



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Elaborato finale

**Minori stranieri non accompagnati e resilienza:
una breve rassegna della letteratura**

Unaccompanied foreign minors and resilience: a brief literature review

Relatrice

Prof.ssa Ughetta Micaela Maria Moscardino

Laureanda: Margherita Zuecco

Matricola: 1220492

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 I minori stranieri non accompagnati	3
1.1 Inquadramento del fenomeno	3
1.2 Aspetti legislativi: il sistema di accoglienza.....	5
1.3 Impatto sulla salute mentale	7
CAPITOLO 2 La resilienza nei minori stranieri non accompagnati	10
2.1 Definizione e modelli teorici	10
2.2 Acculturazione e resilienza	13
2.3 Attaccamento e resilienza	15
CAPITOLO 3 Possibili interventi	18
3.1 Interventi scolastici: l'approccio cognitivo comportamentale	18
3.2 Interventi individuali: l'approccio psicodinamico	21
CONCLUSIONI	24
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUZIONE

L'idea di approfondire il tema dell'immigrazione, con un focus specifico sui Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA) e sulle evidenti difficoltà che ostacolano il loro sviluppo, nasce dal desiderio di scoprire e condividere i vissuti di questa popolazione potenzialmente vulnerabile evidenziandone anche i punti di forza.

I minori intraprendono il viaggio di migrazione da soli, o comunque senza figure che siano per loro responsabili. Nel corso della loro breve vita essi hanno subito già innumerevoli eventi traumatici: nel paese d'origine, spesso terra di conflitto o di povertà, durante il viaggio che li vede spesso vittime di tratta e di sfruttamenti, ed anche nel momento in cui devono ricollocarsi nel Paese ospitante, che presenta una cultura a loro del tutto sconosciuta. Traumi, questi, che aumentano l'insorgenza di disturbi come l'ansia, la depressione ed il disturbo da stress post traumatico (DPTS).

L'obiettivo di questo elaborato è quello di analizzare lo status di MSNA, con un'attenzione specifica ai traumi a cui questi bambini e adolescenti devono fare fronte, descrivendone il funzionamento e i fattori di rischio ma anche la resilienza sulla base della letteratura scientifica più recente.

Il primo capitolo fornisce una descrizione dell'ampiezza del fenomeno e dello status di MSNA all'interno della legislazione italiana ed europea, con una breve introduzione alle conseguenze dei traumi per la salute mentale. Il secondo capitolo è focalizzato sulla resilienza, intesa come la forza del minore di affrontare con risvolti positivi i traumi che ha affrontato nel corso della vita. Importante, in questo capitolo, è

l'analisi di alcuni studi che mettono in luce la relazione positiva tra acculturazione e attaccamento con la resilienza. In conclusione, il terzo capitolo vuole descrivere alcuni interventi rivolti ai MSNA che si sono dimostrati efficaci nel favorire l'adattamento psicologico di questi ragazzi.

CAPITOLO 1

I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

1.1 Inquadramento del fenomeno

In accordo con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri No 535/1999, Articolo 1, con il termine “minori stranieri non accompagnati”, in Italia, ci si riferisce a *“minori che non possiedono la cittadinanza italiana o di altri Paesi dell’Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trovano per qualunque causa nel territorio dello Stato privi di assistenza e rappresentanza di genitori o altri maggiorenni che siano per loro legalmente responsabili ai sensi delle vigenti leggi italiane”*.

La presenza significativa degli MSNA nel nostro Paese risale agli anni '90, più precisamente possiamo però identificare dei periodi storici che hanno portato con sé un cambiamento culturale e dei flussi migratori. Secondo Salimbeni (cit. in Accorinti, 2016) si riconoscono quattro fasi evolutive del fenomeno. La prima fase risale agli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, in seguito all’arrivo di richiedenti per asilo politico da Ungheria e Cecoslovacchia, con una presenza però di pochi minori; una seconda fase all’inizio degli anni Settanta che ha visto l’arrivo di minori vietnamiti e cambogiani, spesso orfani e abbandonati; una terza fase, negli anni Ottanta, quando arrivarono contingentemente eritrei, tigrini ed etiopi, minori provenienti dalla Somalia e dal Sudan, oltre che dall’area del Maghreb; insieme a questi va ricordata l’ondata di minorenni arrivati in seguito al disastro nucleare di Chernobyl; nella quarta fase, invece,

entriamo negli anni '90 dove maggiori iniziarono ad essere le consapevolezze riguardo i MSNA.

In seguito all'arrivo sia nel 1991 che nel 1997 di minori albanesi dapprima, poi anche ucraini, che scappavano da conflitti, il Governo italiano decise infatti nel 1994 di istituire il Comitato per Minori Stranieri (CMS). Questo Comitato aveva il compito di monitorare gli interventi di solidarietà attivati per consentire lunghi periodi di soggiorno (non superiori ai 90 giorni) presso famiglie italiane. Una quinta fase, molto più recente e aggiunta successivamente, registrata a fine del 2010 a seguito degli eventi della "Primavera Araba", che ha colpito l'Egitto, la Tunisia e la Siria. In questi anni i flussi migratori aumentarono improvvisamente sulle sponde del Mar Mediterraneo, portando il Governo italiano a dichiarare stato di emergenza il 18 febbraio 2011 (Accorinti, 2016).

Tra queste fasi diversi sono i punti che le contraddistinguono: cambia il periodo storico, i luoghi di provenienza, dunque le motivazioni che hanno spinto le persone a migrare; come allora anche adesso, i flussi migratori sono diversi e le motivazioni eterogenee, portando con sé prospettive e organizzazioni del viaggio altrettanto diverse: scappare da conflitti, da persecuzioni, il ricongiungimento con i familiari, cercare un lavoro e sperare in un futuro migliore (Giovannetti, 2017). Spesso, tra tutti i membri della famiglia, sono proprio i figli minorenni quelli su cui si investono risorse economiche e tempo per il viaggio, sia perché hanno prospettive future migliori, ma soprattutto perché la legislazione in materia di accoglienza risulta essere più permissiva per i minori.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2022) riporta la presenza sul territorio italiano di 11.937 MSNA, di cui il 91,6% è di sesso maschile e l'8,4% di sesso

femminile. Tendenzialmente le fasce d'età più presenti sono dai 16 ai 17 anni, ossia minori in procinto di raggiungere la maggiore età.

Negli anni si può comunque notare un fenomeno in diminuzione, in quanto nel 2017 in Italia le presenze erano 23,753 e nel 2016 25,846. Tuttavia, va sottolineato che non tutti i MSNA vengono dichiarati, rendendo le stime non del tutto corrette (Catarci & Rocchi, 2017). I Paesi di origine dei minori in Italia sono, in ordine di affluenza: Egitto, Bangladesh, Ucraina (attualmente, a causa del conflitto nel Donbass), Tunisia, Albania e Pakistan (Barn et al., 2021).

1.2 Aspetti legislativi: il sistema di accoglienza

Ingresso, soggiorno o transito nello Spazio Schengen necessitano di documenti per lo straniero, i MSNA fanno però eccezione. Infatti, come afferma la Legge n. 47/2017, art.1, i MSNA sono equiparati a tutti gli effetti ai loro coetanei italiani ed europei, concetto rafforzato dalla Legge n. 47/2017, art.3, *“essi non possono essere né respinti alla frontiera né, salvo casi eccezionali, espulsi”*. I MSNA, per il solo fatto di essere minorenni, hanno il diritto di richiedere il “permesso di soggiorno per minore età” anche qualora non avessero alcun documento con sé (Accorinti, 2014).

Nel momento in cui un minore si trova alla frontiera, le Autorità di Pubblica Sicurezza hanno l'obbligo di garantirgli assistenza necessaria, anzitutto collocandolo in un posto sicuro e poi segnalandone la presenza al Tribunale per minorenni e alle Autorità competenti, quali servizi sociali dell'Ente Locale e Ufficio minori. Dopo uno screening iniziale, viene verificata la disponibilità in strutture di accoglienza definite “ponte”, che

si prendono carico del minore nella prima fase di collocazione. Qui, anzitutto si ricercano possibili legami di parentela del minore nel territorio; in merito a ciò, la legge n.47/2017 ha introdotto delle modifiche alle disposizioni del decreto legislativo n. 142 del 2015¹, accelerando l’attivazione delle indagini familiari e introducendo un criterio di preferenza dell’affidamento ai familiari (art.6).

Dopo lo screening iniziale i MSNA vengono spostati nella seconda struttura di accoglienza, dove verranno presi in carico dai Servizi sociali della città. Qui è d’obbligo individuare e nominare un Tutore legale che ne garantisca la protezione; saranno gli enti locali a dover sensibilizzare e formare affidatari (at.7) che verranno poi segnalati al Tribunale per minori (Giovannetti, 2017).

I permessi di soggiorno che un minorenne può richiedere sono principalmente due, il “permesso per motivi familiari” ed il “permesso di soggiorno per minore età”. Il “permesso di soggiorno per minore età” (Legge n. 47/2017, art.10, co.1 lett. a) è quello più richiesto, in quanto è possibile ottenerlo con il solo criterio di essere un minorenne, ed ha validità fino al compimento dei 18 anni. Invece, il “permesso di soggiorno per motivi familiari” (Legge 47/2017, art.10, co. 1 lett. b) può essere richiesto da un minore straniero (1) sottoposto a tutela di un cittadino italiano o straniero regolarmente soggiornante e convivente con il tutore, (2) affidato a un cittadino italiano o straniero regolarmente soggiornante, oppure (3) affidato “di fatto” a parente entro il quarto grado (fratello/sorella, nonno/a, zio/a, cugino/a).

¹ “Minori stranieri non accompagnati, Camera dei deputati XVIII Legislatura, 2 novembre 2020. <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf>

Al raggiungimento dei 18 anni, questi permessi possono essere convertiti in permessi di soggiorno per studio o per lavoro dipendente o autonomo. In ogni caso, rispetto alla conversione, va sottolineato che è difficile ottenere la conversione del permesso nella maggiore età, in quanto il minore dovrebbe possedere i requisiti previsti dall'articolo 32 del T.U numero 286 del 1998 (cosiddetto "tre più due"). Il "tre più due", afferma che al compimento della maggiore età il permesso di soggiorno può essere convertito solo qualora il minore sia stato ammesso per un periodo non inferiore ai due anni in un progetto di integrazione sociale e civile in un ente pubblico, e inoltre l'ente gestore deve garantire e documentare che il minore si trova nel territorio nazionale da non meno di tre anni².

1.3 Impatto sulla salute mentale

Epistemologicamente il termine trauma deriva dal verbo greco *τιτρώσκω*, *titròsko*, *ferire*. Papadopoulous (cit. in Traverso & Marullo, 2020) ha proposto un'etimologia concorrente dal verbo *tèiro* ossia *strofinare*, *cancellare* portando alla luce un nuovo aspetto del trauma, di cesura. Le persone, dunque, che sono esposte a un trauma, spontaneamente cercano un modo nuovo di guardare agli avvenimenti della vita. Questa doppia etimologia vede la risposta al trauma in due modi differenti: o di ferita, con esito doloroso, oppure di crescita. Nel prossimo capitolo, e fulcro di questa tesi, approfondiremo il secondo significato epistemologico esposto, noto anche con il termine di "resilienza" (Traverso &

² "Il nuovo articolo 32 TU d.lgs. 286/98, dopo la riforma operata della legge 129/2011" di Daniela Consoli, Monia Giovannetti, e Nazzarena (pag. 2-3) Zorzella. <https://file.asgi.it/studio.art.32.tu.pdf>

Marullo,2020).

Le sofferenze dei MSNA sono molteplici e hanno un impatto sulla salute mentale del minore. La separazione precoce dai genitori o dalla famiglia, il viaggio (che nella maggior parte dei casi vede il minore come soggetto vittima di violenze e sfruttamento) o le motivazioni che spingono molti giovani a migrare, riconoscibili spesso in guerre e persecuzioni nel loro paese d'origine, rappresentano gli eventi traumatici (Traverso & Marullo, 2020; Miller et al. 2018). Le migrazioni del minore, di per sé, sono eventi complessi che si sommano a traumi precedenti in situazione di vulnerabilità (Armani, cit. in Traverso & Marullo, 2020).

Le circostanze del trauma possono essere riconosciute e suddivise in tre momenti (Costella et al., cit. in Traverso & Marullo, 2020): traumi pre-migratori, traumi migratori e traumi post-migratori. Con i primi intendiamo difficoltà dovute ad esposizione a situazioni di pericolo e deprivazione oppure ad eventi di abuso; le cause sono eterogenee e dipendono dalla situazione socioeconomica-politica del paese d'origine. Nel secondo caso invece si fa riferimento a campi profughi, viaggi estenuanti, abusi, detenzione, malnutrizione, aggressioni subite. I traumi post-migratori, invece, sono collegati alle condizioni di prima e seconda accoglienza, all'adattamento ad un paese culturalmente diverso, alla condizione precaria di lavoro e alloggio, all'isolamento, alla marginalizzazione e solitudine.

Tra i disturbi psichici di cui si parla più frequentemente quando si fa riferimento ai MSNA vi sono ansia, depressione e DPTS. Quest'ultimo, secondo il manuale DSM-5

(APA, 2013), deriva da un'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave abuso sessuale. 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 DPTS. Disagi psichici, questi, che perdurano poi per anni (Keles et al., cit. in Rodriguez & Dobler, 2021).

Diversi studi indicano che la depressione e il DPTS si osservano in bambini e adolescenti richiedenti asilo che sono scappati dai conflitti, ma prima di notare l'insorgenza dei sintomi passano tendenzialmente nove anni dalla fase di pre-migrazione (Barowsky & McIntyre, cit. in Franco, 2018). In ambito di MSNA, si parla anche di disturbi dissociativi, che si contraddistinguono per una reazione di fuga del minore dalla realtà, necessaria per chi ha subito il trauma, in quanto è riconoscibile come modalità di controllo delle memorie traumatiche tramite il distacco (Franco, 2018).

Come possono, dunque, fare fronte a questi disagi psicologici i MSNA? 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, ma solo il 12-36% ha, tendenzialmente, accesso ai servizi di salute mentale (Rodriguez & Dobler, 2021). Ciò avviene a causa della presenza di alcuni ostacoli, quali le barriere linguistiche, l'elevata frequenza di ricollocazione (con conseguente difficoltà di registrazione nei servizi sanitari locali), la mancanza di conoscenza dei servizi disponibili, sia riguardo ai Servizi di Salute Mentale per Bambini e Adolescenti che i servizi gratuiti, e infine i 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).

CAPITOLO 2

LA RESILIENZA NEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

In questo capitolo viene presentata una breve rassegna degli studi condotti negli ultimi dieci anni sul ruolo della resilienza nella salute mentale dei MSNA. La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando il motore di ricerca Google Scholar e inserendo le seguenti parole chiave: “*unaccompanied foreign minors*”, “*acculturation and resilience*”, “*attachment and resilience*”, “*resilience in unaccompanied minors*”, “*trauma in unaccompanied refugee minors*”. Dopo la lettura degli abstract degli studi emersi, ne ho selezionati 20 in quanto erano maggiormente pertinenti con l’oggetto di studio.

2.1 Definizione e modelli teorici

L’American Psychological Association (2014) ha definito la resilienza come “il processo di adattarsi bene di fronte alle avversità, ai traumi, alle tragedie, alle minacce o anche alle fonti di stress significative”. Tuttavia, questa definizione non riflette completamente la natura del concetto, che include diversi fattori biologici, psicologici, sociali e culturali i quali interagiscono tra loro per determinare come le persone rispondono ad eventi stressanti e traumatici (M. Southwick et al., 2014).

Se inizialmente il concetto era più statico, più recentemente si è evoluto dando spazio al contributo dinamico di moderazione tra i “fattori di resilienza” (Bonanno & Diminich; Masten, cit. in Rodriguez & Dobler, 2021). Tale concetto può applicarsi a una

o più domini della vita e spesso coesiste con difficoltà di salute mentale (Bonanno, cit. in Rodriguez & Dobler, 2021): tesi confermata anche da Papadopoulos (cit. in Rodriguez & Dobler, 2021), il quale affermò che le difficoltà di salute mentale possono essere parte del processo di adattamento a situazioni definite anormali. I vari fattori a cui si fa riferimento sono intesi come tratti cumulativi intra-individuali (relazioni individuali e relazionali) e/o fattori contestuali (comunità, cultura). Con il termine “avversità” ci si riferisce a contesti o esperienze negative che hanno il potenziale di distruggere o cambiare le funzioni adattive e di sviluppo (Obradovic et al., cit. in Yates et al., 2015). Queste possono essere croniche, come ad esempio la povertà, oppure acute, per esempio essere vittima di abusi sessuali (Yates, 2015).

È necessario parlare di resilienza, di fattori di resilienza e di avversità che devono trovare il giusto modo e una cura mirata per essere superate dal minore, per costruirsi una prospettiva di futuro positivo. Anche se il supporto psicologico fornito ai MSNA è ancora distante da un buon coinvolgimento, questi soggetti dimostrano comunque una considerevole capacità di resilienza. Tramite alcuni studi che hanno indagato i fattori individuali e sistemici che promuovono la riabilitazione dei MSNA, sono state individuate quattro “aree di resilienza” (Rodriguez & Dobler, 2021): (1) fattori individuali, quali comportamento prosociale e capacità di problem solving; (2) relazioni instaurate nel corso della vita, ossia relazioni positive con la famiglia, connessione continua con la famiglia e il paese d’origine e relazioni con pari e adulti positive anche nel paese ospitante; (3) acculturazione, rappresentata da una buona integrazione nel paese ospitante; (4) disposizioni di cura.

Più specificatamente, un concetto di sé stabile e una buona capacità di autoregolarsi, senza ricorrere all'utilizzo di impulsività e aggressività, insieme a una buona flessibilità cognitiva sono i tratti riconosciuti come fattori di resilienza intrapersonali. Tra i fattori interpersonali troviamo la qualità delle relazioni passate (relative al paese d'origine) e quelle attuali, intese come relazioni mantenute con la famiglia tramite l'utilizzo della tecnologia, e rapporti instaurati con la società d'accoglienza.

Studi qualitativi dimostrano che il trasferimento per i MSNA in un paese occidentale è fonte di grande stress, risulta dunque essenziale il mantenimento di legami con le famiglie dopo la migrazione, sia di persona che tramite l'utilizzo della tecnologia (Nardone & Correa-Velez, cit. in Rodriguez & Dobler, 2021). I ragazzi che mantengono contatti con la famiglia di origine sono facilitati nel costruire nuove e sane relazioni con i coetanei e gli adulti nel paese ospitante rispetto a coloro che non hanno una connessione con la famiglia. Inoltre, tale contatto è correlato con una minore incidenza del DPTS, depressione e ansia (Sierau et al., cit. in Rodriguez & Dobler, 2021).

Oppedal et al. (2018) hanno condotto uno studio in Norvegia volto a comprendere le differenze tra MSNA che raggiungono una buona salute mentale (definiti *sani o resilienti*) e coloro che invece hanno mantenuto o sviluppato una scarsa salute mentale (*clinici o vulnerabili*). Sani, resilienti, vulnerabili o clinici sono i quattro sottogruppi individuati in 918 MSNA considerando il ruolo dell'esposizione traumatica pre-migratoria e i fattori di acculturazione nelle traiettorie a lungo termine dell'adattamento psicologico. I risultati hanno dimostrato che il 60% dei MSNA poteva essere definito *sano o resiliente*.

Altri studi condotti in precedenza avevano già sottolineato la tesi sopra supportata: Montgomery (cit. in Keles et al., 2018) ha riscontrato che, sulla base della misurazione di problemi psicologici all'arrivo del minore e una successiva misurazione di follow-up 8 anni dopo, il 22% di essi poteva essere classificato come "adattato", ossia mostrava un recupero alla misurazione del follow up rispetto ai problemi riscontrati all'arrivo (Keles et al., 2018).

2.2 Acculturazione e resilienza

L'acculturazione è il processo di adattamento a una nuova cultura quando una persona si trova a vivere in un contesto bi/multiculturale (Oppedal & Toppelberg, cit. in Rodriguez & Dobler, 2021). Come ha sottolineato Chirkov (cit. in Oppedal & Idsoe, 2012), la definizione deve considerare la relazione reciproca tra l'acculturazione e lo sviluppo biofisico e psicosociale del minore; inoltre, è impossibile distinguere i cambiamenti inerenti allo sviluppo ontogenetico (sviluppo biologico dell'essere vivente) dei bambini e i cambiamenti che dovrebbero essere il frutto dell'acculturazione (Sam & Oppedal, cit. in Oppedal & Idsoe, 2012). È quindi importante definire l'acculturazione come un processo di sviluppo dinamico che prevede l'acquisizione della competenza culturale, abilità di comunicazione e modelli di comportamento della società maggioritaria (Oppedal & Idsoe, 2012), e dall'altro la necessità di mantenere valori e tradizioni della propria cultura.

Diversi studi indicano che una positiva acculturazione è associata a una maggiore resilienza (Keles et al., 2018). Ad esempio, Keles et al. (2018) hanno seguito più di 900

MSNA norvegesi notando che una permanenza nel paese di accoglienza di almeno quattro anni era correlata con maggiori punteggi nella competenza culturale, e questa a sua volta era associata a una maggiore capacità di resilienza nel tempo.

Altri studi hanno dimostrato che livelli più alti di competenza nella cultura di origine e in quella ospitante erano associati a minori problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei MSNA, indipendentemente dal loro status socioeconomico, dal loro genere e da fattori esterni (Oppedal et al., cit. in Keles et al., 2018). Pertanto, questi, possono essere considerati fattori protettivi per la salute mentale.

Ni Raghallaigh & Sirriyeh (cit. in Rodriguez & Dobler, 2021) hanno condotto uno studio sul ruolo protettivo del processo di acculturazione grazie al mantenimento di alcune tradizioni tipiche del paese d'origine. In sostanza, dai risultati è emerso che continuare a effettuare riti religiosi, incontrare e mantenere contatti con le persone che condividono la propria cultura (lingua, consumo di cibo e film tipici) facilita l'acculturazione nel paese ospitante. La continua connessione con la cultura di origine permette ai minori di abbracciare la cultura ospitante in modo positivo e meno stressante (Rodriguez & Dobler, 2021).

Tuttavia, nel processo di acculturazione i MSNA possono incontrare dei limiti e delle difficoltà. L'acculturazione coinvolge non solo lo sviluppo delle competenze, ma anche l'esposizione a fattori di rischio importanti. Con il termine "fattori di rischio" si intendono tutti gli elementi associati a una probabilità molto alta di insorgenza o durata di una patologia o malessere psicologico. Quelli a cui si fa riferimento in questa particolare situazione si possono suddividere in due categorie: (1) problemi all'esterno

del gruppo, (2) problemi all'interno del gruppo. I primi rappresentano la non comprensione del modo di pensare e di comportarsi nel paese di accoglienza. I secondi invece possono essere costituiti da pressioni o minacce da parte di persone che fanno parte dell'etnia di appartenenza, perché il minore non ha difeso valori e tradizioni della cultura di origine (Abouguendia & Noels, cit. in Keles et al., 2018). Questi fattori causano esperienze di discriminazione, senso di esclusione, di frustrazione e di conflitto interno tra la cultura di accoglienza e il gruppo etnico di appartenenza. Per esempio, è stato rilevato che il trauma pre-migratorio spiega il 7% di varianza dell'insorgenza di depressione nel minore, mentre la frustrazione e i problemi generali derivanti dall'acculturazione spiegano il 41% di varianza nella depressione, sottolineando come i fattori di stress derivanti da esperienze post-migratorie abbiano un'influenza molto forte sul benessere/malessere psichico dei MSNA (Keles et al., 2018).

2.3 Attaccamento e resilienza

Ad accomunare la storia di tutti i MSNA c'è un punto focale: la separazione dalla famiglia di appartenenza, certamente in modi differenti (es. perdita dei genitori durante un conflitto, o allontanamento per cercare un futuro migliore altrove), ma che comporta in ogni caso la perdita delle figure di attaccamento (Sleijpen et al., 2022). Specialmente per i MSNA, la necessità della presenza di un adulto con cui condividere un legame profondo e di fiducia è essenziale, soprattutto come supporto emotivo in relazione ai traumi e alle avversità che il minore può aver subito e che si troverà ad affrontare nel paese ospitante (Mikulincer & Shaver, cit. in Sleijpen et al., 2022).

Come già anticipato nel par. 2.2, perché il minore viva la miglior esperienza di integrazione si parla non solo della costruzione di nuove relazioni positive, ma anche del mantenimento delle relazioni forti con i genitori o chi si prendeva cura del minore nel paese di origine, contatto essenziale che permette di provare una sensazione di sicurezza e confidenza durante la transizione nel paese ospitante, data anche dalla creazione di relazioni nel nuovo paese con persone con il medesimo background culturale tradizionale (Juang et al., 2018). O'Higgins et al. (cit. in Juang et al., 2018) in uno studio sottolineano che i MSNA che vivono il primo periodo in case di accoglienza piccole e con famiglie culturalmente abbinate presentano una maggiore resilienza nella salute mentale.

Risulta importante per questi minori costruire delle relazioni molto strette (Juang et al., 2018), perché esse possono ridurre i problemi di salute mentale, oltre ad essere un facilitatore per l'adattamento psicologico e socioculturale nel paese del reinsediamento. Secondo la teoria dell'attaccamento, le persone beneficiano psicologicamente dalla possibilità di essere affiancati da figure di attaccamento nei momenti di stress, in quanto il processo che porta l'infante a ricercare il conforto nell'altra persona attiva un'esperienza di base sicura interiorizzata, permettendo così alla persona di regolare le proprie emozioni in modo più tranquillo e positivo (Holmes, cit. in Juang et al., 2018). Questa tranquillità permette, durante periodi stressanti, di restare relativamente calmi e perseguire una buona salute mentale prolungata nel tempo.

A sostegno di ciò, uno studio di Polek et al. (cit. in Juang et al., 2018) ha dimostrato come gli stili di attaccamento risultino essere predittivi dell'adattamento psicologico e socioculturale degli immigrati molto di più rispetto ad altri fattori che sembrano essere

meno importanti (come l'età o l'istruzione). Tuttavia, spesso si riscontrano dei fattori che vanno ad impedire la costruzione di legami profondi e sani con un adulto nel paese ospitante. I MSNA devono adattarsi a un ambiente di accoglienza che risulta spesso ostile in quanto culturalmente diverso. Tipicamente, essi ricevono sostegno da adulti sconosciuti e mutevoli, anche per il trasferimento in diversi centri di accoglienza dei minori. Tutto ciò, sommato a schemi di attaccamento danneggiati a causa di traumi già vissuti, come la separazione dalla famiglia di origine, comporta una difficoltà personale del minore nello stabilire relazioni significative di fiducia con adulti sconosciuti (Ni Raghallaigh, 2013; Miller et al., cit. in Rodriguez & Dobler, 2021). Infatti, nel momento in cui il minore percepisce un'assenza o un rifiuto da parte di una figura adulta, viene minato il senso di sicurezza dell'attaccamento portando alla costruzione di modelli di attaccamento negativi legati all'insicurezza (evitamento, ambivalenza). In tal modo, mentre modelli positivi di attaccamento permettono al minore di proteggersi dalle avversità e sviluppare una positiva salute mentale, i modelli di attaccamento insicuri possono aumentare il rischio di sviluppare problemi di salute mentale che vanno ad aggiungersi ai traumi già subiti (Greenberg; Hauser & Allen, cit. in Juang, 2018).

CAPITOLO 3

POSSIBILI INTERVENTI

Problemi del sonno, disturbi di concentrazione, depressione, ansia, sintomi da DPTS, aggressività, bassa autostima, abuso di sostanze, comportamenti violenti, psicosi sono solo alcuni dei possibili problemi emotivi, di sviluppo e comportamentali che possono coinvolgere la vita dei MSNA (Burnett & Peel; Dyregrov, Gjestad & Raundalen,; cit. in Katsounari, 2014). La risposta di questi minori ai fattori di forte stress che comportano l'insorgere di questi disagi è determinata dalla natura, dalla durata e dall'esposizione alla fonte di stress, oltre che dall'età, dalle caratteristiche individuali, dalle esperienze di vita precedenti, dai meccanismi di coping e dal supporto sociale del bambino (Katsounari, 2014).

In questo capitolo vengono presentati due principali metodi di intervento che utilizzano due approcci differenti per la risoluzione dell'ansia, della depressione e del DPTS. Per motivi soprattutto culturali, che pongono delle barriere per esempio linguistiche tra il professionista e il minore, gli interventi in questi casi si basano perlopiù sull'approccio cognitivo-comportamentale; analizzeremo però anche uno studio che ha utilizzato un approccio psicodinamico.

3.1 Interventi in ambito scolastico: l'approccio cognitivo comportamentale

Nel momento in cui i MSNA abbandonano il loro paese di origine, nella maggior parte dei casi possiedono bassi livelli di istruzione e nel corso del loro viaggio non ricevono

alcuna istruzione. Questi punti di partenza rappresentano potenziali sfide educative per lo sviluppo cognitivo e delle competenze del bambino una volta arrivato nel paese di accoglienza. Tendenzialmente i MSNA accedono a scuola, ai Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti o alla scuola secondaria di I grado: nel primo caso si fa riferimento ad ambienti più accoglienti che si prendono carico dei bisogni educativi speciali del minore, seppure molto affollati, mentre nella scuola secondaria il rischio di dispersione è molto alto, in quanto non ci sono le risorse da mettere in campo per colmare il gap educativo e culturale tra il MSNA e il resto dell'ambiente.

Nonostante spesso non ci siano gli strumenti adeguati per far fronte ai bisogni educativi speciali dei MSNA, la scuola rappresenta comunque un'importante arena dove il minore viene educato, imparando non solo le nozioni accademiche, ma anche a costruire un rapporto con la cultura del paese, istruirsi rispetto alle proprie abilità sociali, alle proprie competenze riguardo ai comportamenti culturalmente accettati e alla creazione di legami che rappresentino per lui un punto di forza nel paese ospitante (Oppedal & Idsoe, 2012).

Sebbene negli anni siano stati valutati pochi programmi per i MSNA, quelli che sono stati studiati hanno dimostrato di essere efficaci nella riduzione dei sintomi traumatici e nel miglioramento dell'esperienza accademica (Nadeem et al.; Unterhitzberger et al.; cit. in Franco, 2018), anche se non sono stati ancora adattati al contesto italiano.

In base alla letteratura esistente, è possibile individuare tre tipi di intervento implementati a scuola che hanno dato la prova di essere efficaci nella gestione dei traumi

vissuti dai MSNA: la Terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la Terapia cognitivo-comportamentale incentrata sul Trauma (TF-CBT) e l'Intervento cognitivo-comportamentale per il trauma nelle scuole (CBITS), (Franco, 2018).

La CBT è una modalità terapeutica sviluppata da Aaron T. Beck e ha come fondamento l'attenzione a pensieri, comportamenti e sentimenti associati a distorsioni del pensiero catastrofico del minore (Beehler et al.; Murray et al.; cit. in Franco, 2018). Questo tipo di trattamento è risultato positivo per il trattamento del trauma nei giovani e anche nelle popolazioni di rifugiati traumatizzati dalla guerra, anche se i soggetti hanno poche competenze di scrittura, lettura o disegno. Tra gli interventi specifici per la scuola più efficaci che utilizzano le tecniche CBT troviamo la TF-CBT e la CBITS, che si sono dimostrate utili per ridurre i sintomi del DPTS, depressione e ansia, nonché per il trattamento di bambini che hanno subito abuso sessuale e altre varie forme di trauma (Beehler et al, cit. in Franco, 2018).

La TF-CBT enfatizza l'uso dell'esposizione, l'elaborazione cognitiva, la gestione dello stress, il trattamento parentale e la modifica interculturale (Cohen et al.; Unterhitzenberger et al.; cit. in Franco, 2018). Si tratta di un intervento a breve termine, che prevede un lavoro di 12-16 settimane con un incontro a settimana, ognuno della durata massima di 90 minuti; è funzionale per la rapidità dell'intervento, visto che risulta complesso mantenere un rapporto costante con i minori.

La CBITS è invece un intervento di gruppo che utilizza tecniche cognitivo-comportamentali, basato sulle abilità per alleviare sintomi di depressione, ansia e DPTS nei bambini età compresa tra i 10 e i 15 anni esposti a eventi traumatici (Nadeem et al.,

cit. in Franco, 2018). Questi interventi si svolgono in gruppi composti da 6-8 bambini, della durata di un'ora, erogati in 10 sessioni. Inoltre, il protocollo include delle sessioni (da una a tre) individuali, due sessioni con i genitori e una di formazione con gli insegnanti, permettendo ai minori di imparare sei tecniche cognitivo-comportamentali come, ad esempio, l'allenamento al rilassamento e la reazione al trauma. Questa tecnica pone particolare attenzione alle diversità culturali dei partecipanti, cercando sempre più di adattare gli incontri di gruppo a tutte le necessità dei minori (Franco, 2018).

Entrambi questi interventi sono facilmente applicabili all'interno degli ambienti scolastici perché possono essere messi in atto da assistenti sociali scolastici, consulenti di orientamento, psicologi scolastici o specialisti dell'educazione.

3.2 Interventi individuali: l'approccio psicodinamico

L'approccio psicodinamico pone l'accento sul trauma che frantuma la costruzione del sé in relazione agli altri. Gli eventi traumatici, infatti, hanno un'influenza non solo sulle strutture psicologiche del minore, bensì anche sui sistemi di attaccamento e significato che permettono la costruzione di un legame tra l'individuo e la comunità che lo circonda; ciò avviene perché il trauma può essere assimilato dal bambino come uno schema interiore del sé in relazione al mondo esterno (Garland, cit. in Katsounari, 2014). Il trauma può mettere in discussione la propria identità, la propria autonomia conquistata nel tempo, le proprie competenze, e quando questo va a toccare le relazioni di attaccamento importanti del bambino, le difficoltà del minore con le relazioni saranno più gravi e accentuate (Heller & Lapierre, cit. in Katsounari, 2014).

L'obiettivo dell'approccio psicodinamico-relazionale è quello di facilitare un'esperienza relazionale positiva con il minore attraverso la quale l'utente può dare un senso differente alla propria vita e all'impatto degli eventi traumatici all'interno di un rapporto che risulta essere sano, positivo e protettivo (Katsounari, 2014). La terapia si basa sull'elaborazione dei ricordi traumatici, senza eliminarli, ma facendo sì che essi non siano totalizzanti nella quotidianità del minore, ma che diventino piuttosto parte del tutto, permettendo al minore di ripristinare il senso di controllo e di sviluppo autentico del sé. Durante il trattamento l'utente potrà tornare nel passato, vivendo ciò che spesso non ha potuto sperimentare durante il processo di sviluppo e stabilire nuovamente delle relazioni sane (Heller & Lapierre, cit. in Katsounari, 2014).

Uno studio di caso condotto negli USA su un MSNA di 16 anni con sintomi di DPTS e trattato da una terapeuta professionista con l'utilizzo dell'approccio relazionale psicodinamico è stato riportato da Katsounari (2014). Gli autori hanno riscontrato molti benefici derivanti dalla psicoterapia psicodinamica nel trattamento del DPTS, facilitando la risoluzione dei problemi interpersonali correlati al disturbo. I clinici psicodinamici partono dal presupposto che l'elaborazione dei traumi passati e lo sviluppo dell'insight aiutino i pazienti a fare fronte alle situazioni di stress della loro vita e ad essere più resilienti in merito a possibili fattori di stress futuri (Schottenbauer et al., cit. in Katsounari, 2014). L'evidenza empirica ha sottolineato miglioramenti importanti tramite l'utilizzo di questi approcci: una migliore autostima, alta capacità di risolvere la reazione al trauma tramite capacità riflessive, una minore dipendenza dalle "difese immature",

modelli di lavoro più sicuri nella costruzione di relazioni e un miglior funzionamento sociale.

Come anticipato all'inizio di questo capitolo, si tratta di un approccio meno utilizzato anche a causa delle maggiori difficoltà applicative se paragonato all'approccio cognitivo-comportamentale. Fondamentale dev'essere l'attenzione del terapeuta nel rispettare l'influenza del trauma, della cultura di appartenenza del minore, della barriera linguistica che spesso richiede la presenza di un mediatore linguistico-culturale e delle complicazioni comportate dalla presenza del minore in un paese ospitante che probabilmente gli risulta ancora ostile.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il presente elaborato aveva l'obiettivo di indagare lo status di MSNA in Italia, nel capitolo introduttivo dal punto di vista legislativo e sociale, necessario per inquadrare il fenomeno e, successivamente, con focus sull'impatto dei traumi pre-migratori, migratori e post-migratori nella salute mentale del minore, mettendone in luce non solo le difficoltà ma anche i punti di forza che i MSNA dimostrano in risposta alle avversità.

La letteratura indica che la presenza di MSNA nel territorio italiano è in continua crescita, anche a causa dei numerosi conflitti che sono diffusi in molte zone del mondo. Questa categoria di persone è fortemente svantaggiata sotto diversi punti di vista, in quanto si tratta di minori e, in quanto tali, totalmente privi di punti di riferimento che rappresentino un porto sicuro di fronte alle incertezze naturali di un bambino. Infatti, lo sviluppo sano di una persona prevede quanto meno una stabilità emotiva e relazionale con gli adulti che lo circondano.

I MSNA, oltre ad essere dei bambini senza la possibilità di essere accompagnati nel loro percorso di crescita e inserimento sociale, sentono maggiormente questa mancanza nel momento in cui vengono esposti a situazioni traumatiche che possono condizionare il resto della loro vita. La ricerca bibliografica presentata in questa tesi ha infatti confermato e sottolineato come i traumi pre-migratori, migratori e post-migratori abbiano un'influenza forte e diretta sull'insorgenza di sintomi legati al DPTS, depressione e ansia: disagi psichici, questi, che perdurano poi per anni (Keles, Isdoe, Friborg, Sirin & Oppedal, 2018).

L'acculturazione e l'attaccamento risultano essere due aspetti di vitale importanza per la resilienza, ossia la capacità dei MSNA di reagire positivamente alle avversità. Come evidenziato nel capitolo 2, le scuole possono rappresentare un nuovo punto di approdo per il bambino. La creazione di legami profondi con adulti e pari, la possibilità di integrarsi nel paese di accoglienza pur mantenendo viva la tradizione del paese di origine, la comprensione verso i bisogni educativi speciali del minore e l'attenzione al suo sviluppo sono punti importanti per permettergli di superare gli innumerevoli traumi subiti e contribuire alla costruzione di un futuro migliore.

Il ruolo dello psicologo per i MSNA risulta essenziale non solo per la rielaborazione dei traumi a posteriori, ma prima di tutto per un intervento immediato durante la fase di prima accoglienza. In mancanza di un'adeguata assistenza, infatti, i minori sono una facile preda per la criminalità organizzata. In Italia, però, i fondi predisposti per gli operatori che gestiscono l'accoglienza di MSNA sono pochi, portando con sé una difficoltà nel fornire un supporto psicologico qualificato ed immediato³.

In merito agli studi finora condotti, a mio avviso i principali limiti riguardano proprio la mancanza di attenzione e risorse messe in campo per queste persone potenzialmente vulnerabili; infatti, in Italia vi sono ancora poche ricerche e interventi volti a favorire l'integrazione e il benessere psicologico di questa fascia di popolazione. In futuro credo possa essere utile concentrarsi sull'analisi approfondita dei bisogni di

³ Minori stranieri non accompagnati: l'ascolto durante la prima accoglienza è fondamentale per evitare la fuga. *Terre des hommes, Guida Psicosociale per l'accoglienza dei minori stranieri* (2014).

MSNA, per stilare un programma di integrazione base che deve essere presente all'interno di ogni scuola nel territorio nazionale, che permetta di possedere gli strumenti adeguati per il trattamento del minore e dei suoi bisogni specifici, che sia flessibile e adattabile, in quanto si parla di singoli con diverse necessità e background culturali.

Studi futuri potrebbero indagare la sfera personale del minore, non analizzando solo l'aspetto di inserimento sociale, quanto più la possibilità di trovarsi accolti all'interno di un nuovo nucleo familiare, andando a comprendere i legami che i MSNA riescono a creare e le difficoltà che si possono riscontrare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Accorinti, M. (2016). Institute for Research on Population and Social Policies (IRPPS-CNR) Rome. Unaccompanied foreign minors in Italy: A political and social analysis. *Social Science Learning Education Journal 1: 09 September (2016)*. <http://dx.doi.org/10.15520/sslej.v1i09.15>
- Accorinti, M. (2014). *Politiche e pratiche sociali per l'accoglienza dei minori non accompagnati in Italia*. CNR Edizioni. 9 – 37.
- Barn R., Di Rosa, R. & Kallinikaki, T. (2021). Unaccompanied Minors in Greece and Italy: An Exploration of the Challenges for Social Work Within Tighter Immigration and Resource Constraints in Pandemic Times. *Social Sciences 10*: 134. <https://doi.org/10.3390/socsci10040134>
- Camera dei deputati Servizio Studi (2020). *Minori stranieri non accompagnati*. <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf>
- Catarci M. & Rocchi M. (2017). ALIA. The Inclusion of Unaccompanied Minors in Italy. *Education Sciences & Society, Vol. 8 No. 2 (2017)*. <https://journals.francoangeli.it/index.php/ess/article/view/4841>
- Consoli D., Giovannetti D & Nazzarena. "Il nuovo articolo 32 TU d.lgs. 286/98, dopo la riforma operata della legge 129/2011". 2-3. <https://file.asgi.it/studio.art.32.tu.pdf>
- Franco, D. (2018). Trauma Without Borders: The Necessity for School-Based Interventions in Treating Unaccompanied Refugee Minors. *Child and Adolescent Social Work Journal (2018)*. 551 – 565. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552-6>
- Giovannetti M. (2017). *Head of Unit for Studies and Research of Cittalia-ANCI Research, Rome*. Reception and Protection Policies for Unaccompanied Foreign Minors in Italy. *Social Work & Society, Volume 15, Issue 2, 2017*. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:464-sws-1273>

- Juang, L. P., Simpson, J. A., Lee, R. M., Rothman, A. J., Titzmann, P. F., Schachner, M. K., Korn, L., Heinemeier, D., & Betsch, C. (2018). Using attachment and relational perspectives to understand adaptation and resilience among immigrant and refugee youth. *American Psychologist*, 73(6), 797–811. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000286>
- Katsounari I. (2014). Integrating Psychodynamic Treatment and Trauma Focused Intervention in the Case of an Unaccompanied Minor with PTSD. *Clinical Case Studies*, 13 (4). 352 – 367. DOI: 10.1177/1534650113512021 <http://sagepub.com/journalsPermissions.nav>
- Keles S., Friborg O., Idsoe T., Sirin S. & Oppedal B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42(1), 52 – 63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2022). Report mensile MSNA in Italia mese di marzo. <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-marzo-2022.pdf>
- Miller A., Hess J., Bybee D & Goodkind J. (2018). Understanding the Mental Health Consequences of Family Separation for Refugees: Implications for Policy and Practice. *American Journal of Orthopsychiatry* 2018, Vol. 88, No. 1, 26 – 37. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000272>
- Oppedal B. & Idsoe T. (2012). Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation. *Anales de psicologia*, 2012, vol. 28 no. 3. 683 – 694. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.155981>
- Rodriguez Mateos I. & Dobler V. (2021). Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment – a narrative review. *Journal of Child & Adolescent Trauma* vol. 14, 559 – 569. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00385-7>

- Save The Children (2021). Il permesso di soggiorno rilasciabile al minore straniero in Italia. <https://legale.savethechildren.it/permesso-soggiorno-rilasciabile-al-minore-straniero-italia/#:~:text=Il%20minore%20straniero%20non%20accompagnato,solo%20fatto%20di%20essere%20minorenne.&text=Il%20permesso%20di%20soggiorno%20per%20minore%20et%C3%A0%20va%20richiesto%20presso,della%20Questura%20competente%20per%20territorio.>
- Sleijpen, M., Keles, S., Mooren, T. & Oppedal, B. (2022). Attachment insecurity in unaccompanied refugees: a longitudinal study. *International journal of migration, health and social care*, 18(1), 66 – 82. DOI <http://dx.doi.org/10.1108/IJMHS-05-2021-0045>
- Southwick S., Bonanno G., Masten A., PanterBrick C. & Yehuda R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Journal of Psychotraumatology*, 1-14. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Terre des Homme (2014). Minori stranieri non accompagnati: l'ascolto durante la prima accoglienza è fondamentale per evitare la fuga. *Guida Psicosociale per l'accoglienza dei minori stranieri*. <https://terredeshommes.it/comunicati/minori-stranieri-non-accompagnati-lascolto-durante-la-prima-accoglienza-e-fondamentale-per-evitare-la-fuga/>
- Traverso, A. & Marullo, E. (2020). Psychic distress and special educational needs of unaccompanied minors (UM). Stories and educational perspectives in a multiple case study. *Educazione Interculturale*, 18(2), 125–138. <https://doi.org/10.6092/issn.2420-8175/11767>
- Yates, T., Tyrell, F. & Masten, A. (2015). Resilience Theory and the Practice of Positive Psychology from Individuals to Societies. *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education and Everyday Life*. 773 – 788.