



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

Viaggi della speranza:

La salute mentale nelle ragazze minori straniere non accompagnate

**Journeys of hope: Mental health among female unaccompanied
immigrant minors**

Relatrice

Prof.ssa Ughetta Micaela Maria Moscardino

Laureanda: Pivesso Francesca Maria

Matricola: 2047244

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1.....	2
Le motivazioni e i rischi del viaggio.....	2
1.1 Chi sono i minori stranieri non accompagnati?	2
1.2 Perché fuggire?	3
1.3 Esperienze e rischi lungo il percorso	4
CAPITOLO 2.....	7
Ferite invisibili: le conseguenze psicologiche.....	7
2.1 L'arrivo sul territorio italiano	7
2.2 La salute mentale a rischio	9
2.3 La resilienza nei/nelle minori stranieri/e non accompagnati/e	13
CAPITOLO 3.....	15
Attività educative e psicoterapeutiche.....	15
3.1 Attività educative nei centri di accoglienza.....	15
3.2 Approcci psicoterapeutici	17
RIFLESSIONI CONCLUSIVE	21
BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUZIONE

Nel corso della storia, il fenomeno della migrazione è sempre stato presente. Negli ultimi anni, tuttavia, si è registrato un aumento significativo del numero di minori che arrivano in Italia, in particolare di minori non accompagnati. Infatti, tra giugno e dicembre 2023, il numero di minori non accompagnati ha raggiunto la cifra di 23.226 sul territorio nazionale.

Questo elaborato mira a sensibilizzare riguardo a questo fenomeno complesso e delicato, cercando di comprendere i fattori di rischio associati e gli effetti psicologici specifici che colpiscono le ragazze minori non accompagnate (RMSNA), un gruppo spesso trascurato negli studi se paragonato ai minori stranieri non accompagnati di genere maschile. Inoltre, si propone di descrivere alcuni possibili interventi volti a favorire il benessere e l'integrazione nella società di queste/i giovani migranti.

Durante lo svolgimento di questa ricerca bibliografica è emersa una significativa difficoltà nel trovare studi specifici focalizzati esclusivamente sulle ragazze. Questa carenza potrebbe essere dovuta al numero inferiore di ragazze che arrivano in Europa da sole rispetto ai loro pari di sesso maschile. Di conseguenza, ho cercato di orientare la mia analisi verso studi che includessero campioni misti di maschi e femmine. Tuttavia, anche in questi studi, il numero di ragazze risultava notevolmente inferiore rispetto a quello dei ragazzi.

CAPITOLO 1

Le motivazioni e i rischi del viaggio

1.1 Chi sono i minori stranieri non accompagnati?

I minori stranieri non accompagnati (MSNA) sono “bambini minori di 18 anni, a meno che non ci sia una legge specifica che ne dichiari la maggior età, che sono stati separati da entrambi i genitori e altri parenti e non hanno nessuno che si prenda cura di loro” (Art. 1, *Convention on the Rights of the Child*, 1989). Tali minori vengono definiti stranieri, perché si trovano in un paese diverso da quello di nascita. Le Nazioni Unite utilizzano questo termine per identificare i soggetti vulnerabili, in modo da prevedere per loro delle norme che ne garantiscano protezione, assistenza e un trattamento adeguato a livello mondiale. Il fatto di essere non accompagnato può essere dovuto alla perdita dei genitori, sia a causa di conflitti armati e guerre civili nei paesi di origine, sia durante il viaggio verso una nuova destinazione. In alcuni casi, i genitori stessi spingono i propri figli a fuggire autonomamente o li affidano a qualcun altro per cercare sicurezza altrove.

I dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali italiano mostrano che il maggior numero di MSNA appartiene al genere maschile e solitamente ha un'età maggiore di 16 anni (oltre il 73% su 88,4% di MSNA, nel semestre giugno-dicembre 2023). La porzione di minori che appartiene al genere femminile viene definita con l'espressione “ragazze minori straniere non accompagnate” (RMSNA): secondo i dati del semestre giugno-dicembre 2023, il numero di RMSNA è stato di 2.684 (11,6%). La maggior parte di queste ragazze proviene dall'Ucraina (2.100), il restante numero, invece, proviene dal continente africano. Se andiamo a confrontare i dati delle RMSNA in arrivo in Italia prima dello scoppio della guerra russo-ucraina, il numero risulta essere molto basso (333 su 12.284, ovvero il 2,7% sul totale degli MSNA).

1.2 Perché fuggire?

L'obiettivo principale della fuga delle RMSNA è scappare dalle guerre, dai problemi politici, ambientali, economici, sociali (mutilazioni genitali) e familiari (matrimoni forzati) in cerca di un futuro migliore. Nella maggior parte dei casi sono loro stesse che decidono di scappare dalla propria condizione; raramente la famiglia le aiuta a fuggire.

La guerra è la causa principale per cui le persone migrano dal proprio paese: secondo i dati dell'*Armed Conflict Location & Event Data Project*, si stima che 1 persona su 7 della popolazione mondiale sia esposta ad un conflitto armato. Le guerre hanno effetti diretti e indiretti sulla popolazione (Kadir et. al., 2019). Gli effetti diretti sono, oltre la morte, le lesioni fisiche (lesioni penetranti e da schiacciamento, traumi da corpo contundente, ustioni, amputazioni dovute dalle esplosioni, bombardamenti, colpi di arma da fuoco e crollo di edifici), violenze fisiche e sessuali, infezioni sessuali, malnutrizione, intossicazione e avvelenamento da gas. Tra gli effetti indiretti, invece, è possibile trovare difficoltà di accesso ai bisogni primari (alimentazione, sanità, educazione), sviluppo di malattie e infezioni fisiche (respiratorie, gastrointestinali), abuso e trascuratezza, cambiamenti di ruolo dovuti alla perdita o alla malattia dei genitori. In particolare, le donne e le ragazze cercano di procurarsi soldi per poter sfamare la famiglia, ad esempio attraverso la prostituzione (Kadir et. al., 2019, Che Chi et al., 2015). Importanti effetti indiretti sono i traumi psicologici, che causano l'aumento di stress e lo sviluppo di disturbi mentali legati a queste esperienze.

La guerra porta ad un impoverimento della società, che a sua volta comporta "deprivazione nella salute (nutrizione e mortalità infantile), mancanza di educazione e di standard di vita minimo (combustibile per cucinare, igiene, acqua potabile, elettricità, alloggio, vestiario, medicinali), che influenzano direttamente la vita e il benessere della

persona” (*Global Multidimensional Poverty Index, 2023, p.4*). Secondo i dati del Global MPI (strumento per misurare la povertà) nel 2023, su 110 paesi nel mondo, 1.1 miliardi di persone erano povere, tra queste circa 566 milioni erano minori di diciotto anni.

In condizioni di forte povertà, spesso le famiglie obbligano le figlie a sposarsi con un uomo molto più anziano dietro un compenso che useranno per vivere e che varia anche in base al grado di conoscenza della persona, ad esempio in Siria un cugino paga circa 10.000-15.000 SYP (che corrispondono a 3-5€), mentre un non familiare paga circa 20.000-30.000 SYP, ovvero circa 7-10€ (Mourtada et al., 2017). Il matrimonio forzato minorile, che in alcune culture è anche una pratica tradizionale (es. Niger, Repubblica Centrafricana, Bangladesh, India), è l’unione che coinvolge almeno un individuo al di sotto dei 18 anni di età senza il suo consenso (specialmente ragazze). Esso costituisce una grave violazione dei diritti umani, comportando vari rischi, tra cui gravidanze indesiderate o premature, violenza domestica, isolamento sociale, interruzione scolastica, limitazione della libertà personale e violenza domestica (UNICEF, giugno 2024).

1.3 Esperienze e rischi lungo il percorso

A causa della difficoltà di accesso ai canali di migrazione regolare, dovuta sia alla scarsa conoscenza delle vie di migrazione sicure, sia alla difficoltà di ottenere i necessari permessi per entrare nei paesi di destinazione, le RMSNA sono costrette a lasciare il proprio paese in modo irregolare (Idemudia et. al., 2020). Il viaggio che le ragazze affrontano per arrivare in Europa è lungo (mesi o anni) e pieno di pericoli. Molte di esse attraversano via terra il continente africano, partendo da paesi come Senegal, Camerun, Congo, Eritrea, e raggiungono le coste della Libia e della Tunisia, da dove poi attraversano il Mar Mediterraneo. Quelle che partono dal continente Asiatico, come Pakistan, Myanmar, Bangladesh, Siria, Afghanistan, Iraq, entrano in Europa attraverso la

rotta balcanica (Idemudia et. al., 2020). Sia che venga scelto l'attraversamento del Mediterraneo, sia che vengano scelti i Balcani, i rischi e le conseguenze che incontrano le RMSNA sono i medesimi (Idemudia et. al., 2020).

Durante il viaggio e nei campi di detenzione le RMSNA spesso subiscono violenza sessuale da parte dei trafficanti; talvolta i trafficanti obbligano i compagni di viaggio di sesso maschile ad abusare le ragazze in pubblico, come pretesto punitivo nei loro confronti (Women's Refugees Commission, 2019). Inoltre, molte ragazze, anche di giovane età, per prevenire gravidanze indesiderate riescono a procurarsi la pillola anticoncezionale o altre forme di contraccezione. Alcune testimonianze spiegano come questo tipo di violenza venga utilizzata anche come forma di estorsione di denaro; ad esempio, in un campo di detenzione in Libia, alcuni trafficanti hanno violentato una ragazza per sei giorni di fila affinché la famiglia inviasse più soldi, portando alla morte della ragazza (Idemudia et. al., 2020). Le violenze fisiche, come i pestaggi e le percosse, sono all'ordine del giorno. Vengono comminate quando una persona "fa perdere tempo" al resto del gruppo o quando la tangente dei vari attraversamenti non è fornita in contanti.

Nella rotta mediterranea il rischio di morte è elevato a causa di annegamento o asfissia, dovuti all'inalazione di benzina o al sovraffollamento delle barche, oltre che per disidratazione o inedia. Il 17 giugno 2024, al largo di Roccella Jonica, a causa di un naufragio del mezzo su cui viaggiavano (una barca a vela) sono morte circa 50 persone, tra queste 26 erano bambini. Lo stesso giorno è avvenuta un'altra tragedia simile al largo del Mediterraneo, in cui sono state ritrovate dieci persone decedute, probabilmente per asfissia, nello scafo della barca, mentre le restanti sono state portate in salvo sull'isola di Lampedusa (Redazione Corriere, 2024).

Nei percorsi via terra la morte è spesso causata dalla fatica, dalle temperature estreme del deserto, dalle malattie e dalla carenza di cibo e acqua. Inoltre, si registrano casi di morte durante il parto a causa della mancanza di professionisti qualificati. Secondo i dati dell'*International Organization for Migration* (IOM), nel giugno del 2016 almeno 250 migranti sono morti, nel deserto del Sahara, di disidratazione, di fame e a causa del caldo (la temperatura raggiunge i 40°C); nello stesso periodo, vicino al confine con l'Algeria, sono state trovate morte 34 persone, tra cui 20 bambini, dopo essere stati abbandonati dai trafficanti.

La tratta di esseri umani è un altro pericolo a cui le RMSNA vanno incontro; essa prende forme diverse, come sfruttamento del lavoro, sfruttamento sessuale e servitù domestica. Uno studio condotto da Cockbain e colleghi (2019), basato sui dati delle vittime di tratta presenti nel Regno Unito, ha identificato lo sfruttamento sessuale delle ragazze (di età compresa tra 10 ai 55 anni circa) come la forma prevalente di traffico umano ($n=1076/1635$). Questo è seguito dal traffico umano per servitù domestica ($n=291/1635$), che coinvolge vittime di età compresa tra 6 e 67 anni.

La separazione dai propri genitori o caregiver e l'esposizione a queste esperienze traumatiche, prima e durante il viaggio, tendono ad incrementare il rischio di sviluppare problemi di salute mentale nelle RMSNA.

CAPITOLO 2

Ferite invisibili: le conseguenze psicologiche

È molto difficile trovare degli studi che indaghino esclusivamente le conseguenze sulla salute mentale nelle RMSNA, dato che il numero di coloro che riescono ad arrivare in Europa è molto ridotto. Quando questi studi sono disponibili, spesso includono anche i coetanei maschi, poiché, come detto in precedenza, rappresentano una parte molto più numerosa. Per questo motivo, in questo capitolo verranno esaminati gli effetti psicologici sia nelle ragazze, sia nei ragazzi.

2.1 L'arrivo sul territorio italiano

Al loro arrivo sul territorio italiano, secondo l'articolo 3 della Legge 47/2017¹, i minori stranieri non accompagnati non possono essere respinti e hanno diritto ad essere correttamente identificati e collocati in strutture di accoglienza dedicate (UNHCR, 2020). L'accoglienza dei minori si articola in due fasi: una prima fase in strutture governative ad alta specializzazione, e una seconda fase nel Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI).

La normativa prevede che la prima accoglienza sia garantita in centri attivati e gestiti dal Ministero dell'Interno. Le strutture di prima accoglienza forniscono servizi per il tempo strettamente necessario (non oltre i 30 giorni), durante il quale i minori vengono identificati e sottoposti a visite mediche necessarie, prima di essere trasferiti nei centri di

¹ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, art. 19 "Divieto di espulsione e di respingimento". In particolare, il comma 1 stabilisce che *"In nessun caso può disporsi l'espulsione o il respingimento verso uno Stato in cui lo straniero possa essere oggetto di persecuzione per motivi di razza, di sesso, di orientamento sessuale, di identità di genere, di lingua, di cittadinanza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali o sociali, ovvero possa rischiare di essere rinvio verso un altro Stato nel quale non sia protetto dalla persecuzione."*

In aggiunta, il comma 1-bis specifica ulteriormente le tutele per i minori stranieri non accompagnati, affermando che *"In nessun caso può disporsi il respingimento alla frontiera di minori stranieri non accompagnati."*

seconda accoglienza del SAI. In caso di temporanea indisponibilità di posti nei centri di prima o seconda accoglienza, l'assistenza e l'accoglienza dei minori sono temporaneamente garantite dal Comune.

Il SAI (Legge 18 dicembre 2020 n.173, precedentemente noto come SIPROIMI) è costituito dalla rete degli enti locali con lo scopo di “garantire interventi di accoglienza integrata, includendo vitto e alloggio, misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento ai minori non accompagnati” (Sistema di accoglienza e integrazione, 2020). Questa rete di accoglienza è presente soprattutto nel Sud Italia (63,6%), seguita dalle regioni del Nord (26,82%) e del Centro (9,5%).

Se la presa in carico avviene a seguito di un rintraccio sul territorio, vengono contattate le Forze dell'Ordine e i Servizi Sociali del Comune per effettuare una serie di accertamenti riguardanti possibili violenze fisiche, psicologiche e sessuali, e per identificare la sua identità. Contemporaneamente, viene individuato un luogo di accoglienza adeguato al/la minore e la sua presenza viene segnalata a vari servizi del Governo italiano, tra cui il Procuratore della Repubblica del Tribunale dei Minorenni, la Questura e la Prefettura del territorio.

La procedura è diversa per i/le minori che arrivano a seguito di sbarco. Nei luoghi di sbarco vengono solitamente installati degli hotspot dove operano il personale dell'Ufficio dell'Immigrazione, la Polizia Scientifica e le Organizzazioni Non Governative (ONG). In questi luoghi, oltre ai vari accertamenti medici, viene effettuata una pre-identificazione per individuare i soggetti vulnerabili, tra cui i/le minori non accompagnati/e. Successivamente, i migranti “vengono identificati tramite un fotosegnalamento e un esame dei documenti”. Una volta identificato/a un/a minore, la sua presenza viene immediatamente segnalata all'Ufficio Immigrazione, alle Forze di Polizia

e alla Prefettura per la richiesta di posti di accoglienza (Ministero dell'Interno, 2021). Talora, in quelle situazioni in cui i minori arrivano sulle navi commerciali e queste sostano nei porti per qualche giorno, la ricerca di posti nei sistemi di accoglienza avviene prima dello sbarco per consentirne un rapido inserimento.

2.2 La salute mentale in pericolo

Affrontare e vivere esperienze traumatiche non è semplice per un/a bambino/a o un/a adolescente e spesso comporta gravi conseguenze sulla salute mentale, influenzandone il comportamento e le azioni nel nuovo contesto sociale.

Nei MSNA, i disturbi più comunemente riscontrati sono il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione e il disturbo d'ansia. Tuttavia, altre ricerche hanno evidenziato comportamenti o ideazioni suicidarie, nonché problemi comportamentali ed emotivi (Calveras et al., 2022).

Il PTSD è “un disturbo che può verificarsi in persone che hanno vissuto o assistito ad un evento o una serie di eventi traumatici” (*American Psychological Association*, 2023). Nel caso dei minori stranieri non accompagnati, questi eventi includono guerre/combattimenti, stupri/violenze sessuali, disastri naturali, violenza fisica e situazioni pericolose per la propria vita. Uno studio svedese ha cercato di calcolare, negli MSNA provenienti da Siria, Iraq e Afghanistan, una stima rappresentativa dei possibili sintomi da PTSD (Solberg et al., 2020). Il campione era composto da 1129 minori di età compresa tra i 16-18 anni; per evitare di sovrastimare il numero di persone con determinati sintomi di PTSD, erano presenti, oltre ai minori non accompagnati ($n=324$), anche quelli accompagnati ($n=805$).

Dai risultati è emerso che più del 40% dei MSNA era a rischio di sviluppare PTSD o lo aveva già sviluppato; tra questi, il 56,1% proveniva dall'Afghanistan, mentre il

restante da Siria (37,1%) e Iraq (33,6%). Inoltre, lo status migratorio dei minori (accompagnati o non accompagnati) e la situazione di vita contribuivano allo sviluppo di sintomi da PTSD. Su 324 minori non accompagnati, il 53,7% aveva sintomi da PTSD, rispetto al 37,1% dei minori accompagnati. Rispetto alla situazione di vita, vivere in case-famiglia o con adulti senza legami familiari ($n= 63/112$: 56,4%) o in case finanziate dal governo svedese ($n= 64/113$: 56,9%), rispetto al vivere con i genitori o un parente ($n=310/832$), era correlato con una maggiore tendenza a sviluppare il PTSD. Dai dati non è invece emersa alcuna differenza significativa tra maschi e femmine nella presenza di sintomi. Secondo i ricercatori, non è tanto il genere a rendere i minori maggiormente vulnerabili allo sviluppo di questi sintomi, quanto piuttosto l'aggravarsi dell'esposizione a condizioni avverse estreme e l'età.

Un altro studio condotto in Germania ha esaminato i sintomi di PTSD più comuni in un campione di 419 minori (379 maschi e 40 femmine), con un'età media di 16 anni, tra i quali 334 erano MSNA (Pfeiffer et al., 2019). I sintomi più frequentemente osservati includevano incubi, reattività fisiologica (battito cardiaco accelerato, sudorazione, tensione muscolare) e psicologica (difficoltà nel controllo delle emozioni) e problemi di concentrazione. In particolare, i problemi di concentrazione e gli incubi mostravano una forte correlazione con i problemi del sonno, sebbene questi ultimi non fossero tra i sintomi più prevalenti.

Recentemente, uno studio condotto ad Amburgo ha mostrato come il PTSD possa essere un predittore di una diagnosi di depressione. Il campione era composto da 423 maschi e 151 femmine (Tot= 575), che provenivano da diversi paesi dell'Africa e dell'Asia. Rispetto al totale del campione, il 44,52% era accompagnato, il 53,22% era non accompagnato, mentre il restante 2,26% non ha dato informazioni (Schumacher et al.,

2024). I risultati hanno evidenziato che chi aveva già una diagnosi di PTSD aveva una probabilità quattro volte maggiore di ricevere una diagnosi di depressione rispetto a chi non ne soffriva. Il 57,57% dei partecipanti allo studio presentava PTSD in comorbidità con depressione, sebbene con diversi gradi di gravità: alcuni presentavano sintomi lievi di depressione o non ne avevano affatto, mentre la maggior parte (33,74%) soffriva di episodi depressivi moderati o gravi.

Lo stesso studio ha individuato altri fattori predittivi responsabili della depressione, come l'età e il genere. È emerso che, con l'aumentare dell'età dei minori, cresceva anche il rischio di sviluppare depressione. Inoltre, le ragazze avevano una probabilità doppia rispetto ai coetanei maschi di ricevere una diagnosi di depressione. Questa tendenza, lievemente riscontrata anche in altri studi (Seglem et al., 2011; Keles et al., 2015), potrebbe essere legata al fatto che i ragazzi sperimentano meno frequentemente esperienze traumatiche rispetto alle ragazze (Schumacher et al., 2024).

Sono stati esaminati anche altri fattori come possibili predittori della depressione, che tuttavia non hanno mostrato una relazione diretta. Sembrerebbe infatti esserci un effetto indiretto mediato da alcune variabili, come ad esempio il genere femminile, l'essere non accompagnati e una durata maggiore del viaggio. Queste variabili sono correlate con un numero maggiore di eventi traumatici vissuti, i quali contribuiscono allo sviluppo di sintomi da PTSD che possono portare all'insorgenza di sintomi depressivi.

Anche le difficoltà quotidiane possono costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi. A questo proposito, Keles e colleghi (2015) hanno riscontrato, in un campione di 895 MSNA a cui era stato concesso il permesso di soggiorno in Norvegia (81,9% maschi di età media di circa 18 anni), una correlazione significativa tra depressione e difficoltà quotidiane generali, come ad esempio le avversità

economiche, i problemi legati ai conflitti, la preoccupazione rispetto ai membri delle proprie reti sociali e le difficoltà legate nel raggiungimento dei propri obiettivi. Un'altra correlazione significativa era quella tra depressione e difficoltà di acculturazione, un termine che si riferisce al processo in cui, in questo caso, il minore deve adattarsi al nuovo contesto culturale, come imparare una nuova lingua, comprendere il nuovo insieme di codici e di valori, conoscere il sistema religioso della nuova società. Ma, allo stesso tempo, deve prendere decisioni su come relazionarsi e preservare la propria cultura d'origine (Jore, T. et al., 2020, p. 2). In particolare, queste difficoltà comprendevano problemi con il proprio gruppo di appartenenza e con l'outgroup (società ospitante), discriminazione percepita e crisi d'identità etnica. In questo campione il processo di acculturazione influiva anche nello sviluppo del disturbo d'ansia sociale e tendeva a manifestarsi attraverso il rifiuto di andare a scuola, il ritiro sociale o l'ostilità verso il nuovo ambiente sociale.

Lo studio di Jore e collaboratori (2020) ha esaminato il legame tra la competenza culturale e l'ansia sociale in un campione di 948 MSNA richiedenti asilo in Norvegia. La competenza culturale, intesa come "l'insieme di risorse culturali per comprendere le conoscenze e le competenze in materia di comunicazione verbale e non verbale e di modelli di comportamento" (Jore, T. et al., 2020), è stata esaminata sia in relazione alla cultura di origine sia alla cultura maggioritaria. I risultati hanno indicato che ad alti livelli di queste competenze corrispondevano bassi livelli di ansia sociale. Al contrario, alti livelli di ansia sociale erano associati alla discriminazione percepita. Anche l'età e la durata del soggiorno fungevano da fattori di protezione per l'ansia sociale, mentre non sono state riscontrate differenze di genere significative nella prevalenza di questo disturbo.

Müller et. al. (2019) hanno osservato, in un campione di 98 partecipanti (68 minori non accompagnati e 30 minori accompagnati) residenti in Germania, che l'età e l'esperienza di discriminazione, come fattore di stress quotidiano, fungevano da predittori del disturbo d'ansia. Tra tutti i partecipanti dello studio, circa il 40% aveva i criteri per un disturbo d'ansia.

In sintesi, gli studi sugli effetti della discriminazione e sull'acculturazione come fattori di rischio o di protezione sono fondamentali per sviluppare e implementare attività e interventi mirati per questi/e minori. Inoltre, è importante ricordare che, sebbene i/le minori non accompagnati/e condividano esperienze traumatiche comuni, provengono da culture e società diverse che influenzano il loro modo di vivere e di reagire alle avversità che affrontano. Pertanto, non costituiscono un gruppo omogeneo.

2.3 La resilienza nei/nelle minori stranieri/e non accompagnati/e

Non tutti i/le minori stranieri/e non accompagnati/e sviluppano necessariamente problemi legati alla salute mentale. Allo stesso tempo, alcuni di coloro che sviluppano tali problemi riacquisiscono un adeguato equilibrio mentale. Questo fenomeno è noto come resilienza, definita come “la capacità di adattarsi a esperienze di vita difficili o impegnative, in particolare attraverso la flessibilità mentale, emotiva e comportamentale e l'adattamento alle esigenze esterne ed interne” (APA, 2018). In questo processo, quattro fattori contribuiscono ad uno sviluppo positivo della persona (Rodriguez et al., 2021).

Come primo fattore possiamo identificare quello individuale, il quale include una buona capacità di risoluzione di problemi e di adattamento, credere in un'entità sovrannaturale o nella religione, avere un temperamento facile, ma anche una flessibilità cognitiva e un'autostima positiva.

Il secondo fattore è il mantenimento delle relazioni familiari e/o con i pari, sia del nuovo contesto sia di quello d'origine. Il supporto sociale, specialmente quello familiare, è considerato fondamentale nella riduzione dei problemi di salute mentale, come il PTSD, la depressione, l'ansia e i problemi comportamentali (Sierau et. al., 2019). Ad esempio, una maggiore percezione di supporto da parte di familiari e pari è associata a livelli inferiori di sintomi di iperattivazione (tachicardia, sudorazione eccessiva, aumento delle capacità attentive, ecc). È stato inoltre osservato che MSNA senza un contatto con la propria famiglia percepivano un minore supporto dai pari, rispetto ai coetanei che mantenevano contatti con la famiglia. Secondo i ricercatori, questo fenomeno potrebbe essere dovuto al fatto che la perdita involontaria dei contatti familiari “può aver generato una sfiducia nei rapporti sociali”, contribuendo a una minore consapevolezza del sostegno degli altri (Sierau et. al., 2019).

Il terzo fattore è il processo di acculturazione. Questo sembra essere facilitato dalla durata del soggiorno nel nuovo contesto e dalle risorse disponibili sia a livello locale (cultura maggioritaria) che individuale (cultura di origine). Di conseguenza, una positiva acculturazione contribuisce ad accrescere la resilienza.

L'ultimo fattore considerato è la condizione abitativa, che è predittiva dello sviluppo di sintomi da PTSD (Solberg et al., 2020). Essere collocati in strutture in cui sono presenti un'adeguata supervisione, come quella fornita dagli educatori, e interventi mirati sui minori, può ridurre il livello di distress psicologico e aumentare la probabilità di sviluppare una buona capacità di adattamento. Al contrario, essere collocati in centri di accoglienza per adulti dove non sono presenti supporto, assistenza e supervisione specifici per minori, è associato ad un aggravamento delle condizioni psicologiche di questi ultimi.

CAPITOLO 3

Attività educative e psicoterapeutiche

L'articolo 19 della Convenzione dei Diritti del Bambino stabilisce che tutte le Nazioni aderenti devono adottare misure di protezione per i minori, inclusi programmi sociali efficaci che forniscano il sostegno necessario ai minori e ai loro tutori (CRC, 1989). Nei sistemi di accoglienza mancano linee guida specifiche per il trattamento e la promozione del benessere dei MSNA, specialmente delle ragazze. Pertanto, i centri si concentrano sulla loro protezione e sull'integrazione nel nuovo contesto sociale.

Attualmente non ci sono attività specifiche per le RMSNA, ma per gli MSNA in generale; pertanto, si farà riferimento agli MSNA anziché alle RMSNA.

3.1 Attività educative nei centri di accoglienza

L'UNHCR Italia ha sviluppato una serie di attività partecipative all'interno dei centri di accoglienza italiani con l'obiettivo di garantire protezione ai MSNA e facilitare il loro processo di integrazione. Queste attività hanno prodotto risultati positivi e comprendono diverse tipologie; tuttavia, per ragioni di spazio ne verranno descritte solo alcune. (UNHCR e Ministero dell'Interno, 2020).

Un primo tipo di attività è il "Memory Card", ovvero un gioco di memoria concepito per approfondire la conoscenza sul ruolo dei luoghi e delle persone con cui i minori interagiscono durante la loro permanenza in Italia. Solitamente questa attività coinvolge gruppi omogenei di 4-6 partecipanti, insieme a 2-3 operatori e un mediatore culturale, e deve essere svolta in un ambiente tranquillo. La durata è di circa 70 minuti e può essere adattata in diverse varianti in base alla partecipazione dei minori. Dopo una presentazione iniziale per ridurre l'ansia e aumentare la fiducia, i minori iniziano l'attività

seguendo le regole stabilite. Alla fine, gli operatori e i minori si confronteranno sul ruolo dei luoghi e delle figure istituzionali individuate durante il gioco, rispondendo anche ad eventuali domande.

Un'attività significativa è "Ti presento casa", che mira a condividere e comprendere le differenze e le similitudini tra il proprio paese di origine e l'Italia. Coinvolge 10-15 bambini, divisi in due gruppi omogenei (A e B), insieme a due operatori e un mediatore culturale. Quest'attività dura 3-4 ore e include l'utilizzo di computer, cartelloni, penne, colori e post-it. Inizialmente i minori e gli operatori, all'interno del proprio gruppo, discutono sugli aspetti più caratteristici dei loro paesi di origine, concentrandosi su usi e costumi, tradizioni locali e abitudini. Successivamente viene realizzato un video che trasmette queste informazioni all'altro gruppo, il quale cerca di comprenderne gli aspetti più importanti. Infine, viene organizzata una discussione di gruppo sui temi emersi. I temi principalmente trattati includono il valore della famiglia e della solidarietà, la disuguaglianza di diritti umani tra uomini e donne, i matrimoni forzati, le difficoltà di accesso all'educazione, il ruolo delle forze dell'ordine e l'arruolamento forzato o il fenomeno dei bambini-soldato.

Un'altra attività è il "Meccanismo di consultazione", che prevede la creazione di "scatole di ascolto" in cui i minori inseriscono bigliettini per esprimere opinioni e segnalare problemi con lo scopo di rafforzare la fiducia tra loro e gli operatori. Quest'attività coinvolge tutti i minori del centro, dura circa 1,5 ore e viene ripetuta ogni 2/3 settimane per mantenere un aggiornamento costante sui problemi e riflettere sui possibili miglioramenti. Durante la prima fase i minori creano delle scatole, utilizzando materiali diversi, dove poi nel corso delle successive settimane inseriranno i bigliettini (si veda la figura 1). Nelle sessioni successive, i bigliettini vengono aperti e letti,

permettendo una riflessione e un'analisi dei punti critici emersi, tra cui ad esempio “pasti, relazioni tra gli ospiti, accesso a lezioni di italiano o attività ludico-ricreative e fornitura di alcuni beni (zaini, vestiario)”.



Figura 1. Scatola finita dopo l'attività "Meccanismi di consultazione" (UNHCR e Ministero dell'Interno, 2020).

Queste attività aiutano i minori a comprendere il sistema di accoglienza, i vari ruoli e a formare amicizie, oltre ad imparare la lingua italiana e l'importanza della cooperazione. Inoltre, favoriscono il loro sviluppo ed empowerment, facilitano l'esercizio di una cittadinanza attiva, li rendono agenti attivi al cambiamento e offrono la possibilità di migliorare le politiche legate ai loro temi di interesse.

3.2 Approcci psicoterapeutici

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato l'efficacia della psicoterapia nel trattamento dei problemi di salute mentale nei MSNA e nelle RMSNA, in particolare della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT). Questa terapia ha mostrato effetti positivi nella riduzione dei livelli di ansia, depressione, problemi legati all'alcol o all'uso di sostanze, PTSD e altri disturbi mentali (APA, 2017, Div. 12). Tuttavia, uno dei principali ostacoli all'accesso alla CBT per le RMSNA è rappresentato dalle barriere economiche e linguistiche (Feen-Calligan et. al., 2020).

Un altro approccio terapeutico evidenziato dalla ricerca scientifica è l'arteterapia, particolarmente efficace nel trattamento dell'ansia, della depressione e del PTSD. Secondo l'American Art Therapy Association (AATA), l'arteterapia mira a migliorare le funzioni cognitive e sensomotorie, a promuovere l'autostima e la consapevolezza di sé, a coltivare la resilienza emotiva, ad incentivare la comprensione, ad accrescere le abilità sociali, a ridurre e risolvere i conflitti e i disagi e a favorire il cambiamento sociale ed ecologico (Zadeh & Jogia, 2022). L'arteterapia comprende diverse forme d'arte, come il disegno, la fotografia, la scultura e tutte le attività manuali, ma anche la musica, la danza, il teatro e la poesia/scrittura, e offre un modo alternativo per accedere a memorie traumatiche ed esprimere emozioni.

Uno studio condotto negli Stati Uniti da Feen-Calligan e collaboratori (2020) su 12 minori non accompagnati (6 maschi e 6 femmine) di età compresa tra i 7 e i 14 anni ha osservato una diminuzione significativa dei sintomi di PTSD, dei livelli di ansia sociale e di ansia generale dopo dodici sessioni di arteterapia. La prima attività consisteva nella costruzione di un "acchiappasogni" utilizzando un cerchio da ginnastica, e aveva l'obiettivo di sviluppare un senso di appartenenza e sicurezza dei minori all'interno del gruppo. Ogni partecipante aveva il compito di avvolgere una parte del cerchio con del filo colorato e poi lanciarlo ad un altro compagno, e ad ogni lancio si doveva rispondere ad una domanda, come per esempio il colore preferito o il cibo preferito, facilitando così una prima conoscenza reciproca (si veda la figura 2).

Contemporaneamente, i partecipanti si scattavano foto a vicenda per poi inserirle nell'intreccio di fili in modo da rappresentare l'appartenenza al gruppo.



Figura 2. Costruzione dell'acchiappasogni durante la prima sessione di arte-terapia, durante la quale alcune RMSNA inseriscono le proprie foto (Feen-Calligan et. al., 2020).

Durante la terza settimana sono state svolte due attività mirate a ridurre lo stress. La prima attività consisteva nella pratica della respirazione come tecnica di mindfulness, durante la quale i partecipanti disegnavano seguendo il ritmo del proprio respiro. Essa è una tecnica che consiste “nell’aumentare consapevolezza dei propri stati interni e dell’ambiente” (APA, 2018). Successivamente, i minori hanno realizzato dei vasetti di meditazione contenenti acqua addensata, glitter e lustrini, simili a palle di neve, da usare come strumenti terapeutici per calmarsi in situazioni stressanti. I terapeuti e gli assistenti hanno spiegato ai partecipanti come utilizzarli, integrando anche esercizi di respirazione.

I minori hanno mostrato un grande coinvolgimento in queste attività, comportamento che, secondo i ricercatori, indicava una possibile riduzione dello stress e dell’ansia. Inoltre, hanno dimostrato una buona capacità di problem-solving risolvendo il problema della perdita d’acqua dei vasetti quando venivano capovolti. Durante le sessioni di arte-terapia, le ragazze hanno partecipato maggiormente alle attività di respirazione rispetto ai coetanei maschi, che tendevano a ridere e rifiutarsi di chiudere gli occhi. Nel corso delle dodici settimane di arte-terapia, sono emerse diverse abilità di coping indicanti

una riduzione dello stress, come risate di divertimento, sorrisi durante le attività, richieste di creare ulteriori oggetti, desiderio di portare a casa del materiale e volontà di proseguire con le sessioni.

Sebbene il campione fosse ridotto, i risultati sono stati promettenti. Tuttavia, le ricerche a sostegno l'efficacia di questa tecnica nei MSNA sono ancora limitate; perciò, sarebbe opportuno svolgere ulteriori studi per approfondirne i risultati, con particolare attenzione alla metodologia sperimentale per valutarne l'efficacia (Annous et. al., 2022).

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Questo elaborato si proponeva di sensibilizzare riguardo il tema delle migrazioni minorili, con particolare attenzione alle RMSNA e di approfondire i fattori di rischio e gli effetti psicologici correlati. Conoscere le esperienze che queste ragazze affrontano nei loro paesi di origine e durante i viaggi è fondamentale non solo per i professionisti della salute mentale ma anche per la società nel suo insieme, al fine di riconoscere la gravità della situazione e cercare di offrire loro supporto.

Dal punto di vista operativo, sviluppare e implementare interventi di prevenzione è complesso poiché richiederebbe la risoluzione di conflitti e miglioramenti delle condizioni nei paesi di origine. Tuttavia, è possibile cercare di creare maggiori opportunità per i viaggi legali, anche se questa soluzione è difficile da realizzare.

Questa breve rassegna della letteratura mostra come, sebbene alcuni studi abbiano rilevato delle lievi differenze di genere nella presenza di certi disturbi, confermare tali risultati è complicato a causa del numero esiguo di RMSNA nei campioni di studio rispetto ai ragazzi (Keles et. al., 2015, Seglem et. al., 2011). Inoltre, come sottolineato dallo studio di Solberg (2020), sembra che il genere non sia il fattore principale nell'insorgenza di disturbi mentali nei/nelle minori, quanto piuttosto le esperienze traumatiche vissute. Pertanto, sarebbe opportuno, nelle ricerche future, ampliare il numero di RMSNA nei campioni per verificare se esiste effettivamente una differenza di genere nell'insorgenza dei disturbi mentali.

Un altro aspetto rilevante emerso da questa rassegna è che lo status migratorio dei/delle minori, in particolare quelli/e non accompagnati/e, è associato a una maggiore probabilità di sviluppare disturbi mentali (Solberg et. al., 2020, Schumacher et. al., 2024). Tuttavia, lo sviluppo di tali disturbi è influenzato non solo dalle esperienze traumatiche

pre- e peri-viaggio, ma anche da quelle post-viaggio, come le condizioni di vita, l'adattamento alla nuova società e le difficoltà connesse (Keles et. al. 2015, Jore et. al., 2020). La priorità, quindi, deve essere proteggere questi ragazzi una volta arrivati nel nostro paese, prendendosi cura di loro e integrandoli nella nostra società, tenendo conto delle loro origini, cultura e tradizioni. È fondamentale ridurre gli stereotipi e promuovere attività di inclusione a livello scolastico, sportivo e musicale.

Infine, un ultimo aspetto importante da considerare è il concetto di resilienza, che dipende dalle caratteristiche interne del/la minore, dal supporto sociale ricevuto e dall'adattamento al nuovo contesto.

Conoscere questi aspetti ci permette di capire meglio come relazionarci con loro e, soprattutto, di sviluppare degli interventi mirati a favorire le relazioni sociali, l'integrazione e il trattamento dei disturbi mentali.

Nel primo capitolo si è evidenziato che questi/e minori sono spesso non accompagnati a causa della perdita della famiglia durante il viaggio o perché sono gli stessi genitori a spingerli/le a fuggire nella speranza di un futuro migliore. Se ci trovassimo al posto di questi genitori, vorremmo che il paese di destinazione si prendesse cura dei/delle nostri/e figli/e e facesse del suo meglio per aiutarli a costruire un futuro migliore.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American Psychological Association (2017). *What is Cognitive Behavioral Therapy?*

<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>

American Psychological Association (2018). *Mindfulness*.

<https://dictionary.apa.org/mindfulness>

American Psychological Association (2018). *Resilience*. <https://dictionary.apa.org/resilience>

American Psychological Association (2023). *Post-traumatic Stress Disorder*.

<https://dictionary.apa.org/posttraumatic-stress-disorder>

Annous N., Al-Hroub, A., & El Zein, F. (2022). A sistematic review of emperical evidence on Art Therapy with traumatized refugee children and youth. *Frontiers Psychology, 13*, 7-8

Calveras, A. D., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 133*, 4–5.

Che Chi, P., Bulage, P., Urdal, H., & Sundby, J. (2015). Perception of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda: a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights 15*, 7*

Chynoweth, S., Martin, S., & Buscher, D. (2019). “More Than One Million Pains: Sexual Violence Against Men and Boys on the central Mediterranean Route to Italy”. *Women’s Refugee Commission, 33-35*

Cockbain, E., & Bowser, K. (2019). Human trafficking for sex, labour, and domestic servitude: how do key traffic types compare and what are their predictors? *Crime, Law, and Social Change, 72*, 9–10, 16, 23, 25.

Convention on the Right of the Child. General comment No. 6 (2005): *Treatment of Unaccompanied and Separated Children Outside their Country of Origin*.

- Convention on the Rights of the Child. (1989). United Nations High Commissioner for Refugees.
- Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021). *Rapporto di approfondimento semestrale sulla presenza di MSNA-dicembre 2021*, p. 13, 17.
- Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2023). “*Report di approfondimento semestrale sulla presenza di MSNA – dicembre 2023*”, p. 11–14.
- Feen-Calligan, H., Ruvolo Grasser, L., Debryn, J., Nasser, S., Jackson, C., Seguin, D., & Javanbakht, A. (2020). Art therapy with Syrian refugee youth in the United States: An intervention study. *The Arts in Psychotherapy*, 69, 1–15.
- Guillot, J. D. (2020). “Exploring migration causes - Why people migrate”. *European Parliament*.
- Idemudia, E., & Boehnke, K. (2020). “Travelling Routes to Europe”, “Patterns and Current Trends in African Migration to Europe”. In *Psychosocial Experiences of African Migrants in Six European Countries: A Mixed Method Study*. Springer, Cham, 81, 35, 42, 122–129.
- Black, J., Loprete, G., Reyntjens, P. (2016, Giugno 17). Niger Deaths Add to Growing Toll of Migrant Fatalities within Africa. *International Organization for Migration (IOM)*. <https://www.iom.int/news/niger-deaths-add-growing-toll-migrant-fatalities-within-africa>
- Jore, T., Oppedal, B., & Biele, G. (2020). Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 2–6.

- Kadir, A., Shenoda, S., & Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLoS ONE*, *14* (1), 4–22.
- Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S., & Oppedal, B. (2015). Depression among unaccompanied minor refugees: The relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethnicity & Health*, *21* (3), 2–13.
- Migliorini, L., Rani, N., Varani, N. (2019). Unaccompanied Migrant Minors: Trend, Challenges and Well-Being. In *Immigration and Migration*. Nova Science Publisher, Inc, 100–103, 106
- Ministero dell'Interno. (2021). *Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*. 9–15.
- Ministero dell'Interno. SAI & Servizio Centrale | RETESAI. Rete SAI- Sistema Accoglienza Integrazione. <https://www.retesai.it/la-storia/>
- Mourtada, R., Schlecht, J., & DeJong, J. (2017). A qualitative study exploring child marriage practices among Syrian conflict-affected populations in Lebanon. *Conflict and Health*, *11* (27), 53-54, 60.
- Müller, L. R. F., Büter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13* (8), 6–9.
- O'Neil, T., Fleury, A., & Foresti, M. (2016). Women on the move: Migration, gender equality and the 2030 agenda for Sustainable Development. *Swiss Agency for Development and Cooperation SDC*, 4-5

- Olivieri, M. S., Lanzillotto, M., Mariani, G., Andreoli, G., Iuzzolini, L., & Maria Laureti. (2022). Il Sistema di Accoglienza e Integrazione e i Minori Stranieri Non Accompagnati. *Sistema di Accoglienza e Integrazione - Ministero dell'Interno*, 40.
- Pfeiffer, E., Sukale, T., Müller, L. R. F., Plener, P. L., Rosner, R., Fegert, J. M., Sachser, C., & Unterhitzberger, J. (2019). The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 2–7.
- Raleigh, C., & Kishi, K. (2024, luglio). ACLED Conflict Index. *Armed Conflict Location & Event Data Project*. <https://acleddata.com/conflict-index/>
- Redazione cronache. (2024, giugno 17). Naufragio nello Jonio, uno dei sopravvissuti: “Almeno 50 dispersi, di questi 26 sono bambini. *Corriere Della Sera*. <https://corriere.it/>
- Rodriguez I. M., Dobler V. (2021). Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment- a Narrative Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14, 559-567
- Schumacher, L., Echterhoff, J., Zindler, A., & Barthel, D. (2024). Depression among refugee youth in an outpatient healthcare center: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 2–7.
- Seglem, K. B., B. Oppedal, and E. Røysamb. 2014. Daily Hassles and Coping Dispositions as Predictors of Psychological Adjustment: A Comparative Study of Young Unaccompanied Refugees and Youth in the Resettlement Country. *International Journal of Behavioral Development*, 38*

- Seglem, K. B., Oppedal, B., & Reader, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52 (5), 460–461.
- Servizio Centrale del Sistema di Accoglienza e Integrazione. Procedura a seguito di rintraccio o arrivo di minori stranieri non accompagnati sul territorio nazionale. *Ministero dell'Interno*, 2–4.
- Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 774–775.
- Solberg, Ø., Nissen, A., Vaez, M., Cauley, P., Eriksson, A.-K., & Saboonchi, F. (2020). Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Conflict and Health*, 14 (67), 2–9.
- The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2018). Alone and Unsafe: Children, migration, and sexual and gender-based violence. *The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, 10.
- UNICEF. (2023, June). Child marriage. *UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- United Nations Development Programme (UNDP). (2023). 2023 Global Multidimensional Poverty Index (MPI): Unstacking global poverty: Data for high impact action. *United Nations Development Programme & Oxford Poverty and Human Development Initiative*, 1–3.
- United Nations High Commissioner for Refugees e Ministero dell'Interno. (2020). Guida metodologica sulle attività di partecipazione per le strutture di accoglienza per minori non accompagnati in Italia, 10-12, 19-33, 41-57.

Zadeh, R., & Jogia, J. (2023). The Use of Art Therapy in Alleviating Mental Health Symptoms in Refugees: A Literature Review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25 (3), 311.

* Studio non direttamente consultato