-IV e del Disturbo depressivo maggiore (van Lang et al., 2004). È importante porre l'attenzione riguardo la validità della scala Problemi d'Ansia del DSM-IV perché è composta da sei item che dovrebbero rappresentare i sintomi dei tre disturbi d'ansia presenti nel DSM-IV: il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), il disturbo affettivo stagionale (SAD) e la Fobia specifica. Tuttavia, a causa dei pochi item compresi nella scala Problemi d'ansia, ci si interroga su quanto possa essere realmente rappresentativa della sezione del DSM-IV dei disturbi d'ansia. Infatti, la validità di contenuto della scala YSR/DSM-IV Problemi d'ansia può essere messa in discussione perché essa non misura solo i sintomi dei disturbi d'ansia del DSM-IV, ma anche quelli

della depressione. Tuttavia, una correlazione così elevata tra ansia e depressione non è esclusiva di questa scala YSR/DSM-IV, poiché è stato spesso dimostrato che i sintomi di ansia si verificano insieme ai sintomi di depressione (Angold, Costello e Erkanli, 1999; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler e Angold, 2003; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn e Sack, 1997). Nel caso della scala Problemi Affettivi, invece, abbiamo quasi tutti i criteri del DSM-IV relativamente alla sezione Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) potendo essere così fortemente associata alla sua controparte. Questa scala del DSM-IV fornisce una migliore associazione tra l'approccio clinico-diagnostico del DSM-IV e l'approccio empirico-quantitativo dello YSR rispetto alla scala del DSM-IV Problemi di ansia.

Leiter International Performance Scale (Leiter et al., 1940)

è un test a somministrazione individuale realizzato per la valutazione delle funzioni cognitive di bambini, adolescenti e adulti in una fascia che va dai 3 agli 80 anni. Nasce per la prima volta in seguito ad uno studio svolto in una scuola per bambini con disabilità mentale a Los Angeles da Leiter et al. (1940) con l'obiettivo di misurare l'intelligenza grazie alla memoria e alla velocità di apprendimento e di osservare i cambiamenti nel corso delle diverse misurazioni ripetute nel tempo. Tuttavia, tali test si rivelarono insufficienti perché non tenevano conto di altre importanti capacità coinvolte nell'adattamento sociale. Per questo da quel momento in poi furono numerosi gli studi sperimentali svolti per poter raggiungere un miglioramento dello strumento di ricerca sino ad arrivare alla versione più recente: Leiter-3 (Gale et al., 2017). Attualmente, è una scala non verbale che permette di misurare QI e abilità cognitive. Si concentra sulla valutazione dell'intelligenza fluida, considerata da molti la misura più vera delle capacità innate di una persona (Gale et al., 2017) perché non risente delle influenze culturali, sociali, linguistiche e educative. Proprio perché si focalizza sull'analisi delle componenti fluide e non verbali del ragionamento è possibile valutare molto bene soggetti con disturbi della comunicazione, persone che non parlano l'italiano come lingua madre, chi ha subito danni cerebrali o è affetto da patologie degenerative e persone con deficit motori. Né l'esaminatore né l'esaminato sono tenuti a parlare, è di facile somministrazione e il punteggio si ottiene il modo molto rapido rendendo la valutazione efficiente. Il test si concentra sulle capacità significative anziché sui deficit. Oltre ai tradizionali punteggi del quoziente intellettivo (QI), questo test ci permette di ottenere dei punteggi scalati per i suoi sottotest, i quali ci permettono di identificare quali sono i punti di forza e di debolezza specifici della persona esaminata. In particolare, si ottengono equivalenti percentili ed età che permettono ai genitori e ad altri professionisti di poter comprendere più facilmente i risultati emersi. È composto da due batterie standardizzate a livello nazionale:

1. **batteria cognitiva (Gale et al., 2017):** permette di valutare dimensioni tradizionalmente legate all'intelligenza come visualizzazione, problem solving e ragionamento. I 5 subtest che compongono questa batteria sono

- Completamento di forme → abilità di riconoscere un oggetto intero dall'insieme delle sue parti disposte in modo casuale
- Classificazione/ analogie → si valuta la classificazione di oggetti e disegni geometrici
- Ordine sequenziale → progressioni logiche di oggetti pittorici o figurati, selezione di stimoli collegati che progrediscono seguendo un certo ordine
- Pattern visivi → opzionale

2. batteria di attenzione e memoria (Gale et al., 2017): può essere somministrata in aggiunta o separatamente per poter ottenere delle misure non verbali su deficit di numerose funzioni cognitive che rappresentano per il clinico un valido aiuto per l'assessment neuropsicologico. I 5 subtest che la compongono sono

- attenzione sostenuta → esecuzione di compiti ripetuti che richiedono il mantenimento del controllo attentivo
- memoria in avanti → abilità di ricordare una sequenza di oggetti figurati che l'esaminatore mostra in una certa successione
- attenzione divisa → andando a misurare il grado di attenzione mantenuta quando è richiesto di “dividere” l'attenzione
- memoria all'indietro → abilità di ricordare sequenza di oggetti figurati in ordine inverso rispetto a quello utilizzato dall'esaminatore
- stroop non verbale → misura i processi cognitivi e i deficit neuropsicologici come i processi di “resistenza” all'interferenza cognitiva.

All'interno di entrambe le batterie possiamo individuare dei punteggi “crescita” che permettono di poter cogliere dei miglioramenti seppur piccola ma importanti nei bambini con disabilità cognitive significative.

5. RISULTATI

In tabella 1 sono riportate le statistiche descrittive per tutte le variabili continue considerate nello studio.

Tabella 1- statistiche descrittive per tutte le variabili continue considerate nello studio

	Miss	Media	DS	Min	Max
Età alla segnalazione	3	16.55	1.15	12.90	19.08
Scolarizzazione (anni)	23	7.20	2.74	0.00	12.00
N. Fratelli/sorelle	16	3.07	1.74	0	8
Durata viaggio (giorni)	18	180.73	254.95	1	900
Durata viaggio (N tappe)	21	2.48	2.22	0	10
QI non verbale	30	76.93	11.28	56	112
YRS_DMSor_Affective	11	9.25	5.55	1	38
YRS_DMSor_Anxiety	5	4.52	2.39	0	11
YRS_DMSor_Somatic	3	3.18	3.04	0	13
YRS_DMSor_Att. deficit/hyperact	3	4.73	2.77	0	11
YRS_DMSor_Opposit. Defiant	3	3.31	2.12	0	10
YRS_DMSor_Conduct	7	3.88	3.84	0	19
YSR_sindr_I - anx/depr	9	9.78	5.58	1	39
YSR_sindr_II - whitdrawn/depr	3	7.27	3.35	0	16
YSR_sindr_III - somatic	0	5.53	4.21	0	19
YSR_sindr_IV - social prob	9	5.82	3.22	0	16
YSR_sindr_V - thought pr.	9	6.86	3.98	0	19
YSR_sindr_VI - attention	3	6.93	3.34	0	15
YSR_sindr_VII - rule-breaking behav	8	5.29	4.60	0	24
YSR_sindr_VIII - aggressive behav	7	8.53	5.33	0	23

Al fine di una descrizione delle prevalenze dei disturbi della salute mentale del presente campione vengono presentate di seguito le statistiche descrittive dei principali motivi di invio e delle diagnosi poste del Servizio UONPIA. Per quanto riguarda i motivi d'invio indicati dalle comunità che fanno la segnalazione presso il servizio sono per 48% a causa di problemi dell'umore e il 31% per problemi del comportamento. Quindi sono i problemi esternalizzanti (comportamentali) ed internalizzanti (dell'umore), risposte reattive alla base di un disturbo post-traumatico da stress a causa delle esperienze che hanno vissuto, a indurre gli educatori a procedere con l'invio della segnalazione. Infine, secondo l'ICD 10, le diagnosi poste sono il 48.1% per sindrome post-traumatica da stress, il 21% sindrome mista ansioso-depressiva e l'11% per disturbi misti della condotta e della sfera emozionale. Al fine di analizzare più nel dettaglio i profili psicopatologici in termini di problemi emotivi e comportamentali, al di là dell'etichetta diagnostica, sono presentate in tabella 2 e in tabella 3 la percentuale di pazienti che supera il cut-off clinico per ogni scala della YSR.

Tabella 2. punteggi T delle scale orientate al DSM

FREQUENCIES OF YSR_DSM	Normal Range	Bordeline Range	Clinical Range
Affective	36.4%	28.6%	35.1%
Anxiety	68.7%	12.0%	19.3%
Somatic	65.9%	16.5%	17.6%
Att. Deficit/hyperact	89.4%	9.4%	1.2%
Opposit. Defiant	82.4%	11.8%	5.9%
Conduct	90.1%	3.7%	6.2%

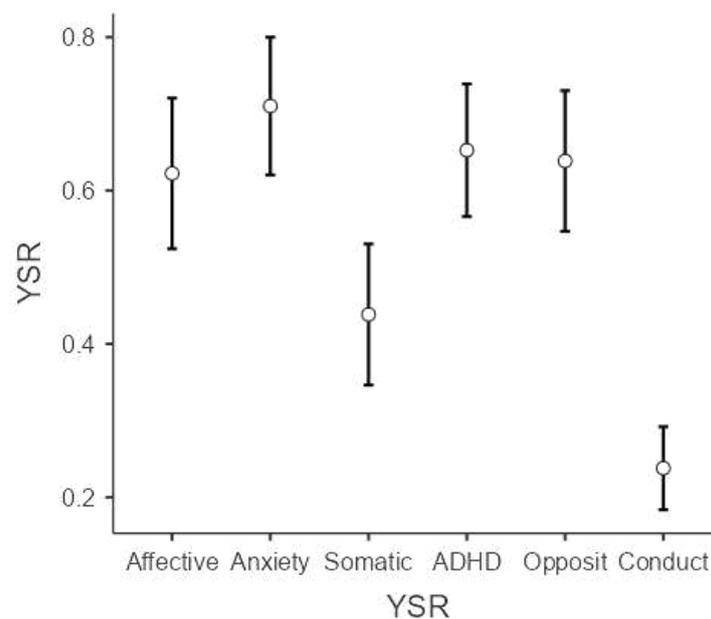
Tabella 3. punteggi T delle scale sindromiche

FREQUENCIES OF YSR_ SINDR	Normal Range	Bordeline Range	Clinical Range
Anx/depr	43.0%	21.5%	35.4%
Whitdrawn/ depr	43.5%	24.7%	31.8%
Somatic	67.0%	4.5%	28.4%
Social prob	75.9%	11.4%	12.7%
Thought pr	65.8%	17.7%	16.5%
Attention	74.1%	15.3%	10.6%
Rule-breaking behav	83.8%	8.8%	7.5%
Aggressiv behav	77.8%	9.9%	12.3%

Come evidenziato in Tabella 2 e 3, i sintomi maggiormente rappresentati sono quelli di natura affettiva con il 35.1% dei soggetti che supera il cut-off clinico per questa sottoscala (tabella 2) e tra il 31% ed il 35% del campione che si colloca nel range clinico per sintomi di ansia, depressione e ritiro (tabella 3). A seguire troviamo i sintomi somatici con il 28.4% del campione che si colloca nel range clinico, misurati dalla scala sindromica (tabella3). La percentuale più bassa di soggetti che supera il cut-off clinico riguarda le scale “Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)” e la scala sindromica “comportamento di trasgressione delle regole”. Al fine di procedere ad un’analisi dei fattori di rischio/protettivi associati ai sintomi emotivi e comportamentali operazionalizzati con la scala YSR, saranno effettuate analisi di regressione lineare con variabile dipendente i punteggi grezzi di ciascuna sottoscala della YSR. Prima di procedere con queste analisi è stata effettuata un’analisi con ANOVA a misure ripetute al fine di confrontare le medie dei punteggi alle singole sottoscale della YSR, separatamente per le scale sindromiche e DSM. Al fine di rendere le sottoscale confrontabili, il punteggio totale di ciascuna sottoscala è stato “pesato” per il numero di item della scala stessa. Per quanto riguarda le scale sindromiche, i risultati evidenziano un effetto significativo $F(5,435) = 23.24, p < .001$. In particolare, i punteggi grezzi alle scale “problemi somatici” e “problemi della

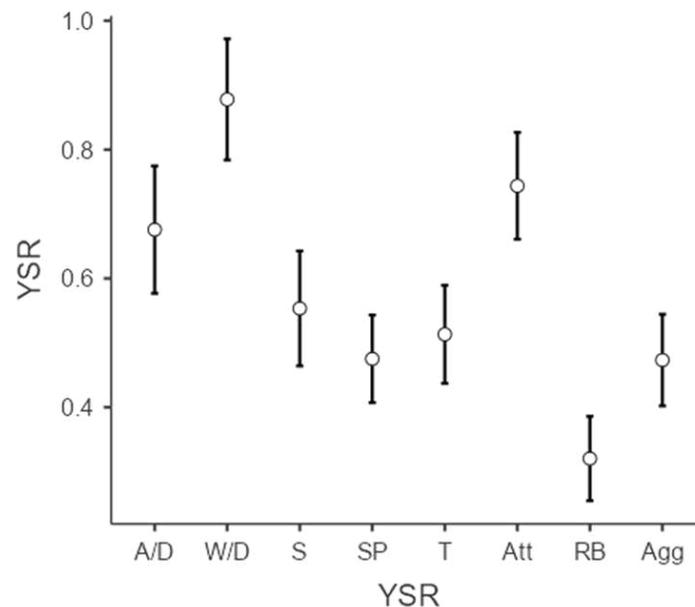
condotta” risultano significativamente più bassi delle altre sottoscale ($ps < .005$). Tra le scale “problemi affettivi”; “ADHD”; “problemi d’ansia”; “Problemi oppositivi-provocatori” non emergono differenze significative (Grafico 1). Per quanto riguarda le scale orientate al DSM, i risultati evidenziano un effetto significativo $F(7,609) = 31.84, p < .001$. In particolare, il punteggio medio alla scala “ritiro/depressione” risulta significativamente più alto di tutte le altre scale ($ps < .001$). I punteggi alla sottoscala “problemi attentivi” sono significativamente maggiori dei punteggi delle scale “lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero e comportamento aggressivo” ($ps < .014$). I punteggi alla scala “ansia/depressione” sono significativamente maggiori dei punteggi alle scale “problemi sociali, problemi di pensiero e comportamento aggressivo” ($ps < .018$). Infine, i punteggi alla scala “comportamento di trasgressione alle regole” sono significativamente più bassi rispetto a tutte le altre scale ($ps < .001$) (Grafico 2).

Grafico 1. punteggi grezzi delle scale orientate al DSM



Note. AFFECTIVE: Problemi Affettivi; ANXIETY: Problemi d’Ansia; SOMATIC: Problemi Somatici; ADHD: Deficit di Attenzione e Iperattività; OPPOSIT: Problemi oppositivi-provocatori; CONDUCT: Problemi di Condotta.

Grafico 2. punteggi grezzi delle scale sindromiche



Note. A/D = Ansia/ Depressione; W/D = Ritiro/Depressione; S = Lamentele Somatiche; T = Problemi del Pensiero; Att = Problemi di Attenzione; RB = Comportamento di trasgressione delle regole Agg = Comportamento aggressivo.

Per analizzare la relazione tra fattori di rischio/ protettivi e punteggi grezzi alle scale della YSR sono stati analizzati quattro modelli di regressione lineare, una per ciascuna area di fattori di rischio: fattori di rischio individuali (modello 1), fattori di rischio pre-migrazione (modello 2) fattori di rischio connessi all'esperienza del viaggio (peri-migrazione) (modello 3), fattori di rischio post- migrazione (modello 4). Nei modelli da 2 a 4 sono stati nuovamente inseriti i fattori di rischio individuali (i.e. età, scolarizzazione e QI non verbale) come variabili di controllo.

Tabella 4 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 1 (scale DSM)

	Affettivi	Ansia	Somatici	ADHD	Opposit	Condotta
Intercetta	10.14(23.9)	9.7(8.2)	12.1(9.5)	7.3(10)	1.3(7.3)	-1.6(9.9)
QI non verbale	0.02 (0.11)	-0.02(0.03)	-0.05(0.04)	0.02(0.04)	0.003(0.03)	0.03(0.04)
Scolarizzaz. (anni)	0.30 (0.53)	0.2 (0.2)	0.4(0.2)	0.09(0.2)	0.2(0.2)	-0.1(0.2)
Età	-0.31 (1.31)	-0.3(0.4)	-0.5(0.5)	-0.3(0.5)	0.01(0.4)	0.2(0.5)

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabella 5 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 1 (scale sindromiche)

	Ansia/ Depre	Ritiro/ Depre	Somatici	Problemi del Pensiero
Intercetta	41.4(22.8)	6.2(10.8)	15.6(13.6)	5.0(15.7)
QI non verbale	-0.1(0.1)	-0.04(0.05)	-0.05(0.1)	-0.03(0.1)
Scolarizzaz (anni)	0.7 (0.5)	0.6(0.2)	0.5(0.3)	0.4(0.4)
Età	-1.9(1.2)	-0.02(0.6)	-0.6(0.7)	0.1(0.9)

	Problemi Sociali	Attenzione	Regole	Problemi Sociali
Intercetta	15.04(11.6)	11.5(11.5)	-8.7(16.1)	0.3(18.7)
QI non verbale	-0.07(0.05)	0.05(0.05)	0.1(0.1)	0.003(0.09)
Scolarizzaz (anni)	0.4(0.3)	0.2(0.2)	-0.3(0.4)	0.2(0.4)
Età	-0.3(0.6)	-0.6(0.6)	0.5(0.9)	0.4(1.03)

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Il modello 1 sia per le scale orientate al DSM sia per le scale sindromiche non risulta significativo per nessuna variabile dipendente e nessuno dei fattori individuali ha un effetto significativo in qualità di fattori di rischio per ciascuna scala.

Tabella 6 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 2 (scale DSM)

	Affettivi	Ansia	Somatici	ADHD	Opposit	Condotta
Intercetta	11.8(35.0)	15.4(10.7)	13.5(11.1)	7.4(9.9)	5.09(9.1)	-6.7(13.3)
QI non verbale	0.05(0.6)	-0.01(0.05)	-0.03(0.05)	0.06(0.04)	0.02(0.04)	0.08(0.06)
Scolarizzazione						
(anni)	0.3(0.9)	0.3(0.3)	0.4(0.3)	-0.004 (0.3)	0.2(0.3)	-0.5(0.4)
Età	-0.3(1.9)	-0.7(0.6)	-0.6(0.6)	-0.5(0.5)	-0.3(0.5)	0.5(0.7)
Origine abitativa						
(Rurale ^a)	-1.8(3.3)	-0.01(1.04)	-1.2(1.2)	-2.2(0.9) *	-1.2(0.1)	-1.01(1.3)
Stress o trauma						
(NO ^a)	-2.2(4.7)	0.5(1.4)	-0.1(0.6)	-1.3(1.3)	-0.9(1.3)	-2.01(1.7)
Separazione o lutti						
(NO ^a)	-2.6(4.2)	-0.8(1.2)	-1.3(1.4)	0.1(1.2)	-0.3(1.2)	1.1(1.6)
Traumi fisici (NO ^a)	4.4(3.5)	0.4(1.1)	2.9(1.27) *	2.2(1.04) *	0.1(1.02)	0.02(1.3)
N. Fratelli	-0.3(0.9)	0.05(0.3)	-0.2(0.3)	0.8(0.3) **	0.08(0.3)	0.4(0.4)

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; ^a categoria di riferimento

Si evidenzia una correlazione significativa:

- positiva tra il predittore “traumi fisici” e la variabile dipendente “problemi somatici”.
d di Cohen = 0.96 $p < 0.05$.
- negativa tra il predittore “origine abitativa” e la variabile indipendente “ADHD”.
d di Cohen = -0.75, $p < 0.05$.
- positiva tra il predittore “traumi fisici” e la variabile dipendente “ADHD”.
d di Cohen = 0.75, $p < 0.05$.
- positiva tra il predittore “numero di fratelli” e la variabile dipendente “ADHD”.
 $\beta = 0.53$, $p < 0.01$.

Nonostante il modello globale 2 per le scale DSM non risulta significativo. $R^2 = 0.33$, $F(8,20) = 1.22$, $p < 0.340$.

Tabella 7 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 2 (scale sindromiche)

	Ansia/Depre	Ritiro/ Depre	Somatici	Problemi sociali
Intercetta	46.9(33.8)	14.4(12.7)	13.7(17.3)	12.6(13.1)
QI non verbale	-0.02(0.1)	-0.06(0.06)	-0.02(0.07)	-0.06(0.06)
Scolarizzazione (anni)	0.7(0.9)	0.8(0.3) *	0.7(0.5)	0.6(0.3)
Età	-2.3(1.8)	-0.5(0.7)	-0.6(0.1)	-0.3(0.7)
Origine abitativa (Rurale ^a)	-2.7(3.2)	-1.3(1.2)	-2.1(1.7)	-2.4(1.2)
Stress o trauma (NO ^a)	-1.3(4.6)	1.5(1.7)	-0.8(2.3)	0.6(1.7)
Separazione o lutti (NO ^a)	-2.6(4.1)	-1.8(1.5)	-2.08(2.1)	-1.6(1.6)
Traumi fisici (NO ^a)	1.9(3.4)	4.1(1.3) **	3.5(1.8)	1.1(1.3)
N. Fratelli	-0.2(0.8)	-0.2(0.3)	-0.4(0.5)	0.1(0.3)

	Problemi			
	del Pensiero	Attenzione	Regole	Aggressiv.
Intercetta	-1.8(19.9)	16.05(13.6)	-10.5(23.8)	9.7(22.4)
QI non verbale	-0.03(0.09)	0.06(0.05)	0.13(0.1)	0.05(0.1)
Scolarizzazione (anni)	0.3(0.5)	0.09(0.3)	-0.7(0.6)	-0.1(0.6)
Età	0.7(1.1)	-0.98(0.7)	0.7(1.3)	-0.3(1.2)
Origine abitativa (Rurale ^a)	-2.5(2.07)	-0.5(1.3)	-1.3(2.3)	-3.6(2.2)
Stress o trauma (NO ^a)	-1.1(2.8)	-1.2(1.8)	-3.4(3.09)	-3.8(3.1)
Separazione o lutti (NO ^a)	-0.6(2.7)	0.6(1.6)	0.6(3.0)	1.5(2.8)
Traumi fisici (NO ^a)	4.5(2.2) *	2.3(1.4)	0.2(2.4)	2.01(2.4)
N. Fratelli	-0.5(0.5)	0.5(0.4)	0.4(0.6)	0.8(0.6)

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; ^a categoria di riferimento

Si evidenzia una correlazione significativa positiva tra:

- il predittore “scolarizzazione” e la variabile dipendente “ritiro/ depressione”.
 $\beta = 0.56, p < 0.05$.
- il predittore “traumi fisici” e la variabile dipendente “ritiro/depressione”.
d di Cohen= 1.2, $p < 0.01$.
- il predittore “traumi fisici” e la variabile dipendente “problemi di pensiero”.
d di Cohen= 1.05, $p < 0.05$

Nonostante il modello globale 2 per le scale sindromiche non risulta significativo.

$$R^2 = 0.33, F(8,20) = 1.22, \quad p < 0.340.$$

Tabella 8 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 3 (scale DSM)

	Affettivi	Ansia	Somatici	ADHD	Opposit	Condotta
Intercetta	24.7(48.7)	24.6(14.8)	46.5(19.9)	33.5(13.5)	11.3(14.6)	0.5(23.6)
QI non verbale	0.1(0.2)	-0.06(0.07)	-0.2(0.09)	-0.08(0.06)	0.03(0.07)	0.07(0.1)
Scolarizzazione (anni)	0.7(0.7)	0.3(0.2)	0.3(0.3)	0.04(0.2)	0.3(0.2)	-0.1(0.3)
Età	-2.2(2.4)	-1.03(0.8)	-1.7(1.05)	-1.4(0.7)	-0.8(0.8)	-0.1(1.2)
Mandato (scelto e condiviso ^a)						
- scelto non condiviso	-4.1(4.5)	-3.5(1.6) *	-1.6(2.05)	-0.9(1.4)	-2.06(1.6)	-0.9(2.4)
- obbligato	-6.3(12.9)	1.4(4.2)	0.3(5.5)	4.5(4.1)	-1.5(4.2)	-2.6(6.4)
Mandato (socio-economico ^a)	5.9(14.0)	-2.6(4.4)	-5.5(5.0)	-8.5(4.3)	2.7(4.5)	1.2(6.7)
Viaggio (con amici/parenti ^a)	0.1(6.6)	0.7(2.1)	-1.07(2.7)	-0.4(2.02)	1.9(2.1)	0.7(3.2)
Condizioni viaggio (no stress ^a)	4.4(5.4)	-1.03(1.5)	-3.4(1.2)	2.7(1.4)	-0.4(1.5)	2.5(2.6)
Prigione (NO)	-9.7(4.8)	-1.1(1.6)	-1.2(2.1)	-5.1(1.4) **	1.4(1.5)	-0.2(2.4)
Durata (giorni)	0.004(0.01)	0.004(0.003)	0.005(0.005)	0.004(0.003)	0.005(0.003)	2.5(0.006)
Durata (tappe)	2.1(0.8) *	-0.2(0.2)	0.08(0.3)	0.09(0.2)	-0.2(0.2)	-0.3(0.3)

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; ^a categoria di riferimento

Si evidenzia una correlazione significativa:

- positiva tra il predittore “durata (tappe)” e la variabile indipendente “problemi affettivi”.

$$\beta = 0.62, p < 0.05.$$

- negativa tra il predittore “mandato famiglia – scelto non condiviso” e la variabile dipendente “Ansia”.

$$d \text{ di Cohen} = -1.47, p < 0.05.$$

- negativa tra il predittore “condizioni di prigionia” e la variabile dipendente “ADHD”

$$d \text{ di Cohen} = -1.73, p < 0.01.$$

Nonostante il modello globale 3 per le scale DSM non risulta significativo

$$R^2 = 0.598, F(11,9) = 1.22, p < 0.391$$

Tabella 9 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 3 (scale sindromiche)

	Ansia/ Depre	Ritiro/ Depre	Somatici	Problemi Sociali
Intercetta	80.3(42.7)	19.3(17.3)	55.3(28.2)	45.6(19.3)
QI non verbale	-0.02(0.2)	-0.14(0.08)	-0.17(0.13)	-0.2(0.09)
Scolarizzazione (anni)	0.98(0.68)	0.64(0.28) *	0.39(0.45)	0.4(0.31)
Età	-4.9(2.3)	-0.3(0.94)	-2.17(1.52)	-1.4(1.04)
Mandato (scelto e condiviso ^a)				
- scelto e non condiviso	-8.12(4.5)	-1.9(1.9)	-1.97(3.04)	-2.12(2.08)
- obbligato	-2.4(12.2)	0.9(5.09)	1.53(8.3)	2.11(5.7)
Mandato (socio-economico ^a)	-5.35(12.9)	0.72(5.34)	-7.83(8.7)	-3.3(5.9)
Viaggio (con amici/parenti ^a)	5.05(6.05)	-1.1(2.52)	-2.04(4.09)	-2.27(2.8)
Condizioni viaggio (no stress ^a)	-1.6(4.4)	0.83(1.83)	-3.8(2.97)	0.17(2.03)
Prigionia (NO)	-8.8(4.6)	-3.2(1.84)	-3.25(2.99)	-3.93(2.05)
Durata (giorni)	0.01(0.01)	-7.3(0.004)	0.009(0.007)	6.11(0.005)
Durata (tappe)	1.83(0.77) *	0.16(0.32)	0.45(0.52)	0.04(0.35)

	Problemi del pensiero	Attenzione	Regole	Aggressiv.
Intercetta	56.7(37.7)	38.2(18.03)	-8.6(38.03)	51.6(36.5)
QI non verbale	-0.34(0.21)	0.003(0.1)	0.12(0.20)	-0.1(0.20)
Scolarizzazione (anni)	0.05(0.60)	0.30(0.29)	-0.30(0.6)	0.18(0.6)
Età	-1.50(1.96)	-1.93(0.97)	-0.1(2.01)	-2.4(1.86)
Mandato (scelto e condiviso ^a)				
- scelto e non condiviso	-5.30(3.72)	-1.08(1.94)	-3.85(3.93)	-5.8(3.81)
- obbligato	14.9(11.4)	-3.32(5.3)	3.86(10.9)	2.4(11.41)
Mandato (socio-economico ^a)	-15.6(11.4)	2.5(5.5)	-6.39(11.4)	-11.6(11.6)
Viaggio (con amici/parenti ^a)	2.12(5.05)	-2.38(2.6)	4.24(5.4)	5.8(5.12)
Condizioni viaggio (no stress ^a)	-1.95(3.9)	1.7(1.9)	5.8(4.22)	-0.9(3.91)
Prigionia (NO)	-2.98(4.15)	-3.53(1.9)	-3.44(4.01)	-5.45(3.84)
Durata (giorni)	0.005(0.01)	0.002(0.004)	-0.01(0.01)	0.01(0.01)
Durata (tappe)	0.64(0.65)	0.08(0.33)	1.31(0.7)	-0.01(0.67)

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; ^a categoria di riferimento

Si evidenzia una correlazione significativa positiva tra

- il predittore “durata (tappe)” e la variabile dipendente “ansia/depressione”.
 $\beta = 0.53, p < 0.05$
- il predittore “scolarizzazione” e la variabile dipendente “ritiro/ depressione”.
 $\beta = 0.53, p < 0.05$

Nonostante il modello globale 3 per le scale sindromiche non è significativo

$R^2 = 0.607, F(11,10) = 1.40, p < 0.301.$

Tabella 10 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 4 (scale DSM)

	Affettivi	Ansia	Somatici	ADHD	Opposit	Condotta
Intercetta	10.9(29.9)	11.8(11.27)	11.9(12.62)	6.83(9.5)	6.24(8.8)	2.34(13.5)
QI non verbale	0.18(0.18)	0.003(0.07)	0.02(0.07)	0.03(0.06)	-0.05(0.05)	0.02(0.09)
Scolarizzazione (anni)	0.20(0.73)	0.14(0.28)	0.45(0.32)	0.07(0.25)	0.03(0.229)	-0.14(0.38)
Età	-1.84(2.1)	-0.67(0.81)	-1.31(0.86)	-0.6(0.70)	0.06(0.64)	0.30(1.01)
Pre-accesso (da parenti ^a)						
- accesso al P.I.	-1.81(6.65)	-2.24(2.7)	0.03(2.6)	4.23(2.24)	1.81(2.1)	3.49(3.18)
- senza dimora	3.33(6.69)	-1.83(2.65)	0.61(2.64)	4.57(2.24)	2.57(2.09)	2.81(3.13)
Rete familiare in ita (NO ^a)	1.50(4.6)	1.4(1.8)	0.85(1.72)	1.84(1.51)	-0.43(1.41)	-0.34(2.15)
Dimensione comunità (10-15 ^a)						
- 10-15-< =10	3.76(3.97)	0.40(1.5)	-0.07(1.74)	2.8(1.4)	3.13(1.18) *	2.6(1.9)
- > 15- < = 10	0.06(3.47)	-0.03(1.4)	-0.44(1.7)	-0.65(1.2)	0.88(1.08)	-0.27(1.67)
Prevalenza MSNA in comunità	8.19(15.01)	3.25(5.96)	4.80(5.6)	-0.8(5.11)	-2.43(4.71)	-3.67(7.39)
N° cambi comunità	-0.62(1.10)	-0.25(0.43)	0.007(0.45)	-0.7(0.38)	0.05(0.34)	-0.54(0.52)
Conoscenza ITA (sufficiente ^a)				5.09(1.44)		
- insufficiente	5.68(4.32)	0.82(1.72)	3.34(1.81)	**	-0.98(1.35)	-0.33(2.03)
- buono	3.58(6.9)	-0.4(2.8)	0.67(2.9)	8.41(2.41)	0.96(2.18)	1.92(3.24)

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; ^a categoria di riferimento

Il modello 4 per le scale DSM è significativo quando sono inserite, come variabile dipendente, le scale “ADHD” e “Comportamento oppositivo- provocatorio”. $R^2 = 0.612$, $F(12,20) = 2.63$, $p < 0.027$. In particolare, si evidenzia una correlazione significativa positiva tra

- il predittore “conoscenza della lingua italiana – insufficiente” e la variabile dipendente “ADHD”.
d di Cohen= 1.73, $p < 0.01$
- il predittore “conoscenza della lingua italiana – buono” e la variabile dipendente “ADHD”.
d di Cohen= 2.85, $p < 0.01$
- il predittore “numero posti alla compilazione - 10-15- ≤ 10 ” e la variabile dipendente “Comportamento oppositivo- provocatorio”.
 $\beta = 1.41$, $p < 0.05$

Tabella 11 – Effetti non standardizzati ed (errore standard) per Modello 4 (scale sindromiche)

	Ansia/Dep	Ritiro/Depre	Somatici	Problemi del Pensiero
Intercetta	47.5(27.5)	5.38(13.84)	18.96(17.48)	8.87(19.8)
QI non verbale	0.03(0.17)	0.008(0.08)	-1.95(1.21)	0.009(0.13)
Scolarizzazione (anni)	0.61(0.71)	0.52(0.35)	0.75(0.44)	0.20(0.57)
Età	-3.25(2.02)	-0.38(1.1)	0.04(0.11)	-0.74(1.52)
Pre-accesso (da parenti ^a)				
- accesso al P.I.	-1.32(6.57)	-1.28(3.29)	0.35(3.6)	-3.55(4.77)
- senza dimora	1.11(6.59)	-0.47(3.28)	0.82(3.76)	-0.79(4.63)
Rete familiare in ita (NO ^a)	2.59(4.42)	1.35(2.22)	1.36(2.44)	2.58(3.23)
Dimensione comunità (10-15 ^a)				
- 10-15- ≤ 10	6.10(3.7)	1.81(1.85)	0.29(2.38)	2.38(2.91)
- $> 15- \leq 10$	1.21(3.43)	-0.11(1.70)	-0.21(2.17)	-1.57(2.50)
Prevalenza MSNA in comunità	4.19(14.78)	1.12(7.41)	5.57(7.73)	8.06(11.07)
N° cambi comunità	-0.86(1.08)	-0.56(0.54)	0.13(0.65)	-0.35(0.8)
Conoscenza ITA (sufficiente ^a)				
- Insufficiente	4.49(4.26)	3.47(2.12)	4.53(2.58)	2.72(3.26)
- Buono	1.07(6.85)	3.23(3.43)	-0.33(4.22)	-1.19(5.12)

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; ^a categoria di riferimento

	Problemi			Aggressiv
	sociali	Attenzione	Regole	
Intercetta	11.40(15.26)	11.5(13.73)	9.08(21.64)	-1.76(21.15)
QI non verbale	-0.03(0.09)	0.09(0.08)	-0.08(0.15)	-0.10(0.13)
Scolarizzazione (anni)	0.60(0.38)	0.21(0.35)	-0.33(0.61)	-0.3(0.56)
Età	-0.63(1.13)	- 0.98(1.00)	0.40(1.58)	10.70(15.89)
Pre-accesso (da parenti ^a)				
- accesso al P.I.	1.29(3.90)	1.60(3.27)	2.10(4.91)	6.76(5.10)
- senza dimora	0.08(3.78)	2.54(3.26)	3.49(4.85)	5.61(5.01)
Rete familiare in ita (NO ^a)	-0.62(2.51)	-0.18(2.20)	3.17(3.34)	-3.64(3.51)
Dimensione comunità (10-15 ^a)				
- 10-15-< =10	0.55(2.05)	2.55(1.84)	6.66(3.33)	9.55(3.14) *
- > 15- < = 10	-1.94(1.89)	0.44(1.68)	-0.23(2.64)	1.41(2.58)
Prevalenza MSNA in comunità	0.91(8.37)	-2.14(7.36)	-9.19(11.66)	-9.27(11.51)
N° cambi comunità	-0.43(0.70)	-0.21(0.54)	-0.65(0.91)	-1.57(0.88)
Conoscenza ITA (sufficiente ^a)				
- Insufficiente	4.81(2.30)	3.77(2.10)	1.17(3.14)	4.23(3.48)
- Buono	2.01(4.68)	3.65(3.41)	2.94(5.19)	12.65(5.59) *

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; ^a categoria di riferimento

Il modello 4 per le scale sindromiche è significativo quando sono inserite, come variabile dipendente, le scale “ADHD”. $R^2 = 0.612$, $F(12,20) = 2.63$, $p < 0.027$. In particolare, si evidenzia una correlazione significativa positiva tra

- il predittore “conoscenza della lingua italiana – buono” e la variabile dipendente “comportamento aggressivo”.

d di Cohen= 2.29 $p < 0.05$

- il predittore “numero posti alla compilazione - 10-15-< =10” e la variabile dipendente “comportamento aggressivo”.

$\beta = 1.72$, $p < 0.01$.

TERZO CAPITOLO

DISCUSSIONE

Il presente studio si focalizza sulla popolazione dei MSNA, ovvero ragazzi di età inferiore ai 18 anni che emigrano dal proprio Paese da soli, ovvero senza alcuna figura di riferimento adulta con sé. A causa del processo migratorio che affrontano nella totale assenza di supporto adulto e della minore età, i MSNA sono considerati una popolazione vulnerabile e ad alto rischio di sviluppare una psicopatologia (Daniel-Calveras, Baldaquí, & Baeza, 2022). L'obiettivo principale di questo progetto di ricerca è stato analizzare la prevalenza di disturbi della salute mentale nei MSNA, accolti in Italia e afferenti al servizio clinico presso S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Un secondo obiettivo è stato analizzare i principali dei fattori di rischio e protettivi connessi all'esperienza migratoria, associati a disturbi psichiatrici e psicopatologici nella popolazione dei MSNA, cioè fattori di rischio: pre- migrazione, peri-migrazione e post-migrazione. Nell'analisi di questi fattori di rischio connessi all'esperienza migratoria, sono stati considerati anche i fattori individuali come, ad esempio, il grado di scolarizzazione, l'età e il QI non verbale. La letteratura sostiene che questi fattori di rischio individuali possono influenzare l'esperienza vissuta dal ragazzo (Muscarà et al., 2021). Le analisi descrittive mostrano che i motivi d'invio da parte delle comunità ospitanti i ragazzi ai Servizi di salute mentale: sono per il 48% a causa di problemi dell'umore e per il 31% a causa di problemi del comportamento. Infatti, in alcuni casi le comunità socioeducative a causa del disagio provocato per condotte esternalizzanti, come aggressività verso persone e/o cose, oppositività, comportamenti devianti-antisociali, si sentono spesso costrette a segnalare il ragazzo perché frustrati e privi di motivazione per non riuscire a gestire tali condotte. In realtà, la letteratura evidenzia come le condotte dirompenti ed esternalizzanti possano riflettere sottostanti disturbi trauma correlati e che risposte coercitive, espulsive o contenitive da parte degli adulti che si prendono cura dei ragazzi potrebbero non essere le più idonee in questi casi (Bath, 2006). Preferibilmente bisognerebbe fornire aiuto al minore affinché possa elaborare

ciò che di doloroso ha vissuto, scegliendo di rispondere al comportamento “disregolato” del ragazzo, co-regolando (Bath, 2008). Tuttavia, il sovraccarico del sistema e le difficoltà da parte degli educatori di gestire i comportamenti dirompenti, si traducono molto frequentemente in segnalazioni presso i Servizi per la salute mentale, per poter ottenere un maggiore supporto. Tra le statistiche descrittive abbiamo anche le diagnosi indicate dal Servizio UONPIA: il 48.1% per sindrome post-traumatica da stress, il 21% sindrome mista ansioso-depressiva e l’11% per disturbi misti della condotta e della sfera emozionale. In accordo con la letteratura, è possibile confermare ciò che è stato rinvenuto da Daniel-Calveras, Baldaqui, Baeza nel 2022 grazie ad una revisione sistematica in cui la depressione raggiunge il 61,6%, PTSD il 43% e sintomi/disturbi d'ansia il 38,2%. La spiegazione alla base di questi risultati può essere ricercata nella natura stessa di questa specifica popolazione: l’essere dei minori obbligati ad intraprendere un viaggio senza alcun supporto e protezione, ma non solo, sono costretti a vivere compiti fase-specifici (e.g., Ferenci, 2001) di per sé complicati nella totale solitudine definendoli, per questo, vulnerabili e ad alto rischio di insorgenza di natura psicologica (Daniel-Calveras, Baldaquí, & Baeza, 2022). Considerata la condizione di partenza, è necessario anche descrivere tutti quei fattori di rischio che intervengono al momento di arrivo nel Paese ospitante come l’incapacità di parlare una nuova lingua che rende difficoltose le interazioni sociali con le persone autoctone e che li porta molto spesso ad essere vittime di pregiudizi e stereotipi (Muscarà et al., 2021) generando nel soggetto quello che è stato definito “stress acculturativo” (Sam, D.L.; Berry, J.W, 2006); l’incertezza del futuro a causa di tempistiche burocratiche molto lunghe. Naturalmente, vivere tutto questo incide molto sulla regolazione emotiva e della rabbia che nei MSNA risulta altamente compromessa, aumentando ancor di più l’associazione con l’insorgenza di PTSD, depressione, ansia e disturbi della condotta (El-Awhad et al., 2017). Quindi anche un campione composto da MSNA giunto in Italia mostra delle caratteristiche che possono essere confrontate con quelle di un campione di MSNA emigrati all’estero. A supporto di ciò che è stato appena affermato, abbiamo i risultati ottenuti da un’analisi più approfondita dei profili psicopatologici circa i problemi emotivi e comportamentali (tabella 2 e 3), in cui troviamo tra i sintomi maggiormente rappresentati quelli di

natura affettiva con il 35% per le scale DSM e da un 31% e 35% dei soggetti che supera il cut-off clinico della sottoscala per sintomi di ansia, depressione e ritiro/depressione per le scale sindromiche. La scala DSM “Problemi Affettivi” riflette molto bene i disturbi del DSM-IV, nello specifico riporta tutti i criteri relativi alla sezione Disturbo Depressivo Maggiore e Distimia, ed essendo queste altamente corrispondenti alle scale sindromiche di ansia/ depressione e ritiro/depressione notiamo come le percentuali siano maggiori in entrambe le sezioni, confermando ulteriormente le diagnosi riportate dal servizio UONPIA e di conseguenza i dati forniti dalla letteratura: la depressione è tra le psicopatologie più frequenti nella popolazione dei MSNA. Tra le percentuali più basse di soggetti che superano il cut-off troviamo “Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)” per le scale DSM mentre “comportamento di trasgressione delle regole” e “comportamento aggressivo” per le scale sindromiche. Per spiegare il primo risultato, bisogna considerare il valore di cut-off clinico per ciascuna scala. A parità di soglia (=11) per la scala dei Problemi Affettivi e per la scala ADHD, si hanno a disposizione 13 item per la scala dei Problemi Affettivi, solo 7 item per la sottoscala ADHD. quindi, superare il cut-off clinico nella sottoscala Problemi Affettivi è più semplice rispetto a quella ADHD, in cui il soggetto dovrebbe attribuire il massimo del punteggio affinché alla maggior parte degli item. Per questo motivo, al di là della classificazione basata sui cut-off clinici, si è ritenuto opportuno analizzare anche i punteggi grezzi delle singole sottoscale (Grafico 1) che si ottengono dando un valore di 0 o 1 o 2 ad ogni item. In questo caso osserviamo come i punteggi della scala ADHD (pesati per il numero di item) siano alti, nonostante non superino il cut-off clinico. Tra le scale sindromiche la percentuale più bassa di soggetti che superano il cut-off clinico riguarda “comportamento di trasgressione delle regole” e “comportamento aggressivo”. Tale dato potrebbe essere sottostimato. I minori difficilmente rispondono con valori alti agli item delle sottoscale appena citate come “rubo fuori casa” o “assalgo fisicamente le persone”, per timore di procedimenti penali e le possibili ricadute sul proprio progetto scolastico e lavorativo in Italia. Procedendo con l’analisi dei fattori di rischio e protettivi associati ai sintomi emotivi e comportamentali operazionalizzati con la scala YSR, i risultati emersi dal confronto delle sottoscale sono i seguenti:

- tra le scale orientate al DSM, le medie delle risposte per le scale “problemi somatici” e “problemi della condotta” risultano significativamente più basse rispetto alle altre sottoscale, tra cui non emergono differenze statisticamente significative. Perché per quanto concerne i “problemi di condotta”, come anticipato, i ragazzi difficilmente esplicitano comportamenti socialmente poco accettati. Per i “problemi somatici”, l’assenza di significatività può essere dettata da una diversa concezione del dolore e delle sue manifestazioni nelle varie culture (Mauri et al., 2006). Un’altra spiegazione è possibile evidenziarla in relazione alla scala sindromica, poiché le “lamentele somatiche” presentano un punteggio più alto. Molto probabilmente perché la scala “Problemi Somatici” presenta solo sintomi come “mal di testa, nausea, malessere, problemi agli occhi, eruzione cutanea o altri problemi di pelle, dolori di stomaco e vomito, conati” mentre la scala delle “lamentele sociali” ne mostra altri più dettagliati oltre i precedenti come “soffro di vertigini o di stordimenti, mi sento esageratamente stanco senza una buona ragione, dolori (non includere mal di stomaco e mal di testa)”. Quindi il punteggio aumenta quando ci sono sintomi somatici come quelli presenti nella scala sindromica “lamentele somatiche” rispetto alla scala DSM “Problemi Somatici”.
- tra le scale sindromiche, il punteggio medio significativamente più alto rispetto alle altre scale è quello di “ritiro/depressione”, seguito da quello dal punteggio della sottoscala “problemi attentivi” e “ansia/depressione”. Questi sono sintomi potenzialmente associati al disturbo post-traumatico da stress, il quale rappresenta dal punto di vista clinico uno degli esiti disfunzionali dell’esposizione ad eventi traumatici (Taurino et al., 2012). Provocando: disagio fisico, ansia, depressione, ritiro sociale, comportamenti esternalizzanti, i disturbi del sonno (Bronstein e Montgomery, 2011; Daud, Af Klin teberg e Rydelius, 2008; Farbstein, Mansbach-Klein feld, Levinson; Goodman, Levay, Vograft, Kanaaneh, Ponizovsky, Brent e Apter, 2010; Hodes, Jagdev, Chan dra e Cunniff, 2008; Montgomery, 2011; Pat-Ho renczyk, Abramovitz, Peled, Brom, Dale e Chemtob, 2007; Robjant, Hassan, Katona, 2009), scarsa capacità di concentrazione, irritabilità, ipervigilanza (Taurino et al., 2012).

Per quanto riguarda l'analisi dei fattori di rischio individuali per la salute mentale dei MSNA (i.e., scolarizzazione, QI non verbale ed età) non sono emersi effetti significativi per nessuna variabile dipendente e per nessuno dei fattori individuali, sia per le scale orientate al DSM sia per quelle sindromiche. Molto probabilmente perché l'inserimento di solo questi tre fattori di rischio individuali (QI, scolarizzazione ed età) non è sufficiente per ottenere un effetto significativo. Infatti, la letteratura evidenzia l'importanza di altri fattori individuali che possono giocare il ruolo di fattori protettivi e di rischio come le strategie di coping (es. capacità di affrontare situazioni estreme, di distaccarsi dalle situazioni più tristi, mantenere un atteggiamento positivo), capacità di gestire la frustrazione, l'autoefficacia, i tratti personologici, le abilità cognitive, gli stili di attaccamento e la cultura di riferimento (Muscarà et al.,2021). Lo psichiatra israeliano Lahad (2013) ha sintetizzato tutti i fattori che possono contrastare o aiutare lo sviluppo di disturbi mentali in una formula: B.A.S.I.C.-Ph (Belief-Affective-Social-Imaginative-Cognitive-Physical). Quindi l'insieme di credenze e valori, strategie emozionali e sociali, l'immaginazione per camuffare la realtà dei fatti cercando di giungere ad altre soluzioni, le strategie cognitive, capacità di scaricare le energie negative possono variare la percentuale di un soggetto di sviluppare psicopatologia rispetto ad un altro. Studi futuri dovrebbero quindi considerare un maggior numero di fattori individuali per poter approfondire meglio il risultato ottenuto. Un altro motivo può essere la ridotta variabilità nel campione rispetto alle 3 variabili considerate dovuta ad un bias nella selezione del campione (i.e., *selection bias*). Il campione in esame non è rappresentativo della popolazione dei MSNA perché in questo caso sono stati esaminati solo coloro che si sono rivolti al servizio di neuropsichiatria costituendo un campione clinico con età, QI e grado di scolarizzazione molto simile. Nel modello 2 per le scale DSM sono stati evidenziati degli effetti significativi quando è inserita, tra le variabili dipendenti, la scala "Problemi Somatici" e tra i predittori "traumi fisici". Osservando i risultati dei modelli successivi è possibile evidenziare relazione significativa tra la variabile "traumi fisici" e anche le scale "ADHD, Ritiro/Depressione, Problemi di Pensiero". Posto che si possa intendere il punteggio alla scala ADHD come riflesso di una serie di sintomi legati più che ad un disturbo del neurosviluppo alle conseguenze post-traumatiche di esperienze pre e peri-migratorie; è

verosimile che l'aver subito danni di natura fisica nel Paese di origine influisca, oltre che in termini di sintomi di tipo somatico, anche sui processi attentivi, di gestione dei pensieri e di regolazione dell'umore. La letteratura dice che le esperienze traumatiche pregresse soprattutto di tipo fisico sono correlate ai disturbi di tipo mentale, infatti gli esiti di diversi studi (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007, Derluyn & Broekaert, 2007; Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015) evidenziano che i sintomi clinicamente significativi associabili al disturbo da stress post-traumatico, alla presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione) (Dal Lago et al. 2021) appaiono essere correlati positivamente con il numero di eventi stressanti che i minori hanno vissuto nel corso dell'esperienza migratoria; ovvero all'aumentare del numero di eventi traumatici esperiti prima e durante la migrazione si osserva un aumento del numero dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico come ad esempio il disagio fisico, l'ansia, la depressione, il ritiro sociale, disturbi del sonno, minore capacità di concentrazione, irritabilità, ipervigilanza (Taurino et al., 2012). In un altro studio condotto a Londra da Hodes et al. (2008) hanno confrontato l'esperienza dei minori stranieri non accompagnati con quella dei minori accompagnati per poter evidenziare eventuali similitudini o differenze tra i due gruppi. È emerso che i MSNA hanno dei livelli molto più alti di esperienze traumatiche legate alla guerra e a conflitti armati rispetto a MSA. Questo porta ad avere un numero dei sintomi predittivi del PTSD più elevato nei MSNA rispetto ai minori accompagnati (il 61% dei maschi e il 73% delle femmine). Un'ulteriore evidenza è la correlazione negativa tra il predittore "condizioni di prigionia" e la scala "ADHD". Ancora una volta i risultati confermano quanto le esperienze traumatiche vissute prima e durante il viaggio possono aumentare la probabilità di sviluppare psicopatologia, in questo caso specifico, può sembrare un dato apparentemente opposto ai riferimenti in letteratura. Una spiegazione possibile potrebbe essere che, vivere condizioni di prigionia provoca maggiore inibizione e difficoltà di concentrazione che porta i soggetti a rispondere con alti punteggi ad item come questi: "sono disattento o facilmente distraibile, non riesco a concentrarmi o a mantenere l'attenzione a lungo". In seguito, inserendo come variabile dipendente "ADHD" e i predittori "origine abitativa", "numero di fratelli" sono stati evidenziati

degli effetti significativi positivi. Il primo, spiega come i soggetti che vivono in un contesto urbano stanno peggio rispetto a chi vive nel contesto rurale. Ragionando, sono giunta alla conclusione che, molto probabilmente a causa di un contesto urbano maggiormente caotico e stimolante, chi vive in quelle zone può essere maggiormente distratto, confuso, eccessivamente stimolato rispetto a chi vive in un contesto contadino, a contatto con la natura in cui predomina la tranquillità, la natura e la calma. Riguardo il predittore “numero di fratelli” correlato con la variabile dipendente “ADHD” possiamo dire che notiamo un effetto significativo perché all’interno delle famiglie di questi ragazzi, molto spesso si verificano episodi di trascuratezza nel caso dei bambini più piccoli e di sovraccarico di responsabilità per i ragazzi più grandi: da parte dei genitori c’è una richiesta maggiore nei confronti dei ragazzi di accollarsi impegni domestici, lavorativi extrascolastici e di cura verso i fratelli più piccoli (Ghiringhelli, 2004). Quindi è possibile constatare alla base, dei problemi di custodia, cura e accudimento che determinano delle conseguenze a livello psico-fisico su minori che appaiono stanchi, tristi, manifestano disturbi dell’attenzione e problemi di apprendimento (Ghiringhelli, 2004).

Per le scale sindromiche si evidenzia un effetto significativo positivo quando è inserita la variabile dipendente “ritiro/depressione” e come predittore “scolarizzazione”, dato che viene confermato anche nel modello 3 sempre per le scale sindromiche con la stessa variabile dipendente (ritiro/depressione) e lo stesso predittore (scolarizzazione). Questo dato evidenzia come una maggiore scolarizzazione può portare a dei maggiori sintomi depressivi. È possibile che a causa della condizione socio-economica scarsa e alla necessità di dover cominciare a lavorare sin da bambini per tante ore al giorno si sviluppa una bassa propensione allo studio. Quindi andare a scuola per questi ragazzi potrebbe essere visto come un ostacolo in più da dover affrontare oltre alle responsabilità di cui sono stati caricati dai propri genitori, al lavoro e alla gestione dei fratelli. Segue, inevitabilmente, una maggiore presenza di sintomi depressivi e una salute mentale più debole che porta il soggetto a rispondere con punteggi più alti ad item “sono scontento, triste, depresso” della sottoscala “ritiro/depressione”. Tuttavia, studi futuri dovranno approfondire tale ipotesi.

Il modello 3 per le scale orientate al DSM una relazione significativa tra la durata del viaggio in termini di numero di tappe e come variabile dipendente “Problemi Affettivi”. A supporto di questi dati sono le informazioni provenienti dai mass media e dalle strutture di accoglienza secondo cui il viaggio affrontato dai minori stranieri nella maggior parte dei casi viene vissuto in condizioni disperate: costretti a subire sfruttamenti, abusi, ad affrontare il viaggio senza poter mangiare e bere, impauriti e senza alcuna forza (Sansone, 2018). A questo va considerato il terrore psicologico della morte poiché frequentemente sentiamo notizie, relativamente alla rotta Mediterranea, di barconi che si ribaltano, si allagano perché sono presenti più persone di quelle che l'imbarcazione potrebbe permettersi, costringendoli a vivere per tutto l'itinerario sotto il sole cocente, la salsedine che brucia la pelle (Sansone, 2018) e il vitto insufficiente con il terrore di non riuscire a sopravvivere a tutto questo. Mentre per la rotta balcanica i rischi maggiori sono quelli di ritrovarsi bloccati nei campi di transito o restare nascosti per lunghe ore in camion per cercare di superare i confini della Serbia, Croazia e Slovenia o continuare a piedi per chilometri durante le ore più buie cercando di aggirare la frontiera (Sansone, 2018). Per questo motivo il numero delle tappe correla con la scala “Problemi Affettivi” e di conseguenza anche con la sua controparte presente nella scala sindromica (ansia/depressione), essendo queste corrispondenti tra di loro. Maggiore sarà la durata del viaggio, maggiori saranno le tappe che gli immigrati dovranno affrontare e più il soggetto sarà costretto a vivere tutto ciò che stato appena descritto aumentando le probabilità di poter manifestare sintomi depressivi. Di conseguenza, il soggetto indicherà dei punteggi più alti agli item “Mi sento privo di valore o inferiore, penso di uccidermi, ho disturbi del sonno” della scala Problemi Affettivi che riflette i sintomi del Disturbo Depressivo Maggiore presente nel DSM. e “sono ipersensibile, ho paura di certi animali, situazioni o posti al di fuori della scuola” della scala sindromica “ansia/depressione”. Il modello 3 evidenzia inoltre una relazione significativa tra il predittore “mandato famiglia-scelto non condiviso” e la variabile dipendente “Problemi d'Ansia”. La letteratura ci spiega che il mandato migratorio molto spesso può essere scelto dal ragazzo, ma non condiviso con la propria famiglia; infatti, i minori che provengono da contesti rurali essendo poveri economicamente e intellettualmente vengono “costretti”

a compiere questo viaggio per cercare fortuna e migliorare la propria condizione (Bianchi, 2017). Al contrario, per le famiglie che appartengono ad una classe sociale media, essendo maggiormente informati sulle condizioni del viaggio (Bianchi, 2017) e i pericoli connessi, non assistiamo allo stesso lasciarsi passare. I genitori non condividono la scelta presa dal proprio figlio sulla base delle informazioni fornite dai mezzi di comunicazione, i quali cercano di creare degli scenari in cui tutto sembra possibile e facile da raggiungere (Bianchi, 2017). Una volta giunto in Italia, il minore, si sentirà ancora più solo di quanto già non lo sia perché non potrà condividere le esperienze vissute con i propri parenti, non potrà contattarli e non riceverà da loro alcun supporto, provocando lo sviluppo di una sintomatologia ansiosa dovuta alla condizione che stanno vivendo. Infatti, possiamo notare una correlazione con la scala dei “Problemi d’Ansia”, la quale rappresenta i sintomi dei disturbi d’ansia presenti nel DSM-IV come tensione, nervosismo, timore e preoccupazione eccessiva. Le significatività trovate nel modello 4 riguardano la variabile dipendente “ADHD” con i predittori “conoscenza della lingua italiana – insufficiente” e “conoscenza della lingua italiana – buono”. Per quanto riguarda il primo predittore, il motivo che potrebbe spiegare tale correlazione è che il livello di conoscenza della lingua potrebbe non essere sufficiente per poter imbastire un discorso e, di conseguenza, per poter coltivare delle relazioni sociali ottimali e fruttuose. Anche in letteratura, conoscere o meno la lingua del Paese ospitante rappresenta un fattore di rischio o protettivo molto importante perché permette agli stranieri di non restare immobili in un limbo (Rigoldi, 2024) ma di sentirsi attivi, capaci di comunicare e di esprimere le proprie necessità, di poter comprendere le leggi territoriali, essere consapevoli di ciò che possono o non possono fare e di poter procedere positivamente nel tortuoso percorso di adattamento. I MSNA mostrano grande preoccupazione relativamente a tale aspetto per paura di restare “ghettizzati” etnicamente e culturalmente (Augelli, 2018) generando in loro una forte confusione dovuta a: sfiducia nelle proprie capacità, frustrazione per non riuscire a capire quello che gli altri vogliono comunicare, difficoltà di concentrazione per non riuscire a seguire il filo del discorso. Sulla base di questi aspetti sorge quello che è stato definito stress di acculturazione (Augelli, 2018; Berry et al., 2006; Same et al., 2006) ovvero sentirsi in conflitto con la cultura ospitante perché diversa dalla

propria, provocando reazioni emotive di tristezza, frustrazione, impotenza, imbarazzo e rabbia (Tummala-Narra et al., 2016). Per questo, ancora una volta, è necessario sottolineare l'importanza di creare dei progetti didattici pensati e costruiti da un'equipe multidisciplinare (Bianchi, 2017) o di garantire il diritto allo studio in modo tale da insegnare loro la nuova lingua. Solo così potranno affrontare le sfide quotidiane, esprimere le loro emozioni, raccontare la loro storia, elaborare i propri dolori e riferire i propri bisogni senza sentirsi più incapaci e bloccati. A questo punto è necessario spiegare un ulteriore effetto significativo presente nella scala sindromica del modello 4 apparentemente contrastante con il precedente: ovvero la correlazione tra il predittore "conoscenza della lingua italiana – buono" e la variabile dipendente "aggressività". Una spiegazione possibile a questo dato potrebbe essere ricercata nella ridotta ampiezza del campione dei soggetti che appartengono ad un buon livello di conoscenza della lingua, non permettendo così di poter generalizzare. Infine, sempre nel modello 4, è stato individuato un effetto significativo sia per le scale sindromiche, sia per quelle orientate al DSM per lo stesso predittore "numero posti alla compilazione - 10-15-< =10" con due variabili dipendenti "comportamento oppositivo-provocatorio" e "comportamento aggressivo". La spiegazione rispetto a questi risultati potremmo fornirla riportando i dati forniti dalle comunità che fanno segnalazione al Servizio UONPIA relativi ai motivi d'invio: il 48% sono a causa di problemi dell'umore e il 31% per problemi del comportamento. assistiamo perciò ad un approfondimento del dato commentato all'inizio di questo paragrafo, con cui è possibile spiegare meglio che all'interno delle comunità che accolgono fino a 15 ospiti ci sono molti stranieri che mostrano comportamenti come "non vado d'accordo con gli altri ragazzi, minaccio la gente, distruggo cose che appartengono ad altre persone". Tuttavia, questi sono comportamenti esternalizzanti che sottendono un dolore causato da esperienze traumatiche pregresse. Pertanto, anziché cominciare il loop infinito di segnalazioni per procedere con l'invio continuo presso numerose comunità, sarebbe utile adempiere all'obiettivo primario delle comunità: quello di essere un ambiente terapeutico globale (Bettelheim, 1955; Redl e Wineman, 1951; Winnicott, 1965; Bastianoni, Taurino 2007; 2009), in cui gli educatori rappresentano le prime figure adulte di riferimento nel nuovo contesto culturale per i minori stranieri. Per questo i

primi, hanno il compito di supportarli nel tentativo di avviare un percorso di riconoscimento, riparazione e rielaborazione dei propri traumi; instaurare un rapporto di fiducia; di cogliere precocemente le loro fragilità psichiche che possono manifestarsi sotto varie sfaccettature (Taurino et al., 2012).

LIMITI

Nonostante lo studio sia rilevante perché per la prima volta è stato considerato un campione costituito da minori stranieri non accompagnati afferenti ai servizi di accoglienza italiani, indagando i fattori di rischio e protettivi allo sviluppo di psicopatologie, sono presenti diverse criticità:

1. il campione non è rappresentativo della popolazione dei MSNA perché sono tutti minori che hanno una presa in carico di tipo clinico. Pertanto, è un campione che usufruisce di servizi per la salute mentale, afferente al reparto di neuropsichiatria infantile non permettendoci di ragionare bene sui fattori di rischio e protettivi. Infatti, tutti i soggetti di cui parlo nel paragrafo “fattori di rischio individuali” che presentano resilienza, strategie di coping, autoefficacia ecc in questo campione non ci sono, mancando quello che viene definito “gruppo di controllo”: campione di MSNA che non supera i cut-off clinici. Quindi il limite consiste nell'impossibilità di poter osservare effettivamente i fattori di rischio e protettivi perché manca una parte della popolazione di MSNA. Quindi quello che è stato fatto nel presente studio è analizzare i fattori di rischio e protettivi per osservare una maggiore o minore intensità dei sintomi. Per questo non abbiamo riscontrato molte correlazioni perché non c'è sufficiente variabilità nel campione a causa del cosiddetto *selection bias*: c'è un errore nella selezione del campione; quindi, non è rappresentativo dell'intera popolazione dei MSNA arrivati in Italia, ma solo di una parte che manifesta sintomi al punto tale da rivolgersi al servizio di neuropsichiatria infantile.

2. le variabili non sono qualitativamente buone perché la GOSR è compilata dall'educatore che non conosce bene il ragazzo. Quindi sono delle variabili dicotomiche (SI/NO) che non ci permettono di risalire al numero di esperienze traumatiche, dato che in realtà è presente in letteratura e che potremmo ottenere in una fase successiva di valutazione. Il dato che abbiamo è la presenza o meno di esperienze traumatiche, rimanendo quindi su un livello più generale per quelle che sono le risposte alla GOSR non potendo indagare più nel dettaglio i vissuti dolorosi dei MSNA.

3. Il campione a disposizione è molto piccolo. Seppur il campione iniziale è composto da 300 MSNA afferenti al servizio di neuropsichiatria infantile tra il 2017 e 2023, solo 88 fanno parte del campione esaminato in questo progetto di ricerca, perché solo di questo sottocampione si disponevano i dati retrospettivi completi rispetto alle principali variabili di interesse. Pertanto, non è possibile generalizzare i dati non essendo rappresentativo dell'intera popolazione dei MSNA

Alla luce dei risultati ottenuti e delle criticità evidenziate gli studi futuri dovrebbero ampliare il numero di soggetti che costituisce il campione per poter ottenere dei risultati generalizzabili, inserendo anche i MSNA che non sono afferenti al servizio clinico per poter evidenziare meglio quali sono effettivamente i fattori di rischio e di protezione in modo tale da essere maggiormente rappresentativo della popolazione completa di MSNA. Infine, si dovrebbe approfondire grazie una successiva fase di valutazione la qualità dei dati per poter ottenere delle informazioni più dettagliate rispetto a quelle presenti in questo studio, ad esempio somministrare dei test come la DIS (Diagnostic Interview Schedule) o la SCID (Structured Clinical Interview per il DSM-III-R) considerano ogni sintomo del DPTS separatamente e valutano successivamente la globale gravità del disturbo; la gravità e la frequenza di ogni sintomo non sono considerate per esaminare nel dettaglio le variabili relative ad esperienze traumatiche.

BIBLIOGRAFIA

Ahmed, S. P., Bitterncourt-Hewitt, A., & Sebastian, C.L. (2015). Neurocognitive bases of emotional regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 15, 11-25.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1990.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.

Arendt, H. (1951). *Le origini del totalitarismo*. Einaudi.

Armitage, A. J., Cohen, J., Heys, M., Hardelid, P., Ward, A., & Eisen, S. (n.d.). Description and evaluation of a pathway for unaccompanied asylum-seeking children. *Journal Name*. Retrieved from <http://orcid.org/0000-0001-6972-3651>

Augelli, A., Lombi, L., & Triani, P. (2018). Unaccompanied minors: Exploring needs and resources to plan socio-educational programs into school settings. *Italian Journal of Sociology of Education*, 10(1).

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649. <https://doi.org/10.1080/0887044980840742>

Bandura, A. (1999a). Social cognitive theory of personality. In A. Lawrence Pervin & P. J. Oliver (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 154-96). New York, NY: Guilford Press.

Bandura, A. (1999b). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-839X.00024>

Bastianoni, P., Taurino, A. (a cura di) (2007). *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli

Baubet T. e Moro M.R. (2009), *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koiné, Roma.

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 adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253785.47677.26>

Bellina M., Bonivento C., Bianchi V., Brambilla P., (2015). Deficit di regolazione emotiva in età evolutiva: analisi dei profili di funzionamento in un campione clinico italiano.

Berman, H. (2001) 'Children and war: current understandings and future directions', *Public Health Nursing*, vol. 18, pp. 243-252. [s://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10578-011-0219-4](https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10578-011-0219-4)

Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation.

Berry, J.W. Acculturation: Living successfully in two cultures. *Int. J. Intercult. Relat.* 2005, 29, 697–712.

Besharat, M.A.; Nia, M.E.; Farahani, H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian J. Psychiatry* 2013, 6, 35–41

Bettelheim, B. (1955). *Love is not enough. The treatment of emotionally disturbed children*. New York: The Free Press (trad. it. *L'amore non basta*. Milano: Ferro, 1967)

Bianchi, L. (2017). *Costruire sulla frontiera: La condizione dei minori stranieri in Italia, un approccio grounded*.

Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1, 44-56.

Cambridge Handbook of Acculturation Psychology; Sam, D.L.; Berry, J.W. (Eds.) Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2006.

Camilli, A. (2016). Cos'è cambiato nel 2016 per i migranti in Italia e in Europa. *Internazionale*. Retrieved from <https://www.internazionale.it/opinione/annalisa-camilli/2016/12/29/migranti-europa-italia-2016>

Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. (2015). *Minori stranieri non accompagnati, Approfondimento*. Retrieved from http://www.minori.it/sites/default/files/minori_stranieri_non_accompagnati.pdf

Cicchetti, D. (2008). A multiple-levels-of-analysis perspective on research in developmental psychopathology. In T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw, (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 27-57). Hoboken, NJ: Wiley.

Cicchetti, D., & Olsen, K. (1990). The developmental psychopathology of child maltreatment. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 261-279). Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-7142-1_21

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.

Cruscotto statistico del Ministero dell'Interno e Atlante dei minori migranti 2017 di Save the Children. (2017). Fonte dei dati: elaborazione congiunta tra Cruscotto statistico del Ministero dell'Interno e Atlante dei minori migranti 2017 di Save the Children.

Cuscire, G. (2022). *Viaggio tra mondi. I Minori stranieri non accompagnati tra tutele, sistemi di accoglienza e percorsi di affido familiare in Italia* (Tesi di laurea, Università Ca' Foscari Venezia). Università Ca' Foscari Venezia. <http://hdl.handle.net/10579/21253>

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 Available from: https://www.researchgate.net/publication/354885172_Osservazione_e_individuazione

dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati Uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata

Dal Lago, B., Berrini, C., Mazzoni, R., Trapani, A., Pennati, C., Fattori, F., & Costantino, A. (2004). Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 2004, 1-20.

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

Daud A, Af Klinteberg B, Rydelius PA (2008), Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged trauma and personality impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 3, 331-340.

Deardorff, D. K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241-266. <https://doi.org/10.1177/1028315306287002>

Decreto Legislativo 7 aprile 2003, n. 85, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 2003. Attuazione della direttiva 2001/55/CE relativa alla concessione della protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati ed alla cooperazione in ambito comunitario.

Denson, T.F.; Moulds, M.L.; Grisham, J.R. The effects of analytical rumination, reappraisal, and distraction on anger experience. *Behav. Ther.* 2012, 43, 355–364.

Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 141-162. <https://doi.org/10.1080/13557850601002296>

Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141–162. <https://doi.org/10.1080/13557850601002296>

Drammeh,L.(2010). Progetti di vita per minori stranieri non accompagnati. Manuale per gli operatori sociali attivi sul territorio. Strasburgo: Collana Migration, Edizioni del Consiglio d'Europa.

Ehnholt, K. A., Trickey, D., & Yule, W. (2018). Mental health of unaccompanied asylum-seeking adolescents previously held in British detention centres. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 238-257. <https://doi.org/10.1177/135910451875883>

El-Awad, U., Fathi, A., Petermann, F., & Reinelt, T. (2017). Promoting mental health in unaccompanied refugee minors: Recommendations for primary support programs. *Brain Sciences*, 7(11), 146.

Europa.eu. (n.d.). Migrazione di manodopera: nuovi canali per lavorare nell'UE. Migrazione di manodopera: nuovi canali per lavorare nell'UE | Tematiche | Parlamento europeo. Retrieved from <https://www.europa.eu/migrazione-di-manodopera-nuovi-canali-per-lavorare-nell-ue>

Europa.eu. (n.d.). Perché le persone migrano? Esplorare le cause dei flussi migratori. Perché le persone migrano? Esplorare le cause dei flussi migratori | Tematiche | Parlamento europeo. Retrieved from <https://www.europa.eu/perche-le-persone-migrano-esplorare-le-cause-dei-flussi-migratori>

Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, Kanaaneh R, Ponizovsky AM, Brent DA, Apter A (2010), Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 5, 9-630.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2).

Fiorot, C. (2020). *La resilienza nei Minori Stranieri Non Accompagnati* (Tesi di laurea, Università della Valle d'Aosta). Università della Valle d'Aosta.

Gale H. Roid, PhD, Lucy J. Miller, PhD, Mark Pomplun, PhD, and Chris Koch, PhD. (2017) Easily Administer and Score the Leiter-3: A Totally Nonverbal Test of Intelligence and Cognitive Abilities.

Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>

Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>

Ghiringhelli, B. (2004). *Il disagio del bambino e dell'adolescente straniero*. In B. Ghiringhelli (Ed.), *Quaderni* (pp. 45-56). Telefono Azzurro.

Giannopoulou, I., Mourloukou, L., Efstathiou, V., Douzenis, A., & Ferentinos, P. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Greece living "in limbo". *Psychiatriki*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.074>

Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002 May;39(3):281-91. doi: 10.1017/s0048577201393198. PMID: 12212647.

Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-001>

Hanewald B., Knipper M., Fleck W., Pons-Kühnemann J., Hahn E., Thi Minh Tam Ta, Brosig B., Gallhofer B., Mulert C, Stingl M., Different Patterns of Mental Health Problems in Unaccompanied Refugee Minors (URM): A Sequential Mixed Method Study, 28 April 2020 Volume 11 - 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00324>

Helson, H. (1959). Adaptation Level Theory. In S. Koch (Eds), *Psychology: A Study of a Science*, vol. I (pp. 565-621). New York, NY: McGraw-Hill.

Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A (2008), Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 7, 723-732.

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 723-732. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x>

Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., & Kamp-Becker, I. (2021). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01926-z>

Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 307-319. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10578-011-0219-4>

Huemer, J., Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Denny, K. G., Granditsch, E., Mitterer, M., et al. (2013). Personality and psychopathology in African unaccompanied refugee minors: Repression, resilience and vulnerability. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(1), 39-50. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0308-z>

Integrazionemigranti.gov.it. (2021). Report di monitoraggio "I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia" Giugno 2021. Retrieved from <https://www.integrazionemigranti.gov.it/report-di-monitoraggio-i-minori-stranieri-non-accompagnati-msna-in-italia-giugno-2021>

Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116. <https://doi.org/10.1177/1359104513499356>

Jensen, T.K., Skar, AM.S., Andersson, E.S. et al. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 28, 1671–1682 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>

Keles, S.; Friborg, O.; Idsoe, T.; Sirin, S.; Oppedal, B. Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *Int. J. Behav. Dev.* 2016.

Kirova, A. (2010). Children's representations of cultural scripts in play: Facilitating transition from home to preschool in an intercultural early learning program for refugee children. *Diaspora, Indigenous, and Minority Education*, 4(2), 74-91. <https://doi.org/10.1080/15595691003635765>

Klinger, E. Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychol. Rev.* 1975, 82, 1–25. [CrossRef]

Kraaij, V.; Garnefski, N. Cognitive, behavioral and goal adjustment coping and depressive symptoms in young people with diabetes: A search for intervention targets for coping skills training. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 2015, 22, 45–53

Laukamp, A., Prüfer-Krämer, L., & Fischer, F. (2019). Health of Syrian unaccompanied asylum seeking adolescents (UASA) at first medical examination in Germany in comparison to UASA from other world regions. *BMC International Health and Human Rights*, 19, 5. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0185-7>

Lee, R. M. (2005). Resilience against Discrimination: Ethnic identity and other-group orientation as protective factors for Korean Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 36-44. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.52.1.36>

Leiter, R. G., & Arthur, G. (1940). *The Leiter international performance scale* (Vol. 1). Santa Barbara State College Press.

Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377–394.

Luster, T., Qin, D., Bates, L., Rana, M., & Lee, J. A. (2010). Successful adaptation among Sudanese unaccompanied minors: Perspectives of youth and foster parents. *Childhood*, 17(2), 197-211. <https://doi.org/10.1177/0907568210365664>

Marshall GN, Schell TL, Elliot MN, Berthold SM, Chun CA (2005), Mental health of Cambodian refugees two decades after resettlement in the united States. *Journal of the American Medical Association*, 249, 571-579.

Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A.-C. (2019). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000636>

Montgomery E (2011), Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 440, 1-46.

Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Social Science & Medicine*, 67(10), 1596-1603.

Mooli Lahad, Miri Shacham and Ofra Ayalon. London; Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2013. Physical description 288 p. : ill. ; 23 cm.

Muscarà, M., D'Urso, G., & Pace, U. (2021). L'adattamento del minore straniero tra fattori di rischio e di protezione. *Encyclopaideia – Journal of Phenomenology and Education*, 25(60). <https://doi.org/10.6092/issn.1825-8670/11735>

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399-417.

Norredam, M., Nellums, L., Nielsen, R. S., Byberg, S., & Petersen, J. H. (2018)

O'Higgins, A., Ott, E.M. & Shea, M.W. What is the Impact of Placement Type on Educational and Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors? A Systematic Review of the Evidence. *Clin Child Fam Psychol Rev* 21, 354–365 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0256-7>

Ozer, E. J., & McDonald, K.L. (2006). Exposure to violence and mental health among Chinese American urban adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(1), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.09.015>

Palmisano, D. (2022). *Come soli dentro al mare: storie di minori migranti*. Roma Tre.

Pat-Horenczyk R, Abramovitz R, Peled O, Brom D, Daie A, Chemtob CM (2007), Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 1, 76-85.

Pincherle. (2021) strumenti di screening minori non accompagnati (1)

Ranchetti G. (2015), *Il percorso identitario degli adolescenti di origine straniera tra culture affettive e identità culturali*, FrancoAngeli, Milano

Redl, F., Wineman, D. (1951). *Children who hate*. New York: The Free Press (trad. it. *Bambini che odia no*. Torino: Boringhieri, 1964).

Renner, W.; Berry, J.W. The ineffectiveness of group interventions for female Turkish migrants with recurrent depression. *J. Soc. Behav. Personal*. 2011, 39, 1217–1234.

Rigoldi V. (2024). *MSNA- minori stranieri non accompagnati: chi sono, come arrivano e perché*. Casa della Carità

Risino M.A., (2016). *Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati e le sue dinamiche*, Università Niccolò Cusano.

Robjant K, Hassan R, Katona C (2009), Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 306-312

Roxas, K., & Roy, L. (2012). “That’s how we roll”: A case study of a recently arrived refugee student in an urban high school. *The Urban Review*, 44(4), 468-486. <https://doi.org/10.1007/s11256-012-0203-8>

Rutter, M., & Garmazy, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 4, pp. 775–911). New York: Wiley

Sansone, G. (2018). *Il sistema di accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati alla luce delle novità introdotte dalla Legge 7 aprile 2017, n. 47. Un focus sulla realtà*

del Comune di Trieste (Tesi di laurea, Università Ca' Foscari Venezia).
<https://hdl.handle.net/10579/21253>

Save the Children (2021). Il sistema normativo a tutela dei minori stranieri non accompagnati.

Save the Children Italia. (2022). Nascosti in piena vista 2022. Retrieved from <https://www.savethechildren.it/nascosti-in-piena-vista-2022>

Save the Children Italia. (2023). Senza documenti, non c'è vita. Retrieved from <https://www.savethechildren.it/senza-documenti-non-c-e-vita>

Save the Children Italia. (n.d.). Migranti: oltre centomila minori stranieri non accompagnati sono arrivati sulle nostre coste negli ultimi 10 anni, con una media di 15mila presenze annue nel sistema di accoglienza italiano, tra luci e ombre. Retrieved from <https://www.savethechildren.it/migranti-oltre-centomila-minori-stranieri-non-accompagnati-sono-arrivati-sulle-nostre-coste-negli-ultimi-10-anni>

Scharpf F., Kaltenbach E., Nickerson A., Hecker T.,

Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 83, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930>

Seligowski, A.V.; Lee, D.J.; Bardeen, J.R.; Orcutt, H.K. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cogn. Behav. Ther.* 2015, 44, 87–102.

Szasz, P.L.; Szentagotai, A.; Hofmann, S.G. The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behav. Res. Ther.* 2011, 49, 114–119.

Taurino, A. (2012). La ricerca-intervento come processo formativo nelle comunità per minori: L'esperienza in un contesto residenziale per adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 16(1)

Taurino A., Vergatti L.V., Colavitto M.T., Bastianoni P., Godelli S. e Del Castello E. (2012), I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti risiedenti in comunità, "Infanzia e Adolescenza", 11, 47-64.

Taurino, A., Vergatti, L. V., Colavitto, M. T., Bastianoni, P., Godelli, S., & Del Castello, E. (2012). I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione: Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità [Unaccompanied foreign minors between trauma and repair: A study on post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, and dissociative tendencies in young migrants living in communities]. *Infanzia e Adolescenza*, 11(1)

The "BASIC Ph" model of coping and resiliency : theory, research and cross-cultural application

Theron, L., Liebenberg, L., & Ungar, M. (2015). Youth resilience and culture. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9415-2>

Tummala-Narra, P., Deshpande, A., & Kaur, J. (2016). South Asian adolescents' experiences of acculturative stress and coping. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(2), 194-211. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ort0000147>

Ungar, M.(2008). Resilience across cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/bjsw/bcl343>

UNHCR Italia. (n.d.). Rifugiati e migranti. Retrieved from <https://www.unhcr.it/rifugiati-e-migranti>

van Lang, N. D. J., Ferdinand, R. F., Oldehinkel, A. J., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2005). Concurrent validity of the DSM-IV scales Affective Problems and Anxiety Problems of the Youth Self-Report¹. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1485-1494. doi:10.1016/j.brat.2004.11.005

Varese F., Smeets F., Drukker M., Lieverse R., Lataster T., Viechtbauer W., Read J., van Os J., Bentall R.P., Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 38, Issue 4, 18 June 2012, Pages 661–671, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Vazsonyi A. T., Mikuška J., & Gaššová Z. (2017). Revisiting the immigrant paradox: Suicidal ideations and suicide attempts among immigrant and non-immigrant adolescents. *Journal of Adolescence*, 59, 67-78. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.008>

Winnicott, D.W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. *Studies in the theory of emotional development*. New York: International University Press.

Wrosch, C.; Scheier, M.F.; Carver, C.S.; Schulz, R. The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self Identity* 2003, 2, 1–20

Zijlstra, A. E., Menninga, M. C., Van Os, E. C. C., Rip, J. A., Knorth, E. J., & Kalverboer, M. E. (2018). ‘There is No Mother to Take Care of You’. Views of Unaccompanied Children on Healthcare, Their Mental Health and Rearing Environment. *Residential Treatment For Children & Youth*, 36(2), 118–136. <https://doi.org/10.1080/0886571.2018.1559118>