



**Le prassi di *screening*
e di presa in carico
dei minori stranieri
non accompagnati
in dodici Comuni italiani**

**Rapporto della ricerca a cura di
Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano
Codici Ricerca e Intervento**



Unione europea



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo specifico: 1.Asilo - 2018/2021 - ON 1 - Accoglienza/Asilo - lett. c - Potenziamento
del sistema di 1° e 2° accoglienza - Tutela della salute

P.A.S.S.I. PER LA SALUTE MENTALE

Percorsi di cura e Accoglienza Socio Sanitaria
Integrata per la salute mentale dei MSNA

Introduzione	
<i>Massimo Conte - Codici Ricerca e Intervento</i>	1
Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani	
<i>Simona Colucci - Codici Ricerca e Intervento</i>	3
Fragilità diffuse ma pochi strumenti	4
Gli attori della rete	6
Dagli enti locali la necessità di sguardi competenti	6
Le comunità di accoglienza, uno snodo cruciale	7
I servizi di salute mentale tra questioni di accesso e formazione	7
Il ruolo chiave delle mediatrici e dei mediatori culturali	8
Il punto di vista delle e dei minori stranieri non accompagnati	8
Il coordinamento e la rete come opportunità di apprendimento	9
La collocazione dei servizi di salute mentale nella rete di presa in carico	9
La necessità di strumenti codificati	10
Il lavoro educativo	10
Il primo colloquio	10
Gli strumenti di screening	10
Come cambia la presa in carico	11
Le reti come strumento	11
Un approccio integrato psico-socio-sanitario di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati	
<i>Sofia Trezzi, Barbara Dal Lago, Rossana Mazzoni - Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano</i>	13
Introduzione	13
Presenze, caratteristiche anagrafiche, provenienze dei ragazzi presenti in Italia, sul territorio di Milano e in carico alla nostra équipe clinica (segnalazioni, prese in carico e diagnosi)	14
Evidenze in letteratura su peculiarità, rischi e disagio psichico	16
Il modello di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati secondo un approccio integrato psico-socio-sanitario	18
Livello della prevenzione, della salute mentale diffusa e della sensibilizzazione	20
La formazione e i tavoli di lavoro	20
L'identificazione precoce, lo screening e la Griglia dei segnali di rischio	20
Livello della consulenza e della presa in carico clinica: l'équipe clinica della UONPIA del Policlinico	21
Una proposta di strumenti di screening e processi multi metodo per l'identificazione precoce dei segnali di rischio psico-sociale nei minori stranieri non accompagnati	
<i>Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano</i>	
<i>Francesco Fattori e Cecilia Pennati - Codici Ricerca e Intervento</i>	25
L'utilizzo del Refugee Health Screener (RHS-15) nella prima accoglienza	25
La Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR)	27
Bibliografia	30

Introduzione

Massimo Conte - *Codici Ricerca e Intervento*

Chi si occupa del rapporto tra le migrazioni e l'infanzia e l'adolescenza sa bene che la presenza di ragazze e di ragazzi in viaggio senza riferimenti genitoriali è una costante della storia umana. Ogni volta che i flussi migratori si strutturano e producono i propri effetti nei contesti di provenienza, ogni volta che le reti migratorie si stabilizzano, ogni volta che nei contesti di arrivo si creano economie legate alle migrazioni, ecco che compaiono minori che la normativa oggi definisce minori stranieri non accompagnati.

Col tempo abbiamo imparato alcune cose su queste ragazze e su questi ragazzi, pur nei veloci cambiamenti dei flussi che abbiamo registrato nel corso degli anni.

La prima cosa che abbiamo imparato è che mettersi in viaggio in adolescenza o in preadolescenza espone a tante fatiche, legate proprio all'incrocio tra i processi migratori e i processi di crescita. La stagione del passaggio dall'infanzia all'adulthood è una stagione in cui le ragazze e i ragazzi si trovano a vivere esperienze da adulti in corpi e in menti che sono ancora in transizione. Per tutte e tutti il viaggio rappresenta un grande rito di passaggio verso la condizione adulta e, come tutti i riti di passaggio, vive di aspirazioni e di angosce, del difficile equilibrio tra le sfide con cui fare i conti e le risorse a disposizione. Per alcune e alcuni le difficoltà

di questa transizione mettono in crisi l'equilibrio, generando un profondo malessere che va colto e che va affrontato per consentire di ritrovare il proprio centro.

La seconda cosa che abbiamo imparato è che se la rottura dell'equilibrio può prodursi in momenti diversi nelle biografie delle ragazze e dei ragazzi, per molte e per molti è proprio l'incontro con il nostro sistema istituzionale a generarla. La sospensione della propria condizione, le incertezze del futuro, la difficoltà a incontrare le opportunità necessarie a costruirsi un futuro desiderato, la percezione di essere estranei e non solo stranieri. Tutte le volte che abbiamo incontrato il punto di vista delle ragazze e dei ragazzi in migrazione abbiamo dovuto prendere atto che parte del problema siamo noi: le nostre politiche, i nostri servizi, le nostre culture professionali, il modo in cui costruiamo le reti e le collaborazioni.

Questo rapporto di ricerca racconta dei tentativi di essere parte della soluzione, ragionando sul modo migliore per accompagnare quanti, tra le ragazze e i ragazzi accolti nei percorsi di accoglienza, hanno bisogno di ridefinire i propri equilibri. D'altronde, questo è il compito che hanno le nostre istituzioni e i nostri enti di appartenenza. Questo è il compito che ognuna e ognuno di noi ha come

professionista. Siamo tutti portatori di dovere rispetto ai diritti delle minori e dei minori che incontriamo, così come definiti dalle convenzioni internazionali e dalle leggi italiane. Tra tutti, i diritti alla salute, al benessere, al proprio equilibrato sviluppo. Il confronto tra le diverse esperienze a livello nazionale e la presentazione del modello di presa in carico realizzato a Milano sono uno strumento per sollecitare a rendere il

nostro sistema di intervento rivolto alle minori e ai minori non accompagnati più adeguato a rendere concreti e realizzati i loro diritti.

Milano, Febbraio 2021

Le prassi di *screening* e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani

Simona Colucci - *Codici Ricerca e Intervento*

L'attività di ricerca rientra nella collaborazione tra Codici¹ e l'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano all'interno del progetto P.A.S.S.I. per la salute mentale – Percorsi di cura e accoglienza socio sanitaria integrata per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati. Il progetto, finanziato dal fondo FAMI, ha l'obiettivo di promuovere la salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati in Lombardia implementando un sistema resiliente e integrato in grado di riconoscere precocemente i segnali di rischio fin dalla prima accoglienza e attivare percorsi di presa in carico clinica adeguati ed efficaci.

La ricerca è stata sviluppata con un duplice obiettivo: a) delineare un quadro nazionale dei sistemi di presa in carico della salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati, individuando approcci, pratiche e strumenti su cui ragionare in termini di trasferibilità; b) identificare attori interessati alla costruzione di una rete nazionale.

Dal punto di vista metodologico l'attività di ricerca è stata organizzata per

rappresentare quanto più possibile la varietà di approcci, le differenze e le similitudini tra i diversi territori italiani. Si è posta attenzione al coinvolgimento tanto dei Comuni di piccole, quanto di medie e di grandi dimensioni. Gli interlocutori sono stati selezionati a partire dalle amministrazioni degli enti locali interessati per poi arrivare, in una seconda fase, ai servizi di salute mentale pubblici e del privato sociale.

In totale hanno partecipato alla ricerca gli operatori e le operatrici dei servizi sociali di dodici amministrazioni locali (nove nel Nord Italia, due nel Centro Italia e tre nel Sud Italia) e quattro servizi di salute mentale, di cui due pubblici e due del privato sociale (tre nel Nord Italia e una del Sud Italia).

Alle intervistate e agli intervistati sono state fatte domande che riguardavano tanto le caratteristiche e il funzionamento del servizio in cui gli stessi sono inseriti, quanto le questioni più rilevanti legate alle salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati, le prassi di presa in carico e i servizi con cui collaborano su questi temi.

Gli esiti delle singole interviste sono poi stati messi a confronto con l'obiettivo di trarne degli apprendimenti trasversali.

¹ Codici è un'organizzazione indipendente che svolge attività di ricerca e d'intervento in campo sociale. Per ulteriori informazioni: www.codiciricerche.it

Fragilità diffuse ma pochi strumenti

L'emersione delle questioni che riguardano la salute mentale è strettamente legata alla conoscenza - ad esempio dei segnali di rischio - e all'adeguatezza degli strumenti di rilevazione che chi osserva ha a disposizione. Da questo punto di vista, la ricerca ha messo in luce diversi aspetti che appaiono in qualche modo contrastanti.

Da un lato, alcune delle persone intervistate sostengono un aumento dell'attenzione verso i temi che riguardano la salute mentale e, di conseguenza, un numero più alto di casi rilevati e presi in carico. Dall'altro è diffusa la consapevolezza della mancanza di strumenti di lettura e di rilevazione del rischio, così come di una formazione diffusa sugli stessi temi.

Le interviste testimoniano un aumento delle fragilità tra le minori e tra i minori stranieri non accompagnati legate principalmente al cambiamento dei contesti da cui provengono o che attraversano. I cambiamenti delle rotte migratorie, la cosiddetta "questione libica", così come la sempre maggiore tendenza all'adozione di misure di protezione dei confini nazionali e europei, aumentano la probabilità di incorrere in esperienze traumatiche. Giocano un ruolo cruciale anche le deprivazioni culturali, economiche e educative, la provenienza da contesti maltrattanti o l'essere stati sottoposti a esperienze pluri-traumatiche.

Tuttavia, mentre la capacità di lettura del quadro complessivo risulta diffusa, quella di individuare gli esiti di questi processi è meno scontata.

Emerge, infatti, la tendenza all'adozione di categorie nette attraverso cui le fragilità vengono distinte, motivate o, addirittura, indagate. Le più ricorrenti sono quelle che individuano la natura delle fragilità delle e dei minori stranieri non accompagnati in:

a) I traumi legati al viaggio

Si tratta delle questioni di salute mentale più riconosciute e riconoscibili che possono emergere come esito di vissuti traumatici legati al viaggio, alla sua durata o a contesti con i quali le e i minori stranieri non accompagnati sono stati costretti a relazionarsi.

b) La provenienza da contesti deprivati e maltrattanti

Quasi in opposizione alla precedente, viene identificata una categoria di questioni che riguardano quelle e quei minori stranieri non accompagnati che mettono in campo agiti violenti. L'assenza di vissuti esplicitamente traumatici o riconoscibili come tali, può portare a identificare le problematiche con questioni caratteriali, culturali o, comunque, trattabili attraverso un percorso educativo.

Le fragilità espresse possono essere ricondotte alla provenienza da contesti deprivati o maltrattanti che hanno prodotto esperienze pluri-traumatiche. In alcuni casi l'esito può essere la tendenza a inserirsi in reti di marginalità a bassa soglia ma, più in spesso, si riscontrano problemi di fiducia e difficoltà nell'affidarsi alla tutela di

altri adulti. Questo può generare una profonda diffidenza, una difficoltà di aggancio e, in taluni casi, l'abuso di sostanze come forma di auto-cura.

- c) La dipendenza da alcool e droghe leggere

Si tratta di un problema diffuso, difficile da prendere in carico se sommato alla presenza di disturbi psichiatrici o psicologici per i quali non è stata prodotta una diagnosi. I diversi servizi che trattano le dipendenze, infatti, prendono in carico adulti o persone con dipendenze gravi e sono percepiti, generalmente, come poco in grado di collocare la dipendenza nel quadro di una fragilità più ampia. In alcuni contesti, le dipendenze appaiono il problema più diffuso poiché le difficoltà di diagnosi e di trattamento dei problemi di salute mentale fanno emergere più esplicitamente le fragilità che hanno un risvolto materiale e sono più facilmente identificabili.

Guardando alle altre questioni che riguardano la salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati emerge una rilevanza delle manifestazioni attraverso il corpo di disagi o di traumi legati alla sfera emotiva. Il corpo diventa il canale di accesso privilegiato ai servizi e la richiesta di cure passa per una richiesta di cure mediche. Dalle interviste emerge una presenza sempre maggiore di manifestazioni di carattere autoinvalidante, disturbi da conversione neurologica, disturbi alimentari o autolesivi.

Diffuse sono le diagnosi di disturbi da stress post-traumatico o di disturbo da stress post-traumatico complesso: mentre la prima è la categoria diagnostica maggiormente utilizzata, la seconda, più ampia, sembra rispondere meglio alle caratteristiche di chi ha vissuto esperienze cronicamente traumatiche.

I casi che vengono più spesso segnalati ai servizi sociali e, di conseguenza, ai servizi di salute mentale sono quelli che presentano manifestazioni più evidenti o comportamenti difficili da gestire in comunità. Tra questi vengono segnalati i problemi comportamentali, gli agiti violenti o le espressioni di aggressività e rabbia.

Gli stati ansioso-depressivi sono altrettanto diffusi e si possono manifestare come stati di insofferenza alla vita in comunità, alle forme di controllo o all'accettazione delle regole. Contribuiscono a generare fragilità emotive anche le aspettative per il futuro, le incertezze materiali così come la gestione dei tempi degli iter istituzionali legati all'ottenimento dei documenti. In alcuni casi questi aspetti possono diventare attrattori e motivazioni per fragilità più ampie.

I disturbi internalizzanti come gli stati depressivi, che tendono all'isolamento, o i disturbi del sonno risultano meno visibili e, per questa ragione, sono quelli verso i quali viene segnalata la necessità di una maggiore attenzione.

Tra i fattori alla base dell'emergere di queste fragilità emergono due questioni relativamente nuove.

In primo luogo, l'aumento di migrazioni che avvengono a seguito di processi di espulsione dai contesti familiari. In alcuni

contesti la proporzione di queste esperienze è tale poter essere considerata quasi un nuovo filone migratorio. Mentre negli anni scorsi le e i minori stranieri non accompagnati intraprendevano il viaggio all'interno di un progetto migratorio condiviso con gli altri membri della famiglia, negli ultimi anni avviene sempre più di frequente che arrivino persone allontanate dalle famiglie proprio in ragione delle fragilità che manifestano. Risulta, peraltro, mediamente più diffusa la presenza di quadri di apparente ritardo dello sviluppo cognitivo.

Dalle interviste è emersa anche la necessità di prestare maggiore attenzione alle conseguenze della crisi sanitaria da Covid-19 sulla salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati. Già prima della fase di isolamento e *lockdown*, diverse fragilità erano legate alle difficoltà nel gestire le aspettative per un futuro che oggi ha assunto connotati ancora più complessi: dalla difficoltà dei settori lavorativi in cui le e i minori stranieri non accompagnati erano maggiormente impiegati al rallentamento delle procedure dei servizi e degli iter istituzionali.

Questo ha causato l'aumento degli stati di ansia e depressione e, in alcuni casi, si è registrata una maggiore richiesta di supporto da parte delle e degli stessi minori stranieri non accompagnati.

Gli attori della rete

Nel processo di presa in carico e di rilevazione delle fragilità legate alla salute mentale, gli enti locali, le comunità di accoglienza e i servizi di salute mentale ricoprono - o possono ricoprire - un ruolo

importante. Dalla ricerca emergono diversi approcci e modalità organizzative, ma in molti contesti il riconoscimento dei problemi di salute mentale si colloca a un livello che è solo quello psichiatrico. La difficoltà più diffusa è la rilevazione dei livelli intermedi di fragilità e dei segnali di rischio legati all'emergere progressivo delle fragilità stesse; a questa difficoltà si aggiungono quelle legate alla possibilità di giungere a una diagnosi e a una presa in carico da parte dei servizi clinici e sanitari.

Dagli enti locali la necessità di sguardi competenti

Gli enti locali che hanno partecipato alla ricerca hanno espresso sensibilità e approcci diversi al tema della salute mentale.

Guardando alla composizione delle équipe, queste sono formate principalmente da educatori e da educatrici, da assistenti sociali e - talvolta - da profili con competenze legali.

La necessità di sguardi competenti sul tema ha spinto le équipe ad attrezzarsi in forme diverse: in alcuni casi si sono integrate all'interno dei servizi figure con competenze in ambito psicologico e psicoterapeutico, puntando alla costruzione di équipe multidisciplinari. Più spesso la tendenza è ad avvalersi di supervisioni e di consulenze esterne.

A queste ultime si affida la valutazione dei singoli casi, spesso con un obiettivo di miglioramento dei progetti educativi in assenza di collaborazioni con i servizi di salute mentale. Sono ricorrenti anche le esperienze di integrazione di figure professionali attraverso altre progettualità

(es. I progetti finanziati con i Fondi FAMI) che possono occuparsi della valutazione dei casi o di forme leggere presa in carico.

Anche i percorsi di supervisione sono utilizzati con l'obiettivo di migliorare le capacità di comprensione e di analisi delle questioni relative alla salute mentale.

Sia il supporto esterno sia l'integrazione di figure professionali all'interno dell'équipe dei servizi sociali possono essere utilizzate come strategie da quelle amministrazioni che, pur disponendo di interlocutori all'interno dei servizi pubblici di salute mentale, riescono ad accedervi di rado o da alcune di quelle che lavorano quasi in assenza di servizi di supporto. In entrambi i casi, il piano educativo sembra essere quasi l'unico sul quale è possibile agire.

Meno o per nulla diffuso è il ricorso a figure professionali con competenze psicologiche e psicoterapeutiche tra quelle amministrazioni che possono avvalersi della collaborazione con le unità di neuropsichiatria o con le organizzazioni del privato sociale che erogano servizi di sostegno psicologico.

Le comunità di accoglienza, uno snodo cruciale

Si tratta di uno snodo cruciale della rete per la rilevazione delle questioni di salute mentale. Le comunità di accoglienza sono il soggetto più prossimo alle e ai minori stranieri non accompagnati, in grado di osservarli nella loro quotidianità, nell'interazione con i pari e nella gestione degli obiettivi di autonomia.

Tuttavia, le comunità possiedono spesso meno strumenti o competenze specifiche

per la rilevazione dei rischi relativi alla salute mentale. La valutazione avviene in base alle sensibilità e alle esperienze delle équipe che, in assenza di formazioni specifiche, tendono a segnalare ai servizi sociali quelle e quei ragazzi che mettono in campo comportamenti disfunzionali alla vita in comunità.

Gli eventuali problemi sono più spesso letti e trattati in termini di gestione del "caso" nel contesto comunitario, laddove l'eventuale presenza di una o di più persone con comportamenti disfunzionali può rappresentare un problema per comunità non attrezzate.

Secondo gli operatori e le operatrici, i contesti più tutelanti, come le strutture afferenti al sistema SIPROIMI, sembrano avere effetti migliori poiché hanno la possibilità di avvalersi di figure professionali con competenze diverse.

Queste osservazioni contribuiscono a sollevare il tema dell'importanza del contesto in cui le e i minori stranieri non accompagnati sono inseriti. Il sistema di accoglienza, inteso in senso generale, può generare o complicare i quadri di malessere. Questo rischio si fa concreto nei casi in cui l'organizzazione della rete, dei servizi e delle strutture faccia fatica a rispondere al cambiamento dei flussi e delle esigenze delle ragazze e dei ragazzi più fragili.

I servizi di salute mentale tra questioni di accesso e formazione

Guardando ai servizi di salute mentale emerge in primo luogo il tema dell'accesso: le unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono, nella quasi totalità

dei casi, servizi territoriali cui si accede in base alla residenza o al domicilio. Questa organizzazione determina due effetti: la difficoltà di rintracciare nell'équipe di ogni unità territoriale le competenze necessarie alla presa in carico delle e dei minori stranieri non accompagnati; la possibilità che l'accesso sia rifiutato laddove la persona non possiede i requisiti di residenza.

Rientrano nel tema dell'accesso ai servizi anche le soglie dell'accesso stesso e i tempi della presa in carico. È stato in più casi sottolineato che la presa in carico da parte dei servizi afferenti al Sistema Sanitario Nazionale tende ad avvenire solo in casi di problematiche gravi. In questo senso, anche i tempi lunghi di presa in carico determinano un rischio di acutizzazione delle problematiche ma anche la possibilità che, a cavallo della maggiore età, si perda il diritto di accesso ai servizi per minori.

Un altro tema rilevante è quello delle competenze: la formazione etnopsicologica ed etnopsichiatrica è poco diffusa, così come la conoscenza dei contesti da cui le e i minori stranieri non accompagnati provengono. Questo genera una difficoltà nell'identificazione e nella comprensione delle fragilità delle ragazze e dei ragazzi che, in alcuni casi, rifiutano di avvalersi di supporti che non comprendono le caratteristiche peculiari del sistema in cui sono inseriti e dei relativi percorsi.

Il ruolo chiave delle mediatrici e dei mediatori culturali

Le mediatrici e i mediatori culturali emergono come figure cruciali sia dal punto di vista dei servizi sociali che dei

servizi di salute mentale. Infatti, il ricorso a queste figure è trasversale. In alcuni casi rientrano tra i servizi erogati dal Comune di riferimento, in altri sono parte delle équipe degli enti pubblici o del privato sociale e, quindi, figure integrate che partecipano e comprendono il processo complessivo. Anche laddove non partecipino stabilmente alle équipe, il tema della continuità emerge e prova a essere garantito attraverso la presenza della stessa persona nel corso delle sedute.

Il punto di vista delle e dei minori stranieri non accompagnati

La partecipazione delle e dei minori stranieri non accompagnati alle decisioni riguardo ai percorsi di cura è un tema che viene trattato, e talvolta gestito, con fatica. La difficoltà sembra essere principalmente legata alla possibilità per le ragazze e i ragazzi di comprendere il senso e gli obiettivi dei percorsi stessi. Emerge, tra le interpretazioni che ne danno le persone intervistate, anche la presenza di una sorta di stigma nei confronti delle questioni legate alla salute mentale che riduce le possibilità di accesso delle e dei minori stranieri non accompagnati ai servizi sanitari. Questa evidenza può portare a dare priorità a percorsi educativi o che si svolgono al di fuori delle strutture ospedaliere.

È stata sollevata, tuttavia, la necessità di un'attenzione maggiore al coinvolgimento dei singoli ma soprattutto a pensarli come gli attori principali della rete.

Il coordinamento e la rete come opportunità di apprendimento

La segnalazione di possibili o di evidenti segnali di disagio viene fatta dagli educatori e dalle educatrici delle comunità al servizio sociale che a sua volta attiva i servizi di salute mentale disponibili. L'evidenza di segnali di rischio o di fragilità viene comunicata al servizio sociale del Comune di riferimento, è poi quest'ultimo a valutare il caso e individuare le forme opportune di sostegno.

In assenza di strumenti di rilevazione o di rapporti di collaborazione consolidati con le unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la rilevazione si basa sulle competenze e sulle sensibilità dell'équipe educativa. Tuttavia, il rischio di questo approccio è che la segnalazione avvenga solo quando la sofferenza si acutizza manifestandosi, ad esempio, attraverso agiti violenti. In alcuni casi l'attenzione viene portata principalmente su quelli che vengono definiti "casi recidivi", in particolare laddove i comportamenti siano valutati come incompatibili con la vita in comunità.

Per ovviare a questi rischi, alcune amministrazioni hanno messo in campo forme di coordinamento con l'obiettivo di migliorare la comunicazione trasversale e di favorire meccanismi di apprendimento.

In alcuni contesti si è optato per forme di coordinamento promosse dal servizio sociale che sceglie di mantenere la regia della rete di presa in carico. In questi casi, il coinvolgimento riguarda principalmente le équipe delle comunità di accoglienza con cui si discutono e valutano i singoli casi.

Altre esperienze hanno assunto, invece, la forma di tavoli di lavoro - promossi tanto dagli enti locali quanto dai servizi di salute mentale - che provano a coinvolgere tutti gli attori della rete (enti gestori delle strutture di accoglienza, le Aziende Socio Sanitarie Territoriali, le Agenzie di Tutela della Salute, i servizi sociali, i servizi di salute mentale) con l'obiettivo di discutere tanto i singoli casi quanto il funzionamento più generale del sistema.

La collocazione dei servizi di salute mentale nella rete di presa in carico

Le unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e i servizi erogati dal privato sociale tendono a restare marginali nella rete di presa in carico.

Questo rischia di produrre due effetti indesiderati. Da un lato si fa fatica a comprendere le specificità dei percorsi e dei contesti di vita delle e dei minori stranieri non accompagnati e, quindi, anche a collocare le fragilità in un quadro più ampio. Dall'altro, proprio in assenza di una visione d'insieme, il rischio è che i servizi di salute mentale provino a (o ritengano di dover) sopperire a una mancanza di gestione da parte del servizio sociale delle difficoltà che emergono dagli iter istituzionali.

Di contro, le esperienze di partecipazione e di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema di presa in carico sostengono l'attivazione di meccanismi di apprendimento trasversali. Le équipe dei servizi di salute mentale riescono a comprendere meglio le dinamiche interne e hanno la possibilità di discutere i singoli

casi per anticipare il verificarsi di eventi problematici. Tra educatori, educatrici e assistenti sociali aumentano le competenze nell'osservazione dei comportamenti, nell'identificazione dei segnali di rischio e nella gestione delle eventuali problematiche.

La necessità di strumenti codificati

Dalla quasi totalità delle persone intervistate è rilevata la carenza di strumenti codificati per la rilevazione dei segnali di rischio relativi alla salute mentale.

Il lavoro educativo

L'approccio messo in campo è di stampo principalmente educativo, quindi basato sull'osservazione dei comportamenti e sull'analisi dei racconti delle storie di vita che possono emergere tanto nel primo colloquio quanto nelle fasi successive del percorso.

Educatori, educatrici e assistenti sociali si servono dell'esperienza acquisita negli anni per identificare possibili criticità, soprattutto laddove non esistono rapporti consolidati con le neuropsichiatrie o con i servizi di salute mentale del privato sociale. In questi casi, vengono utilizzati strumenti educativi per colmare le carenze del sistema e la diffusa criticità di accesso ai servizi.

Il primo colloquio

Il primo colloquio svolge una funzione importante nella rilevazione dei segnali di rischio. La raccolta delle informazioni riguardo le storie di vita diventa l'occasione per un'osservazione mirata e per la

ricostruzione dei legami familiari (attraverso il genogramma, ad esempio) al fine di individuare la presenza di lutti o di altre esperienze traumatiche.

La presenza di ruoli di mediazione culturale può aiutare a cogliere aspetti critici che emergono dall'uso della lingua, da questioni culturali o di comportamento.

Si tratta, tuttavia, di una sede in cui possono intervenire fattori che condizionano i comportamenti dei ragazzi e delle ragazze a cui prestare attenzione: il luogo in cui il colloquio avviene (spesso la sede del Comune) o il fatto che si tratta del primo incontro formale tra la minore o il minore e l'istituzione.

Gli strumenti di screening

Le esperienze di utilizzo di strumenti di screening e rilevazione dei segnali di rischio, pur non essendo diffuse, si suddividono in due tipologie. Alcuni strumenti sono utilizzati all'interno dei contesti educativi e prevedono un'osservazione di medio-lungo periodo, effettuata prevalentemente in seconda accoglienza (es. Scheda ETI - Équipe Territoriale Integrata). In questi casi a essere coinvolte sono le figure educative, quelle che si occupano del sostegno psicologico, le e gli assistenti sociali. L'équipe analizza il singolo caso e valuta il percorso ritenuto più adatto alle esigenze specifiche.

In altri casi gli strumenti di rilevazione sono elaborati dai servizi di salute mentale e sono utilizzati durante i colloqui allo scopo di ricondurre i malesseri e le fragilità manifestate a ipotesi diagnostiche. Si tratta

di strumenti che guardano principalmente ai sintomi fisici di eventuali fatiche emotive.

Come cambia la presa in carico

La riorganizzazione della presa in carico a partire dall'evidenza di fragilità legate alla salute mentale viene interpretata come la possibilità di valutare un cambio nelle strutture di accoglienza: dalle comunità che presentano caratteristiche più idonee alle esigenze del singolo, fino a quelle terapeutiche per i casi più gravi.

Il cambio di comunità può essere preso in considerazione se la o il minore straniero non accompagnato presenta agiti aggressivi e costituisce un problema di gestione per la comunità in cui risiede. Alcune équipe, tuttavia, evitano il più possibile questo tipo di scelte poiché potrebbero essere interpretate dalle ragazze e dai ragazzi come atti punitivi o vissute come espulsioni.

Il problema del trattamento delle questioni di salute mentale è, inoltre, definito come un problema di accesso, non solo alle unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, ma anche alle comunità terapeutiche. Queste strutture non riescono a collocarsi nel panorama delle possibilità e l'accesso risulta mediamente poco probabile a causa della difficoltà di diagnosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Anche laddove questo avvenga non è scontato che ci sia disponibilità da parte delle strutture.

È diffusa, infatti, la percezione che la presa in carico sia considerata una responsabilità esclusiva dei servizi sociali che richiedono una partecipazione e una condivisione da

parte del Servizio Sanitario Nazionale sia nel caso in cui le ragazze e i ragazzi presentino fragilità di tipo psicologico già al momento del ritrovamento, sia nel caso in cui queste emergano nel corso del tempo.

Le reti come strumento

Come si è detto, un elemento comune è la percezione che negli anni siano aumentate le condizioni di fragilità generale delle e dei minori stranieri non accompagnati: fragilità connesse ai contesti di provenienza, alla perdita graduale di punti di riferimento così come sembrano influire progetti migratori meno solidi, a cui si legano aspettative che spesso non rispecchiano il reale contesto di opportunità e limiti con cui si trovano a interagire.

Secondo alcune persone, la presenza di reti di supporto gioca un ruolo cruciale. In particolare, la percezione di poter fare riferimento a comunità di connazionali contribuisce a rendere più sopportabile l'incertezza generata dai lunghi iter istituzionali, dalla gestione degli obiettivi di autonomia legati alla casa, al lavoro e al processo di uscita dal sistema di accoglienza. In questo senso, l'arrivo di ragazzi e ragazze che non possono contare su questo tipo di reti di supporto implica uno stato di ansia più diffuso e una minore capacità di gestione delle numerose incertezze legate al percorso individuale.

Le regressioni depressive appaiono, infatti, diffuse soprattutto nel momento in cui i singoli iniziano a dover misurare le aspettative maturate con le difficoltà del contesto in cui si trovano a vivere. Questo accade in particolar modo per quelle ragazze e per quei ragazzi che hanno

costruito il progetto migratorio in un processo di allontanamento da parte della famiglia proprio a causa delle fragilità che manifestano.

Questo cambiamento dei flussi ha fatto emergere riflessioni più generali sull'organizzazione del sistema di accoglienza, sulle tipologie di strutture e sul grado di autonomia adatto alle caratteristiche delle ragazze e dei ragazzi. La presa in carico, in questo senso, sembra dover avere sempre di più un obiettivo di attivazione di reti alternative a quelle esistenti, ma anche di costruzione di contesti più protetti e adatti a supportare i ragazzi e le ragazze nelle loro fragilità.

Un approccio integrato psico-socio-sanitario di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati

Sofia Trezzi, Barbara Dal Lago, Rossana Mazzoni - *Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano*

Introduzione

Il modello presentato si riferisce al lavoro interistituzionale e multiprofessionale che l'Équipe Migranti della UONPIA² del Policlinico di Milano ha svolto, insieme agli operatori della rete coinvolta nell'accoglienza e integrazione di minori stranieri non accompagnati, dal 2009 per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichiatrici.

I lavori all'interno dei progetti³ si sono svolti a un livello inter-istituzionale (il Comune di Milano, le comunità socio-educative con esso convenzionate, ATS Città Metropolitana, i servizi del terzo settore e altri servizi), e a un livello clinico all'interno della UONPIA del Policlinico di Milano, attraverso la costituzione di un'équipe multiprofessionale dedicata alla presa in carico dei minori stranieri non accompagnati.

² Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

³ Capofila dei progetti regionali su Migrazione e disturbi di NPIA dal 2008 e ha ricevuto finanziamenti per la promozione della salute mentale dei cittadini stranieri dal fondo FAMI (Asilo Migrazione e Integrazione).

Il modello nasce e si forma, a partire dai primi anni 2000, per rispondere ai bisogni di accoglienza e di cura dei minori stranieri non accompagnati, la cui popolazione a Milano ha cominciato a crescere in quegli anni.

La definizione ufficiale di minori stranieri non accompagnati è "soggetti minorenni privi di cittadinanza italiana o di altri stati dell'Unione Europea, i quali non avendo provveduto a una richiesta di asilo politico, sono presenti per qualsiasi circostanza sul territorio dello Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto loro responsabilità legale, assistenza e rappresentanza" (Norma regolamentare del Comitato per i Minori Stranieri DPCM 535/99, art.9).

Caratteristica peculiare comune a gran parte di questa popolazione è di aver effettuato una migrazione da soli, senza essere accompagnati da figure adulte di riferimento in un'età delicata come quella adolescenziale.

La necessità del modello si basa su alcune premesse importanti relative alle caratteristiche di questa popolazione:

- A. Il numero di presenze, caratteristiche anagrafiche, provenienze dei ragazzi presenti in

Italia, sul territorio di Milano e in carico alla nostra équipe clinica (segnalazioni, prese in carico e diagnosi);

- B. le evidenze in letteratura su peculiarità, rischi e disagio psichico in riferimento a questa tipologia specifica di popolazione.

Presenze, caratteristiche anagrafiche, provenienze dei ragazzi presenti in Italia, sul territorio di Milano e in carico alla nostra équipe clinica (segnalazioni, prese in carico e diagnosi)

Nel 2020 sul territorio nazionale erano presenti 5.540 minori stranieri non accompagnati (MSNA), di cui il 95,8% ragazzi e il 4,2% ragazze, con l'88% avente età compresa tra 16 e 17 anni, provenienti principalmente da Albania (22,9%), Bangladesh (17,4%), Egitto (10,8%), Pakistan (8,2%), e Tunisia (8,1%). Tra le regioni che registrano la maggiore presenza di minori stranieri non accompagnati rientrano la Sicilia (20,7%), la Lombardia (11,9%), il Lazio (5%) e il Piemonte (4,1%). La Sicilia è utilizzata in quanto terra di sbarco mentre Lombardia, Lazio e Piemonte rappresentano snodi di transito delle rotte migratorie seguite dai MSNA [Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Report mensile MSNA in Italia, 31/08/20].

Nel 2020 sono stati segnalati nel territorio della Città metropolitana di Milano 760 minori stranieri non accompagnati di cui

360 nuovi arrivi inseriti nelle strutture di accoglienza. Di questi nuovi arrivi, in linea con il dato nazionale, il 98% sono maschi.

La maggior parte dei minori stranieri non accompagnati arriva a Milano in età prossima ai 18 anni, con una tendenza a un leggero calo dell'età di arrivo rispetto al 2019: i 17enni sono il 26% rispetto al 59% dell'anno precedente. Anche i paesi di provenienza si riducono (15 diverse nazionalità nel 2019, 11 nel 2020). Restano al primo posto come provenienza Albanesi, Kosovari e Egiziani, ma sembra esserci una riduzione negli arrivi dall'est Europa e una ripresa degli sbarchi dal sud del Mediterraneo, oltre a un aumento significativo di arrivi da Pakistan e Bangladesh.

Nel 2020, 132 minori stranieri non accompagnati erano in carico alla UONPIA del Policlinico di Milano, di cui 34 segnalati nel 2020.

I dati più rilevanti relativi ai minori stranieri non accompagnati in carico nel 2020, come riportato nei grafici 1, 2 e 3 (p. 15), sono i seguenti:

Grafico 1 - Motivi principali di invio

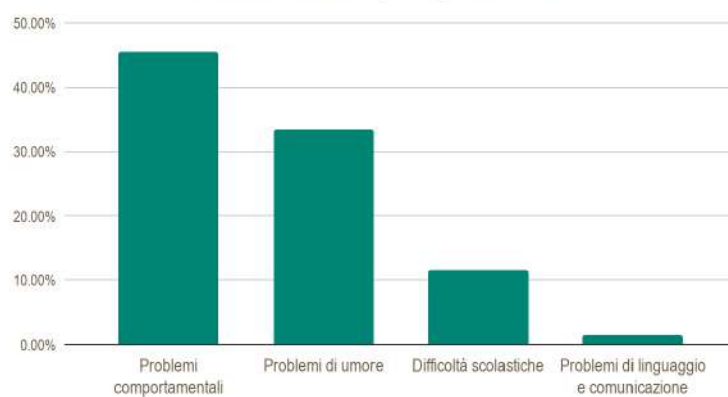
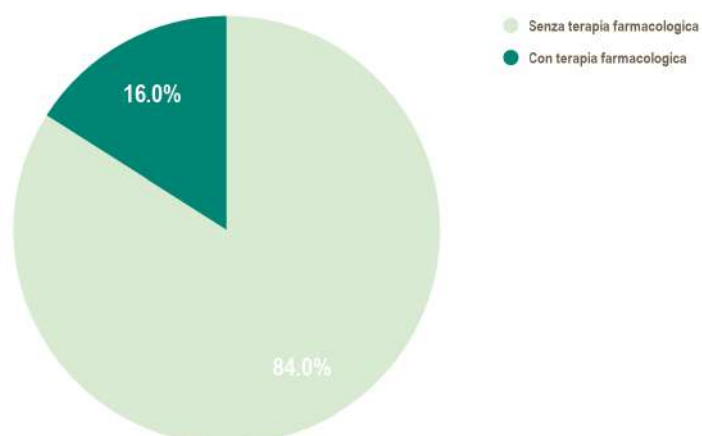
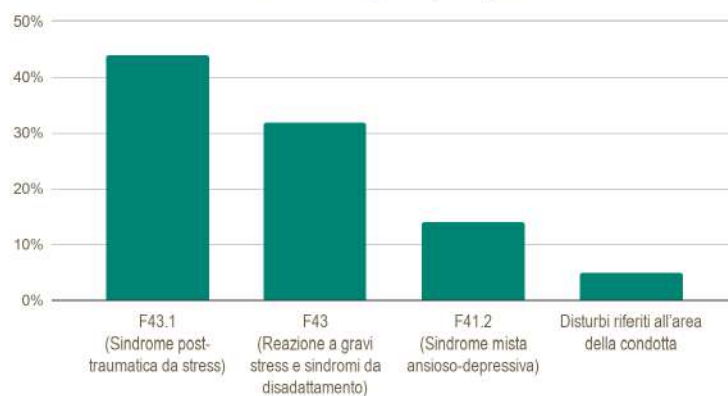


Grafico 2 - Diagnosi principali



Analizzando i dati del 2020 anche alla luce della pandemia, si nota un incremento del numero delle prime richieste da marzo in poi (da gennaio a febbraio sono arrivate circa il 4% delle segnalazioni totali, mentre il resto sono giunte da marzo in poi), con un 30% di invii dallo screening. Un 17,6% è arrivato in urgenza e le prese in carico connotate da urgenza sono state l'11,8% seppur solo un 2% con accesso a Pronto soccorso o ricovero.

Evidenze in letteratura su peculiarità, rischi e disagio psichico

L'aumento dei minori stranieri non accompagnati nell'ultimo ventennio, in Italia come nel resto d'Europa, ha reso possibile non solo l'attivazione di percorsi specifici volti a sostenere i processi di crescita, ma anche una serie di ricerche sui bisogni e sulle vulnerabilità presenti.

La letteratura sottolinea la fragilità di tale popolazione, soggetta a un alto rischio di disagio psichico⁴. Tale fragilità affonda le sue radici nell'incontro tra le caratteristiche della fase evolutiva adolescenziale, in cui avviene la separazione dalla famiglia e dal contesto di vita, e le caratteristiche dell'esperienza migratoria spesso caratterizzata da ripetute rotture, con caratteristiche traumatiche, precedenti, concorrenti e successive al viaggio migratorio. Sono state analizzate le molteplici motivazioni sottostanti al progetto migratorio, evidenziandone le

⁴ Taurino et al., 2012; Caroppo et al., 2014; Aragona et al., 2013; Carlson et al., 2012; Fazel & Stein, 2002; Hassan et al., 2016.

caratteristiche sempre in termini di autonomia e d'indipendenza. Va, inoltre, sottolineato come questi ragazzi spesso sostengano mandati individuali e familiari importanti, caratterizzati da aspettative personali di riuscita e da aspettative familiari rispetto al sostegno economico che possono assicurare alle famiglie d'origine.

Una grande attenzione viene data in letteratura ai fattori di rischio, riferiti a tre diversi momenti del processo evolutivo e del percorso migratorio. Tali fattori si intersecano dinamicamente tra loro, producendo linee evolutive differenti, caratterizzate da vari livelli di rischio per la salute psichica.

Un primo livello ha a che fare con i fattori di rischio pre-migratori, connessi alla storia anamnestica (caratteristiche personali, dei caregivers, dello stile di attaccamento, caratteristiche del contesto di vita, fattori socio-economici, povertà, conflitti, instabilità politica, poca sicurezza, guerre, calamità naturali).

A un secondo livello si collocano i fattori di rischio connessi alle condizioni del viaggio, potenzialmente traumatiche, in particolare per i minori che viaggiano da soli. Soprattutto quando il viaggio è intrapreso in solitudine, il minore, non potendo contare sulla condivisione dell'esperienza e delle sensazioni intense che questa suscita, si trova a costruire da solo un senso coerente di ciò che sta vivendo e ad affrontare l'incertezza, la paura, la fame e il freddo precocemente e in autonomia⁵.

⁵ Finklestein & Zahava, 2009.

Un terzo livello ha a che fare con le modalità in cui si svolge il processo di adattamento nel paese di accoglienza e nel nuovo contesto sociale, culturale e relazionale. Questi elementi sono reciprocamente correlati non solo alla capacità di resilienza del ragazzo, che è fortemente condizionata dai due precedenti livelli, ma anche alla capacità o meno del contesto di ammortizzare e sostenere le fatiche di adattamento iniziali, favorendo o meno tutto il processo dell'adattamento stesso.

Drozdek e Wilson (2007) ci ricordano che la cultura di appartenenza modula non solo il senso d'appartenenza e di identità⁶, ma anche la capacità di dare senso e significato ai contesti e all'espressione dell'emozione, fornendo delle teorie di interpretazione. In ogni caso, il processo migratorio mette alla prova l'involucro culturale, producendo una rottura momentanea della relazione di omologia e di sostegno reciproco tra cultura esterna e cultura interna, rendendo l'individuo meno efficace nell'orientare e dare senso e significato alle esperienze di vita⁷.

Numerose ricerche hanno messo in evidenza che i minori stranieri non accompagnati sono una popolazione ad alto rischio di sviluppare disturbi psichiatrici⁸. La letteratura concorda nell'affermare

⁶ German, Gonzales, & Dumka, 2009.

⁷ Nathan, 2001; Cattaneo, 2009; Cerniglia & Cimino, 2012.

⁸ Jakobsen, Demott, & Heir, 2014; Fazel et al., 2012; Ramel et al. 2015; Sanchez-Cao et al 2013; Vervliet et al., 2014a; Vervliet et al., 2014b.

che i minori stranieri non accompagnati mostrano una maggiore incidenza di Disturbo Post-Traumatico da Stress (d'ora in poi PTSD) sia rispetto agli adolescenti in generale, sia rispetto a minori migranti con famiglia⁹. Il PTSD inoltre risulta essere associato a problemi comportamentali, interpersonali ed emotivi, ad abuso di sostanze e al fallimento scolastico¹⁰, mettendo a rischio il processo di integrazione nella società e facendo aumentare le probabilità di sviluppare malattie croniche a causa dell'eccessivo stress. Altri outcome associati al PTSD possono essere la presenza di pensieri intrusivi, la difficoltà di attenzione e memoria, i disturbi del sonno e l'interferenza con i processi di apprendimento¹¹. È stato dimostrato che i sintomi del PTSD tendono a persistere nel tempo¹². Oltre al PTSD, alcuni studi hanno riscontrato nei minori stranieri non accompagnati rifugiati un'alta prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi¹³.

Si sottolinea, pertanto, l'importanza di una corretta diagnosi del possibile funzionamento post traumatico, in modo da poterlo trattare tempestivamente¹⁴ e da supportare in modo efficace anche i ragazzi

⁹ El Baba e Colucci, 2018; Jensen, Skårdalsmo, & Fjermestad, 2014; Hodes et al., 2008

¹⁰ Connor et al., 2015.

¹¹ Perfect, Turley, & Carlson, 2016; DeSocio & Hootman, 2004.

¹² Tam, Houlian, & Melendez-Torres, 2017.

¹³ Vervliet et al., 2014a; Bean et al., 2006; Vervliet et al., 2014b; Jensen, Skårdalsmo, & Fjermestad, 2014.

¹⁴ Salari et al., 2017.

più fragili nell'inserimento nel contesto di accoglienza in modo funzionale.

Diverse ricerche evidenziano una maggior frequenza di patologie psichiatriche (con incidenza di PTSD) nei minori stranieri non accompagnati rispetto alla popolazione di minori non migranti¹⁵. Uno studio comparativo tra minori stranieri non accompagnati e adolescenti olandesi mostra un punteggio più elevato per ansia, depressione e PTSD per il primo gruppo (60%) rispetto al secondo¹⁶ (11,7%).

Il modello di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati secondo un approccio integrato psico-socio-sanitario

Il modello è il frutto di un lavoro multiprofessionale e interistituzionale, declinato nei diversi interventi in base ai bisogni emergenti dei minori stranieri non accompagnati per una presa in carico più possibile integrata. Presenta livelli organizzativi e gestionali diversi, come rappresentato nello schema qui di seguito e come verrà di seguito illustrato.

Una delle sfide principali a cui ha cercato di rispondere il modello è stata la ricerca di risposte progettuali e di cura per una popolazione particolare, i minori stranieri non accompagnati, che esprimeva bisogni a diversi livelli e che necessitava di un modello di presa in carico in grado di

comprendere i diversi contesti di accoglienza, le diverse esigenze organizzative. Il modello di presa in carico doveva provare, di volta in volta, a legare diversi aspetti come la cultura di appartenenza, le culture dei servizi di accoglienza, i progetti e i mandati migratori e di integrazione e i bisogni di cura, a loro volta correlati alle diverse espressività sintomatologiche, e le possibilità di presa in carico dei contesti (comunità socio educative, servizio sociale, tutele, corsi e scuole, servizi di integrazione lavorativa).

Un'ulteriore complessità, presente fin dall'inizio, è stata quella di ricercare nuove risposte ai bisogni emergenti e in continua evoluzione, connessi da un lato a una popolazione eterogenea, anche se con alcune caratteristiche in comune, dall'altro ai continui mutamenti nei panorami politici, sociali, economici e culturali di contesti di partenza e di arrivo. Mantenere alta l'attenzione e interrogarsi sempre su rotte, mappe, motivazioni e aspettative di chi arriva, rimane una sfida centrale non solo per porsi in una dimensione d'aiuto per il singolo, ma per poter progettare e proporre contesti di accoglienza idonei cercando di ridurre più possibile lo spaesamento e la ritraumatizzazione di minori resi fragili anche dalle condizioni del viaggio migratorio.

È, pertanto, un modello che ha cercato di declinare, attraverso una metodologia improntata alla ricerca-azione, delle buone prassi utili a orientare il minore, gli operatori e i diversi contesti.

Questo è stato progressivamente possibile attraverso l'organizzazione di formazioni e

¹⁵ Huemer et al., 2009.

¹⁶ Bean et. al., 2006; Bean et al., 2007; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2011.

supervisioni in ottica multidisciplinare e interistituzionale e attraverso un modello partecipato volto a incrementare la reciprocità di informazioni, la costruzione di un linguaggio condiviso, la definizione e ri-definizione di percorsi e best practice, la co-costruzione di strumenti e modalità e quindi la modificazione e ristrutturazione di governance.

Questa rete si costituisce in base al bisogno del minore e grazie alla sua flessibilità e modificabilità ed è l'osservatorio privilegiato per l'identificazione di segnali di rischio e possibili disturbi, permettendo un invio precoce e tempestivo ai servizi appropriati e evitando il più possibile elementi di rottura e discontinuità che in alcuni casi



Colonna portante del modello è l'idea di una presa in carico complessa e da parte di un sistema che coinvolge tutti coloro che a vario titolo hanno un ruolo attivo nell'educazione, nella cura, nelle progettualità a favore di queste ragazze e di ragazzi, portatori di molteplici bisogni e in relazione con molteplici interlocutori (Assistenti sociali, tutori, affidatari, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, insegnanti, educatori, operatori sanitari, e di giustizia, operatori del terzo settore). Diventa centrale condividere, all'interno della rete stessa, un linguaggio e una visione comune per permettere, pur da vertici osservativi e professionali diversi, di cogliere risorse e fatiche e attivare una progettualità percorribile.

possono fungere come importanti elementi di ritraumatizzazione come interruzioni progettuali, scolastiche, professionali, dimissioni e cambi di comunità socio-educative, accessi in pronto soccorso e ricoveri.

Il lavoro della rete declinato a livello progettuale, formativo, organizzativo e clinico, a seconda del bisogno emergente e rilevato, del target di progetto, delle risorse e del territorio, permette anche una riorganizzazione dei servizi (al fine di renderli sempre più inclusivi), una costante riprogettazione e riformulazione delle sensibilizzazioni, formazioni e supervisioni (a seconda del bisogno emergente), la definizione e il miglioramento di buone pratiche e percorsi condivisi (équipe multidisciplinari, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e presa in carico

adeguata da un punto di vista etnico culturale).

Livello della prevenzione, della salute mentale diffusa e della sensibilizzazione

Riguarda la progettazione e l'organizzazione di azioni di prevenzione e di sensibilizzazione multiprofessionali dirette ai contesti di vita e ai possibili infortuni sulle tematiche di salute mentale. A seconda del bisogno emergente nel corso degli anni sono stati organizzati diversi seminari, confronti con focus specifico sulla migrazione: l'interculturalità, l'adattamento, il bilinguismo, l'apprendimento, l'etnopsichiatria, le problematiche legali.

Nel tempo, per permettere equo accesso ai servizi e adeguate prese in carico sono stati prodotti diversi materiali volti a orientare la popolazione migrante e gli operatori nell'incontro tra bisogno e risposta. A questo proposito sono stati prodotti diversi materiali informativi per gli operatori stessi e in lingua per la popolazione dei minori stranieri non accompagnati.

La formazione e i tavoli di lavoro

Nel corso dei progetti sono stati costituiti diversi tavoli di lavoro volti all'individuazione di buone pratiche (strumenti e procedure), ma anche a riflettere sui bisogni emergenti al fine di progettare e organizzare azioni utili a soddisfarli. In questa ottica, i tavoli stessi sono stati importanti promotori di formazione e di scambi di buone prassi, finalizzati alla creazione di questo linguaggio comune tra servizi. Dal dialogo all'interno dei tavoli di lavoro sono scaturiti anche diversi strumenti di identificazione

precoce del rischio, che descriveremo in seguito.

Oltre ad avere raggiunto risultati concreti, questo dialogo costante ha contribuito alla co-costruzione di "un ambiente educativo" coerente e condiviso dai vari adulti, che, come anche indicato da Ranchetti (2015), acquista un ruolo di organizzatore del mondo interno ed esterno dei ragazzi, favorendo, in tal modo, processi di identificazione con adulti di riferimento attenti e consapevoli dei bisogni e delle problematiche da affrontare anche attraverso la mediazione e l'accompagnamento alla cultura del paese ospitante. Le azioni del quotidiano nella comunità, che hanno una funzione strutturante per il minore, e la presenza di figure di riferimento significative, che possano agevolare i processi di identificazione necessari, favoriscono uno sviluppo psicologico più armonico. L'attenzione all'ambiente educativo, accompagnata dalla riflessione e dalla co-costruzione da parte degli operatori della rete, assume una valenza terapeutica¹⁷.

L'identificazione precoce, lo screening e la Griglia dei segnali di rischio

A partire dal 2018, l'Équipe Migranti della UONPIA Policlinico di Milano ha introdotto (prima in maniera sperimentale, poi in modo sistematico) una procedura di screening per tutti i minori stranieri non accompagnati in ingresso nel sistema di accoglienza del Comune di Milano.

¹⁷ Taurino et al., 2012

Risulta infatti di cruciale importanza introdurre degli strumenti di identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati sin dalla fase di prima accoglienza, per orientare l'osservazione nei primi colloqui e facilitare l'invio precoce ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per la presa in carico tempestiva dei minori con maggiori probabilità di sviluppare patologie trauma correlate. Diversi studi mostrano la fattibilità (feasibility) e l'adeguatezza (acceptability) di procedure di screening¹⁸ e il loro impatto positivo in termini di costi-benefici¹⁹ sul sistema. Inoltre, sia le direttive europee (2013/33/EU) sia la legislazione italiana sull'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati prevedono azioni di questo tipo (Legge Zampa).

Il capitolo "Una proposta di strumenti di screening e processi multi metodo per l'identificazione precoce dei segnali di rischio psico-sociale nei minori stranieri non accompagnati" è dedicato alla presentazione degli strumenti utilizzati: il Refugee Health Screening (RHS) e la Griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR).

Livello della consulenza e della presa in carico clinica: l'équipe clinica della UONPIA del Policlinico

Come sottolineato in precedenza, i progetti hanno permesso di costituire un'équipe specialistica, dedicata alla presa in carico clinica dei minori stranieri non accompagnati che presentano disagio psichico, letto dalle équipe educative e segnalato dal servizio sociale e dal tutore.

È un'équipe multiprofessionale formata dalle seguenti figure: neuropsichiatra, psicologa, educatrice, assistente sociale e mediatore linguistico-culturale, a cui si aggiungono la project manager e la segreteria organizzativa. Si caratterizza per grande flessibilità, sia nell'attivare la tipologia di intervento migliore sia nella possibilità di risposta rapida all'urgenza.

Si declina in micro-équipe, composte da un professionista in rappresentanza di ogni figura professionale mentre le e i tirocinanti, valutati come una risorsa importante, partecipano in diverso modo a tutto il lavoro dell'équipe.

Tale modello prevede l'attivazione della micro-équipe a partire dai colloqui iniziali, per rilevare fin da subito il bisogno portato nella segnalazione e costituire una presa in carico il più integrata possibile. Questa modalità aiuta il ragazzo a familiarizzare con il servizio e con le persone che parteciperanno al suo percorso di presa in carico. La presenza della figura del mediatore linguistico-culturale (fisso in équipe o a chiamata, ma comunque formato in ambito clinico) risponde alle

¹⁸ Hollifield et al., 2016; Savin et al., 2005

¹⁹ Ardino, & Di Benedetto, 2017

esigenze di un modello di presa in carico maggiormente connotato dal punto di vista multiculturale.

La presenza di operatori diversi permette non solo un'osservazione e una conoscenza più accurata del ragazzo, ma anche la possibilità di instaurare una maggiore *compliance* e alleanza terapeutica, favorendo il successivo percorso diagnostico e l'eventuale presa in carico. Tale presa in carico multiprofessionale aiuta a cogliere il senso e il significato della problematica evidenziata attraverso l'integrazione dei diversi punti di vista professionali e attraverso il decentramento culturale, favorito dalla presenza del mediatore linguistico-culturale, che fornisce senso e significato alle rappresentazioni culturali del ragazzo e della sua famiglia.

L'équipe è specializzata e in continua formazione su temi come la clinica in situazione transculturale, la psicodiagnostica, la psicotraumatologia e ha l'obiettivo di garantire un modello integrato e flessibile di cura, declinato sul bisogno del paziente e sui trattamenti evidence-based.

L'équipe effettua un lavoro di revisione della letteratura volto a individuare strumenti per la valutazione della salute mentale e dei disturbi correlati ai traumi nei minori stranieri non accompagnati, che siano specifici sia per l'età sia per la cultura di appartenenza e che siano stati utilizzati e validati anche in culture differenti a quella italiana²⁰.

Durante i momenti di raccordo interno all'équipe, si discute degli errori di valutazione clinica attraverso il supporto del mediatore linguistico-culturale, si organizzano le supervisioni e si discutono i casi, ricercando strumenti e interviste per l'inquadramento culturale e operando la ricerca e la revisione di modelli di presa in carico maggiormente rispondenti ai bisogni (Basic therapeutic actions, laboratori psico-educativi, interventi individuali e/o di gruppo per la psico-educazione, per la stabilizzazione, terapie trauma focali).

La presa in carico si organizza in seguito all'osservazione da parte degli operatori dei diversi segnali di rischio rilevati anche con l'aiuto dagli strumenti sopra descritti (screening con RHS e GOSR).

La rilevazione di tali segnali (comportamenti o sintomi) è guidata dall'osservazione di una perdita di equilibrio trasversale a diverse aree di funzionamento quali quella di adattamento al contesto, comportamentale, affettiva, cognitiva e dello sviluppo, relazionale e sociale, somatico-vegetativa, con la presenza di manifestazioni frequenti o continue, spesso presenti in diversi contesti.

La presa in carico si organizza solitamente attraverso una prima rete volta alla raccolta anamnestica, alla storia migratoria, all'analisi dei risultati dello screening RHS e della GOSR. Segue una valutazione neuropsichiatrica, con eventuali approfondimenti neurologici, psicologici e educativi per comprendere il funzionamento nelle diverse aree, le potenzialità e le criticità. Solitamente viene

²⁰ Gadeberg et al., 2017

proposto un approfondimento psicodiagnostico di base e, eventualmente, di secondo livello in funzione della necessità diagnostica come delineato dal seguente schema.

Valutazione psicodiagnostica

Strumenti per la valutazione psicodiagnostica di base

- Leiter-R / Leiter 3 / Matrici di raven
- CBCL (11-18)
- PTSD Chek List (PCL-5) + Life Event Chek List (LEC)
- Scala dei sintomi trasversali (DSM-V)
- Hopkins symptom checklist- 25 (HSCL-25)
- PID 5 BF (25 item)
- Guida all'inquadramento culturale (DSM 5)
- CANS

Strumenti per valutazione di secondo livello (scale ed eventualmente proiettivi)

- Neuropsicologici e apprendimenti
- Assessment specifico sul trauma
- Autolesionismo e ideazione suicidaria
- Dipendenza da sostanze in rete ed effettuato da un servizio specialistico

La restituzione diventa il momento di condivisione del progetto terapeutico con il ragazzo e con la rete.

Tale progetto terapeutico viene declinato a seconda del bisogno e può comprendere:

- la visita neuropsichiatrica di controllo e eventuale prescrizione e monitoraggio del sostegno farmacologico;
- il sostegno psicologico individuale e psicoterapia;

- gli interventi terapeutici di gruppo (Basic Therapeutic Actions²¹ [BTA] con la supervisione del prof. Sbattella);
- gli interventi specifici orientati al trattamento del trauma (Terapia dell'esposizione narrativa²² [NET], con la supervisione della dott.ssa Ardino);
- i laboratori psico-educativi, educativi, espressivi.

Si propone di seguito una rappresentazione schematica della presa in carico da parte dell'équipe e una rappresentazione delle azioni promosse dal modello di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati secondo un approccio integrato psico-socio-sanitario.

Rimane centrale il costante raccordo di rete per la definizione, la ridefinizione e il monitoraggio del progetto terapeutico e assistenziale che può comprendere il sostegno attraverso una quota sanitaria volta a integrare i bisogni di cura, l'inclusione di altri servizi (ad esempio servizi per la diagnosi approfondita e cura dalle dipendenze), l'inserimento in comunità terapeutiche, il passaggio ai servizi per l'età adulta (etnopsichiatria) le dimissioni.

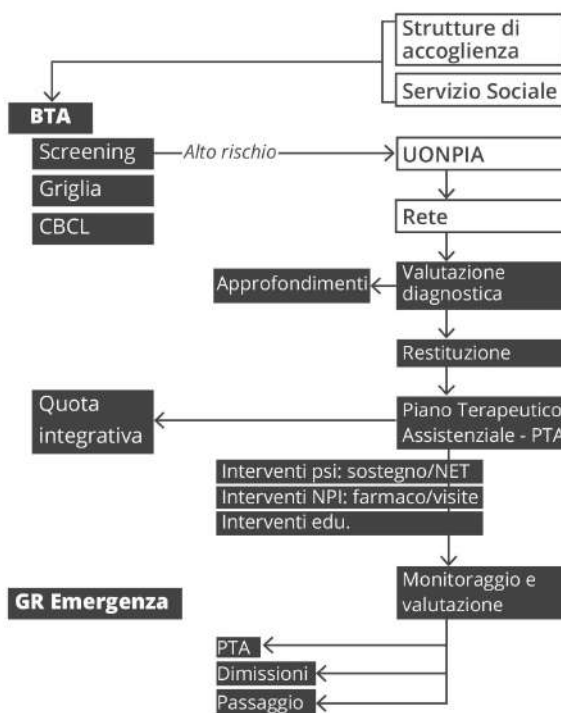
²¹ Modello teorico-metodologico utile a sviluppare interventi psico-sociali in contesti di emergenza.

²² Narrazione di eventi traumatici come strumento terapeutico per ridurre i sintomi correlati ad un trauma.

Modello di presa in carico



Flow chart della comunicazione



Una proposta di strumenti di screening e processi multi metodo per l'identificazione precoce dei segnali di rischio psico-sociale nei minori stranieri non accompagnati

Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano
Francesco Fattori - Codici Ricerca e Intervento
Cecilia Pennati - Codici Ricerca e Intervento

Uno dei principali filoni di lavoro che accompagna l'Équipe Migranti dalla sua creazione ha come obiettivo l'identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati.

Di seguito i paragrafi dedicati ai due strumenti, RHS e Griglia di Osservazione del Rischio, rispettivamente in uso nel centro di prima accoglienza di via Zandrini a Milano e nelle comunità di seconda accoglienza.

L'utilizzo del Refugee Health Screener (RHS-15) nella prima accoglienza

A seguito di una ampia revisione della letteratura, è stato selezionato lo strumento "Refugee Health Screener 15" (d'ora in poi RHS)²³, strumento pensato e validato in origine per l'indagine di problematiche di salute mentale e sintomatologie comuni nelle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo. Lo strumento ha il vantaggio di essere adeguato per diversi setting di servizi sociosanitari perché può essere somministrato tramite intervista o in

auto somministrazione ed è disponibile in diverse lingue.

L'RHS è uno strumento composto da 13 item su una scala Likert a 5 passi (da 0 "per niente" a 4 "moltissimo") finalizzato a indagare i livelli di problematiche specifiche come Disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione e sintomi ansiosi. Un item aggiuntivo (item 14) e un "termometro dello stress" (item 15 – da 0 "no stress, va tutto bene" a 10 "stress estremo, peggio che mai") sono stati aggiunti al gruppo degli item per indagare le capacità di coping e la reazione allo stress dei rispondenti.

L'équipe clinica e la rete di operatori e operatrici coinvolti/e hanno effettuato, attraverso un lavoro sperimentale di ricerca-azione in un primo momento, la validazione psicometrica dello strumento per la popolazione di minori stranieri non accompagnati, comprovandone la validità e l'affidabilità (anche della sua versione ridotta ai primi 13 item)²⁴ in un contesto di applicazione (minori stranieri non accompagnati) diverso da quello previsto in origine (rifugiati e richiedenti asilo adulti).

²³ Hollifield et al., 2013

²⁴ Fontana et al. (*submitted at Migration and Health*)

Una volta raggiunto tale obiettivo, lo strumento è stato inserito nella sperimentazione di un approccio multimetodo per l'identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati presi in carico da parte della rete dei Servizi di Milano.

Questa nuova procedura è stata poi messa sistema con l'apertura del Centro Servizi di via Zandrini a Milano per minori stranieri non accompagnati da novembre 2019. Il centro si configura come uno spazio di prima accoglienza (con una permanenza di circa tre settimane) e pronto intervento per i minori in arrivo, caratterizzato dalla presenza di un'équipe multidisciplinare che permette non solo un'efficiente organizzazione dei colloqui dell'area sociale, legale, medica e psicologica, ma anche una migliore progettazione del percorso e dell'accoglienza successiva (in strutture di seconda accoglienza) in base ai bisogni ravvisati. Lo strumento RHS viene proposto nel corso del colloquio psicologico, in cui sono presenti come professionisti la psicologa e il mediatore linguistico-culturale²⁵, per valutare lo stato attuale di benessere psicologico del ragazzo. Il risultato, individuato attraverso tre fasce di rischio, basso, medio e alto, unito all'osservazione clinica, sociale e educativa, permette un monitoraggio dello stato di benessere e salute del ragazzo, permettendo la progettazione di interventi individuali e/o gruppali, con un eventuale invio precoce ai servizi di salute.

²⁵ Bevilacqua, 2009.

La pratica quotidiana ha reso evidente come il punteggio del RHS non debba essere considerato e utilizzato come unica fonte informativa sullo stato di salute dei ragazzi ma vada integrato con le osservazioni cliniche, educative e sociali. L'utilizzo del RHS è quindi da considerarsi come parte di una più complessa procedura di screening multimetodo, dove risulta fondamentale la triangolazione con le osservazioni del colloquio clinico e il dialogo con la rete.

L'utilizzo sistematico del RHS sembra confermare l'ipotesi fatta durante la fase di sperimentazione, secondo la quale in fascia media si collocherebbero i ragazzi collaboranti e disponibili a parlare di sé, non necessariamente più compromessi rispetto alla fascia a basso rischio. Si osserva infatti come talvolta punteggi bassi (0/1/2) implicino una forte chiusura o una importante negazione, piuttosto che un reale benessere psico-fisico.

Il modello multidisciplinare implementato nel Centro Servizi di via Zandrini, all'interno del quale è inserito lo screening tramite RHS, è coerente con le riflessioni proposte dai teorici dell'assessment multiculturale per cui l'utilizzo di strumenti psicometrici in contesti come quello rappresentato dall'intervento con le e i minori stranieri non accompagnati, per essere considerato attendibile, debba prevedere delle condizioni come²⁶: la formazione specifica dei professionisti coinvolti all'uso dei test con migranti stranieri; l'approfondita conoscenza delle possibilità di utilizzo di

²⁶ Branchi, 2015.

ogni strumento; le ottime competenze relative al contesto culturale e sociale da cui proviene la persona esaminata; la possibilità per il paziente di utilizzare la propria lingua di origine e di avvalersi di versioni tradotte dei test o di poter essere ascoltato con l'ausilio di un mediatore culturale.

L'utilizzo sistematico del RHS all'interno del Centro Servizi sembra confermare l'ipotesi fatta durante la fase di sperimentazione, secondo la quale in fascia media si collocherebbero i ragazzi collaboranti e disponibili a parlare di sé, non necessariamente più compromessi rispetto alla fascia a basso rischio. Si osserva infatti come talvolta punteggi bassi (0/1/2) implicino una forte chiusura o una importante negazione, piuttosto che un reale benessere psico-fisico.

È importante considerare come la descrizione del minore straniero non accompagnato in prima accoglienza grazie al RHS sia una rappresentazione parziale, mobile e momentanea del loro stato e funzionamento psicologico, circoscritta al momento dell'avvio di percorsi di adattamento al contesto italiano. Detto ciò, la procedura di screening risulta ad oggi efficace nell'individuare situazioni di alto rischio e di disagio significativo.

La Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR)

La Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR) nasce come idea nel 2008 all'interno di un tavolo di lavoro multidisciplinare attivato dal Progetto

Migranti della ATS di Milano avente l'obiettivo di dotarsi di uno strumento di identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati. Lo strumento doveva prestarsi ad attivare interventi precoci in favore della salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati e prevenire o limitare il più possibile gli accessi in pronto soccorso, dimissioni repentine dalle comunità stesse, interruzioni dei progetti in corso e altri dolorosi eventi che spesso hanno una valenza ritraumatizzante per i ragazzi stessi.

Il tavolo di lavoro con le comunità socio-educative ha visto la partecipazione, oltre a quella dell'Équipe Migranti della UONPIA del Policlinico di Milano che ha coordinato il processo, dei coordinatori delle comunità socioeducative, del servizio sociale e del terzo settore.

La co-costruzione dello strumento ha necessitato una fase iniziale di confronto e discussione volta all'individuazione di possibili fattori protettivi e segnali di rischio colti nell'osservazione educativa e nelle storie di vita dei ragazzi. Tale discussione ha permesso di condividere importanti osservazioni provenienti da prospettive diversi. In seguito a tali confronti, basati sullo studio e confronto di casi concreti, è stata effettuato un approfondito lavoro di revisione della letteratura e di condivisione di diversi strumenti osservativi (in uso nelle comunità, nei servizi del terzo settore e nella UONPIA) per individuare cosa potesse suggerire la presenza di malessere e rischio di disagio psichico.

È stata quindi creata la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (d'ora in poi GOSR) come strumento osservativo da utilizzare sia per le e i minori già inseriti in una comunità educativa nei quali compaiono segnali di disagio psichico e per i quali sia necessaria una presa in carico diagnostico-terapeutica da parte degli operatori della Neuropsichiatria, sia per i minori che giungono al Pronto Intervento in quanto necessitano di un collocamento in comunità e per i quali vi sia contemporaneamente l'indicazione per la valutazione di un possibile disagio psichico. Rispetto quindi allo screening tramite RHS illustrato in precedenza e che si svolge nei primi momenti della presa in carico quando il/la minore accede alla struttura di prima accoglienza, la GOSR viene utilizzata in momenti successivi del percorso di accoglienza (Comunità di seconda accoglienza) e necessita di un arco di tempo più ampio, in cui l'educatore ha modo di conoscere e osservare l'adattamento e il comportamento della ragazza o del ragazzo, sia per le segnalazioni dei casi di disagio, sia per le successive fasi di costruzione e condivisione a livello di rete del progetto per la o il minore, compilando lo strumento anche in sedute osservative successive di monitoraggio.

Questo strumento è entrato ormai in uso a pieno regime come parte della cassetta degli attrezzi degli educatori delle comunità aderenti al tavolo e permette di orientare l'osservazione fornendo una fotografia del funzionamento della ragazza o del ragazzo rispetto ad alcune aree ritenute sensibili

alla rilevazione di rischio psicopatologico, nel momento di effettivo confronto con un nuovo contesto socio-culturale.

La struttura dello strumento permette l'individuazione di problematiche sia sul fronte esternalizzante, come l'espressione di aggressività, condotte antisociali, uso di sostanze stupefacenti, sia sul fronte internalizzante, come una possibile conflittualità interna che si può manifestare tramite blocchi, inibizioni, ritiri, ansia e depressione, lungo un continuum che va dalla difficoltà di adattamento all'acuzie psichiatrica.

Le tre aree in cui la GOSR è strutturata sono le seguenti:

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, aderenza alle regole del contesto, capacità progettuale;
3. Comportamento: rilevazione delle aree di funzionamento secondo criteri internalizzanti ed esternalizzanti.

Le tre aree rimandano all'individuazione di indici di segnali di rischio psicopatologici riferiti a possibili problematiche legate all'area dell'adattamento al contesto di vita, alle relazioni sociali e al comportamento dei minori stranieri non accompagnati. Lo strumento raccoglie, inoltre, informazioni sulla situazione attuale, comprendente i collocamenti del minore e loro durata, e alcune informazioni sulla storia

anamnestica, quali condizioni di viaggio e mandato migratorio.

Trattandosi di uno strumento osservativo e non diagnostico può fornire indicazioni su elementi di fragilità e problematicità nei ragazzi, agevolando un invio precoce e quindi una tempestiva presa in carico psicodiagnostica e riabilitativa.

L'Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri²⁷ di Milano, nel biennio 2012-2013, ha contribuito alla sistematizzazione dello strumento definendo, attraverso distribuzioni di frequenza degli indicatori, tre indicatori di rischio (basso medio e alto) rispetto alle tre aree osservate (Anamnesi, Adattamento e Comportamento) più un quarto indicatore di rischio globale.

Lo strumento è tuttora in continua evoluzione all'interno del tavolo di lavoro grazie al contributo di tutte le professionalità dell'équipe multidisciplinare. Un ulteriore punto di forza dello strumento, insito nella sua ideazione, è sicuramente la creazione di un linguaggio comune che favorisce una migliore comunicazione e crea una cultura comune che favorisce una presa in carico multidisciplinare e l'attuazione del metodo di lavoro in rete.

²⁷ <https://www.marionegri.it/>

Bibliografia

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 169-175

Ardino, V., & Di Benedetto, G. (2017). The economic case of psychosocial care of Unaccompanied Foreign Minors (UAMs) in Italy: A brief policy report. *MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA*

Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service Need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 342–355. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0046-2>

Bean T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297

Bevilacqua, P. (2009). La valutazione diagnostica dei bambini e degli adolescenti migranti. In Cattaneo L., Dal Verme S. (curatrici), *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, pp. 238- 286. Franco Angeli: Milano

Branchi, C. (2015). Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 39-40, 201-216

Carlson B. E., Cacciatore K., & Klimek B. (2012). A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors. *Social Work*, 57(3), 259-69

Caroppo E., Del Basso G., & Brogna P. (2014). Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale. *REMHU*, Anno XXII, 43, 99-116

Cattaneo M. L., Dal Verme S. (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Franco Angeli: Milano

Cerniglia, L., & Cimino, S. (2012). Minori immigrati ed esperienze traumatiche: Una rassegna teorica sui fattori di rischio e di resilienza. *Infanzia e Adolescenza*, 11(1), 11–24

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

DeSocio, J., & Hootman, J. (2004). Children's Mental Health and School Success. *The Journal of School Nursing, 20*(4), 189-96. doi: 10.1177/10598405040200040201. PMID: 15283617.

Derluyn, I., Mels, C. & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*, 291–297

Drozdek B., Wilson J.P. (2007). *Voices of trauma: Treating Psychological Trauma Across Cultures*. Springer Science: New York

El Baba, R., & Colucci, E. (2018). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: A systematic review. *International Journal of Culture and Mental Health, 11*(2), 194–207. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1355929>

Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood, 87*(5), 366–370. <https://doi.org/10.1136/ad.87.5.366>

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. *The Lancet, 379*(9812), 266-282

Finklestein M., Zahava S. (2009). Cumulative Trauma, PTSD and Dissociation Among Ethiopian Refugees in Israel. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*(1), 38-56

Fontana, M., Fattori, F., Trezzi, S., Conte, M., Bernardini, L., Marando, L., Michelini, G., Trapani, A., & Costantino, M. A. (*under review*). Unaccompanied foreign minors and mental health: Implementation and evaluation of the RHS-15 screening procedure for unaccompanied foreign minors. *Migration and Health*.

Gadeberg, A. K., Montgomery, E., Frederiksen, H. W., & Norredam, M. (2017). Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: A systematic review of validated screening and measurement tools. *European Journal of Public Health, 27*(3), 439–446. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>

German M., Gonzales N. A., Dumka L. (2009). Familism values as a protective factor for Mexican-origin adolescents exposed to deviant peers. *Journal of Early Adolescence, 29*(1), 16-42

Hassan G., Ventevogel P., Jefee-Bahloul H., Barkil-Oteo A., & Kirmayer L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(2), 129-41

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

Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>

Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2016). Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 247–253. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000469>

Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., et al. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(13)

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://doi.org/10.1007/s10578-011-0219-4>

Jacobsen M., Demott M. A., Heir T., (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Pract Epidemiol Ment Health*, 10, 53-8

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

Nathan T., (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde [Non siamo soli al mondo]. Les Empêcheurs de penser en rond.* Trad. it. Bollati Boringhieri: Torino.

Perfect M. M., Turley M. R., Carlson J. S., et al. (2016), School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015. *School Mental Health*, 8, 7–43

Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>

Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*(6), 605-611

Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2013). Mental health service contact of asylum-seeking children. *Child Care Health Dev, 39*: 651-659. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x>

Savin, D., Seymour, D. J., Littleford, L. N., Bettridge, J., & Giese, A. (2005). Findings from Mental Health Screening of Newly Arrived Refugees in Colorado. *Public Health Reports, 120*(3), 224–229. <https://doi.org/10.1177/003335490512000303>

Tam S. Y., Houlihan S., & Melendez-Torres G. J. (2017). A systematic review of longitudinal risk and protective factors and correlates for posttraumatic stress and its natural history in forcibly displaced children. *Trauma, Violence, & Abuse, 18*(4), 377-395. doi:[10.1177/1524838015622437](https://doi.org/10.1177/1524838015622437)

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 risidenti in comunità. *Infanzia e Adolescenza, 11*, 47-64

Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E., Derluyn, I., (2014a). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*, 337–46

Vervliet M., Meyer Demott M. A., Jakobsen M., Broekaert E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014b). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 33–7

UNICEF-UNCHR (2005). Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin. *Committee on the rights of the child. 39 sess, 17 may-3jun 2005*

UNICEF (2016). *Annual Results Report*. UNICEF Publications.

Whitfield J.B., Gillespie N. A., Williams B., Health A. C., & Martin N. G. (2005). The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychological Medicine, 35*(1), 101-11

Coordinamento dell'attività di ricerca: **Simona Colucci, Francesco Fattori**

Supervisione dell'attività di ricerca: **Massimo Conte, Antonella Costantino**

Hanno contribuito all'attività di redazione del quaderno: **Chiara Bellantoni, Laura Bernardini, Chiara Berrini, Franca Carminati, Giulia Chitolina, Alessandro Ciardi, Simona Colucci, Massimo Conte, Barbara Dal Lago, Moreno De Zolt Ponte, Francesco Fattori, Paola Maffeis, Federica Maino, Laura Marando, Rossana Mazzoni, Martina Molteni, Cecilia Pennati, Stefano Piccioni, Francesca Rocculi, Ginevra Torlasco, Sofia Trezzi, Martina Vardaro, Chiara Zandrini**

Si ringraziano per il confronto:

Monia Giovannetti - *Dipartimento studi e ricerche di Cittalia - Fondazione ANCI Ricerche*

Giuseppe Lococo e Roberto Lucarella - *UNHCR*

Si ringraziano per la condivisione delle esperienze:

Arianna Baldan - *Servizio Infanzia e Adolescenza - Direzione Coesione Sociale, Comune di Venezia*

Marta Bettini - *Unità operativa Medicina delle Migrazioni - Dipartimento Cure Primarie, Ospedale "G. da Saliceto" di Piacenza*

Silvia Bezzi - *Cooperativa sociale CIDAS*

Federica Capelli - *Equipe Tecnica Immigrazione SAI/SIPROIMI - TRATTA - MSNA, Comune di Cremona*

Laura Conti - *Servizio Minori Stranieri Non Accompagnati - Direzione Servizi Sociali, Comune di Firenze*

Miriana De Astis - *Settore Servizi alla Persona, Comune di Bari*

Angelo Delbene - *Area migranti - Direzione Politiche Sociali, Comune di Genova*

Giulia De Rocco - *Servizio Protezioni Internazionali, ASP Città di Bologna*

Agnese Di Giorgio - *Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, Provincia di Bolzano*

Franca Erbi - *Pronto Intervento Ufficio Minori Stranieri - Divisione Servizi Sociali - Area Politiche Sociali, Comune di Torino*

Daniela Finco - *Ufficio Minori Stranieri - Divisione Servizi Sociali - Area Politiche Sociali, Comune di Torino*

Francesca Galli - *Unità organizzativa Interventi sociali per la tutela dei bambini fuori famiglia - Servizio Politiche per l'infanzia e l'adolescenza, Comune di Napoli*

Luisa Lombardi - *Unità operativa Psicologia Clinica Minori e Famiglie, NPIA Modena*

Mariachiara Monti - *Centro PENC Antropologia e Psicologia Geoclinica*

Laura Nocilla - *Unità operativa Casa dei Diritti, Comune di Palermo*

Sabine Obwexer - *Servizio di Integrazione Sociale, Azienda dei Servizi Sociali di Bolzano*

Franca Pagani - *Ufficio Minori stranieri non accompagnati, Comune di Piacenza*

Lara Raffaini - *Equipe tecnica Immigrazione SAI/SIPROIMI - TRATTA - MSNA, Comune di Cremona*

Chiara Ricò - *Ufficio Cittadini senza territorio, Comune di Genova*

Chiara Tolotti - *Centro Astalli*

Angela Vinciguerra - *Unità operativa Casa dei Diritti, Comune di Palermo*

Roberta Zanovello - *Servizio Infanzia e Adolescenza - Direzione Coesione Sociale, Comune di Venezia*

Distribuito con licenza Creative Commons

CC BY-SA 3.0 IT

Pubblicato da Codici Ricerca e Intervento

in data 24 febbraio 2021



