UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

Elaborato Finale

Comunità educative per minori stranieri non accompagnati: il ruolo della Psicologia

Relatrice:
Prof.ssa Claudia Marino

Laureanda: Giulia Foglieni
Numero di Matricola: 1220565

Anno Accademico 2023/2024

Date all'uomo la dignità e lasciatelo essere individuo,
affinché trovi la sua comunità e la ami.
C.G. Jung

"Se la vita dura, ci rivedremo"
A.A.

INDICE

PREMESSA……...5
INTRODUZIONE ..…….....6

CAPITOLO 1: I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)……7
1.1 Una definizione: tra legislatura e linguistica……8
1.2 L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)……..…8
1.3 Il collocamento in comunità: focalizzazione sulla comunità di tipo educativo……..10

CAPITOLO 2: Il SOSTEGNO PSICOLOGICO PER I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)……...12
2.1 Etnopsicologia……...12
2.2 Progetto educativo individualizzato (PEI)……..14
2.3 Psicopatologie frequenti tra i minori stranieri non accompagnati (MSNA)……15

CAPITOLO 3: INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI PER IL TRAUMA NEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)……19
3.1 Terapie cognitivo-comportamentali……...20

CONCLUSIONI……..23

BIBLIOGRAFIA…….25

SITOGRAFIA…….……27

RINGRAZIAMENTI…….……..28

PREMESSA

Nel presente elaborato, ogni riferimento a soggetto/ individuo/ protagonista delineato al maschile o in tal modo aggettivato si riferisce, in accordo con la grammatica italiana, alla più generale accezione di soggetto umano, se non diversamente precisato (come nel caso in cui sia richiesta l'interpretazione di dati statistici, distinti in termini di variabili sociodemografiche).

Desidero puntualizzare che in alcun modo il seguente elaborato intende far prevalere un genere, inteso in senso stretto, sull'altro.

Per tanto, il richiamo al solo maschile nella stesura di tale elaborato vuole essere interpretato come una scelta stilistica per una più scorrevole lettura e si raccomanda al lettore di approcciarsi, almeno intellettualmente, con una visione quanto più egualitaria ed inclusiva possibile, sebbene non siano state adottate soluzioni come, ad esempio, "ə" o "*", che servono ad accogliere anche i generi non binari.

INTRODUZIONE

Il presente elaborato ha come oggetto di studio il ruolo della Psicologia in senso ampio nella realtà delle comunità educative per minori stranieri non accompagnati (indicati, da qui in avanti, con il solo acronimo MSNA).

Il presupposto che mi ha spinto a prendere in considerazione tale argomento è stato il forte impatto emotivo lasciatomi dall'esperienza di tirocinio accademico pre-lauream in una comunità educativa per MSNA, i cui ospiti erano per lo più vittime di tratta.

L'obiettivo di tale elaborato è quello di sottolineare l'importanza dell'intervento psicologico su MSNA ospiti di comunità, sia come sostegno rivolto al loro personale benessere psico-fisico sia come progetto di convivenza, di pace, sviluppo e completa integrazione.

L'elaborato è articolato in tre capitoli, così distinti: il primo, di carattere teorico-legislativo, spiega il concetto di MSNA ed i processi di accoglienza e collocamento in comunità.

Il secondo capitolo, dal taglio descrittivo, delinea la disciplina dell'etnopsicologia, ambito emergente della Psicologia, esplicita in che cosa consiste il Progetto Educativo Individualizzato (PEI) e presenta una rassegna delle psicopatologie più frequenti registrate tra i MSNA.

Il terzo ed ultimo capitolo, di natura applicativa, propone possibili soluzioni al trattamento di emozioni e comportamenti disfunzionali di MSNA ospiti di comunità; si considera l'approccio cognitivo-comportamentale, presentandone le evidenze empiriche.

CAPITOLO 1: I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)

I MSNA presenti sul suolo italiano al 31 agosto 2023 sono 22.599 e sono così ripartiti:

- Sesso ed età: vi è una netta prevalenza del maschile in ogni fascia di età secondo i report statistici redatti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Nello specifico (vedi Figura 1) sono presentate le distribuzioni in percentuale (%) di MSNA maschi e femmine da 0 a 17 anni:

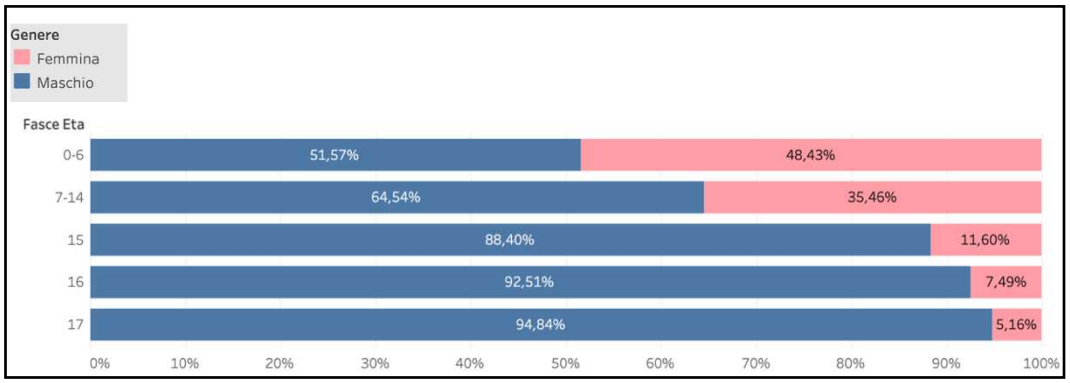

Figura 1. Distribuzione in percentuale (%) di MSNA presenti in Italia distinti per genere sessuale

- Cittadinanza: il continente africano e l'Est Europa fanno da capostipiti in quanto a luoghi di provenienza dei MSNA. Di seguito (vedi Tabella 1) vengono mostrati in ordine decrescente per frequenza numerica e in valore percentuale (%) i primi dieci Paesi di cui detengono la cittadinanza i MSNA attualmente in Italia:

Cittadinanza	**Minori**	**Valore %**
Egitto	5002	22,13%
Ucraina	4326	19,14%
Tunisia	2157	9,54 %
Guinea	1835	8,12%
Gambia	1474	6,52%
Costa D'Avorio	1423	6,30%
Albania	1042	4,61%
Pakistan	904	4,00%
Mali	545	2,41%
Eritrea	472	2.09%

Tabella1. Distribuzione MSNA in numero e in percentuale (%) per cittadinanza

È da sottolineare che non tutti i MSNA vengono dichiarati, rendendo così le stime non del tutto corrette (Catarci & Rocchi, 2017).

1.1 Una definizione: tra legislatura e linguistica

Ai sensi dell'articolo 1 comma 2 del D.P.C.M. 535/1999, i MSNA sono coloro che non detengono cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea e, che, non avendo presentato alcuna domanda di asilo, si trovano per qualsiasi motivo nel territorio dello Stato senza alcuna assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o altri adulti per loro responsabili legalmente, in base alle leggi dell'ordinamento italiano.

La direttiva europea n. 33 del 2013 stabilisce che questi soggetti vengano considerati come minori *non accompagnati* dal momento in cui entrano negli Stati membri fino a quando non saranno affidati ad un adulto per loro responsabile.

Ciò che accomuna tutti i MSNA è l'*emigrazione*, ovvero il fenomeno sociale secondo cui singoli individui o gruppi si spostano per forti necessità e cause di varia natura (sociale, economica, politica, religiosa, ambientale) verso nuovi territori, diversi dal luogo di origine.

Etimologicamente, il termine *emigrante*, essendo composto dal prefisso *ex* ("via da"), pone l'accento su un senso profondo di sradicamento ed abbandono del proprio Paese di origine (Accademia della Crusca, 2009). In Italia, questa parola rimanda alla storia nei primi del 1900 quando gli italiani emigrarono in cerca di fortuna negli Stati Uniti e in Argentina, e, dopo la Seconda Guerra Mondiale, in Germania, Belgio e Svizzera. Tuttavia, oggigiorno, è *migrante* ad essere il vocabolo maggiormente utilizzato, soprattutto dai mass media, per far riferimento agli stranieri che tentano di raggiungere le nostre coste via mare. È per questo motivo che, erroneamente, nella percezione comune, si è instaurata la credenza che gli individui in cerca di una nuova stabilizzazione si spostino solamente via mare a bordo di barconi. In realtà, non bisogna dimenticare che la maggior parte degli ingressi in Italia avviene via terra, ma di questi viaggi è decisamente più difficile tracciare i percorsi mostrando immagini in tempo reale degli arrivi.

1.2 L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)

Il D.Lgs. n. 142 del 2015 detta per la prima volta disposizioni in tema di accoglienza per i MSNA e la successiva legge n. 47 del 2017 (c.d. legge Zampa) ne modifica le normative con l'obiettivo di ampliare e rafforzare le tutele nei confronti dei minori. Tra gli articoli, i più significativi stabiliscono:

- i MSNA sono titolari dei diritti in materia di protezione minorile a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea (Art.1)

- il divieto di respingimento dei MSNA alle frontiere, che non può essere disposto in alcun caso (Art.3)
- il divieto di espulsione salvo casi eccezionali, ossia motivi di ordine pubblico e sicurezza dello Stato a condizione che non comporti un rischio di danni maggiormente gravi per il minore e che sia disposto tribunale per i minorenni entro il termine di 30 giorni (Art.3)
- l'accelerazione dell'attivazione delle indagini familiari e la disposizione prioritaria all'affidamento familiare rispetto al collocamento in una struttura di accoglienza (Art.6)
- la possibilità di ricevere due tipi di permesso di soggiorno: il permesso per minore età ed il permesso per motivi familiari (Art.10)

Inoltre, la legge Zampa designa presso la Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione il *Sistema informativo nazionale dei minori stranieri non accompagnati (SIM)* che monitora la presenza dei MSNA sul territorio italiano, permettendo di tracciarne costantemente gli spostamenti, con riferimento al collocamento in strutture di accoglienza e ai dati relativi alla loro anagrafica.

Il sistema normativo distingue una prima ed una seconda accoglienza per i MSNA. Qualsivoglia struttura di accoglienza ha degli standard minimi da rispettare al fine di garantire ai minori un sostegno a protezione e tutela da ogni tipo di maltrattamento, sfruttamento o abuso, per la salvaguardia del loro benessere psicofisico.

Le strutture di prima accoglienza, nate per il soccorso e la protezione immediata, sono gestite dal Ministero dell'interno in accordo e in convenzione con gli enti locali, nonché finanziate dal *Fondo asilo Migrazione e Integrazione (FAMI)*. Entro dieci giorni dalla presa in carico del minore, deve avvenire la procedura unica di identificazione di quest'ultimo (Art.5). Durante la permanenza, non superiore ai trenta giorni, nelle strutture di prima accoglienza è garantito un colloquio con uno psicologo dell'età evolutiva in compresenza, ove necessario, di un mediatore culturale, al fine di indagare: la situazione personale del minore, le sue aspettative future, i motivi della partenza dal Paese di origine e le circostanze del viaggio effettuato.

La seconda accoglienza dei MSNA prosegue con il ricevimento nell'ambito del *Sistema di accoglienza e integrazione (SAI)*, la cui capienza deve rispettare i limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo.

Qualora vi siano arrivi consistenti e ravvicinati di MSNA e qualora i comuni non riescano a garantire l'accoglienza nelle forme già previste dalla legge, il Prefetto può disporre

l'attivazione di strutture ricettive temporanee con una capienza massima di 50 posti l'una solo per i minori di quattordici anni.

1.3 Il collocamento in comunità: focalizzazione sulla comunità di tipo educativo

Nella scelta del luogo in cui collocare il MSNA, si deve tenere conto delle sue esigenze e caratteristiche personali, in relazione alla tipologia dei servizi di accoglienza disponibili offerti dal territorio.

In Veneto, la Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002 e le successive deliberazioni disciplinano le seguenti strutture:

- *Comunità educativa per minori*: servizio educativo-assistenziale che accoglie temporaneamente minori la cui famiglia è impossibilitata o incapace di assolvere ai propri compiti; ha una forte caratterizzazione domestica, sia per i locali che per le modalità di gestione del servizio e può ospitare fino ad un massimo di otto minori.
- *Comunità terapeutica riabilitativa protetta per minori*: servizio di tipo comunitario residenziale con finalità terapeutiche, riabilitative intensive ed estensive per minori affetti da psicopatologia rilevante o in situazione di grave disagio psico-relazionale; può accogliere fino ad un massimo di dodici minori.
- *Gruppo appartamento*: servizio sperimentale educativo-assistenziale di tipo residenziale per MSNA tra i 16 e 17 anni che, in condizioni di semiautonomia, è finalizzato alla facilitazione del processo di maturazione e di responsabilizzazione; può accogliere fino ad un massimo di sei minori.

Le comunità per MSNA hanno cambiato frequentemente denominazione, struttura ed organizzazione, creando molte difficoltà interpretative e generando un'opinione pubblica piuttosto avversa.

Le comunità educative, altresì definite "familiari" promuovono per il minore:

- un'adeguata educazione;
- l'acquisizione di autonomia ed indipendenza;
- il reinserimento nel nucleo familiare d'origine, ove possibile.

Per fare ciò, nelle comunità educative il personale, composto da coordinatore, educatori professionali e operatori sociosanitari, si garantiscono ai minori i seguenti servizi:

- assistenza tutelare diurna e notturna;
- somministrazione pasti;

- sostegno educativo all'inserimento scolastico, lavorativo e sociale;
- organizzazione ed assistenza del tempo libero (attività sportive, ricreative, culturali).

Essendo il numero dei soggetti ivi accolti contenuto, la presenza degli educatori (uno ogni due ospiti) garantisce a ciascun minore i tempi adeguati per instaurare relazioni individuali stabili ed affettivamente significative con occasioni di vita quotidiana.

La parte degli obiettivi generali che si vuol raggiungere con l'inserimento in comunità del MSNA trovano una più dettagliata descrizione nel PEI (vedi cap. 2.2).

CAPITOLO 2: IL SOSTEGNO PSICOLOGICO PER I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)

I MSNA rappresentano la parte più fragile e vulnerabile del fenomeno della migrazione. Le motivazioni migratorie, tracciate dalle biografie dei MSNA stessi, risultano essere eterogenee. Abbiamo MSNA in fuga:

- da luoghi di guerra, persecuzioni, conflitti armati, crisi etniche, discriminazioni, impedimenti all'esercizio delle libertà personali;
- dal proprio ambiente familiare poiché esposti a esperienze traumatiche di violenze fisiche, sessuali e psicologiche, abusi, perdite e lutti;
- perché sfruttati, vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale o lavorativo per accattonaggio o traffico d'organi o arruolamento in attività illecite;
- perché, cosiddetti "di strada", vivono di espedienti e spesso migrano in gruppo con altri esuli per evitare il vagabondaggio nel Paese d'origine;
- da contesti di estrema povertà economica e sociale, per la maggiore obbligati da un mandato familiare, ovvero scelti per risolvere tale condizione di instabilità;
- da matrimoni combinati, dal rischio di mutilazioni genitali e dal reclutamento forzato (Amnesty International, Human Rights Watch, UNHCR);
- da emergenze di carattere ambientale (carestie, alluvioni, terremoti, ecc.).

Pertanto, la condizione preminentemente traumatica di cui sono portatori i MSNA è assai complessa, disgraziatamente costellata da gravose esperienze pre- peri- e post-migrazione. I possibili sconvolgimenti psico-fisici che i MSNA potrebbero doversi trovare ad affrontare una volta giunti nel Paese del post-migrazione si configurano come fattori di rischio coadiuvanti certi possibili esiti psicopatologici.

2.1 Etnopsicologia

L'etnopsicologia è una branca della Psicologia di recente costituzione che si riferisce principalmente alla scuola etnopsichiatrica francofona con i suoi più noti esponenti Devereux, Moro, Nathan e Sironi, ripresa e reinterpretata da alcuni clinici attivi nel panorama italiano, tra i quali Beneduce, Coppo e Mazzetti (Consiglio Nazionale Odine degli Psicologi, 2019). L'assunto principale di tale ambito psicologico emergente è che non esiste una psicologia globale dal momento che non esiste una psiche unica. Se pensiamo alla ricerca sul funzionamento psichico dell'essere umano, il punto di partenza è stato definito da caratteristiche e categorie afferenti al mondo occidentale; nell'ottica etnopsicologica vi è, invece, *"la necessità di conoscere altre psicologie, altri saperi, altre*

rappresentazioni dell'uomo", come scriveva il maestro Beneduce (Beneduce R., 2007). È per questo motivo che l'etnopsicologia offre un punto di vista globale e non arbitrario della cultura in cui si è inseriti, testando la generalizzazione degli assunti psicologici a diverse culture, che contemplano distinte rappresentazioni dell'individuo, idee di corpo, teorie della mente. Gli stessi concetti di *salute* e *malattia* sono differenti a seconda che li si consideri all'interno del sistema medico occidentale o orientale, oltre che dal periodo storico dal quale vengono estrapolati.

L'etnopsicologo può definirsi uno specialista "di confine", poiché chiamato ad abitare i margini tra civiltà e saperi. Egli si inserisce in un lavoro multidimensionale e multidisciplinare in cui altre figure professionali degli ambiti sanitario, religioso, sociale, legale e della mediazione linguistico-culturale possono condividere con lui l'intimo spazio della relazione clinica e/o psicoterapeutica.

È necessario che l'etnopsicologo sviluppi le seguenti abilità:

- accettazione della diversità nella sua più ampia accezione;
- comprensione dell'influenza della cultura, dei fattori socioeconomici e politici nello sviluppo psicologico delle diverse etnie;
- sostegno agli individui con storie di migrazione difficile nel riconoscere, mantenere ed integrare la propria identità socioculturale con l'assetto del nuovo Paese in cui si trovano.

L' etnopsicologo opera nei seguenti ambiti:

- *preventivo*: promuove la salute mentale e sostiene l'inclusione psicosociale degli individui in progetti rivolti alla cittadinanza (scuole, consigli di quartiere, comunità);
- *clinico*: in sinergia con altri operatori sociosanitari, accoglie ed interviene sul disagio psicosociale della popolazione migrante. Come indicato dalle linee guida del Ministero della Salute (2017), questi interventi si attuano nelle fasi di emersione e di diagnosi, cura e riabilitazione, in funzione delle specifiche esigenze secondo un approccio integrato e multidisciplinare, con particolare attenzione a MSNA vittime di tratta e di violenze di ogni genere;
- *formativo*: caldeggia l'acquisizione di competenze transculturali e trasversali rivolgendosi alle figure professionali che operano negli ambiti socioeducativi e di cura alla persona.

Un passaggio preminente nell'intervento clinico è l'accertamento dell'età del MSNA; per fare ciò, l'etnopsicologo valuta il livello di maturità psico-sociale, cognitiva e comportamentale del minore grazie a colloqui approfonditi ed appositamente strutturati.
Specialmente nel lavoro con MSNA vittime di qualsiasi forma di violenza, l'etnopsicologo si muove nella direzione di incrementare in loro la consapevolezza e la gestione di stati emotivi, processi cognitivi e reazioni psicofisiologiche, facendo emergere i fattori di resilienza e stimolando la creazione di nuove strategie di coping per facilitare il processo di integrazione. Tale compito implica anche la creazione di una continuità biografico-esistenziale, possibile proprio grazie all'intervento dell'etnopsicologo che stimola la connessione temporale e di significato tra passato, presente e futuro nell'esperienza del MSNA che giunge nel nostro Paese.
A tali scopi, ecco che il Progetto educativo individualizzato (PEI) per MSNA ospiti di comunità arriva in supporto alla creazione di uno specifico ed altamente personalizzato percorso di crescita.

2.2 Progetto educativo individualizzato (PEI)

Il Progetto educativo individualizzato (PEI) è definito ed esplicitato nelle sue caratteristiche e modalità operative da indicazioni regionali (Decreto Interministeriale n. 153 del 2023).
La redazione e l'attuazione del PEI sono di competenza della struttura di accoglienza del MSNA, in stretta collaborazione con i servizi sociali e sociosanitari territoriali.
Il PEI è finalizzato a:

- elaborare un percorso di sostegno al MSNA per la comprensione e rielaborazione di vissuti, anche traumatici, della propria storia personale;
- individuare obiettivi evolutivi generali e specifici per il MSNA, con le relative strategie ed azioni operative funzionali al loro raggiungimento;
- favorire l'acquisizione di autonomia del MSNA, stimolando il miglioramento della cura della propria persona e dei propri beni;
- fare in modo che il MSNA mantenga le relazioni con il proprio contesto parentale servendosi di opportune modalità e tempistiche;
- aiutare il MSNA a strutturare relazioni positive con gli altri ospiti di comunità, oltre che con gli operatori, educatori, coordinatori ivi presenti, ed a gestire correttamente i rapporti nel nuovo contesto sociale esterno alla comunità.

Il PEI per MSNA ospiti di comunità educative insiste particolarmente sull'apprendimento della lingua italiana, sull'insegnamento della cultura e della storia del nostro Paese, sull'inserimento in scuole e/o contesti lavorativi locali, affinché il minore si integri al meglio nella società locale.
Il PEI è un documento dinamico e partecipato poiché la sua elaborazione prevede sempre il coinvolgimento del MSNA, proporzionando al suo sviluppo evolutivo psicofisico il linguaggio, i tempi e la creazione di situazioni adeguate. Oltre a ciò, ogni qualvolta sia possibile, nella stesura del PEI viene coinvolta la famiglia del minore, per far acquisire consapevolezza circa l'occasione di positiva evoluzione che l'esperienza di accoglienza nella comunità educativa rappresenta.
In più, il PEI deve essere condiviso dal servizio residenziale già nella fase di prima stesura con l'équipe integrata e multidimensionale di riferimento, con l'istituzione scolastica, lavorativa e con altre figure professionali, quali ad esempio medico di base o neuropsichiatria infantile, che ruotano attorno al MSNA.
Infine, è strettamente necessario che tale progetto individualizzato sia monitorato ed aggiornato almeno ogni sei mesi, coinvolgendo tutte le parti interessate affinché vengano verificati i risultati raggiunti e si rivedano eventuali aspetti modificabili.
Il PEI per MSNA con bisogni particolarmente complessi contempla anche l'eventuale attivazione di adeguate risorse aggiuntive rispetto all'offerta standard dei servizi di accoglienza.

2.3 Psicopatologie frequenti tra i MSNA

Le psicopatologie più frequenti che i MSNA presentano dopo l'arrivo nel nostro Paese sono traumatiche e postraumatiche, giustificate dalle traiettorie complesse e dagli ostacoli spesso disumani che essi hanno dovuto affrontare. È importante riconoscere come queste patologie si esprimono sia attraverso il corpo (dolori, somatizzazioni multiple) sia attraverso intense reminiscenze diurne o notturne, ma anche con stati ansiosi difficili da verbalizzare. Il confronto con la realtà dei paesi di accoglienza, spesso inospitali e comunque ben diversi da come i minori se li erano immaginati, può anche farli sprofondare in stati depressivi secondari, nei quali ogni speranza di cambiamento del proprio destino funesto è perduta, di fronte ad una realtà dove non c'è posto per loro (Marie Rose Moro, 2014).

Nei molti transiti, infatti, questo è il rischio maggiore: perdere il legame con il Paese d'origine senza acquisirne un altro altrettanto forte dal punto di vista identitario con il Paese d'arrivo, restare cioè nella condizione di *migranti*.

Muller et al. (cit. in Rodriguez & Dobler, 2021) hanno sottolineato che le esperienze traumatiche spiegano il 10% della varianza per l'ansia e il 23,5% dei sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT). Tali disagi psichici perdurano poi per anni (Keles et al., cit. in Rodriguez & Dobler, 2021).

Diversi studi indicano che la depressione e il DSPT si osservano in bambini e adolescenti scappati da conflitti, ma prima che si notino tali malattie passano tendenzialmente nove anni dalla fase di pre-migrazione (Barowsky & McIntyre, cit. in Franco, 2018).

I MSNA sono soggetti al rischio di sviluppare il DSPT dieci volte più alto rispetto ai minori nati nel Paese ospitante e cinque volte più alto rispetto agli altri rifugiati.

La sintomatologia del DSPT, come indicato nel DSM-5 (APA, 2013), si riconduce a 4 gruppi principali:

a) Riesperienza persistente e pervasiva del/dei trauma/i attraverso: incubi notturni, flashback, immagini intrusive;
b) Evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico;
c) Aumento dell'*arousal* fisiologico e della reattività (ipervigilanza, ipereccitabilità, irritabilità)
d) Pensieri e stati dell'umore negativi con altrettante alternazioni cognitive negative.

Inoltre, nella sintomatologia da DSPT nei MSNA si registrano anche sintomi dissociativi, che peggiorano la situazione clinica. Tali sintomi comportano un'involontaria reazione di fuga, un distacco dalla realtà e da sé stessi, meccanismo esperito come tentativo di difesa e di controllo delle memorie traumatiche (Franco, 2018).

In uno studio condotto tra le popolazioni del Congo e dell'Uganda colpite dalla guerra è stato dimostrato che il numero cumulativo di eventi traumatici vissuti costituiva il principale predittore del DSPT (Schauer et al. 2014). A tal proposito, Schauer e Neuer (2020) parlano di un "*building block effect*" per spiegare la relazione quantità-effetto degli eventi traumatici sull'esperienza soggettiva di sofferenza. L'esposizione a diversi tipi di *agenti stressanti* aumenta in modo additivo e cumulativo il rischio di sviluppare severi sintomi da DSPT. Tale "effetto mattone" interferisce con la capacità di ripresa di chi esperisce più traumatici, arrivando ad intralciare il senso di continuità personale e le sue relazioni con il se è con il mondo esterno (Vercillo, 2019).

Il trauma osservato in numerosi pazienti MSNA è *complesso*, poiché interferisce con lo sviluppo compromettendo in modo profondo e pervasivo le seguenti aree: regolazione delle emozioni, controllo degli impulsi, attenzione, consapevolezza, somatizzazione, percezione del sé, rapporti interpersonali, sistemi di significato (Van Der Kolk, 2015).
In comorbidità con i sintomi da DSPT ci sono: disturbi affettivi, abuso di sostanze, disturbi somatoformi, fobie sociali e/o specifiche e disturbi di personalità, con particolare riferimento al disturbo borderline di personalità.
I dati cumulativi raccolti in diversi paesi europei dimostrano che almeno il 60% dei MSNA necessiterebbe di un supporto psicologico per fare fronte ai traumi subiti, ma solo il 12-36% ha tendenzialmente accesso ai servizi di salute mentale (Rodriguez & Dobler, 2021). Ciò purtroppo avviene a causa della presenza di alcuni ostacoli, quali:

- barriere linguistiche;
- elevata frequenza di ricollocazione (con conseguente difficoltà di registrazione nei servizi sanitari locali);
- mancanza di conoscenza dei servizi disponibili (Servizi di Salute Mentale per Bambini e Adolescenti e servizi gratuiti);
- requisiti di accesso, come la necessità di certificati di nascita, di residenza e altri documenti che momentaneamente potrebbero non essere disponibili al minore (Ciaccia & John, 2016).

È stato dimostrato che sia lo spostamento forzato dal proprio Paese di origine, sia le difficoltà di accomodamento ed inserimento sociale nel Paese di arrivo rappresentino di per sé un evento traumatico (Fazel, Wheeler e Danesh, 2005).
L'esposizione traumatica non si rifà esclusivamente a quella patita in prima persona dal minore, ma agisce su più livelli; il timore per le condizioni delle figure significative in caso di guerra, catastrofi naturali o altre circostanze gravose, rappresenta un fattore di stress estremo sia nel caso il soggetto vi assista sia che egli ne possa paventare il verificarsi (Caldarozzi, 2010). L'assenza di figure genitoriali nell'esperienza migratoria dei MSNA costituisce un fattore di rischio specifico (Derluyn, Mels e Broekaert, 2009), difatti, per tutti i MSNA il vissuto di rottura e di sottrazione del legame con l'origine si associa quasi automaticamente ad esperienze che mettono a rischio la percezione d'integrità fisica e psichica (Attar, Benini e Bracalenti, 2008).
Nonostante le diverse storie individuali e percorsi personali, è possibile affermare, alla luce di quanto esposto, che la migrazione minorile sia un processo *in* sé *sempre*

traumatico, nel cui tessuto qualsiasi individuo manifesta una condizione di altissima vulnerabilità e rischio di malessere acuto.

CAPITOLO 3: INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI PER IL TRAUMA NEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)

Dal punto di vista giuridico, La *Convezione sui diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza (Convention on the Rights of the Child – CRC),* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la Legge n. 176, rappresenta il punto di riferimento per ogni decisione relativa ai minori. Sono 196 gli Stati che si sono vincolati giuridicamente al rispetto dei diritti in essa sanciti. Tale *Convenzione* è divisa in tre parti per un totale di 54 articoli: nella prima parte (artt. 1-41) vi è l'enunciazione dei diritti dei minori, nella seconda (artt. 42-45) vengono individuati gli organismi preposti e le modalità per il miglioramento e il monitoraggio della Convenzione stessa, infine, nella terza (artt. 46-54) viene descritta la procedura di ratifica. Tra i diritti riconosciuti ad ogni minore senza alcuna distinzione di sorta (razza, sesso, etnia, opinione politica o altra opinione, origine nazionale, status sociale), quattro sono identificati come i principi fondamentali:

- il diritto alla non discriminazione (art.2)
- il rispetto del superiore interesse del fanciullo (art.3)
- il diritto alla vita, alla sopravvivenza e ad un corretto sviluppo (art.6)
- il diritto all'ascolto (art.12).

La novità apportata dalla *Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza* converge nella coincidenza dei concetti di protezione e libertà; infatti, da un lato i minori rimangono soggetti da tutelare al fine di garantire loro un benessere bio-psico-sociale, dall'altra, diventano individui con un ruolo attivo portato da innovazioni autonomistiche.

Da un punto di vista psicologico, "ogni adulto che ha a che fare con un bambino, ha a che fare in realtà con due bambini: quello reale fuori di sé e quello fantasmatico dentro di sé" (Bernfeld, 1971, p.143). Le professioni come quella dello psicologo, dell'educatore, dello psichiatra e dell'assistente sociale hanno come principale strumento di lavoro la propria persona, che deve pertanto essere adeguatamente formata e gestita. È strettamente necessario porre grande attenzione al sostegno emotivo ed alla supervisione di chi deve avere a che fare professionalmente con i minori, in modo tale da fornire occasioni di riflessione sul loro stesso operato. La competenza empatica, ossia quella che permette di identificarsi con il paziente che soffre di disturbi psicologici in maniera transitoria e controllata, unitamente ad una formazione continua e permanente sul campo, sono

elementi di peculiare importanza per il lavoro terapeutico. Pertanto, l'inserimento dei MSNA in contesti di comunità con adulti competenti, che siano in grado di ridurre la catena di reazioni negative alla condizione pluritraumatica dei minori, si configura come un provvedimento imprescindibile nell'ambito delle azioni clinico-terapeutiche per strutturare fattori di protezione ed attivare autentici processi di recupero.

3.2 TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Le linee guida internazionali e le raccomandazioni cliniche per la cura del DSPT efficaci ed empiricamente supportate (NICE, 2018; APA, 2017) fanno soprattutto riferimento alla Terapia Cognitivo-Comportamentale, orientamento che ha portato ad interessanti risultati con dati di efficacia per la cura del DSPT nei MSNA (Demazure et al., 2017). Infatti, la rassegna di Demazure et al. (2017) sottolinea che l'utilizzo della Terapia Cognitivo-Comportamentale, seppur con i suoi diversi modelli ed approcci, determina una remissione significativa dei sintomi del DSPT nei MSNA, come, ad esempio: una riduzione dei vissuti di solitudine e disperazione e dei pensieri intrusivi, una normalizzazione delle reazioni emotive ed una diminuzione delle difficoltà comportamentali.

Cinque sono le componenti chiave che articolano uniformemente tutti gli interventi di orientamento cognitivo-comportamentale:

1. psicoeducazione: essa permette di fornire informazioni precise e comprensibili rispetto alle manifestazioni psicofisiologiche che avvengono in risposta agli *agenti stressanti* consentendo la validazione e normalizzazione delle esperienze traumatiche, due step fondamentali per il percorso di cura (Vercillo, 2019);
2. regolazione affettiva: al fine di gestire le reazioni psicofisiologiche di *arousal* e fronteggiare la comparsa di memorie traumatiche intrusive, la regolazione affettiva riporta l'attenzione del paziente al *hic et nunc* attraverso esercizio fisico, tecniche immaginative, di rilassamento, di respirazione lenta.
3. esposizione: la letteratura scientifica supporta ampiamente la tecnica dell'esposizione, in particolar modo quella *in vivo*, utilizzata per stimoli come persone, luoghi, situazioni, solitamente evitati dal paziente poiché in grado di provocare ansia o panico essendo collegati alla memoria traumatica e fungendo pertanto da *trigger;*
4. narrazione dell'esperienza traumatica: essa rappresenta un processo di difficile realizzazione, considerato le differenti lingue parlate dai MSNA, malgrado ciò, è

un passaggio di fondamentale importanza per la ricostruzione ed integrazione degli eventi traumatici in tutte le componenti (cognitiva, affettiva, motoria, sensoriale) all'interno di una narrazione autobiografica completa del paziente;

5. ristrutturazione cognitiva: essa aiuta il paziente ad identificare ed eliminare le sue credenze disfunzionali, sostituendole invece con credenze più sane ed adeguate.

La terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) di Cohen e Mannarino (2012) si è rivelata essere un modello di intervento terapeutico cognitivo-comportamentale per il trattamento dei disturbi trauma-correlati in età evolutiva (3-18 anni) che raccoglie la più ampia mole di dati di efficacia (Unterhitzenberg, 2015). Murray, Cohen, Ellis e Mannarino (2008) sottolineano le componenti che rendono la TF-CBT particolarmente efficace con i giovani rifugiati: le basi teoriche, la breve durata, l'approccio basato sulle competenze.

Tale intervento terapeutico si articola normalmente in 12– 16 incontri della durata di 50–90 minuti ciascuno. Tuttavia, in casi di *trauma complesso* (Cohen et al., 2012) si premette alla fase iniziale un lavoro per favorire le condizioni di sicurezza riducendo i comportamenti rischiosi dei pazienti e si prolunga il lavoro a 28-30 sessioni, al fine di agevolare la costruzione di una buona relazione terapeuta-paziente e l'acquisizione o il potenziamento delle abilità di gestione della sintomatologia da DSPT. In primo all'inizio di queste sessioni, viene attuata un'approfondita psicoeducazione e, una volta individuate le tensioni corporee causate dai sintomi del DSPT, vengono insegnate le tecniche di rilassamento. In secondo luogo, i pazienti vengono istruiti ad individuare ed analizzare le proprie emozioni e si condividono con loro strategie utili al miglioramento della regolazione emotiva. Si passa poi ad esaminare i pensieri e come essi influenzino i sentimenti ed il comportamento, per proseguire successivamente con una revisione di quanto appreso fino a quel momento. Si continua il lavoro terapeutico con la narrazione del trauma, facendo scrivere o disegnare al paziente gli eventi traumatici vissuti. Si chiude la terapia con l'esposizione in vivo agli stimoli *trigger* della narrazione traumatica e con 1 o 2 sessioni sulla percezione di sicurezza e di proprie abilità conquistate.

La terapia dell'esposizione narrativa (Narrative Exposure Therapy, NET) è altamente utilizzata per pazienti con DSPT causato da *agenti stressanti* multipli e continui, come nel caso dei MSNA, e ne è stata validata una versione per l'età evolutiva (KID-NET) attraverso studi su minori vittime di guerra e terrorismo (Onyut, 2005; Neuner, 2014). La NET si basa specialmente sulla narrazione degli eventi traumatici con l'obiettivo di ridurre le sintomatologie trauma-correlate e di favorire una ricostruzione e

ricompattazione della vita del paziente, oltre che della sua identità e dignità personale. Durante la seduta terapeutica, si pone sul pavimento della stanza del colloquio una corda, che rappresenta simbolicamente gli anni di vita del paziente e si chiede a quest'ultimo di ripercorrere, narrando o disegnando, le proprie esperienze di vita, posizionando poi lungo la corda un sasso a contrassegno del trauma oppure un fiore ad indicazione delle vicende positive. Gli autori sottolineano la distinzione tra una "memoria calda", che contiene elementi percettivi sensoriali, da una "memoria fredda", che rappresenta la cornice contestuale con elementi spazio-temporali. Attraverso la NET, i pazienti sopravvissuti a *traumi complessi*, spesso sprovvisti di "memoria fredda", inseriscono la "memoria calda" all'interno di una propria biografia così integrata e ricompattata. I piccoli pazienti, con questo modello di psicoterapia, sperimentano l'abituazione della risposta emotiva alle memorie traumatiche e così facendo avviene una remissione dei sintomi da DSPT. Va specificato che l'efficacia della NET fa affidamento anche: ad una continua psicoeducazione circa la sofferenza mentale, i temi di vergogna e senso di colpa, una costruzione e ricostruzione della "memoria fredda", e, infine, una validazione da parte del terapeuta del dolore esperito. Tale percorso terapeutico prevede una prima fase di assesment a cui seguono dai 4 ai 10 incontri, ciascuno della durata di 90-120 minuti, così articolati:

- incontro 1: psicoeducazione e con il minore e il tutore;
- incontro 2: rivisitazione della linea della vita;
- incontro da 3 a 7: prosieguo della narrazione con attenzione agli episodi traumatici;
- incontro 8: ricerca di simboli o segnali di speranza per il futuro.

Il numero delle sedute dipende, in ogni caso, dalla gravità paziente con DSPT e da eventuali comorbilità con altre psicopatologie. Nell'ultima seduta, il minore rilegge ad alta voce le testimonianze trascritte durante tutto il periodo di incontri ed include nella sua biografia, a quel punto intera e completa, aspettative e sogni futuri.

CONCLUSIONI

Accogliere i MSNA significa tentare di ricostruire insieme a loro consapevolezza della realtà che li circonda, della loro condizione e della loro storia; significa tentare di disegnare con loro e per loro un futuro florido, restituendo la speranza di una vita migliore.

Si tratta, quindi, certamente, di rispondere a bisogni umanitari che interpellano le nostre coscienze, ma allo stesso tempo si tratta di una scelta lungimirante per un Paese, come l'Italia, che da diversi anni è a saldo demografico negativo.

Investire sulla crescita di MSNA e sul loro benessere psico-fisico, tutelare la loro vita e proteggerli fino a quando non potranno sentirsi parte del Paese che li ha accolti, consapevoli della loro doppia cittadinanza, significa investire su un progetto di convivenza e di integrazione, di pace e di sviluppo.

Sappiamo che molti di questi minori considerano il nostro un Paese di transito, poiché mossi dal desiderio di poter un giorno fare ritorno alle loro comunità di appartenenza.

Sappiamo che la loro resistenza alle privazioni e alle violenze può portarli ad una sottovalutazione della reale portata e gravità dei danni psicologici subiti, rischiando così di sviluppare una vittimizzazione tale da inibire aspirazioni e desiderio di riscatto sociale.

Tutto ciò espone i MSNA ad ulteriori rischi che possono aggravare la loro condizione di alta vulnerabilità, di cui la morte rappresenta l'apice dello stato di totale insicurezza e mancanza di protezione.

Come discusso in questo elaborato, la fragilità che caratterizza l'intera esistenza dei MSNA fa sì che essi manifestino in particolar modo disturbi trauma-correlati, che difficilmente vengono diagnosticati e trattati. Al contrario, le sintomatologie patologiche dei MSNA vengono spesso interpretate erroneamente come pigrizia, disinteresse, disimpegno, disattenzione, esponendo così i minori stessi ad incomprensioni, mancato aiuto o addirittura punizioni.

La complessità del trauma migratorio richiede di garantire, in tutti i contesti coinvolti nella presa in carico dei MSNA, livelli di preparazione degli operatori tali da consentire il pieno riconoscimento e trattamento del funzionamento traumatico e la promozione di pensieri e comportamenti utili e sani per apprezzare la vita.

I dati che quantificano la presenza di MSNA sul nostro territorio, quelli che indicano quanti di questi MSNA versino in condizioni di psicopatologie importanti, in proporzione al numero ed all'organizzazione di strutture ospitanti e di cure e trattamenti adatti per loro, mostra una negligenza tale da dover sollecitare le istituzioni verso una maggiore e

tempestiva attenzione nei confronti dei MSNA, mirando alla realizzazione di più contesto curativi, in grado di ridurre l'impatto dei fattori di rischio con specifici intervento riparativi, garantendo una maggiore facilità di adattamento ed inserimento nel nuovo sistema sociale italiano.

Nel caso dei MSNA, l'assenza di una personalizzazione del processo di presa in carico delle problematiche psicofisiche, in particolare per molti comportamenti a rischio, ha condotto ad una cosiddetta convergenza "verso il basso", che spiega come questi minori tendano a condividere le cattive abitudini e gli stili di vita insalubri delle fasce più basse della popolazione italiana. A fortiori è da considerarsi impegno della sanità pubblica la salute dei migranti, per i quali è inderogabile un'equità nell'offerta di servizi. L'approccio di presa in carico dei MSNA sarebbe doveroso che fosse in chiave multidimensionale per provvedere in duplice direzione: da un lato far maturare tra gli operatori sociosanitari una vera e propria sensibilità alle differenze attraverso un contatto partecipato con le diverse comunità di stranieri ed una corretta comunicazione in rapporto alle differenze linguistiche e culturali, dall'altro a ripensare alla sanità in termini di prossimità in sinergia tra il pubblico ed il privato.

BIBLIOGRAFIA

Ainamani, H. E., et al. (2020) Gender differences in response to war-related trauma and posttraumatic stress disorder – a study among the Congolese refugees in Uganda. *BMC Psychiatry.*

(APA) American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Trad.ita. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Beneduce, R. (2007*) Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura.* Roma: Carocci editore.

Bernfeld, S., (1971) *Sisifo ovvero i limiti dell'educazione*. Trad. ita. Bologna: Guaraldi editore.

Biella, D., et al. (2023) Nascosti in piena vista. Minori migranti in viaggio (attra)verso l'Europa. *Save the Children.*

(CNOP) Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2019). *Ambiti emergenti in psicologia.* Roma: Morphema.

Foschino Barbaro, M. G. (2020) *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza. Percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura*. Collana CISMAI (Coordinamento Italiano contro il Maltrattamento Abuso all'Infanzia). Milano: FrancoAngeli.

Leo, G. (2017) *Psicoanalisi, luoghi della resilienza ed immigrazione*. In Francesconi, M., Martelli, M., Moro, M. R., Papadopoulos, R. K., Rigon, G., Scotto di Fasano, et.al. (a cura di) Lecce: Frenis Zero.

Mastropasqua, I. (2019). 2° *Rapporto "minori stranieri" e Giustizia minorile in Italia.* Gangemi editore. Direttiva 2013/33.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2013). *Linee guida sui minori stranieri non accompagnati: le competenze della direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione.* Roma: Governo italiano.

Taurino, A., et al. (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. *Infanzia e adolescenza, vol. 11, n1*

Valtolina, G. G. (2023) Report ISMU. *Lavoro di rete e violenza sui minori stranieri. Un modello di intervento.* Milano: Graphidea S.r.l.

SITOGRAFIA

(Camera dei deputati, Servizio Studi) XVIII Legislatura del 16 giugno 2022. *Minori stranieri non accompagnati*:
https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf

(Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione pubblica) Report statistici aggiornati al 31 agosto 2023 dei MSNA in Italia:
https://analytics.lavoro.gov.it/t/PublicSIM/views/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia/PresenzadeiMinoristranierinonaccompagnatiinItalia?%3Aembed=y&%3Aiid=5&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

Save the Children:
https://www.savethechildren.it/

(Società Psicanalitica Italiana) Intervista a Marie Rose Moro del 13 febbraio 2014:
https://www.spiweb.it/

State of Mind. Il giornale delle Scienze Psicologiche:
https://www.stateofmind.it/

(Unicef) Traduzione italiana pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'11 giugno 1991 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza:*
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.datocms-assets.com/30196/1607611722-convenzionedirittiinfanzia.pdf

RINGRAZIAMENTI

Mi sono gradualmente immersa in questo mondo così intricato, delicato, rischioso, intenso come quello delle comunità educative e, lo giuro, rifarei tutto da capo.
I piccoli ospiti di quella comunità mi hanno cambiato la vita senza saperlo.
Mi hanno riempito le giornate, la testa e il cuore con le loro storie di vita, dette sottovoce, tra un esercizio di grammatica italiana e l'altro, a volte raccontate ridendoci sopra, altre volte con lo sguardo perso in chissà quale terribile immagine mentale del loro passato. Mi hanno dato fiducia a piccoli passi e con piccoli gesti, come solo gli uomini giusti sanno fare. Mi hanno tenuta lontana da dove non hanno voluto mi avvicinassi, ed io, come trattassi un vaso di porcellana, sono stata al loro fianco senza tastare di più. Mi hanno insegnato che cosa significhi il concetto di *famiglia*, quella di sangue e quella di scelta, e il fatto che spesso la seconda è meglio della prima, ma non va mai a cancellarla del tutto. Mi hanno stravolto, mettendo a dura prova la mia pazienza, concentrazione, perseveranza e il mio buon senso, ma mi hanno dato un soffio vitale unico e raro. Mi hanno studiata, esaminata, protetta, criticata, cercata, detestata, desiderata.

Ed io, li ringrazio immensamente.

Mi hanno cambiato la vita senza saperlo perché prima di conoscere loro avevo chiaro solo a metà che cosa significassero: il *sacrificio*, il *dolore*, *l'abbandono*, la *tenacia*, il *coraggio*, la *rabbia*, il *riscatto*, la *fame*, la *speranza*, la *mancanza*, la *determinazione*, il *rischio*. Mi hanno fatto rivalutare la mia provenienza e tanti momenti della mia esistenza e mi hanno profondamente aperto gli occhi, talmente tanto da darmi la forza di affrontare certe difficoltà che nel mio privato in parallelo stavo vivendo. Sono stati preziosi e meravigliosi, ognuno con i propri modi di fare, le proprie luci ed ombre.
Io ho educato loro attraverso l'insegnamento della lingua italiana, ma sono stati loro che mi hanno insegnato il peso delle parole, la bellezza e il potere del saper comunicare gli uni con gli altri. Mi hanno toccato delle corde dell'anima scrivendoci sopra i loro nomi, che non mi dimenticherò mai.

Vi voglio bene, ragazzi, pregherò per voi affinché questa vita vi regali benessere e serenità e perché vi possano essere offerte delle buone opportunità di crescita e rinascita.

Spero che i vostri cuori buoni non vengano più sporcati dalla bruttezza del mondo.

Vi auguro che l'Italia possa essere la vostra nuova casa come voi lo siete stati per me nel tempo passato assieme.

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine alla Prof.ssa Marino per il suo prezioso supporto, la sua costante disponibilità e tempestiva risposta durante tutto il percorso di ricerca e scrittura della mia tesi. Grazie per avermi incoraggiato a superare gli ostacoli che ho incontrato lungo il cammino. Il suo contributo è stato fondamentale per la realizzazione di questo elaborato e per la mia crescita professionale e personale. Grazie per aver creduto in me e per avermi accompagnato in parte in questo travagliato percorso fino al traguardo.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Pelizzoli, forse l'unica che oltre a me conosce profondamente la mia storia e gli intimi e complessi traumi subiti, compresi ed affrontati. Il mio percorso di psicoterapia con lei è il miglior viaggio al mondo che potessi scegliere di fare. Grazie perché senza di lei e il suo egregio lavoro questa piccola principessa con la fame d'amore non avrebbe trovato la sua bussola.

Ai miei amici, la mia famiglia non di sangue ma per scelta, grazie perché siete stati sempre presenti con le vostre parole di conforto, i vostri consigli e il vostro affetto incondizionato. Stella, Elena, Antea, Leonardo, Sofia, Alessia e pochi altri, siete davvero speciali e sono grata di avervi nella mia vita.

Ringrazio Fabrizio, mio compagno di vita. Vivere la nostra relazione è per me fonte continua di cambiamento positivo. Grazie per il tuo unico e prezioso apporto, amore mio.

Sempre per ultima, ma non più meno importante, a me stessa, un grazie profondissimo, per avermi condotta fin qua.

Παθήματα μαθήματα.

Esopo