



Nuovi percorsi

Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia

RAFFORZAMENTO DELLO STATO DI SALUTE DEI MINORI RIFUGIATI E MIGRANTI

NELL'EUROPA MERIDIONALE E SUDORIENTALE



Cofinanziato
dal programma della salute
dell'Unione Europea

Autrice
Enza Roberta Petrillo

Coordinamento
Ivan Mei

Team di ricerca
Silvia Li Quadri Cassini Finaurini
Valentina Alice Mutti
Enza Roberta Petrillo

Grafica: **Simone Manca**
Revisione Editoriale Testi: **Vania Russo**

Il contenuto di questo rapporto rappresenta unicamente il punto di vista degli autori ed è di loro esclusiva responsabilità; non può pertanto essere preso in considerazione per riflettere le opinioni della Commissione Europea o di qualsiasi altro organismo dell'Unione Europea. La Commissione Europea non si assume alcuna responsabilità per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute

Indice

| | |
|---|------------|
| Capitolo 1 - Introduzione | 15 |
| 1.1 La cornice teorica e metodologica di riferimento degli interventi supporto psicosociale e salute mentale dell'UNICEF | 16 |
| 1.2 Perché una mappatura delle pratiche MHPSS per i MSNA e i giovani migranti e rifugiati | 21 |
| 1.3 Il quadro fenomenologico | 22 |
| Capitolo 2 - Metodologia | 27 |
| 2.1 Approccio disciplinare e metodologia | 28 |
| 2.2 Comitato scientifico e questioni etiche | 30 |
| 2.3 Limiti | 31 |
| 2.4 Definizione di buone pratiche e fasi della ricerca | 31 |
| Capitolo 3 - Analisi del quadro legale e politico-programmatico | 37 |
| 3.1 Il sistema di governance dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale | 38 |
| 3.2 La declinazione operativa dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale | 48 |
| Capitolo 4 - Identificazione delle pratiche | 53 |
| Capitolo 5 - I fattori di successo delle pratiche identificate e le sfide ancora aperte per il sistema di supporto psicosociale e salute mentale | 95 |
| 5.1 I tratti distintivi delle pratiche mappate: cosa funziona, come e perché? | 97 |
| 5.2 Le sfide aperte | 135 |
| Capitolo 6 - Conclusioni | 151 |
| Appendici | 154 |

Ringraziamenti

Il gruppo di ricerca desidera ringraziare i ragazzi e le ragazze, gli operatori e le operatrici del sistema di accoglienza, i professionisti e le professioniste della salute mentale e del supporto psicosociale che hanno condiviso esperienze, opinioni e visioni di intervento.

Il ringraziamento del gruppo di ricerca va anche al prezioso supporto tecnico e alla supervisione garantita a tutto il processo di ricerca dai membri del Comitato scientifico: Prof. Mario Biggeri (Università di Firenze), prof. Francesco Vacchiano (Università Ca' Foscari Venezia), dott. ssa Laura Serri (Emergency ONG Onlus), dott.ssa Francesca Viola (UNICEF Office of Research-Innocenti); alle colleghe di UNICEF ECARO Anna Riatti, Maria Margherita Maglietti, Camilla Caron, Yodit Estifanos Afewerki, Sarah Martelli; a Elena Camilletti (UNICEF Office of Research-Innocenti), a Laura Baldassarre e Chiara Curto del Comitato Italiano per l'UNICEF e alla mediatrice e al mediatore culturale che hanno supportato la raccolta dati qualitativa, Bhuran Sh Nur Bakita e Monir Miah.

Un sentito ringraziamento va agli enti gestori, ai coordinatori e agli operatori delle strutture di accoglienza che ci hanno ospitati per la ricerca di campo e hanno reso possibile il nostro incontro con i ragazzi e le ragazze ed in particolare:

- A.P.S. Fiore nel deserto, Roma
- CIDAS Cooperativa Sociale, Bologna
- Progetto Tenda, Coop. Sociale Torino
- Spazio Aperto Servizi Coop. Soc. di Solidarietà a R.L., Milano
- FO. CO Formazione Comunione-Società Cooperativa Sociale ONLUS, Chiaramonte Gulfi (RG)
- Il sogno di Don Bosco Coop. Soc., Bari
- Cooperativa Prospettiva Soc. Coop. Sociale ONLUS, Catania

Grazie, inoltre, a tutti gli enti che sono stati coinvolti nella ricerca:

- AGIA - Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza
- Alto Commissariato ONU per i rifugiati - UNHCR
- Approdi, Associazione di promozione sociale, Bologna
- ARCI A.P.S., Roma
- ASP Catania
- ASP Trapani
- Casa Equip'agio Comunità Per Minori Con Disagio Psicico
- Centro Frants Fanon, Torino
- Centro PENC, Palermo
- Codici Ricerca e Intervento, Milano
- Comunità Tamata, Bologna
- Comune di Bologna
- IPRS-Istituto Psicanalitico per la Ricerca Sociale, Roma
- IRES, Torino
- Ministero della Salute - Ufficio VI e Ufficio IX
- Ministero Interno - Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, Autorità Gestione FAMl e Ufficio II
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni - IOM
- Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari - Policlinico Bari
- Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Territoriale

-
- SaMiFo, Roma
 - Servizio Centrale - Sistema Accoglienza e Integrazione-SAI
 - Terres des Hommes - TDH
 - UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore. Policlinico, Milano

La ricerca è stata inoltre facilitata dalla collaborazione di tante persone che vivono e operano nei territori oggetto dell'indagine. Grazie ad Andrea Grasso (UNICEF ECARO), Lorena Di Lorenzo (Médecins du Monde), Silvia Scirocchi (Intersos), Valentina Murino (Intersos), Francesco Fattori (Codici Ricerca e intervento), Alessia Detto (Cidas Bologna), Loredana Carpentieri (Emergency ONG Onlus), Fabiana Musicco (Refugee Welcome), Liviana Marelli (CNCA), Nicoletta Goso (Borgo Ragazzi Don Bosco).

Disclaimer

“Questo rapporto fa parte del progetto "Rafforzamento dello stato di salute dei bambini migranti e rifugiati nell'Europa meridionale e sudorientale", cofinanziato dal Programma Health dell'Unione Europea. Il contenuto di questo rapporto rappresenta solo il punto di vista degli autori ed è di loro esclusiva responsabilità; non si può ritenere che rifletta le opinioni della Commissione Europea e/o della Sanità Europea o di qualsiasi altro organismo dell'Unione Europea. La Commissione Europea e l'Agenzia declinano ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni in esso contenute”.

Executive Summary

Con questa mappatura degli interventi di Supporto Psicosociale e Salute Mentale (in inglese Mental Health and Psychosocial Support - MHPSS) l'UNICEF ha voluto contribuire alla riflessione collettiva avviata nel sistema di protezione e di accoglienza per Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA) e giovani adulti migranti e rifugiati, dando visibilità alle pratiche buone, promettenti o emergenti identificate in questa area di intervento cruciale, situata al crocevia tra sistema di accoglienza, servizi sociali e servizi sanitari.

La mappatura, che non ha pretese di esaustività e rappresentatività a livello nazionale, risponde all'esigenza rilevata nel sistema di protezione e accoglienza per i MSNA e i giovani migranti e rifugiati di disporre di una ricognizione delle pratiche più significative attualmente esistenti, al fine di sviluppare un *corpus* aggiornato di conoscenze e lezioni apprese, e individuare modelli di intervento virtuosi e minimum standards che possono essere trasferiti, replicati o diffusi anche in altri territori.

La mappatura ha identificato, sulla base di specifici criteri di analisi¹ e grazie a un esteso processo di consultazione, tredici buone pratiche, promettenti o emergenti, che stanno innovando il sistema dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale attraverso lo sviluppo e l'erogazione di servizi tarati sulle esigenze specifiche dei MSNA e dei giovani adulti migranti e rifugiati accolti nel sistema di accoglienza, in sei contesti territoriali (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Puglia). Le pratiche, individuate attraverso la letteratura dedicata, sono state integrate con le evidenze emerse dalle interviste e dai Focus Group Discussion (FGD) realizzati con i professionisti operanti nell'ambito MHPSS, sia a livello regionale che nazionale, e con i minorenni e giovani migranti e rifugiati ospiti del sistema di seconda accoglienza. Il duplice confronto con i fornitori dei servizi e con l'utenza ha consentito di approfondire gli interventi, la logica che ne regola la programmazione e l'erogazione, le rispettive opinioni circa i problemi affrontati nell'accesso ai servizi e le raccomandazioni che andrebbero prese in considerazione per migliorare la risposta.

Le pratiche mappate sono state successivamente inserite in schede di pronta consultazione, pensate per offrire ai professionisti che operano nel sistema di accoglienza per MSNA, e nei servizi sociosanitari a essi dedicato, un'istantanea sui modelli di intervento, sugli approcci metodologici, sulle équipes multidisciplinari attivate, sulle tipologie di servizi erogati e sulle reti promosse. I risultati preliminari della ricerca sono stati discussi e integrati in un workshop di consultazione (realizzato a ottobre 2021) che ha coinvolto i referenti di tutte le pratiche mappate, i quali hanno validato i contenuti forniti nelle schede di ogni pratica.

Grazie alle voci e alle esperienze dei professionisti che operano nei servizi MHPSS e dei ragazzi e delle ragazze che ne fruiscono, sono stati esaminati i modelli di intervento e in particolare, la logica di intervento e di erogazione dei servizi e i fattori che ne facilitano o limitano l'accesso. A questa sistematizzazione si è abbinata l'analisi dei fattori di successo delle pratiche e la disamina delle sfide che interessano tanto i servizi MHPSS in sé quanto i meccanismi di coordinamento con il sistema di accoglienza.

La ricerca e la discussione con i referenti ha evidenziato che, sebbene le pratiche mappate siano significativamente differenziate per i servizi che offrono, per i paradigmi disciplinari a cui si ispirano e per i modelli di rete che adottano, esse, nel complesso presentano fattori di successo comune che ne decretano la qualità e la replicabilità. I fattori di successo comuni rintracciati in ognuna delle pratiche mappate sono:

| FATTORE DI SUCCESSO | CARATTERISTICHE PRINCIPALI RILEVATE |
|--|---|
| <p>1. Capacità di costruire interventi di supporto adeguati ai bisogni degli adolescenti e dei giovani migranti e rifugiati</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione all'unicità di ogni ragazzo e ragazza e alla multidimensionalità dei loro bisogni, attraverso interventi di supporto psicosociale e di salute mentale adeguati. • Utilizzo costante di competenze tecniche multidisciplinari (incluse psicologia, pedagogia, approccio transculturale, e orientato al genere, e mediazione linguistico culturale) che valorizzano l'ascolto attivo ed empatico e che consentono l'identificazione precoce e la valutazione olistica dei bisogni, e la pianificazione di interventi basati sul <i>continuum di cure</i>. • Esperienza consolidata nella progettazione di azioni che combinino diversi setting di intervento (per esempio, servizi rivolti all'individuo e al gruppo, sostegno specialistico e non, ecc.) al fine di valorizzare e capitalizzare le risorse dell'utente e sostenere tutte le dimensioni del benessere psicosociale, attraverso un intervento multidisciplinare e integrato. • Marcato protagonismo nel sistema di welfare territoriale municipale e/o regionale volto ad erogare interventi di "tutela psico-socio-sanitaria" che prevedono misure complementari di orientamento, accompagnamento finalizzato alla costruzione dei percorsi individuali d'inclusione sociale e d'inserimento socioeconomico dei minori. • Attenzione costante alla costruzione di interventi personalizzati di prevenzione della sofferenza psicologica, costruiti valorizzando la comunità e le reti territoriali, e focalizzati sulla complessità della persona (valorizzando dunque un approccio che tenga conto l'ampio spettro dei bisogni e dei diritti di cui il minore è portatore). |
| <p>2. Presenza di équipe multidisciplinari che operano nel sistema di accoglienza, nei servizi sociali e sanitari territoriali al fine di garantire il continuum di cura e il meccanismo di presa in carico integrata</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di équipe multidisciplinari, composte da professionisti con background formativi e disciplinari diversi, al fine di garantire la complementarietà di prospettive professionali e competenze ed evitare risposte standardizzate e routinarie ai bisogni espressi dall'utenza. • Adozione di un approccio integrato, orientato alla realizzazione di percorsi di cura e di sostegno individuale interdisciplinari, multidimensionali e |

| | |
|---|--|
| | <p>interculturali e quindi appropriati alla complessità della sofferenza fisica, psichica e sociale dell'utenza migrante.</p> |
| <p>3. Attivazione di modelli di presa in carico culturalmente competenti basati sull'integrazione di paradigmi disciplinari transculturali/etn clinici/etnopsichiatrici e con servizio di mediazione culturale e linguistica organica alla pratica</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione posta alle variabili culturali e adattamento delle modalità di cura e degli strumenti terapeutici al retroterra culturale dell'utenza. • Presa in carico culturalmente competente volta a leggere la sofferenza psichica all'interno della culturale di appartenenza, anche attraverso l'ausilio di mediatori linguistico culturali. • Inclusione sistematica dei mediatori linguistico-culturali nei servizi MHPSS erogati. |
| <p>4. Supporto costante allo sviluppo delle competenze del sistema di accoglienza e dei servizi sociali e territoriali attraverso percorsi di formazione e campagne di sensibilizzazione</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai processi di rafforzamento della capacità del sistema di accoglienza, e dei servizi sociosanitari, attraverso la formazione e l'organizzazione di eventi di sensibilizzazione sui temi del benessere psicosociale, della salute mentale e delle migrazioni. • Erogazione di formazione indirizzata ad una platea più ampia di quella degli addetti ai lavori e spesso disponibile in modalità asincrona e nella rete internet. La formazione erogata prevede moduli formativi di antropologia medica e di etnopsichiatria. |
| <p>5. Attivazione di rete e meccanismi di coordinamento multi-stakeholder che coinvolgono sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari territoriali</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Impegno attivo nella costruzione e nel consolidamento di reti territoriali pensate per l'utenza migrante che coinvolgono il sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari, al fine di fronteggiare limiti e criticità del sistema e offrire un intervento sinergico e tempestivo. • Investimento in sperimentazioni innovative, che trovano espressione, in particolare, nella capacità di "co-costruire" modelli di intervento integrati che coinvolgono il sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari. |

Infine, la mappatura ha anche consentito di identificare alcune carenze e fragilità strutturali che caratterizzano l'erogazione dei servizi MHPSS e l'accesso ad essi da parte dei MSNA e dei giovani migranti e rifugiati. Queste problematiche sono state discusse e concordemente sintetizzate in quattro aree di seguito dettagliate.

| AREA | ASPETTI DI RILIEVO |
|--|--|
| <p>1. Coordinamento tra sistema d'accoglienza e servizi MHPSS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Erogazione degli interventi MHPSS non codificata in modo chiaro e uniforme all'interno del sistema di accoglienza, in particolare in quello di prima accoglienza. • Regia dell'intervento di supporto psicosociale e salute mentale affidata agli operatori dei centri di accoglienza, i quali non sempre e non ovunque hanno la possibilità di interagire sinergicamente con i servizi sociali e sanitari a causa di équipe non sempre equipaggiate a identificare precocemente la sofferenza psicologica, e a causa dell'assenza di meccanismi di coordinamento standardizzati che regolino l'interazione con i servizi sociali e sanitari esterni. • Limitata attenzione agli interventi MHPSS non specialistici come necessari sin dalla fase di prima accoglienza; rafforzare il benessere concepito nella sua accezione più olistica, accrescere l'abilità intrinseca della persona di superare la sofferenza e, quindi, prevenire il deteriorarsi del malessere in forme di disagio psicologico più importanti. • Limitata valorizzazione del ruolo degli educatori operanti nei centri di accoglienza, all'interno della pianificazione e dell'erogazione dei servizi MHPSS. Talvolta gli interventi di prevenzione e sostegno non specialistico sono sottovalutati, con la conseguenza che la sofferenza psicologica viene rilevata in ritardo ed è quasi esclusivamente affidata a specialisti di servizi esterni. • Significativo aumento della precarietà occupazionale nel sistema di accoglienza, con ricadute sulla costruzione del percorso lavorativo dell'educatore, e sulla qualità e continuità della relazione di aiuto con l'utenza. • Coinvolgimento dei servizi di salute mentale esterni, soprattutto quelli specializzati, quasi sempre come risposta emergenziale attivata a seguito dell'acutizzazione di una sofferenza psichica che non riesce ad essere efficacemente gestita e mitigata dalle strutture di accoglienza. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Iniziative di <i>outreach</i> dei servizi di salute mentale all'interno del sistema di accoglienza episodiche, non strutturate e non adeguatamente finanziate. |
| <p>2. Servizi pubblici di salute mentale non sempre adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servizi pubblici di salute mentale non sempre adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante, e con competenze migliorabili in materia di adolescenza e transizione all'età adulta. • Scarsità di servizi di NPIA e CSM specializzati negli interventi a favore dell'utenza minorile e adulta migrante: limitato impiego di mediatori linguistico culturali e mancato consolidamento di modelli di intervento ispirati alla presa in carico culturalmente competente. • Lunghi tempi di attesa per la presa in carico in NPIA e CSM. • Limitato coordinamento tra NPIA per minori e CSM per adulti: spesso la transizione alla maggiore età e il relativo passaggio di presa in carico al CSM avviene senza che vi sia un adeguato trasferimento delle informazioni ed un'appropriata pianificazione tra gli attori coinvolti. Ne derivano la compromissione, o perfino la sospensione, della continuità terapeutico-assistenziale e, dunque, un impatto negativo sullo stato di benessere e il percorso di guarigione intrapreso. • Importante ritardo nel consolidamento di un modello di intervento unitario basato sul continuum di cure. I servizi di supporto psicosociale e quelli di salute mentale restano ad oggi mal collegati e, spesso, il continuum di cure trova un ostacolo nell'accesso ai servizi di salute mentale specializzati, che faticano a garantire risposte tempestive e mirate ai minori migranti con disagio psicologico e disturbi psichiatrici. • Insufficiente disponibilità di risorse (professionali e di dotazione finanziaria) e crescita significativa della domanda di supporto specialistico da parte delle comunità di accoglienza sollecitano la pressione sui servizi pubblici di salute mentale che faticano a fronteggiare le sfide specifiche poste dall'utenza minorile migrante. • Sistema di salute mentale pubblico significativamente condizionato dai processi di precarizzazione occupazionale e di turn over delle risorse che determinano importanti ricadute sul consolidamento delle équipes e sulla mancata standardizzazione degli strumenti di lavoro. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Molti servizi di salute mentale pubblici, pensati per l'utenza migrante e rifugiata, presentano problemi di sostenibilità sulla lunga durata e sono costantemente gravati dalla penuria di finanziamenti che ne mina la continuità e ne limita le possibilità di aggiornamento, potenziamento e trasferimento degli interventi dimostratosi efficaci. |
| <p>3. Meccanismi di individuazione, invio e presa in carico dei bisogni di supporto psicosociale e salute mentale</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Meccanismi di coordinamento che dovrebbero sovrintendere l'individuazione, l'invio e la presa in carico del minorenne dalle comunità di accoglienza ai servizi MHPSS esterni poco consolidati e erogati in modalità frammentata. • Modalità di coordinamento tra sistema di accoglienza e servizi di supporto psicosociale e salute mentale esterni profilata dall'emergenza e non proceduralizzata. • Invio e coordinamento tra il sistema di accoglienza e i servizi di supporto psicosociale e salute mentale (siano essi pubblici o del privato sociale) affidati principalmente all'attivazione di contatti, relazioni e risorse individuali. • Ove esistenti, Procedure Operative Standard, Protocolli e Linee Guida volte a favorire il coordinamento tra sistema di accoglienza e mondo dei servizi sociosanitari risultano essere poco conosciuti o non sufficientemente promossi. |
| <p>4. Partecipazione dei MSNA ai processi di sostegno e cura che li riguardano</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Scarso coinvolgimento e consultazione dell'utenza nella co-costruzione delle attività di supporto psicosociale e salute mentale che li riguardano, e carente o parziale fornitura di informazioni sui servizi attivi e sulle modalità di accesso ad essi. • Carezza di un sistematico coinvolgimento, adeguata consultazione ed efficace comunicazione con i ragazzi e le ragazze, segnatamente alle decisioni che li riguardano, alla pianificazione dei servizi, alle modalità e i tempi di erogazione ed eventuali problemi rilevati. • L'inesperienza degli operatori, la presenza discontinua della mediazione culturale, l'attivazione tardiva dei percorsi di inclusione, l'eccessiva burocratizzazione dei processi, la fragile rete di relazioni funzionale all'autonomia sono tutti fattori che compromettono la valorizzazione dei percorsi individuali e la progettualità soggettiva. |

-
- Il sostegno offerto dagli educatori all'interno dei centri di accoglienza è talvolta caratterizzato da una fragile relazione di ascolto, la compressione dei tempi dedicati alla relazione di cura, l'inesperienza delle figure impiegate e l'eccessiva burocratizzazione di questo ruolo.
 - Diritto all'ascolto e alla partecipazione non sempre garantiti nelle varie fasi della presa in carico integrata.
 - Assenza di programmi di formazione transculturale per i professionisti MHPSS che operano con l'utenza migrante volti a rafforzare le abilità di ascolto empatico, rispettoso e non giudicante.
 - Tendenza dell'utenza a delegittimare, abbandonare e a considerare inappropriati interventi percepiti come imposti dall'alto o veicolati con modalità distanti dall'approccio empatico, rispettoso e non giudicante.

Con la giusta valorizzazione, adeguati investimenti e un'azione sinergica tra i diversi attori deputati a programmare, implementare e monitorare l'erogazione dei servizi MHPSS all'interno e all'esterno del sistema di accoglienza, le **pratiche mappate possono rappresentare una base operativa per fissare degli standard minimi che guidino l'azione MHPSS** pensata per i minorenni stranieri e i giovani adulti migranti e rifugiati.

¹ Tra i modelli di intervento identificati a livello regionale sono state selezionate le pratiche buone, promettenti ed emergenti rilevanti per impatto, rilevanza, coerenza, efficacia, efficienza, sostenibilità, trasferibilità, coinvolgimento di partenariati, partecipazione, rispetto e tutela dei diritti, non discriminazione e uguaglianza.

Glossario

Adolescente: Secondo le Nazioni Unite, per adolescente si intende qualsiasi individuo con età compresa fra i 10 e i 19 anni.

Benessere: Termine che descrive la condizione positiva in cui un soggetto si sviluppa. Nel lessico della salute mentale e del supporto psicosociale si considerano tre dimensioni di benessere: quella *individuale* (pensieri ed emozioni); *interpersonale* (senso di appartenenza a uno o più gruppi/comunità, mantenimento di relazioni soddisfacenti); *competenze e conoscenze* (capacità di apprendere, prendere decisioni funzionali, rispondere in modo efficace alle difficoltà).

Best Interest of the Child / Superiore interesse del minore: Il superiore interesse del minore rappresenta uno dei valori fondamentali affermati dalla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza che all'art. 3, paragrafo 1, riconosce il diritto del bambino a veder valutati come prioritari e superiori gli interessi del minore in tutte le azioni o decisioni che lo/la riguardano, sia nel pubblico che nella sfera privata².

Cartella sociale: Da maggio 2017, l'applicazione della L.47/2017 ha previsto uno strumento chiamato Cartella Sociale, con lo scopo di raccogliere tutte le informazioni significative rispetto al percorso di accoglienza del minore dal punto di vista sanitario, legale, educativo e sociale, che precedentemente venivano collezionate all'interno del PEI. La Cartella Sociale andrà poi trasmessa ai servizi sociali del Comune di destinazione e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni. Attualmente l'applicazione di questa previsione normativa procede abbastanza lentamente, in molti centri si continua a compilare esclusivamente il PEI.

Disagio emotivo/psicologico o sofferenza emotiva/psicologica: Con il termine disagio o sofferenza, emotiva o psicologica, intendiamo uno stato caratterizzato da emozioni spiacevoli o dolorose che limitano il benessere psicosociale della persona. Questo stato può essere anche temporaneo, transitorio e non implica che ci sia una psicopatologia o disturbo psicologico.

FAMI – Fondo Asilo Migrazione Integrazione: è uno strumento finanziario dell'Unione Europea volto a supportare gli Stati nella gestione integrata dei flussi migratori. Il programma nazionale FAMI è un documento programmatico redatto dall'Italia per la definizione degli obiettivi strategici e operativi, oltre che per le iniziative da sostenere tramite bandi erogati all'interno di questo finanziamento e promossi dal Ministero dell'Interno.

FGD – Focus Group Discussions: strumento di raccolta dati usato nella ricerca qualitativa nel quale vengono raccolte le opinioni di un piccolo gruppo di soggetti su temi e questioni sottoposte dal conduttore/conduttrice. Si tratta di un'intervista di gruppo dove i partecipanti possono confrontarsi tra di loro ed esprimere le proprie idee, rispondendo a domande o realizzando piccole attività proposte.

Giovane: Secondo le Nazioni Unite i *'giovani'* sono individui di età compresa tra i 10 e i 24 anni mentre i *"giovani/youth"* hanno un'età compresa tra i 15 e i 24 anni. A seconda del contesto di riferimento, vengono prese in considerazione fasce di età più ampie che arrivano fino ai 30 anni, ad esempio per produrre statistiche comparate per tutti gli stati membri la Commissione Europea utilizza una fascia d'età fra i 15 e i 29 anni³.

MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support: Espressione usata per descrivere “ogni tipologia di supporto locale o esterno volto a tutelare o promuovere il benessere psicosociale e/o a prevenire o trattare disagio mentale” (IASC, 2007).

Minore Straniero Non Accompagnato (MSNA): L’art. 2 della L. 47/2017 definisce il MSNA come il minore non avente cittadinanza italiana, o dell’Unione Europea, che si trova per qualsiasi motivo nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell’ordinamento italiano.

PEI – Progetto Educativo Individualizzato: documento che, tenendo presenti le competenze, le capacità e le aspirazioni del minore, deve contenere gli obiettivi personali, scolastico-formativi e di integrazione lavorativa, oltre che di integrazione sociale sul territorio, di ciascun MSNA in accoglienza.

Psicosociale: si riferisce all’interconnessione dinamica che esiste tra processi psicologici e sociali, e alla continua interazione e mutuo influenzarsi di queste due dimensioni (IASC, 2007). La dimensione psicologica include i processi interni, emotivi e introspettivi di una persona. La dimensione sociale include le relazioni, le reti familiari e comunitarie, i valori sociali e le pratiche culturali.

Resilienza: abilità di superare le avversità e adattarsi positivamente a fronte di esperienze sfidanti e difficili. In infanzia e adolescenza, la capacità di essere resilienti non dipende solo da risorse interne e da strategie di adattamento individuali, ma anche dalla combinazione di elementi di rischio e fattori di protezione presenti nell’ambiente socio-culturale (UNICEF, 2018)

Salute Mentale e benessere psicosociale: secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, per benessere psicosociale si intende “*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattie o infermità*”. E ancora “*uno stato di benessere in cui l’individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso, ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive. In questo senso, la salute mentale è il fondamento del benessere di una persona e della capacità della comunità di funzionare correttamente*” (World Health Organization, 2005). Le Linee Guida del 2007 dello IASC (Inter-Agency Standing Committee, Comitato Permanente Inter-Agenzia)⁴, relative al supporto psicosociale e di salute mentale in situazioni di emergenza, considerano il benessere psicosociale individuale e di comunità come determinato da tre fattori interconnessi e interagenti:

- *la funzionalità individuale*, intesa come salute fisica, psicoemotiva e cognitiva (questo include pensieri ed emozioni positivi, un buon livello di autostima, una buona capacità di adattamento, competenze e abilità apprese, ecc.);
- *l’ecologia sociale*, intesa come equilibrio sociale dato dalla rete delle connessioni sociali di cui un individuo dispone all’interno della comunità in cui vive (ad esempio, essere in grado di instaurare delle relazioni di fiducia e supporto, ecc.);
- *il sistema culturale e valoriale*, inteso come l’insieme dei valori condiviso con la società e la cultura di appartenenza (ad includere il senso di appartenenza a uno o più gruppi/ comunità, la capacità di attribuire significati e attuare comportamenti congruenti al sistema culturale/comunitario di appartenenza).

Il benessere psicosociale e la salute mentale si riferiscono quindi a uno stato positivo di benessere, resilienza e autorealizzazione.

SAI – Sistema Accoglienza Integrazione: Il D.L. 21 ottobre 2020, n.130, convertito in Legge 18 dicembre 2020, n.173, rinomina il Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati SIPROIMI in SAI – Sistema di accoglienza e integrazione. La nuova norma prevede l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale oltre che dei titolari di protezione, dei minori stranieri non accompagnati, nonché degli stranieri in prosieguo amministrativo affidati ai servizi sociali, al compimento della maggiore età. Possono essere accolti, inoltre, i titolari dei permessi di soggiorno per protezione speciale, per casi speciali (umanitari in regime transitorio, i titolari di protezione sociale, le vittime di violenza domestica, le vittime di sfruttamento lavorativo, le vittime di calamità, i migranti cui è riconosciuto particolare valore civile, i titolari di permesso di soggiorno per cure mediche).

Strategie e meccanismi di coping/adattamento: Il termine ' *coping* ' deriva dall'inglese "*to cope with*" e significa '*fronteggiare, reagire, resistere, gestire*'. I meccanismi o strategie di coping sono, dunque, dei processi adattivi legati alle abilità cognitivo-comportamentali e agli sforzi operati dall'individuo per gestire circostanze avverse. Questi processi di adattamento sono dinamici e in continua evoluzione. Possono essere positivi, costruttivi e funzionali all'adattamento e all'evoluzione dell'individuo, o disfunzionali, negativi e persino dannosi per il benessere della persona.

Stress/fattorie stressogene: Il termine '*stress*' è utilizzato per descrivere una risposta psicologica e fisiologica che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi. La sensazione che si prova in una situazione di stress è di essere di fronte a una forte pressione mentale ed emotiva⁵. La risposta psicofisiologica di stress varia da persona a persona e con l'età. Negli adolescenti può manifestarsi con insonnia, alterazione dell'appetito, umore variabile, fragilità emotiva, maggiore tensione nervosa, stati ansiosi, tendenza a isolarsi, difficoltà a concentrarsi, ecc. Essere in uno stato di stress non è correlato a una diagnosi o sindrome e non dovrebbe essere confuso con terminologie diagnostiche, quali '*trauma*' e '*disturbo post-traumatico da stress*', spesso usate come sinonimi di '*stress*' e dunque impropriamente.

Trauma/ persona traumatizzata: Il trauma psicologico scaturisce normalmente da un'esperienza profondamente destabilizzante che viola la sensazione di sicurezza e integrità psicofisica di sé stessi, o di un'altra persona. Di solito si tratta di un evento inatteso e fortemente minaccioso, di fronte al quale la persona si sente impotente. È bene tenere presente che un evento *potenzialmente* traumatico, per quanto drammatico possa apparire, non genera in tutte le persone esposte la stessa reazione, dato che sono molteplici i fattori in gioco. Gran parte delle persone esposte a eventi catastrofici (disastri naturali, guerre, ecc.) riescono a gestire e superare l'alto livello di stress e la profonda sofferenza psicologica che ne derivano, grazie alle strategie di coping personali e alle risorse esterne a disposizione. Dunque, è necessario fare un'accurata scelta della terminologia adottata, privilegiando espressioni rispettose delle specificità e risorse individuali, rispetto a generalizzazioni ed etichette diagnostiche usate impropriamente. Di seguito, alcuni esempi:

- invece di '*trauma*' o '*evento/situazione/episodio/fatto traumatico/a*' è preferibile utilizzare gli aggettivi drammatico, grave, disturbante, minaccioso, doloroso, di forte impatto emotivo, destabilizzante, ecc.
- invece di '*ragazzo/a traumatizzato/a*' è preferibile utilizzare espressioni quali '*ragazzo/a che ha vissuto un evento/serie di eventi potenzialmente traumatico/i (oppure, invece di 'potenzialmente traumatico' ancor meglio utilizzare gli aggettivi sopra per descrivere la portata destabilizzante dell'evento)*', o ancora focalizzarsi sull'impatto emotivo osservato nella persona: '*una ragazza con una profonda/acuta sofferenza emotiva*', ecc.

Vulnerabilità: si riferisce ad una condizione, per un individuo o un gruppo di individui, di aumentato rischio ad essere affetti in modo negativo (dunque con impatto nocivo o destabilizzante per il proprio stato di sicurezza e/o benessere psicofisico) da un evento. Comprendere il concetto di vulnerabilità permette di riconoscere e poter agire su quei fattori -individuali, familiari, sociali, ambientali, culturali, ecc.- che inducono uno stato di maggiore fragilità, o maggiore esposizione ad una minaccia, o ancora, una compromessa capacità di resistere all’impatto avverso. Per esempio, nell’ambito della Protezione dell’Infanzia, un minore senza adeguata protezione parentale è esposto ad un rischio di protezione accentuato rispetto un coetaneo che può fare affidamento sulla supervisione e sostegno genitoriale. Il mancato supporto delle figure di riferimento può generare anche una aumentata difficoltà nel gestire situazioni ostili, con conseguente compromissione del benessere psicosociale e dello sviluppo psicofisico del minore. Per il focus di questo rapporto, i gruppi comunemente riconosciuti come maggiormente vulnerabili sono: minori stranieri non accompagnati, giovani migranti e rifugiati soli, ragazzi e ragazze con disabilità, con disagio psicologico, con malattie croniche o acute, ecc.

² Si veda <<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>>

³ Si veda <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/youth>>

⁴ Si veda <<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>>

⁵ Si veda <<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/s/stress>>

Capitolo 1

Introduzione

La tutela della Salute Mentale e del Benessere Psicosociale (*Mental Health and Psychosocial Support* - MHPSS) dei bambini e degli adolescenti è una priorità globale per l'UNICEF, soprattutto se si tratta di minorenni che si trovano in una situazione di vulnerabilità e rischio, come i minori stranieri non accompagnati (MSNA).

Nei contesti operativi in cui l'UNICEF è presente, gli interventi di supporto psicosociale e salute mentale sono integrati in tutti i programmi di prevenzione e supporto riguardanti le aree della protezione, della salute, della violenza di genere, dell'educazione e della partecipazione attiva di bambini, adolescenti e giovani, e sono declinati in forme differenti in base al contesto e ai bisogni identificati.

Se in passato il dibattito pubblico sul benessere psicosociale e la salute mentale di bambini e adolescenti, e nello specifico dei minori migranti e rifugiati, ha rappresentato un tema divisivo, non di rado caratterizzato da pregiudizi e stigma, negli ultimi due anni, anche a seguito della pandemia da Covid-19 (UNICEF 2021), il tema del benessere psicosociale e della salute mentale è progressivamente salito al centro dell'interesse e della preoccupazione pubblica, politica e programmatica, tanto tra gli attori istituzionali che del privato sociale, sia a livello globale che in Italia. Questo cambio di passo ha segnato anche la crescente importanza dell'area del **Supporto Psicosociale e della Salute Mentale (MHPSS)** nel programma dell'UNICEF in Italia, che è stato sviluppato in coerenza con le raccomandazioni contenute nelle ultime Osservazioni conclusive, indirizzate all'Italia dal Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia (punto n.29)¹, con il piano strategico globale dell'UNICEF per il quadriennio 2018-2021 e con il Piano Strategico UNICEF 2022-2025². Con la presente ricerca, l'UNICEF vuole, dunque, contribuire alla riflessione comune sul sistema dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale per minorenni e giovani adulti migranti e rifugiati, dando, al contempo, visibilità a *buone pratiche* e a *pratiche promettenti ed emergenti*, affinché possano essere attivati meccanismi virtuosi di

replicabilità nell'interesse dei minori migranti, e si possa consolidare una conoscenza sul tema che sia verificabile e condivisibile e applicabile in altri contesti di intervento.

Il rapporto si struttura come segue:

Il capitolo 1 definisce il contesto in cui questa mappatura è stata definita e gli obiettivi programmatici e di advocacy che essa sottende.

Il capitolo 2 chiarisce il contesto teorico e metodologico che ha guidato la ricerca.

Il capitolo 3 analizza l'aspetto legale e politico-programmatico dei servizi MHPSS in Italia, soffermandosi sulle principali novità di policy e sulle sfide che caratterizzano i servizi di supporto psicosociale e salute mentale rivolti all'utenza migrante e rifugiata.

Il capitolo 4 offre una ricognizione dettagliata delle 13 pratiche mappate, abbinata a delle schede descrittive di pronta consultazione, pensate per offrire ai professionisti che operano nel sistema di accoglienza per MSNA, e nei servizi di supporto psicosociale ad essi dedicato, un'istantanea sui modelli di intervento, sugli approcci metodologici, sulle équipes multidisciplinari attivate, sulle tipologie di servizi erogati e sulle reti promosse.

Il capitolo 5, infine, analizza i fattori di successo comuni alle pratiche identificate e presenta le principali sfide che interessano tanto i servizi MHPSS quanto i meccanismi di coordinamento con il sistema di accoglienza.

1.1 La cornice teorica e metodologica di riferimento degli interventi supporto psicosociale e salute mentale dell'UNICEF

I programmi MHPSS costituiscono il cuore degli interventi di protezione per bambini, ragazzi, giovani e famiglie portati avanti dall'UNICEF, tanto in contesti emergenziali e a basso reddito quanto nei Paesi ad alto reddito. Questi interventi

sono integrati in azioni programmatiche che indirizzano bisogni di natura diversa che vanno dall'apprendimento, alla nutrizione, ai mezzi di sostentamento a lungo termine, alla salute, alla partecipazione degli adolescenti, ecc.

L'integrazione multi-settoriale è necessaria e rispecchia una visione in linea con la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera la **salute mentale come parte integrante ed essenziale della salute. In questa accezione la salute rappresenta uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattie o infermità. Per stato di benessere psicosociale ci si riferisce, pertanto, a quello in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive.** Salute mentale e benessere psicosociale non sono dimensioni unicamente individuali, ma costituiscono il fondamento della capacità della comunità di funzionare correttamente³. Il concetto di salute mentale è, quindi, costituito da molteplici dimensioni che devono tutte raggiungere un livello minimo di soddisfacimento dei bisogni per poter assicurare il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere psicosociale completo, che riguarda dunque: la sfera emotiva, biologica/fisiologica, cognitiva/mentale, culturale, sociale e materiale.

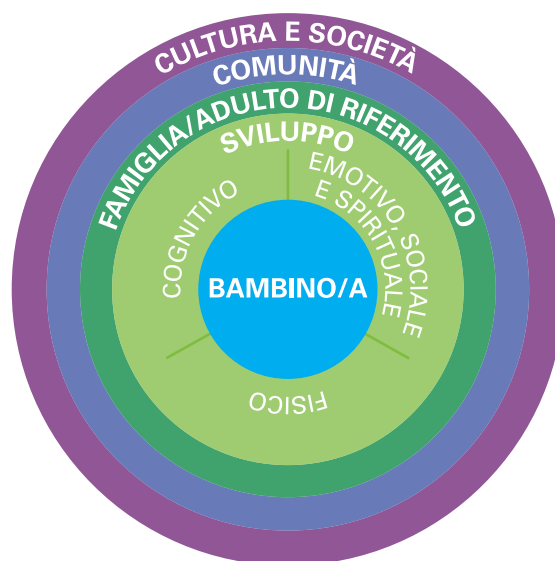
Il supporto del benessere psicosociale non può prescindere dal rispetto dei principi stabiliti dalla *Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza*⁴ che riconosce il diritto di bambini, bambine e adolescenti all'ascolto e alla partecipazione attiva ai processi di tutela e cura che li riguardano, ovvero, il concetto di benessere non è relegato a una prerogativa personale, ma allo scambio continuo e dinamico tra la persona e l'ambiente in cui è inserita. **Gli interventi di salute mentale e benessere psicosociale promossi dall'UNICEF riconoscono e valorizzano la complessità del**

fenomeno, prendendo in considerazione non solo la multi-dimensionalità del benessere, ma anche i molteplici ambienti che influenzano e interagiscono con il benessere individuale.

Il **modello bio-psico-sociale, su cui si fondano gli interventi MHPSS dell'UNICEF**, offre una valida chiave di lettura a questo riguardo. Esso pone il bambino e il ragazzo al centro di almeno tre tipologie di ambienti, rappresentati come centri concentrici (si veda figura in basso)⁵, all'interno dei quali lo sviluppo e il benessere del minore (cerchio al centro) prendono forma e si consolidano nel tempo: *ambiente familiare, comunità e gruppo di appartenenza e contesto sociale e culturale allargato.*

FATTORI DI RISCHIO

FATTORI DI PROTEZIONE



Questo modello, adottato anche dai programmi di protezione internazionali e condiviso a livello mondiale da tutte le agenzie ONU e dai principali attori e organismi che si occupano di protezione e salute mentale, sostiene due principi fondamentali:

1. Il minore è al centro degli interventi, e deve essere riconosciuto come un attore

attivo e portatore di risorse, bisogni e desideri.

2. Gli interventi mirati alla protezione e al supporto del benessere e dello sviluppo di bambini e adolescenti devono tenere in debita considerazione il ruolo ricoperto dall'ambiente nel quale essi vivono, inteso come insieme di figure, strutture e relazioni con i quali fluisce un continuo scambio.

In linea con questa visione, gli interventi MHPSS agiscono in modo integrato al fine di rafforzare ognuno dei quattro livelli concentrici menzionati (servizi diretti al minorenne, al suo contesto familiare e comunitario, lavoro con le istituzioni per migliorare politiche, quadri normativi e dei servizi a supporto dell'infanzia e dell'adolescenza), **potenziandone i fattori di protezione (le risorse interiori ed esterne) e mitigandone o riducendone i fattori di rischio, ovvero gli elementi che compromettono il benessere** (ad esempio indirizzando strategie disadattive, riducendo la vulnerabilità a determinati rischi, ecc.).

Nei decenni passati, lo spettro degli interventi MHPSS a livello globale e nazionale è stato estremamente variegato. Questa poliedricità, unita alla decodifica spesso non univoca degli approcci teorici e operativi alla base degli interventi, ha portato a una frammentazione delle pratiche e all'utilizzo di modelli spesso discordanti, con conseguenti lacune che in alcuni casi hanno compromesso l'efficacia dei servizi erogati.

Mossi dall'intento di armonizzare gli approcci e garantire una maggior integrazione dei modelli di intervento, nel 2007, i membri del Comitato Permanente Inter-Agenzia delle Nazioni Unite, ovvero *Inter-Agency Standing Committee, IASC*⁶, hanno sviluppato le prime linee guida mondiali inter-agenzia sugli interventi di salute mentale e supporto psicosociale in contesti emergenziali **IASC Guidelines on**

Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings⁷ e hanno costituito il *Gruppo Globale di Riferimento per la Salute Mentale e il Supporto Psicosociale - IASC MHPSS Reference Group*⁸, con il mandato di promuovere la conoscenza e l'applicazione delle Linee Guida. Queste linee guida costituiscono una pietra miliare nella storia degli interventi MHPSS a livello mondiale, quale approdo metodologico condiviso di un processo partecipato⁹. La loro diffusione e utilizzo nel corso degli ultimi quindici anni ha infatti permesso l'**acquisizione di un linguaggio comune, l'applicazione di principi guida universali e di un paradigma di riferimento condiviso, il raggiungimento di una significativa armonizzazione delle conoscenze e delle tipologie di intervento basata sull'identificazione di standard minimi di qualità**¹⁰. In seguito a questo primo testo, numerosi strumenti tecnici sono stati sviluppati dal *Gruppo Globale di Riferimento per la Salute Mentale e il Supporto Psicosociale*¹¹ per offrire supporto e guida tecnica aggiuntiva rispetto a questioni specifiche, tra cui la valutazione dei bisogni, la mappatura dei servizi, il monitoraggio degli interventi, le considerazioni etiche nell'attività di ricerca, l'azione di advocacy, l'integrazione degli interventi MHPSS in ambiti settoriali specifici, ecc.¹² Il valore apportato dall'adozione delle linee guida IASC ha decisamente superato le ambizioni iniziali del progetto: non solo esse costituiscono lo strumento tecnico di riferimento maggiormente condiviso da chi si occupa degli interventi MHPSS, ma la loro applicazione si è estesa ben oltre i contesti emergenziali per cui erano state originariamente concepite, e sono, ad oggi, disponibili in 13 lingue, trovando, insieme agli strumenti tecnici supplementari sviluppati, ampio utilizzo e riadattamento in contesti operativi misti e con alto reddito procapite, dove l'UNICEF interviene con programmi di rafforzamento dei sistemi istituzionali e governativi (Per un approfondimento sul tema si veda appendice 1 e 2).

Box 1 - Il modello MHPSS IASC

Le Linee Guida IASC inquadrano gli interventi MHPSS su 4 livelli, i quali vengono rappresentati all'interno di una piramide, come esemplificato nella figura sottostante¹³.



Ognuno dei 4 livelli di intervento è pensato per rispondere a determinati bisogni. Salendo dalla base della piramide al suo vertice, questi bisogni diventano progressivamente più intensi e richiedono ai servizi erogati maggiore attenzione alle dimensioni individuali e più sofisticate competenze specialistiche:

Livello 1: interventi mirati a garantire i bisogni di base, la sicurezza (effettiva e percepita) e la protezione della persona. Devono essere messe in atto tutte le considerazioni e gli accorgimenti necessari per assicurare il pieno rispetto della dignità umana, il coinvolgimento dei minori e l'attenzione al loro superiore interesse. Questo approccio, che permarrà valido per ogni livello di intervento MHPSS, vuole essere enfatizzato e promosso anche in quei servizi che si focalizzano sul soddisfacimento di *bisogni basilari* (cibo, materiale igienico, cure mediche, vestiti e coperte, un posto protetto in cui vivere, misure di tutela sicure e affidabili per un minore non accompagnato, ecc.). **La sicurezza del soggetto è allo stesso modo una prerogativa irrinunciabile e dunque, per quanto riguarda i minorenni, implica un ambiente fisico, emotivo e relazionale che sia tutelante, supportivo, prevedibile e coerente.** Rientrano a questo livello *disseminazione di informazioni* critiche per accedere ai servizi e *azioni di sensibilizzazione* su aspetti inerenti a: diritti umani fondamentali, principi guida della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, multidimensionalità del benessere psicosociale, ecc.

Livello 2: interventi di supporto diretti alle famiglie, ai gruppi e alla comunità che mirano a ristabilire e/o rafforzare la resilienza individuale, i fattori protettivi (individuali e del gruppo) e le strategie funzionali di adattamento. All'interno di questo livello si colloca la maggioranza degli interventi non focalizzati e non specializzati di supporto al benessere psicosociale. Si tratta di *servizi strutturati e che hanno obiettivi predefiniti*, guardano ai bisogni del gruppo e mirano a rafforzare le connessioni tra persone e reti sociali di supporto. Per esempio, il lavoro con gli/le adolescenti a questo livello potrebbe includere laboratori di gruppo mirati al rafforzamento dell'autostima delle strategie di coping, della capacità di gestire le emozioni e situazioni di conflitto, ecc. Rientrano in questa categoria anche il **supporto tra pari**¹⁴, le azioni di sensibilizzazione (contro lo stigma, la discriminazione, ecc.), le attività ricreative, sportive e formative, gli interventi psico-socio-educativi, i servizi di educazione formali e informali, ecc. La molteplicità degli interventi che si collocano a questo livello vengono indicati genericamente come **supporto psicosociale non specialistici e sottintendono servizi strutturati e adattati al gruppo di riferimento (in base al genere, età, cultura, ecc.)**.

Livello 3: interventi di supporto focalizzati che attenzionano i bisogni specifici del singolo o di un gruppo ristretto di persone persone con vissuti, esigenze o problematiche comuni o simili. Si tratta anche in questo caso di attività, individuali o di gruppo, strutturate con finalità predefinite, guidate da personale con *competenze specifiche*, ma non necessariamente di formazione clinica. Questi servizi possono essere erogati da educatori professionali e altre figure con competenze in ambito educativo, pedagogico, psicologico (tra cui capacità di ascolto attivo ed empatico, di fornire un sostegno emotivo, di adottare tecniche di comunicazione supportiva adeguata all'età, ecc.). Rientrano in questa categoria il *Primo Soccorso Psicologico* e i *percorsi psico-socio-educativi personalizzati*.

Livello 4: interventi di supporto e cura specialistica. Al vertice della piramide troviamo i servizi clinici e medici che richiedono una maggiore attenzione al vissuto e alla storia dell'individuo e necessitano di competenze specializzate, tra cui il supporto psicologico, psicoterapeutico, neuropsichiatrico, psichiatrico, neurologico, ecc.

Nel complesso, i quattro livelli di supporto enfatizzano la connessione tra i servizi che rafforzano la resilienza dell'individuo nella comunità d'accoglienza e nel territorio di inclusione (I e II livello), i servizi che migliorano i meccanismi di adattamento di specifici gruppi vulnerabili all'interno della popolazione più ampia (II livello) e i servizi focalizzati rivolti ai bisogni individuali (III e IV livello), i quali possono prevedere anche interventi specialistici (IV livello). **Il paradigma operativo di salute mentale e supporto psicosociale si propone, quindi, come risposta organica alla frammentarietà dei modelli di intervento messi in atto dagli attori che, al di fuori del settore sanitario, erogano servizi convenzionalmente ascritti al benessere psicosociale, e gli attori del settore sanitario che convenzionalmente sovrintendono gli interventi clinici di salute mentale.** Dal punto di vista dei soggetti deputati a erogare i servizi, quindi, la definizione MHPSS si propone di "armonizzare in una dimensione di interdisciplinarietà, le tre figure cardine dell'azione psicosociale¹⁵, gli psichiatri, gli psicologi e gli operatori sociali, ciascuna interagente con le altre ma con propri specifici compiti distribuiti nelle varie fasi dell'intervento, escludendo approcci mono-disciplinari e isolati che l'esperienza ha dimostrato essere riduttivi e non appropriati" (Castelletti, 2008:7).

Questo modello presuppone alcune condizioni necessarie affinché gli interventi possano articolarsi ed espletarsi con efficacia: il coordinamento inter-agenzia, l'approccio multidisciplinare e la presa in carico integrata dei bisogni. Inoltre, affinché un intervento a qualunque livello possa avere un impatto benefico e duraturo sul benessere psicosociale e la salute mentale, implica che i bisogni dei livelli sottostanti siano già indirizzati e soddisfatti.

La freccia nello schema del modello, che dalla base della piramide si sviluppa verso l'alto, sta proprio ad indicare la priorità degli interventi, ovvero la direzione progressiva con cui i servizi dovrebbero essere erogati. Ciò non deve essere erroneamente interpretato come una gerarchia di importanza tra servizi, **suggerisce piuttosto di optare per servizi ai livelli superiori della piramide solo avendo già attenzionato e soddisfatto i bisogni relativi ai livelli sottostanti. In questo modo, l'intervento avrà maggiori probabilità d'efficacia e il numero di soggetti che necessiteranno di servizi focalizzati sulla persona, risorse dedicate, e supporto nel lungo termine, diminuirà man mano che si sale verso il vertice della piramide.**

Altro testo di fondamentale importanza e guida per l'operato dell' UNICEF nell'ambito degli interventi MHPSS è il manuale operativo sviluppato dall'organizzazione nel 2018 *'Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families, UNICEF 2018'*¹⁶ che, in linea con i principi IASC, li integra con la prospettiva della protezione dell'infanzia e il modello bio-psico-sociale.

1.2 Perché una mappatura delle pratiche MHPSS per i MSNA e i giovani migranti e rifugiati

La raccolta di buone pratiche è stata riconosciuta come una priorità globale in ambito di protezione dal Global Protection Cluster¹⁷ nel 2008. Secondo la IASC *Guidance Note on Using the Cluster Approach to Strengthen the Humanitarian Response*¹⁸, l'identificazione e lo scambio di esempi di buone pratiche, realizzate nell'ambito della protezione, possono significativamente migliorare la pianificazione e la programmazione garantendo, da ultimo, una migliore tutela delle persone interessate. Anche la Commissione Europea, nella sua *Strategia sui diritti dell'infanzia*¹⁹ evidenzia la rilevanza dello scambio delle buone pratiche indirizzate alla tutela della salute mentale dei minorenni, riconoscendo che "i minori migranti soffrono spesso di problemi di salute mentale in ragione

di situazioni vissute nel Paese di origine e/o lungo la rotta migratoria, dell'incertezza o di trattamenti degradanti nel paese di arrivo"²⁰. Da ultimo anche la rete interassociativa "Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e l'adolescenza", cui aderisce anche il Comitato Italiano per l'UNICEF, a partire dal 2011²¹ e sino all'ultimo rapporto dello scorso anno²² ha espresso preoccupazione in merito all'assenza di una strategia o di un sistema nazionale per la valutazione e il monitoraggio della situazione della salute mentale tra i minorenni, e in particolare degli adolescenti con background migratorio, in continuità con quanto raccomandato dal Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia nelle ultime Osservazioni conclusive indirizzate all'Italia.

In Italia i progetti e i programmi sviluppati nel campo dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale, rivolti o che includono MSNA e giovani migranti e rifugiati tra i beneficiari, sono numerosi. **Tuttavia, ad oggi non esiste**

un sistema per l'identificazione sistematica, la valutazione, lo scambio e la diffusione di buone pratiche riguardante questo ambito di intervento. Analogamente, manca una definizione condivisa di cosa sia una buona pratica nel campo dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale e solo pochi studi hanno investigato le buone pratiche attuate in Italia (Zani 2008; Mela, 2013; Rostirolla, 2016; Gatta, Segneri 2017, Barbaro et al. 2021). In particolare, si sa poco circa le modalità di funzionamento dei servizi MHPSS di qualità erogati a favore dei minorenni e giovani migranti e rifugiati, così come non sono disponibili o reperibili informazioni coerenti circa i meccanismi di coordinamento e le procedure di invio e presa in carico dei casi, utilizzati a livello territoriale dai numerosi attori che operano in questo campo. Di conseguenza anche il dibattito pubblico sconta la mancanza di evidenze e di definizioni concordate e tende dunque a utilizzare l'accezione buona pratica in modo improprio. Con questa mappatura delle pratiche MHPSS **l'UNICEF si propone di arricchire il corpus di conoscenze su questa area di intervento cruciale, situata al crocevia tra sistema di accoglienza, servizi sociali e servizi sanitari, offrendo una ricognizione aggiornata dei modelli di intervento virtuosi realizzati in Italia che possono essere trasferiti, replicati o estesi anche in altri territori.**



© UNICEF/UN0264452/De Luigi VII Photo 8

1.3 Il quadro fenomenologico

La migrazione minorile non accompagnata ha assunto nell'ultimo decennio dimensioni rilevanti tanto a livello globale quanto a livello europeo (Menjívar, C. e K.M. Perreira, 2019; Valtolina 2014). **Nel 2020 il 12.8% dei migranti internazionali globali (36 milioni di persone) è stato rappresentato da minorenni²³.**

Per molti di loro l'Europa ha rappresentato un'importante area di transito e destinazione.

Dal 2014 sono stati 86.967²⁴ i MSNA sbarcati in Italia dopo aver attraversato il Mediterraneo a costo di enormi rischi. Un dato parziale, quest'ultimo, che non include i MSNA giunti in Italia attraverso i valichi terrestri delle frontiere settentrionali.

Al 31 dicembre 2021, stando ai dati forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la presenza di MSNA nel sistema di accoglienza²⁵ si attestava a 12.284 persone, un dato in aumento del 73.5% rispetto allo stesso periodo di rilevazione dell'anno precedente²⁶. Si tratta principalmente di minori di sesso maschile (le ragazze si attestano al solo 2.7% della popolazione censita) compresi principalmente tra i 16 e i 17 anni e provenienti da Bangladesh (2.843), Egitto (2.221), Tunisia (1.560), Albania (1.186), Pakistan (784) e Somalia (463), cittadinanze che, insieme, rappresentano più dei due terzi dei MSNA presenti in Italia (73,8%). Le altre nazionalità maggiormente rappresentate sono quelle ivoriana (460), afghana (446) e guineana (359). Le regioni italiane che ospitano il maggior numero di MSNA sono la Sicilia (28,2%), la Calabria (12,3%), la Lombardia (9,8%), il Friuli-Venezia Giulia (8%), la Puglia (7,8%) e l'Emilia-Romagna (7,5%).

La maggioranza di questi ragazzi e ragazze proviene da Paesi con sistemi socioeconomici e educativi carenti, servizi sanitari al collasso o pesantemente danneggiati da crisi umanitarie prolungate. Molti di essi sono stati esposti

a conflitti armati nel loro Paese di origine o in quello di transito e tutti hanno conosciuto il smarrimento di dover affrontare ambienti nuovi, sconosciuti e non di rado ostili nei paesi di transito e destinazione. **La giovane età, il distacco dalla famiglia o dagli adulti di riferimento e le esperienze profondamente dolorose vissute nel Paese di origine o durante il viaggio verso il Paese di destinazione – tra cui esperienze di tortura, violenza sessuale e violenza di genere – sono soltanto alcuni dei fattori che spiegano l’alta esposizione dei minorenni migranti a situazioni di sofferenza psichica** (Sanfelici, Wellman, Mordegli, 2021). La letteratura e la pratica hanno diffusamente rilevato come le biografie di molti MSNA presentino anche vissuti traumatici connessi a esperienze di assoggettamento e abuso quali lo sfruttamento lavorativo e sessuale (Van Reisen, 2016; Smith 2018, UNICEF 2021; UNICEF 2017; Pagano 2016). I fattori avversi propri della mobilità forzata (Zanfrini, 2021) possono condizionare negativamente il benessere psicosociale dei

MSNA durante tutto il percorso migratorio (Huemer et al., 2009; Vervliet et al., 2014).

La “costellazione di esperienze stressanti pre-migratorie, peri-migratorie e post-migratorie” (Foschino Barbaro 2021: 19) può contribuire a produrre esiti psicopatologici acuiti da due fattori di vulnerabilità intrinseci: **“i/le ragazzi/e sono sopravvissuti a traumi pre-migratori e peri-migratori e, nonostante questo, devono compiere un continuo sforzo adattivo che perdurerà per tutto il percorso di integrazione nel paese ospitante”** (CISMAI 2020: 19). Una volta giunti nel Paese di arrivo i minorenni e i giovani adulti stranieri si trovano, non di rado, a fronteggiare processi di inclusione non sempre lineari e complessivamente caratterizzati dalla *condizione immigrante*, “uno spazio di posizioni sociali subordinate caratterizzate dalla discriminazione, dalla precarietà lavorativa e da uno stigma costruito su base etnica, razziale e culturale” (Gilberti e Queirolo Palmas, 2014: 26).

Box 2 - Adolescenza e migrazioni

L’adolescenza è la fase dell’esistenza umana che segna la transizione dallo stato di bambino (preadolescente) a quello di giovane. Per convenzione, le Nazioni Unite collocano il periodo adolescenziale tra gli 10 e i 19 anni, mentre rientra nei giovani la fascia di popolazione compresa tra i 15 e i 24 anni. L’adolescenza è una fase evolutiva caratterizzata da importanti e molteplici trasformazioni che, attraverso dinamiche complesse, inducono cambiamenti sostanziali sul piano fisico, neuro-psicologico ed emotivo-relazionale. I mutamenti attraversati in questo periodo possono essere talmente rapidi che, a volte, per i ragazzi e le ragazze può essere difficile mantenere un equilibrio in ogni dimensione del benessere psicosociale e attribuire un senso ai cambiamenti percepiti. Si può considerare dunque l’adolescenza come una nuova nascita, in cui l’individuo affronta, tra le molteplici sfide evolutive, quella della ridefinizione della propria identità.

Il rapido sviluppo fisico e cognitivo che caratterizza l’adolescenza crea una finestra di opportunità critica che rende gli adolescenti ipersensibili alle influenze del loro ambiente. La loro inclinazione

a provare nuove esperienze può stimolare l'innovazione e il successo, ma può anche renderli vulnerabili. Questi sono gli anni in cui i ruoli di genere possono essere consolidati, e in cui le ragazze possono subire il peso maggiore della disuguaglianza di genere. Le prospettive degli adolescenti dipendono quindi dalla qualità degli ambienti di vita, delle relazioni e delle esperienze. L'assistenza e il supporto che ricevono, i servizi a cui possono accedere, le norme sociali che guidano le loro comunità e la misura in cui possono influenzare le decisioni che li riguardano sono aspetti cruciali che possono orientare in un senso o in un altro la crescita. Investire negli adolescenti può rafforzare la loro capacità di promuovere i diritti umani e costruire un futuro migliore per sé stessi, per le loro famiglie e per le comunità in cui vivono²⁷. **È altrettanto importante ricordare che il concetto stesso di adolescenza è intrinsecamente legato alla cultura e società di appartenenza.** In alcune società, infatti, il passaggio dall'infanzia all'adolescenza è meno graduale e avviene in modalità più predefinite e circoscrivibili, attraverso dei riti di passaggio (Mead, 1954). Anche le fasce di età in cui un individuo è considerato bambino, preadolescente, adolescente, giovane e adulto possono variare significativamente tra culture. A tali differenze si aggiunge il peso di fattori relativi alla situazione socio-economica, o concernenti le differenze di genere, classe e status, così come all'intersezionalità (Demaria, 2016) di questi fattori. La **transizione all'età adulta**, per tutti gli adolescenti e ancor di più per quelli appartenenti ai gruppi più vulnerabili, costituisce **un percorso complesso dal punto di vista biologico, psicologico e sociale.** In particolare, gli adolescenti migranti soli/e portano con sé aspetti tipici dei processi evolutivi che caratterizzano la fase adolescenziale, mentre **vivono un processo di transizione precoce all'età adulta, con uno scollamento fra bisogni tipici dell'età e responsabilità legate alla condizione migratoria.** Infatti, il migrare è vissuto da questi giovani come un atto che di per sé sancisce il pieno ingresso nella vita adulta e il viaggio è vissuto come un rito di passaggio all'età adulta (Taliani e Vacchiano, 2006). In questo processo, la sovrapposizione tra fase adolescenziale e giovane età adulta può generare confusione e disorientamento. Alcuni comportamenti 'adul-tizzati' possono allo stesso tempo nascondere un substrato legato a dinamiche adolescenziali, a volte inibite, in particolare nelle esperienze di deprivazione, maltrattamento e violenza subite. La presa in carico degli adolescenti, quindi, si traduce spesso nella ricerca di un delicato equilibrio tra il rischio di infantilizzazione e di mancata considerazione delle loro istanze, e il rischio di abbandonarli, non fornendo loro gli strumenti necessari per acquisire capacità di inserimento e autonomia nella società di accoglienza. Due concetti di particolare rilievo permettono di comprendere meglio queste complesse dinamiche psicosociali.

Triplice transizione (UNICEF, UNHCR, OIM, Fondazione ISMU, 2019): a) la transizione **dall'adolescenza all'età adulta**, tipica del processo evolutivo umano, b) **la transizione legata alla migrazione** che determina il distacco dalle proprie origini e il doversi costruire una nuova vita in un contesto culturale e sociale totalmente nuovi, c) la **transizione riguardante il superamento della sofferenza** e dei possibili vissuti traumatici generatisi prima, durante o dopo il viaggio, che concorre ad una situazione di nuovo o ritrovato benessere individuale.

Doppia assenza: la condizione della persona che ha lasciato il proprio Paese in condizioni di svantaggio sociale è spesso caratterizzata da una doppia assenza (Sayad, 2002, 2018) finendo per non appartenere né al contesto di origine né a quello di destinazione. Una situazione che rischia di essere gravosa per il minorenne, proprio perché nel passaggio all'età adulta si trova in quel delicato momento in cui ridefinisce la propria identità.

Queste criticità sono state richiamate, come ricordato, anche dalla prima Strategia dell'UE sui diritti dei minorenni (2021), che nel ribadire quanto la protezione e la promozione dei diritti di questi ultimi siano obiettivi fondamentali dell'attività dell'Unione Europea, ha anche sollecitato gli Stati membri ad affrontare in modo adeguato il tema del benessere psicologico e sociale dei minorenni migranti²⁸. Tuttavia, l'attenzione posta alla vulnerabilità intrinseca della mobilità minorile migrante non deve portare a negare **la straordinaria capacità di adattamento e resilienza dei ragazzi e delle ragazze. Così come, a fronte di precondizioni gravi** (fatti di violenza, abuso, deprivazione, estrema sofferenza vissuta, ecc.) **non bisogna dare per scontato l'attivazione del trauma, la cui presenza può dipendere da molti fattori, tra cui il significato attribuito all'evento dall'individuo e la sua rielaborazione dello stesso, il supporto ricevuto**, nonché la capacità individuale di rielaborare e risolvere l'evento potenzialmente traumatizzante.

Per questa ragione è fondamentale riconoscere sempre che i ragazzi e le ragazze migranti non portano con sé solamente ricordi e vissuti dolorosi, ma competenze e risorse che vanno identificate, valorizzate e rafforzate.

Diversi studi (Papadopopoulus, 2007; Leal, Ramos 2013, Tedeschi et alii 2004) hanno infatti evidenziato la frequenza del fenomeno definito di **'sviluppo attivato dalle avversità'** e di

'crescita post-traumatica', secondo il quale l'esposizione a un'avversità e a un avvenimento drammatico (dunque potenzialmente traumatico, ma non necessariamente divenuto trauma) può generare, proprio in seguito all'esperienza dolorosa, un rafforzamento delle proprie risorse interiori e lo sviluppo di nuovi aspetti personali e di adattamento soprattutto per quanto riguarda l'apprezzamento per la vita, le relazioni con gli altri, l'identificazione di nuove possibilità, la forza personale²⁹. Tedeschi e Calhoun (2006), per esempio, hanno osservato la capacità di alcune persone che avevano vissuto traumi di saper resistere alle circostanze, generando cambiamento positivo. Studiando la natura di questo processo, i due autori hanno coniato la definizione di **crescita post-traumatica**, definibile come **"un cambiamento psicologico positivo derivante dallo scontro con circostanze di vita altamente impegnative e sfidanti"** (Tedeschi e Calhoun 2006). I minorenni, soprattutto coloro in transizione verso l'età adulta, sono capaci di prendere decisioni, sono soggetti attivi nei loro contesti, sono desiderosi di formare relazioni sociali e culturali (AGIA, UNHCR, 2019). In altre parole, hanno aspirazioni e progetti propri che non possono essere limitati a circostanze che li rendono passivi. Riconoscere e valorizzare il loro punto di vista, e le numerose e peculiari strategie di adattamento e resilienza agite (Luster et al., 2010; Ni Raghallaigh & Gilligan, 2010, Monacelli Fruggeri, 2012), è cruciale per garantire la loro piena partecipazione ai processi di protezione che li coinvolgono.

¹ Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia, 'Osservazioni conclusive al quinto e sesto Rapporto periodico dell'Italia', 2019, traduzione non ufficiale a cura del Comitato Italiano per l'UNICEF in collaborazione con il Comitato Interministeriale per i Diritti Umani: <<https://www.unicef.it/pubblicazioni/osservazioni-conclusive-comitato-onu-2019/>>

² I testi sono disponibili al link <https://www.unicef.org/media/48126/file/UNICEF_Strategic_Plan_2018-2021-ENG.pdf e https://www.unicef.org/executiveboard/media/7331/file/2021-25-Strategic_Plan_2022-2025-EN-ODS.pdf>.

³ 'Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice' (Summary Report), World Health Organization, Geneva, 2004. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 2005 e Mental health: strengthening our response, World Health Organization, 2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>.

⁴ Si veda <<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/>>

⁵ L'immagine è stata riadattata dal testo 'Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families', UNICEF 2018, p. 20, <<https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>>.

⁶ Il Comitato Permanente Inter-Agenzia IASC è stato creato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la risoluzione 46/182 nel 1991 e

ad oggi costituisce il forum di coordinamento dell'ONU per l'azione umanitaria più longevo e di più alto livello. È composto dai capi esecutivi di 18 organizzazioni, ad assicurare rappresentanza delle principali agenzie delle Nazioni Unite, Organizzazioni Non Governative, ONG, e lo Special Rapporteur dei diritti umani delle persone sfollate interne. L'obiettivo principale è quello di assicurare degli interventi coerenti e unificati, attraverso la produzione di policy, linee guida e strumenti tecnici condivisi. Maggiori informazioni sono disponibili al link: <<https://interagencystandingcommittee.org/>>.

⁷ 'IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings', 2007, <<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>>.

⁸ 'IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings', <<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>>.

⁹ Numerosi professionisti e figure operative con diverse competenze e responsabilità hanno contribuito alla loro stesura delle Linee Guida IASC, tra cui le principali Agenzie UN (incluso UNICEF e l'OMS), ONG, associazioni del terzo settore, molteplici università internazionali di prestigio, dipartimenti di ricerca, associazioni scientifiche e associazioni professionali di rilevanza internazionale in campo psichiatrico, psicologico ed educativo.

¹⁰ Le linee guida IASC su MHPSS del 2017 contengono sezioni dedicate riportanti indicazioni, azioni e criteri di risposta minima per i settori di Protezione, Salute, Educazione, Sicurezza Alimentare e Nutrizione, Pianificazione di campi e altre strutture di rifugio per sfollati interni, rifugiati e altre categorie vulnerabili, Gestione dei sistemi idrici e sanitari e Attività di sensibilizzazione, la gestione delle Risorse Umane e attività di Coordinamento, Assessment, Monitoraggio e valutazione degli interventi. Inoltre, il Gruppo Globale IASC di Riferimento per MHPSS ha sviluppato manuali tecnici specifici per orientare gli interventi MHPSS negli ambiti di: salute <<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/mental-health-and-1>>, protezione <<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-mental-health-and-1>>, coordinamento e gestione dei campi <<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-mental-health-and-1>>, mappatura dei servizi MHPSS <<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-who-where-when-doing>>, assessment <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_rg_mhpss_assessment_guide.pdf>, monitoraggio <<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-programmes>>, ricerca <<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-recommendations>> e Advocacy (<<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/1304936629-UNICEF-Advocacy-april29-English.pdf>>).

¹¹ 'The Mental Health & Psychosocial Support Network', <<https://www.mhpss.net>>

¹² Tutte le risorse e il materiale tecnico prodotto dal Gruppo Globale di Riferimento IASC per la Salute Mentale e Supporto Psicossociale è consultabile alla pagina web: <<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>>.

¹³ L'immagine è stata riadattata dal testo UNICEF 2018, 'Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families', p. 15, <<https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>>.

¹⁴ Il supporto tra pari si basa sull'assunto che la relazione e il sostegno tra coetanei durante il periodo adolescenziale giocano un ruolo fondamentale nel mantenimento, rafforzamento e recupero del benessere psicossociale, e possono essere considerati una risorsa preziosa all'interno degli interventi a supporto della salute mentale e del benessere psicossociale dei ragazzi e delle ragazze.

¹⁵ Educatori, pedagogisti, insegnanti, assistenti sociali, tutori volontari, mediatori culturali, animatori e altri operatori il cui ruolo è supportare il benessere e offrire un sostegno emotivo, educativo e sociale ai ragazzi e alle ragazze.

¹⁶ UNICEF, 'Operational Guidelines: Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings', 2018. <<https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>>

¹⁷ Il Global Protection Cluster (GPC) è una rete di organizzazioni non governative (ONG), organizzazioni internazionali e agenzie delle Nazioni Unite (ONU) impegnate in attività di protezione in crisi umanitarie, inclusi conflitti armati, cambiamenti climatici e disastri naturali. Il GPC è incaricato dallo IASC, guidato dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR), governato da un gruppo consultivo strategico, co-presieduto dal coordinatore GPC e da una ONG operativa, e servito da una cellula operativa multi-partner. Si veda <<https://www.globalprotectioncluster.org>>.

¹⁸ 'Guidance Note Using the Cluster Approach to Strengthen the Humanitarian Response', IASC, 24 Nov 2004, p. 4.

¹⁹ Commissione europea, Comunicazione della Commissione al parlamento europeo, al consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni. Strategia dell'UE sui diritti dei minori, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0142&from=en>>.

²⁰ Ibid.

²¹ Si veda <https://gruppoocr.net/wp-content/uploads/2008/12/OSSERVAZIONI_COMITATO_IN_ITALIANO_2011-2.pdf>.

²² Si veda <https://gruppoocr.net/wp-content/uploads/2009/08/11-Rapporto_Capitolo-6_PB.pdf>.

²³ Si veda United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). International Migrant Stock 2020, <<https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>>

²⁴ L'analisi dei dati resi pubblici dal Ministero dell'Interno annovera 83.326 minori soli giunti via mare in Italia tra il primo gennaio 2014 e il 31 dicembre 2021. Si tratta di un dato parziale che non include i minori soli giunti attraverso i valichi terrestri o rintracciati sul territorio a seguito di ingresso irregolare, che consente tuttavia di avviare alcune considerazioni. Si veda <<http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero>>.

²⁵ Si fa riferimento, nello specifico, alle strutture governative di prima accoglienza istituite ai sensi del D.Lgs 142/2015, art. 19 co. 1, finanziate con risorse a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), le strutture ricettive temporanee attivate dai Prefetti ai sensi dell'art. 19, comma 3-bis del D. Lgs 142/2015 (c.d. "CAS minori"), le strutture di prima accoglienza accreditate/autorizzate dai Comuni o dalle Regioni e, le strutture a carattere emergenziale e provvisorio e infine alle strutture afferenti al Sistema Accoglienza e Integrazione (SAI) finanziate con il Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo (FNPSA), con il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) e tutte le strutture di secondo livello accreditate/autorizzate a livello regionale o comunale.

²⁶ Dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, <<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-dicembre-2021.pdf>>.

²⁷ Per dettagli sull'approccio dell'UNICEF sul tema si veda <<https://www.unicef.org/adolescence>>.

²⁸ COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSIGLIO, AL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO E AL COMITATO DELLE REGIONI. Strategia dell'UE sui diritti dei minori, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0142&from=en>>

²⁹ ENEA, *Manuale Operativo per il Supporto Psicossociale dei Minori Stranieri Non Accompagnati*, II Edizione, UNICEF e MDM (unpublished).

Capitolo 2

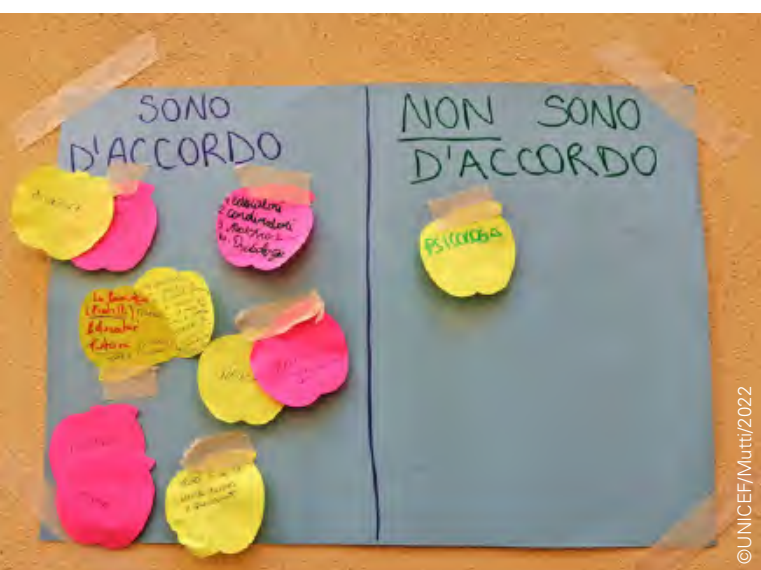
Metodologia

2.1 Approccio disciplinare e metodologia

I servizi di supporto psicosociale e salute mentale rivolti ai MSNA e ai giovani migranti e rifugiati rappresentano un campo di ricerca interdisciplinare¹ per eccellenza. L'assunto metodologico di partenza, da cui questa mappatura muove, è che **la comprensione del variegato mondo dei servizi MHPSS rivolti all'utenza migrante, e l'analisi dei fattori plurimi che ne regolano, favoriscono o inibiscono l'accesso, non può prescindere dall'adozione di un approccio in grado di tenere insieme categorie concettuali e approcci metodologici differenti** (Borkert, 2018). Nell'ultimo ventennio il tema dell'interdisciplinarietà è stato ampiamente dibattuto dalla comunità scientifica, la quale ha individuato nell'interazione tra saperi diversi il modo più idoneo per superare i limiti disciplinari e decodificare i problemi sociali complessi (Morin, 1994; Chettiparamb, 2007; Moran, 2002; Belloni et al., 2018). Da questa riflessione ha avuto origine il vasto campo dei *migration studies*, le cui diramazioni hanno anche analizzato il nesso migrazione-salute e, più di recente, i servizi di supporto psicosociale rivolti

alla popolazione migrante (Ambrosini, 2015; Bodini Geraci, 2011; Geraci, 2004 e 2011; Taliani Vacchiano, 2006; Tognetti Bordogna, 2013).

L'ingente mole di evidenze interdisciplinari sul tema dei servizi di supporto psicosociale rivolti alla popolazione migrante sta attualmente inquadrandosi la riflessione sulla riforma dei servizi MHPSS anche nella sua operatività, ad esempio fornendo apporti per una migliore comprensione della multidimensionalità dei problemi su cui intervenire, o spingendo al ripensamento di alcune modalità di intervento più idonee. Mappare questo universo eterogeneo e complesso ha implicato, quindi, un inquadramento teorico costantemente in dialogo con le diverse aree disciplinari delle scienze sociali e politiche che studiano le migrazioni forzate, le vulnerabilità, i bisogni specifici derivanti all'esperienza migratoria e le politiche sociali e sanitarie rivolte ai ragazzi e alle ragazze di questa età (Zannoni 2020). La disamina della logica operativa e strategica dei modelli di intervento selezionati realizzata con questa mappatura muove principalmente da una letteratura di riferimento di impianto politologico, sociologico e giuridico. Per analizzare la specifica dimensione del benessere psicosociale e della salute mentale dei minorenni e dei giovani adulti che vivono nel sistema di accoglienza istituzionale si è fatto invece riferimento agli studi riconducibili all'area della psicologia sociale, dell'etnopsichiatria e dell'antropologia, le cui prospettive sono state di aiuto per riconcettualizzare le questioni della salute e del benessere individuale e collettivo alla luce delle diverse provenienze culturali (Beneduce, 2007; Vacchiano, 2005, 2015 e 2012; Zorretto, 2017). La letteratura scientifica è stata infine integrata dall'analisi della reportistica rilevante prodotta da Autorità nazionali, Organizzazioni Internazionali, ONG e Organizzazioni del privato sociale. L'analisi si è basata su una metodologia mista, principalmente qualitativa, e integrata da una componente quantitativa. Questo approccio è stato scelto per indagare i servizi di supporto psicosociale e salute mentale da una **prospettiva**



duplice e complementare: quella dei ragazzi e delle ragazze che fruiscono dei servizi e quella dei servizi MHPSS operanti a livello regionale/urbano/metropolitano in sei regioni di indagine (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Sicilia) selezionate per i seguenti motivi:

- Sono rappresentative rispetto alla presenza di MSNA e giovani migranti e rifugiati nel sistema di accoglienza.
- Sono esemplificative circa la pluralità dei modelli di supporto psicosociale e salute mentale derivanti dai diversi quadri normativi regionali e dalla eterogeneità degli attori pubblici e non coinvolti nell'erogazione: Centro Italia (Lazio), Sud Italia (Sicilia, Puglia), Nord Italia (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna).
- Presentano modelli di intervento significativamente differenti per tipologia di attori coinvolti e per metodologie di intervento adottate. Alcuni di essi integrano al loro interno la componente sanitaria e hanno un chiaro assetto interistituzionale, altri risultano in modo significativo sostenute da soggetti del privato sociale che si coordinano con il sistema di accoglienza, sanitario e sociale.
- Presentano una significativa varietà dei meccanismi di individuazione e invio adottati per favorire la presa in carico integrata del bisogno di supporto psicosociale e salute mentale espresso dall'utenza.

Le esperienze e i punti di vista dei professionisti MHPSS e dell'utenza sono state integrate con le interviste somministrate a professionisti attivi a livello nazionale sia in ambito istituzionale che del privato sociale.

La ricerca qualitativa ha riguardato un campione di **70 informatori** indagato con:

- Interviste semi-strutturate a 31 professionisti (psicologi, psicoterapeuti, educatori,

psichiatri, neuropsichiatri infantili, tecnici della riabilitazione psichiatrica, logopedisti, assistenti sociali) operanti a livello territoriale e che lavorano con MSNA e giovani migranti e rifugiati compresi tra i 16 e i 21 anni;

- Interviste semi-strutturate a 13 stakeholder con un ruolo istituzionale riconosciuto a livello nazionale e nella comunità di pratiche MHPSS;
- FGD e interviste semi-strutturate a 26 MSNA e giovani migranti e rifugiati compresi tra i 16 e i 21 anni e residenti in strutture istituzionali di seconda accoglienza².

La ricerca qualitativa è stata integrata da una **raccolta dati quantitativa**³ che ha compreso:

- 1 questionario online, utilizzato per raccogliere informazioni sui modelli di intervento virtuosi esistenti a livello territoriale e sui quadri di riferimento normativi e programmatici che guidano l'intervento MHPSS a livello regionale, cui hanno risposto **62 professionisti operanti nell'area MHPSS**, perlopiù educatori, psicologi e psicoterapeuti attivi nelle 6 regioni di indagine.
- 1 sondaggio d'opinione (realizzato sulla piattaforma UReport)⁴ rivolto a **101 adolescenti e giovani rifugiati e migranti** tra i 16 e i 21 anni, residenti in Italia, di cui l'85% maschi e il 15% donne.

Il campionamento di questi informatori è stato realizzato secondo una procedura non probabilistica⁵. Per quanto riguarda i MSNA e giovani migranti e rifugiati il reclutamento si è avvalso del supporto fornito dai responsabili delle strutture di seconda accoglienza presenti nei territori oggetto di studio, ai quali è stato chiesto di identificare tra gli ospiti, unitamente alle équipes, ragazzi e ragazze le cui caratteristiche sociodemografiche fossero coerenti con le variabili scelte dalla ricerca. Per quanto possibile si è cercato di privilegiare residenti da almeno un anno nelle strutture afferenti al Sistema Accoglienza e Integrazione

(SAI) o nelle strutture di secondo livello autorizzate a livello regionale o comunale e che, quindi, avessero familiarità con il sistema dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale erogati internamente ed esternamente al sistema di accoglienza. Tutte le interviste e i FGD sono state audio-registrate, tranne in cinque casi in cui la registrazione non è stata consentita dagli intervistati. Successivamente gli audio sono stati riascoltati integralmente e trascritti in modo selettivo per poi essere citati nel rapporto. Al fine di garantire l'anonimato degli informatori, sono state utilizzate delle iniziali fittizie. Analogamente, ove il riferimento al Paese di provenienza o alla regione di residenza avrebbe potuto consentire il riconoscimento del minore, gli stessi sono stati omessi o sostituiti. Nelle interviste e nei FGD con ragazzi e ragazze con un livello di competenza linguistica inadeguato a garantire la piena partecipazione in italiano sono stati coinvolti dei **mediatori culturali**, opportunamente formati e muniti di un glossario creato *ad hoc*, in modo da rendere chiara, empatica e neutrale, la comprensione fra le parti. Per favorire la libera espressione degli intervistati e garantire la confidenzialità delle informazioni riportate, è stato privilegiato l'impiego di mediatori culturali non contrattualizzati dall'ente gestore responsabile della struttura in cui si realizzava l'incontro.

2.2 Comitato scientifico e questioni etiche

Il protocollo di ricerca e tutti gli strumenti di raccolta dati sono stati validati da un Comitato scientifico⁶ e sono stati sottoposti a un processo di revisione etica esterna e indipendente, realizzato dalla società HLM IRB Research & Ethics. Particolare attenzione è stata posta alla prevenzione dei rischi per le persone minorenni derivanti dalla partecipazione alla ricerca. Standard etici, coerenti con le principali linee guida dell'UNICEF (Berman, 2016; UNICEF

Office of Research, 2013) hanno guidato le fasi di progettazione e la definizione degli strumenti di ricerca e dei moduli di consenso informato, l'espressione e il coinvolgimento dei minori nel processo di acquisizione dello stesso, la conduzione della ricerca, l'archiviazione dei dati, la scrittura e divulgazione dei risultati. In linea con le *Raccomandazioni IASC per la conduzione di ricerca etica sulla salute mentale e psicosociale in contesti di emergenza*⁷, le seguenti questioni etiche sono state tenute in considerazione:

- I metodi e gli strumenti di ricerca utilizzati in questo studio sono stati sviluppati in linea con l'imperativo "non arrecare danno" e la loro progettazione è stata guidata da standard internazionali riconosciuti per la raccolta dei dati MHPSS.
- Le interviste e le consultazioni sono state condotte nel rispetto della sicurezza, della privacy e della riservatezza di tutti i partecipanti, evitando ogni possibile disagio per gli intervistati.
- È stato assicurato il rispetto del principio "nessun sondaggio senza servizio e nessun servizio senza sondaggio". In linea con questo standard, il gruppo di ricerca ha sempre cercato, quando opportuno, di garantire benefici diretti alla popolazione studiata, attraverso la condivisione di informazioni di rilievo sui propri diritti e i servizi disponibili e supportando l'invio ai servizi di supporto psicosociale esistenti ove necessario⁸.
- Le ricerche esistenti sui servizi MHPSS in Italia sono state esaminate per evitare duplicazioni.
- Per garantire benefici equi e diretti, e ridurre al minimo i rischi della ricerca, inclusa la sicurezza personale, sono stati identificati e discussi i potenziali rischi e benefici con i partecipanti e sono state utilizzate procedure standardizzate per rispondere all'insorgere di possibili vissuti emotivi intensi o disturbanti,

e dunque offrire contenimento e supporto emotivo in tali casi, o per assistere i partecipanti in difficoltà. Ciò ha incluso in due casi l'invio ai servizi di supporto psicosociale.

- La partecipazione alla ricerca è stata vincolata alla lettura, alla comprensione e alla firma del modulo di consenso informato⁹. Per i rispondenti ai questionari somministrati online, il consenso informato è stato inserito nella piattaforma online utilizzata per il sondaggio e la sua sottoscrizione è stata vincolante per la partecipazione alla ricerca. Ciascun modulo di consenso informato ha fornito raggugli chiari sui diritti degli intervistati, tra cui il diritto di non rispondere a singole domande, di non partecipare a specifiche fasi della raccolta dei dati e di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento. Informazioni chiare sono state fornite in forma scritta e orale circa i potenziali rischi e i benefici derivanti dalla partecipazione; il grado di riservatezza dei dati personali di identificazione, comprese le procedure di anonimato e la divulgazione di forme potenzialmente identificabili di raccolta dei dati, la proprietà dei dati comprese le procedure di raccolta, conservazione e sicurezza. La partecipazione dei soggetti allo studio è stata del tutto libera e volontaria.

Il gruppo di ricerca ha infine ricevuto adeguata formazione circa gli aspetti etici della ricerca, soprattutto in relazione al lavoro con minorenni e gruppi di persone vulnerabili.

2.3 Limiti

In prima battuta è opportuno evidenziare l'assenza, nel campione di indagine, di ragazzi e di giovani adulti residenti in circuiti esterni a quelli dell'accoglienza istituzionale di secondo livello, i cui bisogni e le cui modalità di accesso ai servizi non sono stati investigati nella presente ricerca.

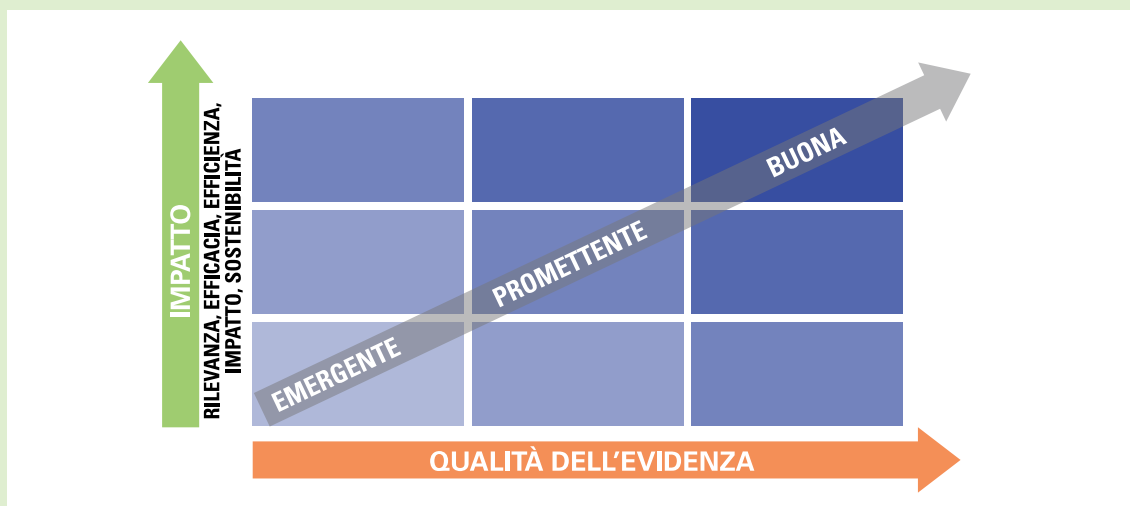
In secondo luogo, le interviste somministrate ai minorenni e giovani non hanno incluso i residenti nelle strutture governative di prima accoglienza finanziati dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI)¹⁰, nelle strutture ricettive temporanee attivate dai Prefetti (c.d. "CAS minori"¹¹), nelle strutture di prima accoglienza accreditate/autorizzate dai Comuni o dalle Regioni e, infine, in quelle a carattere emergenziale e provvisorio. Al 30 giugno 2021, la popolazione residente in questa tipologia di strutture corrispondeva al 10.6% dei MSNA presenti sul territorio nazionale (dati MLPS, 2021). Da ultimo, la ricerca ha coinvolto un numero inferiore di ragazze rispetto ai ragazzi. Dato coerente con la presenza ridotta di questo target di popolazione all'interno del sistema di accoglienza istituzionale che al 31 dicembre 2021 corrispondeva al 2,7% della popolazione minorile non accompagnata della popolazione minorile non accompagnata presente in Italia (dati MLPS, 2021).

2.4 Definizione di buone pratiche e fasi della ricerca

Questa ricerca ha mappato e analizzato le pratiche (si veda box in basso) buone, promettenti ed emergenti realizzate nell'ambito dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS) che includono MSNA e giovani migranti e rifugiati compresi tra i 16 e i 21 anni accolti nel sistema di seconda accoglienza in Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Puglia.

Le prossime sezioni offrono, dunque, una mappatura dei modelli di intervento più virtuosi identificati, integrata dall'analisi dei fattori di successo che rendono le pratiche particolarmente esemplari e da una ricognizione delle sfide di sistema che ancora pregiudicano od ostacolano il pieno accesso ai servizi MHPSS da parte dell'utenza sia all'interno del sistema di accoglienza che nei servizi esterni.

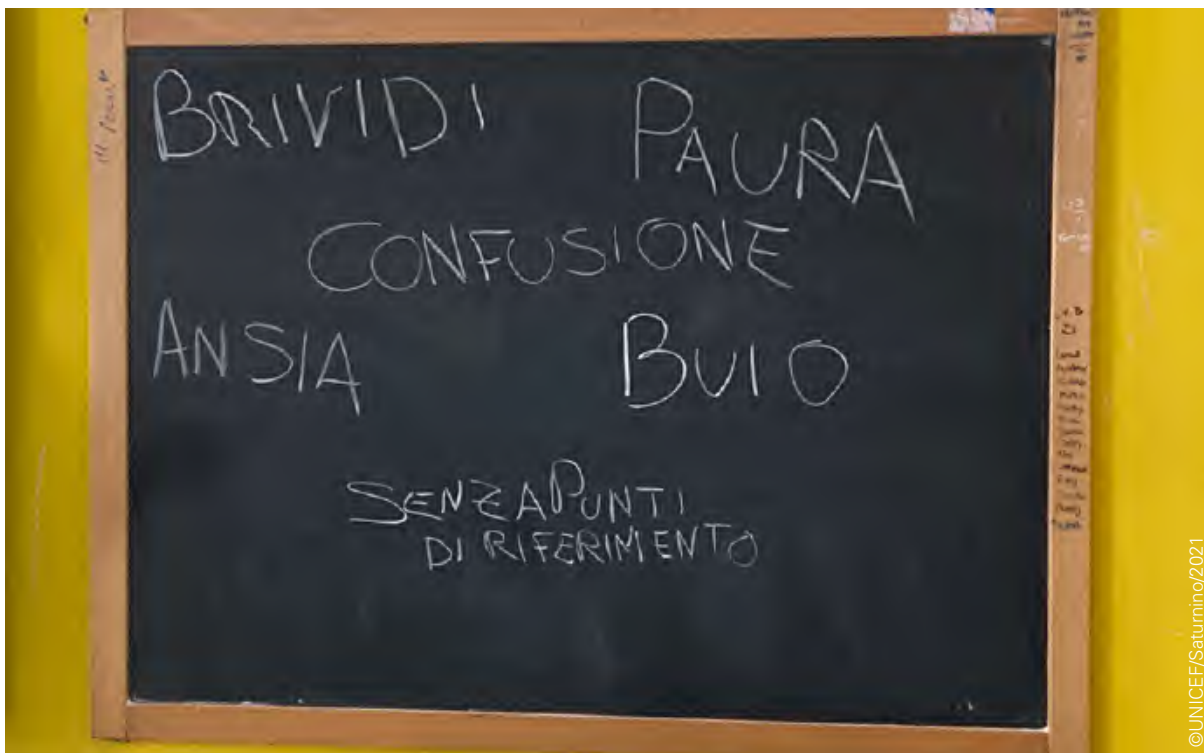
Box 3 - Pratiche buone, promettenti ed emergenti: le definizioni



BUONA PRATICA: ad oggi manca una definizione condivisa da studiosi o professionisti di cosa sia una buona pratica nel campo dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale. Definizioni e criteri di valutazione differenti sono stati utilizzati in fasi distinte da attori diversi. L'analisi dei modelli di intervento più noti in letteratura e nella comunità di pratiche¹² ha consentito di osservare alcuni elementi ricorrenti di successo, a cui attingere per consolidare una definizione operativa. **Questa mappatura definisce come buona pratica un'azione, o un insieme di azioni, che, sulla base di evidenze quantitative e/o qualitative, ha dimostrato di aver avuto un impatto positivo e tangibile su un preciso problema determinando così maggiore protezione e rispetto dei diritti delle persone interessate.** L'aggettivo buona è qui riferito alla capacità della pratica di porsi come modello da trasferire in altri contesti per la soluzione di problemi identici o simili. Le buone pratiche identificate in questo studio non sono necessariamente prive di margine di miglioramento, ma rappresentano la migliore soluzione disponibile per indirizzare i bisogni dei beneficiari nei contesti operativi studiati¹³.

PRATICA PROMETTENTE: "Per pratica promettente si intende un tipo di intervento rilevante, efficace, che genera cambiamento nel sistema di protezione sociale o ha un impatto sui minori e le loro famiglie così come dimostrato da evidenze affidabili" (UNICEF 2016). **In particolare, l'accezione "promettente" utilizzata in questa mappatura è stata riferita a quelle pratiche con significativo potenziale ma ancora troppo recenti o non sufficientemente testate per essere definitivamente proposte come buone pratiche**¹⁴.

PRATICA EMERGENTE: Le pratiche emergenti si riferiscono a interventi innovativi messi in pratica come interventi pilota, i cui risultati sono ancora oggetto di monitoraggio e i cui modelli non sono stati oggetto di valutazione o revisione formale né sono stati trasferiti a livello nazionale.



Le pratiche identificate attraverso la rassegna della letteratura sono state successivamente integrate con le evidenze emerse dalle interviste e dai FGD realizzate con i professionisti operanti nell'ambito MHPSS, sia a livello regionale che nazionale, e con i minorenni e giovani migranti e rifugiati ospiti del sistema di seconda accoglienza. Il duplice confronto con i fornitori dei servizi e con l'utenza ha consentito di approfondire gli interventi e la logica che ne regola la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione, e ha permesso di conoscere le rispettive opinioni circa i problemi affrontati nell'accesso ai servizi e le raccomandazioni che andrebbero indirizzate per migliorarli.

La raccolta e l'analisi delle evidenze è stata articolata in quattro fasi.

Fase 1: identificazione dei modelli di intervento

Attraverso la rassegna della letteratura esistente, e per ognuna delle regioni analizzate, sono stati identificati i modelli di intervento noti in letteratura e/o riconosciuti dalla comunità di pratiche¹⁵ attiva negli interventi MHPSS dedicati all'utenza con *background* migratorio per:

- rilevanza per l'utenza di interesse programmatico dell'UNICEF (MSNA e giovani migranti e rifugiati compresi tra i 16 e i 21 anni)
- erogazione di servizi di supporto psicosociale e salute mentale qualificati e coerenti con l'approccio MHPSS dell'UNICEF (cfr. cap. 1)
- partecipazione a **meccanismi di presa in carico integrata** che includono servizi complementari di natura e mandato differenti (in particolare, servizi che offrono un supporto non specializzato ai MSNA e

giovani -normalmente erogati dalle strutture di accoglienza e dal privato sociale- e servizi specializzati di sostegno e cura - erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale).

Fase 2: selezione delle buone pratiche e delle pratiche promettenti ed emergenti

Tra i modelli di intervento identificati a livello regionale sono state selezionate le pratiche buone, promettenti ed emergenti (cfr. box in alto) rilevanti per **impatto, rilevanza, coerenza, efficacia, efficienza, sostenibilità, trasferibilità, coinvolgimento di partenariati, partecipazione, rispetto e tutela dei diritti,**

non discriminazione e uguaglianza (vedi box in basso)¹⁶.

Fase 3: analisi sul campo delle pratiche buone, promettenti ed emergenti

Tra le pratiche buone, promettenti ed emergenti selezionate sono state investigate sul campo, **13 modelli di intervento al fine di approfondire le logiche operative e l'attenzione posta ai bisogni specifici dell'utenza.**

Fase 4: identificazione delle aree critiche del sistema MHPSS italiano rivolto ai MSNA e ai giovani migranti e rifugiati

Box 4 - I criteri¹⁷ utilizzati per selezionare le pratiche buone, promettenti ed emergenti.

- **Impatto** - La pratica ha un impatto positivo e si traduce in un miglioramento della salute mentale e del benessere psicosociale degli individui
- **Rilevanza** - La pratica risponde ai bisogni e alle priorità delle persone interessate
- **Coerenza** - La pratica è coerente con il quadro normativo e i codici di condotta professionale, compresi gli standard legali e di qualità pertinenti come le linee guida MHPSS IASC
- **Efficacia** - La pratica raggiunge gli obiettivi che si propone di ottenere
- **Efficienza** - Viene fatto un uso efficiente delle risorse finanziarie, umane e di altro tipo disponibili
- **Sostenibilità** - La pratica è sostenibile e/o ha un impatto duraturo nel tempo
- **Trasferibilità** - La pratica può essere replicata in contesti differenti
- **Coinvolgimento di partenariati** - La pratica prevede un consorzio multilivello e multistakeholder incluso uno pubblico-privato. La pratica è erogata in linea con un quadro di intervento inter-agenzia coordinato e attraverso un continuum di cura attraverso i quattro livelli della piramide MHPSS
- **Rispetto e tutela dei diritti** - La pratica mira a garantire il rispetto e la tutela dei diritti e della dignità delle persone interessate
- **Partecipazione** - Tutti i gruppi di interesse di età e genere vengono consultati e partecipano alla progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione della pratica
- **Non discriminazione e uguaglianza** - Donne, uomini e minorenni di età, abilità e background diversi hanno avuto pari ed effettivo accesso alla pratica e questi servizi hanno tenuto conto delle differenze di genere e i bisogni specifici di ogni gruppo d'età

In questa fase i risultati preliminari della ricerca sono stati discussi e integrati in un workshop di consultazione (realizzato ad ottobre 2021) che ha coinvolto i referenti di tutte le pratiche mappate, i quali hanno

validato i contenuti forniti all'interno delle schede tecniche di ogni pratica. Da ultimo, sono state identificate e analizzate le sfide che continuano a caratterizzare il sistema di servizi MHPSS.

¹ Interdisciplinarietà si riferisce all'integrazione di metodologie, procedure, epistemologie, terminologie e dati, afferenti a paradigmi disciplinari differenti. Per un approfondimento si veda: <https://riviste.unimc.it/index.php/es_s/article/viewFile/934/591>.

² La raccolta dati è stata realizzata da una ricercatrice, coadiuvata nei FGD da una seconda ricercatrice che ha svolto la funzione di osservatrice e ha annotato gli elementi di rilievo, e da una psicologa clinica esperta di protezione dell'infanzia, supporto psicosociale e salute mentale.

³ Questa survey è stata costruita e somministrata congiuntamente alla ricerca *'Percorsi sospesi. Il benessere psicosociale dei minori stranieri non accompagnati e dei giovani migranti ai tempi del Covid-19 in Italia'*, 2021, promossa da UNICEF ECAR. Una sezione ad hoc è stata dedicata ai «servizi di salute mentale e supporto psico-sociale per minori e adolescenti migranti e rifugiati in Italia». A rispondere sono stati 239 ma le risposte ritenute complete e valide sono state 133, di cui solo 62 effettivamente analizzabili nella sezione inerente ai servizi MHPSS.

⁴ U-Report è una piattaforma promossa da UNICEF che include anche uno strumento di messaggistica anonimo, facile da usare e gratuito. La piattaforma, progettata per i/le giovani, vuole assicurarsi che coloro che si sono registrati su U-Report, noti come U-Reporters, abbiano accesso ad informazioni affidabili, parlino delle questioni che riguardano loro e le loro comunità, e che siano ascoltati dalle istituzioni. U-Report fa uso di strumenti di messaggistica su Facebook e Telegram attraverso cui le domande dei sondaggi sono inviate agli/alle U-Reporters che a loro volta inviano le loro risposte. I risultati dei sondaggi possono essere visualizzati in tempo reale qui sul sito U-Report e vengono condivisi con il gruppo di U-Reporters attraverso messaggi su Messenger e Telegram e post su Facebook e Instagram. La piattaforma, nello specifico in Italia pensata per giovani migranti e rifugiati, permette inoltre di dare informazioni su servizi sociali di base disponibili, leggi e regolamenti esistenti in ambito di documenti e salute, eventi e attività ricreative, e altre informazioni utili. Si veda <<https://onthemove.ureport.in/opinion/5321/>>.

⁵ I partecipanti alla ricerca qualitativa e i rispondenti alla survey quantitativa e al poll non corrispondono all'intera popolazione di riferimento di cui non si ha una lista completa: il reclutamento, per la parte qualitativa, è avvenuto tramite la rete di contatti attivi nella comunità di pratiche operante nel comparto dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale interni ed esterni al sistema di seconda accoglienza istituzionale. Il questionario online è stato fatto circolare tramite ordini professionali rilevanti, associazioni e tavoli di coordinamento del terzo settore.

⁶ Il Comitato scientifico è composto dal Prof. Francesco Vacchiano (Università Ca' Foscari Venezia), dal Prof. Mario Biggeri (Università di Firenze), da Francesca Viola (UNICEF-Office of Research Innocenti) e dalla dott.ssa Laura Serri (Emergency). Il Comitato Scientifico ha avuto la funzione di validare gli strumenti di ricerca, supportare la raccolta dati, monitorare e discutere i risultati e promuovere la disseminazione dei prodotti finali.

⁷ IASC, 'Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings', 2014, <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iasc_mental_health_2014.pdf>.

⁸ La gestione dei casi potenziali di sofferenza psichica/vulnerabilità specifica, osservabili tra i partecipanti durante le interviste/FGD, ha previsto l'erogazione, in caso di bisogno, di diverse modalità di supporto, tutte disponibili a livello nazionale:

a) Numero Verde 800905570 per richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria, gestito dall'ufficio Immigrazione e Asilo dell'Archi, linea telefonica gratuita raggiungibile sia da telefono fisso che da telefono cellulare attraverso la quale accedere ai servizi di assistenza e consulenza legale, mediazione socio-linguistica e accompagnamento ai percorsi di integrazione.

b) Piattaforma online *JumaMap – Refugees Map Services*, una mappatura a livello nazionale dei servizi rivolti ai richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale i cui contenuti sono disponibili in 15 lingue scritte e 4 orali.

c) Servizio di consulenza psicologica e legale online, Here4U gestito dall'UNICEF insieme ad ARCI e Approdi, e accessibile anonimamente attraverso la pagina Facebook di *U-report on the move*.

d) Il numero verde Anti-Tratta (800290290) e il numero Verde Anti-Violenza (1522) sono stati resi disponibili per le potenziali vittime della tratta di esseri umani o violenza di genere.

⁹ Nel caso dei minorenni il modulo di consenso informato è stato firmato anche dal tutore legale. Il modulo di consenso individuale firmato dal rispondente è stato restituito ai ricercatori prima dell'inizio del colloquio. In caso di interviste o FG svolti in remoto, una versione digitale del consenso informato è stata inviata ai partecipanti prima dell'intervista e firmata prima dell'avvio dell'intervista.

Sulla base del campione di popolazione oggetto dell'indagine sono stati redatti tre moduli di consenso informato:

- 1 Modulo di consenso individuale per giovani adulti migranti e rifugiati (18-21) integrato da 1 Modulo di consenso individuale per tutori legali di minorenni e 1 Modulo di consenso individuale in linguaggio adeguato al gruppo adolescenti (età compresa tra i 16 e i 18 anni) beneficiari dei servizi MHPSS. Sia gli adulti che i minorenni hanno firmato il modulo. In caso di minorenni è stata necessaria la firma aggiuntiva dei tutori legali. Ciò ha incluso la richiesta del consenso dei tutori legali, nel pieno rispetto della legislazione nazionale in materia di delega.

- 1 Modulo di consenso individuale per i professionisti che lavorano a livello regionale.

- 1 Modulo di consenso individuale per gli stakeholders che lavorano a livello nazionale.

¹⁰ Istituite ai sensi del D.Lgs 142/2015, art. 19 co. 1.

¹¹ Istituite ai sensi dell'art. 19, comma 3-bis del D.Lgs 142/2015.

¹² Per comunità di pratiche si intende un gruppo di attori sia pubblici che del privato sociale rappresentanti servizi e prospettive

metodologiche diverse che operano nel settore del supporto psico-sociale e della salute mentale, che interagiscono tra loro in modo informale e che, attraverso il confronto, scambiano e sviluppano conoscenza.

¹³ IASC PCWG, 'Discussion note on collection of good practices in protection', <<https://www.unhcr.org/4aa76e97378.pdf>>.

¹⁴ Bell, L., L. Miller, 'Documenting, Validating and Sharing Good Practice in Europe and Central Asia', UNICEF template, March 2017: secondo questo documento possiamo definire pratiche promettenti: "Pratiche di programmazione, che spesso dimostrano nuovi approcci (o adattamento di approcci esistenti) in cui sono state documentate alcune prove di successo/impatto. Idealmente, questi dovrebbero essere implementati su scala nazionale ma potrebbero non essere stati formalmente valutati o replicati a livello internazionale; tuttavia, dovrebbe esserci un certo grado di evidenza sui risultati raggiunti e sugli insegnamenti tratti dall'iniziativa."

¹⁵ Per comunità di pratiche si intende un gruppo di figure appartenenti al pubblico e al privato sociale, rappresentanti servizi e prospettive metodologiche diverse, che operano nel settore del supporto psico-sociale e della salute mentale, interagiscono tra loro in modo informale e, attraverso il confronto, condividono e sviluppano conoscenza.

¹⁶ IASC, 'Discussion Note on Collection of Good Practices in Protection', <<https://www.unhcr.org/4aa76e97378.pdf>>.

¹⁷ I criteri di valutazione si basano e integrano i criteri proposti dall'OCSE (2021), *Applying Evaluation Criteria Thoughtfully*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>. Questi criteri sono stati discussi con il Comitato Scientifico e riflettono anche la guida fornita dai più noti strumenti su MHPSS promossi dall'OMS, dall'UNICEF e da altre organizzazioni.

Capitolo 3

Analisi del quadro legale e politico-programmatico

3.1 Il sistema di governance dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale

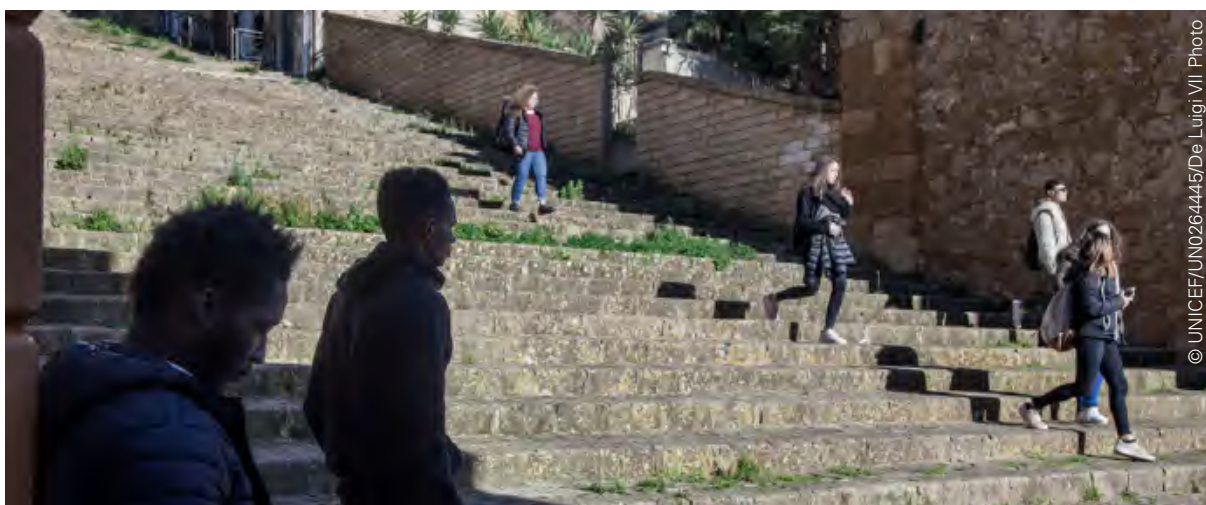
In Italia, il sistema MHPSS per i MSNA e i giovani migranti e rifugiati è andato evolvendosi in conformità ai quadri normativi di carattere universalistico¹ che regolano il sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari, e agli atti normativi che hanno caratterizzato, più di recente, l'area specifica della protezione dei MSNA². La composita dimensione dei servizi MHPSS per MSNA e giovani migranti e rifugiati coinvolge, in estrema sintesi, due dimensioni di intervento: quella del **supporto psicosociale**, erogata sia all'interno che all'esterno del mondo dell'accoglienza, in sinergia con i servizi pubblici e del privato sociale operanti sul territorio; e quella della **salute mentale**, che si realizza, in caso di bisogno e a seguito di invio da parte del centro di accoglienza in coordinamento con i servizi sociali competenti e i tutori, nei servizi specializzati erogati dai servizi sanitari territoriali o da enti del privato sociale.

Pur essendo intrinsecamente connesse, queste due dimensioni sono regolate da quadri normativi e modelli operativi diversi, e sono attribuite

ad attori pubblici e del privato sociale spesso differenti per approcci, metodi di intervento e competenze tecniche. Aspetto, questo, ben descritto da Terre des Hommes che osserva:

“Le agenzie che si occupano di interventi di aiuto, al di fuori del settore sanitario, tendono a parlare di supporto al benessere psicosociale. Le agenzie del settore sanitario tendono a parlare di salute mentale, sebbene abbiano storicamente utilizzato anche i termini riabilitazione psicosociale e trattamento psicosociale per descrivere interventi non di tipo biologico per persone con disturbi mentali” (Terre des Hommes, 2017: 11).

I servizi di supporto psicosociale e salute mentale trovano riferimento in due ambiti di policy: quello delle politiche sociali e quello delle politiche sanitarie. Pur essendo interrelate, queste due dimensioni sono apparse per molto tempo disgiunte sia in termini di competenza istituzionale che sotto il profilo della tipologia di servizi erogati. A partire dagli anni 2000, tuttavia, anche in conformità a quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il sistema dei servizi psicosociali e salute mentale italiano è stato progressivamente orientato verso **l'approccio integrato sociosanitario**.



Box 5 - L'integrazione sociosanitaria e le prestazioni sociosanitarie

L'attenzione che il sistema di policy italiano riconosce all'integrazione sociosanitaria propria degli interventi di supporto psicosociale e salute mentale, trova fondamento nella definizione di salute dell'individuo, promossa dall'OMS, e descritta come "un insieme di benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità"³. I concetti di prevenzione e protezione sociale si ritrovano anche nella definizione di prestazioni sociosanitarie promosse dal D.lgs. 502/1992⁴ che le definisce come "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Le prestazioni sociosanitarie comprendono: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale assicurate dall'Azienda Sanitaria Locale-ASL⁵, comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA⁶, e finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza del Comune, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Questo approccio ha implicato il riconoscimento da parte del Ministero della Salute che i percorsi di cura debbano essere realizzati sia dai servizi specialistici per la salute mentale (Dipartimenti Salute Mentale

(DSM) e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) sia nell'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non⁷.

Box 6 - La rete dei servizi territoriali pubblici per la salute mentale

Dipartimento di salute mentale (DSM)

Insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e

socioriabilitative

- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

Centro di Salute Mentale (CSM)

Centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative.
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affidamento etero-familiare ed assistenza domiciliare
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

Servizio Territoriale Specialistico rivolto ai minorenni compresi tra 0 e 17 anni che eroga servizi di diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo e delle psicopatologie dell'età evolutiva inerenti alla prevenzione, diagnosi, cura e agli interventi nelle situazioni di disagio del minorenne e della sua famiglia attraverso l'analisi della domanda, la diagnosi e il lavoro nei suoi contesti di riferimento. Gli interventi sono garantiti sia attraverso prestazioni dirette sul minorenne e la sua famiglia, sia attraverso consulenze alle U.O. ospedaliere e altri servizi coinvolti o tramite collaborazioni con la Medicina di base, con la scuola o con gli operatori dei Servizi Sociali coinvolti nella presa in carico.

Centro Diurno (CD)

Struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata sul territorio e aperta almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Strutture Residenziali (SR)

Struttura extra-ospedaliera differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e con un massimo di 20 posti in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale. Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Servizio ospedaliero ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari) dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero e attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Day Hospital psichiatrico (DH)

Area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine e collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario.

È aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e permette accertamenti diagnostici complessi, effettua trattamenti farmacologici, riduce il ricorso al ricovero vero e proprio o ne limita la durata. L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Fonte: Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Complessivamente, un vasto corpus regolatorio internazionale, europeo, nazionale e regionale sancisce il **diritto di ognuno ed ognuna ad accedere alle cure sanitarie, ivi incluse quelle inerenti alla salute mentale, sul proprio territorio di residenza, a prescindere dal proprio status giuridico e dalla propria provenienza.**

Questo approccio trova fondamento, in primo luogo, nella Costituzione (art. 32), nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, oltre che in disposizioni di legge ordinaria.

In coerenza con la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza⁸, che obbliga gli Stati Parte a garantire a tutti i minorenni presenti sul territorio dello Stato i diritti essenziali in ambito civile, politico, economico, sociale e culturale, tra i quali l'assistenza sanitaria⁹ l'ordinamento nazionale riconosce per tutti i minorenni stranieri presenti sul territorio e indipendentemente dalla regolarità del soggiorno, l'iscrizione obbligatoria e gratuita al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)¹⁰, in piena parità con i cittadini italiani¹¹ come ribadito anche dalla Legge 47/2017 in materia di misure di protezione dei MSNA.

I principi di universalità, uguaglianza ed equità, su cui è fondato il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)¹², sono declinati operativamente in una programmazione sanitaria basata sulla collaborazione "concorrente" tra i diversi livelli di governo nazionale e regionale. In questo quadro di governance, lo Stato determina i Livelli Essenziali di Assistenza-LEA¹³, ossia le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, e a tale scopo attribuisce alle Regioni le risorse necessarie alla loro erogazione¹⁴. Le Regioni programmano e gestiscono la sanità in piena autonomia nell'ambito territoriale di loro competenza, e collaborano con Stato, Aziende Sanitarie Locali e Comuni al fine di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi e livello delle prestazioni sanitarie appropriato per tutti i cittadini.

I Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza-LEA¹⁵ emanati nel 2017, dettagliano tra le varie prestazioni anche i criteri di erogazione dei percorsi assistenziali integrati riguardanti la salute mentale. In particolare, essi stabiliscono che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto il SSN garantisca ai minori, e dunque anche ai MSNA in quanto equiparati per legge in tutto e per tutto ai minorenni di nazionalità italiana, prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche che includano gli ambiti di azione della prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico e sociale ai minorenni in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi. Per i minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, i nuovi LEA prevedono la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative integrate da interventi sociali in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione.

I servizi di supporto psicosociale e di salute mentale fanno parte delle prestazioni socio-sanitarie (vd. box in alto). Comparto caratterizzato da un sistema di sussidiarietà multilivello (Anconelli, Michiara, Saruis 2018; Carletti 2015) il cui impianto risale al 1978, quando la legge 833/1978 e la legge 180/1978 (Legge Basaglia) riformano, rispettivamente, l'organizzazione del sistema sanitario e l'approccio al trattamento delle persone con disturbi psichici, spostando il fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio e stabilendo un modello di intervento socio-sanitario di erogazione dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale basato sul territorio e sulla valorizzazione della comunità. La difformità tra i quadri normativi regionali e la disorganica ripartizione di competenze tra i diversi livelli istituzionali coinvolti ha, tuttavia,

inciso sulla **mancata standardizzazione di un modello nazionale di integrazione sociosanitario atto a garantire il *continuum di cure proprio dell'approccio multilivello integrato MHPSS***¹⁶.

A ciò si unisce il complesso coordinamento tra i vari enti preposti alla programmazione (Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Regioni, Enti Locali) e all'erogazione (servizi sociali e sanitari, pubblici o privati) dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale (Maretti 2008).

“Tale disallineamento non ha certamente contribuito a facilitare processi reali di integrazione fra sociale e sanitario, lasciando il comparto sociale non di rado al traino di quello sanitario, in una posizione di minore forza (prevalentemente in termini di risorse, anche in quanto «orfano» di una legislazione quadro in grado di dettare principi generali condivisi, livelli minimi essenziali nazionali e, di conseguenza, modalità organizzativo-gestionali, per citare solo alcuni aspetti)” (Anconelli, Michiara, Saruis, 2018: 12).

L'incompiuta integrazione dei servizi sociosanitari ha condizionato, in particolare, i servizi di supporto psicosociale che scontano storicamente la mancata realizzazione di un sistema assistenziale nazionale «complementare» a quello sanitario, sistema cui si è giunti, e in modo parziale, solamente più di vent'anni dopo, con l'approvazione della **Legge Quadro 328/2000**, nota come il “manifesto del sistema integrato” (Martelli, 2007: 100), varata per indirizzare gli enti locali nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali da realizzarsi in modo congiunto e coordinato con gli attori dei servizi sanitari.

La legge quadro 328/2000 rappresenta il primo tentativo di affrontare il nodo delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi, definendo per la prima volta a livello nazionale un sistema di interventi di carattere «universale»¹⁷ e introducendo, o integrando,

alcuni dispositivi chiave (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali-LEPS, fondo nazionale delle politiche sociali, programmazione zonale) a sostegno della sua realizzazione (Arlotti, Sabatinelli, 2020). Tuttavia, a più di venti anni dalla sua emanazione, l'ambizione programmatica della L. 328/2000 presenta dei limiti sotto diversi profili applicativi.

La prima criticità riguarda **la persistente eterogeneità regionale dei servizi sociali territoriali preposti all'erogazione dei servizi di supporto psicosociale** derivante dalla mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, da garantirsi su tutto il territorio nazionale (Kazepov 2009; Benassi, 2012). I servizi sociali territoriali continuano a scontare la relazione con i preesistenti sistemi locali di welfare e con gli esiti di un processo di regionalizzazione privo di una regia nazionale.

In assenza della determinazione, da parte dello Stato centrale, dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, l'implementazione della legge quadro 328/2000, nei fatti, è stata subordinata ai welfare locali e alle risorse disponibili nei singoli territori (Kazepov 2009). Questo stato di cose ha ampliato e cristallizzato le disuguaglianze nell'offerta e nella qualità dei servizi fra Nord e Sud del Paese.

“Il trasferimento della responsabilità «esclusiva» in materia di servizi sociali alle Regioni ha di fatto vanificato il tentativo effettuato con la legge nazionale 328 del 2000 di unificare in una cornice coerente la regolazione del sistema stratificato di misure e procedure per l'erogazione dei servizi sociali che si era creato in Italia. Viene sancita l'esistenza di 21 sistemi regionali di welfare (incluso le due Province autonome di Trento e Bolzano) e inizia un ulteriore processo di differenziazione che mette in discussione l'esistenza stessa di pari diritti ai servizi sociali in Italia” (Martinelli, 2019: 51)“.

La seconda criticità riguarda **la prolungata assenza di coordinamento tra i servizi di supporto psicosociale codificati dai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e quelli di salute mentale definiti dai livelli essenziali sanitari e socio-sanitari (LEA)**, ambito di intervento soltanto accennato dalla L. 328/2000 e la cui attuazione si è scontrata storicamente “con una situazione finanziaria ed un riparto di competenze che hanno a lungo ostacolato la realizzazione del necessario investimento sul sociale” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021:6)¹⁸.

Sul piano operativo, la mancata sinergia tra LEA e LEPS, fa da sfondo al riconoscimento tardivo dell’interconnessione e della complementarità degli interventi di “supporto psicosociale” e “salute mentale”. Soltanto nel 2021, infatti, con il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023¹⁹, i LEPS sono stati indicati come strumenti del tutto complementari ai LEA:

“Evidentemente, un approccio sociale basato sui LEPS non può che interagire strettamente con l’approccio sanitario, che vede già definiti livelli essenziali sanitari e socio-sanitari (LEA); l’interazione è tanto più importante in quanto alcuni dei LEA socio-sanitari, come ridefiniti da ultimo ai sensi del DPR 12 gennaio 2017, individuano livelli essenziali - quali quelli relativi alla presa in carico con valutazione multidimensionale del bisogno e progetto di assistenza individuale (art. 21) - comuni all’ambito sociale, ma che ancora faticano enormemente a essere garantiti anche dal sistema sanitario. **È necessario attivare un modello organizzativo, con modalità di coordinamento per un utilizzo funzionale delle risorse professionali (anche psicologiche) capace di mettere in rete le prestazioni di maggior impatto sulle situazioni di disagio personale e sociale, erogate in tutti gli ambiti previsti dai LEA al fine di “garantire il benessere psicologico individuale e collettivo”²⁰.**



© UNICEF/JUN0360007/Naftalin

Anche grazie alla mobilitazione dell'Ordine degli Assistenti Sociali²¹, il potenziamento della rete integrata dei servizi sociali è tornato al centro dell'agenda politica nel 2020 (Turco, 2020) quando la legge 77/2020²² ha definito come **essenziali** i servizi sociali, socioassistenziali e sociosanitari elencati all'art. 4 della L. 328/2000²³, e ha introdotto la sperimentazione delle **“strutture di prossimità per la prevenzione e la promozione della salute e per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili”** ispirata al principio della piena integrazione sociosanitaria, e basata sul coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti, istituzionali e non operanti, sul territorio²⁴.

Questo intento programmatico, che valorizza le sperimentazioni già avviate in alcune Regioni (si pensi alle Case della Salute²⁵ in Emilia-Romagna), è stato riaffermato anche nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza- PNRR²⁶, il quale prevede il rafforzamento dei servizi sociosanitari di prossimità attraverso l'investimento di 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1.288 “Case della Comunità” entro la metà del 2026, sotto la guida del Ministero della Salute, il quale, in veste di autorità responsabile, dovrebbe promuovere entro il primo trimestre del 2022 la definizione di uno strumento di programmazione negoziata volto a coinvolgere le amministrazioni regionali e tutti gli altri enti interessati.

Nella visione del PNRR, nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie: una struttura fisica in cui opererà un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali” i quali, attraverso un approccio orientato alla medicina di genere erogheranno le prestazioni sociosanitarie. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità è particolarmente rilevante perché, se adeguatamente promossa, potrebbe rafforzare il ruolo dei servizi sociali

territoriali e la loro maggiore integrazione con la componente sanitaria.

Sebbene il PNRR segni un importante passo in avanti nel riconoscimento del valore universale della salute, e della sua natura di bene pubblico fondamentale da erogarsi in sinergia con i servizi sociali, al suo interno manca il riferimento a interventi volti a indirizzare i bisogni specifici della popolazione migrante e rifugiata, assenza che rischia di indebolire l'obiettivo di costruire un sistema integrato di servizi alla persona che coprano l'insieme dei bisogni sanitari, sociali e di salute di un territorio.

Come rilevato in letteratura (Geraci, 2004; Tognetti Bordogna, 2012), l'accesso ai servizi di supporto psicosociale e salute mentale da parte della popolazione migrante all'interno del sistema di accoglienza presenta criticità specifiche che meritano di essere considerate anche in virtù del peculiare sistema di *governance* che interviene quando si parla di diritto alla salute di migranti e rifugiati.

“Mentre per gli italiani l'erogazione dell'assistenza sanitaria dipende dal Ministero della Salute e dalle Regioni, per gli immigrati essa dipende dalle regole che normano l'accesso e la permanenza nel sistema di accoglienza” (Carletti, 2015: 7).

Sul tema si è pronunciata anche l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza:

“Le disomogeneità esistenti in Italia sul piano del diritto alla salute derivano in parte dalla attribuzione della competenza legislativa in materia di tutela della salute alle Regioni, inclusi i compiti di programmazione e definizione delle priorità sanitarie locali, attraverso la redazione e l'attuazione dei Piani sanitari regionali. Le diverse scelte attuate e le loro ricadute finiscono per determinare un aumento delle disuguaglianze intra e interregionali e una elevata disomogeneità nelle risposte con conseguente violazione del principio di equità e di uguaglianza” (AGIA, 2015:10).

Box 7 - I servizi di supporto psicosociale per MSNA e giovani migranti e rifugiati erogati all'interno del sistema di prima e seconda accoglienza

Ad oggi, nonostante la legge 47/2017, art. 7 promuova lo strumento dell'affidamento familiare come strada prioritaria di accoglienza dei MSNA rispetto al ricovero nelle strutture, la stragrande maggioranza dei 12.284 MSNA presenti in Italia al 31 dicembre 2021 risulta ancora in strutture di accoglienza, a fronte di un solo 4% in affidamento a privati (MLPS 2021:36)²⁷. L'attuale sistema di governance che sovrintende l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati è definito dall'art. 19 del Decreto Legislativo n. 142/2015 e, diversamente da quello degli adulti, non è gestito esclusivamente dal Ministero dell'Interno in ragione della competenza prevista dalla normativa vigente anche in capo agli Enti Locali²⁸. Esso prevede per i MSNA una fase di prima accoglienza motivata da esigenze di soccorso e di protezione immediata in strutture governative ad alta specializzazione²⁹, e un'accoglienza di secondo livello nell'ambito del SAI (Sistema Accoglienza e Integrazione). Tra le strutture governative di prima accoglienza si annoverano quelle finanziate dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), le strutture ricettive temporanee attivate dai Prefetti (c.d. "CAS minori"), le strutture di prima accoglienza accreditate/autorizzate dai Comuni o dalle Regioni e, infine, in quelle a carattere emergenziale e provvisorio.

I CAS minori negli anni hanno presentato criticità maggiori rispetto alle strutture FAMI che nell'insieme hanno, invece, offerto una maggiore standardizzazione nell'erogazione di servizi qualificati.

Le strutture di prima accoglienza trovano riferimento normativo nel D. Lgs. 142/2015, art. 19 comma 1 e seguenti. La permanenza dei MSNA all'interno di queste strutture - che comunque non deve superare i trenta giorni - è autorizzata per il tempo strettamente necessario all'identificazione, che si deve concludere entro dieci giorni e, in caso di dubbio, ricomprendere le procedure per l'accertamento dell'età. In particolare, le strutture di prima accoglienza assicurano in questo lasso di tempo servizi specialistici finalizzati al successivo trasferimento dallo stesso in centri di secondo livello del SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione), con progetti specificamente destinati a questa utenza.

A partire dal 2020, a causa dall'emergenza sanitaria che ha imposto l'applicazione delle norme anti Sars-Cov-2 (Covid-19), i MSNA sbarcati o rintracciati per la prima volta sul territorio nazionale sono stati collocati in strutture ad hoc (cd. strutture quarantena) al fine di trascorrere il periodo di quarantena, per poi essere trasferiti nelle strutture di accoglienza dedicate. Le modalità di collocamento dei MSNA in queste strutture sono state definite a livello regionale, delineando una gestione dei minorenni nella fase di quarantena disomogenea anche per quanto riguarda l'erogazione dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale³⁰.

Nella seconda accoglienza rientrano, invece, le strutture afferenti alla rete SAI, le strutture di seconda accoglienza finanziate con il FAMI e tutte le strutture di secondo livello accreditate/autorizzate a livello regionale o comunale. Le strutture accreditate a livello regionale/comunale

sono disciplinate dal DM 308/2001 che prevede che siano le Regioni ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della legge n. 328 del 2000, a recepire e integrare, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi fissati dal decreto. Tutte le Regioni hanno recepito la norma nazionale, anche se alcune Regioni hanno utilizzato strumenti normativi differenti o precedenti alla Legge 328/2000. I recepimenti regionali hanno provveduto a declinare le tre differenti tipologie di comunità a carattere familiare (**comunità di tipo familiare, gruppo appartamento e strutture a carattere comunitario**), mantenendo i requisiti minimi strutturali e organizzativi definiti nel DM 308/2001, nel rispetto di quanto previsto all'art. 11 della Legge 328/2000 (SAI 2018)³¹.

Il quadro legale vigente prevede che l'erogazione dei servizi psicoeducativi e psicosociali volti a sostenere e rafforzare le risorse individuali, il supporto tra pari e le risorse del gruppo dei MSNA, sia coordinato dall'équipe che opera nei centri di prima e di seconda accoglienza in sinergia con i servizi sociali territoriali.

Servizi MHPSS previsti nelle strutture governative di prima accoglienza:

L'art. 18 comma 2 bis del D. Lgs. 142/2015 prevede che "l'assistenza affettiva e psicologica dei minorenni stranieri non accompagnati è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza di persone idonee indicate dal minorenne stesso, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza ai minorenni stranieri previo consenso del minorenne, e ammessi dall'autorità giudiziaria o amministrativa che procede".

Durante la permanenza nella struttura di prima accoglienza al minorenne è garantito un colloquio con uno psicologo dell'età evolutiva, ove necessario in presenza di un mediatore culturale, per accertarne la situazione personale, i motivi e le circostanze della partenza dal suo Paese di origine e del viaggio effettuato, nonché le aspettative future³².

Servizi MHPSS previsti nei centri di seconda accoglienza SAI- Sistema Accoglienza e Integrazione:

Gli art. 34, 35 e 36 del D.M. 18/11/2019³³ normano i servizi minimi e specifici che le équipe multidisciplinari³⁴ operanti nelle comunità devono garantire ai MSNA delle comunità di seconda accoglienza SAI, anche avvalendosi di collaborazioni con altri soggetti che operano sul territorio. Tra i servizi minimi di accoglienza materiale, gli enti locali che coordinano i progetti SAI sono tenuti a garantire adeguata **tutela psico-sociosanitaria attraverso l'attivazione del sostegno psico-socio-assistenziale in base alle specifiche esigenze dei singoli beneficiari; dei servizi psico-socio-educativi, dell'accompagnamento al servizio sanitario nazionale per l'attivazione dei relativi servizi di base e/o specialistici; e dell'orientamento, l'informazione e l'accompagnamento in materia di protezione sociale e previdenza.**

Nel caso di beneficiari con specifiche esigenze di presa in carico, i centri SAI sono tenuti a: garantire l'accesso ai necessari servizi psico-socio-sanitari, accompagnando l'eventuale piano terapeutico-riabilitativo individuale con attività socio-assistenziali; garantire la flessibilità degli interventi per declinarli in base all'evoluzione della condizione di vulnerabilità durante il percorso di accoglienza-

za; costruire e consolidare la collaborazione con gli attori che, a diverso titolo, possono partecipare ai percorsi di supporto, riabilitazione e cura dei beneficiari portatori di specifiche esigenze psico-socio-sanitarie, dipendenti anche dal loro percorso migratorio e personale, nonché dalle condizioni specifiche di riduzione in situazione di sfruttamento o di violenze e/o torture subite; costruire e consolidare, per eventuali situazioni emergenziali, la collaborazione con gli attori pubblici e privati che, a diverso titolo, possono partecipare alla gestione complessiva delle casistiche.

Nel caso di beneficiari con disagio psicologico, che necessitino di una presa in carico specialistica, se pur temporanea, le attività dei progetti di accoglienza vanno a integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni e di definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale attivato dai servizi per la salute mentale del territorio. Pertanto, gli enti locali sono obbligati a:

- attivare programmi di supporto e di riabilitazione in maniera concordata e continuativa con la struttura sanitaria locale preposta;
- programmare la presa in carico diretta da parte dei dipartimenti di salute mentale presso le proprie strutture residenziali là dove la situazione clinica lo richieda;
- garantire un raccordo con il servizio di salute mentale del territorio tramite protocolli di intesa che esplicitino i livelli di collaborazione operativa atti a sostenere gli specifici interventi;
- prevedere la presenza di una rete territoriale atta a rendere sostenibile la presa in carico in termini di prossimità e accesso ai servizi specialistici e strutturati.

3.2 La declinazione operativa dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale

Operativamente, il coordinamento interistituzionale tra Regioni e Province autonome e tra queste e il livello centrale (in particolare Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Interno) in materia di interventi di supporto psicosociale e salute mentale è declinato in un sistema di *governance* la cui operatività si basa su **forme negoziate o congiunte di policy-making, che hanno il loro meccanismo principale, e la loro sede istituzionale, in un sistema di Conferenze tra Stato e livelli di governo decentrati, tra cui la più rilevante per l'ambito di intervento MHPSS, è la Conferenza Stato-Regioni**³⁵. In questa sede le decisioni più rilevanti di politica sanitaria e sociosanitaria vengono assunte mediante «Accordi», «Intese» o «Patti» deliberati

dalla Conferenza Stato-Regioni (Neri, 2020). A partire dal 2012 numerosi documenti programmatici promossi dal livello centrale di governo e ratificati in sede di Conferenza Stato-Regioni hanno evidenziato la rilevanza del benessere psicosociale e della salute mentale in età evolutiva e in adolescenza, proponendo approcci operativi volti ad armonizzare gli interventi erogati su scala nazionale, con particolare riferimento alla popolazione migrante.

Nel 2012, al fine di armonizzare le prassi frammentarie rilevate a livello locale, il tavolo tecnico "Immigrazione e servizi sanitari", della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome³⁶, ha predisposto le "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" oggetto dell'Accordo Stato-Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012³⁷. Il documento fornisce indirizzi operativi per favorire l'applicazione omogenea della normativa su tutto il

territorio nazionale, al fine di sanare le difficoltà di accesso ai servizi e le discrezionalità interpretative delle norme che regolano la fruizione dei livelli essenziali di assistenza. **L'accordo prevede, tra l'altro, l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale dei minorenni stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno, come ribadito dalla L. 47/2017.**

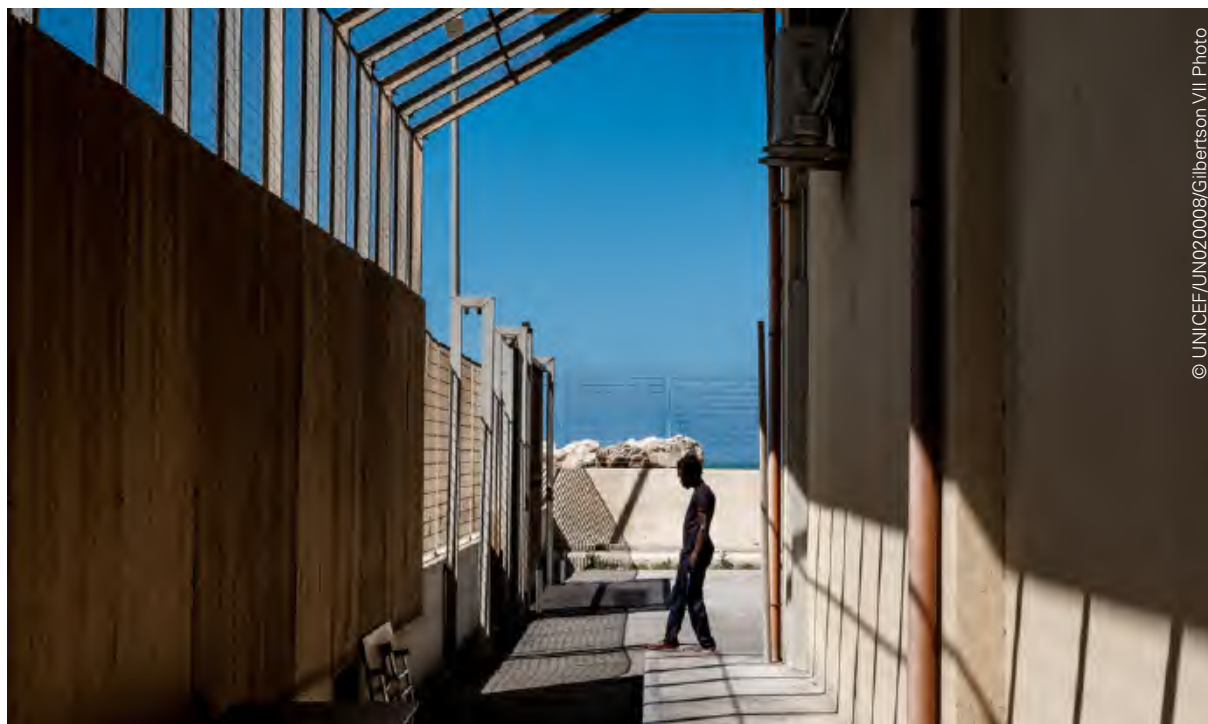
Nel 2013, è stato approvato, in Conferenza Unificata³⁸ il **'Piano di azioni nazionale per la salute mentale -PANSM'**³⁹ che rappresenta ad oggi, il quadro di riferimento cui ascrivere tutti i principali indirizzi strategico-programmatici e organizzativi di livello nazionale e di livello regionale e locale in materia di salute mentale. In conformità alle indicazioni dell'OMS⁴⁰, il PANSM riconosce la salute mentale in infanzia e adolescenza come "bisogno prioritario" e prevede l'intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza da monitorare attraverso due indicatori:

- presenza di raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva;

- presenza di protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali, ecc.) che possano a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acutizzazione della sofferenza.

Per dare seguito alle indicazioni del PANSM nel 2014, in sede di Conferenza Unificata, si è raggiunto un accordo sugli **"interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza"**⁴¹ funzionale all'attivazione di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate, per il trattamento extra-ospedaliero dei disturbi neuropsichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in stretta integrazione con i servizi territoriali. L'accordo evidenzia la rilevanza dell'integrazione socio-sanitaria anche a favore dei minorenni con disturbi neuropsichici, per i quali vanno pensati congiuntamente interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo, pedagogici, ecc.). L'accordo prevede che eventuali interventi socio-educativi possano essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite protocolli di collaborazione.

Nel 2021, l'Osservatorio nazionale per l'infanzia



© UNICEF/UN020008/Gilbertson VII Photo

e l'adolescenza ha approvato il quinto **Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva**⁴². Il Piano, frutto di un'intensa attività di coprogettazione che ha coinvolto soggetti pubblici e del privato sociale, ha ribadito l'importanza di considerare, rispetto alla salute mentale, l'eccezione estesa a tutto il benessere psicologico. In particolare, quanto ai MSNA, l'azione 22 del Piano si prefigge di progettare e realizzare, all'interno del sistema pubblico e integrato di servizi, un'area di servizi socio-sanitari-educativi titolari delle funzioni di accompagnamento, cura, tutela e protezione dell'infanzia, in cui sia effettiva la logica dei diritti della CRC (in particolare, alla non discriminazione e alla partecipazione), e in cui il supporto alla genitorialità (anche in contesti di accoglienza fuori della famiglia) sia elemento costitutivo al fine di assicurare la protezione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze in maniera uniforme. Questo obiettivo, da realizzarsi in sinergia con le altre strategie esistenti⁴³, punta nel complesso alla realizzazione di un sistema pubblico e integrato di servizi per la cura, tutela e protezione nonché la disposizione di politiche integrate per il rafforzamento e la costruzione di reti locali tra scuola, territorio, servizi sanitari e terzo settore (identificando, in ogni caso, i consultori familiari quale punto nevralgico della rete), così come indicato dalle Linee di indirizzo nazionale per l'intervento con i bambini e le famiglie del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2017).

Nel 2020 la Conferenza Stato Regioni ha adottato il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025**⁴⁴. L'atto ribadisce che la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da una serie di determinanti socioeconomiche che devono essere affrontate attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recupero. Il PNP fa riferimento all'**importanza di promuovere il benessere mentale di bambini, adolescenti e giovani, nel contesto comunitario**, dimensione fondamentale in cui "si collocano anche le

iniziative di informazione e sensibilizzazione dei cittadini volte a promuovere un corretto approccio nei confronti del disagio mentale, per superare stigma e pregiudizio e favorire l'inclusione"⁴⁵. Il piano caldeggia la necessità di **intervenire precocemente**, in un'ottica di approccio globale alla promozione della salute finalizzata all'**acquisizione di competenze per la vita, affrontando efficacemente fenomeni disfunzionali o di rischio che possono ripercuotersi negativamente sul benessere mentale dei giovani e possono precorrere la comparsa di disturbi psichici dell'adulto**⁴⁶.

A luglio 2021 la Rete della protezione e dell'inclusione sociale⁴⁷, presieduta dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha discusso e approvato il nuovo **Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali**⁴⁸, che colma un vuoto durato diversi anni e individua le priorità collegate al Fondo Nazionale Politiche Sociali e alla sua programmazione⁴⁹, distinguendo tra azioni di sistema più ampie e interventi rivolti ai minori. **Il Piano ribadisce che la componente sanitaria deve operare in stretto raccordo con il lato sociale attraverso la "regolata collaborazione tra sistema sociale e sistema sanitario"** (MLPS, 2021: 24).

Da ultimo l'Italia sta sperimentando, insieme ad altri sei Paesi europei, il **Sistema europeo di garanzia per i minorenni vulnerabili (Child Guarantee**⁵⁰) un'iniziativa della Commissione europea finalizzata a prevenire e contrastare, sul territorio dell'Unione, la povertà minorile, favorendo l'inclusione sociale e ampliando le opportunità di accesso ai servizi fondamentali, compresi i servizi di salute mentale. L'UNICEF, in partnership con la Commissione Europea, sta supportando in Italia la fase pilota della **Child Guarantee** tra i cui target di riferimento vi sono anche i minorenni con *background* migratorio, per i quali sono incoraggiate misure di assistenza sanitaria e accesso facilitato a programmi di prevenzione e promozione della salute, anche tramite la diffusione delle possibilità esistenti sul territorio.

¹ Segnatamente alla dimensione universalistica dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale è opportuno ricordare che in Italia il sistema MHPSS si rivolge a tutti e a tutte prescindendo dal background culturale. L'universalità implica l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, che recita:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

² Per una ricognizione complessiva sulla normativa regolante la protezione dei minori stranieri non accompagnati Ministero dell'Interno 2021, si veda il Ministero dell'Interno, EASO, Vademecum Operativo per la presa in carico dei MSNA, <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2021-03/vademecum_operativo_per_la_presa_in_carico_e_laccoglienza_dei_msna_def.pdf>.

³ Ministero dell'Interno, EASO, Vademecum Operativo per la presa in carico dei MSNA, <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2021-03/vademecum_operativo_per_la_presa_in_carico_e_laccoglienza_dei_msna_def.pdf>.

⁴ D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. art. 3 septies.

⁵ In alcune Regioni le ASL hanno assunto denominazioni differenti. In Lombardia, per esempio, le aziende ospedaliere prendono il nome di ASST (aziende sociosanitarie territoriali) mentre le ASL prendono il nome di ATS (agenzie di tutela della salute).

⁶ Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

⁷ 'Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale', 2013, <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf>.

⁸ Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 1989. Articolo 24. 1.: "Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi".

⁹ L'Accordo Stato-Regioni del 2013 richiama espressamente la Convenzione sui diritti dell'infanzia, nonché la Risoluzione A7-0032/2011, punti 5 e 22, del Parlamento Europeo dell'8 febbraio 2011. Per una ricognizione sul tema si veda Geraci, S., 'Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso', *SALUTE E SOCIETÀ*, 2004; Rossi, Stefano, 'La salute mentale nell'ordinamento costituzionale italiano', *Boletín mexicano de derecho comparado*, 49.145 (2016): 0-0.

¹⁰ Questo è previsto dall'articolo 34 comma 1 del Testo Unico sull'immigrazione (D. Lgs. 286/1998), come modificato dalla Legge del 7 aprile 2017, n. 47 – Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati, entrata in vigore il 6 maggio 2017 che estende questo obbligo ai Minori Stranieri non Accompagnati, ossia coloro che risultano essere privi di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per essi legalmente responsabili e chiarisce l'obbligo del responsabile della struttura di accoglienza di richiedere la tessera sanitaria.

¹¹ Per le indicazioni operative basate sulla normativa si veda <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf>.

¹² Il Servizio sanitario nazionale-SSN, istituito nel 1978 con la Legge n. 833, comprende il sistema di strutture e servizi volti a garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione che prevede competenze legislative dello Stato e delle Regioni.

¹³ Riconoscendo la particolare complessità dei trattamenti per la salute mentale, ma anche in relazione ai fattori di rischio bio-psicosociale e agli interventi di riabilitazione e inclusione sociale, il Ministero della Salute ha definito i LEA «come percorsi di presa in carico e di cura esigibili e non come singole prestazioni». Questo approccio corrisponde a un preciso modello di intervento integrato che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone
- LEA garantiti dalla Azienda Sanitaria Locale nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal Dipartimento Salute Mentale o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia e Adolescenza
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

¹⁴ Lo Stato ha il controllo del finanziamento della spesa sanitaria mediante la determinazione del fondo sanitario nazionale.

¹⁵ Gazzetta Ufficiale serie generale n. 65 del 18 marzo 2017 supplemento ordinario n. 15. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri approvato il 12 gennaio 2017 recante: 'Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria'.

¹⁶ Ogni tipologia di prestazione sanitaria, infatti, è attribuita a uno specifico livello istituzionale: la prima e la terza sono affidate alle aziende sanitarie e comprese nei LEA sanitari secondo le modalità individuate dalla normativa, dai piani nazionali e regionali e dai progetti-obiettivo nazionali e regionali, mentre le prestazioni afferenti alla seconda categoria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale.

¹⁷ Si veda L. 328/00, art. 2, c. 1.

¹⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, <<https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>>, p. 9.

¹⁹ Piano predisposto triennialmente dal Governo in conformità all'art. 18 della L. 328/2000, si veda <<https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>>.

²⁰ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, 2021-2023, <[Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf](https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf)> (lavoro.gov.it), p. 24.

²¹ Si veda CNOAS, 2021, <<https://cnoas.org/comunicati-stampa/mai-piu-porte-chiuse-i-servizi-sociali-sono-servizi-pubblici-essenziali/>>.

²² Si veda <<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2020;p:77>>.

²³ "In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni: a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; c) assistenza domiciliare; d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere Comunitario".

²⁴ "Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della Salute, sulla base di un Atto di Intesa in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le province di Trento e Bolzano, coordina la sperimentazione di strutture di prossimità per la prevenzione e la promozione della salute, nonché la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento di tutte le istituzioni presenti sul territorio, unitamente al volontariato locale e ad enti del Terzo settore no profit. I progetti devono prevedere modalità di intervento che riducano le logiche di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità, e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di comunità" Ex Comma 4-bis art.1 L.77/2020. La sperimentazione di cui al presente articolo si inquadra all'interno dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano (Gazzetta Ufficiale 10 ottobre 2007 n. 236). Per le finalità di cui al seguente comma sono stanziati a valere sull'importo complessivo di cui al comma 11, primo periodo, per un importo complessivo pari a 25 milioni di euro. Concorrono secondo le modalità organizzative delle Regioni al rafforzamento dell'assistenza domiciliare di cui ai commi 3, 4, 4-bis, anche i servizi e le prestazioni offerte dalle residenze sanitarie per anziani, dalle fondazioni (ex IPAB) o dalle Aziende Pubbliche di servizi alle Persone (ASP) o da altri soggetti del Terzo Settore con l'obiettivo di mantenere la persona nei suoi contesti di vita.

²⁵ Le case della salute sono un hub di facile accesso dove si concentrano professionisti e servizi e in cui l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta

dei medici di famiglia, dei pediatri, dei medici specialisti, degli infermieri, degli assistenti sociali, delle ostetriche, degli operatori socioassistenziali, del personale allo sportello, delle associazioni di pazienti e di volontariato. In tutta la Regione sono attive 125 Case della Salute.

²⁶ 'Piano Nazionale Ripresa e Resilienza', 2021, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, p. 225.

²⁷ Si veda Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, <<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Rapporto-approfondimento-semestrale-MSNA-31-dicembre-2021.pdf>>, p. 36.

²⁸ Ministero dell'Interno, 2020, <[Vademecum operativo per LA PRESA IN CARICO E L'ACCOGLIENZA DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI \(interno.gov.it\)](https://www.interno.gov.it/it/immigrazione/operativo-per-la-presenza-in-carico-e-l-accoglienza-dei-minori-stranieri-non-accompagnati)>.

²⁹ Tra le strutture di prima accoglienza si annoverano quelle finanziate dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), le strutture ricettive temporanee attivate dai Prefetti (c.d. "CAS minori"), le strutture di prima accoglienza accreditate/autorizzate dai Comuni o dalle Regioni e, infine, in quelle a carattere emergenziale e provvisorio. Queste strutture trovano riferimento normativo nel D. Lgs 142/2015, art. 19 comma 1 e seguenti. La permanenza dei MSNA all'interno di queste strutture è autorizzata per il tempo strettamente necessario, comunque non superiore a trenta giorni, all'identificazione, che si deve concludere entro dieci giorni, e all'eventuale accertamento dell'età. In particolare, le strutture di prima accoglienza assicurano in questo lasso di tempo servizi specialistici finalizzati al successivo trasferimento dello stesso in centri di secondo livello del SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione), con progetti specificamente destinati a tale categoria di soggetti.

³⁰ Il quadro in materia risulta ad oggi circoscritto a due linee di indirizzo: le «Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia da Covid19» e le «Linee di indirizzo per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle Comunità Residenziali del privato sociale che accolgono minorenni che hanno compiuto il 14° anno di età e giovani adulti e per la gestione delle attività di trattamento negli Istituti Penali per i Minorenni».

³¹ Si veda Rete Sai, 2018. Strutture e tipologie di accoglienza per MSNA, <<https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2018/02/MSNA-scheda-strutture.pdf>>.

³² Art. 19 D. Lgs. 142/2015.

³³ Il DM è accessibile al link <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2019-12-04&atto.codiceRedazionale=19A07582&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario>.

³⁴ L'art 36 del DM 18/11/2019 prevede che gli enti locali titolari di finanziamento sono tenuti a:

- garantire un'équipe multidisciplinare con competenze adeguate ai servizi previsti nel progetto di accoglienza. L'équipe lavora in sinergia con le figure professionali e le competenze presenti negli altri servizi pubblici locali, anche attraverso la stipula da parte dell'ente locale di protocolli, convenzioni, accordi di programma;
- garantire la presenza di personale specializzato e con esperienza pluriennale, adeguato al ruolo ricoperto e in grado di garantire un'effettiva presa in carico delle persone in accoglienza;
- garantire adeguate modalità organizzative nel lavoro e l'ideale gestione dell'équipe attraverso attività di programmazione e coordinamento;
- nel caso di accoglienza di persone portatrici di specifici bisogni o di vulnerabilità o di accoglienza di minori prevedere all'interno dell'équipe figure con esperienza e professionalità adeguate;
- monitorare il corretto svolgimento delle mansioni del personale impiegato nell'ambito degli interventi Siproimi (ora SAI).

³⁵ La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è istituita, con D.P.C.M. del 12 ottobre 1983, quale sede collegiale utile a favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e delle Province autonome e si riunisce, di norma, con cadenza quindicinale. Essa rappresenta la sede privilegiata della negoziazione politica tra le Amministrazioni centrali e quelle regionali, la sede in cui il Governo acquisisce l'avviso delle Regioni in relazione agli indirizzi governativi di politica generale incidenti nelle materie di competenza regionale. Si veda <<https://www.statoregioni.it/media/2883/p-5-csr-atto-rep-n-127-6ago2020.pdf>>.

³⁶ Organismo di coordinamento politico e confronto fra i presidenti delle giunte regionali e delle province autonome sede della interlocuzione istituzionale interregionale in cui sono predisposti i documenti che poi sono presentati nelle riunioni della Conferenza Stato-regioni e della Conferenza unificata, si veda: <https://www.statoregioni.it/it/presentazione/attivita/conferenza-stato-regioni/>

³⁷ Il documento è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni e P. A. (rep. Atti n.255/CSR/2012) e successivamente pubblicato in Gazzetta Ufficiale (S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013). Si veda <<http://www.regioni.it/sanita/2012/12/27/conferenza-stato-regioni-del-20-12-2012-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-sul-documento-recante-indicazioni-per-la-corretta-applicazione-della-normativa-p-281709/>>.

³⁸ La conferenza Unificata, istituita con il decreto legislativo n. 281/97 è costituita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e dalla Conferenza Stato-Città ed autonomie locali che si riunisce almeno due volte mese. Partecipa ai processi decisionali che coinvolgono materie di competenza dello Stato e delle Regioni, al fine di favorire la cooperazione tra l'attività statale e il sistema delle autonomie, esaminando le materie e i compiti di comune interesse, svolgendo anche funzioni consultive. È presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli Affari Regionali ove nominato; ne fanno parte il Ministro dell'economia e finanze, il Ministro delle infrastrutture, il Ministro della salute, il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome, il Presidente dell'ANCI, il Presidente dell'UPI. La Conferenza rappresenta la sede in cui Regioni, Province e Comuni "sono chiamate a esprimersi" su tematiche di interesse comune e assume deliberazioni, promuove e sancisce intese e accordi, esprime pareri e designa rappresentanti.

³⁹ Il piano è accessibile al link <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf>.

⁴⁰ WHO, 2001, 'Mental Health Policy Project'.

⁴¹ Si veda <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2462_allegato.pdf> e <http://archivio.statoregioni.it/DocumentoDoc620-2.html?IDDoc=45558&IdProv=13542&tipodoc=2&CONF=UNI>>.

⁴² Si veda Dipartimento per le politiche della Famiglia, <https://famiglia.governo.it/media/2647/secondo-testo-5-piano-infanzia.pdf>. Per la prima volta, al fine di garantire il protagonismo dei bambini e delle bambine, e dei ragazzi e delle ragazze all'interno del Piano, l'Osservatorio nazionale ha promosso una consultazione online sui temi del Piano, a cui hanno partecipato ragazzi e ragazze fra i 12 e 17 anni di età grazie al supporto tecnico-scientifico dell'Istituto degli Innocenti. Dai 2 mila questionari raccolti e dai 9 focus group organizzati con gruppi vulnerabili, è emerso che i ragazzi e le ragazze condividono le priorità e i temi individuati dall'Osservatorio nazionale nel 5° Piano, pur conservando preoccupazioni sul futuro e la consapevolezza delle difficoltà familiari. I risultati della consultazione sono disponibili in allegato al Piano, a cui si aggiungono le linee di indirizzo sulla partecipazione alla definizione del Piano.

⁴³ I contenuti si integrano con i diritti e le strategie internazionali ed europee per i minori di età, in particolare: la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989, gli Obiettivi Onu di sviluppo sostenibile – Agenda 2030, la Strategia dell'Unione europea sui diritti dei minori 2021-2024 e il Sistema europeo di garanzia per i bambini vulnerabili (European Child Guarantee).

⁴⁴ Si veda <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf>.

⁴⁵ Ibid. p. 29.

⁴⁶ Si veda <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf>, p. 28.

⁴⁷ Per approfondimenti inerenti alla composizione della rete si faccia riferimento a <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Regolamento-Rete-protezione-e-inclusione-sociale.pdf>

⁴⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021, <<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DI-22102021-Riparto-FNPS.pdf>>.

⁴⁹ La programmazione aggiornata del Fondo Nazionale Politiche Sociali disaggregata per livello regionale è visionabile al link <<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DI-22102021-Riparto-FNPS.pdf>>.

⁵⁰ Si veda <<https://www.datocms-assets.com/30196/1627286767-unicef-21-factsheet-child-guarantee-def.pdf>>.

Capitolo 4

Identificazione delle pratiche

L'analisi ha selezionato e approfondito **13 modelli di intervento che possono essere considerati come pratiche buone, promettenti o emergenti, rilevanti per l'erogazione servizi**

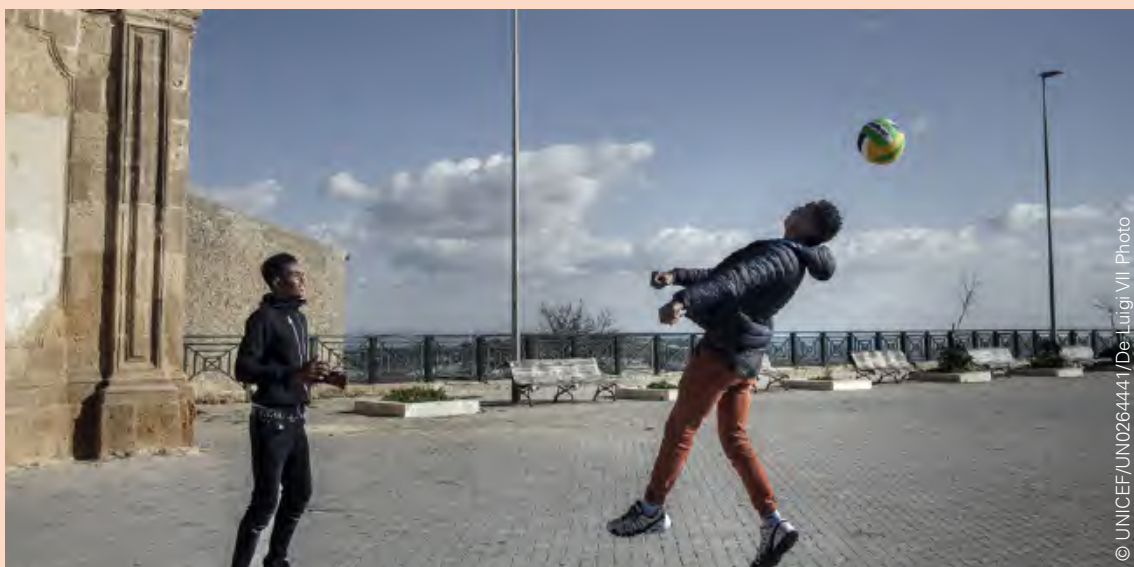
di supporto psicosociale e salute mentale e realizzati in 6 regioni italiane: Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Puglia, o a livello nazionale.

| | PRATICA | REGIONE | TERRITORIO DI INTEREVNTO |
|-----------|---|---|---|
| 1 | Centro Frantz Fanon | Piemonte | Torino |
| 2 | SA.M.MI. - Salute Mentale Migranti | Piemonte | Torino |
| 3 | UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico | Lombardia | Milano area metropolitana |
| 4 | Start.ER (Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna) | Emilia-Romagna | Intera regione |
| 5 | Sa.Mi.Fo. | Lazio | Roma |
| 6 | Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica | Sicilia | Palermo |
| 7 | Silver | Sicilia | Sicilia |
| 8 | ASP Catania, Ambulatorio di Psichiatria Transculturale | Sicilia | Catania |
| 9 | FARO | Sicilia | Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Siracusa |
| 10 | AL HIMAYA – Liberi dalla violenza. Programma multi-azione per il potenziamento e la qualificazione della risposta alla violenza sui minorenni stranieri a Catania, Messina, Palermo, Ragusa | Sicilia | Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Trapani |
| 11 | Équipe Giada- Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII- Policlinico Bari | Puglia | Bari e provincia |
| 12 | Progetto I.C.A.R.E. | Emilia-Romagna, Lazio, Toscana, Sicilia | Interi territori regionali |
| 13 | Here4U | Nazionale | Nazionale da remoto |

Le Pratiche mappate in Italia Settentrionale

| PIEMONTE Centro Frantz Fanon https://associazioneфанон.it Territorio di intervento: Torino area metropolitana | |
|---|--|
| Enti Coinvolti | Intervento Autonomo (collaborazione con ASL TO 1 fino al 2013) |
| Elementi caratterizzanti della pratica | Servizio di counselling, psicoterapia e supporto psicosociale per migranti, rifugiati e vittime di tortura fondato nel 1997. Riunisce professionisti con diversa formazione impegnati nello sviluppo di interventi clinici nel campo della salute mentale dei migranti. Coopera con il Comune di Torino – Ufficio Minori Stranieri per interventi di supporto psicosociale e salute mentale rivolte ai minori stranieri, anche non accompagnati. Eroga servizi di cura e riabilitazione ispirati a paradigma medico-antropologico ed etnopsichiatrico. Promuove la presa in carico integrata del minore in collaborazione con servizi territoriali, e associazioni che si occupano di richiedenti asilo e rifugiati. Offre servizi di consulenza agli operatori (sia dei servizi pubblici sia delle associazioni private) sui casi seguiti, abbinata ad un'attività di formazione continua. |
| Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC | <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizi che promuovono legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie • Interventi psicoeducativi • Servizi informativi, di orientamento e accompagnamento sul territorio <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto psicoeducativo, psicosociale e consulenza. Servizi erogati da professionisti non clinici (educatori e antropologi culturali) <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto a carattere clinico (es. assistenza psicologica, neuropsichiatrica, e psichiatrica) fornito da personale specializzato. |
| Utenza raggiunta | Minori Stranieri, Famiglie, Rifugiati e Vittime di Tortura, Donne Vittime di Violenza. |
| Professionisti Impiegati | Équipe multidisciplinare: Psicologi, psichiatri, mediatori culturali, educatori, antropologi culturali, neuropsichiatri infantili. |

| | |
|---|---|
| Coordinamento inter-agenzia e partnership | <p>Centro consolidato sul territorio e connesso alla rete istituzionale e del privato sociale che opera nella protezione e nella presa in carico dell'utenza con background migratorio.</p> |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | <p>Costruzione di percorsi individuali basati su ascolto e coinvolgimento attivo dell'utenza.</p> |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Percorsi individualizzati calibrati sui bisogni specifici dell'utente • Approccio basato sulle risorse della comunità: attivazione di reti formali e informali, anche in collaborazione e contaminazione con altre progettualità attive sul territorio • Costante attenzione all'attivazione delle risorse individuali degli utenti • Utilizzo di setting informali, accoglienti non istituzionalizzanti • Mediatori linguistico-culturali con specifica competenza nell'area dell'assistenza psicologica e psichiatrica, e formati all'utilizzo di tecniche di comunicazione sensibili alle specificità dell'utenza minorile e giovanile di origine immigrata. • I mediatori partecipano a tutte le occasioni di formazione interna ed esterna, supervisioni, discussioni cliniche condivise da tutta l'équipe di lavoro. • Le risorse linguistiche vengono attivate su esigenze specifiche: oltre alle lingue veicolari (inglese, francese, spagnolo), arabo, pidgin, urdu, farsi, bambara, wolof, pular, mandinga. |



© UNICEF/UN0264441/De Luigi VII Photo

| PIEMONTE SA.M.MI. - Salute Mentale Migranti http://www.piemonteimmigrazione.it/images/progetti/Scheda_di_progetto_SAMMI.pdf Territorio di intervento: Città metropolitana di Torino | |
|--|---|
| Enti Coinvolti | Prefettura di Torino (Capofila), ASL di Torino, Comune di Torino, Università di Torino, IRES Piemonte |
| Elementi caratterizzanti della Pratica | <p>Progetto Finanziato dal Ministero dell'Interno attraverso il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020. Avviato a ottobre 2020, la conclusione è prevista per il 2022.</p> <p>Promuove il meccanismo di coordinamento tra mondo dell'accoglienza e mondo dei servizi socio-sanitari e di salute mentale.</p> <p>Supporta l'accesso dell'utenza migrante alla rete territoriale dei servizi tramite attività di outreach nei centri di accoglienza e diffusione di informazioni al fine di prevenire la cronicizzazione delle problematiche di disagio mentale.</p> <p>Aumenta e rafforza conoscenze e competenze di operatori delle strutture di accoglienza e dei diversi Servizi territoriali nella presa in carico di nuclei, singoli adulti e MSNA portatori di problematiche legate ad uso di sostanze e disagio psichico anche attraverso percorsi di aggiornamento e formazione di competenze di natura socio-antropologica-etnopsichiatrica aperte a Operatori Sanitari, Medici, Infermieri, Oss, Psicologi, Educatori Professionali, Fisioterapisti, Logopedisti; Operatori dei CAS; Operatori socio-assistenziali; Mediatori culturali; Operatori dell'accoglienza per le vittime di violenza; Operatori del comune; Assistenti Sociali.</p> <p>Mette a sistema le risultanze di progetto e modella percorsi di presa in carico delle vulnerabilità psicosanitarie e sociali.</p> |
| Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC | <p>Livello 1: soddisfacimento dei bisogni di base, tra cui accesso ai servizi essenziali, protezione e sicurezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione condivisa tra servizi e centri di accoglienza delle situazioni individuali prioritarie da prendere in carico, anche con riferimento ai migranti in dimissione o già ospitati dai CAS, dalle strutture SAI (MSNA e adulti). • Supporto agli operatori del territorio nelle attività di accoglienza e valutazione dei singoli casi • Invio ai servizi socio-sanitari esistenti • Raccolta e analisi dei casi vulnerabili a partire dai casi prioritari identificati |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di un servizio residenziale di accoglienza a valenza sociosanitaria che permetta un'osservazione delle persone con background migratorio segnalate all'équipe multidisciplinare, e che consenta la definizione del percorso di cura, riabilitazione e reinserimento sociale (integrando tutti i 4 livelli degli interventi di salute mentale e supporto psicosociale) <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno alla costruzione di percorsi di presa in carico con progetti residenziali, territoriali e di inclusione sociale/lavorativa <p>Livello 3-4: servizi, specialistici e non, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di accompagnamento e valutazione delle metodologie e percorsi di cura, sviluppati a partire dallo studio di casi e dalla formazione psicologica nell' Evidence Based Psychological Assessment¹. |
| Utenza raggiunta | Richiedenti asilo e titolari protezione internazionale, MSNA, migranti a vario titolo residenti. |
| Professionisti Impiegati | Équipe multidisciplinare territoriale formata da: da medici, psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, infermieri, educatori, mediatori culturali e operatori sociali. |
| Coordinamento interagenzia e partnership | Partenariato tra gli attori rilevanti del territorio di intervento attivi a livello metropolitano |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | Percorso socio-sanitario individualizzato orientato a recupero, rafforzamento delle risorse individuali, autodeterminazione e definizione di percorsi di autonomia che abbiano come obiettivo inserimento lavorativo e abitativo in autonomia. |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Promozione di percorsi di rafforzamento delle capacità degli operatori nella gestione delle vulnerabilità psicosanitarie e sociali e nella definizione dei percorsi di presa in carico attraverso l'analisi di casi specifici. • Sperimentazione di nuovi percorsi d'accesso a servizi territoriali di cura, riabilitazione, reinserimento e inclusione sociale con assistenza e presa in carico sociosanitaria. • Sperimentazione di Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Migranti (IESM) consistenti nell'integrazione delle persone |

destinatario del progetto in famiglie di volontari supportate da professionisti dell'ambito sanitario e sociale.

- È in programma: a) la formalizzazione di un modus operandi inter-istituzionale tra tutti gli attori territoriali deputati alla presa in carico socio-sanitaria delle vulnerabilità sociali e sanitarie nel Tavolo di Rete; b) la sistematizzazione dell'attività di confronto su pratiche Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 (FAMI) e la discussione di casi complessi attraverso una prima di piattaforma digitale dedicata agli operatori sanitari, sociali, e sociosanitari.



LOMBARDIA

UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico

<https://www.policlinico.mi.it/reparti/45/neuropsichiatria-dellinfanzia-e-delladolescenza>

Territorio di intervento: Milano area metropolitana

Enti Coinvolti

ATS Milano Città Metropolitana

**UONPIA capofila "Progetto Migrazione e disturbi NPIA"
Progetto a finanziamento Regionale dal 2009**

UONPIA Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico

UONPIA partecipanti

UONPIA Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico

UONPIA ASST Fatebenefratelli-Sacco

UONPIA ASST Santi Paolo e Carlo

UONPIA ASST Nord Milano

UONPIA ASST Melegnano e della Martesana

UONPIA ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

UONPIA ASST Rhodense

UONPIA ASST Ovest Milano

UONPIA ASST Lodi

Altri enti/istituzioni/UO coinvolte

- ATI (Cooperativa Terrenuove, Fondazione L'Aliante, Fondazione Cecchini-Pace, Cooperativa Crinali, Cooperativa Kantara, Agenzia di Ricerca Sociale Codici)
- Comune di Milano (Servizi sociali comunali, Ufficio Politiche Immigrazione, Unità Politiche per l'Inclusione e L'Immigrazione-Area Emergenze Sociali, Diritti e Inclusione, Ufficio Stranieri, Settore disabili e salute mentale, Settore educazione, Poli Start)
- Altre agenzie del Terzo Settore (Centro Come, Cooperativa Filo D'Arianna, L'abilità, comunità educative dell'area milanese, associazioni)
- UO per gli interventi sanitari per i minori sottoposti a procedimento penale - ASST Santi Paolo e Carlo - Centro Giustizia Minorile e Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria"
- UOP del territorio ATS
- Servizi dipendenze del territorio ATS
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Pronto soccorso e reparti ospedalieri delle AO partecipanti (SPDC, pediatria, ecc)
- Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale
- Centri di riabilitazione per l'età evolutiva

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sigmund Freud University • GOM (ambulatorio di etnopsichiatria) • LABANOF |
| <p>Elementi caratterizzanti della pratica</p> | <p>Dal 2009 al 2017 sono stati attivati in 5 delle 15 ASL lombarde altrettanti progetti regionali di NPIA su temi connessi a migrazione e disturbi NPIA. In seguito all'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale, è stato attivato un unico progetto "Migrazione e Disturbi NPIA" (2017-in corso) con l'obiettivo di favorire il confronto e la condivisione di buone pratiche fra i Servizi di NPIA e garantire risposte tempestive ed innovative ai bisogni di salute mentale dei minori stranieri e delle loro famiglie. All'interno della UONPIA del Policlinico è attiva dal 2009 un'équipe multiprofessionale ed interistituzionale che opera secondo modello <i>trauma-oriented</i> e che si occupa della presa in carico dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psichica, con particolare riguardo alla condizione dei MSNA, dando particolare attenzione al riconoscimento dei vissuti traumatici che caratterizzano larga parte delle esperienze migratorie in età evolutiva, e alla loro rielaborazione.</p> <p>L'approccio <i>trauma-informed</i> care riconosce la pervasività del trauma sulla salute dell'individuo, delle organizzazioni e della società e promuove pratiche e policy di identificazione e presa in carico precoce dei disturbi post traumatici in base ad un'analisi costi benefici che indica nella prevenzione un fondamentale strumento di riduzione delle ricadute sociali e sanitarie dei disturbi di origine post traumatica sui sistemi di cura.</p> <p>Al fine di promuovere la salute mentale e dare risposte tempestive a situazioni critiche che richiedono di essere attenzionate, l'équipe Migranti, in stretta collaborazione con il sistema di accoglienza dei MSNA, utilizza due strumenti di rilevazione precoce del rischio psicopatologico: <i>Refugee Health Screener (RHS)</i> e <i>Griglia di Osservazione segnali di Rischio (GOSR)</i>, rispettivamente in uso nei centri di prima accoglienza, in primis Centro Servizi per MSNA di via Zandrini a Milano, e nelle comunità di seconda accoglienza.</p> <p>Il raccordo con l'ambulatorio di Etnopsichiatria (GOM Niguarda) consente di garantire i percorsi di cura ai MSNA nella transizione alla maggiore età, che spesso comporta l'interruzione degli interventi terapeutici e di accoglienza, rappresentando un grave fattore di rischio per la salute mentale, in particolare per i quei ragazzi con pregresse fragilità psichiche.</p> <p>Negli anni è stato possibile attivare, oltre ai finanziamenti Regionali, anche i progetti europei finanziati dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione-FAMI ("Salut@Mi: Raccordo e buone</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>prassi per la salute mentale dei MSNA a Milano” 2016-2018 e “P.A.S.S.I. per la Salute Mentale” 2019-2021).</p> <p>L’agire in sinergia dei diversi progetti sul tema della migrazione ha permesso il confronto tra buone prassi e la loro diffusione a livello regionale e nazionale ottimizzando l’integrazione tra sociale e sanitario al fine di garantire risposte appropriate ed efficaci ai bisogni di salute mentale e di accoglienza dei MSNA nel territorio di Milano e ridurre situazioni di cronicizzazione psicopatologica e devianza, anche in presenza di momenti di maggior afflusso.</p> <p>In collaborazione con il Centro Labanof- Laboratorio di Antropologia e Odontologia Forense dell’Università degli Studi di Milano, l’équipe sta sperimentando un protocollo integrato di accertamento dell’età dei MSNA privi di documenti.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 1: soddisfacimento dei bisogni di base, tra cui accesso ai servizi essenziali, protezione e sicurezza</p> <p>L’équipe Migranti negli anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha promosso e promuove giornate di sensibilizzazione e alfabetizzazione sulle tematiche correlate alla migrazione in età evolutiva rivolte a professionisti della salute, personale docente e educativo • Partecipa ai tavoli cittadini e regionali per la formulazione di policy di tutela della salute mentale dei minori migranti. • Partecipa a progetti di ricerca e divulgazione scientifica per la messa a sistema di un approccio integrato socio-psico-sanitario e trauma-informed nell’accoglienza di MSNA. <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il progetto collabora con le comunità di accoglienza e con i servizi della rete per promuovere relazioni di supporto tramite tavoli di lavoro, formazioni specifiche e co-costruzione di interventi ad hoc di prevenzione <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell’individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione e supporto nell’utilizzo di strumenti specifici per la rilevazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale • Colloqui individuali di orientamento e screening realizzati da psicologi dell’età evolutiva a tutti i MSNA in prima accoglienza, ai fini di valutare l’invio ai servizi specialistici <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico della prima richiesta di consulenza neuropsichiatrica effettuata dal centro inviante. Gli interventi |

| | |
|---|--|
| | <p>precoci in favore della salute mentale dei MSNA sono volti a prevenire o limitare gli accessi in pronto soccorso, dimissioni repentine dalle comunità, interruzioni dei progetti in corso e altri eventi potenzialmente ritraumatizzanti per i ragazzi stessi (l'attivazione della presa in carico UONPIA avviene a seguito di rilevazione di bisogno da parte di comunità/tutore/affidatario)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione ordinaria in 30 giorni, in urgenza in 72 ore. A seguito della segnalazione viene attivata una micro-équipe per la valutazione e la presa in carico del minore (es. assistenza psicologica, neuropsichiatrica, e psichiatrica). |
| Utenza raggiunta | Minori stranieri, famiglie migranti, Minori Stranieri Non Accompagnati |
| Professionisti Impiegati | Psicologo, neuropsichiatra infantile, mediatore culturale, educatori professionali, assistente sociale. |
| Coordinamento interagenzia e partnership | <p>Interfaccia costante con rete dei servizi.</p> <p>Tavolo di lavoro con le comunità socioeducative, servizio sociale e terzo settore.</p> <p>Tavolo di coordinamento regionale (Direttori e referenti di progetto delle ASST-UONPIA del territorio di ATS Milano Città Metropolitana)</p> |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione alla multidimensionalità del bisogno (elementi psicopatologici che si intersecano con aspetti sociali, giuridici) • Modello di presa in carico maggiormente adeguato dal punto di vista etnico-culturale e condiviso tra tutti i servizi del territorio • Approccio integrato sociosanitario. Attenzione all'accessibilità ai Servizi Specialistici di NPIA (modifiche logistiche, materiali informativi in lingua, contatti telefonici anche con il supporto di Mediatori Linguistico Culturali) • Introduzione di strumenti innovativi mirati (anamnesi transculturale e linguistica, schede di invio alla UONPIA e verso altri servizi, utilizzo di mediatori linguistico culturali con preparazione specifica per i disturbi NPIA) e di interventi transculturali, soprattutto in modalità gruppale (terapeutici, psicoeducativi, riabilitativi rivolti a bambini, adolescenti, genitori), anche in collaborazione con associazioni del terzo settore riunite in ATI • Stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) su focus specifici • Utilizzo del Refugee Health Screener (RHS-15) nella prima accoglienza, strumento adeguabile a diversi setting di servizi socio-sanitari |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sinergia costante con operatori degli enti locali e del sistema di prima accoglienza, dove opera un'équipe multidisciplinare attiva nei colloqui dell'area sociale, legale, medica e psicologica, e nella progettazione del percorso e dell'accoglienza successiva (in strutture di seconda accoglienza), in base ai bisogni ravvisati • Ideazione, co-costruzione in rete e utilizzo della Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR) all'interno di un tavolo di lavoro multidisciplinare attivato dal Progetto Migranti della ATS di Milano avente l'obiettivo di dotarsi di uno strumento di identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati • Realizzazione di eventi di sensibilizzazione e formazione sui temi di migrazione e disturbi NPIA ad operatori sanitari, sociosanitari, educativi e ai minori e alle famiglie |
|--|---|

EMILIA ROMAGNA
Start-ER 2 (Salute, Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna)
<https://ambo.ausl.bologna.it/pro/starter>
Territorio di intervento: Regione Emilia-Romagna

| | |
|---|--|
| Enti Coinvolti | Capofila Azienda USL di Bologna, partner di progetto diversificati per tipologia e competenze: Aziende USL di Imola, Ferrara, Romagna, Modena, Reggio Emilia, Parma, Piacenza, Arca di Noè Società Cooperativa Sociale, Caleidos Cooperativa Sociale Onlus, Cidas Cooperativa Sociale, DiaLogos Società Cooperativa Sociale, Dimora d'Abramo Cooperativa Sociale e di Solidarietà, Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa, Lai Momo Società Cooperativa Sociale, Associazione Mondo Donna Onlus. Cooperazione con centro di prima accoglienza metropolitano e centri di seconda accoglienza per MSNA. |
| Elementi caratterizzanti della pratica | Finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 e attualmente in corso, START-ER 2 si pone in continuità con la progettualità Start-ER, realizzata negli anni 2016-2018. Il progetto punta al rafforzamento della presa in carico dei bisogni afferenti all'area psicologica e della salute mentale, dei Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale, inclusi i MSNA, attraverso il rafforzamento delle sinergie tra pubblico e privato sociale con l'introduzione di un modello che accresca in questi ultimi |

| | |
|---|---|
| | <p>le competenze di base in ambito sanitario e un sistema di rete che garantisca una precoce ed adeguata presa in carico delle vulnerabilità, e un corretto follow-up dei percorsi attivati. Obiettivo ulteriore è il consolidare, integrare e rendere strutturali le azioni sperimentate, al fine di rafforzare e aggiornare le competenze e gli strumenti operativi tecnici ed istituzionali nell'ambito del supporto psicosociale e della salute mentale e facilitare la collaborazione tra il servizio pubblico e il privato sociale, implementando metodologie d'intervento che siano punto di riferimento per l'individuazione di un modello regionale complessivo. Il servizio opera con équipes multidisciplinari integrate, che svolgono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prese in carico etno-cliniche e culturalmente orientate della sofferenza psichica; • Realizzazione di attività formative finalizzate al <i>capacity building</i> degli operatori. <p>Il principale risultato atteso dall'implementazione in corso è la sistematizzazione di un modello integrato di presa in carico precoce delle persone in condizione di vulnerabilità, omogeneo a livello regionale, che garantisca un migliore accesso ai servizi e che, sviluppando le competenze degli operatori coinvolti, permanga strutturalmente anche al termine dei finanziamenti FAMI.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 1 e 2: soddisfacimento dei bisogni di base, protezione e sicurezza</p> <p>Grazie ai partner del privato sociale il progetto garantisce la presa in carico integrata dei bisogni psicosociali e di salute mentale già a partire dalla prima accoglienza e dalla seconda accoglienza e consente una rapida attivazione dei servizi della rete, capitalizzando le relazioni di supporto nelle reti comunitarie. Data la valenza regionale del progetto, ciascun territorio ha promosso schemi di intervento differenti, alla luce sia delle risorse già in essere che di quelle aggiuntive previste dal fondo, in base ai gap rilevati da esperienze pregresse e a una specifica ricerca-azione.</p> <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio di scheda di segnalazione da parte del centro inviante, attivazione di interventi precoci in favore della salute mentale delle e dei MSNA attraverso équipes multidisciplinari Integrate (pubblico-privato) composte da medici psichiatri, psicologi, antropologi, assistenti sociali e infermieri². <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizi clinici (es. assistenza psicologica, neuropsichiatrica, |

| | |
|---|---|
| | e psichiatrica) forniti da personale specializzato delle AUSL e dei partner del privato sociale coinvolti (ciò consente di erogare servizi di supporto tanto a RTPI in condizione di vulnerabilità psichica quanto al sistema dell'accoglienza). |
| Utenza raggiunta | Richiedenti Asilo Adulti e titolari di protezione internazionale e Minori Stranieri Non Accompagnati. |
| Professionisti Impiegati | Psichiatri, psicologi, antropologi, medici, neuropsichiatri infantili, operatori sociali, mediatori linguistico-culturali, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici specialisti in varie discipline. |
| Coordinamento interagenzia e partnership | Interfaccia costante con la rete dei servizi attraverso un tavolo di coordinamento della AUSL con le comunità socio-educative, servizio sociale e terzo settore. |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | La filosofia del progetto è ispirata al sostegno ai percorsi dei singoli in un'ottica sistemica. Approccio centrato sulla persona, sulla relazione, e sulla comunità con azioni di supporto dedicate a ciascuno: le persone o i gruppi in situazione di difficoltà, le amministrazioni locali, il sistema dei servizi (educativo, socio-sanitario, giuridico, amministrativo), l'associazionismo. |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Capacità di adeguamento al contesto pandemico con revisione delle modalità di realizzazione previste, identificazione dei nuovi bisogni cui dare risposta e ampliamento delle azioni di informazione, sensibilizzazione, consulenza e distribuzione di presidi sanitari all'utenza target. • Attivazione del <i>Journal Club</i>, un percorso di approfondimento interdisciplinare, avviato nel 2020 sotto il coordinamento della AUSL Bologna, in cui vengono presentati e discussi articoli scientifici sul tema della protezione internazionale strutturato in tre moduli inerenti diritto/politiche d'asilo; antropologia medica/psicopatologia transculturale; pratiche e sistemi di accoglienza. • Da gennaio a luglio 2020, il Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS (CSI), ha condotto e realizzato un percorso di ricerca-azione a livello regionale al fine di rilevare i bisogni formativi del personale socio-sanitario coinvolto nel lavoro con richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità psico-sanitaria. Alla luce di quanto rilevato il Comitato Scientifico di progetto ha stilato un piano formativo regionale • Lavoro multidisciplinare ed integrato pubblico/privato, aspetto caratterizzante di Start-ER 2 in tutto il territorio regionali • Sensibilità alla dimensione di genere |

Le prassi mappate in Italia Centrale

| LAZIO | |
|--|---|
| Sa.Mi.Fo. - Centro di Salute per Migranti Forzati – ASL Roma 1 https://www.aslroma1.it/migranti Territorio di Intervento: Regione Lazio | |
| Enti Coinvolti | ASL Roma 1 in collaborazione con l'Associazione Centro Astalli e Roma Capitale. Azioni sinergiche con le ASL Regionali, numerose Organizzazioni della Società Civile e alcune regioni. |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>L'impegno nella tutela della salute dei migranti della ASL Roma 1 parte nel 2007 con la creazione dell'unità operativa inter-distrettuale "Assistenza Immigrati" e l'alta professionalità in "Psichiatria transculturale e delle migrazioni", a conclusione di un percorso iniziato nel 1993, con l'Agenzia immigrati, dal gruppo di lavoro "Immigrazione e Salute" (1996), con lo "Spazio accoglienza immigrati" (1999), il "Coordinamento Salute Migranti" (2006) e proseguito più recentemente con il "Piano interaziendale Salute Migranti" (2015).</p> <p>Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l'assistenza ai migranti forzati e punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela a partire dal 2006, Sa.Mi.Fo. è un centro primario di accoglienza e assistenza psico-socio-sanitaria, valutazione, presa in carico e orientamento di migranti e rifugiati. Oltre a diversi ambulatori specialistici sono attive unità mobili multiprofessionali operative nella seconda accoglienza per favorire l'emersione precoce di vulnerabilità sanitarie e psichiche, e facilitare l'accesso ai servizi di richiedenti e titolari di protezione internazionale e di protezioni complementari. Le diverse équipes del servizio completano il proprio percorso valutativo erogando servizi in house per un tempo più protratto o con l'invio alle strutture sanitarie competenti. Si avvale di un modello organizzativo basato su percorsi assistenziali integrati, che includono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale rivolte a vittime di guerre, di trattamenti disumani e degradanti quali tortura, abusi sessuali, matrimoni forzati, mutilazioni dei genitali femminili (MGF) e altre forme di violenza intenzionale. Il servizio viene erogato da professionisti della ASL Roma 1, dagli operatori sociali e volontari del Centro Astalli, dai medici di medicina generale e da mediatori linguistico-culturali. Sono accolti tirocinanti provenienti da diversi</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>enti formativi, sia pubblici che privati, e operatori del servizio civile. La mediazione linguistico-culturale nel centro SAMIFO è garantita dal Centro Astalli, da Roma Capitale, e da progetti a valere su fondi FAMI (ICARE, FARI 2, PSIC) e Regionali. La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi di cura e di sostegno individuale interdisciplinari, multidimensionali e interculturali, appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati, e sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica. SAMIFO, in partenariato con altri enti, organizza, realizza e sovrintende cicli continui di formazione, sia di base che di secondo livello, rivolti a operatori sanitari e sociali (Medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, personale amministrativo del SSN e delle OCS) tra cui vulnerabilità post-traumatica e disagio psico-sanitario grave, gestione dello stress lavoro-correlato e prevenzione della traumatizzazione vicaria, l'assistenza sanitaria a richiedenti e titolari di protezione internazionale, RTPI affetti da patologie mediche e diffusione delle linee guida sulle vittime di torture. L'équipe che assiste i minori stranieri ha iniziato le proprie attività nel luglio 2017, è finanziata dal FAMI nell'ambito del progetto FARI 2 ed è composta da una neuropsichiatra infantile, una psicologa dell'età evolutiva, un assistente sociale, una logopedista, una tecnica della neuropsicomotricità e una educatrice. Si avvale, ove necessario, di mediatori linguistico-culturali. È attivo un comitato scientifico che vede la partecipazione di esperti del settore, rappresentanti di università, società scientifiche e organizzazioni della società civile.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 1: soddisfacimento dei bisogni di base, tra cui accesso ai servizi essenziali, protezione e sicurezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportello di accoglienza sociosanitario con funzioni di orientamento, sostegno e mediazione volto a facilitare l'accesso ad altri servizi (medici, psicologici, sociali e infermieristici) • Medicina generale di libero accesso e unità mobili attive nel sistema di accoglienza e su strada per individuare precocemente i bisogni <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione alla presa in carico integrata di richiedenti e titolari di protezione internazionale con bisogni sociosanitari e di salute mentale già a partire dalle comunità di accoglienza grazie all'attivazione di unità mobili con équipe multidisciplinari composte da personale sanitario con lo scopo di individuare il più precocemente possibile persone vulnerabili dal punto di |

| | |
|--|--|
| | <p>vista sanitario e psichico e orientarle verso i servizi più adeguati presenti nel territorio per la valutazione e la presa in carico.</p> <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I professionisti del SAMIFO supportano il servizio pubblico all'interno delle comunità di accoglienza, negli insediamenti informali o nei presidi territoriali e ospedalieri. Tale attività è garantita con attività di outreach nei luoghi citati, su richiesta, per consulenze e attraverso l'invio di mediatori/trici linguistico-culturali <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardizzazione della procedura di presa in carico degli utenti agganciati • Nel caso di richiedenti protezione internazionale adulti affetti da gravi psicopatologie che richiedono un trattamento di lunga durata e una presa in carico sul territorio gli operatori del SAMIFO effettuano la segnalazione - attraverso relazioni scritte e se necessario accompagnando anche i pazienti- al centro di salute mentale competente. Per questi casi il Dipartimento di Salute Mentale utilizza modalità consolidate di accoglienza, valutazione ed elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato - PTRI - eventualmente seguite dall'inserimento in strutture riabilitative residenziali o semiresidenziali • Nel caso di minorenni provenienti da Paesi terzi - anche non accompagnati - la valutazione e presa in carico viene effettuata dall'èquipe del progetto FARI 2 della ASL Roma 1, che in taluni casi può decidere l'invio a strutture competenti per territorio, in primis il Nucleo Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva- TSMREE. |
| <p>Utenza raggiunta</p> | <p>Migranti forzati, vittime di torture, violenza sessuale, o altre forme gravi di abuso psicologico, fisico o sessuale. Persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, minori stranieri anche non accompagnati.</p> |
| <p>Professionisti Impiegati</p> | <p>Il personale stabile è composto da medici, psichiatri, ginecologhe, ortopedici, medici legali, psicologi, tecnici di riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali, ostetriche del Servizio Sanitario, del Sistema delle Cure Primarie, operatori sociali o volontari del Centro Astalli, mediatori linguistico culturali. Nell'ambito del progetto FARI 2 sono state attivate sei èquipe multidisciplinari composte da: medici di medicina generale e specialisti in psichiatria, neuropsichiatria infantile, ginecologia, ortopedia, medicina legale, mediatori linguistico-culturali, psicologi per adulti e per l'età evolutiva, assistenti sociali per adulti e per minori, tecnici di riabilitazione psichiatrica, ostetrica,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>infermiera, logopedista, tecnica della neuropsicomotricità, educatrici, mediatori linguistico-culturali.</p> <p>Presso il SAMIFO è possibile svolgere anche tirocini post-laurea di diverse discipline che supportano le équipes multidisciplinari.</p> |
| <p>Coordinamento interagenzia e partnership</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nell'ambito dei vari progetti partnership con Associazione Centro Astalli, CeSPI-Centro Studi di Politica Internazionale, CRS Cooperativa Roma Solidarietà, Programma Integra, Caritas Roma, Cittadinanza Attiva, ASL regionali, Regione Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia garantisce la realizzazione delle attività programmate. • Partecipazione ai tavoli "Promozione di una comunità solidale", "Marginalità e Inclusione Sociale", etc. • Lavoro di rete e interfaccia con numerosi attori del privato sociale: Consorzio Roma Solidarietà (Caritas Diocesana di Roma); Comunità di Sant'Egidio, Centro Welcome, CIES Centro Informazione e Educazione allo Sviluppo, Associazione Focus Casa dei Diritti Sociali, Associazione Medici contro la Tortura, Associazione di promozione e difesa dei diritti Erythros, ACSE Associazione Comboniana Servizio Emigranti e Profughi, Associazione Solidarietà Vincenziana, SRM Servizio Rifugiati e Migranti, FCEI Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, Save the Children Italia e AMREF, Sanità di Frontiera, Sport Senza Frontiere. • Per facilitare i percorsi di integrazione il SAMIFO lavora con enti profit di alcuni settori (cucina/ristorazione, manutenzione del verde, alta sartoria, agricoltura) dove i RTPI formati svolgono tirocini di durata variabile. • Partecipa al Coordinamento Regionale e Nazionale GrIS. Gruppi locali Immigrazione e Salute. • Partecipa al tavolo tecnico nazionale per la programmazione del FAMI 2021/2027. |
| <p>Partecipazione e coinvolgimento della utenza</p> | <p>Approccio orientato al genere e alla cultura di appartenenza, centrato sulla persona, sulla relazione, e sulla comunità.</p> |
| <p>Fattori di successo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Esempio di assistenza sanitaria basata sulla integrazione delle evidenze scientifiche e delle esperienze cliniche come base di sviluppo di un modello di sanità pubblica innovativo e sostenibile, impostato sull'analisi partecipata dei bisogni di salute. • Le Unità Mobili hanno ridotto le responsabilità degli operatori dei centri di accoglienza su competenze sanitarie non specificamente di propria pertinenza. |

- Sostenibilità. La ASL Roma 1 ha valorizzato il Centro SaMiFo all'interno della propria organizzazione aziendale assicurando le risorse necessarie per garantire la continuità delle azioni. È una unità operativa interdistrettuale con budget proprio.
- Gratuità delle prestazioni e il libero accesso al front office e alla medicina generale. Le visite specialistiche si effettuano previo appuntamento, riservando comunque sempre uno spazio di ascolto e risposta alle eventuali urgenze.
- Colloqui di valutazione, sostegno e psicoterapia effettuati, ove necessario, in presenza dei mediatori linguistico-culturali. Tale servizio è strutturato per le lingue: amarico, arabo, bambara, bangla, cinese, curdo, dhari, djoula, farsi, francese, hindi, inglese, mandinga, pashtu, pidgin, poular, somalo, soninkè, sorani, spagnolo, tigrino, turco, urdu, wolof. Disponibile, inoltre, la mediazione a chiamata per altre lingue.
- Rete territoriale formale e informale con numerosi enti pubblici e privati, profit e no profit. Consolidata dal protocollo d'intesa siglato nel 2018 tra ASL Roma1, Roma Capitale (Dipartimento Politiche Sociali Sussidiarietà e Salute e Dipartimento Servizi Educativi e scolastici, Politiche per la Famiglia e per l'Infanzia), Municipi di Roma I, II, III, XIII, XIV e XV, e Ambiti Territoriali Scolastici/ Scuola Polo per l'Inclusione. Il protocollo sancisce la volontà delle istituzioni di impegnarsi in modo coordinato per "assicurare lo sviluppo dell'integrazione dei servizi e degli interventi educativi, sanitari, socio-sanitari e sociali tesi ad incrementare il grado di inclusività della scuola, la riduzione del disagio e la dispersione scolastica, nonché la promozione della salute".



Le prassi mappate in Italia Meridionale

| SICILIA | |
|---|---|
| Centro PENC. Antropologia e Psicologia Geoclinica https://www.centropenc.org/ Territorio di intervento: Palermo | |
| Enti Coinvolti | Garante per l'infanzia, UNICEF |
| Elementi Caratterizzanti la pratica | <p>Il Centro Penc è un'associazione non profit fondata nel 2015 e riconosciuta come ONLUS nel 2017, che offre percorsi per la cura psicologica secondo l'approccio dell'etnopsichiatria geoclinica, un paradigma attento ai luoghi, alle lingue, alle storie di provenienza dei pazienti e che guarda alle vicende geopolitiche come parte fondamentale dell'esperienza di ognuno.</p> <p>Il Centro di Etnopsicologia, fondato nel 2008 all'interno dell'Azienda Universitaria del Policlinico di Palermo "P. Giaccone" e dal 2017 attivo presso i locali del Garante per l'infanzia e l'adolescenza del Comune di Palermo, rappresenta l'attività centrale del Centro Penc e offre percorsi di psicoterapia e supporto psicologico, individuale e di gruppo; supporto psicologico a distanza, qualora l'accesso da parte del paziente non sia possibile; attività di formazione e supervisione su temi connessi all'etnopsicologia clinica; mediazione linguistico-culturale disponibile in 15 lingue: somalo, arabo tunisino, mandinka, wolof, bambara, djoula, malinké, pidgin english, beni-edo, bangla, djola, fula-pular-fulbe, inglese, francese, portoghese.</p> <p>Il Centro Penc svolge una diffusa attività di formazione su un ampio territorio, rivolta a educatori, psicologi, assistenti sociali e mediatori che lavorano nei centri di accoglienza e nei servizi di salute mentale.</p> <p>Fornisce, inoltre, consulenza nel campo dell'etnopsicologia, sia per la cura di pazienti, sia per svolgere azioni di advocacy, ed è anche specializzato nella supervisione clinica rivolta a centri di accoglienza per minori stranieri non accompagnati e centri di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo.</p> <p>Il Centro Penc gestisce il <i>Women and Girls Safe Space</i>, uno spazio che, grazie anche al supporto dell'UNICEF, accoglie giornalmente donne, ragazze e i loro bambini, offrendo opportunità di socializzazione e incontro, percorsi di empowerment per accedere ad informazioni e servizi, ma</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>anche sostegno psicologico individuale, di gruppo, da parte di operatori specializzati, e favorendo anche il supporto in gruppo <i>peer-to-peer</i>. L'accesso da parte delle utenti e dei loro figli è gratuito.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <p>L'equipe del Centro Penc è in contatto con le comunità locali di cittadini stranieri, soprattutto attraverso i mediatori culturali, che svolgono una funzione di "antenna" di territorio; infatti, essi fungono da interfaccia tra le comunità locali e i servizi offerti dal centro. Inoltre offre attività socio-ricreative di gruppo al <i>Women and Girls Safe Space</i></p> <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <p>Il Centro Penc offre anche gestione dei casi e consulenza per un invio protetto verso altri servizi del territorio di tipo socio-sanitario, come per esempio l'accompagnamento delle utenti da parte delle mediatrici culturali ai servizi di salute per la donna (ginecologia, consultori, etc..), oppure verso le associazioni che gestiscono case rifugio, nei casi in cui emergano situazioni di violenza di genere o intra-domestica. Anche nel <i>Women and Girls Safe Space</i> si offre un'attenzione specifica focalizzata ai bisogni del singolo, che può includere l'invio al servizio di supporto psicologico</p> <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <p>Attività di supporto psicologico e psicoterapeutico essendo un centro specializzato in ambito etnopsicologico e di lavoro sul trauma estremo</p> |
| <p>Utenza raggiunta</p> | <p>I servizi sono rivolti a rifugiati, richiedenti asilo, migranti regolari e non, minori stranieri non accompagnati, donne sole o con bambini, persone sopravvissute a violenza di genere o ad altre forme di violenza, inclusa la tratta, donne, uomini, ragazzi, ragazze, bambini e bambine, di origine straniera, anche in affido o in adozione.</p> <p>I servizi di consulenza sono inoltre rivolti a tutori volontari, operatori di comunità e professionisti che gravitano attorno al mondo della migrazione.</p> |
| <p>Professionisti Impiegati</p> | <p>Etnopsicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, tirocinanti dell'Università degli Studi di Palermo, dell'Università degli Studi Milano-Bicocca, dell'Università di Bologna Alma Mater Studiorum - Dipartimento di Scienze Giuridiche</p> |

| | |
|---|---|
| Coordinamento interagenzia e partnership | <p>Lavoro di rete con le istituzioni del pubblico (Garante dell'infanzia e l'adolescenza del Comune di Palermo, ospedali, uffici dei servizi sociali del Comune di Palermo, la Casa dei diritti del Comune di Palermo, le Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, Tribunale dei Minori) e del privato sociale (gestori dei centri di accoglienza, OIM, UNICEF, Save the Children, IRC e con le comunità straniere storicamente insediate nel territorio palermitano).</p> |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | <p>Approccio sensibile alla cultura e al genere centrato sulla persona, sulla relazione e sulla comunità.</p> |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Metodologia basata sull'approccio etnopsichiatrico. Il lavoro di cura è caratterizzato da un paradigma clinico teso ad integrare le domande della clinica con un'analisi delle configurazioni geoculturali e geopolitiche presenti nella mente e nei luoghi d'origine dei pazienti. • La pratica è riconosciuta da, e integrata in, un'ampia rete di servizi sociosanitari, assistenziali e legali del territorio • Attivazione, con il supporto dell'UNICEF, del <i>Women and Girls Safe Space</i>, un modello di intervento innovativo capace di integrare in modo efficace i servizi psicosociali e il supporto specializzato. |



| SICILIA Progetto Silver (Soluzioni Innovative per la Vulnerabilità e il Reinserimento sociale dei migranti), approvato nell'ambito del "Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020" Territorio di intervento: Regione Sicilia | |
|---|---|
| Enti Coinvolti | <p>Soggetto capofila Azienda sanitaria provinciale (Asp) di Trapani in partenariato con 7 aziende sanitarie della Sicilia, e un network di 11 soggetti del privato sociale, ai quali si aggiunge il sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'assessorato regionale della Salute e delle Prefetture della Sicilia.</p> |
| Elementi Caratterizzanti della pratica | <p>Finanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020, il progetto è stato attivo dal 2016 al 2018 con l'obiettivo di potenziare il sistema di prima e seconda accoglienza e la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria, anche attraverso il rafforzamento delle competenze istituzionali. Obiettivo specifico del progetto è stato fornire assistenza ai migranti con bisogni specifici di supporto psico-sociale e salute mentale giunti in Sicilia e accolti nel circuito istituzionale di accoglienza. Durante l'implementazione progettuale sono stati realizzati in ogni ASP degli ambulatori per adulti e minori con équipe multidisciplinari dedicate. Contestualmente sono state attivate unità mobili volte a raggiungere i centri di accoglienza, sono state attivate sessioni di capacity building di impianto antropologico e transculturale rivolte a tutti gli operatori attivi nei servizi MHPSS (accoglienza, sanità). Il progetto ha sperimentato, durante il percorso, la messa in rete e l'attivazione di sinergie tra le aziende sanitarie e il privato sociale tramite azioni di formazione, monitoraggio e supervisione presso i centri di accoglienza, i centri Sprar e le comunità.</p> <p>Tra le azioni innovative previste dal progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di una long list regionale di mediatori culturali e un sistema web di chiamata in caso di emergenza, anche via telefonica o webcam³. • Software per la gestione dei pazienti stranieri che le Aziende sanitarie possano in futuro utilizzare e implementare. • Definizione di procedure operative standard (POS) comuni e condivise. • Attività formativa mirata rivolta ad operatori dei centri di accoglienza, pediatri, medici di base, personale sanitario. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Attività di ricerca sul lavoro multidisciplinare in ambito etnopsicologico. • Inserimento socio-economico tramite borse lavoro/tirocinio presso gli enti aderenti. |
| Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC | <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <p>Unità mobili dotate di équipe multidisciplinari volte a identificazione tempestiva dei bisogni in accoglienza</p> <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto alla presa in carico integrata dei bisogni psicosociali e di salute mentale già a partire dalle comunità di accoglienza tramite l'attivazione di borse lavoro per l'inserimento socio-lavorativo dei migranti e l'attivazione di una rete di servizi territoriali <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizi focalizzati forniti da personale specializzato organizzato in équipe multidisciplinari includenti il mediatore culturale presso le ASP regionali |
| Utenza raggiunta | <p>Richiedenti asilo adulti e minori stranieri non accompagnati</p> |
| Professionisti Impiegati | <p>Assistente sociale, mediatori linguistico-culturali, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, educatori</p> |
| Coordinamento interagenzia e partnership | <p>Lavoro di rete con le istituzioni del pubblico (ospedali, comuni, le Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, Tribunale dei Minori) e del privato sociale</p> |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Primo tentativo di sistematizzare un modello di intervento di presa in carico dei bisogni di supporto psico-sociale e salute mentale a livello regionale in una logica interagenzia e multilivello. • Primo tentativo di standardizzare le procedure attraverso delle procedure operative standard dedicate ad utenze specifiche |

| SICILIA ASP Catania- Nucleo Operativo di Psichiatria Transculturale https://www.aspct.it/ufficio-territoriale-immigrati/ Territorio di Intervento: ASP Catania | |
|--|--|
| Enti Coinvolti | ASP Catania |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>Nucleo operativo attivo dal 2005 e parte del Dipartimento di Salute mentale della ASP 3 di Catania ubicato all'interno del centro ASP Agorà. Il centro accoglie al proprio interno l'area Sociale, gli ambulatori di Medicina generale, il Servizio Accettazione infermieristico e l'Osservatorio sulla Sofferenza Urbana. La prossimità degli ambulatori e degli uffici consente una maggiore collaborazione tra i servizi e una maggiore facilità di fruizione dei servizi per gli utenti stranieri che potrebbero avere difficoltà a raggiungere aree diverse della città.</p> <p>Offre:</p> <p>Attività Clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività ambulatoriale. • Attività di consulenza etnopsichiatrica ospedaliera. • Interventi di psicologia clinica e sostegno psicologico. • Consulenza etnopsichiatrica alle Istituzioni Pubbliche e alle Associazioni di Volontariato. <p>Attività Formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di percorsi formativi per gli Operatori delle istituzioni (sanitarie, scolastiche, sociali...) che si occupano di immigrazione. <p>Attività Informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgazione della presenza nel territorio degli ambulatori capaci di dare risposte alle problematiche dell'immigrazione. <p>Attività di Prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di prevenzione primaria rivolta sia ai migranti che ai cittadini in genere. |
| Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC | <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività ambulatoriale <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di consulenza etnopsichiatrica ospedaliera e di comunità <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di psicologia clinica e sostegno psicologico |
| Utenza raggiunta | Migranti, richiedenti asilo e rifugiati inclusi bambini, adolescenti |

| | |
|---|--|
| | e minori stranieri non accompagnati (MSNA), donne sole sopravvissute a violenza di genere e vittime di tratta. |
| Professionisti Impiegati | Psicologi e psichiatri clinici di paradigma etnopsichiatrico, neuropsichiatri, mediatori culturali, tirocinanti |
| Coordinamento interagenzia e partnership | Lavoro di rete con le istituzioni del pubblico (ospedali, comuni, le Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, Tribunale dei Minori) e del privato sociale. Parte della SIMM Società Italiana medicina delle Migrazioni. |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | Approccio <i>culture and gender oriented</i> centrato sulla persona, sulla relazione, e sulla comunità. |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Metodologia basata sull'approccio etnopsichiatrico: progetto psicoterapeutico costruito in relazione agli aspetti biografici, religiosi e simbolici incarnati nel corpo, nel vissuto e nella domanda di cura dei pazienti. • Riconoscimento delle patologie psichiatriche legate al viaggio, alle umiliazioni subite, ai riti arcaici che minacciano, adattamento del percorso terapeutico. |

SICILIA

“FARO: intervento di pronta identificazione delle vulnerabilità psicosociali dei minori stranieri dallo sbarco alla prima accoglienza e rafforzamento del sistema di accoglienza nelle province di Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Siracusa” PROG - 1635
Territorio di intervento: province di Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Siracusa”

| | |
|---|--|
| Enti Coinvolti | Università degli Studi di Messina – CEMI; Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile “G. D’Alessandro” - Università degli Studi di Palermo, Istituto di Formazione Politica “Pedro Arrupe” - Centro Studi Sociali. |
| Elementi caratterizzanti della pratica | Il progetto è stato finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 1. Asilo - Obiettivo nazionale ON1 - lett.b) – Interventi a favore di Minori Stranieri in condizioni di vulnerabilità psicosociale. Intervento articolato su due linee di intervento parallele per rispondere ai diversi livelli di bisogno: A) supporto psicosociale ai MSNA e famiglie con bambini dalla banchina di sbarco ai centri di prima accoglienza; B) rafforzamento delle competenze |

| | |
|---|--|
| | <p>degli operatori coinvolti nella presa in carico dei soggetti target. Il progetto valorizza il lavoro di rete riferendosi ai modelli per la presa in carico dei MSNA e la popolazione migrante accreditati a livello internazionale, con un'attenzione all'erogazione di interventi integrati che, in un'ottica transculturale, possano focalizzarsi sulla riduzione del danno e del rischio e sulla promozione delle risorse individuali, familiari, di gruppo e comunitarie. È un programma che raccoglie e sviluppa l'esperienza maturata in anni dal progetto FARO divenuto un modello di intervento per il supporto psicologico e psicosociale dei minori stranieri, che la Fondazione Terre des Hommes ha raccolto nella Guida al Modello FARO, patrocinata dalla Regione Sicilia Assessorato alla Salute. Data di Convenzione: 26.03.2018</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 1 e 2: servizi che mirano al soddisfacimento dei bisogni di base e di protezione, che promuovono la resilienza, i legami familiari e le reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientamento al personale presente in banchina allo sbarco e ai servizi presenti • Accompagnamento ai servizi • Distribuzione di materiali informativi sul contesto, i servizi e relativa spiegazione • Sostegno e guida alle mamme per accedere a servizi e beni di prima necessità per loro e i loro bambini • Invio di casi ai servizi sanitari o prefettizi, a seconda della necessità <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnamento ai servizi • Presentazione delle procedure di accoglienza e loro significato per dare un contenimento emotivo e favorire un senso di protezione • Supporto al ricongiungimento di nuclei a seguito di ospedalizzazione di un membro, dopo lo sbarco e mantenimento delle relazioni famigliari <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercettazione delle vulnerabilità psicologiche già in fase di sbarco • Monitoraggio delle vulnerabilità e presa in carico per tutta la durata dell'accoglienza in Hotspot • Invio dei casi particolarmente gravi ai servizi specialistici del territorio |
| <p>Utenza raggiunta</p> | <p>MSNA e operatori sociosanitari impegnati nella loro assistenza, cura e protezione.</p> |

| | |
|---|---|
| Professionisti Impiegati | Team multidisciplinari composti da: psicologo, antropologo e mediatore culturale; docenti esperti in ambito legale, sociale e sanitario. |
| Coordinamento interagenzia e partnership | Oltre al partenariato di progetto è stato sviluppato un raccordo capillare con i Servizi Sociali dei territori di intervento e le relative Prefetture. |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | Minori stranieri non accompagnati, operatori delle strutture di accoglienza e terzi impegnati nell'assistenza e protezione dei minori. |
| Fattori di successo | Il progetto Fami – 1635 rappresenta un traguardo in quanto è conferma dell'apprezzamento e riconoscimento da parte del Ministero dell'Interno della qualità e utilità del modello di intervento FARO, promosso negli anni precedenti da Terre des Hommes. Punto di forza della progettualità FAMI – 1635 è stata la grande capacità di adattamento, flessibilità e riposta a eventi imprevisti, che hanno comportato modifiche e adeguamenti alle mutevoli politiche di gestione dei flussi migratori da parte del Paese. |



© Terre des Hommes /StefanoStranges/2022

| SICILIA AL HIMAYA – Liberi dalla violenza. Programma multi-azione per il potenziamento e la qualificazione della risposta alla violenza sui minorenni stranieri a Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Trapani Territorio di intervento: Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Trapani | |
|---|---|
| Enti Coinvolti | Servizi Sociali comunali |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>Il progetto “AL HIMAYA – Liberi dalla violenza” prevede il potenziamento dei servizi territoriali nella prevenzione e contrasto della violenza a danno di minori stranieri. Beneficiari diretti dell’azione sono gli operatori dei servizi pubblici e privati che, attraverso attività di formazione multidisciplinare, capacity building, consulenza, ricevono supporto per rafforzare la loro capacità di rilevazione casi di violenza, assistenza nell’intervisione e follow up degli stessi. Il progetto, inoltre, prevede una formazione peer to peer a leader di comunità per la promozione di una cultura della protezione e della prevenzione dalla violenza e attività di sensibilizzazione delle famiglie straniere.</p> <p>Data inizio progetto: 01/04/2021 Data fine progetto: 30/09/2022</p> <p>Finanziatore: Ministero dell’Interno – Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020</p> |
| Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC | <p>Livello 2: servizi che promuovono la resilienza individuale, legami familiari e relazioni di supporto anche tra pari e reti comunitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento dei servizi territoriali nella prevenzione e contrasto della violenza a danno di minori stranieri • Formazione peer-to-peer ai leaders di comunità per la promozione di una cultura della protezione e della prevenzione dalla violenza • Attività di sensibilizzazione delle famiglie migranti <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell’individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione e consulenza di operatori dei servizi pubblici e privati su identificazione delle situazioni di vulnerabilità e violenza e follow up degli stessi |
| Utenza raggiunta | Operatori pubblici e privati dei servizi territoriali; leader di comunità; famiglie straniere con minori e minori stranieri fuori famiglia. |

| | |
|---|---|
| Professionisti Impiegati | Psicologi, antropologi/sociologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, medici, docenti per formazioni. |
| Coordinamento interagenzia e partnership | I partner del progetto sono: Centro Astalli per l'Assistenza agli Immigrati – Catania; Centro Penc Antropologia e Psicologia Geoclinica; Comune di Palermo; Consorzio Solidalia scs onlus; Società Cooperativa Sociale Formazione e Comunione onlus; Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM); Università degli Studi di Messina – CEMI; Università degli Studi di Milano (UNIMI); Università di Milano-Bicocca. |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | La partecipazione e il coinvolgimento dell'utenza vengono facilitati negli eventi di sensibilizzazione sui temi legati alla violenza ai minori e rivolti alle comunità straniere. |
| Fattori di successo | Si attende la fine del progetto per poter meglio identificare i fattori di successo. |



© Terre des Hommes /StefanoStrenghes/2022

| PUGLIA Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII Policlinico di Bari- Équipe GIADA http://www.giadainfanzia.it/ Territorio di intervento: Bari e provincia | |
|---|--|
| Enti Coinvolti | <p>Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII Policlinico di Bari- Équipe GIADA in sinergia con Servizi sociali territoriali, comunità di accoglienza per MSNA, sezione minori e famiglie Regione Puglia, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari, "Aldo Moro", Scuola di specializzazione di Psicoterapia Cognitiva di Bari (AIPC) e di Lecce (APC).</p> |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>L'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, dal 2000 ha attivato GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati), che include un'équipe interdisciplinare con funzioni di coordinamento, una rete di referenti ospedalieri, un servizio psicologico clinico, un osservatorio sul fenomeno, attività formative e di sensibilizzazione. GIADA dal 2017 in collaborazione con la Regione Puglia e ARESS ha partecipato alla ricerca-azione per la presa in carico delle vulnerabilità dei MSNA il cui obiettivo è la messa a sistema di un processo di protezione che arrivi alla definizione di un sistema organico e integrato di presa in carico psico-socio-sanitaria attraverso l'individuazione precoce dei segni di disagio dei MSNA.</p> <p>L'intervento a favore dei MSNA ha mutuato dalle Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età⁴, le fasi dell'intervento volte a tutelare il minore straniero non accompagnato, attraverso la rilevazione, la valutazione, la cura e il trattamento della profonda sofferenza psicologica e del trauma. Questo percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, rappresenta un insieme coordinato ed integrato degli interventi socio-sanitari finalizzato sia a prevenire o rimuovere la situazione di vulnerabilità psicologica/psicopatologica in cui questi si trova, sia a promuovere il benessere psicosociale. Il percorso operativo prevede, infatti, il coinvolgimento specifico, oltre che degli attori sociosanitari individuati dalle linee guida regionali, anche degli operatori della comunità di accoglienza, quali attori cruciali per il benessere del MSNA.</p> <p>L'architettura del modello organizzativo in Puglia, attualmente in fase di strutturazione, prevede un'articolazione centralizzata, garantita dall'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", ed una decentrata territorialmente, realizzata dalle Aziende Sanitarie</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Locali, dai Servizi Sociali dei Comuni e dai Centri Antiviolenza. Dal 2009, la Giunta regionale ha adottato GIADA inserendolo fra gli obiettivi strategici della Regione e lo ha finanziato al fine di potenziare le attività assistenziali in favore di bambini/adolescenti e famiglie in condizioni di rischio e/o di abuso, oltre che per mettere in atto un'esperienza pilota di rete regionale interdisciplinare e inter-istituzionale socio-sanitaria. Attualmente Giada è un servizio stabile dell'Ospedale Pediatrico di Bari inserito all'interno del servizio di Psicologia.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettua un primo livello di presa in carico nella valutazione e cura delle vulnerabilità, attore competente negli interventi diagnostici e terapeutici a favore dei minorenni con funzione di riconoscimento, diagnosi, valutazione sanitaria e trattamento • Eroga Servizi clinici di supporto e cura presso i centri per la cura del disagio psicologico e del trauma interpersonale infantile attraverso personale specializzato ed organizzato in équipe |
| <p>Utenza raggiunta</p> | <p>Minori stranieri anche non accompagnati</p> |
| <p>Professionisti Impiegati</p> | <p>GIADA è costituita da una équipe integrata multidisciplinare di operatori ospedalieri con funzioni di centro specialistico per la prevenzione, diagnosi e cura dei traumi complessi e interpersonali connesse ad azioni umane di violenza e sopraffazione di tipo cumulativo. L' équipe è composta da: 4 Psicologi con esperienza in contesti pediatrici e nell'uso di procedure per la valutazione del legame di attaccamento, 1 Assistente Sociale con esperienza in tema di abuso all'infanzia, un'équipe funzionale di specialisti pediatrici in discipline mediche che contribuiscono a qualificare le diagnosi relative alle diverse forme di violenza, comprese le mutilazioni genitali.</p> |
| <p>Coordinamento interagenzia e partnership</p> | <p>Presidi Ospedalieri nei quali è presente l'U.O. di Pediatria delle ASL BA, BT, BR, FG, LE e TA, dell'Azienda Ospedaliera "Riuniti" di Foggia, degli Enti Ecclesiastici "Miulli" di Acquaviva delle Fonti e "Panico" di Tricase e degli IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e "Medea" di Ostuni. Équipe abuso e maltrattamento costituite da Assistenti Sociali dei Comuni e da psicologi dei Consultori Familiari delle ASL, Centri Antiviolenza accreditati dalla regione Puglia.</p> |
| <p>Partecipazione e coinvolgimento della utenza</p> | <p>L'équipe GIADA ha sperimentato e adattato uno specifico percorso di individuazione precoce delle vulnerabilità e fragilità dei MSNA con lo scopo di prevenire l'insorgere di psicopatologie e</p> |

definire così una presa in carico globale e tempestiva del minore, garantendo in tal senso, la sua effettiva e piena integrazione nel nuovo contesto di vita in cui esso si trova. Al suo interno è stata costituita la Commissione sociosanitaria per l'accertamento dell'età dei MSNA secondo quanto previsto dalla Legge 47/2017.

Fattori di successo

- Riconoscimento del ruolo cruciale giocato dagli operatori del sistema di accoglienza che forniscono servizi di base e supporto alla comunità: le comunità sono state destinatarie di formazione specialistica e sono stati dotati di strumenti di rilevazione precoce delle vulnerabilità ad uso delle comunità di accoglienza e nel corso dell'emergenza sanitaria sono state destinatarie di monitoraggio e consulti a distanza.
- Coinvolgimento di attori sociosanitari con compiti e funzioni specifiche, che, in forte sinergia tra loro, contribuiscono alla costruzione di un sistema integrato e multidisciplinare per l'emersione, la valutazione, il trattamento e la cura delle vulnerabilità specifiche del MSNA.
- Definizione progettuale basata sulla "ricerca-azione", un approccio metodologico il cui obiettivo è migliorare una situazione problematica attraverso una progettazione partecipata di interventi da avviare come progettualità pilota, da estendere, successivamente, all'intero territorio regionale.



© Équipe Giada/2022

Pratiche mappate con valenza nazionale o multi-regionale

| EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA, LAZIO, SICILIA Progetto I.C.A.R.E. Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency http://www.progettoicare.it/home Territorio di intervento: Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia | |
|--|--|
| Enti Coinvolti | Regione Emilia-Romagna - Capofila del Progetto Partner: Regione Toscana Regione Lazio Regione Sicilia |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>Progetto europeo promosso dalla Regione Emilia-Romagna, partito nel gennaio 2019 e in corso fino a giugno 2022, in collaborazione con la Regione Toscana, Lazio e Sicilia e co-finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione della Commissione Europea. Ha per obiettivo il miglioramento della procedura di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Internazionale, permessi umanitari e casi speciali, assicurando una risposta ai bisogni di salute omogenea e di sistema. Da marzo 2020, in concomitanza della pandemia da Covid-19, ICARE estende il target group a tutti i cittadini provenienti da Paesi terzi a forte pressione migratoria per attività covid correlate, prevenzione e promozione della salute. Differentemente da altri progetti, focalizzati sulla fase emergenziale immediatamente successiva allo sbarco, ICARE rende prioritarie le fasi successive del processo migratorio, agendo sulla situazione emergenziale vissuta in seconda accoglienza e lavorando sull'integrazione del target group nei servizi sanitari territoriali.</p> <p>Il progetto mira all'adozione di un approccio di sistema e di un metodo di intervento condiviso fra tutte le Regioni partecipanti il cui <i>deliverable</i> strategico è la realizzazione al termine del progetto, di un modello di percorso integrato multidisciplinare di assistenza territoriale unico e replicabile su scala nazionale, sempre nel rispetto delle specificità locali e delle linee guida nazionali. Tra i diversi percorsi clinico assistenziali di salute per i richiedenti titolari protezione internazionale attivi su tutto il territorio nazionale, il gruppo di esperti coinvolti nel progetto ha individuato alcune aree prioritarie di intervento al fine di permettere una assistenza sanitaria equa e solidale. Le aree di cura individuate sono: percorso clinico per</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>l'assistenza sanitaria basata sugli ambulatori territoriali di tipo <i>Patient-Centred</i>⁶; assistenza sanitaria integrata alla nascita; assistenza transculturale alla interruzione volontaria di gravidanza; assistenza sanitaria transculturale alle mutilazioni genitali femminili e alle malattie sessualmente trasmissibili (MST); assistenza socio-sanitaria integrata per le donne vittime di tratta e di sfruttamento; assistenza sanitaria alle donne vittime di abusi e violenza sessuale; percorsi di salute mentale di rifugiati vittime di violenza traumatiche; certificazione medico legale nell'ambito del diritto di asilo; follow up dei minori non comunitari nati in condizioni di rischio; percorso vaccinale Covid-19. La pandemia da Covid-19, arrivata esattamente un anno dopo l'avvio del progetto, nella fase centrale del progetto, ha rappresentato una sfida importante per le organizzazioni sanitarie e, quindi, per il progetto stesso. Attraverso un approccio proattivo, sono state messe in atto misure in grado di indirizzare gli ostacoli sopraggiunti, trasformando una condizione di difficoltà in un'opportunità per i servizi coinvolti nel progetto. Questo è avvenuto attraverso il supporto ai dipartimenti di sanità pubblica nell'ambito del contrasto alla pandemia; la riprogrammazione e la conversione online dei laboratori destinati alla popolazione target con focus soprattutto sulla trasmissione di pratiche per prevenire il contagio anche attraverso il supporto della mediazione inter-culturale; la costante informazione plurilingue diffusa per contrastare la pandemia; l'intensificazione e sviluppo di sinergie, laddove non presenti, con il terzo settore; lo sviluppo di nuove modalità lavorative che hanno consentito un costante aggiornamento a distanza di tutte le aziende coinvolte dal progetto.</p> |
| <p>Livello di intervento indirizzato e servizi offerti in accordo con la piramide IASC</p> | <p>Livello 1: soddisfacimento dei bisogni di base, tra cui accesso ai servizi essenziali, protezione e sicurezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerosi incontri di sensibilizzazione in remoto con le strutture di accoglienza sulla pandemia da Covid-19, in particolare sulle misure preventive e di gestione dei contagi <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono state sviluppate e rafforzate reti interne ed esterne all'azienda per l'attivazione di laboratori e incontri psico-educativi che hanno visto il coinvolgimento attivo di enti coinvolti nel processo di accoglienza delle persone migranti, minori inclusi, per il potenziamento sia individuale che di comunità. Si è dato supporto nei periodi di lockdown con incontri psicoeducativi e |

| | |
|---|--|
| | <p>laboratori di promozione della salute e sani stili di vita. Laddove necessario si sono svolte azioni di prossimità presso le strutture di accoglienza di minori accompagnati e non con l'ausilio delle équipes multidisciplinari.</p> <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto specializzato sanitario e clinico fornito a titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in situazione di vulnerabilità sanitaria inclusa quella correlata al disagio mentale, con particolare attenzione ai percorsi dedicati alle donne e ai minori accompagnati e non |
| Utenza raggiunta | <p>Titolari o Richiedenti di Protezione Internazionale e Casi Speciali, Minori stranieri anche non accompagnati e cittadini provenienti da paesi terzi.</p> |
| Professionisti Impiegati | <p>Professionisti/e sanitari, sociosanitari, mediatori e mediatrici linguistico culturali, operanti in ambito sociale e del terzo settore, operatori e operatrici del terzo settore Psicologi, Psichiatri, Neuropsichiatri, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Ginecologhe, ostetriche, infermiere, dietiste, igienisti, infettivologi, Operatori sociali, Sociologi, mediatori interculturali.</p> |
| Coordinamento interagenzia e partnership | <p>Regioni e AUSL/ASL/ASP INMP e associazioni di volontariato medico.</p> |
| Partecipazione e coinvolgimento della utenza | <p>Approccio sensibile alla cultura di appartenenza che mette a sistema i modelli di intervento applicati dai servizi specializzati nelle regioni di intervento. In ogni azienda Sanitaria sono state costituite équipes multidisciplinari e multiprofessionali, comprensive del supporto della mediazione linguistico culturale, che erogano servizi sui reali bisogni della singola persona che si rivolge ai servizi. Per contribuire al raggiungimento di equità d'accesso (la salute per tutti), è stato sviluppato un approccio di prossimità capace d'intercettare la popolazione target nei loro luoghi di vita (domicilio o centri d'accoglienza, alloggi di fortuna) anche attraverso unità mobili e attrezzature portatili acquistate mediante il progetto.</p> |
| Fattori di successo | <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un modello di accoglienza e orientamento nei servizi sanitari e di percorsi multidisciplinari di assistenza territoriale a valenza nazionale nel rispetto delle specificità locali. |

- Definizione di un modello di governance
- Azioni di prossimità presso le comunità chiuse e informali
- Acquisizione di Unità Mobili di progetto e attrezzature mediche mobili
- Definizione obiettivi per Direttori Generali in Regione Emilia-Romagna per istituire board aziendale salute migranti e vulnerabilità a garanzia della sostenibilità futura delle azioni
- Istituzione gruppo di lavoro regionale salute migranti e vulnerabilità
- Istituzione Centro Salute Globale migranti ASP Trapani
- Lavoro sinergico interdipartimentale e interdisciplinare in tutte le Aziende sanitarie coinvolte che consente una presa in carico globale della persona.



©Progetto I.C.A.I.R.E./2022

REGIONE: EMILIA-ROMAGNA, LAZIO

Progetto Here4U - Ascolto e supporto

<https://www.arci.it/campagna/here4u/> ; <https://www.facebook.com/UreportOnTheMove>

Emilia-Romagna in presenza e Nazionale da remoto

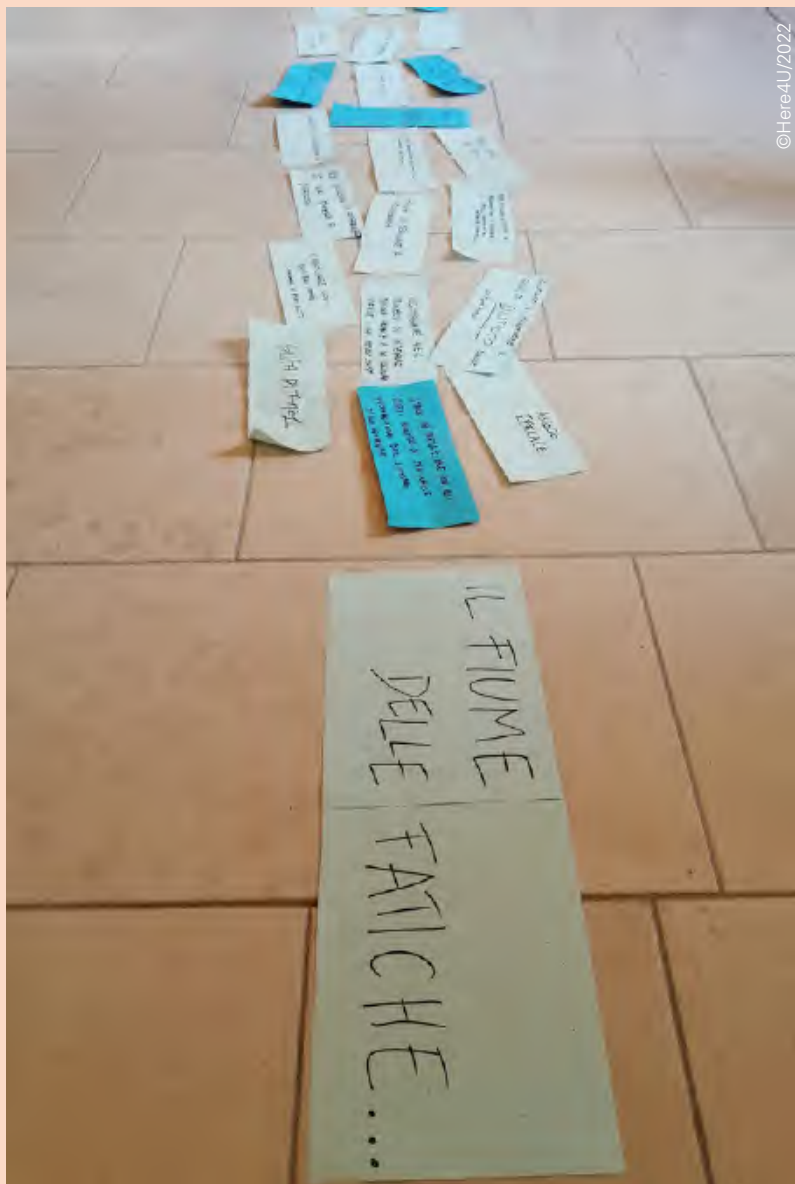
| | |
|---|---|
| Enti Coinvolti | ARCI-UNICEF Ufficio Regionale Europa e Asia Centrale, Approdi |
| Elementi caratterizzanti della pratica | <p>Progetto dedicato a minori e giovani migranti e rifugiati in Italia, attraverso la piattaforma di U-Report On The Move di UNICEF. Il progetto, Here4U, si sviluppa principalmente con azioni da remoto, e prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informazioni su aspetti legali, amministrative sul benessere psicosociale divulgate sulla piattaforma di U-Report On The Move;• Orientamento ai servizi sul territorio, inclusi quelli per il raggiungimento dell'inclusione sociale e autonomia individuale;• Interventi di supporto sul piano psicosociale, fornendo uno spazio d'ascolto, attraverso l'attività di psicologi e psicoterapeuti. <p>Vengono supportati giovani migranti a produrre materiali video, audio e narrativi rivolti ai loro pari, per discutere di tematiche legate al benessere mentale, alla cura di sé, alla richiesta di aiuto e ai servizi disponibili – con un linguaggio accessibile e attento alle varianti di età, genere e cultura. Questo favorisce una maggiore consapevolezza tra i giovani e un avvicinamento a tematiche che sono spesso stigmatizzate.</p> <p>Il servizio è erogato nella chat dedicata sulla pagina Facebook e Telegram di U-Report On The Move, inviando un messaggio su Facebook Messenger, gli U-Reporter verranno collegati con operatori e operatrici, professionisti del benessere psicosociale, con cui, la persona interessata, potrà avere un contatto telefonico ove necessario.</p> <p>Il servizio dedicato al benessere psicosociale è a cura dell'associazione Approdi, ed è fornito da un'équipe multidisciplinare composta da psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, medici, antropologi e educatori, affiliata al Comitato Arci di Bologna.</p> <p>Dopo i primi scambi conoscitivi sarà possibile avviare un percorso di ascolto e supporto con uno/a psicoterapeuta, che seguirà la persona in presenza se sullo stesso territorio o telefonicamente/in videochiamata se da remoto. L'intervento sarà composto da moduli di quattro incontri, rinnovabili al</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>bisogno. Al sostegno psicologico si affianca un servizio di supporto legale e orientamento e accompagnamento attraverso gli iter burocratici legati a questioni legali, facilitazione all'accesso di servizi di tipologie differenti (di carattere psicosociale, su questioni abitative, ecc.) e sostegno del minore non accompagnato e giovane straniero solo verso la conquista dell'autonomia.</p> <p>Il servizio promosso da Here4U non mira a sostituire i servizi pubblici specializzati nella cura del disagio mentale. Here4U ha la capacità di intercettare i bisogni grazie alla facilità di accesso alla piattaforma e alla possibilità di agire la richiesta di aiuto in anonimato. L'inizio del percorso di ascolto avviene laddove il ragazzo o la ragazza non sia riuscito ad accedere al servizio in quanto assente o ritenuto inefficace. Tutti gli interventi saranno supportati da una rete di mediatori e mediatrici per consentire alle persone di poter ricevere le informazioni e parlare nella propria lingua madre.</p> |
| Utenza raggiunta | Minori stranieri non accompagnati e giovani migranti e rifugiati fino all'età di 24 anni. |
| Professionisti Impiegati | Psicoterapeuti, Psicologi, Psichiatri Medici, Operatori specializzati, Mediatori linguistici-culturali, Avvocati. |
| Servizi Offerti | <p>Livello 1: soddisfacimento dei bisogni di base, tra cui accesso ai servizi essenziali, protezione e sicurezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricerca e coordinamento da remoto con i servizi che meglio rispondono alle esigenze specifiche dell'utente. • Produzione di materiale di sensibilizzazione sui temi della salute mentale, in collaborazione con giovani migranti e rifugiati. • Valutazione congiunta del bisogno, delle risorse e delle aspettative della persona • Ricerca di realtà locali territoriali che possano essere una risorsa sociale e avere un ruolo di supporto per il soggetto supportato (es. Circoli Arci Locali, Gruppi di confronto di comunità di minoranze etniche locali, Rete di volontari dell'associazione Approdi) • Indirizzamento dell'utente e coordinamento <p>Livello 3: servizi non specialistici, focalizzati sui bisogni dell'individuo o di un gruppo ristretto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricerca e coordinamento da remoto con i servizi che meglio rispondono alle esigenze specifiche della persona • Valutazione congiunta del bisogno, delle risorse e delle |

| | |
|--|--|
| | <p>aspettative della persona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricerca delle figure di riferimento locali (es. Operatori Sociali, Servizi Sociali) o attivabili da remoto (es. rete dei volontari Approdi con competenze specifiche) • Selezione congiunta del servizio che meglio risponde alle esigenze identificate e attivazione dello stesso nelle modalità ritenute idonee • Coordinamento da remoto con la persona e il servizio per la co-costruzione dei passaggi successivi <p>Livello 4: servizi di sostegno e cura specialistici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto psicosociale integrato basato su una metodologia di intervento complesso strutturato in tre fasi (dopo la fase diagnostica): <ul style="list-style-type: none"> • Fase 1: stabilizzazione, riduzione dello stato di allerta e aumento del senso di sicurezza: con sé, con le proprie emozioni e pensieri, nelle relazioni, nei luoghi • Fase 2: narrazione • Fase 3: riabilitazione con l'obiettivo di dare continuità alla propria storia |
| <p>Coordinamento interagenzia e partnership</p> | <p>Il fornitore di servizi può connettersi con altri attori pertinenti in base alle esigenze.</p> |
| <p>Partecipazione e coinvolgimento della utenza</p> | <p>Gli sforzi volti all'ascolto, alla consulenza e al coinvolgimento attivo delle persone sono significativi e regolari. Il percorso è sempre co-costruito con l'utenza e si basa sui principi della sensibilità culturale e di genere.</p> <p>La piattaforma di U-Report favorisce l'emergere di U-Reporters seguiti dal progetto di Here4U che vogliono farsi da portatori delle questioni che riguardano loro stessi e le comunità di cui fanno parte.</p> |
| <p>Fattori di successo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Here4U garantisce un servizio di supporto psicosociale specifico per tutte quelle condizioni conosciute come sofferenza acuta, a volte vera e propria esperienza traumatica, ripetuta o prolungata nel tempo, subita in regime di coercizione o di impossibilità alla fuga. • Here4U consente l'attivazione e la costruzione di una presa in carico comunitaria sia attraverso la rete dei servizi territoriali sia attraverso le sinergie con il Numero Verde per Richiedenti Asilo e Rifugiati. • Here4U promuove il lavoro per la costruzione di una rete sociale di supporto sul territorio, a livello nazionale, nonché la |

collaborazione con la rete esistente di servizi e realtà.

- Here4U tramite la piattaforma di U-Report On The Move favorisce l'amplificazione delle voci di rifugiati/e e migranti, dando loro la possibilità di contribuire a responsabilizzare, informare e connettere giovani di tutto il mondo per impegnarli a parlare delle questioni che li riguardano direttamente (es. infopills, activate talk).



Dal punto di vista della copertura territoriale, la maggior parte degli interventi mappati erogano servizi a livello urbano/metropolitano, con la sola eccezione di due interventi: Start. ER (Emilia-Romagna), SILVER (Sicilia) che interessano, o hanno riguardato, l'intero territorio regionale. Un intervento (I.C.A.R.E.) copre i territori di quattro regioni, e un altro (HERE4U), erogato da remoto, ha una rilevanza nazionale.

Quattro delle pratiche identificate (FARO, AL HIMAYA, Centro PENC, Centro Frantz Fanon) sono ideate, promosse e coordinate da organizzazioni del privato sociale in coordinamento con i servizi sociali e i servizi sanitari locali, 1 pratica (HERE4U) è ideata, promossa e coordinata dall' UNICEF e implementata da soggetti del privato sociale, 1 è coordinata da una prefettura (S.A.M.M.I., Piemonte) e 7 sono coordinate da servizi

sanitari locali che operano in sinergia o con partenariati formali con il sistema di accoglienza e i servizi sociali territoriali. 8 pratiche su 13 sono strutturalmente sostenute dalla Programmazione Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014-2020⁶.

Attraverso le voci e le esperienze dei professionisti che operano nei servizi MHPSS, e dei ragazzi e delle ragazze che ne fruiscono, i modelli di intervento dettagliati nelle schede sono stati esaminati attenzionando, in particolare, la logica di intervento e di erogazione dei servizi e dei fattori che ne facilitano o limitano l'accesso. A questa sistematizzazione si è abbinata l'analisi, riportata in basso, dei fattori di successo delle pratiche e la disamina delle sfide che interessano tanto i servizi MHPSS quanto i meccanismi di coordinamento tra questi e il sistema di accoglienza.

¹ Tra le finalità del Progetto Sa.M.Mi. figura "il rafforzamento delle reti territoriali esistenti e dei loro operatori, inquadrato in un generale potenziamento della governance e, attraverso la sperimentazione di nuovi metodi e percorsi, al miglioramento della gestione operativa dei casi complessi e della sinergia tra servizi sanitari e sociosanitari". Più nel dettaglio, è preciso obiettivo del progetto l'attivazione di un percorso di aggiornamento e formazione di competenze, operatività e modelli, finalizzati all'elaborazione dei percorsi psico-sanitari e sociali e all'individuazione di sinergie locali condivise tra gli attori territoriali coinvolti nell'accoglienza dei migranti. Tale operazione, attraverso l'analisi di casi, vuole promuovere percorsi di rafforzamento delle competenze nella gestione delle vulnerabilità e nella definizione dei relativi percorsi di presa in carico. Infine, è altresì obiettivo del progetto mettere a sistema le risultanze della sperimentazione e strutturare percorsi di presa in carico delle vulnerabilità psico-sanitarie e sociali. Nello specifico, il percorso formativo, connotato da una metodologia "sul campo", è volto all'apprendimento teorico e applicativo e alla relativa sperimentazione, in un'ottica "learning-by-doing", di alcuni strumenti quali il VADO (Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi) e le scale HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), entrambi *informant reports* e, quindi, compilati attraverso una discussione/intervista tra il ricercatore e gli/le operatori/trici che hanno in carico il caso.

² A titolo esemplificativo della tipologia di interventi di rilevazione precoce della vulnerabilità si segnala un'esperienza comune a livello regionale di tutti i gruppi di lavoro, i quali dedicano particolare attenzione all'analisi dei bisogni rappresentati dalle équipe delle accoglienze, fornendo strumenti nella lettura trasversale dei bisogni rappresentati, al fine di fornire un orientamento sui possibili interventi ed un invio dei beneficiari ai servizi territoriali competenti. Si lavora quindi sia sul versante della dimensione culturale, attraverso la possibilità di usufruire di un'équipe multidisciplinare in grado di offrire un supporto culturalmente orientato per i beneficiari e per lo stesso sistema di cura, sia su quello, complementare, della competenza strutturale dei servizi.

³ La longlist non attiva ad oggi, verrà avviata nell'ambito del progetto FAMI "BUSY-BUILDING CAPACITIES FOR SICILY".

⁴ D.G.R. n. 1878 del 30 Novembre 2016 volto a dare attuazione alla L.R. n. 29/2014.

⁵ Ambulatori *Patient-Centred* sono costruiti e formati secondo un modello che pone al centro il paziente e che eroga una assistenza medica sicura, efficace e tempestiva raggiunta attraverso una sinergica cooperazione tra le varie figure professionali dell'équipe multidisciplinare, il paziente e i suoi caregiver sempre adeguatamente informati. I professionisti sanitari apprendono attraverso il confronto con situazioni reali (learning by-doing), adottando un approccio transculturale.

⁶ Il 'Fondo asilo migrazione e integrazione 2014-2020' (Fami) è uno strumento finanziario istituito con Regolamento UE n. 516/2014 con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori. Il Programma Nazionale Fami è il documento programmatico elaborato dall'Italia per la definizione degli obiettivi strategici e operativi nonché degli interventi da realizzare con la dotazione finanziaria a disposizione. L'Autorità Responsabile del Fondo è l'organismo pubblico dello Stato membro interessato, responsabile della gestione e del controllo per una corretta esecuzione del Programma Nazionale. In Italia l'Autorità Responsabile è il Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno. Si veda <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2021-10/fami_db_progetti_rev_01.10.2021.pdf>.

Capitolo 5
I fattori di successo delle
pratiche identificate e le
sfide ancora aperte per
il sistema di supporto
psicosociale e salute
mentale



L'analisi ha evidenziato che le pratiche mappate sono significativamente differenziate per i servizi che offrono, i paradigmi disciplinari a cui si ispirano e i modelli di rete che adottano. Tuttavia, si possono identificare **cinque fattori principali di successo comune che ne decretano la buona riuscita e la replicabilità:**

FATTORE DI SUCCESSO 1: capacità di costruire interventi di supporto adeguati ai bisogni degli adolescenti e dei giovani migranti e rifugiati

FATTORE DI SUCCESSO 2: presenza di équipe multidisciplinari che operano nel sistema di accoglienza, nei servizi sociali e sanitari territoriali al fine di garantire il continuum di cura e il meccanismo di presa in carico integrata

FATTORE DI SUCCESSO 3: attivazione di modelli di presa in carico culturalmente competenti basati sull'integrazione di paradigmi disciplinari transculturali/etnoclinici/etnopsichiatrici e con servizio di mediazione culturale e linguistica organica alla pratica

FATTORE DI SUCCESSO 4: supporto costante allo sviluppo delle competenze del sistema di accoglienza e dei servizi sociali e territoriali attraverso percorsi di formazione e campagne di sensibilizzazione

FATTORE DI SUCCESSO 5: attivazione di rete e meccanismi di coordinamento multi-stakeholder che coinvolgono sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari territoriali

5.1 I tratti distintivi delle pratiche mappate: cosa funziona, come e perché?

Le pratiche mappate sono state analizzate secondo i criteri illustrati nel capitolo 2. La ricerca e la discussione con i referenti delle pratiche ha evidenziato che, sebbene le pratiche mappate siano significativamente differenziate per i servizi che offrono, i paradigmi disciplinari a cui si ispirano e i modelli di rete che adottano, esse, nel complesso, come dettagliato in basso, presentano fattori di successo comune che ne decretano la qualità e la replicabilità.

FATTORE DI SUCCESSO 1: capacità di costruire interventi di supporto adeguati ai bisogni degli adolescenti e dei giovani migranti e rifugiati

Con **'bisogno'** si indica uno stato di mancanza o disequilibrio in una o più delle molteplici dimensioni che costituiscono il benessere¹, il quale è, come chiarito nel capitolo 1, **multidimensionale**. Supportare il benessere individuale è tutt'altro che un processo lineare e univoco e implica una valutazione d'insieme dei bisogni specifici. **La complessità del bisogno sta infatti tanto nella sua multidimensionalità, quanto nella sua intensità**, che può dare indicazioni su quanto la mancanza o la frustrazione siano pervasive nel compromettere lo stato complessivo di benessere. Insieme ad altri elementi, infatti, l'intensità del bisogno può anche indirizzare sulla opportunità di attivare risorse specializzate.

La multidimensionalità dei bisogni, di cui sono portatori i MSNA e i giovani migranti e rifugiati, presenta tratti distintivi riconducibili alla "triplice transizione" che essi vivono:

"La transizione dall'adolescenza all'età adulta che accomuna ogni essere

*umano; la transizione legata alla migrazione che li porta al distacco dal proprio contesto di origine e al doversi costruire una nuova vita in un contesto culturale e sociale diverso; infine, la transizione riguardante il superamento dei traumi vissuti prima, durante o dopo il viaggio compiuto, con l'attivazione di fattori di resilienza che li conducano a generare una situazione di nuovo o ritrovato benessere individuale"*².

I professionisti ascoltati hanno fatto riferimento con frequenza a un intensificarsi delle fragilità visibili osservate nei ragazzi giunti in Italia negli ultimi due anni, peggioramento attribuito tanto al deteriorarsi delle condizioni di vita e di sicurezza in molti Paesi di provenienza, quanto all'acuirsi delle deprivazioni fisiche e psicosociali vissute durante il percorso migratorio, in particolare in Libia, che resta ancora il principale snodo di transito per i giovani migranti che giungono in Europa,³ e lungo la rotta Balcanica (Save the Children, 2020; AGIA, 2020) che è interessata in modo crescente dalla migrazione minorile non accompagnata.

Per alcuni dei ragazzi incontrati, le esperienze vissute in Libia e la sequenza di deprivazioni, violenze e abusi subiti o assistiti è difficile da raccontare.

"La Libia l'abbiamo provata tutti. È così. Quando usciamo da quella Libia voi sapete che cosa abbiamo subito! Voi sapete che la Libia non è una cosa facile per noi migranti! Quando loro (i libici) vedono africani con la pelle nera pensano che loro sono schiavi"

(A. 16, Costa d'Avorio, Emilia Romagna)

Le frasi sospese, i lunghi silenzi, gli sguardi fissi nel vuoto osservati quando alcuni minorenni hanno fatto riferimento alla Libia sono attribuibili anche all'indicibilità di un vissuto caratterizzato da emozioni intense, a volte soverchianti e disturbanti anche a

distanza di tempo. Spesso i vissuti emotivi non rielaborati e integrati dalla psiche rimangono congelati, a testimonianza di un trauma soggiacente (Biggeri, Ciani, 2021). Questo processo è stato ampiamente indagato in letteratura e ben sintetizzato da Pasquarelli (2018:126):

“Il trauma blocca, acceca, incapsula, a scopo difensivo, in un evitamento della realtà che dissocia la psiche per preservarla dal ripetersi della situazione traumatica”.

Soltanto in tre casi, l’esperienza migratoria e della prigionia libica è riuscita a trovare spazio nelle parole, diventando il perno su cui i minorenni hanno espresso l’urgenza di affiancamento e di supporto emotivo:

*“Quando noi arriviamo qui abbiamo bisogno di qualcuno con cui parlare. Di sfogare nostri problemi, quando arriviamo in comunità. Loro non dicono come. Ma per forza noi abbiamo bisogno di una psicologa. Arriviamo lì con la testa che è così esplodente e non c’è nessuno che ti aiuta. Faccio un esempio: lui è qui da un anno (indica un compagno della comunità). Non ha mai visto lo psicologo e ha le cose in testa. **Sai, dopo la Libia...la Libia non si può raccontare... Ho visto sparare, io sono stato in carcere, sono stato pugnalato. Quando noi arriviamo qui noi non abbiamo la possibilità di esplicitare, di sentirsi bene perché la psicologa non c’è.**”*

- E tu ne avresti bisogno?

“Io certo ne avrei bisogno così mi rilasso un po’. Parlare, raccontare a qualcuno le cose che ho in testa”

(B.17, Gambia, Emilia-Romagna)

Indirizzare il vissuto doloroso progressivo e lo stress psicologico che i ragazzi vivono nello sforzo di adattamento

al nuovo contesto e nella decodifica quotidiana dei nuovi modelli culturali rappresenta una delle sfide con cui le pratiche studiate si confrontano quotidianamente.

I ragazzi e le ragazze incontrati durante la ricerca sono portatori di storie e percorsi migratori variegati, rispetto ai quali il comune denominatore di essere un minorenne straniero non accompagnato rischia non solo di far sottovalutare rilevanti specificità, ma anche di orientare in una logica eccessivamente standardizzata il disegno dell’intervento psicosociale.

Come garantire, quindi, una risposta efficace ai bisogni di questi ragazzi e ragazze? Quali i principi su cui basare gli interventi di supporto psicosociale?

Comprendere i bisogni e adattare la risposta a vissuti così eterogenei richiede competenze specifiche, flessibili e polifunzionali.

Le pratiche mappate, appaiono, nel complesso, ben equipaggiate per abilità, professionalità e approccio metodologico, per la lettura e la presa in carico dei bisogni complessi - spesso intensi nella connotazione di sofferenza emotiva percepita - di cui le ragazze e i ragazzi sono portatori.

Le pratiche hanno affinato le abilità di ascolto attivo ed empatico e utilizzano competenze tecniche multidisciplinari (che includono psicologia, pedagogia, approccio transculturale e orientato al genere e mediazione linguistico culturale) che consentono l’identificazione precoce e la valutazione olistica dei bisogni, e la pianificazione di interventi basati sul *continuum di cure*. Esse hanno, inoltre, permesso di modulare una particolare capacità nella progettazione di interventi che combinino diversi setting (per esempio supporto psicosociale al gruppo, individuale, specialistico e non, ecc.) al fine di valorizzare e capitalizzare le risorse dell’utente e sostenere tutte le dimensioni del benessere, attraverso un **intervento multidisciplinare e integrato**.

Box 8 - Comprendere i bisogni e supportare il benessere psicosociale dei MSNA: azioni preventive e di sostegno e cura

I bisogni percepiti dai ragazzi e dalle ragazze non sempre sono esternati con modalità facilmente decodificabili dagli operatori dei centri di accoglienza o dalle figure di riferimento più prossime. Spesso i ragazzi vanno supportati nella comprensione dei loro vissuti. Questa azione di supporto dei bisogni e del benessere psicosociale poggia su due tipologie di intervento:

1 Interventi di prevenzione. Focus è il rafforzamento dello stato di benessere psicosociale acquisito e il potenziamento delle risorse individuali e ambientali che sostengono e facilitano la capacità di gestire in modo efficace le sfide evolutive e i processi di adattamento. In questa categoria rientrano tutti i servizi di **consolidamento delle competenze e dei punti di forza** della persona (a livello di abilità cognitivo-intellettive, emotivo-relazionali, ecc.), e di **promozione delle connessioni sociali di fiducia e supporto** (tra coetanei, in un nucleo familiare, con figure adulte di riferimento, ecc.). L'approccio metodologico che pone l'adolescente e il giovane al centro dell'intervento, e ne incoraggia la partecipazione attiva in modo sistematico, costituisce una buona pratica, in quanto crea le condizioni necessarie affinché l'individuo si senta co-creatore del cambiamento, accresca la consapevolezza di sé, la percezione di autoefficacia e la propria autonomia. Le attività preposte a sostenere e potenziare il benessere psicosociale contribuiscono anche a migliorare le capacità del ragazzo di affrontare situazioni difficili e di disagio emotivo e sofferenza. In tal senso, si può dire che **fortificano la resilienza e svolgono il ruolo di fattore protettivo per il mantenimento del benessere e della salute mentale.** I MSNA dovrebbero sempre poter accedere a questo servizio, dunque lungo tutto il percorso di integrazione e inclusione, in base alle loro esigenze individuali.

2 Interventi di supporto e cura. Si tratta di interventi erogati in risposta a una condizione di disagio emotivo, sofferenza psicologica, o - in casi più gravi - in presenza di un disturbo psicologico o psicopatologia. **La sofferenza emotiva può assumere forme non sempre chiaramente riconoscibili** e, talvolta, può celarsi dietro a comportamenti che sembrerebbero comunicare messaggi contrastanti. Gli operatori professionali (educatori, coordinatori di comunità, assistenti sociali, psicologi, ecc.) e le altre possibili figure di riferimento per i MSNA (quali il tutore volontario, la famiglia affidataria, gli insegnanti o tutor di tirocini, gli allenatori sportivi o animatori in centri socio-ricreativi, ecc.) dovrebbero **padroneggiare gli strumenti per saper decifrare il comportamento dei ragazzi e individuare prontamente segnali di sofferenza** e di possibile disagio emotivo. Queste manifestazioni di malessere, quando tempestivamente identificate e indirizzate con il supporto adeguato, possono essere gestite e superate attraverso interventi che si collocano al livello 2 e 3 della piramide MHPSS (e dunque senza l'ausilio necessario di figure cliniche e interventi specializzati). Talvolta, **fornendo un ascolto attento ed empatico ai primi segnali di malessere, e aiutando il ragazzo a rafforzare la propria rete relazionale di fiducia e a progredire nel proprio progetto, si creano le condizioni affinché le difficoltà possano essere superate autonomamente.** Al contrario, l'incapacità o l'inefficacia del sistema di accoglienza a fornire una risposta pronta a segnali di disagio e sofferenza può determinare un deterioramento del benessere e un acutizzarsi delle fragilità.

Una vasta letteratura sugli interventi socio-psico-educativi in contesti complessi e con soggetti vulnerabili evidenzia **la necessità di prestare attenzione alla specificità, ai bisogni e alle aspettative dei singoli soggetti** (Accorinti 2013, Scivoletto 2012, Saglietti 2012, De Michiel 2020, Long 2018).

Queste considerazioni trovano eco nelle riflessioni circa le strategie di risposta restituite da un operatore:

“Naturalmente i bisogni sono i più disparati e si caratterizzano sulla soggettività dell’ospite in questione. In linea generale, il bisogno principale, è un bisogno di accoglienza e di sicurezza. Quindi ragazzi che arrivano con storie altamente travagliate, nella maggior parte dei casi hanno bisogno di trovare un riferimento abitativo e di rete che li faccia sentire accolti e tutelati. In linea di massima direi, però, che l’esigenza che fa un po’ da cornice a tutto, è quella di acquisire degli strumenti che gli permettano di tradurre in qualcosa che sia comprensibile, la realtà sociale in cui entrano e di conseguenza attraverso questi strumenti possano a loro volta a creare sul territorio una rete di coetanei e non, una rete, quindi, di soggetti, appunto più amicali o soggetti più istituzionali, coi quali poi possano interfacciarsi nel corso della loro vita e soprattutto all’uscita da un progetto”.
(C., educatore, Piemonte)

Nell’insieme, le pratiche identificate mostrano una competenza consolidata e riconosciuta nel garantire una risposta adeguata alle peculiari biografie dei ragazzi e basata sul riconoscimento delle loro specificità e unicità.

Questa modalità di intervento si declina in un’attenzione costante alla dimensione psico-socio-educativa lungo tutto il percorso di presa in carico. Sia gli operatori attivi nel sistema di accoglienza, che quelli dei servizi esterni che i ragazzi utilizzano, hanno riportato l’analisi dei vissuti e l’osservazione dei comportamenti,

secondo un *approccio bio-psico-sociale* (vedi cap. 1). In questo approccio, la raccolta, l’analisi e la condivisione delle informazioni con tutti gli attori che operano nella presa in carico integrata dei ragazzi diventa l’occasione per un’osservazione mirata volta a circoscrivere i fattori potenzialmente decisivi per la rilevazione dei bisogni o dei segnali di rischio, e l’eventuale invio del caso ai servizi specialistici pubblici o del privato sociale.

L’attenzione alla multidimensionalità del bisogno e all’unicità di ogni ragazzo e ragazza rappresenta una caratteristica trasversale a tutte le pratiche identificate ed è stata enfatizzata dagli stessi professionisti intervistati:

“I bisogni non sono mai né solo sanitari, né solo psichiatrici né solo psicologici, ma sono un sistema complesso”
(C., medico psichiatra, Sicilia)

La complessità e multidimensionalità dei bisogni chiama in causa un modello di risposta che non può prescindere dal lavoro sinergico e integrato tra le diverse figure/professionalità operative sul territorio. Tutte le pratiche studiate rappresentano un tassello indispensabile del sistema di welfare territoriale municipale e/o regionale volto a erogare interventi di **“tutela psico-socio-sanitaria”** che prevedono misure complementari di orientamento e supporto psicosociale finalizzato alla costruzione dei percorsi individuali d’inclusione sociale e d’inserimento socioeconomico dei minori.

Questa modalità, prevista anche dal Decreto Ministeriale che regola le strutture di accoglienza che fanno parte della rete SAI⁴, muove dal presupposto che la “presa in carico di persone portatrici di vulnerabilità o con esigenze peculiari comporta una maggiore complessità in termini di lettura dei bisogni, emersione del disagio, costruzione della relazione di fiducia, e richiede un rafforzamento del lavoro in rete con i servizi del territorio,

pubblici e privati, e con professionalità ed expertise esterne in grado di supportare i percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento” (SIPROIMI, 2020:52). In tutti i territori oggetto di studio, il fattore primario, che spiega il successo della capacità di risposta delle pratiche selezionate, sta proprio nella peculiare sinergia che queste hanno saputo attivare con il mondo dell'accoglienza e dei servizi sociosanitari.

Su un piano metodologico tutte le pratiche, anche quelle erogate dai servizi di salute mentale specializzati, mostrano un'attenzione costante agli interventi di prevenzione della sofferenza psicologica personalizzati, costruiti valorizzando la comunità e le reti territoriali e focalizzate sul minorenne nella sua complessità di persona, con bisogni sociali, relazionali, psicologici e come soggetto portatore di diritti e non più utente passivo da istituzionalizzare.

Questa attenzione alle aspettative dei ragazzi e ragazze permea tutte le pratiche studiate. Attivazione delle strategie di adattamento e rafforzamento della resilienza, sono infatti gli obiettivi professionali che ricorrono nelle interviste ai professionisti. Attenzione, questa, visibile anche nei servizi di salute mentale

specialistici. Le pratiche capeggiate dalle aziende sanitarie locali hanno come modello operativo di riferimento **l'azione sulla salute psicologica a largo raggio, ossia rivolta all'utenza e alle comunità e ai territori in cui essa vive.**

La ricerca condotta nelle 6 regioni mostra come proprio **l'approccio integrato e community-based** - ovvero il tipo di intervento “centrato sul coinvolgimento attivo dei diversi attori delle comunità locali al fine di consentire l'attivazione delle loro risorse e competenze per realizzare servizi e attività in grado di rispondere in modo più efficiente ed efficace ai bisogni specifici del contesto” (Bova et al., 2014: 107) - caratterizza anche i servizi specialistici attivati a supporto delle comunità di accoglienza, nelle basse soglie⁵, nei centri di aggregazione e nei contesti di professionalizzazione. Luoghi in cui, attraverso il lavoro di gruppo, le esercitazioni e i giochi si guidano i ragazzi ad attivare le competenze affettive, cognitive, psicomotorie e sociali finalizzate a conoscere meglio se stessi e le proprie emozioni, a collaborare con gli altri, a individuare le migliori strategie per fronteggiare gli eventi avversi, a individuare preventivamente le sfide e a sviluppare comportamenti di solidarietà e di responsabilizzazione sociale.



© UNICEF/JUN052601/Romenzi

In Lombardia quanto indicato in alto è emerso in modo eloquente:

“Devo dire che la sia la neuropsichiatra, che le psicologhe di UONPIA, nel senso... sono veramente una figura di riferimento”
(C. educatore, Lombardia)

“In realtà NPIA sta svolgendo un ruolo di raccordo e di ricomposizione che dovrebbe essere in carico all’ente locale, il Comune (...), che ha molti meriti su tanti

aspetti che riguardano i minori stranieri non accompagnati, però ha sempre fatto un po’ fatica a ragionare nei termini di conduzione, di costruzione intenzionale di una rete di tutti i partner che si occupano dell’accoglienza. Su questo (tema) era indubbiamente un pezzo scoperto che la NPIA è andata a coprire anche per un’esigenza forte che era quella quando è iniziato a nascere il programma legato ai minori”

(D. psicologo, Lombardia)

Focus: i servizi MHPSS per le minorenni straniere non accompagnate e le giovani migranti e rifugiate

I FGD e le interviste hanno principalmente approfondito i servizi di supporto psicosociale erogati a minorenni e giovani nel sistema di seconda accoglienza. Tuttavia, alcuni temi emersi dalle interviste dalla componente femminile di questo campione e ai professionisti che con esse operano meritano di essere restituiti perché utili a delineare i bisogni specifici di questa tipologia di utenza e le strategie di risposta orientate al genere (*gender-oriented*) messe in atto da alcune delle pratiche selezionate.

In Italia le minorenni straniere non accompagnate accolte nel sistema di accoglienza rappresentano statisticamente una minoranza. Al 31 dicembre 2021, stando ai dati forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la loro presenza corrispondeva al **2.7% dei MSNA presenti in Italia**. Differentemente dai ragazzi che si attestano in una fascia d’età prossima alla maggiore età, le ragazze presentano tratti anagrafici più variegati: il 38,2% delle minorenni presenti ha 17 anni, il 23,1%, ha 16 anni, il 24% ha un’età inferiore a 14 anni, l’11.7% ha 15 anni. Tra queste ragazze, nei primi sei mesi del 2021, si è registrato un significativo aumento delle minorenni provenienti da Costa d’Avorio e Guinea.

Dietro i numeri, le storie delle ragazze ascoltate nell’ambito della ricerca e dei programmi dell’UNICEF, raccontano un modello migratorio caratterizzato dall’esposizione costante a fattori di rischio specifici (Pasian e Toffanin, 2018; Hadjicharalambous, Parlalis 2021, Ortensi 2019): **la violenza di genere⁶ a danno delle ragazze e delle donne sulle rotte migratorie, per esempio, è un fenomeno cronico e pervasivo ampiamente documentato (IFRC 2018). Sebbene tutte le rotte migratorie siano pericolose, la rotta del Mediterraneo centrale presenta particolari criticità (UNICEF, IOM 2018).**

Un approccio attento all’intersezionalità (Crenshaw 1990; Bello 2020) aiuta a considerare la **violenza di genere non come categoria a sé ma come una componente che interagisce con altre forme di violenza e discriminazioni multiple**. Le donne vittime di violenza, di tratta a scopo di sfruttamento sessuale o di abusi e trattamenti sessuali degradanti vivono spesso forti

difficoltà anche dal punto di vista economico, sociale e culturale (Rigo, 2016). Le ragazze e le donne spesso affrontano diverse forme di subordinazione, discriminazione e violenza basate su molteplici componenti della loro identità, tra cui il genere, l'etnia, la religione, lo status giuridico e l'età (UNICEF, Washington University in St. Louis 2022).

Incertezza sul futuro, solitudine, frustrazione sono alcuni dei temi che ricorrono nelle interviste con le giovani donne, tutte ragazze tra i 17 e i 21 anni, giunte in Italia attraverso la rotta del Mediterraneo centrale o nell'ambito dei corridoi umanitari⁷. Al di là della specificità di percorsi e progetti migratori, le testimonianze di queste ragazze offrono uno spaccato sui servizi di supporto psicosociale erogati all'interno e all'esterno del sistema di accoglienza, che emergono, nel complesso, come meno equipaggiati sui bisogni dell'utenza di genere femminile. **In particolare, la scarsità di figure interne al sistema di accoglienza in grado di supportare l'elaborazione del vissuto delle sopravvissute alla violenza di genere, e progettare dei percorsi di presa in carico individualizzata fa sì che, in alcuni casi, l'accoglienza si riduca a una sorta di erogazione standardizzata di servizi, incapace di valorizzare soggettività, vissuti e percorsi individuali in una prospettiva di genere.**

Eppure, in generale, le ragazze ascoltate non hanno mostrato alcun disorientamento circa i propri progetti di vita. **Piuttosto le stesse appaiono in qualche modo bloccate o in certi casi ostacolate dalle disfunzioni del sistema di accoglienza e alla sua difficoltà nel ritrarre interventi adeguati.**

"Io voglio una scuola! Al di là del tirocinio io vorrei andare a scuola, imparare un mestiere"
(F., 20, Somalia, Lazio)

Un tratto che spesso caratterizza le storie di giovani migranti e rifugiate è la volontà di superare la violenza subita e le esperienze traumatiche vissute, e guardare al futuro (UNICEF, IOM, 2015).

"Quello che è successo è successo. Parliamo di adesso. Non ho risposte. Quello che è successo è successo. È passato che ho avuto è inutile che racconto. Non vado indietro, vado avanti"
(F. 20, Somalia, Lazio)

All'esterno del sistema dell'accoglienza, sono stati organizzati diversi servizi di supporto psicosociale, per rispondere ai bisogni specifici di questa utenza.

La mappatura delle pratiche, per esempio, ha dimostrato che in tutte le regioni studiate esistono dei servizi territoriali che dedicano **attenzione specifica alla dimensione di genere, anche dedicati alle sopravvissute alla violenza di genere.**

Tra questi, merita un approfondimento il Centro PENC di Palermo, che ha attivato il **Women and Girls Safe Space**, WGSS, un'iniziativa sperimentale sostenuta dall'UNICEF e dal Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza del Comune di Palermo volta a offrire alle donne, alle ragazze migranti e ai loro figli uno spazio protetto in cui far emergere situazioni di sofferenza psicologica,

inclusi i fenomeni di violenza intrafamiliare o assistita, e potenziare il loro benessere psicosociale, attraverso il rafforzamento delle loro competenze e risorse. Il WGSS, che replica un modello di intervento già sperimentato da UNICEF in altri contesti umanitari (UNFPA, 2015),⁸ è un **luogo sicuro dove raccontarsi tra pari e condividere difficoltà, sfide e strategie di risposta volte a identificare soluzioni pratiche e di supporto emotivo**. Durante la permanenza nello spazio, le donne e le ragazze possono svolgere attività ludico-ricreative che incoraggiano la condivisione, la fiducia in sé e negli altri, e hanno un impatto benefico sul loro benessere psicosociale. Tra le attività proposte vi sono: un corso di sartoria, uno spazio attrezzato per parrucchiera, corsi di yoga, cucina, italiano e danza. Lo spazio offre anche occasioni di formazione/informazione inerenti al diritto alla casa (ricerca di prima abitazione o affitto), alla salute della donna e del bambino e consulenza legale e psicosociale. Ogni settimana, con una metodologia partecipata e in cooperazione con lo staff, le donne e le ragazze scelgono gli esperti esterni, i rappresentanti di servizi, di associazioni o organizzazioni da invitare. All'interno del *Women and Girls Safe Space* c'è anche un'area attrezzata per i bambini, gestita da educatrici professioniste, utile a consentire alle donne di accedere ai servizi per/con i propri figli. L'accesso è libero e le donne e le ragazze che già frequentano lo spazio possono invitarvi anche altre conoscenti, familiari e amiche.

A Roma, il **Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati)**, Struttura Sanitaria a Valenza Regionale per l'assistenza e la cura di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, promosso dalla ASL Roma 1, ha realizzato periodicamente **interventi volti ad aumentare la consapevolezza critica delle donne rispetto al tema delle mutilazioni genitali femminili**, attraverso il confronto reciproco e l'attivazione di strategie per il coinvolgimento del contesto sociale in cui le donne vivono. Ai cicli formativi hanno partecipato un'antropologa, una mediatrice culturale, una facilitatrice, una operatrice sociale, un medico, e circa 20 donne per ogni gruppo di provenienza⁹. È stato elaborato un protocollo per la presa in carico e la gestione integrata territorio-ospedale delle donne con MGF per la deinfibulazione delle vittime di III grado, al fine di poter recuperare il funzionamento fisiologico dei genitali esterni, ridurre le conseguenze sulla propria salute psico-fisica e riproduttiva e ripristinare la pervietà del canale vaginale in vista del travaglio di parto. Il progetto rappresenta una naturale evoluzione dell'attività fino ad ora svolta, prevedendo di offrire alle pazienti anche un'assistenza di tipo chirurgico-riparativo grazie alla collaborazione con la struttura ospedaliera in un'ottica di prossimità territoriale tra l'ambulatorio ostetrico-ginecologico del SAMIFO e il reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Filippo Neri. A prescindere dalla modalità di invio, la valutazione della MGF viene effettuata dall'ambulatorio ostetrico-ginecologico del SAMIFO che verifica la tipologia della MGF e il cammino necessario. Sono stati previsti tre percorsi differenziati per donne con MGF severe

1. MGF in pazienti gravide;
2. MGF in pazienti non gravide con sintomatologia prevalentemente legata a conseguenze mediche;
3. MGF in pazienti non gravide senza importanti conseguenze fisiche e con maggiori disagi di tipo psico-sessuale.

Altro esempio di pratica attenta alla dimensione di genere è quella promossa dal **progetto GIA-DA** presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, che ha strutturato un percorso **assistenziale specifico per minorenni vittime di mutilazioni genitali femminili** ispirato alle *Linee*

Guida Riconoscimento Precoce Mutilazioni Genitali Femminili o altre pratiche dannose, della Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento Pari Opportunità (2017).

Il percorso è attivato da una équipe multidisciplinare costituita da pediatra, ginecologo/chirurgo, infermiere, psicologo, medico-legale, assistente sociale. Esso prevede l'attivazione di un case manager, garantito da una psicologa e/o una assistente sociale, le cui attività di accoglienza, consulenza, orientamento e sostegno possono realizzarsi in compresenza o meno.

Nella fase di accoglienza l'équipe garantisce riservatezza, e particolare attenzione è posta nell'utilizzo di un ambiente sicuro e riservato, adottando una modalità di ascolto non giudicante, con personale femminile e alla presenza di una mediatrice culturale. Alla presenza della mediatrice vengono fornite informazioni su tutti gli step della procedura, così da raccogliere un consenso consapevole e consentire un'adeguata preparazione alle visite specialistiche sanitarie, chiedendo alla minorenni se vuole la vicinanza degli accompagnatori (genitori/educatore) oppure se preferisce effettuare il percorso da sola.

L'iter diagnostico terapeutico prosegue con le visite specialistiche previste che, ove possibile, prevedono una successione rapida o la condivisione di tempi e spazi per **evitare la traumatizzazione secondaria** di tali soggetti vulnerabili.



© UNICEF/Ashley Gilbertson VII Photo

FATTORE DI SUCCESSO 2: presenza di équipe multidisciplinari che operano nel sistema di accoglienza, nei servizi sociali territoriali e nei servizi sanitari al fine di garantire il continuum di cura e il meccanismo di presa in carico integrata.

Pur restando nel solco dell'architettura normativa che ispira i servizi sociosanitari (si veda il capitolo 1), **tutte le pratiche selezionate introducono importanti elementi di innovazione rispetto alle configurazioni operative tradizionali degli interventi di supporto psicosociale e salute mentale.** Muovendo da questa promessa, **il secondo fattore di successo si focalizza sugli assetti operativi delle équipe multidisciplinari** osservati nelle pratiche mappate, e restituisce una visione di insieme su alcune caratteristiche di interesse.

Le pratiche analizzate hanno il perno metodologico degli interventi erogati nell'équipe multidisciplinare. Molti professionisti ascoltati hanno evidenziato come la riflessione **sull'attivazione delle équipe multidisciplinari sia nata dalla necessità di evitare risposte**

standardizzate e routinarie ai bisogni complessi e multidimensionali che hanno dovuto fronteggiare negli anni, soprattutto nel momento in cui la presenza minorile migrante non accompagnata è diventata più significativa. Nella prospettiva di alcuni degli interlocutori ascoltati, l'équipe multidisciplinare rappresenta, per certi aspetti, il risultato di una riflessione partecipata avviata all'interno del mondo dei servizi socio-sanitari e centrata sull'identificazione e l'analisi delle criticità e dei fallimenti che avevano caratterizzato l'esordio degli interventi con i minori migranti. L'auto-analisi, la capacità di mettere in discussione l'operato pregresso e il sapersi interrogare senza pregiudizi sulle debolezze strutturali dei servizi erogati ha consentito di formulare una risposta peculiare integrata fondata sull'esperienza e sulla competenza acquisite sul campo.

In questa sede, l'analisi si concentra principalmente sulla dimensione professionale e organizzativa. Chi sono i professionisti delle équipe multidisciplinari? Quali modalità adottano per lavorare in sinergia? Con chi e come le équipe si relazionano all'esterno?

Scheda - I professionisti operativi nelle équipe multidisciplinari delle 13 pratiche

| | PRATICA | PROFESSIONISTI ATTIVI NELLE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARI |
|---|---|--|
| 1 | Centro Frantz Fanon (Piemonte) | Psicologi, psichiatri, mediatori culturali, educatori, antropologi culturali, neuropsichiatri infantili |
| 2 | SA.M.MI. - Salute Mentale Migranti (Piemonte) | Medici, psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, infermieri, educatori, mediatori linguistico-culturali e operatori sociali |
| 3 | UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Lombardia) | Psicologo, Neuropsichiatra Infantile, mediatore culturale, educatori professionali, Assistente Sociale |
| 4 | Start.ER (Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti) | Psichiatri, psicologi, antropologi culturali, medici, neuropsichiatri infantili, operatori sociali, mediatori |

| | | |
|-----------|---|---|
| | e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna) (Emilia-Romagna) | linguistico-culturali, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici specialisti in varie discipline |
| 5 | Sa.Mi.Fo (Lazio) | Medici di medicina generale e specialisti in psichiatria, neuropsichiatra infantile, ginecologa, ortopedico, medico legale, mediatori linguistico-culturali, psicologi per adulti e per l'età evolutiva, assistenti sociali per adulti e per minori, tecnici di riabilitazione psichiatrica, ostetrica, infermiera, logopedista, tecnici della neuropsicomotricità, educatrici, infermiere, operatori specializzati del terzo settore |
| 6 | Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica (Sicilia) | Etnopsicologi, assistente sociale, mediatori linguistico-culturali, tirocinanti dei corsi di laurea in Psicologia |
| 7 | Silver (Sicilia) | Assistente sociale, mediatori linguistico-culturali, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, educatori |
| 8 | ASP Catania, Ambulatorio di Psichiatria Transculturale (Sicilia) | Psicologi e psichiatri clinici di paradigma etnopsichiatrico, neuropsichiatri, mediatori culturali, tirocinanti |
| 9 | FARO- (Sicilia) | Psicologo, antropologo e mediatore culturale, docenti esperti in ambito legale, sociale e sanitario. |
| 10 | AL HIMAYA – Liberi dalla violenza. Programma multi-azione per il potenziamento e la qualificazione della risposta alla violenza sui minorenni stranieri a Catania, Messina, Palermo, Ragusa (Sicilia) | Psicologi, antropologi/sociologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, medici, docenti per formazioni |
| 11 | Équipe Giada - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Policlinico Bari (Puglia) | Psicologi con esperienza in contesti pediatrici e nell'uso di procedure per la valutazione del legame di attaccamento, assistente sociale con esperienza in tema di abuso all'infanzia, pediatri |
| 12 | Progetto I.C.A.R.E. Emilia-Romagna, Lazio, Toscana, (Sicilia) | Professionisti/e sanitari, sociosanitari, mediatori e mediatrici linguistico culturali, operanti in ambito sociale e del terzo settore, operatori e operatrici del terzo settore Psicologi, Psichiatri, Neuropsichiatri, MMG, Ginecologhe, ostetriche, infermiere, dietiste, igienisti, infettivologi, Operatori sociali, Sociologi, mediatori interculturali |
| 13 | Here4U (Nazionale) | Psicoterapeuti, psicologi, psichiatri, medici, mediatori linguistici-culturali, operatori legali |



Come evidenziato nella tabella in alto, i professionisti che compongono le équipes attive in ogni pratica sono diversi, conseguentemente, le modalità operative che ne regolano l'attivazione e la sinergia sono plurime. Uno sguardo di insieme alla composizione delle équipes consente di evidenziare alcune figure strutturali in tutte le pratiche mappate e altre figure che ricorrono soltanto in alcuni territori.

Psicologi, neuropsichiatri infantili e mediatori linguistico-culturali ricorrono nella maggioranza dei modelli di intervento, sebbene l'inquadramento contrattuale di quest'ultima categoria di professionisti risulti attivato principalmente con modalità a chiamata basata sul bisogno.

Viceversa, figure cliniche/sanitarie più specialistiche come lo psichiatra, il tecnico della riabilitazione psichiatrica, e il tecnico della neuropsicomotricità tendono a ricorrere principalmente nei servizi erogati dai servizi sanitari pubblici o da questi coordinati.

In merito all'ambito degli operatori sociali si rileva un coinvolgimento non strutturato e a macchia di leopardo degli assistenti sociali, degli educatori, degli antropologi e dei docenti attivati per attività di formazione. Così come soltanto sette pratiche presentano in organico professionisti di paradigma etno-psicologico/psichiatrico e 4 pratiche su 13 presentano in organico antropologi. In alcuni casi, le pratiche si avvalgono, in modo occasionale, di professionisti con competenze legali che vengono utilizzate sia per supportare i servizi che per erogare formazioni all'interno dei progetti.

Complessivamente, la sinergia tra i professionisti che operano nelle équipes è indicativa di una logica di intervento fondata sul **riconoscimento dell'approccio integrato MHPSS orientato alla realizzazione di percorsi di cura e di sostegno individuale interdisciplinari, multidimensionali e interculturali** e quindi, appropriati alla complessità della sofferenza fisica, psichica e sociale dell'utenza migrante.

Tutti i professionisti ascoltati hanno infatti descritto il lavoro d'équipe e la collaborazione multidisciplinare come le due premesse ineludibili per la costruzione di una relazione di aiuto significativa da avviare sin dalle fasi più propriamente preventive. **Tuttavia, segnatamente alle configurazioni organizzative e alle modalità operative di questa collaborazione, le équipe multidisciplinari attivate nelle diverse pratiche non esprimono un modello unitario.** Esse, piuttosto, sono accomunate dall'esigenza descritta da un professionista ascoltato, di "mettere insieme più sguardi e più saperi" (A., educatore, Sicilia) allo scopo di garantire approcci disciplinari diversi utili a supportare gli snodi decisionali critici del percorso di presa in carico integrata dei minorenni. **Le pratiche osservate esemplificano, quindi, un'ibridazione degli approcci disciplinari dagli approdi fortemente eterogenei.**

Sebbene il confronto e la condivisione delle competenze siano stati descritti in maniera univoca come uno strumento necessario per comprendere la specifica multidimensionalità dei bisogni dei MSNA e per costruire un progetto di inclusione sociale e un piano di supporto e cura terapeutica (quando necessaria) che sia il più adeguato possibile ai vissuti, ai bisogni e alle aspettative dei minori stranieri non accompagnati, **diversi interlocutori hanno fatto riferimento alla difficoltà di allineamento quotidiano a "una grammatica comune" tra professionisti con background differenti.**

La sinergia interna all'équipe tra operatori sociali e operatori sanitari può presentare delle difficoltà sul piano pratico, **a causa della posizione asimmetrica tra i diversi ruoli coinvolti nelle équipe o delle rigidità organizzative e burocratiche che, talvolta, caratterizzano i diversi contesti lavorativi.** I professionisti ascoltati hanno descritto **la supervisione e le riunioni di équipe come i due strumenti cruciali per la costruzione di un approccio condiviso e per la risoluzione delle criticità derivanti dall'interazione tra**

i differenti sguardi disciplinari. In aggiunta alla supervisione, la maggioranza delle pratiche esaminate prevede l'attivazione continuativa della **supervisione dell'équipe da parte di uno psicologo, volta a supportare la rielaborazione dei vissuti emotivi degli operatori e la loro abilità nella lettura dei bisogni psicosociali degli utenti.** In alcuni casi, la supervisione erogata è stata pensata sia per promuovere la discussione dei casi presi in carico dell'équipe, per una lettura condivisa ed efficace dei bisogni, sia come spazio protetto di decompressione, volto a discutere sfide o successi degli operatori e delle operatrici. Quanto alle riunioni periodiche, esse risultano programmate al fine di discutere e confrontarsi circa le scelte operative che riguardano i ragazzi, ma anche per confrontarsi in modo collettivo su questioni organizzative e sulle difficoltà affrontate.

Le modalità con cui le équipe si organizzano internamente sono variabili. Nelle pratiche promosse e coordinate dagli attori del privato sociale le interazioni interne sembrerebbero principalmente organizzate sulla base delle necessità quotidiane piuttosto che su un'organizzazione rigidamente codificata.

"Noi non abbiamo dei ruoli definiti. tutti ci occupiamo di tutto. Dal punto di vista clinico non c'è chi segue solo le famiglie, solo i minori o via dicendo"
(R., psicologo, Piemonte)

In generale, il più delle volte è l'operatore che eroga il servizio di supporto psicosociale all'interno del centro di accoglienza a coinvolgere i professionisti che operano esternamente sulla base degli elementi osservati durante l'interazione con l'utenza.

"Un punto di forza è la professionalità che ognuno di noi ha nel sapersi relazionare con i ragazzi. Continuo dialogare all'interno dell'équipe aiutarsi l'un l'altro ad avere informazioni sui ragazzi, su alcune problematiche o sospetti sui ragazzi"
(G., educatore, Sicilia)

Questo alimenta **la percezione che chi opera nell'area psicosociale di base svolga un ruolo di mediazione e di tramite tra i bisogni espressi dell'utenza e i professionisti che erogano piani terapeutici di taglio più specialistico.**

Quanto alle relazioni che le équipes multidisciplinari delle pratiche attivano esternamente sul territorio, la ricerca ha evidenziato come in alcuni territori (Torino, Milano, Bologna, Roma, Bari in particolare) sia stato raggiunto un dialogo tra le pratiche e i servizi sociosanitari territoriali efficace e funzionale alla presa in carico integrata. Tutte le équipes multidisciplinari attivate nelle pratiche esaminate rivestono a livello territoriale un ruolo cruciale nei processi di rilevazione e di presa in carico dei bisogni e delle fragilità avviati all'interno delle comunità di accoglienza in sinergia con i servizi sociali territoriali. In alcuni casi esse svolgono un ruolo fondamentale nell'erogazione diretta e nella facilitazione dell'accesso ai servizi specialistici. In tal senso, **si è rivelata significativa la stipula di protocolli d'intesa tra i servizi sociali degli enti locali e i distretti sanitari**, finalizzati a una più chiara definizione del ruolo di ciascun ente e dei percorsi di raccordo tra profili professionali chiamati a intervenire nel processo d'aiuto, e l'organizzazione di tavoli fissi che coinvolgono tutte le figure in campo.

In questa prospettiva, acquisisce particolare rilevanza la collaborazione di alcune delle pratiche mappate, con quei **servizi territoriali cruciali per prevenire e supportare la sofferenza psicologica** quali l'orientamento e accesso ai servizi del territorio, l'insegnamento della lingua italiana e inserimento scolastico, la formazione professionale e l'accompagnamento all'inserimento lavorativo, l'orientamento e accompagnamento legale, e la tutela psico-sociosanitaria.

L'impegno delle pratiche in queste aree di intervento è coerente con il modello di "accoglienza integrata"¹⁰ prevista dal quadro

normativo che regola gli standard di accoglienza per i MSNA, e mostra anche un modo peculiare e innovativo di declinare l'intervento psicosociale preventivo all'interno della rete territoriale, valorizzando tutti gli attori preposti alla presa in carico integrata dei MSNA.

"Per quanto riguarda il nostro intervento, abbiamo anche un grande raccordo con l'équipe che si occupa di orientamento, formazione, lavoro, per cui sostanzialmente abbiamo, come dire, lavorato in grande sinergia con le colleghe che si occupano di attivazione di percorsi laboratoriali protetti piuttosto che di percorsi di stage in formazione. Quindi tutte formule, diciamo di avvicinamento al lavoro, anche con compenso monetario, che insomma, è fondamentale soprattutto per chi viene con il mandato di poter contribuire a una situazione complessa nel Paese d'origine"
(I., psicologa, Emilia-Romagna)



Box 9 - l'erogazione dei servizi di supporto psicosociale ai minorenni che risiedono nelle strutture di secondo livello accreditate/autorizzate a livello regionale

L'approccio integrato caratterizza anche l'erogazione dei servizi di supporto psicosociale ai minorenni che risiedono nelle strutture di secondo livello accreditate/autorizzate a livello regionale. In **Emilia Romagna**, per esempio, il quadro legale che regola tali strutture fa esplicito riferimento alla necessità di declinare i servizi di supporto psicosociale, avendo come punto di riferimento la "comunità educante", ovvero la rete dei soggetti impegnati nell'accoglienza che comprende gli attori e le istituzioni che a vario titolo interagiscono con i minori durante il loro percorso di inclusione (ad esempio la scuola, i centri di formazione, i medici di medicina generale, i pediatri)¹¹. Proprio in virtù di questa sussidiarietà, la struttura di accoglienza definisce e realizza, in stretto raccordo con gli operatori dei servizi territoriali, il Progetto Educativo Individualizzato (PEI)¹² che da norma deve contenere: le modalità di collaborazione tra i servizi sociale e sanitario per la realizzazione del progetto concordato; l'eventuale attivazione di specifici protocolli operativi tra Comunità, Servizi Sociali e Servizi Sanitari; eventuali risorse aggiuntive rispetto all'offerta standard delle comunità. Nel **Lazio**, il piano personalizzato educativo assistenziale per il minorenne, predisposto di intesa con i servizi sociali e con gli operatori territoriali coinvolti nel caso, "è uno strumento di lavoro che si basa sulla conoscenza della storia del minore, della sua situazione, del suo contesto familiare e sociale, conoscenza che suggerisce un modello d'intervento che intende garantire al minore un ambiente "familiare" in cui si riproducano cioè occasioni del vivere quotidiano con figure adulte stabili in grado di offrire stimoli ed esperienze finalizzati ad assicurare l'acquisizione e lo sviluppo di capacità cognitive, relazionali e sociali e/o il recupero dell'equilibrio affettivo del minore"¹³.

In **Piemonte**¹⁴ i servizi territoriali e le strutture di accoglienza sono impegnati all'attivazione di un circuito virtuoso di rapporti tesi a favorire l'attivazione della soluzione migliore per il minore e per la famiglia di origine. In **Emilia-Romagna**, ancora, le comunità di accoglienza sono tenute a "garantire una costante e forte collaborazione con i servizi socio-sanitari di riferimento e un continuo coinvolgimento delle opportunità offerte dal territorio"¹⁵. In Sicilia la comunità d'accoglienza è tenuta "a svolgere un'attività educativo-formativa che miri, anche attraverso attività socio-culturali e ricreative, all'integrale e armonico sviluppo della personalità del minore, avendo cura di favorire il rapporto con la comunità locale"¹⁶.

La particolare vulnerabilità dei MSNA e le loro esigenze di tutela hanno, infatti, reso necessaria la programmazione di servizi la cui erogazione dipende da un'ampia rete di attori pubblici e del privato sociale attivi a livello territoriale. **Le pratiche osservate sono parte integrante e riconosciuta** di questa rete sin dalla fase di redazione del Piano Educativo Individualizzato-PEI, lo strumento operativo che definisce il programma personalizzato di accoglienza integrata e gli obiettivi di inclusione e benessere

psicosociale fissati per il minore¹⁷. Sebbene questa programmazione spetti all'équipe multidisciplinare della comunità di accoglienza, in stretto raccordo con gli operatori dei servizi territoriali, tra cui l'assistente sociale, il tutore e il minore stesso, **la ricerca ha osservato già in questa fase il coinvolgimento frequente delle pratiche selezionate che supportano le comunità di accoglienza attraverso l'erogazione di servizi di supporto multidisciplinare volti ad approfondire i casi**

e ad includere il punto di vista del minore nella redazione del PEI attraverso l'ascolto e la partecipazione. Le pratiche osservate, in altre parole, integrano e rafforzano il primo lavoro di ricognizione avviato dagli operatori delle strutture di accoglienza, e forniscono strumenti tecnici per interpretare le aspettative dei ragazzi, tenerne conto negli obiettivi progettuali previsti dal PEI e coinvolgerli così attivamente nella definizione del proprio progetto di vita.

I referenti delle équipe attivate dalle pratiche selezionate hanno riportato forme di collaborazione e dialogo più o meno strutturate con diverse figure cruciali che operano nella presa in carico integrata dei MSNA sia all'interno delle strutture di accoglienza che all'esterno e il cui ruolo nell'erogazione dei servizi MHPSS viene di seguito analizzato.

Educatore

L'educatore organizza e gestisce i progetti e i servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o all'interno di servizi socioeducativi, destinati a diverse tipologie di utenza, tra cui i MSNA. L'educatore "lavora in équipe multidisciplinari, stimola i gruppi e le singole persone a perseguire l'obiettivo di reinserimento sociale definendo interventi educativi, assistenziali e sanitari rispondenti ai bisogni individuali attraverso lo sviluppo dell'autonomia, delle potenzialità individuali e dei rapporti sociali con l'ambiente esterno"¹⁸. Nel 2021 il Ministro della Sanità, d'intesa con il Ministro dell'Università e della ricerca, ha emanato un decreto ministeriale che definisce profilo e funzioni dell'educatore professionale socio-pedagogico quale professionista che opera "limitatamente agli aspetti socio educativi, nei servizi socio-assistenziali e nei servizi e nei presidi socio-sanitari e della salute" in comparti inerenti "la dimensione pedagogica, nelle sue definizioni sociali, della marginalità, della disabilità e della devianza, [...] con azioni volte ad evitare e comunque a contenere le difficoltà

educativo-relazionali e le povertà educative, nonché con la costruzione di percorsi formativi per il potenziamento della crescita pedagogico-educativa e dei progetti volti alla promozione del benessere individuale e sociale"¹⁹.

Gli educatori incontrati, o a cui i professionisti e i ragazzi intervistati hanno fatto riferimento, operano principalmente nell'area dei servizi socio-pedagogici erogati all'interno del mondo dell'accoglienza istituzionale per MSNA. Tanto chi opera nei servizi sociosanitari e di salute mentale, quanto l'utenza, ha riconosciuto la centralità degli educatori, il cui posizionamento in prima linea gli attribuisce di fatto un ruolo privilegiato di contiguità ai ragazzi e alle ragazze, grazie alla quale l'educatore può favorire in sede di équipe, e nell'ambito di riunioni indette periodicamente, la circolazione di informazioni relative all'evolversi del singolo caso sulle quali basarsi per un'eventuale rimodulazione degli obiettivi inizialmente previsti nel programma assistenziale.

Gli educatori hanno uno sguardo unico sui vissuti dei ragazzi e sui loro bisogni ed è per questo che diversi informatori hanno fatto riferimento alla loro centralità nella elaborazione dei piani educativi individualizzati (PEI) e alla loro capacità e competenza nel saper leggere e veicolare i bisogni, le aspettative, le difficoltà e le risorse degli utenti in una chiave preventiva.

In tutti i territori, l'operato degli educatori appare connotato, in modo importante, dalla elevata versatilità delle proprie funzioni.

Una "polifunzionalità" che per certi aspetti è tipica del lavoro in prima linea, che di fatto attribuisce responsabilità e funzioni spesso dettate dalle urgenze e imposte da circostanze non sempre prevedibili.

La maggioranza dei ragazzi ascoltati ha indicato negli educatori una figura chiave del processo di inclusione, perché capaci di comprendere bisogni e necessità e perché abili nell'orientarli nello sviluppo autonomo delle abilità personali. L., un neomaggiorenne incontrato in Lombardia, racconta, ad esempio, di quanto l'educatore sia

stato fondamentale per aiutarlo a superare gli ostacoli dell'inserimento professionale:

"Perché loro ti trattano come suo figlio. Sì! Mi hanno aiutato troppo questi consigli che mi hanno dato loro. Perché adesso non

ce li ho quelli pensieri, che voglio lasciare il lavoro, no? Adesso quando mi trovo al lavoro guarda sempre la settimana passata, voglio andare al lavoro, voglio lavorare, voglio lavorare!"

(L., 19, Albania, Lombardia)

Storia di L. "parlavo con gli educatori sempre". Quando il supporto degli educatori aiuta a disinnescare la preoccupazione.

L. è un ragazzo kosovaro, arriva in Lombardia a ridosso dei suoi diciotto anni in piena pandemia da Covid-19. Ha un piano chiaro, vuole lavorare e aiutare la famiglia a gestire le difficoltà economiche. All'arrivo in Italia viene isolato in una struttura di quarantena per cinque lunghi mesi.

"E ti dico... a me del— (nome del centro quarantena) non mi è piaciuto niente. Perché era un tempo bruttissimo, ho passato cinque mesi! bruttissimo perché ero in quarantena, non uscivo, stavo sempre dentro"

La permanenza nel centro quarantena è estenuante. L. non viene informato sulle ragioni del suo trattenimento e i tempi previsti per la permanenza. Dopo cinque mesi, finalmente, L. viene trasferito in un centro di seconda accoglienza SAI. Per lui è il cambio di passo che attendeva da mesi. Nella comunità SAI, L. vede la possibilità di superare la frustrazione e la sofferenza dei giorni sospesi trascorsi nella struttura di quarantena e sin dall'inizio si mette in gioco, chiedendo di partecipare attivamente alle attività di formazione offerte dal centro in sinergia con i servizi del comune.

"E qua il tempo passa benissimo, lavoro, facciamo giochi, guardiamo in televisione, possiamo uscire..."

L. è motivato vuole "costruire il suo futuro", vuole imparare un lavoro e farlo subito. Racconta con fierezza le sfide che il percorso di professionalizzazione come elettricista, offertogli grazie ad un accordo del centro di accoglienza con il centro locale di mediazione al lavoro, ha presentato.

"Il primo mese un po' difficile, dopo capisci come funziona, diventa più facile. All'inizio era difficile, dicevo sempre, quando tornavo nel centro: "voglio lasciare questo lavoro perché troppo difficile! e troppo difficile!". Però dopo un mese, mi sono sentito un po' più bene, rilassato."

Le incertezze e i primi disorientamenti vengono discussi a lungo con gli educatori che supportano L. e lo indirizzano e aiutano a gestire le complessità iniziali del percorso.

“Parlavo con gli educatori sempre. Perché loro ti trattano come suo figlio. Sì! a me mi hanno aiutato troppo questi consigli che mi hanno dato loro. Perché adesso non ce li ho quelli pensieri? Che voglio lasciare il lavoro? Adesso quando mi trovo al lavoro guardo sempre la settimana passata. Voglio andare al lavoro, voglio lavorare, voglio lavorare!”

Altre figure della rete dei servizi aiutano L. Tra queste vi è una insegnante di italiano a cui L. riconosce un ruolo importante:

“Io non ho, non avevo professore, avevo una maestra. Ho studiato con lei per tre mesi, anche lei mi ha aiutato troppo! Sì con lei ho fatto A1!”

Per L. anche il confronto tra pari è importante ed a loro racconta il progetto pensato con lui dagli educatori del centro per chiedere consigli:

“Ho preso anche gli altri parole (Ho ascoltato anche le parole degli altri), per esempio degli amici, ho fatto (messo) tutto insieme. È uscito un risultato che voglio rimanere qui!”

L. racconta che dopo un mese ha sentito di stare facendo la cosa giusta e condivide con orgoglio alcuni aspetti del suo lavoro:

“Eh sì! È un lavoro che ti fa pensare troppo. Sì, perché devi ricordare sempre i numeri, deve ricordare il colore dei cavi, selezionare i cavi, gli attrezzi, quali devi usare, quali non devi usare, ti fa pensare, ti fa pensare!”

È fiero del suo lavoro e quando torna in comunità è stanchissimo. A volte non ha neanche il tempo di parlare con i compagni del centro, ma la sera ricorda sempre di fare una telefonata alla famiglia per raccontare quanto sta imparando. L. ha coscienza di poter essere di aiuto anche agli altri ragazzi ospiti del centro e quando ci sono i nuovi arrivi li supporta e offre consigli e fa da supporto anche nella comprensione dell'italiano.

“A me piacciono i ragazzi nuovi che arrivano. Che non sanno l'italiano, però se parli con loro italiano è una bella cosa. Loro non sanno cosa stai dicendo, però tu con la tua testa stai aiutando loro!”

Per i ragazzi la costruzione della relazione con gli educatori sembrerebbe dipendere dalle modalità con cui questi operano e dai tratti di personalità. Inclinzioni caratteriali, capacità di ascolto, empatia, rispetto, pazienza sono alcuni degli aspetti che i ragazzi pongono alla base della relazione di fiducia. Tuttavia, come ovvio, queste caratteristiche non si ritrovano sempre e ovunque. M., per esempio, restituisce così la gamma degli approcci osservati tra gli educatori che ha conosciuto:

*“Bon, la prima cosa che l'educatore deve... deve avere la pazienza. E poi, deve essere gentile e poi deve essere poi disponibile ad ascoltare i ragazzi. Alcuni quando vai in giro a parlare con loro, hanno proprio la fretta di scacciarti, via via mi sono stancato di ascoltarli! Capito? Eh, sì tu li vedi, che non vogliono ascoltarli. **Ma alcuni, quando ti vedono in faccia, davanti a loro, stanno a guardarti come proprio un monumento, ti ascoltano, è bellissimo!**”*

E poi quello che hai sbagliato, ti dicono tutto per farti capire. Capito?”
(M., 18, Costa d’Avorio, Piemonte)

“I: Gli operatori ti sono stati di aiuto quando hai avuto dei momenti di scoraggiamento o di tristezza?

R: Sì ma questo non è tutto. Ogni persona non è uguale, let say. Perché ogni persona non è uguale. Tu stai bene in questa parte, e in questa parte non stai bene.”
(N., 20, Nigeria, Lazio)

Lo sforzo di qualificare la relazione di cura con adolescenti dalle storie complesse è descritto da un’educatrice di una struttura di accoglienza per ragazze come “accudimento caldo”:

“Quasi tutte le ragazze, al momento direi tutte, all’ingresso nella nostra accoglienza hanno un periodo di regressione dove possono permettersi di fare agire tutte quelle parti, anche infantili, che non hanno potuto agire in Africa o rivestire il ruolo di adolescente capriccioso, in difficoltà, arrabbiato. E quindi c’è una parte iniziale, non di maternage perché non è nel nostro stile, ma di accudimento caldo. Una vicinanza quindi molto forte perché è quella la parte richiesta, svolta anche dagli operatori che effettuano le notti, che sono quasi tutti mediatori e che quindi riescono a vedere anche quelle parti che per noi non è possibile vedere o capire le cose che loro dicono”
(O., educatrice, Piemonte)



© UNICEF/UN0120128/Gilbertson VII Photo

Il setting operativo, ovvero il luogo fisico entro cui il legame tra educatore e ragazzi si instaura, pone in una posizione di contiguità educatori e utenza, e facilita la funzione di intermediazione con il contesto sociale nel quale sono inseriti i ragazzi.

Assistente Sociale

La Legge 84/1993 sancisce che l'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, e può svolgere attività didattico-formative²⁰. Nell'ultimo ventennio, la professione ha raggiunto uno statuto professionale definito (Ciaschini et al., 2012), formalizzato dall'istituzione di un ordine professionale e dalla stesura di un codice deontologico²¹ indicante le modalità di intervento che ogni iscritto all'albo professionale deve conoscere, osservare e contribuire a diffondere (Castro 2012). Nel processo di presa in carico integrata che interessa i MSNA, **l'assistente sociale rappresenta una figura cruciale, il cui compito- sia nei servizi sociali e sanitari pubblici che nel Terzo settore- è quello di vigilare sulle condizioni di vita dei minorenni e i loro bisogni di protezione.** In un contesto così fortemente caratterizzato dal principio dell'integrazione, quale quello dell'accoglienza dei MSNA, l'assistente sociale, se adeguatamente valorizzato nelle sue funzioni, **svolge un ruolo strategico di interfaccia fra tre dimensioni distinte ma integrate: quella del sistema di accoglienza, quella dei servizi sociali e quella dei servizi sanitari.**

Gli assistenti sociali possono **contribuire a favorire il superamento della frammentazione e della discontinuità dei processi** di presa in carico integrata, garantendo il coordinamento nell'accesso ai servizi di accoglienza e socio-sanitari. L'assistente sociale, quale parte integrante della rete di presa in carico integrata "non deve sostituire altre competenze, ma

deve sapere fare bene la sua professione di aiuto, essere capace di attivare risorse, entrare in relazione in ogni contesto con il linguaggio e il ruolo adeguato. Di fronte a un problema, può attivare una consulenza per una lettura completa, oppure mettere in atto un proprio intervento" (Fiorini, Grossi 2003: 148). Riguardo a questa figura professionale, tuttavia, sia la letteratura (Rosignoli 2018, Fazzi 2018, Della Valle Allegri 2021) che le evidenze raccolte hanno restituito alcune **difficoltà connesse all'interazione tra gli assistenti sociali operanti nei servizi sociali pubblici e gli altri professionisti che operano nella presa in carico integrata.** In particolare, le consultazioni hanno rivelato la problematicità di un approccio di rete con gli assistenti sociali attivi territorialmente a livello municipale, attribuito principalmente alla **burocratizzazione delle loro funzioni e all'eccessivo numero di casi presi in carico.**

Come osservato in letteratura, infatti, l'operatività dell'assistente sociale, sembrerebbe risentire "delle condizioni di emergenza con cui i servizi si stanno misurando, oltre che dell'elevato carico di lavoro e delle carenze di organico. Pertanto, gli interventi approntati dagli operatori sembrano essere sempre più confinati alla gestione del "singolo caso", piuttosto che aperti a considerare aspetti preventivi e promozionali in grado di abbracciare un orizzonte temporale di lungo periodo" (Ciaschini et al., 2012:69). Queste valutazioni echeggiano anche nelle parole di un professionista lombardo:

"Cioè in molti assistenti sociali, c'è una certa spaccatura tra le 8 e le 17, e tutto quello che viene fuori. In 8-17: il mondo del rapporto con il quartiere, i contesti reali di integrazione, non c'è!"

(P., psicologo, Lombardia)

Anche alcuni dei ragazzi incontrati hanno attribuito a questa figura professionale una certa evanescenza, spiegabile in parte con una **incomprensione di fondo del mandato professionale:**

“Io ho incontrato assistente sociale. Abbiamo parlato. Ho chiesto le regole, cosa devo fare... ho incontrato questa persona due volte. Solo una volta di persona, ma con lei non ho confidenza”
(Q., 18, Camerun, Emilia-Romagna)

“Io ho parlato con assistente sociale solo via laptop ma non l’ho mai incontrata da quando sono arrivato qui 6 mesi fa”
(R. 16 anni, Guinea, Emilia-Romagna)

Il tema classico del “dualismo tra aiuto e controllo” (Kobelinsky, 2011, Accorinti 2020) ritorna nelle testimonianze di alcuni ragazzi e di qualche operatore per i quali l’assistente sociale si limiterebbe per lo più a gestire le **impellenze burocratiche** quotidiane o a intervenire su richiesta dei centri di accoglienza in caso di condotte non tollerate, **a discapito della partecipazione a un processo di presa in carico più attento ai bisogni e centrato sulla relazione di cura:**

*“I: stai dicendo che l’assistente sociale viene chiamata se un ragazzo crea dei problemi?
R: sì, e hai paura, è una che ti dice che devi rispettare le regole!!!”*
(S. 18, Costa d’Avorio, Piemonte)

“Per me chi va dall’assistente sociale ha dei problemi. Quando fai il bravo l’assistente sociale non viene chiamata. E poi ogni momento cambi l’assistente sociale! Quando cambi comunità cambi l’assistente sociale! Con la prima stavo bene mi piaceva scherzare. Ma quando cambi assistente sociale cambi tutto! In un anno mi hanno dato due assistenti sociali!”
(T., 16, Costa d’Avorio, Emilia-Romagna)

Le criticità qui evocate dai ragazzi sembrano in parte attutirsi in quei contesti territoriali (Milano, Bologna, Torino) con protocolli d’intesa tra Ambito Sociale e Distretto Sanitario che favoriscono la definizione del ruolo di ciascun soggetto e il processo di collaborazione tra gli operatori, realizzando, pertanto, percorsi di

continuità e scambi costanti nell’organizzazione delle risposte.

A Torino, per esempio, una ragazza intervistata durante un FGD, in cui la maggioranza dei presenti riportava l’irrelevanza dell’assistente sociale nei percorsi di cura, ha voluto condividere la sua esperienza di segno inverso:

“Ma la mia (assistente sociale) non è così! Va nella stanza e chiede come stai? Chiede la tua salute, con me ha un buon rapporto, ogni tanto mi scrive e mi chiede come sto, come sta andando il progetto, se mi sono comportata male viene da me e mi fa le domande... mi chiede di far vedere i documenti, non fa come dice lui che ti scrive solo se hai fatto una cosa male!”
(U. 18, Costa d’Avorio, Piemonte)

I luoghi di lavoro degli assistenti sociali sono prevalentemente le istituzioni pubbliche (servizi sociali municipali e più di rado i servizi sanitari come in alcune delle pratiche mappate), non sorprende quindi che **la qualità del loro operato possa risentire, oltre che dell’elevato carico di lavoro e delle carenze di organico, anche dei tagli di budget con cui i servizi sociali si stanno misurando da più di un decennio (Rosignoli 2018).**

Riflettendo su questi elementi un professionista ha auspicato una fase di costruzione di capacità volta a qualificare il lavoro cruciale degli assistenti sociali:

“Bisogna continuare a lavorare perché le chiavi di lettura che hanno in mano gli assistenti sociali siano sempre meno rigide e più dinamiche. Ho l’impressione che a volte ci sia stereotipizzazione quasi al limite della naturalizzazione di alcuni comportamenti. “Sono albanesi fanno così”, “sono marocchini fanno così”, no? Da un lato temo le chiavi di lettura, dall’altro, il problema è capire quanto alcuni comportamenti debbano essere necessariamente letti come sintomi

e non come atteggiamenti. Tu pensa al dibattito sull'uso di sostanze, la commissione di reati, il mancato rispetto delle regole comunitarie. È chiaro che se io questa cosa la leggo come elementi di devianza o di antisocialità che devo correggere, avrò un atteggiamento. Se li prendo come segnali di fatica nei processi di integrazione, di fatica di rilettura della configurazione identitaria, anche solo di riattualizzazione di sé in un contesto radicalmente diverso, ma anche come dimensione reattiva rispetto a quelli che possono essere i progetti di vita o a percezioni di diritto mi comporto in maniera radicalmente diversa. Questo tema delle chiavi di lettura è cruciale. Sulle assistenti sociali è particolarmente cruciale perché hanno il potere di determinare gli esiti e i percorsi molto più forte delle équipes educative. Quindi dovrebbe essere curato da questo punto di vista in maniera molto forte e molto precisa”.

(D. psicologo, Lombardia)

Tutore Volontario

I tutori volontari sono **privati cittadini disponibili a esercitare la rappresentanza legale di un minorenni straniero arrivato in Italia senza adulti di riferimento; essi agiscono affinché tutte le decisioni vengano prese nel superiore interesse del minorenne²² e in sinergia con i diversi attori, istituzionali e non, che operano nella presa in carico integrata**. Il sistema di tutela volontaria è una parte essenziale dell'accoglienza: non solo i tutori volontari costituiscono il punto di riferimento per minorenni stranieri non accompagnati, ma sono deputati a rappresentare il punto di raccordo tra servizi sociali, centri di accoglienza, uffici scolastici regionali e scuole, tribunali e procure minorili. Il tutore rappresenta il minorenne da un punto di vista legale, ne tutela i diritti, ne promuove il benessere psicofisico, vigila sulla sua educazione e inclusione, sulle sue condizioni di accoglienza, sulla sua sicurezza e protezione, garantendo sempre che le sue opinioni siano ascoltate e



tenute in adeguata considerazione. Il tutore deve sapere offrire una vicinanza relazionale sensibile e attenta alle istanze dei minorenni²³ e deve essere in grado di informare il minore e consultarlo su tutti gli aspetti che lo riguardano, tenendo conto del suo grado di maturità e dello sviluppo graduale delle sue capacità. **Avere un tutore volontario è un diritto per tutti i MSNA. Tuttavia, in alcuni territori d'Italia²⁴ il numero di tutori resta fortemente inadeguato al numero di MSNA presenti²⁵.**

Tanto i professionisti quanto i ragazzi hanno restituito una lettura piuttosto eterogenea del ruolo e delle funzioni del tutore volontario. Per alcuni professionisti è una figura cruciale ma di non facile accesso o "valorizzazione" a causa della scarsità di tutori volontari disponibili nelle liste preposte, o in virtù di una certa difficoltà del sistema a valorizzare questo ruolo all'interno dei meccanismi di presa in carico integrata che coinvolgono il mondo socio-sanitario:

"Mah... dipende molto dal singolo caso, non tutti hanno un tutore. Perché appunto, magari sono già arrivati maggiorenni. Molti tutori non assolvono quella funzione nel senso che vengono informati da noi, sono costantemente aggiornati, ma non hanno quel ruolo così importante per il ragazzo. I ragazzi non riconoscono quella presenza, e quindi è più un come dire, una presenza che si occupa della parte ludico-ricreativa. Nel weekend, per esempio scampagnata o un pranzo in famiglia. Queste cose qua, ma non la quotidianità. Nelle visite sanitarie è difficile anche coinvolgerli perché probabilmente non si sentono neanche troppo protagonisti, troppo competenti. Però abbiamo visto sempre enormi resistenze nell'entrare nella parte organizzativa. Con la questura, dove sono un po' più obbligati, nel senso che devono firmare, sono più presenti"
(C., educatore, Lombardia)

Alcuni degli operatori delle équipes multidisciplinari attivate dalle pratiche hanno anche fatto riferimento a un dialogo con i tutori

volontari episodico e non pienamente integrato nelle strategie di supporto psicosociale e nella costruzione del percorso di aiuto.

"Il tutore è una nota dolente. Quando c'è stato un forte afflusso il tribunale nominava il sindaco che a sua volta delegava gli assistenti sociali del comune. Quindi c'era anche un assistente sociale che era tutore di 300 ragazzi. Come può una persona seguire 300 persone? Adesso il tribunale dei minori ha preso l'abitudine di delegare gli educatori (dei centri di accoglienza). Io, per esempio, sono tutore di un ragazzo che qui è ospite, la mia collega ne ha un altro. Da un certo punto di vista questo è semplice per i documenti. Perché l'assistente sociale del comune una volta c'è e una volta non c'è. Ci sono pochissimi tutori volontari. La mia cooperativa sta facendo dei corsi per i tutori volontari e sta facendo una campagna di reclutamento dei tutori, però questo è ancora un settore, un ambito difficile."
(G., educatore, Sicilia)

Quando il tutore volontario è nominato (la ricerca ha rilevato diversi casi di mancata nomina del tutore a causa di ritardi del Tribunale per i minorenni o mancata disponibilità nelle liste), **i ragazzi generalmente ne hanno riconosciuto la rilevanza e la vicinanza a figure di tipo parentale.**

Lo sguardo dei ragazzi, restituisce, nel complesso, un'immagine del tutore volontario più sfaccettata, e da cui sembra emergere una sorta di "polifunzionalità" che renderebbe questa figura **cruciale tanto per l'espletamento di funzioni di supporto pratico** (destreggiarsi nella burocrazia, per esempio), quanto come **punto di riferimento nelle tappe importanti del percorso di inclusione e integrazione sociale:**

"Per me la tutrice è qualcosa che dovremo avere. Noi abbiamo bisogno di persone oneste che parlano la lingua bene, la

lingua italiana, che può aiutarmi a risolvere questioni, documenti”
(T. 17, Costa d’Avorio, Emilia-Romagna)

“Il tutore è una figura importante. Per me è una donna. Una un po’ vecchia. Una persona che ha la testa sulle spalle. Quando sono con lei mi insegna a leggere bene. Mi aiuta a parlare la lingua. Ogni tanto andiamo a cinema. Con lei sono andato a fare anche passeggiate nel bosco. Con lei ho conosciuto nuove persone e mi sono sentito bene. È importante avere persone come tutrice per imparare le cose. Hai bisogno di qualcuno vicino. Noi parliamo sempre. Le scrivo la mattina: “Come è andata la notte?” se ha dormito bene, lei mi risponde come una mamma. Per questo io ringrazio l’Italia. Grazie all’Italia io oggi posso superare le prove. Anche grazie a lei”
(O. 18, Camerun, Emilia-Romagna)

“La mia tutrice l’ho avuta e l’ho conosciuta dopo tre mesi. Lei all’inizio mi ha aiutato negli studi, e poi mi ha portato a fare sport, è stata sempre al fianco in qualsiasi cosa. Sono ancora in contatto sempre, si cura ancora di me, sono come un nipote! sono uno di famiglia ormai, ha avuto anche altri

ragazzi ma come me dice che non c’è nessuno”
(U. 19, Albania, Lombardia)

“Io ho un tutore ma preferivo una tutrice donna che è un po’ come una mamma. Io poi ho conosciuto Giuseppe che mi ha aiutato tantissimo, mi conforta tantissimo
(O. 18, Camerun, Emilia-Romagna).

I: Com’è il tuo rapporto con il tutore, lo senti ancora adesso?

R: Lei è molto simpatica è come mia madre lei fa come mia madre: “dove sei?” che cosa hai fatto? La vita non è così... devi fare piano...” Quindi un po’ mi calma. Però adesso non ce l’ho più il tutore perché sono maggiorenne

I: E la senti ancora?

R: Sì ma non tutti i giorni ci scriviamo su WhatsApp
(N., 18 Nigeria, Lazio)

Secondo uno dei professionisti ascoltati, proprio **il supporto ai ragazzi nella socializzazione con il mondo reale da una prospettiva familiare** rappresenta uno degli ambiti di intervento dei tutori volontari che non è stato sufficientemente valorizzato.

Focus - Lo sguardo dei ragazzi e delle ragazze sui servizi di salute mentale e supporto psicosociale

Ma cosa pensano i ragazzi e le ragazze dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale pensati per essi? Come decodificano l’interazione con i professionisti dei servizi MHPSS interni o esterni al mondo dell’accoglienza?

I ragazzi e le ragazze ascoltate²⁶ hanno restituito una lettura più problematica e critica dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale pensati per loro sia all’interno che all’esterno delle comunità di accoglienza. La questione riguarda *in primis* la **difficile intelligibilità del mondo eterogeneo che eroga i servizi MHPSS dentro e fuori le strutture di accoglienza**.

La varietà dei professionisti che operano all’interno delle équipes multidisciplinari e il ruolo che

ognuno di essi gioca all'interno del processo psico-socio-educativo non sono sempre di facile comprensione e questo pare alimentare un certo **disorientamento circa gli obiettivi dei percorsi e l'identificazione delle figure di riferimento a cui poter chiedere aiuto sia all'interno che all'esterno del centro di accoglienza.**

Nelle fasi di confusione, tristezza o sofferenza, i ragazzi e le ragazze coinvolte nella ricerca hanno indicato come **figura di riferimento principale quella dell'educatore** il cui ruolo risulta essere chiaro anche in virtù della relazione di prossimità e scambio quotidiano; e del **tutore che quando nominato risulta essere di sostegno.** Sembrano invece restare nell'ombra le figure dell'assistente sociale e dello psicologo che vengono decodificate più sulla base di un "sentito dire", che a seguito di un'esperienza diretta.

Se per i ragazzi l'assistente sociale sembra giocare prettamente una funzione burocratica, sullo **psicologo** è emersa una lettura più eterogenea, soltanto una minoranza di essi, infatti, ha raccontato di aver avuto uno scambio con lo psicologo. Alcuni, perlopiù provenienti da Paesi dell'Africa sub-sahariana, hanno riferito di aver incontrato questa figura nell'ambito di interventi erogati da organizzazioni umanitarie nei Paesi di transito, nella fase dello sbarco o della prima accoglienza, pochi altri come O. hanno raccontato di aver avviato un percorso di terapia:

"Io non vado lì perché sono... è solo che qualche volta penso troppo, e lei mi aiuta a calmarmi a trovare la strada giusta. Quando sono con lei dimentico tutti i miei problemi. Questa psicologa lavora in un consultorio e la vedo da sei mesi (una volta a settimana)"
(O., 20, Camerun, Emilia-Romagna)

Al netto di questi casi, per la maggioranza dei ragazzi e ragazze **lo psicologo resta una figura dai contorni sfumati e non esente dallo stigma** che spesso caratterizza l'accesso a questo professionista.

Per una parte significativa dei ragazzi ascoltati, **l'esperienza diretta con queste figure non è stata riportata come d'aiuto**, e alcuni di loro hanno addirittura caratterizzato con accezioni negative la sua funzione all'interno del processo di presa in carico.

"In Albania se vai dallo psicologo vuol dire che (tutti ridono sostenendo che chi va dallo psicologo sia "pazzo")"
(U. 18, Albania, Lombardia)

"La psicologa può essere una persona di aiuto ma non importante per la mia vita"
(V. 18, Albania, Lombardia)

Una tra le possibili cause che potrebbe far comprendere la percezione di non soddisfazione riportata dai ragazzi, anche supportata dalle testimonianze raccolte, si può ricondurre al mancato equipaggiamento, da parte dei professionisti, di competenze e strumenti che consentano un lavoro efficace con un'utenza di appartenenza culturale differente. Inoltre, una altra causa potrebbe risiedere nella composizione delle équipe che operano nelle strutture di accoglienza minorili, le quali sono perlopiù formate da educatori, alcuni dei quali

laureati in psicologia ma contrattualizzati come educatori, a volte coadiuvati da figure di mediatori culturali, e da operatori legali. Più frequentemente gli psicologi che forniscono supporto alle strutture sono consulenti esterni attivati all'occorrenza tanto per il supporto ai ragazzi con vissuti più problematici quanto per attività di supervisione all'équipe.

Inoltre, in alcuni Paesi di origine la figura dello psicologo non sempre ha un corrispondente analogo e questo complica la comprensione del suo mandato professionale, soprattutto in assenza di una modalità interna al mondo dell'accoglienza volta a far conoscere questo servizio ai ragazzi e alle ragazze.

Alcuni ragazzi, infine, hanno associato l'invio allo psicologo esterno a condotte inappropriate tenute all'interno della comunità di accoglienza:

"Io so perché mi hanno mandato da lei (la psicologa che collabora con il centro) perché facevo casino!!!

Mi hanno detto "Vai dalla psicologa così ti tranquillizzi"

(V. 18, Albania, Lombardia)

Per molti ragazzi le strategie per fronteggiare gli eventi avversi o emotivamente sfidanti includono prima di tutto il confronto tra pari connazionali e non, poi quello con gli educatori di fiducia, e a seguire, per alcuni, il confronto con il tutore/tutrice.

L'approfondimento durante i FGD ha, inoltre, consentito di identificare i fattori che sembrano più di altri "fare la differenza" per fronteggiare le fasi difficili, di confusione, tristezza o sofferenza.

Si tratta perlopiù di strategie di adattamento individuali che i ragazzi attivano soprattutto quando sono disorientati circa le figure da consultare per ricevere aiuto.

Darsi degli obiettivi, ricordare la ragione del progetto migratorio è una di queste modalità:

"Devi pensare sempre (ad) un obiettivo. Sempre diverso, un obiettivo, se non hai un obiettivo, non puoi andare avanti mai. E il mio obiettivo era la mia famiglia, era aiutare la mia famiglia. Anche per altri ragazzi che vengono ... io penso che tutti vengano per aiutare la famiglia"

(L., 18, Albania, Lombardia)

Da altri, traspare anche l'idea secondo cui la capacità di adattarsi, di saper guardare oltre le difficoltà del qui e dell'ora, aiuti a gestire le circostanze avverse. Una rappresentazione sintetizzata efficacemente da B.:

"E poi loro mi dicono A. tu sei stato fortunato! Anche pure quel ragazzo nella casa lui era dell'Africa, era egiziano, mi diceva A. tu sei sempre stato fortunato! Eh No! perché io so adattarmi a dove vado, hai capito? La persona che prova a adattarsi nella vita avrà sempre fortuna. Dove io vado io mi adatto subito. Per questo io ho sempre la gente accanto a me"

(B., 18, Costa d' Avorio, Piemonte)

In più circostanze la religione è emersa come rifugio e come opportunità di meditazione e sollievo individuale:

“La religione per me è al primo posto. Sì, quando sto male così, inizio a pregare, anche se non ne parlo con nessuno. Inizio a pregare, così mi rilasso, così dimentico proprio i problemi, la preghiera mi fa stare bene”

(V. 17, Albania, Lombardia)

“Perché credo in Dio. È importante credere. Perché quando c'è una cosa che non va bene per te devi spiegare a Dio come si fa questa cosa. Io lo so che non conosco Dio, ma sento che devo pregare. Dio mi aiuta per fare tutto. Dio è così!”

(N. 20, Nigeria, Lazio)

FATTORE DI SUCCESSO 3: attivazione di modelli di presa in carico culturalmente competenti basati sull'integrazione di paradigmi disciplinari transculturali/etnoclinici/etnopsichiatrici e con servizio di mediazione culturale e linguistica organica alla pratica

Secondo i professionisti che operano nelle pratiche selezionate, la presa in carico del benessere psichico e della salute mentale dei MSNA e dei giovani migranti e rifugiati non

dovrebbe prescindere dalla piena comprensione delle variabili culturali proprie dell'utenza, e dall'adattamento delle modalità di cura e degli strumenti terapeutici al retroterra culturale dell'utenza.

Sebbene non tutte le pratiche analizzate siano dichiaratamente ispirate a paradigmi disciplinari di accezione transculturale (Beneduce, 2004; Inglese, Gualtieri 2015; Altin, Sanò, 2017), nel complesso tutte mostrano un'attenzione dichiarata alla **presa in carico culturalmente**

Box 10 - le figure di supporto viste dal sondaggio U-Report somministrato ai minori e giovani migranti rifugiati

Gli elementi approfonditi nel Focus in alto trovano conferma anche nel sondaggio di opinione somministrato attraverso la piattaforma U-Report²⁷ dal quale è emerso che il 49% dei ragazzi²⁸ include tra le figure di supporto gli amici, la famiglia di origine e il personale della struttura di accoglienza. **Mentre, soltanto il 10% indica lo psicologo come una figura rilevante. La scarsa centralità dello psicologo emerge anche da un ulteriore dato emerso dal sondaggio: il 60% dei ragazzi²⁹ non ha mai incontrato uno psicologo nei luoghi che frequenta abitualmente.** La scarsa familiarità con questa figura sembra essere correlata tanto alla mancata conoscenza delle modalità di accesso ai servizi erogati dallo psicologo (25%)³⁰, quanto alla mancata conoscenza dei servizi di supporto erogati da questa figura (19%)³¹.



competente (Dell'Aversana, Bruno, 2018; Cross et al. 1989)³² e volta a indirizzare il disagio psichico dei pazienti provando a “leggere” il disturbo dall'interno della cultura d'origine anche attraverso l'ausilio di mediatori linguistici culturali:

“Per noi etnopsichiatria vuol dire essenzialmente un'attenzione alla dimensione pato-plastica delle culture, ma soprattutto la dimensione, un'attenzione, alla dimensione politica della sofferenza, che vuol dire anche riabilitare l'altro come testimone, ad esempio, non come vittima solo di violenza”

(A., psicologo, Piemonte)

Questo approccio assume tratti più marcati in alcuni interventi osservati³³ e più sfumati nelle altre pratiche:

“L'approccio occidentale è fallimentare. Non dico che può essere dannoso ma non raggiunge risultati. Io questo lo vedo perché molto spesso le persone arrivano qua

dopo un intervento ordinario e l'intervento non ha dato risultato proprio perché non è stato accolto il mondo della persona. L'aspetto fondamentale è accogliere il mondo della persona. Sì, si fa un intervento farmacologico, ma lo psichiatra deve imparare a leggere quelle che sono le modalità diverse di comunicazione per cercare di capire. La capacità professionale di ognuno di noi è capire e dotarsi di quegli strumenti che sono necessari per capire”
(G., medico psichiatra, Sicilia)

La maggioranza delle pratiche studiate fa riferimento all'approccio transculturale garantito dall'utilizzo costante della mediazione linguistico-culturale. A Roma, Sa.Mi.Fo., utilizza, ad esempio, la mediazione linguistico-culturale con approccio transculturale, al fine di agevolare e favorire l'integrazione sociale in una prospettiva volta a tutelare il diritto al benessere bio-psico-sociale di ogni individuo e l'esercizio dei diritti fondamentali, incluso quello alla salute.

In altre pratiche mappate a livello urbano³⁴, i servizi erogati fanno riferimento a modelli di intervento propri dell'etnopsicologia³⁵, mentre i progetti con copertura regionale e interregionale³⁶ presentano all'interno dello stesso progetto regionale diversi approcci alla presa in carico culturalmente competente a livello di singola azienda sanitaria locale operante su territorio regionale riconducibili a un'accezione più ampia dell'etnopsicologia o dell'approccio transculturale.

In Emilia-Romagna, per esempio, nell'ambito del progetto StartEr, sono stati riportati approcci diversi nella presa in carico clinica culturalmente competente: alcuni territori descrivono il proprio agire all'interno di modelli teorici ispirati per esempio, all'approccio etnopsichiatrico gruppale dello psicanalista Tobie Nathan³⁷, altri, invece, ricorrono a "setting clinici più tradizionali in cui è uno/a psicologo/a o psichiatra a condurre il colloquio, eventualmente affiancato dalla figura del/della mediatore/mediatrice linguistico-culturale"³⁸. A Bologna, la ASP (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) ha attivato un servizio di etnopsichiatria che offre un ambulatorio di psichiatria transculturale e fornisce valutazioni psicologiche e psichiatriche a persone immigrate, richiedenti asilo e rifugiati accolte all'interno della rete SAI metropolitana. Questo servizio è parte del Servizio Protezioni Internazionali di Bologna ed è disponibile alla valutazione clinica sia di pazienti non in carico al SSN sia di pazienti seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale di Bologna o dalla Medicina di Base³⁹.

In generale, le interviste ai professionisti individuano nella mediazione lo strumento fondamentale per la costruzione di relazioni interculturali efficaci e costruttive e infatti **tutte le pratiche selezionate includono i mediatori linguistico-culturali. Tuttavia, i profili dei mediatori attivati, i paradigmi disciplinari che ne orientano l'azione e, infine, le modalità di reclutamento e di attivazione sembrano variare di territorio in territorio così come la piena valorizzazione**

della mediazione individuata/studiata nelle pratiche mappate non è osservabile sempre e ovunque.

La letteratura e la pratica ricordano, infatti, come la mediazione resti in molte aree del Paese ancora essenzialmente circoscritta a una dimensione interlinguistica, determinata dal fatto che "i partecipanti -operatori dei servizi sociosanitari e minori migranti- parlano lingue diverse (Baraldi 2013: 67)".

Diversi professionisti hanno riconosciuto che **l'attività di mediazione erogata nelle pratiche va oltre l'interpretariato** definendo piuttosto una funzione di **"ponte tra culture e società diverse**, come tecnico e professionista della comunicazione in ambito interculturale" (Esposito, 2011: 26). Dalle consultazioni emerge che i mediatori culturali, anche quando contrattualizzati con modalità "a chiamata", sono percepiti come strutturali all'équipe delle pratiche selezionate. Questo approccio è riportato anche dagli operatori che operano in setting clinici dove, nei fatti, il mediatore più che rappresentare un soggetto terzo e di facilitazione **diventa piuttosto un soggetto attivo di una relazione a tre** (ad es. psicologo, mediatore e minorenni). Anche in questo caso la professionalità del mediatore, tratteggiata dai professionisti ascoltati, **esula dalla mera funzione di medium linguistico e include capacità di comunicazione che aiutano anche la reciproca comprensione tra culture.**

Dal punto di vista dei ragazzi, **la mediazione (quando c'è), può migliorare le relazioni tra le parti** che si confrontano, promuovendo il reciproco riconoscimento, il reciproco potenziamento e la capacità di esprimere e far valere il proprio punto di vista.

Il contesto investigato ha mostrato diversi esempi, in cui la mediazione linguistico-culturale è stata cruciale per garantire comprensione vicendevole tra le parti in causa facilitando per entrambi il riconoscimento e la comprensione delle prospettive individuali.

“Prima di stare a Bologna sono stato in Sicilia e a Napoli. A Napoli io non parlavo italiano, parlavo francese e sono diventato amico di una mediatrice culturale napoletana. Siamo rimasti amici, mi aiuta un sacco. Quando sono arrivato a Bologna io la sentivo regolarmente, mi ha fatto conoscere alcuni dei suoi amici qui. Per me lei è come una sorella più grande”

(O., 18, Camerun, Emilia-Romagna)

La letteratura e la pratica ricordano, tuttavia, che forme di etnocentrismo possono essere riprodotte anche attraverso la mediazione (Baraldi, 2013; Castiglioni, 1997; Esposito, 2011). Iniziative autonome dei mediatori, che si pongono come interlocutori privilegiati di un partecipante, isolando l'altro con **azioni di mediazione che si pongono come gatekeeper rispetto all'utenza stessa**, alimentano la dicotomia noi/voi.

Il tema della preparazione inadeguata dei mediatori emerge anche dalle parole di un altro ragazzo:

“È capitato anche ad un amico, lui parlava francese, e il mediatore traduceva cose diverse da quelle che io dicevo, loro gli hanno detto di andarsene e non mettersi in mezzo”

(M. 18, Costa d'Avorio, Piemonte)

Spesso la difficoltà di reperire un mediatore fa sì che i servizi, soprattutto quelli erogati internamente al sistema di accoglienza, **si avvalgano della mediazione svolta da connazionali non formati**:

“Mi ha aiutato una ragazza mia compaesana, quando vado in ufficio lei veniva sempre e spiegava, era brava, mi ha aiutato”

(V. 18, Albania, Lombardia)

Tuttavia, la mediazione offerta da connazionali non è sufficiente. Le **competenze linguistiche,**

relazionali e comunicative che derivano dall'esperienza migratoria e, in alcuni casi, dall'aver vissuto esperienze simili a quelle dell'utenza **non bastano a garantire un servizio di qualità e culturalmente competente.**

Il mediatore deve saper operare nel contesto in cui è chiamato ad intervenire, inclusi i setting più clinici-terapeutici, mettendo a disposizione dei servizi socio-sanitari e dell'utenza un peculiare bagaglio **di competenze psicosociali, di ascolto attivo ed empatico, abilità nel comunicare ed interagire con specifiche fasce d'età e di gestire e facilitare comunicazioni che possono veicolare contenuti emotivi intensi e disturbanti.** Nel caso in cui si operi con MSNA, il mediatore dovrebbe anche essere adeguatamente formato a lavorare con adolescenti e giovani stranieri in situazioni di vulnerabilità.

Essendo l'area della mediazione culturale un campo non codificato in modo unitario a livello nazionale, nei diversi territori sono state osservate modalità diverse di attivazione e contrattualizzazione dei mediatori, i quali, nella maggioranza dei territori studiati, sembrerebbero erogare prestazioni limitate nel tempo e in più servizi. Sebbene nella mappatura non manchino i casi di servizi pubblici che hanno provveduto a integrare stabilmente questa figura professionale nelle équipe⁴⁰, **la maggioranza dei mediatori che opera nei servizi del privato sociale lo fa sulla base di incarichi occasionali.** La precarietà contrattuale può tradursi anche in una delegittimazione dell'operato dei mediatori, che spesso alimenta frustrazioni, cui si somma quella di essere una figura di *riferimento* della comunità migrante di riferimento sollecitata dai connazionali anche al di fuori dell'orario di servizio.

Questo aspetto, nel caso della pratica Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica, ha portato all'attivazione di uno spazio di supervisione e decompressione dedicato:

“Abbiamo attivato uno spazio di decompressione, abbiamo lasciato stare i casi e abbiamo fatto raccontare i mediatori e il loro malessere che prescindeva dal lavoro di gruppo. Loro hanno una vita fuori, ma sempre, dentro la comunità, molti si rivolgono a loro perché li conoscono, e questo li mette sotto pressione”
(B., psicologo, Sicilia)

FATTORE DI SUCCESSO 4: supporto costante allo sviluppo delle competenze del sistema di accoglienza e dei servizi sociali e territoriali attraverso percorsi di formazione e campagne di sensibilizzazione

Tutte le pratiche mappate concorrono attivamente al rafforzamento della capacità del sistema di accoglienza e dei servizi sociosanitari attraverso la formazione e l'organizzazione di eventi di sensibilizzazione sul tema della salute mentale e delle migrazioni.

Questi percorsi formativi sono frequentemente indirizzati a una platea più ampia di quella degli addetti ai lavori e sono spesso disponibili nella rete internet e quindi fruibili da soggetti diversi. Alcuni percorsi di formazione sono frutto di intese con la rete SAI o con gli ordini o le associazioni di categoria (per esempio CNOP, CNOAS, Fondazione Nazionale Assistenti Sociali) che riconoscono l'erogazione di crediti formativi a seguito della partecipazione.

L'importanza della formazione, sul tema dei servizi MHPSS per minorenni migranti, torna nelle considerazioni di molti dei professionisti incontrati, i quali ne hanno riconosciuta anche la funzione autoriflessiva, descrivendola come un'occasione per ragionare sugli approcci terapeutici adottati e per confrontarsi con i soggetti della rete sulle implicazioni operative e le sfide di metodo connesse all'erogazione dei servizi.

Sul piano contenutistico i professionisti hanno rilevato l'importanza di approfondire e dare continuità alla costruzione di competenze sui temi “classici” del benessere psicosociale e della salute mentale (intervento psicosociale, psicoeducativo, clinico, ecc.), temi combinati ad approfondimenti inerenti alle diverse concezioni del sé, alle questioni cruciali poste dalla transizione all'età adulta, alla dimensione di genere e a elementi del contesto sociale, politico ed economico che caratterizzano i Paesi di provenienza dei migranti. **Nella maggioranza dei territori esaminati la formazione erogata ai professionisti ha previsto moduli formativi di antropologia medica critica e di etnopsichiatria.**

A Milano, per esempio, UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico e i soggetti con essa consorziati erogano da più di un decennio formazione in materia di clinica in situazione transculturale, psicodiagnostica, psico-traumatologia al fine di contribuire a sviluppare un modello integrato e flessibile di cura, declinato sul bisogno del paziente e sui trattamenti basati sull'evidenza. Nell'ultimo anno questa pratica **ha abbinato alla formazione una stagione di costruzione e consolidamento della rete.** Sono stati costituiti diversi tavoli di lavoro finalizzati all'individuazione di buone pratiche (con un'attenzione agli strumenti e alle procedure) e alla riflessione sui bisogni emergenti dei ragazzi al fine di progettare e organizzare azioni utili a indirizzarli. In questa ottica, oltre ad aver erogato formazione, la pratica ha contribuito al consolidamento di un linguaggio comune nei servizi che ha consentito di finalizzare diversi strumenti utili all'identificazione precoce delle vulnerabilità connesse alla salute mentale (Vedi schede delle pratiche).

Anche per Sa.Mi.Fo. a Roma, la formazione rappresenta un asse di intervento volto ad aumentare le capacità di risposta degli operatori e a costruire un sistema territoriale competente e integrato in materia di salute mentale e

migrazioni. Da più di un decennio, questa pratica eroga attività formative indirizzate agli operatori socio-sanitari e del privato sociale che vengono formati sulle vulnerabilità, sui metodi di diagnosi precoce, sulla presa in carico culturalmente orientata, sulla procedura di invio alle strutture

sanitarie territoriali. Di particolare rilievo è la formazione sulla vulnerabilità post-traumatica e il grave disagio psico-sanitario, arrivata alla decima edizione, indirizzata agli operatori della ASL, dei Centri di Accoglienza e degli Enti di tutela presenti sul territorio.



In Emilia-Romagna, il progetto StartEr 2 ha avviato una "rilevazione dei bisogni formativi del personale socio-sanitario" realizzata da una squadra multidisciplinare composta da tre antropologhe e quattro medici/dottoresse volto a identificare conoscenze, competenze,

contenuti e metodologie necessarie per la progettazione di percorsi formativi basata sui bisogni.

Il progetto I.C.A.R.E., uno dei pochi interventi che propongono un modello di intervento

MHPSS comune in quattro regioni diverse, ha promosso, nell'ambito dei percorsi pensati per accrescere le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo, una **formazione "integrata" che include le tecniche di gestione della relazione con la "diversità"**, lo sviluppo di strategie di comunicazione per i servizi sanitari e degli approfondimenti sulle procedure inerenti all'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria territoriale con particolare attenzione a donne, minori e soggetti vulnerabili.

In Puglia, l'Équipe Giada- Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII- Policlinico Bari ha avuto in affidamento dalla Regione le azioni di formazione specialistica in partenariato con CISMAL (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e Abuso all'Infanzia), dando avvio alla Formazione Specialistica Regionale sul tema della salute mentale. Destinatari del percorso sono stati gli operatori attivi all'interno delle équipes integrate multidisciplinari, attive in ogni Ambito Territoriale/Distretto sociosanitario, e gli operatori delle équipes multidisciplinari delle rete ospedaliera Giada, dei Servizi di Psicologia/Consultori sovra distrettuali dei Centri specialistici per la cura del Trauma interpersonale infantile, inclusi i referenti di NPI, DSM, SERD, i Pediatri di Libera Scelta, i servizi specializzati antiviolenza del terzo settore.

Diversi operatori hanno rilevato **l'urgenza di potenziare la formazione culturalmente orientata** rivolta ai professionisti che operano nei servizi di salute mentale pubblici. Un tema descritto così da uno psicologo:

"A monte servirebbe quasi una formazione etno-psichiatrica alla NPIA, nel senso che una delle grosse difficoltà, poi degli eventuali psichiatri e neuropsichiatri è quella di adattare la loro competenza, una componente che è tutto tranne che scontata, per cui servirebbe probabilmente una crescente formazione dei

professionisti sanitari con un'accezione che abbia a che fare con la etno-psichiatria"
(B. psicologo, Sicilia)

In Sicilia, la formazione attivata all'interno del progetto Silver, e a cui hanno partecipato anche altre pratiche mappate in questa mappatura (PENC, ASP CT, FARO), oltre ad aver rafforzato le competenze dei servizi specialistici ha avuto anche una **funzione di attivazione e rafforzamento della rete territoriale e si è rivelata utile per consolidare il modello di intervento integrato:**

"Parliamo di rete forte, coesa e attiva. Perché si è basata principalmente sulla formazione di queste persone. Gli enti hanno fatto una lunga formazione. Una formazione fatta in aula, sul campo con una supervisione. L'obiettivo è stato creare questo tipo di attività partendo con persone già formate e non con formazione in itinere. La formazione è stata basata su salute mentale, etnopsichiatria, antropologia. Fatta da persone esperte dei vari programmi di immigrazione e la cosa interessante che è venuta fuori è che queste persone ci hanno aiutato per tutto il progetto. E questa formazione è diventata una POS, una procedura operativa standard. Per cui noi diciamo: "bene vuoi fare attività sanitaria con i migranti? Prima formati, formati sul campo e poi ti attiviamo"
(C., responsabile ASP, Sicilia)

FATTORE DI SUCCESSO 5: attivazione di rete e meccanismi di coordinamento multi-stakeholder che coinvolgono sistema di accoglienza e servizi sociali e sanitari territoriali

Tutte le pratiche mappate hanno contribuito a consolidare **reti territoriali** multi-stakeholder **che hanno sperimentato negli anni modelli di intervento integrati pensati**

per l'utenza migrante. Le reti che operano nell'erogazione dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale a favore dei migranti sono state ampiamente studiate (Geraci Bordini, 2011; Tognetti Bordogna, 2013). In questo contesto, l'accoglienza dei MSNA ha rappresentato un laboratorio di innovazione programmatica in molti territori italiani (Campomori, Feraco 2018; Zanfrini 2018) dove l'esigenza di agevolare l'accesso ai servizi sociosanitari dei minorenni stranieri ha indotto l'avvio di sperimentazioni di servizi adeguati all'utenza migrante basati sul **principio di equo accesso e non discriminazione** (Campomori, 2007; Ambrosini, 2015; Geraci e Bodini, 2011). Le evidenze raccolte mostrano come alcune di queste sperimentazioni innovative abbiano trovato espressione, in particolare, nella capacità di "co-costruire" modelli di interventi integrati più che nel sanare la consolidata difficoltà di dialogo tra sistema di accoglienza, servizi sociali e servizi sanitari.

Progettazione partecipata (Maino, Ferrera, 2015), **co-produzione dei servizi** (Osborne et al., 2008; Pestoff e Brandsen 2012), **welfare ibrido** (Bertin, Pantalone, 2018) sono alcune delle accezioni usate in letteratura per identificare questa peculiare modalità del fare rete dei servizi sociali e sanitari, in cui soggetti pubblici e del privato sociale hanno costruito e consolidato reti includendo progressivamente anche i soggetti che operano nel sistema di accoglienza istituzionale. "Fondamentale", "necessaria", "inevitabile". Dal punto di vista dei professionisti consultati, la rete, in tutte le pratiche mappate, emerge come la modalità operativa ineludibile per fronteggiare limiti e criticità del sistema e offrire un intervento sinergico e tempestivo.

"Il nostro modello è reso virtuoso dalla rete. il fatto di essere stati presenti sul territorio in tutti questi anni ha dato possibilità di costruire relazioni con tutte le associazioni, o agenti che si occupano di immigrazione sul territorio per cui abbiamo possibilità di intervenire quasi in tempo

reale quando ci sono problematiche. Diciamo che da noi il tempo di attesa di una visita avviene anche intorno a un giorno. Se si procrastina va avanti al massimo una settimana"
(M., dirigente medico, Sicilia)

Considerazioni analoghe a quelle di un operatore torinese e uno psicologo milanese:

"La rete alla quale ci interfacciamo è enorme. Nel senso che comprende veramente tantissime realtà differenti che vanno dalle scuole, alle agenzie formative, a come dire, alle associazioni che operano sul territorio e che offrono spazi sia formativi che ricreativi. E alle società sportive, a tutte quelle agenzie che hanno a che fare con la produzione di un qualcosa di necessario, ai progetti dei ragazzi in centro per l'impiego..."
(C., educatore, Piemonte)

"Allora, cosa funziona? Io ti direi la rete, nel senso che soprattutto in una città come Milano che è una città con tanti stimoli, in generale, con tante persone, con tante situazioni, se non c'è una rete che fa squadra, veramente, io penso che non si arrivi da nessuna parte. E tante volte è capitato, che i progetti, anche complicati, si risolvono perché ognuno fa il suo pezzo e lo fa professionalmente. Lo fa bene, quindi vuol dire l'assistente sociale che fa l'assistente sociale, vuol dire la comunità che fa la comunità, vuol dire l'uomo che fa l'uomo"
(D., psicologo, Lombardia)

Visione che torna anche nell'approccio di Sa.Mi. Fo., pratica mappata a Roma, che identifica il proprio modello di lavoro nel "governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati" (Vercillo, Santone 2018: 71).

Ma come nascono le reti? Come funzionano? Quali sono le sfide che esse indirizzano?

Le reti attivate dalle pratiche osservate nella mappatura consentono alcune considerazioni. La prima è che, complessivamente, esse si sono definite e sviluppate in sintonia con l'evoluzione delle politiche sociali nazionali e locali. **Per questa ragione molte di queste iniziative risultano complementari al sistema sociosanitario vigente e condizionate o vincolate dalle criticità proprie delle politiche sociali e sanitarie di livello regionale e locale.**

La seconda è che, in alcuni dei territori studiati, **l'avvio di forme di cooperazione strutturata tra pubblico e privato sociale si deve all'iniziativa, al coinvolgimento e in taluni casi alla iper-responsabilizzazione del privato sociale**, che, secondo alcuni dei professionisti ascoltati, avrebbe di fatto integrato i servizi delle istituzioni pubbliche, fornendo inizialmente risorse e professionisti dedicati al supporto psicosociale dei migranti, per poi assumere nel tempo anche una funzione di "gruppo di pressione" decisivo nella rivendicazione e, talvolta, nell'ottenimento di diritti nell'area socio-sanitaria (Ambrosini, 2014). Questo aspetto è particolarmente evidente nel caso del Centro Frantz Fanon di Torino e del Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica di Palermo che hanno agito, soprattutto all'inizio dei loro percorsi, in complementarità a un servizio pubblico non pronto o non sufficientemente equipaggiato a fronteggiare i bisogni specifici dell'utenza migrante. Infatti, se si considera il ruolo giocato da queste due associazioni nei processi di presa in carico delle vulnerabilità minori stranieri fuori dai circuiti di accoglienza istituzionali, si osserverà quanto in questa logica di intervento i soggetti del privato sociale siano di fatto divenuti partner "necessari" di enti pubblici che per mandato istituzionale e risorse (umane e finanziarie) non hanno potuto o non sono riusciti ad intervenire.

La terza considerazione è che la combinazione tra politiche pubbliche sociosanitarie fortemente integrate (come nel caso della regione Emilia-

Romagna e della Puglia) e la crescente disponibilità di finanziamenti derivanti dalla programmazione comunitaria hanno favorito il consolidamento e la diffusione territoriale dell'approccio di rete come modello di intervento unitario. Per esempio, nel caso specifico degli interventi di area MHPSS, la programmazione FAMI 2014-2020⁴¹ ha finanziato, in tutte le regioni esaminate, interventi (in taluni casi preesistenti) basati su criteri di azione analoghi, e in cui l'intera logica di finanziamento è stata caratterizzata da un approccio teso ad attivare o consolidare gli interventi in rete, a vantaggio dei processi di presa in carico integrata e della sinergia multi-stakeholder. In alcuni territori (Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte) la rete è stata funzionale anche ad attivare connessioni e collaborazioni più orientate alla sensibilizzazione e alla crescita di consapevolezza circa il tema della salute mentale nel contesto delle migrazioni. Nel Lazio, Sa.Mi.Fo., per esempio, è stato uno dei soggetti che con la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e il Gruppo Regionale Migrazione e Salute (GRIS) ha svolto un ruolo di primo piano nelle mobilitazioni per l'accesso ai servizi MHPSS, strutturando quella che è stata definita una "rete necessaria" (Geraci e Bodini, 2011: 148).

Non sempre, tuttavia, le prassi di collaborazione connesse alla presa in carico integrata poggiano su Procedure Operative Standard (POS) e protocolli di collaborazione. L'istituzionalizzazione delle relazioni di rete, attraverso protocolli specifici e modalità di coordinamento strutturate, è stata osservata soltanto in pochi casi di scala urbana (Milano, Bologna), mentre in altri casi (Sicilia) anche quando sono state riportate procedure operative standard e protocolli di intesa derivanti da progetti di scala regionale non sono state trovate evidenze circa la loro effettiva applicazione:

"La nostra rete è di tipo informale. Quando si parla di rete sul territorio molto spesso

il concetto di rete è collegata al concetto di bando, ok? per cui la rete è una roba necessaria per accumulare figure per partecipare a un bando, per offrire servizi, eccetera eccetera”

(D., coordinatore di struttura, Emilia-Romagna)

Quanto detto da questo professionista fa luce su un dato non secondario: **molte reti pubblico-privato si attivano in sinergia per fare richiesta di fondi europei (come i fondi FAMI) o per partecipare a bandi di donatori privati. Se da un lato questo aspetto conferma il protagonismo delle iniziative di tipo bottom-up, con cui a livello locale si cerca di garantire continuità a interventi spesso già avviati e per i quali le risorse a disposizione sono limitate, dall'altro, questo approccio pone interrogativi circa la sostenibilità di lunga durata di queste iniziative.**

Nella lettura di una degli esperti consultati il successo di una rete non dovrebbe prescindere dalla responsabilizzazione degli attori istituzionali del sistema di accoglienza, tra cui le Prefetture, che sono chiamati a giocare

un ruolo di regia e di sapiente pianificazione strategica:

“Non è che non ci non sia mai successo niente, diciamo sul territorio. Evidentemente ci sono in Italia alcune esperienze estremamente positive e i cardini di queste esperienze positive, io direi che sono sostanzialmente due. Il primo sono i progetti di accoglienza integrata SAI, sì nel senso, che laddove l'ente pubblico titolare dei servizi ha un effettivo protagonismo nella gestione di servizi stessi, è chiaro che è nella posizione anche di sollecitare e favorire una un'interazione, di tutte le componenti del servizio pubblico. L'altro polo sono le prefetture. Le prefetture, evidentemente, hanno il mandato, e alcune chiaramente lo fanno attraverso i vari strumenti di governance che hanno a disposizione, incluso il Consiglio territoriale per l'immigrazione, di gestire, favorire interazioni e anche di sollecitare protocolli. E a dare quel quell'elemento di regia territoriale che chiaramente i singoli capitolati e non riescono a dare”

(F., ricercatrice, Lazio)



© UNICEF/UN0489158/Erasmus Fenoy

Box 11 - Il coordinamento dei meccanismi di invio propri della presa in carico integrata

Tra gli obiettivi operativi delle reti attivate dalle pratiche vi è quello di favorire i meccanismi di identificazione, invio e presa in carico propri della presa in carico integrata.

In tutti i territori osservati, le pratiche mappate, le comunità di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari erogano prestazioni che fanno parte della procedura di presa in carico integrata prevista dal quadro regolatorio (vedi cap. 3). In questo quadro, ogni attore gioca, in base al proprio specifico mandato, un ruolo determinante nel garantire il processo complesso di identificazione, invio e presa in carico della sofferenza psichica e del disagio mentale osservato.

In tutti i territori osservati, in conformità al quadro normativo vigente, l'identificazione preliminare e la segnalazione di forme visibili o presunte di segnali di sofferenza psichica o disagio mentale spetta in prima battuta agli operatori delle comunità di accoglienza, i quali comunicano ai servizi sociali del comune i casi di fragilità osservata al fine di identificare insieme al minore e con il coinvolgimento del tutore volontario l'intervento di cura più adeguato da attivare.

Gli operatori delle comunità di accoglienza e i servizi sociali del comune hanno quindi un ruolo cruciale nel garantire la regia della presa in carico integrata dei MSNA. Spetta infatti alla comunità di accoglienza e ai servizi sociali locali l'individuazione precoce degli indicatori di rischio e l'invio tempestivo ai servizi di supporto psicosociale e salute mentale competenti.

In casi di sofferenza psichica lieve l'intervento si circoscrive perlopiù ad attività di supporto psicosociale e psicoeducativo erogate dagli operatori delle comunità di accoglienza (che possono attivare servizi esterni presenti sul territorio come quelli forniti dalle pratiche) all'interno della comunità di accoglienza o nell'ambito di progetti attivati sul territorio. Molte pratiche, per esempio, sono regolarmente coinvolte sin dall'inizio della presa in carico in interventi di contenimento e rafforzamento basati sull'interpretazione delle storie di vita, e delle esperienze traumatiche e volti a favorire l'individuazione precoce della sofferenza psichica.

In caso di sofferenza psichica acuta e di disagio mentale spetta ai servizi sociali dell'ente locale competente, a seguito della segnalazione da parte della comunità di accoglienza, richiedere una presa in carico da parte dei servizi specialistici di salute mentale in sinergia con il SSN.

I meccanismi di coordinamento che regolano la presa in carico della vulnerabilità psichica e del disagio mentale tra comunità di accoglienza, servizi sociali e servizi esterni appaiono, tuttavia, fortemente eterogenei. Nella maggior parte dei casi la regia del coordinamento della presa in carico è affidata al servizio sociale che, in sinergia con le équipes delle comunità di accoglienza, analizza e valuta l'intervento da erogare per i singoli casi e il meccanismo di invio da attivare. In altri casi, come rilevato a Milano e a Bologna, il meccanismo di coordinamento assume tratti più proceduralizzati e sinergici si gioca all'interno di tavoli di lavoro promossi dagli enti locali e che coinvolgono i servizi di salute mentale e tutti gli attori della rete con l'obiettivo

di discutere i singoli casi. Malgrado ciò, non in tutti i territori le NPIA risultano parte integrante di questo meccanismo, così come non risultano parte dei meccanismi di coordinamento le comunità terapeutiche. Un tema evidenziato da Codici che rileva: “Queste strutture non riescono a collocarsi nel panorama delle possibilità e l’accesso risulta mediamente poco probabile a causa della difficoltà di diagnosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Anche laddove questo avvenga non è scontato che ci sia disponibilità da parte delle strutture” (Codici 2020: 10).

Tra le varie pratiche studiate è di rilievo il meccanismo di coordinamento multiprofessionale e interistituzionale per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichiatrici, attivato a Milano dal 2009 dall’Équipe Migranti della UONPIA del Policlinico di Milano insieme al Comune di Milano, alle comunità socioeducative con esso convenzionate, ATS Città Metropolitana, i servizi del terzo settore e altri servizi coinvolti nell’accoglienza e integrazione dei MSNA.

Questo modello presenta molteplici livelli organizzativi, gestionali e di responsabilità declinati tra i vari attori responsabili dei MSNA. Questa modalità valorizza tutti i soggetti presenti sul territorio, favorendo la partecipazione del Servizio Sanitario Nazionale sin dall’inizio del percorso di presa in carico.

MODELLO DI PRESA IN CARICO

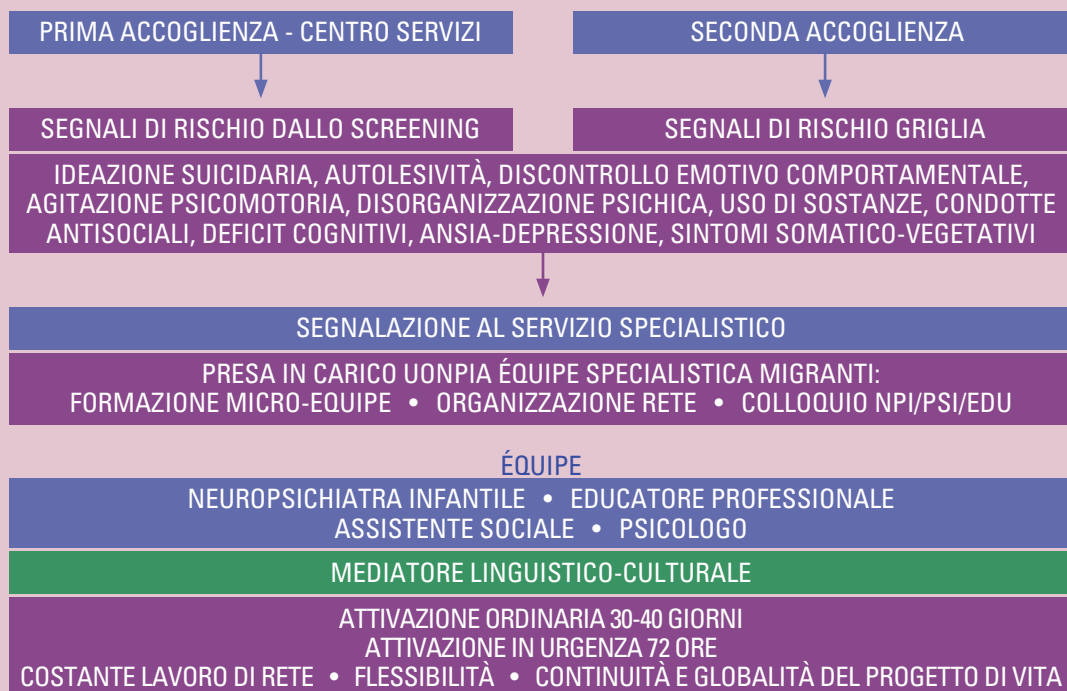


Immagine: Il modello di presa in carico interistituzionale e multiprofessionale promosso dall’Équipe Migranti della UONPIA del Policlinico di Milano. (Fonte S. Trezzi, B. Dal Lago, R. Mazzoni, 2020. Un approccio integrato psico-socio-sanitario di presa in carico per i minori stranieri non accompagnati, https://www.codiciricerche.it/codici-uploads/2020/10/Quaderno-della-ricerca-Febbraio-2021_compressed.pdf)

5.2 Le sfide aperte

La ricerca e il confronto avuto durante il workshop di consultazione con i referenti delle pratiche hanno anche identificato la **persistenza di alcune fragilità** che caratterizzano l'erogazione dei servizi MHPSS e l'accesso ad essi da parte dei MSNA e dei giovani migranti e rifugiati.

Queste problematiche sono state discusse e concordemente sintetizzate in quattro aree:

- 1. coordinamento tra sistema d'accoglienza e servizi MHPSS**
- 2. servizi di salute mentale pubblici non sempre adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante**
- 3. meccanismi di individuazione, invio e presa in carico del sistema MHPSS**
- 4. partecipazione dei MSNA ai processi di cura che li riguardano**

AREA 1: COORDINAMENTO TRA SISTEMA D'ACCOGLIENZA E SERVIZI MHPSS

Nonostante la centralità che il sistema normativo vigente riserva alla promozione e la tutela del benessere psicosociale dei MSNA all'interno del sistema di accoglienza (vedi. cap. 1), ad oggi l'erogazione degli interventi MHPSS non ha uno spazio chiaramente definito e codificato all'interno del sistema di accoglienza e in particolare in quello di prima accoglienza. Sebbene i servizi di supporto psicosociale siano previsti sia in prima che secondo accoglienza, essi, infatti, risultano nel complesso scarsamente integrati nell'insieme delle attività erogate dai centri di accoglienza, e meno profilati per obiettivi, metodi di intervento e profili professionali attivati, rispetto agli altri servizi minimi da garantire (per esempio insegnamento della

lingua italiana, orientamento e accesso ai servizi del territorio assistenza sanitaria, formazione e riqualificazione professionale orientamento legale, orientamento e accompagnamento legale, orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo, ecc.)⁴².

Questa configurazione induce il sistema d'accoglienza **a demandare all'esterno l'erogazione dei servizi di supporto psicosociale a favore di interventi interni più profilati sul versante educativo e di formazione occupazionale**. Questa visione limitata del ruolo giocato dal supporto psicosociale all'interno del sistema di accoglienza emerge con chiarezza/nettamente nella testimonianza di M.:

*“Tendenzialmente la parte più psicologica, tendiamo a farla fuori. Cioè, nel senso, i nostri psicologi, di base sono educatori. La prima cosa quasi che gli viene detto è di dimenticarsi di essere psicologi. Poi non tutti lo fanno benissimo, però, cioè, l'obiettivo è che se fai l'educatore, fai l'educatore. Lo psicologo c'è **se il ragazzino ha dei problemi**. Abbiamo una psicologa interna al quale noi ci possiamo, come dire? Chiamiamo e diciamo: guarda, c'è il ragazzino che ha bisogno di un consulto psicologico. E poi c'è tutta una rete, diciamo di assistenza”*
(M. coordinatore di struttura, Lombardia)

La limitata valorizzazione degli operatori dei centri di accoglienza e, nello specifico degli educatori, nel disegno e nell'erogazione degli interventi psicosociali fa sì che l'accesso ai servizi MHPSS esterni da parte dell'utenza resti strutturalmente mediato dagli operatori dei centri di accoglienza che, spesso, operano come vero e proprio *gatekeeper* tra sistema di accoglienza e servizi MHPSS esterni.

Il protagonismo dei centri di accoglienza nell'attivazione della presa in carico

psicosociale ha una valenza duplice. Da un lato, nei casi virtuosi, esso consente di identificare preliminarmente situazioni di vulnerabilità in modo tempestivo e direttamente in struttura ed erogare conseguentemente servizi preventivi di supporto direttamente nel luogo in cui il minore vive e si relaziona ai pari. Dall'altro, nei casi meno virtuosi, esso affida la regia dell'intervento di supporto psicosociale nelle mani di una équipe che non sempre ha la capacità di interagire sinergicamente con i servizi esterni a causa di personale non sempre formato ad hoc, o a causa dei mancati meccanismi di coordinamento volti a regolare l'interazione con i servizi esterni.

Inoltre, collegamenti disfunzionali tra operatori dell'accoglienza e sistema dei servizi MHPSS esterni, possono determinare un ritardo nell'attivazione degli interventi di prevenzione del disagio e di sostegno in situazioni di sofferenza psicologica.

I ragazzi e le ragazze ascoltati durante la ricerca hanno, per esempio, fatto riferimento alla mancata presa in carico della loro sofferenza psichica nella fase della loro permanenza nelle strutture di prima accoglienza e di quelle di quarantena. Alcuni di essi, già provati dal percorso migratorio e dal durissimo trattenimento in Libia o dalle privazioni vissute lungo la rotta balcanica, hanno trascorso lunghi **periodi presso i centri di prima accoglienza, senza vedere riconosciuto e indirizzato il proprio bisogno di supporto psicologico/emotivo e senza ricevere informazioni chiare sui propri diritti, sui servizi disponibili all'esterno dei centri di accoglienza e sulle tutele previste.**

*"- Io sono arrivato durante la pandemia. E sono arrivato in Sicilia dove sono stato messo in una struttura quarantena. Sono stato lì due mesi. In Sicilia non c'erano dei posti. **Gli operatori di questo centro***

mi hanno dato un'altra esperienza. Non erano bravi. Non mi hanno dati informazioni. Non sapevo quanto tempo dovevo stare lì.

- Deve essere stato difficile per te

- Sì, lo è stato"

(F. 16, Guinea)

Lo stato di disagio, ansia e frustrazione, generato da questa situazione di "sospensione" (Sayad, 2002), rilevata in alcuni casi anche nella seconda accoglienza, **avrebbe potuto essere mitigato con un intervento di supporto psicosociale qualificato erogato tempestivamente in sinergia con i servizi MHPSS esistenti a livello territoriale.**

Nonostante i centri di accoglienza siano un luogo cruciale in cui rilevare in modo continuativo il bisogno di sostegno psicosociale, specializzato e no, il coinvolgimento dei servizi esterni, soprattutto quelli specializzati, avviene quasi sempre e soltanto come risposta emergenziale a seguito dell'acutizzazione di una sofferenza psichica, non risolvibile dalle strutture di accoglienza.

Allo stesso modo, risultano essere episodiche, non strutturate e non adeguatamente finanziate le iniziative di outreach⁴³ di questo tipo di servizi all'interno del sistema di accoglienza.

"Nell'ultimo e nell'ultimo tavolo (di coordinamento municipale), la richiesta che un po' tutte le comunità hanno fatto è stata quella di implementare ancora di più questa collaborazione (con i servizi di salute mentale).

Perché? Perché soprattutto nell'ultimo anno, ripeto, cioè stanno aumentando sempre di più i casi con fragilità. Stanno aumentando i casi che scompensano. Stanno aumentando, come dire, le difficoltà nelle gestioni dei gruppi e quindi un po' la richiesta che facevamo era quella di, come dire, di stare meno dentro il loro ufficio, di uscire più, come dire anche di

stare nelle comunità”
(P., Educatrice, Lombardia)

Occorre quindi riflettere, come evidenziato da un report prodotto da una delle pratiche mappate (FARO, Sicilia), sulla necessaria qualificazione del lavoro degli educatori:

“Ciò non significa trasformare gli educatori in psicologi, né, tantomeno, significa psicologizzare il problema; significa qualificare le competenze che sono già presenti nella strumentazione degli educatori perché sono state acquisite nella formazione di base, e soprattutto con l’esperienza, venendo per questa via a costituire un bagaglio di sapere empirico ricco e prezioso. Queste maggiori competenze si tradurranno in una migliore capacità educativa di accogliere, comprendere e prendersi cura, in qualità di educatori, della sofferenza psichica che i traumi subiti hanno lasciato nell’animo di questi ragazzi. Inoltre, educatori così formati, saranno in grado con affidabile accuratezza di individuare quei ragazzi così profondamente turbati, o feriti, per i quali la disponibilità e l’accudimento fornito dagli educatori non è più sufficiente, ma risulterà necessario un lavoro specialistico”
(Terre des Hommes, 2016: 29)

AREA 2: SERVIZI DI SALUTE MENTALE PUBBLICI NON SEMPRE ADEGUATI ALL’UTENZA MINORILE E GIOVANILE MIGRANTE

La qualità elevata dei servizi di salute mentale specialistici erogati da alcune delle pratiche studiate non è rappresentativo dello stato dei servizi di salute mentale a livello nazionale. In tutti i territori sono state riportate criticità rispetto all’**accesso alle NPIA e ai CSM**, in particolare per quanto riguarda il coordinamento tra i centri di accoglienza e i servizi specialistici, i **tempi di attesa** necessari per la presa in carico,



lo scarso coordinamento tra NPIA per minori e CSM per adulti, la **carezza/insufficienza di mediatori linguistico culturali** e il mancato consolidamento di modelli di intervento ispirati alla presa in carico culturalmente competente:

“Non esiste, invece, né per noi né più in generale, una reale convenzione, per esempio con la NPIA, a cui è veramente difficile accedere. Quindi, nei casi in cui si manifestino, situazioni di questo tipo è un lavoro come dire che le varie realtà operano in maniera un po' individuale, quindi cercando contatto con la neuropsichiatria con supporto sicuramente dell'ufficio minori, ma senza che ci sia ancora una procedura e una prassi avviata. È sicuramente uno dei temi su cui si sta lavorando negli ultimi anni, anche alla luce del fatto che i ragazzi sempre di più manifestano esigenze che vanno in questo tipo di direzione, per cui è un tema molto, molto centrale. Al momento la presa in carico neuropsichiatrica dipende dall'abilità del singolo servizio e da quanto l'ASL, in questo caso abbia disponibilità ad accogliere”
(M., operatore, Piemonte)

“Per quanto riguarda i minori con la neuropsichiatria non c'è quasi nessun tipo di contatto. La neuropsichiatria lavora per conto suo e noi in genere non riusciamo a fare degli invii alla neuropsichiatria proprio perché gli invii alla neuropsichiatria arrivano per tutto altro canale. Attraverso il servizio sanitario nazionale, molti invii arrivano dal tribunale dei minori. Però loro hanno un funzionamento a sé stante quindi è difficile essere noi invianti loro”
(B., psicologo, Sicilia)

Nel complesso, al netto di alcune eccezioni, tra cui quelle riportate in questa mappatura, i professionisti ascoltati considerano **i servizi di salute mentale pubblica non sempre adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante, e carenti nelle competenze in materia di adolescenza e transizione all'età adulta**. In particolare la capacità di lettura e di presa in carico della condizione di trauma complesso e della natura multidimensionale dello stato di precarietà e marginalizzazione della persona migrante è stato giudicato spesso scarsamente efficace.

Box 12 - I servizi di salute mentale pubblici visti dalla ricerca quantitativa⁴⁴

Box- Capacità dei servizi MHPSS di identificare e supportare le esigenze specifiche dei MSNA e dei giovani migranti e rifugiati

Alla domanda “Nella sua Regione i servizi di supporto psico-sociale e salute mentale sono in grado di identificare e supportare efficacemente le esigenze specifiche dei gruppi vulnerabili e nello specifico dei minori, adolescenti e giovani adulti migranti e rifugiati? Il **67.74% dei professionisti intervistati ha risposto “Raramente”**

Alla domanda “**Nella sua Regione esistono servizi NPIA e DSM per le urgenze/emergenze psichiatriche in età evolutiva in cui esiste un'attività clinica dedicata ai minori, adolescenti e giovani adulti migranti e rifugiati?**” Il **53.23% dei professionisti operanti nell'area MHPSS intervistati, perlopiù educatori, psicologi e psicoterapeuti risponde di non saperlo**. Il 19.35% ritiene invece che queste strutture non siano presenti sui territori di indagine.



Le evidenze di ricerca evidenziano inoltre, un sistema MHPSS in ritardo rispetto al consolidamento di un modello di intervento unitario autenticamente basato sul continuum di cure proprio dell'approccio integrato MHPSS. I servizi di supporto psicosociale e quelli di salute mentale restano ad oggi mal collegati e spesso il *continuum* di cure trova un blocco nell'accesso ai servizi di salute mentale specializzati che faticano, ovunque in Italia, a garantire risposte tempestive e mirate ai minori migranti con disagio psicologico e disturbi psichiatrici (CRC, 2020)⁴⁵. **L'insufficiente disponibilità di risorse** (professionali e di dotazione finanziaria) e la "crescita significativa della domanda di supporto specialistico da parte delle comunità di accoglienza" (S., psicologa, Lombardia) hanno ulteriormente sollecitato la pressione sui servizi pubblici di salute mentale che nel complesso appaiono scarsamente equipaggiati a

fronteggiare le sfide specifiche poste dall'utenza minorile migrante.

Ciò implica la necessità di una risposta duplice, che preveda da una parte il miglioramento quantitativo e qualitativo dei servizi specializzati disponibili per far fronte a un bisogno che rimane largamente disatteso; dall'altra -anche nell'ottica di una maggior efficacia dei costi di cura- che preveda il potenziamento dei programmi di supporto psicosociale, al fine di rafforzare le risorse individuali e il benessere psicosociale e contrastare il deterioramento dello stato psicologico e l'acutizzazione della sofferenza frequentemente osservati nel sistema di accoglienza.

Inoltre, la scarsità di servizi adeguati e la disomogeneità territoriale, che caratterizza l'erogazione dei servizi di salute mentale specializzati per questa tipologia di utenza,

amplificano le disuguaglianze che i migranti e rifugiati si trovano a fronteggiare durante il percorso di accoglienza.

Tempi di attesa lunghi per la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale, presenza non strutturale dei mediatori culturali in organico, determinano, per di più, un ulteriore aggravio di responsabilità per il sistema di accoglienza che in modo crescente si trova a dover gestire casi di profonda sofferenza e malessere, a volte manifestate attraverso vere e proprie crisi e scompensi psicologici, senza essere adeguatamente equipaggiato o facendo ricorso a servizi di emergenza quale il pronto soccorso.

I servizi di NPIA specializzati negli interventi a favore dell'utenza minorile migrante restano prassi episodiche e circoscritte ad alcuni territori di intervento e pochi altri territori restituiti da questa mappatura. Spesso, il passaggio alla maggiore età, e il relativo passaggio di presa in carico al CSM, avviene senza che via sia un adeguato trasferimento delle informazioni volto a garantire la continuità terapeutico-assistenziale.

Gli esperti ascoltati hanno anche hanno stigmatizzato **i processi di precarizzazione occupazionale e di turn over delle risorse che determinano importanti ricadute su consolidamenti delle équipes e sulla mancata standardizzazione degli strumenti di lavoro.**

Da ultimo, come testimoniato nell'estratto in basso, occorre segnalare l'inadeguatezza dell'attuale sistema di salute mentale pubblica alle specificità socio-demografica dell'utenza minorile migrante, popolazione perlopiù formata da ragazzi a ridosso della maggiore età e dunque in bilico tra i servizi erogati dalle NPIA per i minorenni e quelli erogati dai CSM per adulti. La ricerca ha rilevato come spesso la transizione all'età adulta coincida, nei fatti, con una sospensione del percorso terapeutico dovuto di solito allo scarso coordinamento tra i professionisti operanti nella NPIA e nel DSM.

"E anche lì, difficilissimo fare qualcosa. Difficilissimo, perché la neuropsichiatria infantile ha tempi di presa in carico molto lunghi e generalmente non prende in carico ragazzi così grandi. Da una parte la psichiatria adulti non prende in carico minori. Ci dovrebbe essere più continuità tra la neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti. Ossia o decidiamo che la neuropsichiatria infantile li segue fino ai 19, 20, oppure la psichiatria adulti, cosa che a me sembra più ragionevole, li prende dai 16"

(M. psicologo, Lombardia)

AREA 3: MECCANISMI DI INDIVIDUAZIONE, INVIO E PRESA IN CARICO DEL BISOGNO DI SUPPORTO PSICOSOCIALE E SALUTE MENTALE

I meccanismi di individuazione, invio e presa in carico che governano, o dovrebbero governare l'erogazione dei servizi MHPSS, durante l'intero percorso di accesso e inclusione in Italia, e dunque dall'accesso sul territorio alla prima accoglienza, da questa alla seconda, e dalla comunità di accoglienza alla rete di servizi territoriali, presentano delle difficoltà emerse dalla ricerca e discusse durante il workshop di consultazione con i referenti delle pratiche.

In quasi tutti territori esaminati i meccanismi di coordinamento che dovrebbero sovrintendere l'individuazione, e l'invio del minorenni dalle comunità di accoglienza ai servizi MHPSS esterni sono apparsi poco consolidati e frammentari. Dove rilevati, sono apparsi circoscritti a livello urbano o di singola azienda sanitaria locale e non sempre noti a tutti i soggetti che operano nella rete della presa in carico integrata.

Gli operatori delle équipes multidisciplinari dei centri di accoglienza rappresentano la prima antenna di rilevazione dei bisogni dei minorenni. È dunque di loro competenza

l'attivazione del complesso processo di individuazione delle vulnerabilità psicosociali e di avviamento delle prime azioni protettive e preventive da erogare in sinergia con la rete degli attori del terzo settore che operano nel territorio. Così come, spetta a loro, in sinergia con i servizi sociali, l'invio dei minorenni a enti esterni che erogano servizi specializzati in caso di bisogno.

"Con i ragazzi abbiamo continui colloqui e monitoraggi: loro sono suddivisi, attenzionati e monitorati quotidianamente. Noi siamo sempre qua. C'è sempre un collega presente, se c'è un bisogno viene condiviso con tutta l'équipe"
(G., educatore, Sicilia)

Operativamente, questi passaggi si declinano in un sistema di coordinamento territoriale diretto dal centro di accoglienza, che coinvolge tutti gli attori a diverso titolo coinvolti nel processo di supporto psicosociale e in particolare, i servizi sociali del Comune, i soggetti che erogano i servizi MHPSS sul territorio (incluse, ad esempio, le pratiche selezionate), l'azienda sanitaria locale⁴⁶.

Il processo di individuazione, invio e presa in carico viene riportato all'interno della cartella personale/cartella sociale nella sezione dedicata all'osservazione del minorenne (che contiene le relazioni psicosociali e legale) e agli interventi eseguiti dalle équipe a seguito di consultazione interna. Sebbene dagli operatori intervistati non sia emerso un esplicito riferimento all'utilizzo della cartella sociale prevista dalla L. 47/2017, tutti hanno riportato l'utilizzo di una cartella personale/PEI contenente tutte le informazioni rilevate dai diversi operatori che hanno interagito, informato e dialogato con il/la minorenne. Analogamente, in tutti i centri è stato fatto riferimento alla rilevanza della relazione finale multidisciplinare contenente dettagli circa il percorso e gli interventi avviati e quelli che dovranno essere proseguiti o avviati nel corso dell'accoglienza.

Le parole di un operatore milanese restituiscono un'istantanea di questo processo:

"Ok, ieri diciamo che ce n'è stata una buona (azione di coordinamento). Se penso a D., un ragazzo che è entrato quando abbiamo aperto, che però prima era dentro un'altra comunità. Era un ragazzo che quando è arrivato da noi è stato preso in carico a UONPIA perché era un ragazzo aggressivo, non riusciva a gestire l'aggressività ma ha fatto tutto un lavoro con UONPIA. Abbiamo fatto anche un lavoro col CELAV che è l'ente del Comune di Milano che ci aiuta a trovare il lavoro. Fuori ha fatto una borsa lavoro presso il Comune di Milano come macellaio che è andata molto bene, e adesso è assunto, lo abbiamo anche iscritto a boxe. D. non spacca più la testa alla gente, quando la incontra... diciamo. E anche in comunità -nonostante sia uno che ovviamente ha ancora un po', come dire, ha bisogno di tante attenzioni- è uno che, come dire, ha fatto il suo percorso ed ha fatto bene dall'inizio alla fine. Adesso in previsione ci sarà uno spostamento in una casa neomaggiorenni. Dopodiché devo dirti che è più un'eccezione che una regola"
(C., educatore, Lombardia)

Il felice epilogo della presa in carico di D., "più eccezione che regola", fa luce sulla sfida principale che grava sul sistema MHPSS: quella di dotarsi di meccanismi di coordinamento che regolino l'erogazione del complesso set di servizi psico-socio-sanitari internamente ed esternamente al sistema di accoglienza.

Ad oggi, il sistema appare avvitato su una modalità di coordinamento tra sistema di accoglienza e servizi di supporto psicosociale e salute mentale esterni profilata dall'emergenza e dalla necessità, e lontana da una proceduralizzazione compiuta:

"Noi facciamo interventi mirati basati su emergenza e necessità, non abbiamo un

modello unico”
(F., educatore, Sicilia)

In tutti i territori analizzati, l’attivazione dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale pubblici o del privato sociale da parte della comunità di accoglienza è stata riportata come un processo che funziona soprattutto grazie all’attivazione di contatti, relazioni e risorse individuali:

*“Ogni singola realtà mette in campo delle proprie risorse eventuali. Certo, con la condivisione eventuale con l’Ufficio minori, assolutamente, **ma manca completamente la parte di costruzione e di prassi e di procedura che in qualche modo sarebbe auspicabile.** Secondo me negli anni si arriverà ad averla, ma in questo momento è davvero un po’ lasciato al singolo soggetto ospitante, quando è fortunato. Certo, in sinergia con l’Ufficio minori, ma se l’Ufficio minori in quel momento è troppo preso, resta in mano al soggetto ospitante”*
(C., educatore, Piemonte)

“Guarda, è per tutti così: noi conosciamo dei medici che lavorano dentro quindi ogni tanto c’è rapporto. Altrimenti si va al pronto soccorso”
(N., psicologa, Lazio)

Sia le interlocuzioni con i professionisti che l’indagine quantitativa raccontano che spesso, i servizi di salute mentale appaiono **“impreparati ad accogliere stranieri di prima o seconda generazione”** (anonimo, survey online).

In diversi territori, così come testimoniato dalla storia riportata in basso, i servizi offerti sono stati descritti come parte di progetti a sé stanti e “non inseriti in un pensiero strategico di servizi e offerte del servizio” (anonimo, survey online), rimanendo spesso con pochi strumenti e slegati dalle reti regionali più ampie dedicate alla identificazione precoce, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione dei disturbi psicologici e neuropsichici dell’utenza migrante.

Box 13 - I servizi di salute mentale e la rete regionale di identificazione, precoce, diagnosi, cura e riabilitazione.

Alla domanda “I servizi offerti fanno parte di una rete integrata nazionale/regionale che lavora sulla identificazione precoce, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psicologici e neuropsichici dell’età evolutiva? **Il 66.13% dei professionisti intervistati ha risposto di non saperlo.**

Nei territori in cui esistono Procedure Operative Standard, Protocolli e Linee Guida volte a favorire il coordinamento tra sistema di accoglienza e mondo dei servizi sociosanitari, questi strumenti risultano attivi a livello metropolitano, poco conosciuti o non sufficientemente promossi. È questo il caso delle *“Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché*

per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale” o delle Procedure Operative Standard elaborate in Sicilia nell’ambito del progetto Silver, che pur rappresentando un punto di riferimento importante, ad oggi non risultano diffuse.

Box 14 - Esistenza di Linee Guida/Procedure Operative Standards/protocolli di intesa siglati da enti gestori dei servizi di accoglienza, Servizi Sociosanitari e Sanitari, Strutture Intermedie ed Ospedale, riguardanti la fornitura di servizi di salute mentale e supporto psico-sociale rilevanti per minori

Alla domanda: "Nella sua Regione sono disponibili delle Linee Guida/Procedure Operative Standards/protocolli di intesa siglati da enti gestori dei servizi di accoglienza, Servizi Sociosanitari e Sanitari, Strutture Intermedie ed Ospedale, riguardanti la fornitura di servizi di salute mentale e supporto psicosociale rilevanti per minori, adolescenti e giovani adulti migranti e rifugiati?"

Soltanto il 12.90% dei professionisti intervistati ha risposto positivamente. Il 16.13% ha risposto che tali meccanismi non sono presenti e il **66.13% ha dichiarato di non sapere se gli stessi sono presenti o meno.**

Anche nelle regioni dove le linee guida e le procedure standard (cfr. appendice 3) risultano esistenti, come il Lazio o la Sicilia, esse risultano sconosciute o non diffuse pubblicamente.

AREA 4: PARTECIPAZIONE DEI MSNA AI PROCESSI DI CURA CHE LI RIGUARDANO

Il diritto all'ascolto è uno dei quattro principi generali che dovrebbero guidare l'azione degli Stati e di tutti gli attori coinvolti nella protezione dei minorenni.

L'art. 12 della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) afferma il principio di partecipazione e rispetto per l'opinione del minore e dispone che tutti i bambini, le bambine, i ragazzi e le ragazze hanno il diritto di esprimere liberamente le loro opinioni ed essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenere in debita considerazione le loro opinioni.

Come rilevato da UNHCR, *"il concetto di partecipazione è utilizzato per descrivere processi continui che prevedono scambio di informazioni e dialogo, tra i/le minori e gli adulti, basati sul rispetto reciproco e nei quali i/le minori possano imparare come le proprie opinioni e quelle degli adulti vengono prese in considerazione e possano influenzare gli esiti dei processi decisionali. Intesa in tal modo, la partecipazione indica un processo in cui il coinvolgimento del/*

della minore non è transitorio, ma rappresenta il punto di inizio per un intenso scambio sullo sviluppo delle politiche, dei programmi e delle misure in tutti i contesti rilevanti per la vita dei/ delle minori stessi" (UNHCR, 2021: 52).

Ad oggi, i programmi e le misure MHPSS erogati sia all'interno che all'esterno del sistema di accoglienza presentano delle criticità che riguardano le modalità e le tempistiche con cui l'ampio spettro delle attività psicosociali erogate vengono pianificate, promosse e comunicate.

In alcuni casi osservati, i minorenni non sono stati effettivamente ed efficacemente messi nella condizione di partecipare alla scelta del percorso di supporto psicosociale più idoneo e non sempre il diritto all'ascolto ed alla partecipazione è sembrato essere garantito nelle varie fasi della presa in carico integrata. Ascolto e dialogo empatico, coinvolgimento e consultazione dei ragazzi nelle decisioni che li riguardano sono apparsi, dunque, deficitari.

La vita in comunità di accoglienza, e le regole su cui essa si struttura, può non corrispondere alle aspettative dei ragazzi, e questo, soprattutto nel

periodo adolescenziale, può attivare atteggiamenti oppositivi verso un sistema di presa in carico non sempre adeguatamente equipaggiato. Talvolta, nei centri di accoglienza si è osservato il persistere di ciò che Vacchiano descrive come “frontiera” (Vacchiano, 2011), ossia l’insieme di dispositivi concettuali che agiscono invisibilmente tra gli attori operanti nel mondo dell’accoglienza (migranti, operatori, servizi sociali e sanitari), e che si trasmettono all’utenza attraverso gli scambi e le negoziazioni che avvengono a diversi livelli tra di essi. In alcuni dei casi documentati, queste “frontiere,” hanno attivato una dinamica di confronto/scontro che ha portato alla rottura degli equilibri all’interno delle comunità di accoglienza.

“Sai però, al netto delle strutture specializzate dedicate, ci sono quasi tutte strutture che hanno un’utenza mista, rispetto alle quali, oggettivamente, ragazzi con profili traumatici significativi tanto sul fronte del ripiegamento su stati profondamente depressivi, quanto sul fronte di agiti più esplosivi, insomma, fanno saltare spesso gli equilibri di strutture dove tanti ragazzi diversi con percorsi diversi non possono convivere. Quindi un po’ di instabilità, di fibrillazione del sistema, penso che sia inevitabile da questo punto di vista” (M., psicologo, Lombardia)

L’instabilità e la fibrillazione del sistema è spesso accentuata da alcuni fattori specifici ben sintetizzati da Codici (2021):

“La sospensione della propria condizione,

le incertezze del futuro, la difficoltà a incontrare le opportunità necessarie a costruirsi un futuro desiderato, la percezione di essere estranei e non solo stranieri. Tutte le volte che abbiamo incontrato il punto di vista delle ragazze e dei ragazzi in migrazione abbiamo dovuto prendere atto che parte del problema siamo noi: le nostre politiche, i nostri servizi, le nostre culture professionali, il modo in cui costruiamo le reti e le collaborazioni”⁴⁷.

Diversa letteratura interdisciplinare (Vacchiano, 2011; Marchetti, 2016; Fontanari, 2016) ha rilevato che in certe circostanze, l’inesperienza degli operatori, la presenza discontinua dei mediatori culturali, l’attivazione tardiva dei percorsi di inclusione, la burocratizzazione dei processi di accoglienza, e il mancato supporto nell’attivazione di una rete di relazioni funzionale alla prospettiva di autonomia possono contribuire a rafforzare la discrezionalità del sistema di accoglienza (Marchetti Manocchi 2016), a scapito della valorizzazione dei percorsi individuali e delle progettualità soggettive.

Anche alcuni dei ragazzi e delle ragazze ascoltati hanno tratteggiato una relazione con il personale operante nei centri di accoglienza non sempre efficace, e in alcuni casi caratterizzata da una fragile relazione di ascolto, dalla compressione dei tempi dedicati alla relazione di cura, dall’inesperienza delle figure impiegate e dall’eccessiva burocratizzazione delle mansioni professionali assegnate agli operatori.

Storia- La vita qua mi rende arrabbiata

*“Sono arrivata dalla Libia nel 2019, a dicembre. Sono stata un anno in un CAS, e da nove mesi sono in uno Sprar. **Dalla mattina alla sera noi qui non facciamo niente, non abbiamo nessuna attività.** Nello stesso tempo ci dicono che il programma allo Sprar sono sei mesi e se hai finito i tuoi mesi devi andare via. Io ho capito che devo andare via, **ma se io***

in sei mesi non ho imparato l'italiano, non ho fatto nessuna attività, non ho imparato nulla, questi sei mesi sono buttati

(M., 20, Somalia)

L'esperienza di M. restituisce in modo eloquente le disfunzioni del tempo sospeso dell'accoglienza, ossia quel tempo marcato dalle procedure burocratiche, in cui l'assenza di attività formative, psicosociali e psicoeducative genera inerzia e frustrazione e acutizza la sofferenza psicologica.

Nella storia di M. la sofferenza sembra essersi amplificata quando le sue richieste di inserimento in attività formative vengono disattese senza alcuna spiegazione plausibile che non fosse quella generale connessa alla limitazione di alcune attività a causa della pandemia.

M. sente di stare "perdendo tempo" e questo la getta in una disperazione profonda. La sua sofferenza emotiva aumenta quando le sue richieste di supporto non vengono ascoltate, **e si trasforma in rabbia e sofferenza psicologica veicolata attraverso manifestazioni corporee.**

"La vita qua mi rende arrabbiata. Qui nessuno mi può aiutare, nessuno. Ultima è accaduta ieri. Ci hanno chiamato dicendo: avete finito il centro e dovete andare, mica fuori c'è casa di mia madre?"

(M. 20, Somalia)

Dal dialogo con M. emerge quanto nel sistema di accoglienza da lei vissuto sia assente la relazione empatica improntata sull'ascolto attivo dei bisogni e il supporto emotivo. La freddezza e la non-accoglienza percepite rispetto ai bisogni dichiarati, ulteriormente aggravata da processi decisionali riportati come gerarchici e subiti, invece di promuovere partecipazione e capacità di autodeterminazione, determina grande sconforto e disagio psicologico profondo.

M., sostenuta dalle connazionali ospiti dello stesso centro, chiede di poter occupare il tempo cucinando per sé e per le altre ragazze pietanze di loro gradimento. La richiesta viene negata perché il regolamento del centro prevede che i cibi vengano erogati da un servizio di *catering*.

Questo diniego, comprensibile su un piano normativo ma presumibilmente mal spiegato, aumenta la frustrazione di M. e delle altre ragazze che per reazione smettono di mangiare.

"Il cibo qui arriva sigillato. Io questo cibo non lo mangio. È freddo e dopo mi fa male lo stomaco. A volte ho anche mostrato il cibo e ho detto così: "prendetevelo indietro." Per un mese mi portavano il cibo e lo lasciavo lì, accumulavo per un mese. Loro hanno visto che sono andata sotto stress, che non mangiavo"

- Qualcuno ha fatto qualcosa per aiutarti?

*"Io all'inizio ho detto: io sono nuova non riesco a capire. Aiutatemi! Loro mi hanno detto questo è quello che passa il convento. Il programma è questo. Se vuoi rimani. **Gli puoi dire tutto quello che vuoi, entra da un orecchio, esce dall'altro**"*

- Come ti senti fisicamente?

"Mi sento che adesso anche se mi dai del cibo lo stomaco si è chiuso. Non ho più appetito. Siccome sono abituata alla fame adesso non riesco a mangiare. Ogni tanto mi fa male

lo stomaco”
(M. 20, Somalia).

La frustrazione vissuta da M. e dalle altre ragazze aumenta anche quando la richiesta di utilizzare un laboratorio di sartoria presente nel centro viene negata senza una spiegazione plausibile.

“Qui c’è una stanza per fare sartoria ma è chiusa e non ti danno autorizzazione ad entrare. Abbiamo chiesto perché, ho detto anche che io avevo fatto una scuola di sartoria. Si sono guardati (gli operatori): hanno detto va bene, ma poi nessuno ha dato risposta”
(N, 20, Somalia)

Un’altra ragazza, N., che non sa quanti anni ha esattamente e dice di essere partita intorno ai 16 anni, racconta di aver trascorso in Libia un anno e mezzo.

La Libia è per lei un vissuto difficile da raccontare, N. esprime l’urgenza di rimuovere i ricordi di quella lunga permanenza verosimilmente gravata da privazioni e abusi.

In Italia da poco meno di due anni, racconta di sentirsi “invisibile”, inascoltata.

“Non c’è nessuno con cui parlare qui. Nessuno ti ascolta qui. Se hai bisogno di un supporto, la risposta è ‘non ci siamo’, ‘siamo occupati’”
(N, 20 Somalia)

Per questa ragazza profondamente sofferente il tempo nel centro di accoglienza diventa un limbo che si riempie a fatica:

“Io non ho nessuno qui. Sono demoralizzata al massimo e non esco. La maggior parte del tempo non esco. Dove devo andare? Non so dove andare. Oggi non esco da qui da tre settimane, dalla fine del mese scorso.”
(N. 20, Somalia)

Il suo stato d’animo è analogo all’apatia e allo sconforto pervasivo di N.:

“Ogni tanto leggo. Cerco qualcosa da leggere. Per il resto sto seduta”
(N. 20, Somalia)

Le ragazze raccontano che, talvolta, la stasi e l’inerzia sono intermezze da diverbi con il personale del centro, che si attivano non solo per **difficoltà di comunicazione ma anche per l’inesperienza degli operatori:**

“All’inizio c’era la barriera linguistica che era molto difficile, non ci capivamo, facevamo chiamare da qualcuno, adesso riusciamo a capire ma non riusciamo a rispondere. Nel centro molti operatori sono giovani, quando si è giovani e si ha la stessa età a volte vai in scontro”
(N. 20, Somalia)

La frustrazione di non riuscire a comunicare il proprio disagio e di non vedere compresi e soddisfatti i bisogni di base, nella testimonianza di due delle ragazze ascoltate si è trasformata in rabbia non agita e silente, **compromettendo ulteriormente il loro benessere psicosociale e aumentando il rischio di una acutizzazione del disagio psicologico:**

“A volte ti viene proprio la voglia di alzare le mani. Noi siamo zitte perché vediamo i nostri bisogni ma non possiamo fare niente e così ritorniamo indietro e andiamo in camera”
(M. 20)

“A volte ti viene di dare un pugno nel muro,” racconta N.

In altre circostanze l'aiuto tra pari, e la condivisione di uno stato di sofferenza comune, è di aiuto per una sorta di elaborazione di gruppo:

“A volte ci mettiamo a piangere, a volte ci affrontiamo tra noi stesse, ci parliamo e ci diciamo cosa possiamo fare. A volte ti viene voglia di abbandonare tutto e andartene fuori in mezzo alla strada”
(N., Somalia)

In qualche circostanza, durante i FGD e le interviste, specie in riferimento ad attività e servizi erogati all'esterno della struttura di accoglienza, i ragazzi hanno esplicitamente lamentato lo scarso coinvolgimento nella co-costruzione delle attività che li riguardavano, e la carente o parziale fornitura di informazioni sui servizi attivi e sulle modalità di accesso ad essi. In alcuni casi, a fronte della richiesta esplicita dei ragazzi stessi di poter accedere a determinati servizi, tra cui il supporto psicologico, l'intervento non è stato fornito, e l'attesa protratta, unita alla mancanza di informazioni, ha contribuito ad aumentare la sofferenza emotiva dei ragazzi, e in particolare il senso di frustrazione, solitudine e impotenza percepita.

“A volte emergono vissuti di rabbia, di frustrazione, alcuni ragazzi manifestano disagi comportamentali, come l'isolamento o anche alcune reazioni aggressive, difficoltà del sonno, o anche difficoltà ad apprendere la lingua italiana e quindi a evolvere verso una propria autonomia lavorativa. Sappiamo, per esperienza, che nella maggior parte dei

casi queste sono situazioni momentanee, spesso connesse alle tracce non elaborate delle esperienze traumatiche del viaggio, a situazioni di violenza subite, o a separazioni difficili dalla famiglia di appartenenza”
(Bestazza, 2017: 198)

Alcuni educatori hanno messo in relazione queste criticità con il significativo aumento della precarietà occupazionale nel sistema di accoglienza, situazione che va a incidere non solo sulla costruzione del percorso lavorativo dell'educatore, ma anche sulla qualità della relazione di aiuto con l'utente: **il vissuto di precarietà dell'educatore, e l'alto turn over che caratterizza queste figure può infatti incidere sulla costruzione di una relazione significativa con la persona, che potrebbe acquisire carattere di provvisorietà per entrambi.**

I ragazzi e le ragazze hanno lamentato, nello specifico, la non sempre adeguata modalità con cui le informazioni rilevanti vengono fornite. M., un ragazzo sedicenne giunto in Italia da poco più di un anno e visibilmente portatore di

sofferenza emotiva, ha restituito un'esperienza paradigmatica di queste disfunzioni:

“Siamo tutti in diritto di avere uno psicologo? Perché io non lo so... I definitively I need one, definitively! Nessuno mi ha detto come fare. Né qui né in Sicilia... Because you know I spent a lot of time in Libya...”

(M. 16, Guinea)

Informazioni tardive, incomplete, eccessivamente burocratizzate, poco empatiche, linguisticamente inappropriate o inadeguate al livello di sviluppo dei

minorenni possono compromettere l'applicazione del diritto all'ascolto e alla partecipazione garantito dalla normativa in ogni fase della procedura di accoglienza. Analogamente, il mancato utilizzo del dialogo empatico da parte degli operatori può compromettere la partecipazione dei ragazzi.

Questa problematica per molti dei professionisti ascoltati è correlabile all'**assenza di programmi di formazione transculturale pensati per equipaggiare i professionisti MHPSS** che operano con l'utenza migrante, un dato che emerge anche dalla ricerca quantitativa e sintetizzato nel box in basso.

Box 15 - La formazione transculturale per i professionisti che operano nei servizi MHPSS rivolti all'utenza con background migratorio

Alla domanda “La sua regione riconosce e mette a disposizione la formazione transculturale per i professionisti che operano nei servizi di supporto psicosociale e salute mentale rivolti all'utenza con background migratorio come metodologia di lavoro?” **il 46.77% dei professionisti intervistati ha risposto negativamente**, mentre soltanto il 19.35% ha indicato l'esistenza di protocolli di intesa con enti che erogano formazione di questo tipo.

Tempistiche appropriate e comunicazione chiara ed empatica emergono come i due pilastri su cui può giocarsi la qualità di un intervento MHPSS rivolto ai MSNA.

La ricerca ha evidenziato anche che l'impegno sistematico di coinvolgere attivamente il minorenni nelle scelte che lo riguardano qualifica gli interventi di supporto psicosociale e salute mentale, contribuendo in misura sostanziale al rafforzamento del benessere del ragazzo. Viceversa, i ragazzi tendono a delegittimare, abbandonare e a considerare inappropriati interventi percepiti come imposti dall'alto o veicolati con modalità distanti dall'approccio empatico, rispettoso e non giudicante.

L'attenzione all'empatia torna anche nelle parole di S., psicologa:

“Il paradigma di base è quello, diciamo, dell'ascolto non giudicante, nel mettersi in una posizione anche di non sapere, no? Di essere una figura che ha un ruolo di cura, per cui sta dentro una cornice di fermezza, di punti, ma che dà molto spazio a quello che poi i ragazzi condividono. Per cui tutto quello che è l'ascolto attivo, l'ascolto empatico, un approccio non giudicante, piuttosto che no, spostare dalla colpa, alla responsabilità e la ricostruzione dei trigger, cioè che devono imparare a parlare fondamentalmente non so, cioè devono imparare non solo la lingua, come dire, ma

la possibilità che la parola rassereni un po' gli agiti"

(T., psicologa, Emilia-Romagna)

Le evidenze di ricerca e il workshop di consultazione indicano che il sistema MHPSS italiano ha bisogno di consolidare e trasferire i modelli di intervento virtuosi rilevati in questa mappatura valorizzando quelle esperienze che hanno fatto del **coinvolgimento attivo, informato ed empatico** dei minorenni la propria cifra programmatica.

Molte delle pratiche mappate supportano il sistema di accoglienza minorile fornendo servizi MHPSS a misura di minore e quindi adatti all'età, alla maturità, al genere, alla cultura

e alla lingua del minorenne. **Informazioni chiare, accessibili e comprensibili, fornite all'interno di una relazione empatica, di fiducia e capace di accogliere i bisogni espressi, costituiscono il prerequisito essenziale per la partecipazione effettiva del minore al processo di cura che lo interessa e affinché il minorenne rafforzi le proprie competenze e ripristini o rafforzi il proprio benessere psicosociale.** Per questa ragione, è importante sanare le lacune identificate nel sistema, lavorando sulla formazione specifica del personale preposto agli interventi MHPSS, al fine di garantire standard qualitativi che consentano un'effettiva partecipazione del minorenne.

¹ Come illustrato nel cap. 1, i concetti di salute mentale e benessere psicosociale sono concepiti dall'UNICEF, e in generale dalla comunità professionale MHPSS, in un'ottica olistica e composita, che include le dimensioni interiori (sfera emotiva, biologica, cognitiva, spirituale) e quelle esteriori alla persona (componente relazionale, socioculturale, materiale). Queste dimensioni si intersecano e influenzano reciprocamente in uno scambio continuo, attraverso processi di sviluppo e adattamento, lungo tutto il ciclo della vita. **Lo stato di benessere è dunque un concetto complesso, che non può essere ridotto ad una sola delle numerose componenti elencate, ed è anche dinamico, dunque in continua evoluzione.**

² Si veda <https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2020/12/A-un-bivio_Report_LONG_ITA_BouRE.pdf>, p. 35.

³ La Libia rimane sia una destinazione che un importante centro di transito per migranti e rifugiati. Ad agosto 2020, c'erano quasi 585.000 migranti e rifugiati in Libia, inclusi quasi 47.000 minorenni (quasi 12.000 dei quali non accompagnati). Migranti e rifugiati sono eccezionalmente vulnerabili a causa del loro status migratorio, dei notevoli rischi di protezione e della mancanza di accesso ai servizi sociali, [2021-HAC-Libya.pdf \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/2021-HAC-Libya.pdf)

⁴ Decreto del Ministero dell'Interno 18 novembre 2019, Modalità di accesso degli enti locali ai finanziamenti del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo e di funzionamento del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati (Siproimi), <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/12/04/19A07582/sq>>.

⁵ Modello di intervento sociale con bassa soglia di ingresso e di accesso ai servizi offerti sia dal punto burocratico che della presa in carico. Le basse soglie operano in rete con i servizi sociosanitari territoriali.

⁶ La violenza di genere comprende gli atti di violenza, ma anche la minaccia di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita privata che in quella pubblica. Può esprimersi attraverso violenza fisica, violenza psicologica, violenza sessuale, violenza economica.

⁷ I corridoi umanitari sono frutto di protocollo di intesa siglato tra ministeri dell'Interno e degli Esteri, la Comunità di Sant'Egidio e la Conferenza Episcopale italiana. Si veda <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/secondo_protocollo_etiopia_def.pdf>. A novembre 2021 uno specifico protocollo di intesa coordinato dal dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno e siglato da rappresentanti del ministero degli Affari Esteri e della cooperazione internazionale (Maeci), della Conferenza episcopale italiana, della Comunità di Sant'Egidio, della Federazione delle Chiese Evangeliche, della Tavola Valdese, dell'Associazione ricreativa e culturale italiana (Arci), dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (Inmp), dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (Oim) e dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (Unhcr) ha promosso apertura di un canale di ingresso legale per cittadini afgani bisognosi di protezione internazionale, attraverso l'attivazione di corridoi umanitari da Paesi vicini, a partire dal Pakistan e dall'Iran.

⁸ Si veda <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/woman%20space%20E.pdf>>.

⁹ Forcella, Emanuela, Erica Eugeni e Giancarlo Santone, 'Prevenzione e contrasto' delle mutilazioni genitali femminili. un progetto realizzato con le donne del corno d'africa a Roma. Quaderni del Samifo n. 1 Donne Migranti, <https://www.aslroma1.it/uploads/files/47_34_10_Emanuela_Forcella_Erica_Eugeni_Giancarlo_Santone_-_PREVENZIONE_E_CONTRASTO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI. UN PROGETTO REALIZZATO CON LE DONNE DEL CORNO D AFRICA A ROMA.pdf>.

¹⁰ Si parla di "presa in carico integrata" quando nel processo di progettazione individuale del percorso di integrazione sono coinvolti più professionisti e/o più servizi. La presa in carico è quindi un processo complesso che coinvolge più attori e più dimensioni psicologiche, sociali e sanitarie.

¹¹ Testo della D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904, 'Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari', integrato con le modifiche apportate dalla D.G.R. 14 luglio 2014, n. 1106, 'Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904', <[Testo della D \(regione.emilia-romagna.it\)](https://www.regione.emilia-romagna.it)>, p. 11.

¹² Il PEI di norma è comunicato al servizio sociale inviante che provvede alla validazione quale assunzione di corresponsabilità. Il PEI definisce chi fa che cosa nell'interesse del minore accolto e dettaglia gli strumenti e le collaborazioni esterne alla comunità che si vogliono mettere in atto e il piano delle verifiche che consentano di misurare gli obiettivi raggiunti nel corso del tempo e rimodulare il percorso in caso di bisogno. L'Accordo sui requisiti minimi per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati nel percorso verso l'autonomia, prevede che il PEI dedichi obiettivi specifici volti al recupero e al potenziamento delle risorse individuali del minore allo scopo di favorire il processo di crescita:

- orientamento e tutela legale: supporto nell'espletamento delle procedure di identificazione, del rilascio del permesso di soggiorno
- verifica della presenza di parenti e collaborazione per l'eventuale avvio delle procedure di ricongiungimento familiare
- assistenza psicologica e sanitaria

- verifica di eventuali condizioni di vulnerabilità o di necessità particolari (disagio psicologico, vittime di tratta, torture, violenza)
- assolvimento dell'obbligo scolastico
- insegnamento della lingua italiana anche in raccordo con i piani regionali per la formazione civico-linguistica
- formazione secondaria e/o professionale
- il collocamento in attività lavorative in apprendistato e/o in tirocini
- inserimento nel contesto territoriale e attività socializzanti e per il tempo libero.

Si veda <<https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2018/01/Giorno2.5-PEI-msna-e-SPRAR.pdf>>.

¹³ La legge regionale 12 dicembre 2003 n. 41 'Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali' e il successivo provvedimento attuativo DGR 1305/2004 sono stati definiti i requisiti necessari per ottenere il rilascio delle autorizzazioni all'apertura ed al funzionamento delle strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali nel Lazio. Si veda, <https://www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/dgr_1305_2004.pdf>, p. 14. Nel 2018 la Regione Lazio ha aggiornato i "Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella Regione Lazio", si veda: <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/POS_DGR_130_27_02_2018.pdf>.

¹⁴ <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/24/attach/dgr_08952_1050_16052019.pdf>.

¹⁵ <<https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-289-del-25-09-2014-parte-seconda.2014-09-24.0780159648/deroghe-temporanee-in-relazione-al-flusso-straordinario-di-minori-stranieri-non-accompagnati/testo-coordinato>>, p. 26

¹⁶ Si veda <<https://www.studiogalemarcellino.it/allegati/339-1/approvazione-standards-strutture-msna.pdf>>, p. 18.

¹⁷ Si veda <<https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2018/01/Giorno2.5-PEI-msna-e-SPRAR.pdf>>.

¹⁸ Università di Torino, Atlante delle Professioni, <https://www.atlantedelleprofessioni.it/professioni/educatore-professionale-educatrice-professionale>.

¹⁹ Si veda Iori, Vanna, 'Educatori socio-pedagogici: firmato il decreto per gli ambiti della salute', 2 novembre 2021, <<http://www.vita.it/it/article/2021/11/02/educatori-socio-pedagogici-firmato-il-decreto-per-gli-ambiti-della-sal/160917/>>.

²⁰ Si veda CNOAS, <<https://cnoas.org/principi-della-professione/>>.

²¹ Si veda CNOAS, 'Nuovo codice deontologico dell'assistente sociale', 2021, <<https://cnoas.org/codice-deontologico/>>.

²² Il fulcro intorno al quale ruota il sistema di tutela volontaria, che ne ripartisce espressamente le competenze e il suo monitoraggio, è l'articolo 11 della legge n.47 del 2017, come novellato dal decreto legislativo n. 220 del 2017.

²³ UNICEF, UNHCR, CIR, PENC, 2020. Supporto tra tutori volontari per minori stranieri. Peer to peer, <https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2020/08/Peer-to-peer-Tutori-volontari.pdf>

²⁴ Per approfondimenti si veda AGIA, 'Rapporto di monitoraggio sul sistema della tutela volontaria', 2021, <<https://www.cnca.it/wp-content/uploads/2021/08/Terzo-Rapporto-monitoraggio-Agia.pdf>>.

²⁵ Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. Art.1 comma 882 della L.160 del 27 dicembre 2019, legge di bilancio 2020: «A partire dal 2020 tale fondo è incrementato di €1.000.000,00 per le seguenti finalità: interventi a favore dei tutori volontari di minori stranieri non accompagnati; rimborso a favore di aziende per un importo massimo pari al 50% dei costi sostenuti per permessi di lavoro retribuiti accordati come clausola di maggior beneficio ai tutori volontari di minori stranieri fino a 60 ore per ogni singolo tutore, per adempimenti riconducibili all'ufficio della tutela volontaria; rimborsi da elargire ai tutori volontari per le spese sostenute relative ad adempimenti collegati con l'ufficio della tutela volontaria.

²⁶ Non tutti i ragazzi e le ragazze ascoltate hanno beneficiato dei servizi erogati dalle pratiche mappate sebbene tutti i centri di accoglienza visitati abbiano con gli stessi scambi e collaborazioni più o meno strutturate.

²⁷ Si veda <<https://onthemove.ureport.in/opinion/5321/>>

²⁸ 73 risposte su 94 sondati.

²⁹ 72 risposte su 76 sondati.

³⁰ 48 risposte su 52 sondati.

³¹ 48 risposte su 52 sondati.

³² Una definizione valida di presa in carica culturalmente competente è quella proposta da Dell'Aversana e Bruno che citano la definizione classica di Cross e colleghi (1989): «La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un'agenzia o fra i professionisti e che mette in grado quel sistema, quell'agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale», vedi Dell'Aversana, Giuseppina, Bruno Andreina, 'Servizi sanitari culturalmente competenti: prospettive emergenti nel contesto italiano: uno studio esplorativo', 2018, pp. 115-136; Cross, T., et al., 'Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed', Vol. 1., Georgetown University Child Development Center, Washington DC, 1989.

³³ Per esempio, ASP Catania, Ambulatorio di Psichiatria Transculturale, Centro Frantz Fanon, Sa.Mi.Fo., Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica.

³⁴ Centro Frantz Fanon, Sa.Mi.Fo., Centro PENC- Antropologia e Psicologia Geoclinica, ASP Catania, Ambulatorio di Psichiatria Transculturale.

³⁵ L'etnopsicologia clinica è una disciplina composita e in costruzione in cui confluiscono diversi apporti (etnopsichiatria, antropologia, sociologia, geografia) che inquadrano la sofferenza psichica tenendo in considerazione la dimensione psicologico-culturale dei contesti sociali e culturali cui appartengono l'utente e l'operatore stesso. L'etnopsicologia clinica si occupa, nello specifico, dell'espressione del disagio psicologico manifestato dai migranti, con particolare attenzione per i modelli locali della sofferenza e della cura e alle dinamiche di incontro e scontro con la società di accoglienza. Tra i teorici di riferimento per la gestione dei casi di sofferenza psichica dei MSNA sono stati citati Abdessalem Yahyaoui e Tobie Nathan.

³⁶ Silver, Start.Er, I.C.A.R.E.

³⁷ L'approccio di gruppo è un metodo utilizzato nella terapia con pazienti migranti, che permette di far emergere i conflitti ed i pensieri che non potrebbero venir fuori in un rapporto uno a uno fra terapeuta e paziente. Si veda NATHAN, Tobie; INGLESE, Salvatore. Principi di etnopsicoanalisi. Bollati Boringhieri, 1996; e NATHAN, Tobie. L'étanger: Ou le pari de l'autre. Autrement, 2014.

³⁸ Progetto Start.Er, "Rilevazione dei bisogni formativi del personale socio-sanitario": la ricerca-azione condotta dal Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS.

³⁹ Si veda <<https://www.aspbologna.it/servizio-di-consulazione-culturale/servizi-erogati/protezioni-internazionali/servizio-di-consulazione-culturale/servizio-consulazione-culturale>>.

⁴⁰ Sa.Mi.Fo, UONPIA - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, per esempio.

⁴¹ In particolare, è rilevante l'Avviso 'Qualificazione del sistema di tutela sanitaria per i servizi rivolti ai cittadini di Paesi terzi portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza'.

⁴² Si veda nello specifico art. 34 Decreto Ministero dell'interno, 18 novembre 2019. Modalità di accesso degli enti locali ai finanziamenti del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo e di funzionamento del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati (Siproimi), <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/12/04/19A07582/sg>>.

⁴³ L'outreach è un'attività volta a fornire servizi a persone con vulnerabilità che altrimenti non possono o non sanno come accedere a tali servizi nei luoghi in cui esse vivono e operano. Oltre a fornire servizi, l'informazione ha un ruolo educativo, aumentando la consapevolezza circa i servizi esistenti.

⁴⁴ I rispondenti totali alla survey sono stati 239 ma le risposte ritenute complete e quindi valide 133, di cui 62 analizzabili nella sezione inerente ai servizi MHPSS.

⁴⁵ Si veda Gruppo di Lavoro sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, area tematica sulla salute mentale, <https://gruppcrc.net/area-tematica/la-salute-mentale/>

⁴⁶ In alcune zone (Bologna, Torino, Milano) è emersa quanto la buona collaborazione con gli uffici dei Servizi sociali del Comune sia cruciale per rendere più efficiente la presa in carico del/della minore.

⁴⁷ Codici ricerca e intervento, 'Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani', Rapporto di ricerca, 2021.

Capitolo 6

Conclusioni



Questa ricerca ha selezionato e analizzato tredici pratiche buone, promettenti o emergenti che in sei contesti territoriali (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Puglia) stanno innovando il sistema dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale attraverso lo sviluppo e l'erogazione di interventi tarati sulle esigenze specifiche dei MSNA e dei giovani migranti e rifugiati, accolti nel sistema di accoglienza istituzionale.

La mappatura risponde all'esigenza rilevata nel sistema di protezione e accoglienza per i MSNA e i giovani migranti e rifugiati (e sollecitata in maniera più ampia anche dal Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza nelle ultime Osservazioni conclusive rivolte all'Italia - punto 29) di disporre di una ricognizione delle pratiche più significative attualmente esistenti, al fine di fornire dei modelli di intervento che possano essere replicati o estesi anche in altri territori.

Per questo, le pratiche identificate sono state sistematizzate in schede descrittive di pronta consultazione, pensate per offrire ai professionisti che operano nel sistema di accoglienza per MSNA e nei servizi di supporto psicosociale ad essi dedicato, un'istantanea sui modelli di intervento, sugli approcci metodologici, sulle équipe multidisciplinari attivate, sulle tipologie di servizi erogati e sulle reti avviate.

Grazie alle voci e alle esperienze dei professionisti che operano nei servizi MHPSS

e dei ragazzi e delle ragazze che ne fruiscono, sono stati esaminati i modelli di intervento e in particolare, la logica di intervento e di erogazione dei servizi e i fattori che ne facilitano o limitano l'accesso. A questa sistematizzazione si è abbinata l'analisi dei fattori di successo delle pratiche e la disamina delle sfide che interessano tanto i servizi MHPSS in sé quanto i meccanismi di coordinamento con il sistema di accoglienza.

Nel complesso, le pratiche proposte con questa mappatura hanno saputo fronteggiare le sfide poste dalla presa in carico integrata dei MSNA, sviluppando **modelli di intervento innovativi, adeguati ai bisogni dell'utenza, complementari al sistema di accoglienza e dei servizi socio-sanitari pubblici, e mobilitando a questo scopo risorse e competenze funzionali alla loro erogazione.**

Gli aspetti di rilievo emersi dalla ricerca sono stati presentati in un workshop consultivo, cui hanno partecipato i referenti delle pratiche selezionate, volto a discutere e integrare, in una logica partecipativa, i risultati preliminari emersi dalla ricerca sul campo svolta nei vari territori e dal confronto con i decisori pubblici operanti a livello nazionale. La ricerca e la discussione con i referenti delle pratiche ha evidenziato che, sebbene le pratiche mappate siano significativamente differenziate per i servizi che offrono, i paradigmi disciplinari a cui si ispirano e i modelli di rete che adottano esse presentano

fattori di successo comune che ne decretano la qualità e la replicabilità. I fattori di successo comuni rintracciati in ognuna delle pratiche mappate, seppure con le dovute differenze, sono:

FATTORE DI SUCCESSO 1: capacità di costruire interventi di supporto adeguati ai bisogni degli adolescenti e dei giovani migranti e rifugiati

FATTORE DI SUCCESSO 2: presenza di équipe multidisciplinari che operano nel sistema di accoglienza, nei servizi sociali e sanitari territoriali al fine di garantire il continuum di cura e il meccanismo di presa in carico integrata

FATTORE DI SUCCESSO 3: attivazione di modelli di presa in carico culturalmente competente basati sull'integrazione di paradigmi disciplinari transculturali/etnopsichiatrici e con servizio di mediazione culturale e linguistica organica alla pratica

FATTORE DI SUCCESSO 4: supporto costante allo sviluppo delle competenze del sistema di accoglienza e dei servizi sociali e territoriali attraverso percorsi di formazione e campagne di sensibilizzazione

FATTORE DI SUCCESSO 5: attivazione di rete e meccanismi di coordinamento multi-stakeholder che coinvolgono sistema di accoglienza e servizi sociali e sanitari territoriali

La mappatura è stata anche un'occasione preziosa per **identificare alcune aree del sistema MHPSS ancora** migliorabili nonostante l'impegno importante dei tanti soggetti istituzionali e del privato sociale che vi operano. Queste sfide sono state circoscritte in quattro aree:

- 1. coordinamento tra sistema d'accoglienza e servizi MHPSS**
- 2. servizi di salute mentale pubblici spesso non adeguati all'utenza minorile e giovanile migrante**

- 3. meccanismi di individuazione, invio e presa in carico del sistema MHPSS**
- 4. partecipazione dei MSNA ai processi di cura che li riguardano**

Questa mappatura dimostra in modo chiaro che, in Italia, i servizi di supporto psicosociale e salute mentale adeguati ai bisogni specifici dei MSNA e ai giovani migranti e rifugiati non vanno pensati da zero ma vanno in parte, aggiornati e consolidati. Dal nord al sud del Paese, sono stati identificati modelli di intervento virtuosi che, nonostante la scarsità di fondi e l'impegno intermittente di istituzioni nazionali e locali, promuovono servizi di supporto psicosociale e salute mentale basati sul **diritto alla non discriminazione, sul rispetto del superiore interesse del minore e sul diritto all'ascolto dei ragazzi e delle ragazze. Questi modelli di intervento meritano di essere consolidati, valorizzati e replicati ove ne esistano le condizioni.**

Nonostante la rilevanza e l'innovatività dei modelli di interventi identificati come buone pratiche, il protagonismo oggettivo di questi servizi nella presa in carico dell'intero spettro dei bisogni psicosociali dei minori migranti non è ancora adeguatamente riconosciuto. Molte delle pratiche analizzate presentano problemi di sostenibilità sulla lunga durata e sono gravate da una penuria di finanziamenti che ne mina la continuità e ne limita le possibilità di aggiornamento, adeguamento e trasferimento degli interventi dimostratisi efficaci.

Con la giusta valorizzazione, e un'azione sinergica tra i diversi attori deputati a programmare, implementare e monitorare l'erogazione dei servizi MHPSS, **le pratiche mappate possono rappresentare una base operativa per fissare delle regole di condotta comune e degli standard minimi che guidino l'azione MHPSS** pensata per i minorenni stranieri e i giovani migranti e rifugiati.

Appendici

APPENDICE 1: Il ruolo di UNICEF nel settore MHPSS in Italia e i principi operativi

Parte 1 - Gli interventi MHPSS dell'UNICEF in Italia

L'azione dell'UNICEF in Italia si declina in un assetto organizzativo basato su tre componenti che pur avendo come cornice di riferimento comune il mandato globale dell'UNICEF, hanno funzioni e strutture differenti e complementari.

L'Ufficio UNICEF Regionale per l'Europa e l'Asia Centrale, con sede a Ginevra, che coordina la **risposta programmatica e di supporto tecnico dell'UNICEF con le Istituzioni con focus ai gruppi di bambini e adolescenti più vulnerabili e a rischio di esclusione sociale**– con attenzione particolare ai minori migranti e rifugiati.

L'Ufficio di Ricerca UNICEF-Innocenti è competente a livello globale per la conduzione di ricerche scientifiche che interessano tutti i temi legati all'infanzia e adolescenza.

E, infine, il **Comitato Italiano per l'UNICEF**, si occupa della raccolta fondi advocacy, educazione ai diritti, informazione e sensibilizzazione sui diritti e bisogni dell'infanzia e adolescenza, anche grazie ad una rete di volontari presenti su tutto il territorio.

I programmi finalizzati alla protezione dell'infanzia e alla salute mentale e al supporto psicosociale di bambini, adolescenti e giovani, sono diversi e sintetizzabili come segue:

Supporto diretto e integrazione dei servizi MHPSS negli interventi di emergenza. L'UNICEF, in collaborazione con partner locali e internazionali, supporta direttamente anche in Italia interventi di supporto psicosociale rivolti a ragazzi e ragazze migranti e rifugiati. Nelle aree di confine come Lampedusa e Ventimiglia **l'UNICEF eroga servizi di Primo soccorso psicologico**. In altri territori italiani fornisce **servizi di supporto psicologico e psico-socio-educativi** attraverso attività di gruppo all'interno delle strutture di accoglienza, e attraverso programmi di *mentorship*, consulenza individuale e specializzata, sia online che offline. Poiché il bisogno di supporto psicosociale cresce laddove ci sono situazioni di violenze, abusi e sfruttamento l'intervento MHPSS è stato integrato in tutti i programmi che riguardano minorenni vulnerabili e ragazze e giovani donne migranti.

Programma di prevenzione e riduzione della discriminazione, promozione dell'ascolto e coinvolgimento dei ragazzi e delle ragazze nel format Activate Talk¹ e sulla piattaforma di sondaggistica U-Report². Sono stati prodotti e distribuiti dall'UNICEF numerosi prodotti audio-visivi riguardanti il contrasto ai pregiudizi, la sofferenza psicologica, la conoscenza dei professionisti a cui chiedere aiuto in caso di difficoltà, e questioni riguardanti gli LGBTI³, l'autolesionismo, la violenza sessuale, la violenza di genere, il razzismo e la discriminazione. L'organizzazione periodica degli Activate Talk permette di portare in prima linea le voci, i vissuti e i bisogni dei ragazzi e delle ragazze,

offrendo una opportunità preziosa per veicolare messaggi strategici destinati ai decision makers, sensibilizzare l'opinione pubblica sui bisogni psicosociali di ragazzi e ragazze e per consolidare la sinergia con le istituzioni e la società civile.

Ricerca. Negli ultimi anni, l'UNICEF ha condotto diverse ricerche volte a esplorare la salute mentale e il benessere psicosociale, con particolare attenzione ai minori e ai giovani con background migratorio, e alla dimensione di genere. Tutti i progetti di ricerca sostenuti dall'UNICEF hanno l'obiettivo di produrre conoscenze basate su evidenze che possano informare e orientare azioni programmatiche e di policy. Nel 2019, in collaborazione con altri partner⁴, uno studio ha esplorato e analizzato i fattori che supportano od ostacolano il processo di transizione dall'adolescenza all'età adulta affrontato dai MSNA. Nel 2021, sono state sviluppate tre ricerche riguardanti: 1. *L'impatto del Covid-19 sul benessere psicosociale dei minori stranieri non accompagnati e giovani migranti in Italia*. 2. *Mappatura e analisi di buone pratiche dei servizi MHPSS rivolti a MSNA e giovani migranti e rifugiati*. 3. *L'impatto della pandemia sull'accesso ai servizi da parte di giovani ragazze e donne migranti*. Inoltre, in occasione del primo lockdown connesso all'epidemia da Covid-19, il Comitato Italiano per l'UNICEF con il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università Roma3 ha condotto un sondaggio su che ha evidenziato le difficoltà delle famiglie con minorenni nel fronteggiare lo stress e le emozioni vissute in famiglia durante la fase pandemica⁵.

Rafforzamento del Sistema. Si tratta di una componente d'importanza strategica, trasversale a tutti i programmi dell'UNICEF, il cui fine è il **potenziamento delle capacità istituzionali e il miglioramento della qualità e della sostenibilità dei servizi MHPSS e di protezione erogati a favore dell'utenza minorile e giovanile**. In Italia l'UNICEF, anche in partenariato con altre organizzazioni, svolge attività di formazione e supervisione a figure, professionali e non⁶, impiegate in prima linea in servizi di protezione e sostegno alla salute mentale e benessere psicosociale, nell'ambito della prima e seconda accoglienza dei MSNA, e in progetti psicoeducativi e di inclusione sociale destinati a adolescenti e giovani in situazioni di vulnerabilità. All'interno di questo programma, nel 2021, l'UNICEF ha consolidato un progetto di collaborazione con gli Ordini Professionali di Psicologi e Assistenti Sociali e Associazioni Nazionali di Educatori Professionali e Pedagogisti finalizzato alla definizione di un programma di formazione interdisciplinare destinato a tutte le figure che, a diversi livelli e in molteplici contesti, svolgono azione di sostegno a ragazzi e ragazze nel loro percorso di crescita e transizione verso l'età adulta.

Supporto tecnico alle istituzioni. L'UNICEF è costantemente impegnato nel **dialogo con istituzioni, governi e società civile** impegnati in ambito di *governance, policy*, programmazione e sviluppo di interventi a tutela dell'infanzia e adolescenza. In coerenza con il proprio mandato, anche attraverso la partecipazione a tavoli tecnici di rilievo, l'UNICEF offre supporto tecnico ai Ministeri competenti **affinché bisogni e diritti di bambini e ragazzi vengano sempre tenuti in primaria considerazione**. Inoltre, l'UNICEF promuove il **coordinamento inter-agenzia, la condivisione di esperienze innovative e l'apprendimento permanente tra individui che operano con finalità comuni** per promuovere un sistema più efficace, sinergico ed integrato. A questo scopo, l'UNICEF promuove eventi *di confronto e scambio* tra coloro che, a diverso titolo, contribuiscono alla salute mentale e al benessere psicosociale di ragazzi e giovani.

Sviluppo e adattamento di manuali tecnici e linee guida operative volte ad armonizzazione approcci e metodologie e garantire standard minimi di qualità. In collaborazione con organizzazioni partner, l'UNICEF ha individuato e strutturato conoscenze e indicazioni pratiche per la presa in carico psicosociale integrata dei MSNA, e la formazione di tutori volontari e famiglie affidatarie. Sono inoltre **in**

orso di traduzione in italiano e adattamento al contesto domestico di intervento una serie di linee guida e strumenti tecnici di supporto psicosociale elaborati in ambito internazionale, tra cui **un manuale operativo di UNICEF dedicato al supporto degli adolescenti in situazioni di vulnerabilità** (*The Adolescent Kit for Expression and Innovation*, consultabile sul sito dedicato <https://adolescentkit.org/>).

Il Comitato Italiano per l'UNICEF è membro dell'Osservatorio Nazionale Infanzia e nel corso degli ultimi due anni ha contribuito a definire il nuovo Piano biennale di azione e di interventi per la tutela e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (c.d. Piano Nazionale Infanzia). In questo contesto ha formulato proposte per potenziare i servizi di prossimità dedicati al benessere psicosociale e alla salute mentale di bambini e adolescenti, anche in considerazione delle criticità derivanti dalla pandemia da Covid-19⁷. A questo proposito la nuova Legge di Bilancio ha stanziato, per il 2022, 20 milioni di euro per il supporto psicologico delle studentesse, degli studenti e del personale della Scuola.

Nell'ambito della Presidenza italiana del G20 **l'UNICEF ha, inoltre, contribuito al G20 Health track Side event dedicato al tema della Salute mentale "COVID-19 and the Need for Action on Mental Health"** (Roma, 3 settembre 2021), che ha portato alla Final Declaration del G20 Health Ministers del 5 e 6 Settembre 2021. Il tema della salute mentale è stato approfondito anche negli **Engagement Working Groups sotto la Presidenza italiana del G20 come lo Youth20, che pure UNICEF ha supportato, recepito poi nel relativo Final Communiqué**⁸.

In linea con questo approccio, e in collaborazione con le autorità nazionali con le organizzazioni della società civile, e grazie al supporto della Commissione Europea, Direzione Generale per la Salute e la Sicurezza Alimentare, l'UNICEF, nell'ultimo biennio, ha infine sviluppato il programma *Rafforzamento delle condizioni di salute dei minori rifugiati e migranti in Europa Meridionale e Sudorientale*. Tra le cui azioni vi è quella volta al rafforzamento del sistema di supporto psicosociale e salute mentale rivolto a minori migranti e rifugiati attraverso l'erogazione di servizi di supporto psicosociale, di sessioni di formazione rivolte agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, e attraverso l'identificazione e la mappatura delle buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale rivolte a Minorenni Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in transizione all'età adulta.

APPENDICE 2: I principi operativi che guidano gli interventi dell'UNICEF

Per l'UNICEF, sia il paradigma IASC che il manuale operativo *Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families, UNICEF 2018*, sono particolarmente importanti per i principi operativi che enunciano e che dovrebbero guidare gli interventi in ogni fase (valutazione dei bisogni, progettazione, implementazione, monitoraggio, valutazione, ricerca, advocacy, ecc.). Questi principi operativi sono sintetizzabili come segue:

1. Equità e diritti umani fondamentali. Ogni servizio di salute mentale e benessere psicosociale deve promuovere i diritti umani fondamentali degli individui e dei gruppi a cui si rivolgono. Inoltre, in conformità alla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, tutte le parti coinvolte dovrebbero assicurare la massima equità, accessibilità e disponibilità dei servizi, a tutta l'utenza che ne abbia necessità, senza discriminazione alcuna, legata a genere, età, lingua, appartenenza culturale, o qualunque altra dimensione umana. Nello specifico ambito di interesse per questa ricerca, i MSNA sono considerati una categoria vulnerabile e, dunque, dovrebbero essere garantiti loro dei canali dedicati che facilitino l'accesso e la fruizione dei servizi.

2. Non arrecare ulteriore danno. La massima attenzione e cura è richiesta affinché i servizi di salute mentale e supporto psicosociale non siano causa e non contribuiscano, anche in modo non intenzionale, a creare ulteriore disagio, sofferenza, difficoltà, svantaggio, o maggiore vulnerabilità alla persona e ai gruppi a cui si rivolgono. Essendo l'ambito di intervento psicosociale delicato e complesso, il rischio di poter nuocere è più elevato che in altri settori. Si rendono dunque necessari un'accurata valutazione di possibili fattori di rischio⁹ prima, durante e dopo l'erogazione dei servizi e un attento monitoraggio dell'impatto dell'intervento sul benessere psicosociale dell'utente.

3. Partecipazione degli individui e gruppi a cui si rivolgono gli interventi di salute mentale e benessere psicosociale. Il coinvolgimento e la consultazione dei beneficiari dei servizi è fondamentale per assicurare che gli interventi siano coerenti ed efficaci rispetto i bisogni identificati. Inoltre, incoraggiare un ruolo attivo dell'utenza all'interno dei programmi garantisce un più veloce recupero, il rafforzamento delle risorse personali e una maggiore capacità di autodeterminazione; tutti aspetti fondamentali e propedeutici al consolidamento del benessere psicosociale. Nel caso di ragazzi e ragazze, le loro voci, pensieri ed emozioni dovrebbero sempre essere tenuti in massima considerazione ed assunti a elementi guida degli interventi.

4. Costruire gli interventi su risorse e capacità disponibili, rafforzando i sistemi esistenti, valorizzando le risorse dell'individuo, dei gruppi e delle comunità a cui gli stessi servizi si rivolgono. Questo principio può implicare una mappatura e valutazione di iniziative comunitarie e servizi a sostegno della salute mentale e supporto psicosociale già attivi, prima che ne vengano stabiliti di nuovi. In generale, ogni intervento dovrebbe rispondere ai bisogni identificati ed essere compatibile con le esigenze, anche culturali, del contesto e dell'utenza, per poter essere sostenibile. Il continuo rafforzamento e rinforzo delle capacità degli operatori, e degli altri stakeholders coinvolti, dovrebbe essere un pilastro programmatico prioritario di ogni intervento. Negli ultimi anni si è andato via, via diffondendo un approccio cosiddetto 'community-based', che è ben esemplificato delle linee guida operative sviluppate recentemente UNICEF e sopra menzionate¹⁰.

5. Supporto alla salute mentale e benessere psicosociale su più livelli e integrato. Come già evidenziato, **il continuum dei bisogni di base e psicosociali può essere supportato con una molteplicità di interventi, che nella loro diversità e peculiarità, prevedono competenze tecniche diverse, ma agiscono in modo integrato e complementare.** Questo aspetto è fondamentale per evitare che si crei un sistema frammentato, incapace di cogliere e rispondere adeguatamente ai bisogni complessi dell'individuo e dei gruppi.

6. Coordinamento inter-agenzia e meccanismi di invio. Data la vasta area di servizi e la grande molteplicità di figure che operano in diversi settori a supporto della salute mentale e del benessere psicosociale (salute, educazione, protezione, solo per citare alcuni tra i principali), **sono necessari dei meccanismi di coordinamento efficaci e condivisi, che rendano possibile un regolare scambio e confronto tra tutti i soggetti coinvolti, a livello locale, regionale e nazionale.** Una buona conoscenza dei servizi attivi sul territorio, da parte di chi eroga i servizi stessi, è fondamentale per poter fornire un supporto integrato in grado di rispondere al continuum dei bisogni dell'individuo ed effettuare degli interventi tempestivi e adeguati. Fanno parte delle linee guida IASC diversi strumenti per mappare i servizi esistenti, instaurare meccanismi di coordinamento inter-agenzia efficaci e sistematizzare i meccanismi di invio.

APPENDICE 3: Le linee di indirizzo inerenti ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale per l'utenza migrante.

Dal 2008, diverse linee di indirizzo sono state promosse a livello nazionale e locale per garantire interventi armonizzati nel campo della tutela, della presa in carico e della promozione della salute mentale dei minori e giovani migranti e dei rifugiati.

1. Linee di Indirizzo Nazionali per la salute mentale¹¹. Varate nel 2008 dal Ministero della Salute indirizzano le regioni a garantire gli interventi di prevenzione e promozione della salute mentale sul territorio, **favorendo l'accesso equo e senza ostacoli al sistema integrato dei servizi e riducendo al minimo le barriere tra sanitario e sociale.** Esse contengono specifiche disposizioni per la salute mentale in infanzia e adolescenza, e suggeriscono di affrontare questo tema in un'ottica di sistema che includa il sociale, l'educativo, il sanitario e che tenda a potenziare fattori protettivi ambientali, non agendo soltanto direttamente sul singolo. Riservano, inoltre, attenzione specifica alla popolazione migrante e con background migratorio, fascia di popolazione descritta come più incline a fattori stressanti che aumentano la probabilità di sviluppare condizioni di disagio psicologico e sociale. Di rilievo è anche l'attenzione posta nei confronti della promozione della salute di comunità e nel riconoscimento del territorio come arena in cui si gioca il processo di integrazione socio-sanitaria anche ispirata a standard transculturali volta a rimuovere tutte le barriere culturali e organizzative che possono limitare l'accesso e le cure dei migranti in tema di salute mentale.

2. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.¹²

Promosse dal Ministero della Salute nel 2017¹³, mirano a tutelare i richiedenti protezione

internazionale e i rifugiati in condizioni di particolare vulnerabilità e che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale in qualunque fase del percorso di riconoscimento di protezione e di accoglienza. Esse muovono dal presupposto che i richiedenti e i titolari di protezione internazionale rappresentino una popolazione potenzialmente esposta al rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche indotte dalla frequente incidenza di esperienze stressanti, profondamente dolorose o propriamente traumatiche. Forniscono indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati e uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione, la presa in carico e il trattamento di vittime di violenza intenzionale e di tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitario. Le linee guida indicano come **necessario l'approccio multidisciplinare, partecipato, integrato e olistico**, che prevede un percorso di assistenza ai/alle sopravvissuti/e che segue l'intera procedura di asilo e di accoglienza: **dall'individuazione, alla valutazione all'invio e alla presa in carico**. Stando al Decreto del Ministero della Salute del 3 aprile 2017 (art.1), le regioni e province autonome danno completa attuazione a quanto previsto nelle Linee Guida, emanando propri provvedimenti e ferma restando la loro autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

Sebbene alcuni progetti ministeriali finanziati dalla Programmazione Fondo Asilo e Immigrazione- FAMI, tra cui quelli presentati in questa mappatura, prevedono l'implementazione e l'operativizzazione delle Linee Guida, ad oggi, la loro applicazione resta carente¹⁴. In molti contesti territoriali non sono presenti percorsi per il riconoscimento e l'assistenza ai sopravvissuti di violenza intenzionale e, ove presenti, le professionalità con competenze in psichiatria post-traumatica e transculturale non riescono a coprire il bisogno esistente (Santone, 2021:45).

3. Linea guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" (a cura dell'Istituto superiore di Sanità – ISS, Società italiana di medicina delle migrazioni – Simm, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà – INMP¹⁵). Emanate nel 2017 con l'obiettivo di **armonizzare le pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali in materia di controlli sanitari a migranti e richiedenti protezione internazionale, al momento dell'arrivo in Italia, successivo allo sbarco e durante le fasi di accoglienza.** Il 10 maggio 2018 la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome le ha recepite con un accordo¹⁶. Le linee guida offrono a decisori, enti gestori dei centri di accoglienza e operatori sociosanitari raccomandazioni basate sulle evidenze e finalizzate ad uniformare misure e modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria e della tutela della salute dei migranti rispetto a condizioni patologiche giudicate rilevanti per l'individuo o per la sanità pubblica. **Il documento sottolinea la necessità di porre attenzione alla dimensione linguistica e socio-relazionale nei diversi setting di intervento, attraverso l'adattamento dei contenuti e della forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento. Inoltre, il documento suggerisce che il personale sociosanitario sia adeguatamente formato all'approccio transculturale e riceva supporto psicologico per gestire situazioni emotivamente stressanti.**

4. Le Linee di indirizzo per l'accoglienza nei Servizi residenziali per minorenni¹⁷, approvate in **Conferenza Unificata il 14 dicembre 2017**, stabiliscono che in ogni ambito regionale e territoriale, al di là delle forme di organizzazione definite in sede di programmazione regionale e locale, anche per l'accoglienza residenziale dei minorenni, **vada realizzata la piena integrazione degli interventi**

sociali e sanitari. Nello specifico, per i minorenni stranieri non accompagnati deve essere garantita particolare tutela, predisponendo un programma specifico di assistenza che assicuri **adeguate condizioni di accoglienza e di assistenza psicosociale, sanitaria e legale, e preveda soluzioni di lungo periodo, anche oltre il compimento della maggiore età.**

5. Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza¹⁸. Elaborate dal Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza istituito presso il Ministero della salute e approvate con Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019, le linee di indirizzo normano i servizi di risposta all'ampio gruppo di disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, che include sia i disturbi neurologici, sia i disturbi di sviluppo, sia i disturbi psichiatrici, per la maggior parte determinati da un complesso intreccio tra predisposizione genetica, vulnerabilità neurobiologica e variabili ambientali. Il documento guarda questi disturbi in modo unitario e approfondisce l'importanza di considerare la frequente compresenza di più disturbi nello stesso soggetto. Sottolinea, inoltre, quali debbano essere gli **elementi qualificanti dei percorsi di cura, ovvero tempestività, appropriatezza e specificità per età e per disturbo, condivisione e personalizzazione, globalità e integrazione, multi-professionalità e multidimensionalità, continuità longitudinale e trasversale, centralità della persona e della famiglia.** Il documento ha fornito la prima ricognizione sui dati inerenti all'accesso ai servizi, e sullo stato dei servizi a livello regionale con l'evidenziazione delle aree di maggiore carenza nelle risposte ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero.

Box 16 - L'applicazione delle Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza viste dalla ricerca quantitativa¹⁹

Il sondaggio on line, somministrato agli operatori dei servizi MHPSS operanti nelle regioni di analisi, ha rilevato la mancata conoscenza delle Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia. Alla domanda "La sua Regione ha recepito le Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza siglate tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali il 25 luglio 2019?" **l'85.5% del totale degli intervistati ha dichiarato di non essere in grado di dare risposta.**

Da ultimo, si segnalano le linee guida promosse da organizzazioni rilevanti che operano a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

6. Linee Guida "requisiti Minimi di Intervento per i minori stranieri non accompagnati"²⁰. Approvate dall'assemblea CISMAl nel 2019, e diffuse a maggio 2020, offrono risposte operative e di intervento volte a identificare e andare incontro alle esigenze dei MSNA, anche tenendo in considerazione la tutela della salute mentale. Una sezione specifica delle linee guida è dedicata alla rilevazione del benessere-malessere psicologico e alla modalità con cui gli operatori possono **individuare i fattori di rischio e la sintomatologia psicopatologica**, in particolare post-traumatica, di cui i MSNA potrebbero essere portatori.

7. Linee indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica²¹ nell'età evolutiva (Costa et al. 2014).

Pubblicato nel 2018 sotto il coordinamento della SINPIA, questo documento punta a delineare alcune linee di indirizzo clinico-organizzative di riferimento per operatori, gestori/organizzatori di servizi, decisori, familiari e utenti, che consentano una più appropriata gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza.

¹ Gli *Activate Talks* <<https://www.activatetalksitalia.com/>>, sono un format di UNICEF pensato per dare voce ad adolescenti e giovani e metterli a confronto con organizzazioni della società civile, istituzioni e settore privato: una serie di incontri su vari temi centrali nella vita quotidiana di ragazzi e ragazze, con un'attenzione particolare per coloro che affrontano situazioni di maggiore fragilità. Si tratta di un format i cui speaker sono adolescenti under 25, che portano la loro esperienza, i loro punti di vista e le loro raccomandazioni alla comunità adulta che lavora sui temi oggetto della Talk.

² Si veda <<https://onthemove.ureport.in/>>

³ Lesbiche, gay, bisessuali, transessuali (o trans), intersessuali (o intersessuali), sul modello dell'ingl. Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex.

⁴ Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, UNHCR, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, OIM, Fondazione ISMU, Università degli Studi Roma Tre e Università degli studi di Catania.

⁵ Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre in collaborazione con il Comitato Italiano per l'UNICEF, "La vita in famiglia ai tempi del Coronavirus" 2020 e UNICEF ECARO/UNICEF Innocenti Office of Research/ Comitato Italiano per l'UNICEF, "Vite a colori", 2021:

<<https://www.unicef.it/media/vite-a-colori-il-nuovo-rapporto-dell-unicef-sull-impatto-della-pandemia-su-bambini-e-adolescenti/>>.

⁶ Per citare alcune delle categorie interessate dai programmi formativi: educatori professionali e facilitatori di attività psicosociali, tutori volontari, famiglie affidatarie, ecc.

⁷ Si vedano i rilievi posti da Centro Nazionale Documentazione e Analisi Infanzia e Adolescenza, maggio 2021, 'Covid 2019 e adolescenza'; Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e Adolescenza, Gruppo Emergenza Covid 2019, Centro Nazionale Documentazione e Analisi Infanzia e Adolescenza, ottobre 2020, 'Contrastare l'Impatto della Pandemia su bambini/e e adolescenti'.

⁸ Si veda https://www.youngambassadorssociety.it/Y20_2021_Communique.pdf.

⁹ Possibili elementi che se non adeguatamente attenzionati possono comportare dei rischi o danni sono: lo stigma e la discriminazione associati all'uso di un servizio psicologico, una preparazione inadeguata delle attività psico-socio-educative, la formazione e supervisione degli operatori che offrono servizi psicosociali, la capacità degli operatori di riconoscere un disagio più profondo ed agire tempestivamente con un invio appropriato, le misure adottate nella tutela della privacy e la protezione di dati sensibili, l'utilizzo inappropriato di diagnosi psicologiche e neuro/psichiatriche, sensibilità dei servizi alle dimensioni di genere, età, cultura, ecc.

¹⁰ UNICEF 2018. 'Three-tiered support for children and families', <https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>

¹¹ Si veda <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf>.

¹² Si veda: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf. Per gli atti della Conferenza Stato regioni si rimanda a: <http://www.regioni.it/conferenze/2017/03/31/report-507231/>

¹³ <http://www.regioni.it/sociale/2017/04/06/conferenza-stato-regioni-del-30-03-2017-parere-sullo-schema-di-decreto-per-ladozione-di-linee-guida-per-la-programmazione-degli-interventi-di-assistenza-e-riabilitazione-nonche-per-il-tratta-508224/>

¹⁴ La Regione Lazio ha ripreso il documento nazionale seguendone l'impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale con la Delibera di Giunta Regionale n. 590 del 16 ottobre 2018, «Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale».

¹⁵ Si veda <https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf>.

¹⁶ Si veda l'accordo Stato Regioni, <http://www.regioni.it/news/2018/05/14/conferenza-stato-regioni-del-10-05-2018-accordo-sulle-linee-guida-i-controlli-alla-frontiera-la-frontiera-dei-controlli-controlli-sanitari-allarrivo-e-percorsi-di-tutela-per-i-mig-560981/>

¹⁷ Le linee guida sono il prodotto di un lavoro collegiale realizzato in seno a un tavolo istituzionale nazionale composto da rappresentanti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero della giustizia – Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dell'Associazione nazionale Comuni italiani, dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, e da esperti indicati dal Ministero. Si veda <https://www.minori.gov.it/sites/default/files/Linee_%20guida_accoglienza_181203.pdf>.

¹⁸ Si veda https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf

¹⁹ Questa survey è stata costruita e somministrata congiuntamente alla ricerca *Percorsi sospesi. Il benessere psicosociale dei minori stranieri non accompagnati e dei giovani migranti ai tempi del Covid-19 in Italia*, promossa da UNICEF ECARO. Nella survey una sezione ad hoc è stata dedicata ai "servizi di salute mentale e supporto psico-sociale per minori ed adolescenti migranti e rifugiati in Italia". I rispondenti totali sono stati 239 ma le risposte ritenute complete e valide 133, di cui 62 analizzabili nella sezione inerente ai servizi MHPSS.

²⁰ Commissione Scientifica 'Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza'. Si veda < <https://cismai.it/wp-content/uploads/2019/10/Requisiti20minimi20Salute20mentale20dei20MSNA.pdf>>.

²¹ L'emergenza psichiatrica è definita come condizione di alterazione acuta del pensiero, dell'umore, del comportamento o delle relazioni sociali tale da richiedere un intervento immediato, poiché la sintomatologia non è gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo e il paziente mette a rischio sé stesso/altri o mostra comportamenti distruttivi. Elemento determinante è che vi sia stato il fallimento di altri interventi meno restrittivi.

Bibliografia

- Accorinti, Marco, 'Accesso al sistema di welfare e ruolo degli operatori: quali cambiamenti nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati', *Sociologia e Ricerca Sociale*, 122.2, 2020, pp. 69-87.
- Accorinti, Marco, 'Minori stranieri non accompagnati e intervento sociale: l'Emergenza Nord Africa 2011', *IRPPS Working Papers*, 2013.
- AGIA, 'I movimenti dei MSNA alle frontiere settentrionali', 2020, <<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/movimenti-minori-stranieri-frontiere-settentrionali.pdf>>.
- AGIA, 'Rapporto di monitoraggio sul sistema della tutela volontaria', 2021, <<https://www.cnca.it/wp-content/uploads/2021/08/Terzo-Rapporto-monitoraggio-Agia.pdf>>.
- AGIA, 'Verso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali dei bambini e degli adolescenti', https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Documento_%20LEP_30mar15.pdf, 2015.
- Altin, Roberta, Giuliana Sanò, 'Richiedenti asilo e sapere antropologico', *Antropologia pubblica*, 3.1, 2017, pp. 8-34.
- Ambrosini, Maurizio, 'Networking, protesta, advocacy, aiuto: la società civile italiana e gli immigrati', *Mondi Migranti*, 3/2014, pp. 201-222.
- Ambrosini, Maurizio, 'NGOs and Health Services for Irregular Immigrants in Italy: When the Protection of Human Rights Challenges the Laws', *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 13.2, 2015, pp. 116-134.
- Anconelli, Marisa, Paolo Michiara e Tatiana Saruis, 'Un lungo «travaglio» istituzionale: sussidiarietà e dimensione territoriale del welfare. Autonomie locali e servizi sociali', 41.1, 2018, pp. 3-18.
- Arlotti, Marco, Stefania Sabatinelli, 'Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00', *Social Policies*, 7.3, 2020, pp. 357-374.
- Baraldi, Claudio, 'I fondamenti della mediazione interculturale e del ruolo del mediatore', *Sicurezza e Scienze Sociali*, 2013, pp. 66-80.
- Barbaro, Maria Grazia Foschino, et al., (ed.), *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza: Percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura*, FrancoAngeli, 2021.
- Bartholini, Maria Ignazia, *Professionisti dell'accoglienza in Sicilia: riflessività e consapevolezza in tema di violenza di prossimità*, 2019, 111-126.
- Belletti, M., M. Biggeri ed F. Ciani, 'Assessing multidimensional well-being and capabilities of migrants hosted in the Italian reception system', *Scienza e Pace*, XII (1), 2021, pp. 195-222.
- Bello, Barbara Giovanna, 'Intersezionalità: teorie e pratiche tra diritto e società', *Intersezionalità*, 2020, pp. 1-458.
- Belloni, Milena, et al, 'Mobilità e relazioni affettive: uno sguardo interdisciplinare 1', *Migrations Studies*, (212), 2018, pp. 499-512.
- Benassi, David, 'Disuguaglianze nell'accesso al welfare', in Daniele Checchi (a cura di), *Disuguaglianze diverse*, Il Mulino, Bologna, pp. 255-286.
- Beneduce, Roberto, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, 2007.
- Beneduce, Roberto, *Frontiere dell'identità e della memoria: etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, 2004.
- Benevelli, Luigi, 'Assistenza psichiatrica e Salute Mentale nella regione Europa', *Rivista sperimentale di freniatria*, 2008.
- Berman, Gabrielle, et al., 'What We Know about Ethical Research Involving Children in Humanitarian Settings: An overview of principles, the literature and case studies', *Innocenti Working Papers*, no. 2016-18.
- Bertin, Giovanni, Marta Pantalone, 'Comparing hybrid welfare systems: The differentiation of health and

-
- social care policies at the regional level in Italy', *Italian Sociological Review*, 8.1, 2018, pp. 1-23.
- Bestazza, R., 'Minori stranieri non accompagnati: percorsi di cura a Terrenuove', 2017, pp. 194-204.
 - Biggeri, Mario et al., 'Assessing multidimensional well-being and capabilities of migrants hosted in the Italian reception system', *Scienza e Pace*, XII (1), 2021, pp. 195-222
 - Boddy, Janet, et al., 'The Research Ethics Guidebook: A resource for social scientists, University of London', <<http://www.ethicsguidebook.ac.uk/>>
 - Bodini, Chiara, Salvatore Geraci, 'Network of Networks for Immigrants' Health', 2011, pp. 148-161.
 - Borkert, Maren, 'Moving out of the comfort zone: Promises and pitfalls of Interdisciplinary Migration Research in Europe', *Qualitative research in European migration studies*, Springer, Cham, 2018, pp. 57-73.
 - Bova, Maja, et al., *Promozione, protezione ed attuazione dei diritti dei minori*, Giappichelli, 2014, p. 102.
 - Campomori, Francesca, 'Il ruolo di policy making svolto dagli operatori dei servizi per gli immigrati', *Mondi migranti*, 1(3), 2007, pp. 83-106.
 - Campomori, Francesca, Marcello Feraco, 'Integrare i rifugiati dopo i percorsi di accoglienza: tra le lacune della politica e l'emergere di (fragili) pratiche socialmente innovative', *Rivista italiana di politiche pubbliche*, 13.1, 2018, pp. 127-157.
 - Carletti, Patrizia, 'Assistenza sanitaria agli immigrati tra diritti e violazioni. Il ruolo del Tavolo tecnico interregionale «Immigrati e servizi sanitari» *Rivista delle Politiche Sociali*, 2-3/2015.
 - Castelletti, Paolo, 'Le Linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza', *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 2, 2008, pp. 4-20.
 - Castiglioni, Marta, *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, FrancoAngeli, Milano, 1997.
 - Castro, Maria Pia, 'Le professioni in un approccio multidimensionale: il caso dell'assistente sociale', 2012, pp. 93-112.
 - Chettiparamb, Angelique, *Interdisciplinarity: a literature review. The Interdisciplinary Teaching and Learning Group*, Southampton, 2007; Moran Joe, *Interdisciplinarity: The New Critical Idiom*, Routledge, London, 2002.
 - Ciaschini, Ugo, Carla Moretti e Elena Spina, 'Formazione e operatività nel sociale: l'assistente sociale, l'educatore e l'operatore socio-sanitario', *Rivista trim. di Scienza dell'Amministrazione*, n. 3/2012, pp. 53-72.
 - CISMAL, 'Requisiti Minimi per la presa in carico dei minori stranieri non accompagnati', <https://cismai.it/wp-content/uploads/2019/10/opuscolo_MSNA_bassa.pdf, 2020>.
 - Codici ricerca e intervento, 'Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani', Rapporto di ricerca, 2021.
 - Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia, 'Osservazioni conclusive al quinto e sesto Rapporto periodico dell'Italia', 2019, traduzione non ufficiale a cura del Comitato Italiano per l'UNICEF in collaborazione con il Comitato Interministeriale per i Diritti Umani <<https://www.unicef.it/pubblicazioni/osservazioni-conclusive-comitato-onu-2019/>>.
 - Commissione europea, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni. Strategia dell'UE sui diritti dei minori, <<https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0142&from=en>>.
 - Costa, Stefano, et al., 'Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva', *G. Di Neuropsichiatria Dell'età Evol.*, 38, 2018, pp. 57-72.
 - Crenshaw, Kimberle, 'Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color', *Stan. L. Rev.*, 43, 1990, p. 1241.
 - Cross Terry, et al., 'Towards a Culturally Competent System of Care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed', Vol. 1., Georgetown University Child

-
- Development Center, Washington DC, 1989.
- Davidson, Brad, 'The Interpreter as Institutional Gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse', *Journal of sociolinguistics*, 4.3, 2000, pp. 379-405.
 - De Michiel, Francesca, 'La protezione e l'inserimento lavorativo dei minori stranieri non accompagnati', *Lavoro e diritto*, 34.1, 2020, pp. 89-115.
 - Dell'Aversana, Giuseppina, Bruno Andreina, 'Servizi sanitari culturalmente competenti: prospettive emergenti nel contesto italiano: uno studio esplorativo', 2018, pp. 115-136
 - Dellavalle, Marilena, Elena Allegri, 'Complessità e interdisciplinarietà: l'apporto del servizio sociale nel sistema di tutela dei minorenni', 2021, pp. 51-60.
 - Demaria, Cristina, 'Intersezionalità e femminismo transnazionale tra costruttivismo, post-strutturalismo e 'performance' epistemologiche', *Scienza & Politica. Per una storia delle dottrine*, 28.54, 2016. pp. 71-85, disponibile a <https://scienzaepolitica.unibo.it/article/download/6219/5987>.
 - Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre in collaborazione con il Comitato Italiano per l'UNICEF 'La vita in famiglia ai tempi del Coronavirus', 2020.
 - Esposito, Maurizio, 'La mediazione interculturale: traiettorie sociologiche', in Esposito, M. e S. Vezzadini, a cura di, *La mediazione interculturale come intervento sociale*, pp. 17-34, FrancoAngeli, Milano, 2011.
 - Fazzi, Luca, 'Social workers' views on community involvement in child protection work in Italy', *Child & Family Social Work*, 24.1, 2019, pp. 1-8.
 - Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, 'Alone and Unsafe: Children, migration, and sexual and gender-based violence', IFRC, 2018.
 - Fiorini, Maria, Eleonora Grossi, 'Il lavoro di assistente sociale con i minori', *SOCIOLOGIA URBANA E RURALE*, 2003, pp. 141-155.
 - Fondazione ISMU, A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia. UNICEF, UNHCR e OIM, 2019, Roma.
 - Fontanari, Elena, 'Soggettività en transit. (Im)mobilità dei rifugiati in Europa tra sistemi di controllo e pratiche quotidiane di attraversamento dei confini', *Mondi Migranti*, 28, 1, 2016, pp. 39-60.
 - Forcella, Emanuela, Erica Eugeni e Giancarlo Santone, 'Prevenzione e contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Un progetto realizzato con le donne del Corno D'Africa a Roma', *Quaderni del SaMiFo*, n.1, Donne Migranti, pdf su <<https://www.aslroma1.it>>.
 - Gatta, Rosaria, Maria Concetta Segneri, 'Riflessioni sul sistema di protezione italiano: l'etnografia incontra la psicologia clinica nel sistema sanitario', *Mondi migranti*, 2, 2017, pp. 161-181.
 - Gavioli, Laura, *La mediazione linguistico-culturale: una prospettiva interazionista*, Guerra, Perugia, 2009.
 - Geraci, Salvatore, 'Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso', *SALUTE E SOCIETÀ*, 2004.
 - Geraci, Salvatore, Chiara Bodini, 'Networks of Networks for Immigrants' Health', *SALUTE E SOCIETÀ*, 10 (2), 2011, pp. 148-161.
 - Geraci, Salvatore, Issa El Hamad, 'Accessibilità dei migranti ai servizi sanitari: luci ed ombre', *Italian Journal of Public Health*, 8.3, Suppl. 3, 2011, pp. 12-20.
 - Giliberti, Luca, Luca Queirolo Palmas, 'La condizione giovanile migrante fra riproduzione e resistenza', *Mondi Migranti*, 2014, pp. 25-30.
 - Hadjicharalambous, Demetris, Stavros Parlalis, 'Migrants' Sexual Violence in the Mediterranean Region: A Regional Analysis', *Sexes*, 2.3, 2021, pp. 305-314.
 - Huemer, Julia, et al., 'Mental Health Issues in Unaccompanied Refugee Minors. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health', 3.1, 2009, pp. 1-10.
 - IASC 2014 RECOMMENDATIONS FOR CONDUCTING ETHICAL MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL RESEARCH IN EMERGENCY SETTINGS, https://publications.iom.int/system/files/pdf/iasc_mental_health_2014.pdf

-
- IASC, 'Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings', 2007, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>.
 - Inglese, Salvatore, Miriam Gualtieri, 'Metodologia ed epistemologia clinica per la salute mentale transculturale', 2015, pp. 57-68.
 - Iori Vanna, 'Educatori socio-pedagogici: firmato il decreto per gli ambiti della salute', 2 novembre 2021, <<http://www.vita.it/it/article/2021/11/02/educatori-socio-pedagogici-firmato-il-decreto-per-gli-ambiti-della-sal/160917/>>.
 - Kazepov, Yuri (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Roma, 2009, Carocci.
 - Kobelinsky Carolina, 'Lo spettro delle espulsioni. Conflitti e dilemmi morali nell'accoglienza dei richiedenti asilo in Francia', *Lares Quadrimestrale di studi demotnoantropologici*, 77, 1, 2011, pp. 95-112.
 - Leal, Isabel, Catarina Ramos, 'Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A literature review about related factors and application contexts', *Psychology, Community & Health*, 2.1, 2013 <<https://pch.psychopen.eu/article/view/39/html#r48>>.
 - Long, Joëlle, 'Tutori volontari di minori stranieri non accompagnati. Materiali per l'informazione e la formazione', 2018, <https://www.anci.piemonte.it/wpcontent/uploads/2018/04/Long_Tutori_Minori_Stranieri_Non_Accompagnati_eBOOK_per_Open_Access_2018.pdf>.
 - Luster, Tom, et al., 'Successful Adaptation among Sudanese unaccompanied minors: Perspectives of youth and foster parents', *Childhood*, 17.2, 2010, pp. 197-211.
 - Maino, Franca e Maurizio Ferrera (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2015.
 - Marchetti, Chiara, 'Le sfide dell'accoglienza: passato e presente dei sistemi istituzionali di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia', *Meridiana*, 86, pp. 121-143.
 - Marchetti, Chiara, Michele Manocchi, 'Introduzione. Rifugiati in transito attraverso l'Europa', *Mondi Migranti*, 2016.
 - Maretti, Mara, *Welfare locali. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano, 2008.
 - Martelli, Alessandro, 'Verso una nuova governance locale delle politiche sociali? Autonomie locali e servizi sociali', 1, 2007, pp. 97-108.
 - Martinelli, Flavia, 'I divari Nord-Sud nei servizi sociali in Italia. Un regime di cittadinanza differenziato e un freno allo sviluppo del Paese', *Rivista economica del Mezzogiorno*, Trimestrale della Svimez 1/2019, pp. 41-80.
 - Mead, Margareth, *L'adolescenza in Samoa*, Editrice universitaria, 1954.
 - Mela, Alfredo, 'La salute mentale dei migranti: problemi, approcci, contesti', 2013, pp. 27-42.
 - Menjivar, Cecilia, Krista M. Perreira, 'Undocumented and unaccompanied: children of migration in the European Union and the United States', *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45.2, 2019, pp. 197-217.
 - Ministero dell'Interno, 'Vademecum Operativo per la presa in carico dei MSNA', 2021, https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2021-03/vademecum_operativo_per_la_presa_in_carico_e_laccoglienza_dei_msna_def.pdf
 - Monacelli, Nadia, Laura Fruggeri, 'Soli ma non isolati: rete connettiva e fattori di resilienza nei vissuti dei minori stranieri non accompagnati', *Rassegna di Psicologia*, 29.1, 2012, pp. 29-48.
 - Morin, Edgar, 'Interdisciplinarité et transdisciplinarité', *Transversales Sciences/Cultures*, vol. 29, 1994, pp. 4-8.
 - Morin, Edgar, 'Sur l'interdisciplinarité', *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires*, vol. 2, 1994b, (<http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>)
 - Nathan, Tobie, Inglese, Salvatore, *Principi di etnopsicoanalisi*. Bollati Boringhieri, 1996.
 - Nathan, Tobie, *L'étanger: Ou le pari de l'autre. Autrement*, 2014.
-

-
- Neri, Stefano, 'Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia', *Autonomie locali e servizi sociali*, 43.2, 2020, pp. 239-255.
 - Ni Raghallaigh Muireann, Robbie Gillian, 'Active Survival in the Lives of Unaccompanied Minors: Coping strategies, resilience, and the relevance of religion', *Child & Family Social Work*, 15.2, 2010, pp. 226-237.
 - OCSE (2021), 'Applying Evaluation Criteria Thoughtfully', OECD Publishing, Paris, <<https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>>.
 - Ortensi, Livia., 'L'immigrazione in Europa', *Ventiquattresimo Rapporto sulle migrazioni 2018*, FrancoAngeli, Milano, 2018.
 - Osborne, Stephen P., (ed.), *The third sector in Europe: Prospects and challenges*, Routledge, 2008.
 - Pagano, Dario, 'Il lavoro dei minori stranieri non accompagnati: sfruttamento economico e forme di vulnerabilità', *Psicologia di Comunità*, Fascicolo 1, FrancoAngeli, 2016, pp. 69-78.
 - Papadopoulos, Renos K., 'Refugees, trauma and adversity-activated development', *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9.3, 2007, pp. 301-312.
 - Pasian, Pamela, Angela Maria Toffanin, 'Richiedenti asilo e rifugiate nello Sprar: contraddizioni nel sistema d'accoglienza', *Mondi Migranti*, 2018, pp. 127-145.
 - Pasquarelli, Emanuela, 'Trauma complesso e migrazione. Mohamed', *PSICOBETTIVO*, 2, 2018 pp. 125-130.
 - Pestoff, Victor Alexis, Taco Brandsen and Bram Verschuere, (ed.), *New public governance, the third sector and co-production*, Routledge, London, 2012.
 - Rete Sai, 'Strutture e tipologie di accoglienza per MSNA', 2018, <<https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2018/02/MSNA-scheda-strutture.pdf>>.
 - Rigo, Enrica, 'Donne attraverso il Mediterraneo. Una prospettiva di genere sulla protezione internazionale', *Politeia*, 124, 2016, pp. 82-94.
 - Rosignoli, Angela, 'Lavorare bene nei servizi sociali fra risorse scarse e vincoli crescenti', *Minori giustizia: rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia*, 3, FrancoAngeli, 2018, pp. 53-59.
 - Rossi, Stefano, 'La salute mentale nell'ordinamento costituzionale italiano', *Boletín mexicano de derecho comparado* 49.145 (2016): 0-0.
 - Rostirolla, Daria, 'Adolescenza, migrazione e intervento psicosociale: l'esperienza del Centre F. Minkowska di Parigi', *Psicologia di Comunità*, Fascicolo 1, FrancoAngeli, 2016, pp. 11-20.
 - Saglietti, Marzia, '«Il problema è contenerli»: minori stranieri non accompagnati e operatori delle comunità per minori', *Rassegna di Psicologia*, 29.1, 2012, pp. 49-62.
 - Sanfelici, Mara, Barry Wellman e Silvana Mordegli, 'Unaccompanied minors' needs and the child welfare response', *Journal of Social Work*, 21.6, 2021, pp. 1533-1552.
 - Santone Giancarlo, in IPRS, 'LINEE DI INDIRIZZO PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI FORZATI', 2021, <https://www.iprs.it/wp-content/uploads/2018/09/Report-PsychCare-ITA-10_20.pdf>.
 - Saquella, Serena, Stefano Volpicelli, *Migrazione e sviluppo: una nuova relazione?*, Edizioni Nuova Cultura, aprile 2012.
 - Save the Children, 'Struggling to Survive: Unaccompanied and separated children travelling the Western Balkans Route', 2020, <<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/struggling-survive-unaccompanied-and-separated-children-travelling-western-balkans-route/>>.
 - Sayad, Abdelmalek, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, 2002.
 - Sayad, Abdelmalek, *The suffering of the immigrant*, John Wiley & Sons, 2018.
 - Scivoletto, Chiara, 'I minori stranieri non accompagnati Progetti di inclusione e interventi istituzionali', *Sicurezza e scienze sociali*, 2013

-
- Scivoletto, Chiara, 'I minori stranieri non accompagnati. Progetti di inclusione e interventi istituzionali' *Sicurezza e scienze sociali*, 2013.
 - SIPROIMI, 'Atlante SAI', 2020, <https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2021/06/Rapporto-SIPROIMI_SAI_leggero.pdf>.
 - Smith, Darren, 'Population geography I: Human trafficking', *Progress in Human Geography*, 42 (2), 2018, pp. 297-308.
 - Sorgoni, Barbara, a cura di, *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, Cisu, Roma, 2011.
 - Taliani, Simona, Francesco Vacchiano, *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Unicopli, 2006.
 - Tedeschi, Richard G., 'The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework', *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 2006, pp. 3-23.
 - Tedeschi, Richard G., Lawrence G. Calhoun, 'Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence', *Psychological inquiry*, 15.1, 2004, pp. 1-18.
 - Terre des Hommes, 'Guida al modello FARO', 2017, <<https://terredeshommes.it/download/GuidaFARO-2017.pdf>>.
 - Terre des Hommes, *Guida Psicosociale Per Operatori impegnati nell'accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati*, 2016.
 - Tognetti Bordogna, Mara, 'Accesso ai servizi sanitari e costruzione della cittadinanza dei migranti', *Autonomie locali e servizi sociali*, 35(1), 2012, pp. 111-124.
 - Tognetti Bordogna, Mara, 'Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati', *Cambio*, Anno III, Numero 5/Giugno 2013, pp. 59-72.
 - Turco, Livia, 'La legge 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi» venti anni dopo', *Social Policies*, 7.3, 2020, pp. 507-524.
 - UNHCR, AGIA, 'L'ascolto e la partecipazione dei Minori Stranieri non Accompagnati in Italia', 2019, <<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/report-agia-unhcr-finale.pdf>>.
 - UNHCR, Ministero dell'Interno, 'Manuale per operatori dei Centri di Accoglienza', 2021, <Manuale-Operatori-Centri-di-accoglienza-per-minori-stranieri-non-accompagnati.pdf (unhcr.org)>
 - UNICEF Office of Research-Innocenti, 'Ethical Research Involving Children', *Innocenti Publications*, 2013.
 - UNICEF, IOM, 'Harrowing Journeys, Children and youth on the move across the Mediterranean Sea', Geneva, 2017.
 - UNICEF, IOM, UNHCR, 'Refugee and Migrant Children in Europe Accompanied, Unaccompanied and Separated. Overview of Trends January to December 2020', 2021, <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Refugee%20and%20Migrant%20Children%20in%20Europe%20-%20Accompanied%2C%20Unaccompanied%20and%20Separated%20-%20Overview%20of%20Trends%20%28January%20-%20December%202020%29.pdf>>.
 - UNICEF, UNHCR, OIM, Fondazione ISMU, Università degli Studi Roma Tre e Università degli studi di Catania, 'A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia', 2019.
 - UNICEF, Washington University in St. Louis, 'Non ero al sicuro in casa sua. La pandemia di Covid- 19 e la violenza contro le ragazze e le donne rifugiate in Italia', Roma, 2022.
 - United Nations Children's Fund ECARO/UNICEF Innocenti Office of Research/ Comitato Italiano per l'UNICEF, 'Vite a colori', 2021, <<https://www.unicef.it/media/vite-a-colori-il-nuovo-rapporto-dell-unicef-sull-impatto-della-pandemia-su-bambini-e-adolescenti/>>.
 - United Nations Children's Fund, 'Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings', 2019, <<https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>>.
 - United Nations Children's Fund, 'Operational Guidance Community-based Mental Health and

-
- Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families, 2019.
- United Nations Children's Fund, 'Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families', 2018, <<https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>>.
 - United Nations Children's Fund, 'Percorsi sospesi. Il benessere psicosociale dei minori stranieri non accompagnati e dei giovani migranti ai tempi del Covid-19 in Italia', 2021.
 - United Nations Children's Fund, 'Promising practices in Social Protection for children', 2016.
 - United Nations Children's Fund, 'The Strategic Guidance Note on Institutionalizing Ethical Practice for UNICEF Research', 2013.
 - United Nations Children's Fund, 'Come rendere visibile l'invisibile. L'identificazione delle minori straniere non accompagnate in Bulgaria, Grecia, Italia e Serbia', 2019.
 - United Nations Children's Fund, 'The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health', October 2021.
 - Vacchiano Francesco, 'Frontiere della vita quotidiana: pratiche di burocratica violenza nell'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati', in Vailati Alex, *Un rifugio all'esclusione. L'accoglienza non istituzionale dei richiedenti asilo a Torino, L'Harmattan Italia, Torino*, 2011, pp. 171-179.
 - Vacchiano, Francesco, 'Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia', *Antropologia* 5.5, 2005.
 - Vacchiano, Francesco, 'Discipline della scarsità e del sospetto: Rifugiati e accoglienza nel regime di frontiera', *Lares*, 77.1, 2011, pp. 181-198.
 - Vacchiano, Francesco, 'Interdisciplinarity at work. Ethnopsychiatry, migration and the global subject', in *Nair Parvati and Bloom Tendayi R., Migration across Boundaries: Linking Research to Practice and Experience*, Ashgate, London, 2015, pp. 135-161.
 - Vacchiano, Francesco, 'Minori che migrano soli: strategie di movimento e progetti di confinamento'.
 - Valtolina, Giovanni G., (ed.) 'I minori stranieri non accompagnati in Italia: sfide e prospettive', McGraw-Hill Education, 2014.
 - Van Reisen, Mjriam, 'The involvement of unaccompanied minors from Eritrea in human trafficking', 2016.
 - Vercillo, Emilio, Santone Giancarlo, 'Alcune riflessioni in tema di Salute Mentale nei Migranti Forzati: l'esperienza del centro SaMiFo', 2018, <https://www.nuovaciviltadellemacchine.it/wp-content/uploads/2018/05/Chiara-Bodini-sistema_salute-61-3.pdf>.
 - VERVLIET, Marianne, et al. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry*, 2014, 23.5: 337-346
 - WHO, 2011. Mental health Policy project. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66907/WHO_NMH_MSD_MPS_01.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - World Health Organization (WHO), 'Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice', 2005, Geneva.
 - Zanfrini Laura, 'Migrazioni Forzate' Fascicolo 2021, 2 – aprile-giugno 2021, <https://www.dizionariodottrinasociale.it/Voci/Migrazioni_forzate.html>.
 - Zanfrini, Laura, 'Bambine, Bambini e Adolescenti nei processi migratori', *Studi Emigrazione*, 55(209), 2018.
 - Zani, Bruna, 'L'intervento psico-sociale, psicologia di comunità e psicologia della salute', 2008, pp. 1000-1012.
 - Zannoni, Federico, 'Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione', *Journal of Health Care Education in Practice*, 2.1, 2020.
 - Zorzetto, Sergio, 'Analisi etnopsichiatrica dei conflitti identitari nel regime di frontiera dell'accoglienza ai richiedenti asilo e rifugiati', *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Rivista online di psichiatria*, 14, 2017.

UNICEF Europe and Central Asia
Regional Office – Italy Outpost
Via Palestro 68, 00185 Rome Italy
Telephone: +39.06.478091
www.unicef.org/eca/

©UNICEF
Aprile 2022

unicef 
per ogni bambino