



**Regione Puglia**

**“Ricerca-azione per la presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA”**

**REGIONE PUGLIA –ARESS Puglia**

**REPORT ATTIVITÀ**

## **INTRODUZIONE**

Contestualizzazione del fenomeno.....	p.4
Obiettivi e finalità .....	p.6
Metodologia.....	p.7

## **CAPITOLO 1. SCENARIO DI RIFERIMENTO DEFINIZIONE E DIMENSIONE DEL FENOMENO MSNA IN ITALIA E IN PUGLIA**

1.1 - La vulnerabilità: fattori di rischio e di protezione.....	p.11
1.2 - Dimensione del fenomeno MSNA su base nazionale e regionale, dati al 2017 .....	p.13

## **CAPITOLO 2. I RISULTATI DEL LAVORO DI RICERCA**

2.1 - L'analisi del contesto degli ambiti territoriali 3.2 le interviste a campione ai servizi sociali territoriali .....	p.19
2.2 - L'accertamento della minore età.....	p.29

## **CAPITOLO 3. LA PRESA IN CARICO PRECOCE DELLE VULNERABILITA' DEI MSNA. IL PERCORSO OPERATIVO**

3.1 - Dalle linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età alla presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA .....	p.39
3.2 - Il ruolo della comunità di accoglienza come rilevatore del bisogno .....	p.42
3.2.1 Gli strumenti per l'attività di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità dei MSNA.....	p.44
3.2.2 La formazione degli operatori .....	p.45
3.3 - Primo livello: l'équipe integrata multidisciplinare territoriale .....	p.47
3.4 - Attività di monitoraggio nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA .....	p.49
3.5 - Secondo livello: Centri di riferimento specialistici per la cura del trauma interpersonale.....	p.50
3.6 - III livello: Centro di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi precoce e la cura delle condizioni di violenza all'infanzia .....	p.50
Allegato A: Dati sulla salute per l'emersione delle vulnerabilità.....	p.52
Allegato B: Scheda Anamnestica del MSNA. Profilo del MSNA.....	p.55

## **CAPITOLO 4. LE BUONE PRASSI NELLA REGIONE PUGLIA: DALLA RICERCA ALLA PRESA IN CARICO**

4.1 Costruire la Salute altrove: l'approccio transculturale dell'équipe GIADA .....	p.59
4.2 Indagine esplorativa sullo stato di salute dei MSNA con particolare attenzione al rapporto tra trauma, esiti psicopatologici. Risultati preliminari.....	p.60
4.2.2. Obiettivi della ricerca .....	p.63
4.2.3. Partecipanti .....	p.64
4.2.4. Strumenti .....	p.65
4.2.5. Procedura .....	p.66
4.2.6. Risultati preliminari obiettivo 1 (t1) .....	p.67
4.3 Accertamento sociosanitario per l'età degli MSNA: la Commissione Multidisciplinare GIADA .....	p.68
4.4 La presa in carico integrata delle vittime minorenni con mutilazioni genitali femminili (MGF).....	p.72
Allegato C: Commissione multidisciplinare per accertamento sociosanitario su MSNA.....	p.76

STRUMENTI DI RICERCA .....	p.81
BIBLIOGRAFIA .....	p.93

## CREDITS

La redazione del documento è stata curata da:

**Carla Izzi:** Sociologa e dottore di ricerca in Sociologia della vita quotidiana e metodologie qualitative. Ha svolto attività di ricerca su tematiche di Welfare presso l'Università del Salento. Ha lavorato presso l'Assessorato al Welfare, regione Puglia. Ha lavorato, come consulente su una progettualità inerente i MSNA, presso l'Agenzia regionale per la sanità e il sociale della regione Puglia (AReSS).

**Irene Pellizzaro:** Assistente sociale, esperta in diritti e tutela dei MSNA. Ha svolto attività di coordinamento e accoglienza in strutture per minori. Ha lavorato presso l'Agenzia regionale per la sanità e il sociale della regione Puglia e come consulente per la progettazione dei piani formativi socio-sanitari e di progetti europei.

**Maria Grazia Foschino Barbaro:** Dirigente Psicologo Responsabile U.O.S.D. Psicologia e responsabile scientifico GIADA e Commissione Multidisciplinare per accertamento sociosanitario dell'età su MSNA - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII Bari; Coordinatore Commissione Scientifica Cismai "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza"; Direttore Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva A.I.P.C. Bari

**Grazia Tiziana Vitale:** Dirigente Psicologo U.O.S.D. Psicologia - GIADA, e case manager Commissione Multidisciplinare per accertamento sociosanitario dell'età su MSNA - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII; componente Commissione Scientifica Cismai "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza"

**Domenica De Iaco:** Assistente sociale U.O.S.D. Psicologia - GIADA, e case manager Commissione Multidisciplinare per accertamento sociosanitario dell'età su MSNA - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII

**Alessandro Taurino:** Professore Associato di Psicologia Clinica dell'Università di Bari - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione; componente Commissione Scientifica Cismai "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza"

**Giulia Sannolla:** Referente per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e tutela minori presso il Servizio Minori, Famiglie e Pari Opportunità - Regione Puglia

**Francesca Zampano:** Dirigente Servizio Minori, Famiglie, Pari Opportunità - Regione Puglia

## INTRODUZIONE

### Contestualizzazione del fenomeno

Il fenomeno migratorio, nell'ultimo secolo ha assunto dimensioni non trascurabili tanto che l'agenda politica sia del governo centrale che dei governi locali è sempre più centrata sulla risoluzione dei problemi ad esso connessi. Si tratta di un fenomeno molto complesso caratterizzato da una molteplicità di aspetti: sociali, politici, economici, che condizionano la vita delle persone tanto da determinarne la scelta di lasciare il loro paese.

Inoltre, tali flussi migratori si caratterizzano oramai da molti anni dalla presenza di minori stranieri non accompagnati, minori che non hanno cittadinanza dello Stato in cui fanno ingresso e che sono privi dell'assistenza dei genitori o di altri adulti per loro legalmente responsabili. Infatti, con l'espressione "minore non accompagnato", in ambito europeo e nazionale, si fa riferimento allo straniero (cittadino di Stati non appartenenti all'Unione europea e apolide), di età inferiore ai diciotto, che si trova, per qualsiasi causa, nel territorio nazionale, privo di assistenza e rappresentanza legale (art. 2, D.Lgs. n. 142/2015 e art. 2, L. n. 47/2017)<sup>1</sup>.

Secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, nella prima metà del 2017 (anno in cui si è implementata la presente ricerca), i MSNA erano poco più di 18.000 mila, con un aumento del 36% rispetto al 2016 e del 106% rispetto al 2015. Successivamente gli arrivi sono diminuiti tanto che i dati rilevano nel 2018 una presenza di 13.151 MSNA e a giugno 2019 una presenza di 7.272 MSNA, un decremento di grossa rilevanza, decremento che può in parte essere attribuito all'approvazione del DL n.113/2018<sup>2</sup>, anche se i flussi migratori per loro natura subiscono variazioni, essendo fenomeni altamente complessi e condizionati da molteplici cause. Oltre i numeri rimane comunque il problema del "sistema accoglienza" di minori soli, soggetti in condizione di vulnerabilità, spesso con biografie complesse, con esperienze pre-migratorie di sofferenza, di violenza, di povertà, di guerra, con esperienze migratorie caratterizzate da viaggi estenuanti e rischiosi, da permanenze prolungate in campi profughi, e con esperienze post-migratorie complesse, fatte di difficoltà di integrazione, da cambi di abitudini, da un'accoglienza fragile.

Inoltre, non va dimenticato che si tratta di soggetti adolescenti che vivono il processo di costruzione dell'identità e nel caso di questi soggetti il processo di costruzione dell'identità diviene un terreno di possibili ostacoli, di rischi e di sofferenze psicologiche. Il minore migrante solo, si trova spesso confuso tra appartenenze differenti che deve tentare di ricomporre per dare continuità e

---

<sup>1</sup>Camera dei Deputati (2019), *Minori stranieri non accompagnati*, Servizio Studi, XVIII Legislatura, <https://www.camera.it>

<sup>2</sup> Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata.

coerenza al proprio Io e, spesso, le conseguenze sono rappresentate da stati di frustrazione, di ansia, di estraneità, stati di stress e di sovraccarico emotivo.

La Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989, impone una considerazione primaria del "superiore interesse del minore" (art. 3) come principio guida di ogni decisione della pubblica amministrazione, del sistema giudiziario, degli organi legislativi e delle istituzioni private. Nel garantire questi diritti ai minori non accompagnati fuori dal proprio paese di origine, gli Stati devono quindi considerarne la condizione "particolarmente vulnerabile": essi corrono un rischio maggiore di essere sfruttati e sottoposti ad abusi, di non poter accedere alla rappresentanza legale, ad un'appropriata identificazione e determinazione dell'età, al cibo, all'alloggio e agli altri diritti<sup>3</sup>.

Questo segmento di soggetti migratori ha, dunque, aperto numerosi dibattiti sulla particolare condizione di fragilità e vulnerabilità, e numerosi interrogativi sul sistema dell'accoglienza, tra i quali quelli relativi alle procedure per l'accertamento della minore età, alla salvaguardia della salute mentale, alla necessità di garantire un sistema di presa in carico efficace di natura socio-sanitaria. Del resto, studi sull'argomento evidenziano che nella cura della salute mentale dei migranti, è utile considerare la migrazione come un evento ad alta intensità emotiva, capace di avere un impatto notevole sull'attività psichica dei soggetti, qualcosa di simile a un trauma, un trauma quasi di tipo "iniziativo", capace, se ben superato, di portare a una crescita positiva della persona, ma tuttavia impegnativo da affrontare<sup>4</sup>.

Lo stesso ordinamento italiano con l'approvazione della l. n. 47/2017 (c.d. "legge Zampa") ha voluto definire un sistema di protezione e di inclusione uniforme, modificando la normativa precedente alquanto lacunosa, introducendo nuovi meccanismi per rafforzare gli strumenti di tutela per i minori stranieri soli, in special modo quelli della salute, anche se, è ancora troppo evidente lo scollamento tra la gli aspetti normativi e le pratiche dell'accoglienza. L'allineamento delle prassi alla nuova normativa procede a macchia di leopardo sul territorio nazionale, dove si continua ad assistere a prassi disomogenee e a lungaggini burocratiche, ad iter diversi da territorio a territorio, che impediscono ancora a tanti MSNA il pieno godimento dei loro diritti, l'effettiva protezione e l'inclusione sociale dei minori<sup>5</sup>. Inoltre, va detto, come emerge dal rapporto ANCI sulle politiche di accoglienza dei MSNA che finora ogni realtà territoriale, ha sviluppato prassi diversificate nella gestione diretta dei minori stranieri non accompagnati soffrendo per la difficoltà nei rapporti, in termini di rapidità, efficienza e concertazione, con i vari soggetti coinvolti nel percorso di protezione e tutela del minore. "In questi anni, sino alla realizzazione del Programma nazionale di

---

<sup>3</sup> Save The Children, (2017), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati*.

<sup>4</sup> Aragona M, Geraci S, Mazzetti M. (2014) (a cura di), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendragon, Bologna.

<sup>5</sup> Save The Children, (2017), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati*.

protezione minori stranieri non accompagnati (avviato nel 2008 e concluso nel 2011), i Comuni italiani sono stati costretti ad affrontare da soli le problematiche relative alla gestione e presa in carico dei minori stranieri non accompagnati. In particolare si sono fatti carico dell'assenza di procedure standardizzate a livello nazionale, della mancanza di un adeguato raccordo interistituzionale, dell'assenza di qualsiasi sostegno dal governo centrale all'elaborazione e implementazione delle politiche, e della mancanza di strumenti e risorse sufficienti, per poter seguire adeguatamente la gestione dei singoli casi"<sup>6</sup>.

A partire da queste premesse, la Regione Puglia, che più di altre regioni, si è trovata a fronteggiare l'emergenza MSNA (ricordiamo che nel 2017 la Puglia è la sesta regione per presenza di MSNA), ha deciso di attivare un progetto di ricerca-azione, sul tema della presa in carico dei MSNA, mirando contestualmente alla conoscenza dei fenomeni e all'intervento. Il percorso di ricerca s'inserisce in un processo evolutivo dei servizi e degli interventi a favore dei MSNA che ha visto, e vede, la Regione Puglia impegnata nel promuovere e sostenere progettualità sperimentali di diversa natura e livello, tutte orientate a migliorare non solo la qualità delle accoglienze ma, soprattutto, la qualità degli interventi di sostegno a favore dei MSNA, con finalità anche, e soprattutto, di prevenzione.

### **Obiettivi e finalità**

L'obiettivo primario che il progetto ha inteso percorrere, è mettere a sistema 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.

Un processo, quindi, che ha come obiettivo la tutela dei diritti fondamentali del minore migrante solo, la tutela e promozione della salute, il raggiungimento del suo benessere fisico, sociale e psicologico. Si tratta dunque di implementare un modello efficace ed efficiente di presa in carico precoce, integrato e multidisciplinare in grado di rispondere all'esigenza di garantire la piena emersione, valutazione, trattamento, e cura psicosociale del MSNA.

La finalità dell'implementazione di un modello operativo di presa in carico precoce delle vulnerabilità, è quella di promuovere e rafforzare le capacità istituzionali dei soggetti coinvolti nella presa in carico, per favorirne l'integrazione e assicurarne la tutela della salute. Mirare dunque ad una *governance* più efficace per garantire il pieno accesso ai servizi socio sanitari offerti, la piena integrazione sociale, ovvero il pieno riconoscimento dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione Italiana primi fra tutti il diritto alla salute.

---

<sup>6</sup> Giovannetti, M. (2016) (a cura di), *VI rapporto 2016. I Comuni e le politiche di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. Un'analisi longitudinale a guida dei percorsi futuri*, Cittalia, Fondazione ANCI ricerche, p.15.

La definizione progettuale ha previsto l'utilizzo dell'approccio metodologico della "ricerca azione", un approccio metodologico il cui obiettivo è quello di migliorare una situazione problematica attraverso una progettazione partecipata di interventi da avviare come progettualità pilota, da estendere, successivamente, all'intero territorio regionale. Il percorso operativo proposto tiene conto dell'evoluzione legislativa recente (Legge n. 47 del 2017), delle esperienze operative dei vari attori sociali e sanitari coinvolti nel sistema di accoglienza, nonché della DGR Puglia 1878/2016 sulla presa in carico dei minori vittime di violenze e maltrattamenti e delle Linee di indirizzo nazionali e sovranazionali in materia di vulnerabilità dei MSNA. Si è cercato, dunque, di definire un sistema da co-costruire in forma inter-istituzionale attraverso la definizione di politiche, prassi e procedure uniformi, mirate e specifiche. Il presente report illustra le modalità con cui sono state condotte le attività progettuali, fornendo uno spaccato del percorso di lavoro, delle metodologie utilizzate, della condivisione di dati e strumenti con gli attori istituzionali e del mondo dell'università e della ricerca, con i quali sono stati condivisi gli obiettivi e le finalità del progetto.

## **Metodologia**

La ricerca-azione è un approccio metodologico introdotto da Kurt Lewin negli anni 40. Lewin è stato il primo ad adottare il termine *action research*, per dimostrare la connessione tra l'indagine scientifica e la soluzione di problemi concreti; successivamente il modello lewiniano è stato soggetto a ulteriori interpretazioni e sviluppi. Si tratta di un approccio ampiamente impiegato in campo psico-sociale e pedagogico, anche se sempre più frequentemente utilizzato nell'indagine sociologica a supporto dei processi di innovazione istituzionale di sistemi locali di welfare<sup>7</sup>. Esso è volto contestualmente alla conoscenza di fenomeni e all'intervento/azione, implicando l'articolazione tra due processi tradizionalmente considerati separati, i processi di conoscenza (comprendere e spiegare) e i processi di azione (intervenire, cambiare), e questo avviene secondo uno schema ciclico e circolare grazie al quale il momento della conoscenza e il momento dell'azione conducono al cambiamento<sup>8</sup>. Una definizione interessante della ricerca azione è quella fornita da Reason e Bradbury: "la ricerca-azione...non è tanto una metodologia, quanto un orientamento alla ricerca che cerca di creare comunità di ricerca partecipanti in cui la qualità dell'impegno, la curiosità e gli interrogativi sono sviluppati per sostenere significativi esiti pratici. Essa costituisce una pratica di partecipazione, che coinvolge nella ricerca come co-ricercatori, in forma maggiore o minore, coloro che altrimenti potrebbero essere considerati i soggetti della ricerca o i destinatari dell'intervento.....Tipicamente tali comunità attivano in forma più o meno sistematica

---

<sup>7</sup> Villa M. (2015) *La ricerca-azione come approccio di attivazione nelle istituzioni*, in Minardi E., Bortoletto N. (a cura di), *Ricerca-azione, innovazione sociale e sviluppo locale*, Franco Angeli, Milano.

<sup>8</sup> Trombetta C., Rosiello L. (2000), *La ricerca-azione. Il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*, Edizioni Erickson, Trento.

cicli di azione e riflessione: nelle fasi di azione i co-ricercatori provano delle pratiche e ne acquisiscono i dati; nelle fasi di riflessione ne acquisiscono insieme il senso e pianificano ulteriori azioni”<sup>9</sup>.

Diversi sono, dunque, gli aspetti interessanti e peculiari di questo approccio. Innanzitutto il ricercatore non si isola, ma diventa partecipante attivo del contesto dell’indagine e gli attori cui è indirizzata la ricerca, diventano soggetti attivi nella collaborazione con il ricercatore; questo comporta che qualsiasi intervento azione passi attraverso le decisioni degli attori coinvolti e quindi attraverso una programmazione partecipata, caratterizzata sia dallo stabilire di comune accordo la procedura sperimentale da seguire, sia la condivisione delle finalità<sup>10</sup>. Come già evidenziato sono stati diversi gli sviluppi della ricerca azione e diverse sono state le sue processualizzazioni. Sono, in ogni caso, previste le fasi del comprendere e dello spiegare, attraverso la definizione del problema, lo studio e l’analisi del contesto, la raccolta dati e l’interpretazione e spiegazione degli stessi. Successivamente si procede con la definizione dell’azione, con la pianificazione per agire. Si ipotizza in forma partecipata l’azione, si definiscono i tempi, le strategie, le modalità, gli strumenti; si realizza quanto previsto. L’azione è poi soggetta a monitoraggio che è funzionale alla valutazione. Il monitoraggio di per sé non ha alcuna funzione critica di interpretazione che tocca, invece, alla valutazione il cui obiettivo è quello di produrre un miglioramento continuo dell’intervento. Un oggetto di ricerca così complesso e mutevole come quello indagato si ancora perfettamente alla metodologia della ricerca intervento il cui approccio è proprio quello di adattarsi ai diversi step della ricerca e alle differenti e progressive implicazioni emerse nel processo di osservazione e di evoluzione del fenomeno.

La ricerca ha avuto uno sguardo sull’intero territorio regionale, grazie soprattutto al coinvolgimento degli Ambiti Territoriali. Invece, l’intervento ha riguardato esclusivamente la città metropolitana di Bari, una città grande con molti punti accesso che sente in maniera specifica il problema. Inoltre, promuovere una attività di ricerca-azione sull’intero territorio regionale, sarebbe stato insostenibile sia dal punto di vista metodologico, che del tempo di vista delle risorse finanziarie. Utile alla fase preliminare del progetto è stata una **analisi desk**, vale a dire una ricostruzione del contesto nazionale e regionale che, considerando la durata biennale del progetto e la mutevolezza degli scenari e delle normative, è stata costantemente aggiornata. Tale scenario è stato ricostruito:

- attraverso una ricognizione sulla letteratura in materia di MSNA
- delineando il quadro normativo di riferimento in tema di MSNA e nello specifico in tema di salute di MSNA

---

<sup>9</sup> Reason, P., & Bradbury, H. (2008), *The Sage Handbook of action research*, Sage, London.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

- attraverso dati statistici ufficiali sui MSNA

Inoltre, la ricerca ha utilizzato i dati sulla presenza di MSNA di un'indagine nazionale sui "Minori fuori famiglia" promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze e condotta per la Puglia dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere in collaborazione con l'Ufficio Statistico della Regione Puglia.

Una volta ricostruito lo scenario, sono stati raccolti altri dati attraverso una *field research*, nello specifico è stata realizzata una indagine quali-quantitativa con questionari semi-strutturati ed interviste qualitative somministrate ad attori istituzionali e non che rientrano nel sistema dell'accoglienza dei MSNA.

Nello specifico sono stati somministrati questionari semi strutturati agli ambiti territoriali e alle equipe per l'accertamento della minore età, mentre interviste qualitative sono state somministrate a testimoni privilegiati dei servizi sociali territoriali, dei servizi territoriali sanitari, delle comunità di accoglienza, con il fine di acquisire punti di vista, frammenti e dimensioni del fenomeno che il dato quantitativo non rileva<sup>11</sup>. Questa fase della ricerca, oltre a fornire dati oggettivi sulle presenze dei MSNA sul territorio pugliese, così come sulla presenza delle diverse tipologie di accoglienza, ha voluto indagare, dalle diverse prospettive:

- le buone prassi attive nei territori nell'ambito dell'accoglienza dei MSNA
- le prassi e le procedure messe in atto per la tutela della salute dei MSNA
- le criticità e i punti di forza del sistema di accoglienza dei MSNA
- gli scenari auspicati dagli attori del territorio.

Effettuati i processi di conoscenza macro e micro, si è poi proceduto con la pianificazione partecipata dell'intervento, sostenendo la centralità del gruppo, di quegli attori che in forma partecipata e condivisa co-costruiscono le azioni da intraprendere, per il raggiungimento di mete comuni. Gli attori coinvolti sono i servizi sociali territoriali e le comunità di accoglienza per MSNA le Asl e le AO, in particolare l'equipe G.I.A.D.A. (Gruppo interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Giovanni XXIII. Con questi attori si sono definiti e condivisi gli obiettivi dell'azione, le modalità e gli strumenti. Le riflessioni fra i diversi attori, il confronto tra le diverse competenze ha consentito alla fine di giungere sia alla elaborazione di una proposta operativa di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, sia alla validazione di strumenti operativi, costruiti nel percorso azione e sperimentati nelle comunità educative di Bari che accolgono MSNA. Con le comunità si è prodotta una lettera di intenti che tra le altre cose prevedeva l'utilizzo degli strumenti di rilevazione per la sperimentazione e la

---

<sup>11</sup> Nel dettaglio sono state somministrate due interviste qualitative presso l'ufficio immigrazione di due province pugliesi; due interviste presso le Asl di due province pugliesi ed una intervista ad una comunità educativa che accoglie MSNA.

partecipazione attiva e implementazione progettuale partecipata in tutte le fasi dell'ipotesi di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA.

Inoltre, avendo verificato, nel percorso della ricerca azione e della condivisione degli obiettivi, che l'equipe Giada, con il Dipartimento di Scienze della formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari, "Aldo Moro" e con la Scuola di specializzazione di Psicoterapia cognitiva di Bari (AIPC) e di Lecce (APC), aveva già strutturato ed avviato una indagine esplorativa sullo stato di salute dei MSNA, con particolare attenzione al rapporto, tra trauma, esiti psicopatologici ed interventi riparativi in chiave terapeutico-riabilitativa, si è ritenuto di condividere i risultati e i dati emersi dall'indagine e di condividere metodologie e strumenti, che verranno descritti e analizzati nel presente report. Con questi attori si è proceduto a produrre una lettera di intenti con la quale si è deciso di aderire alla proposta di condividere i dati e risultati emersi dal progetto regionale MSNA e dall'indagine dell'Università di Bari e della Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva; condividere gli strumenti di rilevazione utilizzati nella sperimentazione del progetto MSNA, redigere un documento congiunto che sia di supporto alle strutture regionali che ospitano MSNA e che abbia la finalità di uniformare la presa in carico dei MSNA, ed i uniformare gli strumenti di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità.

## CAPITOLO 1

### SCENARIO DI RIFERIMENTO. DEFINIZIONE E DIMENSIONE DEL FENOMENO

#### MSNA IN ITALIA E IN PUGLIA

##### 1.1 La vulnerabilità: fattori di rischio e di protezione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ultimo rapporto sulla salute dei migranti ribadisce che la migrazione deve essere considerata un fattore di rischio per la salute mentale dei bambini. I minori stranieri soli portano con sé storie di sofferenze, spesso di torture e violenze, “lo sradicamento che hanno subito è intimo, oltre che geografico e sociale”<sup>12</sup>; essi devono affrontare, senza il supporto di figure di attaccamento adulte, tutta una serie di sfide: le difficoltà e l'angoscia della fuga, i pericoli, i lutti e le paure durante il viaggio, la successiva elaborazione dell'esperienza migratoria, unitamente a tutte le sfide di adattamento che li aspettano dal momento in cui arrivano nel paese ospitante<sup>13</sup>. La conseguenza di tutto questo è che i minori stranieri non accompagnati mostrano tassi di depressione e sintomi di Disturbo da Stress Post Traumatico (DSPT) più alti rispetto ad altri gruppi di rifugiati e migranti<sup>14</sup>. Le ricerche e l'esperienza clinica riportano infatti che tra i sintomi e i disturbi solitamente presenti nei minori che hanno vissuto questo tipo di esperienze, spiccano alcuni sintomi che si configurano all'interno del quadro diagnostico del PTSD, come disturbi del sonno e incubi notturni, evitamento di stimoli e situazioni associate al trauma, irritabilità ed esplosioni di aggressività etero e auto diretta, dolore cronico e disturbi psicosomatici, depressione, isolamento, distacco emotivo e sociale, ansia, sintomi e difficoltà di adattamento<sup>15</sup>.

La complessità del disagio, dei sintomi e i numerosi bisogni dei MSNA non possono essere risolti solo con interventi socio educativi. Questi richiedono una presa in carico integrata che contempli interventi sociali, educativi, ma soprattutto sanitari, di cura della salute e del trauma. È forse questa, nell'ambito di un ragionamento di sistema, una delle principali sfide che le istituzioni sono chiamate ad affrontare per affermare il riconoscimento dei diritti dei MSNA.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, sottolinea il ruolo del sistema socio-sanitario nella presa in carico delle vittime di violenza, rilevando il pesante impatto che traumi o l'esposizione prolungata nel tempo a forme di violenza fisica e psicologica hanno sulla salute, sia mentale sia fisica, a breve, medio e lungo termine.

---

<sup>12</sup> Ministero della Salute (2017), *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*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> OMS (2019), *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*, Migration and Health Program.

<sup>15</sup> Ministero della Salute (2017), *Ibidem*.

La mancata identificazione, anche precoce, delle situazioni di violenza e di emersione delle vulnerabilità di carattere psicologico, ha un impatto dannoso sulla salute mentale dei minori con il rischio che, se non valutati e curati, si cronicizzano con la conseguenza di rendere la cura più difficile da portare avanti. Il disagio va dunque rilevato il più precocemente possibile, valutando l'insieme delle situazioni di vulnerabilità al quale il MSNA è soggetto.

Ma se da un lato la condizione di minore costituisce un innegabile fattore di vulnerabilità rispetto all'esposizione a forme di violenza o di disagio, dall'altro, come rileva la letteratura scientifica, è proprio nella medesima condizione di minore che sono individuabili alcuni elementi di resilienza che in certi casi possono costituire dei veri e propri fattori protettivi, sia rispetto alle conseguenze psicopatologiche post-traumatiche, che rispetto al percorso di cura, adattamento e integrazione dei minori stessi<sup>16</sup>. Il termine resilienza indica la capacità di un materiale di assorbire un urto senza rompersi, tale termine è stato mutuato dalla psicologia per intendere la capacità di un individuo di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà. Studi a tal riguardo evidenziano che il MSNA sviluppa una serie di fattori di resilienza in grado di proteggere la sua salute psichica<sup>17</sup>. Questi sono stati raggruppati in due insiemi: quelli che fanno riferimento alle caratteristiche individuali e quelli, invece, associati al progetto migratorio del minore.

Le caratteristiche individuali dipendono da una serie di fattori tra i quali:

- la capacità del soggetto di conoscere e comprendere se stessi e gli altri
- l'essere in grado di costruire relazioni interpersonali positive
- essere in grado di gestire le difficoltà
- una buona salute psichica pre-migratoria
- solidità e la flessibilità dell'identità culturale.

Se presenti, queste caratteristiche facilitano lo sviluppo di fattori di resilienza e permettono un buon adattamento del minore alla nuova situazione. Di contro, personalità più fragili, che fanno fatica a stabilire relazioni, di basso livello culturale e che hanno già sperimentato condizioni di emarginazione sociale prima della migrazione, si trovano in situazioni di maggiore difficoltà, tanto più se condizioni psicopatologiche erano già presenti in partenza<sup>18</sup>.

Il secondo gruppo dei fattori di resilienza, connesso al progetto migratorio, richiama il sistema motivazionale del minore, quindi un buon adattamento, in questo caso è dato:

- dalla capacità di immaginarsi e progettarsi nel futuro
- dal saper fare progetti realistici

---

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> Mazzetti M., Aragona M., Monti M.Ch. (2016), *Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016*, in *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*, Caritas italiana e Fondazione Migrantes.

Aragona M, Geraci S, Mazzetti M. (2014) (a cura di), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendragon, Bologna.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

-dall'investire sulla propria capacità di insediamento nel paese ospitante.

Anche in questo caso, la scarsa motivazione, una migrazione forzata, l'assenza di un vero e proprio progetto migratorio rende vulnerabile il soggetto che è già permeato dai fattori di rischio.

È chiaro che i fattori che condizionano la presenza o meno di vulnerabilità del minore sono tanti, legati alla sua identità, alla sua storia, se a questi poi si aggiunge lo stress da transculturazione<sup>19</sup>, il quadro si complica e risulta sempre più chiaro ed urgente l'obbligo per questi soggetti di un supporto precoce sociale e sanitario, un supporto strutturato, definito, non emergenziale, che si realizzi nell'implementazione di un modello virtuoso e preventivo di cure psicosociali, che garantisca una maggiore fluidità tra l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e una presa in carico volta alla continuità delle cure che porterebbe alla riduzione dell'uso dei servizi socio-sanitari e una riduzione degli esiti negativi a lungo termine.

## **1.2 Dimensione del fenomeno MSNA su base nazionale e regionale, dati al 2017<sup>20</sup>.**

I diversi studi e ricerche sul fenomeno migratorio concordano sul fatto che non è possibile indicare con esattezza quanti sono i MSNA che arrivano in Italia e che rientrano nel sistema di accoglienza. Rappresentare con esattezza la portata di questo fenomeno non è dunque cosa facile. Non tutti coloro che riescono a varcare i confini del nostro paese, infatti, vengono intercettati dalle autorità territoriali, anche perché molti di loro, non vogliono lasciare traccia della loro presenza al fine di continuare il proprio viaggio verso la loro destinazione finale<sup>21</sup>, così come si deve tener conto di quei minori che dichiarano un'età differente da quella reale.

Tuttavia negli ultimi anni grazie al superamento di alcuni limiti del sistema di accoglienza, grazie ad un'accresciuta attenzione al tema del controllo delle frontiere e una maggiore sensibilità verso l'esigenza di raccogliere informazioni per meglio comprendere il fenomeno, i margini di incertezza si sono molto ridotti<sup>22</sup>. Le due principali fonti per la rilevazione delle presenze dei MSNA sono Il Ministero degli Interni e Il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. I dati messi a disposizione dal Ministero degli Interni, registrano soprattutto gli arrivi via mare<sup>23</sup>, che per quel che riguarda l'Italia è sicuramente il dato più rilevante, ma non sono considerati i numeri di coloro che utilizzano strategie di viaggio differenti e che non vengono sempre intercettati.

I dati messi a disposizione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pur, non essendo esaustivi<sup>24</sup>, si ritengono altamente attendibili; inoltre, essi riportano informazioni più

---

<sup>19</sup> *Ibidem.*

<sup>20</sup> Sono riportati i dati al 2017, anno in cui si è progettata e implementata la ricerca.

<sup>21</sup> Save The Children, (2018), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati.*

<sup>22</sup> *Ibidem.*

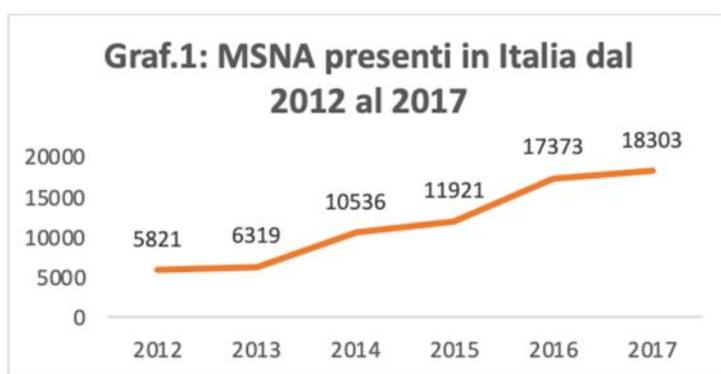
<sup>23</sup> Registrano principalmente coloro che, partendo dalle coste del Nord Africa, dall'Egitto come dalla Libia, arrivano via mare e sbarcano sulle coste meridionali del nostro paese.

<sup>24</sup> Il problema è che non tutte le Autorità competenti segnalano prontamente la presenza di minorenni stranieri senza figure di riferimento nelle strutture di accoglienza, cos' come il loro allontanamento dalle stesse, rendendo anche

complete relative all'età, al genere ed al paese di provenienza. La Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione (MLPS) con cadenza mensile elabora e pubblica i Report statistici sui dati dei MSNA; invece con cadenza quadrimestrale pubblica i Report di monitoraggio sui MSNA, prestando particolare attenzione all'evoluzione del fenomeno in termini quantitativi e qualitativi, attraverso il confronto, per i diversi indicatori di analisi, con i dati dei periodi precedenti.

I dati riportati di seguito utilizzano come fonte i report mensili e quadrimestrali del MLPS.

Il grafico n.1 mostra le presenze dei MSNA in Italia dal 2012 al 2017, e la linea costantemente in ascesa, evidenzia come il fenomeno, negli ultimi 5 anni, sia progressivamente cresciuto. Al 31 dicembre 2017 risultano presenti 18.303 MSNA, che significa un incremento del 5,4% se si confronta il dato del 2016 (17.373) e di oltre il 53% se si confronta lo stesso dato con le presenze al 31/12/2015 (11.921).



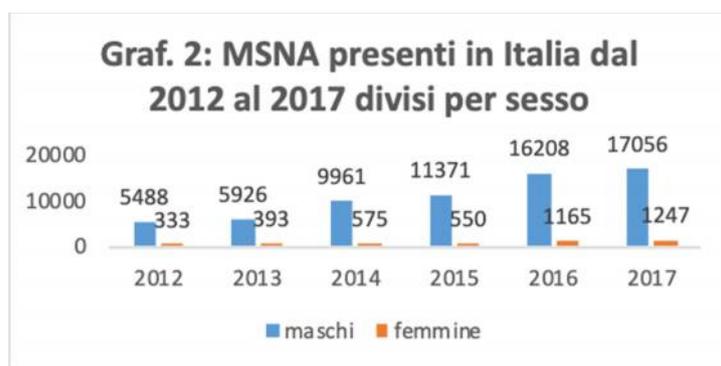
Citando il rapporto di Save The Children<sup>25</sup>, di tutti i Minori stranieri arrivati in Italia quasi 3 minori su 4 sono MSNA ed hanno affrontato il viaggio da soli. In numeri assoluti i minori non accompagnati tra il 2011 e il 2015 sono quasi triplicati (da 4.209 a 12.360). Si tratta di una crescita esponenziale ma costante se rapportata al totale degli arrivi. Nel 2016 sono arrivati in Italia ben 25.846 minori non accompagnati. Più del doppio rispetto al 2015 e quasi 6 volte di più rispetto al 2011.

I MSNA sono prevalentemente di genere maschile. Il grafico n.2 rappresenta bene questa predominanza in tutti gli anni considerati. Sommando i due generi per i sei anni rappresentati, risulta un valore di presenze totale pari a 70.273 unità, che suddiviso per i due generi, evidenzia una presenza femminile di poco più del 6% contro una presenza maschile di più del 93%. Considerando il dato al 2017, i maschi sono presenti con un valore percentuale pari al 93,1%.

---

questo dato, che negli ultimi anni si è fatto sempre più preciso, non completamente attendibile.

<sup>25</sup> Save The Children, (2017), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati*.

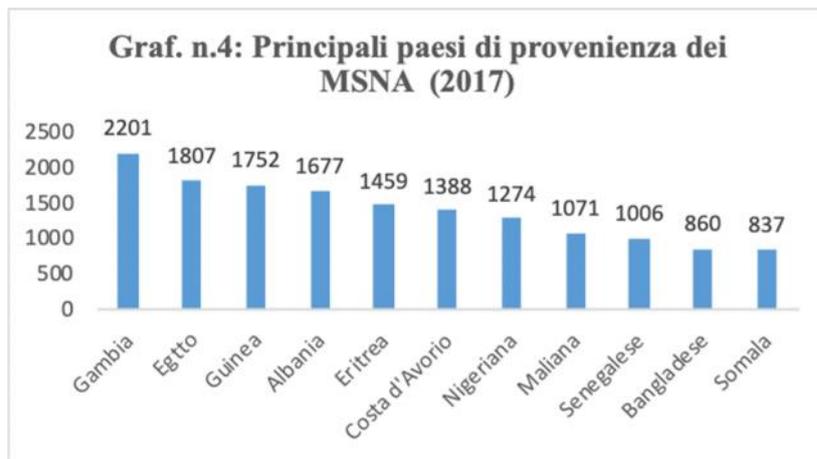


Il grafico n.3 mostra, invece, la distribuzione di MSNA divisi per classe di età. Al 31/12 2017 il 60,3% dei MSNA ha 17 anni, classe incrementata di oltre il 6% rispetto al 2015, mentre i sedicenni rappresentano poco più del 25%.



Per quanto riguarda le cittadinanze le ricerche mostrano che pur essendoci paesi da cui si emigra di più, i paesi di provenienza possono negli anni variare a seconda di variabili legate a fattori economici, sociali, climatici. Il grafico seguente, riporta le presenze divise per i principali paesi di provenienza, quelli con un maggior numero di presenze. È possibile distinguere quattro macro aree di provenienza: il Corno d’Africa (Eritrea e Somalia); l’Africa occidentale (Nigeria, Gambia, Guinea, Mali, Costa d’Avorio e Senegal), l’Egitto, la Siria e in generale la regione mediorientale<sup>26</sup>. Emerge dai dati che le prime sei cittadinanze, Gambia, Egitto, Guinea, Albania, Eritrea e Costa d’Avorio, rappresentano più della metà dei minori migranti presenti in Italia (56,2%), anche se altre cittadinanze non sono trascurabili come quella nigeriana, maliana e senegalese.

<sup>26</sup> Save The Children, (2017), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati*.



La regione italiana che accoglie la maggiore percentuale di MSNA è la Sicilia con il 43,6% del totale, seguita dalla Calabria, con quasi l'8%, dalla Lombardia con il 6,6%, dal Lazio con il 5,7%, dall'Emilia Romagna con il 5,6% e dalla Puglia con il 5%, che al 2017 è la sesta regione per presenza di MSNA.

Il grafico seguente, mostra, invece, l'andamento delle presenze in Puglia dal 2012 al 2017, evidenziando un picco di presenze fino ad una sua stabilizzazione. La Puglia ha vissuto, come le altre regioni d'Italia, l'emergenza Nordafrica a seguito della Primavera araba. Nel febbraio 2011 l'Italia dichiarò, infatti, lo stato di emergenza umanitaria in conseguenza del flusso straordinario di persone che arrivò nel nostro paese.



Così ne fa riferimento uno dei testimoni privilegiati intervistato nell'ambito della presente ricerca, evidenziando come, nella città di Bari, l'emergenza si è poi protratta anche negli anni successivi.

*“Ricordiamo l’Emergenza Nordafrica che ha portato moltissimi minori a Bari. Siamo nel 2011-2012..... ma quanto accaduto in quegli anni, si è protratto anche negli anni successivi. Fu dichiarato lo stato di emergenza, venne coinvolta la protezione civile, furono fatti degli atti che permettevano alle strutture di accogliere queste persone. Successivamente la città di Bari ha avuto due altri sbarchi importanti: nel 2013 e poi nel 2017. Sono stati entrambi molto consistenti, con un*

*alto numero di MSNA. I minori sono stati accolti sia in strutture convenzionate, che in strutture non convenzionate, infatti, le strutture in convenzione non erano sufficienti a soddisfare la richiesta".*  
(Testimone privilegiato n.1, Servizio sociale territoriale)

I numeri sui MSNA in Puglia emergono anche da un'indagine nazionale sui "Minori fuori famiglia" promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze. L'indagine ha riguardato tutta la nazione e per la Puglia è stata condotta dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere in collaborazione con l'Ufficio Statistico della Regione Puglia che ha garantito il supporto tecnico per la raccolta, le metodologie di validazione, la stima e l'elaborazione dei dati raccolti. Si tratta di una rilevazione che indaga il fenomeno dei minori fuori famiglia in Puglia attraverso la somministrazione di un questionario inviato a tutti i Comuni pugliesi<sup>27</sup>.

La ricerca ha interessato il 76% dei comuni pugliesi, una percentuale alta ma anche significativa perché sono stati restituiti i dati di tutti i comuni capoluogo unitamente ai comuni più grandi della regione. Dall'analisi è emersa, al 2017, la presenza di 2675 minori fuori famiglia di cui il 34,1% sono MSNA, un valore assoluto pari a 913 minori; si consideri che una proiezione sul totale dei comuni stima la presenza di 1032 MSNA sull'intero territorio regionale, un numero maggiore rispetto al dato al 2017 del MLPS.

La rilevazione conferma che si tratta di minori di sesso maschile per una percentuale di oltre il 93% e che la classe di età più diffusa è quella compresa tra i 15 e i 17 anni (91,4% dei casi).

La quasi totalità dei minori, con una percentuale pari al 96,1%, è accolta nelle strutture residenziali, nella quasi totalità comunità educative (84,3%), suddivisi per quasi un terzo nella provincia di Bari (29,3%), seguono Brindisi (23,8%), Taranto (23,5%) e Lecce (14,8%).

<b>Tab. 1 - MSNA accolti nei servizi residenziali, per province. Puglia. Anno 2017</b>		
<b>Province</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>Valori %</b>
BARI	257	29,3
BAT	14	1,6
BRINDISI	209	23,8
FOGGIA	62	7,1
LECCE	130	14,8
TARANTO	206	23,5
<b>Puglia</b>	<b>878</b>	<b>100,0</b>

L'indagine ha approfondito anche l'aspetto del percorso post- comunità, rilevando che nel 2017 sono stati dimessi 336 MSNA, di cui il 33,9% da strutture della provincia di Bari e il 33,3%

<sup>27</sup> Ufficio Statistico Regione Puglia, (2019), *I minori fuori famiglia e quelli stranieri non accompagnati, in Puglia, Anno 2017, Focus n.3/2019.*

da strutture della provincia di Taranto, per un totale di dimessi pari al 67,2% per le due provincie. Dei minori dimessi il 37,7%, ha raggiunto una vita autonoma e il 21,2% è stato trasferito in altro servizio residenziale. Si rileva che il 29,7% dei dimessi ha una destinazione ignota, fenomeno che riguarda soprattutto la provincia di Bari.

Il 2,5% dei MSNA è invece in affidamento familiare residenziale, tipologia di accoglienza presente nella quasi totalità nelle provincie di Lecce e Taranto. La durata dell'affidamento è per più della metà dei casi da 6 mesi ad un anno.

La percentuale residua, pari all'1,3%, vive l'esperienza dell'affido familiare, realtà presente esclusivamente nella provincia di Lecce dove, più che nelle altre provincie pugliesi sono attivati progetti di sensibilizzazione proprio a favore dell'affido familiare per i MSNA.

## CAPITOLO 2

### I RISULTATI DEL LAVORO DI RICERCA

#### 2.1 L'analisi del contesto degli ambiti territoriali

In Italia, la centralità del governo locale nell'ambito delle politiche migratorie e in particolare nella gestione dell'accoglienza e dell'integrazione sociale sul territorio di segmenti particolarmente vulnerabili, quali i MSNA, è andata progressivamente aumentando contestualmente con i processi di decentramento. Tale trasferimento di funzioni, nel corso degli anni Novanta, ha assegnato ai Comuni un'autonomia sempre maggiore anche nell'ambito delle politiche del welfare<sup>28</sup>, e quindi nella gestione di realtà complesse che negli anni hanno necessariamente richiesto una azione concreta e un impiego maggiore di risorse economiche professionali ed operative. Questo è vero anche sul fronte del fenomeno migratorio e nel caso specifico dei MSNA, infatti "la questione dell'accoglienza e della protezione dei minori stranieri soli si è imposta per il forte impatto sul sistema del welfare locale, condizionandone gli aspetti organizzativi e professionali e segnando di fatto la storia stessa dei servizi socio-educativi rivolti ai minori. La legge 328 del 2000 stabilisce, infatti, che siano gli enti locali a fornire piena assistenza a tutti i minori, e quindi anche ai minori stranieri non accompagnati, ai quali si applicano, per analogia, le norme generalmente destinate alla protezione dei minori in difficoltà"<sup>29</sup>.

La prima fase della ricerca azione non poteva, di conseguenza, non indagare il fenomeno dal punto di vista degli Ambiti territoriali, verificando gli strumenti messi in campo per l'accoglienza e la protezione dei MSNA ma concentrandosi in special modo sulla visione del fenomeno e sugli scenari auspicati da chi in prima linea si trova ad affrontare un fenomeno caratterizzato da regolamentazione frammentaria e da prassi eterogenee; non sarebbe stato possibile elaborare la progettualità senza prescindere dalla pluralità delle istanze provenienti dagli operatori del territorio. Tale visione che è definita a partire dall'esperienza quotidiana degli Ambiti territoriali, rileva sia le criticità sia i punti di forza del sistema di accoglienza, e apre la strada per avviare processi di riflessione sugli interventi, per mettere a punto strategie di cambiamento migliorative, per definire possibili scenari di progettazione, di organizzazione e di gestione di un fenomeno sicuramente in evoluzione ma di natura estremamente complessa.

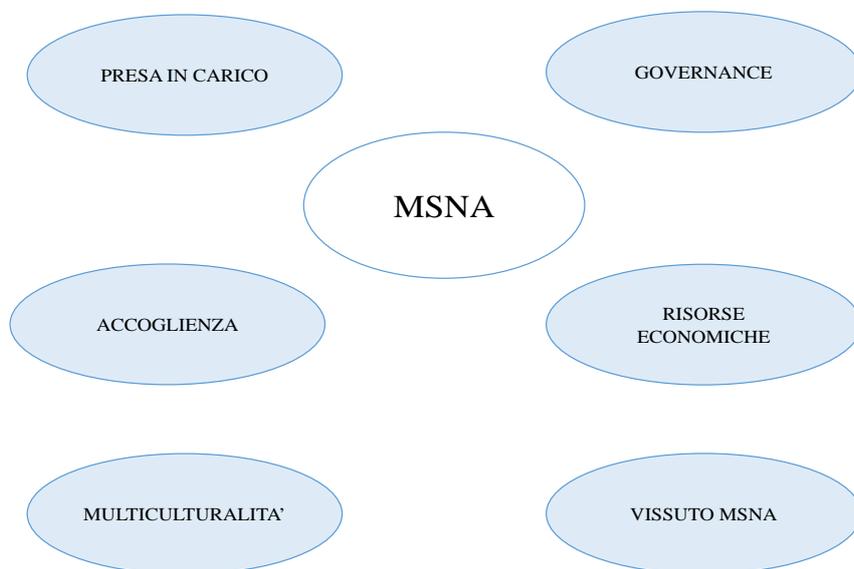
L'intero universo degli Ambiti è stato coinvolto nell'indagine mediante la compilazione di un strumento quali-quantitativo. Hanno compilato e restituito la scheda poco più della metà degli

---

<sup>28</sup> Giovannetti, M. (2016) (a cura di), *VI rapporto 2016. I Comuni e le politiche di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. Un'analisi longitudinale a guida dei percorsi futuri*, Cittalia, Fondazione ANCI ricerche.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

Ambiti, per una percentuale pari al 62% del totale<sup>30</sup>. I dati emersi, al 30 giugno 2017, evidenziano una diffusione del fenomeno a macchia di leopardo e, dunque, un coinvolgimento dei governi locali nel fenomeno dei MSNA diverso da territorio a territorio. Non tutti i Comuni dei diversi Ambiti hanno MSNA presi in carico e non tutti hanno strutture di accoglienza che gravitano nel rispettivo territorio, così come ci sono ambiti molto attivi, con progettualità SPRAR in corso o da attivare, con realtà di affido familiare e comunque, in generale, l'immagine che ne fuoriesce è di attori del territorio con una visione abbastanza chiara delle criticità e dei punti di forza connessi al sistema di accoglienza dei MSNA<sup>31</sup>. L'analisi ha a riguardo individuato sei aree tematiche, così come rappresentate nello schema seguente e ad ogni area sono state attribuite le rispettive criticità e i rispettivi punti di forza (Tab. n.2). Di seguito sono trattati gli aspetti più rilevanti delle diverse aree, scelti per la connessione degli stessi con l'attività progettuale definita.



<sup>30</sup> Di seguito gli ambiti che hanno risposto alla rilevazione. Per la provincia di Lecce: Lecce-Martano-Casarano-Poggiardo-Nardò-Gallipoli-Maglie-Galatina- Gagliano. Per la provincia di Brindisi: Fasano-Francavilla Fontana. Per la provincia di Taranto: Ginosola-Martina Franca-Manduria-Taranto. Per la provincia di Foggia: Manfredonia-Troia-San Severo-Foggia. Per la provincia della BAT: Barletta-Canosa-Andria. Per la provincia di Bari: Bari-Triggiano-Molfetta-Conversano-Gioia del Colle-Bitonto.

<sup>31</sup> Quelle che seguono sono sol alcune delle progettualità messe in atto dagli ambiti che ripetiamo rimandano l'immagine di territori operosi e attivi rispetto alla gestione di un fenomeno di natura complessa che probabilmente come unico dato certo ha il coinvolgimento di soggetti fragili e vulnerabili.

- Sportello per l'integrazione socio-sanitaria e culturale per gli immigrati. Nel caso di minori richiedenti protezione internazionale, è garantito il supporto linguistico e legale.
- Servizio affido/adozione: percorsi di promozione dell'affido, sperimentazione delle "coppie o singoli di sostegno".
- Servizio di mediazione linguistica culturale, prevista in ambito sanitario, in ambito giuridico, in ambito sociale.
- Progettualità FAMI e SPRAR attive ed altre in fase di candidatura.
- Misure di autonomia di percorsi di integrazione dei PEI.
- Partecipazione ai progetti di tirocinio lavorativi avviati dal MPSL.
- Servizio di orientamento al lavoro presente nei progetti SPRAR.
- Servizio SPIOL (Sportelli Polifunzionali di Informazione, Orientamento e accompagnamento al Lavoro Inserimento lavorativo) per MSNA.

**Tab. 2 – Punti di forza e di debolezza suddivisi per aree tematiche**

<b>PUNTI DI FORZA</b>	<b>CRITICITÀ</b>
<b>PRESA IN CARICO</b>	
Sostegno psicologico all'interno delle comunità	Prevalenza di interventi eseguiti in emergenza
Progetti Educativi Individualizzati	Assenza di una integrazione socio-sanitaria
	Carenza di mediatori ed interpreti
	Tempi lunghi per la nomina del tutore
<b>ACCOGLIENZA NELLE STRUTTURE</b>	
Creazione di legami significativi tra MSNA e operatori	Presenza di minori nei CAS per adulti
Condivisione delle culture di appartenenza	Permanenza nella prima accoglienza oltre i 30 giorni previsti
Inserimento scolastico e acquisizione di competenze professionali	Strutture di seconda accoglienza spesso a ricettività piena
Avvio graduale verso l'autonomia e l'inclusione nel tessuto sociale del territorio	Carenza di strutture residenziali in determinati ambiti
Progettualità SPRAR	Modello di prima accoglienza poco diffuso
Convenzioni comunali con le comunità che accolgono MSNA	Disomogeneità nella qualità delle strutture e nelle competenze degli operatori
<b>RISORSE ECONOMICHE</b>	
	Risorse economiche ministeriali erogate con ritardo
	Somme anticipate dai comuni
	Rimborso ministeriale di 45 € al giorno solo fino al compimento del 18° anno di età
	Legge 47/2017 a costo zero
<b>GOVERNANCE</b>	
Attivazione di protocolli	Mancanza di un coordinamento regionale per uniformare le procedure di presa in carico
	Mancanza di tavoli di coordinamento istituzionali
<b>VISSUTO MSNA</b>	
	Vissuto problematico dei minori
	Relazione tra identità ed alterità assume caratteri complessi
	Scarsa motivazione da parte dei minori a permanere nella comunità e a comprendere ed accettarne le regole
	Costruzione sociale e rappresentazione del minore come straniero
<b>MULTICULTURALITÀ</b>	
Valorizzazione delle diversità come fattore di ricchezza personale e arricchimento reciproco per chi si interfaccia con i MSNA	
La diversità come risorsa e ricchezza e come possibilità di sperimentazione di un laboratorio di convivenza per le comunità territoriali (contaminazione)	

Per quanto riguarda **la presa in carico** dei MSNA, diverse sono le modalità con cui i servizi sociali entrano in contatto con il minore. Il minore, dichiara uno dei testimoni privilegiati:

*“...si può presentare alla porta dell’ufficio, dichiarandosi minore, oppure viene intercettato nei porti.....il minore può comparire in qualsiasi luogo; quando compare, chi lo segnala può essere un cittadino, un’istituzione, solitamente sono i luoghi come aeroporto, porto, ferrovia, dove ci sono gli addetti a identificare le persone. Se la persona intercettata si dichiara minore, immediatamente viene mandata la comunicazione alla procura minorile e contemporaneamente al comune, esprimendo l’urgenza di collocare il minore. Il comune attraverso il PIS, che ha la mappatura di tutte le strutture di accoglienza, colloca il minore”* (Testimone privilegiato n.2, Servizio sociale territoriale).

La presa in carico avviene successivamente, con l’incontro tra il minore, la struttura l’assistente sociale di riferimento. Nella città di Bari, ad esempio, la comunità che accoglie ha l’obbligo, per convenzione, di attivare il servizio di verifica sanitaria, uno screening sanitario ospedaliero con esami del sangue e visita pediatrica, perché l’interesse è la tutela del minore. La presa in carico prevede un colloquio di approfondimento che, come emerge dall’esperienza di un’assistente sociale, è anche un colloquio motivazionale.

*“Si indaga su come il minore si trova in struttura, se è collaborativo, se vuole stare in comunità. L’esperienza mostra che una certa percentuale di minori dopo qualche giorno si allontana, Molti minori, soprattutto quelli intercettati non vogliono rimanere qui al sud, hanno parenti altrove o hanno progetti migratori differenti, per cui usano questo momento per rifocillarsi e poi lasciano la struttura. Il nostro fine è fargli capire che se va via rischia di rimanere clandestino e di finire nelle maglie dell’illegalità, quindi gli prospettiamo i vantaggi del rimanere in comunità, perché gli prospettiamo l’aver il permesso di soggiorno, l’insegnamento della lingua italiana, ti la possibilità di trovare un lavoro e, se non hanno parenti, si convincono a rimanere. In alcuni casi con questo approccio motivazionale riusciamo, dipende anche dagli input che hanno dai conoscenti già presenti in Italia”* (Testimone privilegiato n.1, Servizio sociale territoriale).

Dai dati emergono criticità differenti ma tutte rilevanti rispetto al dover farsi carico di minori vulnerabili. La prevalenza di interventi di presa in carico dei minori eseguiti in emergenza è ritenuto un problema da parte degli ambiti e, anche se si ha la consapevolezza che il fenomeno in sé non è gestibile dal punto di vista degli arrivi, si potrebbe comunque pensare ad un sistema di accoglienza più strutturato ed efficace. Ad esempio, si ritengono troppo lunghi i tempi di nomina del tutore, in alcuni casi fatti emergere dalle schede, la nomina ha superato anche i sei mesi. Eppure il tutore rappresenta la figura adulta di riferimento del MSNA; la legge 47/2017, sappiamo che ha

introdotto novità rilevanti in materia di tutela dei minorenni non accompagnati. L'art.11 della Legge dichiara che “presso ogni tribunale per i minorenni è istituito un elenco dei tutori volontari, a cui possono essere iscritti privati cittadini, selezionati e adeguatamente formati.....disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato...”; si tratta di una figura di importanza centrale per il minore nel rispetto del suo superiore interesse, in quanto lo rappresenta e lo assiste in tutte le decisioni che vanno prese, vigilando che le procedure siano eseguite correttamente. Va sicuramente riconosciuto che dopo un anno dall'entrata in vigore della legge Zampa è stato avviato il sistema dei tutori volontari con l'istituzione di elenchi presso il tribunale dei minorenni e con la realizzazione di corsi di formazione per gli stessi, ma va altrettanto detto che i tempi di nomina dei tutori rimangono in molti casi gravosi<sup>32</sup>. La stessa criticità riguarda la figura del mediatore culturale per il quale la legge ne prevede la presenza nel momento del colloquio a cui il minore è sottoposto<sup>33</sup>. Gli intervistati lamentano la difficoltà a reperire i mediatori culturali, evidenziandone la funzione cruciale nella narrazione della storia del minore; essi facilitano la comunicazione aiutando a costruire il colloquio e accelerando così i tempi delle procedure, offrendo allo stesso tempo ai diversi operatori con cui il minore entra in contatto, informazioni sui suoi codici culturali, sulle sue tradizioni, sulle sue abitudini, ed offre, al contempo, al minore i codici culturali del nuovo contesto con cui si trova a dover interagire.

L'assenza di una **integrazione socio-sanitaria** è un ulteriore fattore critico emerso dalla rilevazione. Questo è ben evidenziato da un testimone privilegiato dei Servizi sociali territoriali che definisce l'ASL, nella gestione del problema migratorio, come “*la grande assente, non strutturata specificamente su questo aspetto e quindi non in grado di governarlo*”. Si sottolinea, inoltre, come la neuropsichiatria infantile non sia attrezzata per questo tipo di fenomeno, quando, invece, esiste una tradizione di etnopsichiatria che studia e analizza il disagio collegato a un fatto culturale ed etnico. Questi aspetti sono importanti perché nello stesso tempo permetterebbero di non sopravvalutare certe manifestazioni, così come di intervenire preventivamente dinanzi a segni di disagio preoccupanti.

Questo è uno degli aspetti che maggiormente ci preme sottolineare, perché una efficace integrazione socio-sanitaria nel sistema di accoglienza dei MSNA è la base per definire e promuovere una presa in carico precoce delle vulnerabilità. La ricerca, attraverso le interazioni con gli attori coinvolti nel sistema dell'accoglienza, ha più volte fatto emergere l'importanza di una rete

---

<sup>32</sup> AGIA-UNHCR (2019), *L'ascolto e la partecipazione dei minori stranieri non accompagnati in Italia*, Roma.

<sup>33</sup> La Legge Zampa evidenzia che “Nel momento in cui il minore entra in contatto o è segnalato alle autorità di polizia o giudiziaria, ai servizi sociali o ad altri rappresentanti dell'ente locale, il personale qualificato della struttura di prima accoglienza dovrà svolgere con il minore un apposito colloquio, con l'ausilio possibilmente di organizzazioni, enti o associazioni di comprovata esperienza nella tutela dei minori. Un apposito D.P.C.M. dovrà regolare la procedura del colloquio, nel quale comunque sarà assicurata la presenza di un mediatore culturale”.

socio-sanitaria a supporto delle esigenze di un minore che, come è stato più volte evidenziato, ha alle sue spalle esperienze pre migratorie e migratorie difficili e che deve cominciare a relazionarsi con una cultura che non è la sua. Di seguito quanto riportato da uno degli operatori a riguardo.

*“Alcuni minori giungono con problemi davvero importanti, sanitari , fisici, altri con disagi psichici che non sappiamo se fossero già presenti o se sono conseguenza del viaggio. Chi più, chi meno, vengono manifestati disagi, apatia e aggressività. La diagnosi è sempre quella, stress post traumatico. Il discorso della salute è importante e va visto in maniera più ampia.....la presa in carico deve essere socio-sanitaria”* (Testimone privilegiato n.2, Servizio sanitario sociale territoriale).

Di contro, la mancanza di un reale supporto psicologico da parte del sistema di presa in carico pubblica, viene fronteggiato dalla comunità che ospita il minore, attraverso l'intervento dello psicologo di comunità. Questo aspetto, insieme alla definizione del PEI sono individuati dagli intervistati come i punti di forza del sistema di presa in carico del MSNA. Per ogni minore viene, infatti, attivato un Progetto educativo individualizzato, che è definito dal servizio titolare della presa in carico, unitamente alla comunità, un PEI che mira a favorire percorsi inclusivi e di autonomia che hanno sempre come fine l'interesse superiore del minore.

La seconda area tematica è quella relativa al sistema dell'**accoglienza**. Lo schema seguente rappresenta la situazione degli Ambiti territoriali relativa alla prima e alla seconda accoglienza.

## Strutture di accoglienza rilevate dalle schede



Il decreto legislativo n.142 del 2015 (detto il decreto accoglienza) è la norma che per la prima volta legifera sull'accoglienza dei MSNA, per i quali fino ad allora erano state applicate le norme riferite ad i minori in stato di abbandono. Il decreto accoglienza, unitamente alle modifiche introdotte dalla Legge 47 del 2017, delineano il quadro normativo di riferimento per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati<sup>34</sup>. Il quadro normativo prevede dunque, una prima ed una seconda accoglienza (vietando però che il minore sia trattenuto in Centri di permanenza di rimpatri e in centri governativi di prima accoglienza). La prima accoglienza si fonda innanzitutto sull'istituzione di strutture governative necessarie per le immediate esigenze di soccorso e di protezione tempestiva di tutti i minori non accompagnati e, come chiarisce la legge Zampa, sono strutture che devono essere destinate specificamente ai MSNA. Queste possono ospitare i minori per un massimo di 30 giorni, trascorsi i quali il minore dovrebbe essere accolto nel sistema della seconda accoglienza, generalmente nel Sistema di protezione SPRAR (come poi rinominato dal D.L. n.113/2018), la cui capienza dovrebbe essere commisurata alle effettive presenze dei minori sul territorio nazionale<sup>35</sup>. Capita però che le strutture della rete SPRAR siano già a ricettività piena, in quel caso il comune provvede a collocare in altre strutture di accoglienza per minori.

Le criticità evidenziate dagli operatori sociali del territorio evidenziano una realtà ancora molto lontana da quanto normato. Tutto questo a testimonianza della difficoltà a definire una accoglienza che sia uniforme, omogenea e strutturata.

La rilevazione fa emergere come criticità la presenza, in alcuni casi, di minori all'interno dei CAS per adulti, la permanenza del minore nelle strutture di prima accoglienza oltre i 30 giorni previsti dalla normativa, la distribuzione disomogenea sul territorio delle strutture di seconda accoglienza, tanto che alcuni ambiti ne risultano carenti. Inoltre è fatta rilevare la frequenza con cui al momento di collocare un minore le strutture presenti sul territorio risultano a ricettività piena; in questi casi la collocazione avviene in un altro ambito o anche fuori provincia. Lo scollamento tra la normativa e la realtà dell'accoglienza è la scarsità delle strutture di prima accoglienza (lo schema precedente ne riporta 8), mancanza che trasporta tutto l'iter che andrebbe fatto dalle strutture del ministero, alle comunità educative, che ricadono, invece, come regola, nella seconda accoglienza. Nella realtà indagata in molti casi avviene che la prima accoglienza coincida con la seconda accoglienza, vale a dire che le prassi e il processo di accoglienza previsto nelle strutture governative sono attuate nelle comunità educative<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup>Camera dei Deputati (2019), *Minori stranieri non accompagnati*, Servizio Studi, XVIII Legislatura, <https://www.camera.it>

<sup>35</sup> *Ibidem*.

<sup>36</sup> Significativo a riguardo è quanto dichiarato da una assistente sociale.

*“Se presso il Comune si presenta un minore, noi dobbiamo intervenire per forza per l'articolo 403 del c.c., e se non ci sono strutture di prima accoglienza disponibili, collochiamo i minori in comunità educative....per cui, se teoricamente tutti quelli che arrivano dovrebbero andare in strutture attrezzate dalla prefettura, dove andrebbe fatta una*

Quanto riportato è ben descritto nel Rapporto sulla protezione internazionale del 2017: “il passaggio tra la prima e la seconda accoglienza avviene in maniera difficoltosa a causa dell’allungamento dei tempi di permanenza oltre i limiti stabiliti dalla normativa, della carenza di posti e dei problemi di coordinamento e “messa in rete” tra i diversi attori coinvolti; manca una governance complessiva del sistema di presa in carico, sia sotto il profilo dell’indirizzo, programmazione e della pianificazione degli interventi, che sotto il profilo della gestione operativa, con il risultato di una forte stratificazione e frammentazione delle tipologie di accoglienza, di una eccessiva concentrazione in alcuni territori e di una scarsa attenzione agli aspetti “qualitativi” delle condizioni di accoglienza e dei servizi offerti”<sup>37</sup>.

Per contro, il lavoro quotidiano delle comunità di accoglienza è altamente valorizzato dagli operatori degli ambiti territoriali. Le comunità sono le famiglie di questi soggetti soli e vulnerabili, esse ne rappresentano la quotidianità, ne accolgono i problemi, le storie, le difficoltà; ma non solo; gli operatori delle comunità sono coloro che accompagnano il minore verso l’autonomia, e sono coloro che, insieme ai comuni lavorano a favore dell’inclusione sociale del minore.

Inoltre, sempre di più gli ambiti mirano a offrire una accoglienza di qualità puntando a definire delle convenzioni con le comunità che accolgono i MSNA, che devono rispondere a degli standard definiti dai comuni.

*“La struttura non solo deve avere gli standard previsti dal regolamento regionale, ma deve rispondere anche alle condizioni previste dalla convenzione. Il nostro modello di accoglienza si vuole avvicinare molto a quello dello SPRAR. Noi abbiamo preso il modello SPRAR e lo abbiamo mutuato per le nostre convenzioni. Le convenzioni consistono in un avviso pubblico dove noi diciamo che vogliamo convenzionarci per l’area minori stranieri. Rispondono le cooperative, noi verifichiamo che abbiano tutti i requisiti e firmiamo la convenzione. È un contratto che comunica in maniera molto puntuale con un elenco, tutto quello che la struttura deve fare, per evitare che ci siano fraintendimenti sul da farsi. Esiste poi un sistema di verifica con delle schede di controllo e di monitoraggio, sottoposte alla comunità da una equipe del comune che si reca in struttura periodicamente”. (Testimone privilegiato n.1, Servizio sociale territoriale)*

Il tema delle **risorse economiche** ha riscontrato tra gli operatori coinvolti esclusivamente elementi di criticità a partire dal ritenere la Legge Zampa una legge che limita i suoi intenti perché

---

*valutazione dell’età, lo screening sanitario, dove andrebbe capito se si tratta di un richiedente asilo oppure no....., per poi collocarlo nella seconda accoglienza. Tutto questo non avviene. Siccome questo modello di prima accoglienza non è diffuso in tutti i territori, quando il minore bussa alla porta del comune, lo si accoglie in quanto minore e lo si colloca nelle comunità educative (Testimone privilegiato n.1, Servizio sociale territoriale).*

<sup>37</sup> Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017, Anci, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione migrantes, Servizio centrale dello Sprar in collaborazione con UNHCR.

trattasi di legge senza copertura finanziaria. Uno degli operatori intervistato critica molto questo aspetto che rallenterebbe il miglioramento del sistema dell'accoglienza.

*“Il problema della legge è che è una legge a costo zero. Ma se tu Stato vuoi migliorare il sistema, devi pensare a qualche risorsa, almeno su alcuni aspetti; pensare di risolvere tutto con le risorse dei comuni o delle Asl, che sono sempre risorse così limitate, non è possibile, così, non riesci a dare la spinta che vorresti dare con una legge”* (Testimone privilegiato n.3, Servizio sociale territoriale)

Il Fondo Nazionale per l'accoglienza di MSNA è lo strumento finanziario con il quale lo stato supporta i Comuni per l'accoglienza dei minori. Il fondo è gestito dal Ministero dell'Interno che eroga trimestralmente ai Comuni che ne fanno richiesta (per il tramite delle Prefetture) un contributo giornaliero per ospite nella misura massima di 45,00 euro, contributo per l'accoglienza che viene offerta o tramite affido familiare o in strutture autorizzate e/o accreditate per lo specifico target, ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale<sup>38</sup>.

Quanto è rilevato dagli Ambiti territoriali rispetto alle risorse economiche<sup>39</sup> è il ritardo con cui il Ministero eroga il contributo, che rappresenta soltanto una parte della retta, la cui restante parte è a carico dei comuni (la ricerca ha fatto emergere che la tariffa media giornaliera di una comunità educativa è di settanta euro). Questi, nella maggior parte dei casi sono costretti ad anticipare le somme necessarie dalle risorse del bilancio creando non poche difficoltà alle casse comunali. Infatti “il grande afflusso di minori stranieri non accompagnati, genera un forte impatto sui sistemi di welfare locale, al punto tale che alcuni Comuni italiani del sud Italia hanno rischiato il dissesto anche a causa degli oneri economici derivanti da questa specifica accoglienza”<sup>40</sup>.

Infine il tema della **governance** richiama l'attenzione sugli obiettivi di questo progetto che non possono essere realizzabili senza la definizione di una azione partecipata e concertata con i vari attori coinvolti nel percorso di protezione e tutela del minore. Più volte si è ribadito l'obiettivo di questo progetto di uniformare sul territorio regionale la presa in carico psico-sociale dei MSNA e questo può essere raggiunto proprio con il potenziamento e la qualificazione della governance considerando gli attori istituzionali e i principali stakeholders.

---

<sup>38</sup> <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/fondo-nazionale-laccoglienza-dei-msna>

<sup>39</sup> Le tipologie di risorse economiche che gli ambiti utilizzano per l'accoglienza dei MSNA sono:

Fondo nazionale per l'accoglienza dei MSNA

Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo (Fondo SPRAR)

Fondo europeo asilo, migrazione e integrazione (FAMI) 2014-2020

Fondi Piano Sociale di zona

Fondi Bilancio Comunale

<sup>40</sup> Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017, Anci, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione migrantes, Servizio centrale dello Sprar in collaborazione con UNHCR.

La mancanza di una vera e propria governance multilivello emerge chiaramente dalla rilevazione, così come la mancanza di una rete che sia strutturata. Gli Ambiti, nonostante le difficoltà operative relative al sistema di accoglienza hanno chiaro il modo in cui il sistema può essere migliorato, hanno chiara la direzione che deve essere percorsa proprio perché frutto della prassi quotidiana e dello scontrarsi con la complessità del fenomeno MSNA e con la complessità della sua gestione. Tante sono le proposte suggerite dagli ambiti. Molte riprendono quanto già emerso, altre richiamano il tema dell'inserimento socio-lavorativo, dello strumento dell'affido, dell'attivazione di protocolli tra i diversi attori. Ecco di seguito alcune delle proposte indicate:

- Uniformare le procedure di presa in carico per giungere a prassi condivise
- Integrazione socio-sanitaria per tutela della salute. Le Asl non hanno ancora un percorso strutturato in materia.
- Incremento di tavoli di coordinamento istituzionali come luogo per dialogare e identificare soluzioni (pensare ad un tavolo permanente)
- Messa in rete delle competenze specifiche dei vari attori come strategia di politiche di welfare più efficace
- Definizione di un sistema di tariffazione regionale
- Riduzione delle rette (ad esempio aumentando la ricettività delle strutture per minori per abbattimento dei costi)
- Compartecipazione regionale (contributo ministeriale, contributo comunale e contributo regionale)
- Assegnazione di risorse regionali specifiche per sostenere la spesa dei comuni per l'accoglienza dei MSNA
- Maggiore qualificazione delle competenze professionali con formazione e aggiornamenti
- Sottoscrizioni di convenzioni con strutture residenziali per accoglienza dei MSNA che garantiscano un percorso di accoglienza di qualità
- Potenziamento dei servizi di mediazione culturale e linguistica
- Mediatori culturali e orientamento legale all'interno delle comunità educative
- Sottoscrizione di protocolli operativi con gli attori coinvolti (prefettura, Asl, TM, comuni, ambiti, istituti scolastici) il cui fine è la realizzazione di un sistema di massima tutela e protezione dei MSNA
- Azioni di sensibilizzazione per lo strumento dell'affido familiare
- Prevedere in forma più diffusa programmi specifici di orientamento e formazione professionale, attivazione di tirocini formativi con il fine dell'avvio al lavoro ed all'autonomia.

Un miglioramento della governance è tra le richieste principali avanzate dagli ambiti, preso atto di una situazione che presenta diverse criticità che impediscono il pieno riconoscimento dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione Italiana primi fra tutti il diritto alla salute e la piena integrazione sociale. Per il raggiungimento di tale obiettivo gli Ambiti ambiscono ad un coordinamento regionale che possa fungere da regia per uniformare le prassi diversificate che oggi caratterizzano la presa in carico del MSNA, una regia che coordini i diversi attori e la definizione di modalità e strumenti sperimentati e standardizzati, per la costruzione di un sistema di accoglienza fondato su regole certe, volto a garantire capacità di programmazione, equità nell'offerta dei servizi, ottimizzazione delle risorse pubbliche. L'obiettivo è superare la fase di emergenza assicurando stabilità e qualità alla rete dei servizi, anche attraverso costanti valutazioni sugli esiti che potranno promuovere flessibilità e capacità di adeguamento alla costante evoluzione e dinamicità del fenomeno.

## **2.2 L'accertamento della minore età**

La corretta identificazione come minorenni dei ragazzi e delle ragazze stranieri di età inferiore ai 18 anni, rappresenta un presupposto sostanziale affinché siano loro applicate le misure di protezione e assistenza previste dalla normativa vigente, quali il diritto ad essere accolti in una struttura per minori, ad avere un tutore, a non essere espulsi né trattenuti in un centro di identificazione ed espulsione<sup>41</sup>.

L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati è disciplinato dall'art. 19-bis d.lgs. n. 142/15 (introdotto dall'art. 5 della legge n. 47/2017), dall'art. 4 d.lgs. n. 24/14 e dal d.p.c.m. n. 234/16 (con riferimento ai minori vittime di tratta), dall'art. 19 d.lgs. n. 25/08 (per i minori non accompagnati richiedenti protezione internazionale) e dall'art. 8 d.p.r. n. 448/88 (per minori sottoposti a procedimenti penali). Inoltre, importanti informazioni in materia di accertamento dell'età sono previste da altri documenti, quali il "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" adottato dalla Conferenza delle Regioni nel 2016, il parere del Consiglio Superiore della Sanità del 2009 "Accertamento dell'età dei minori non accompagnati" e dalle raccomandazioni dell'UNHCR del 2014 "L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati e separati in Italia".

Prima dell'entrata in vigore della normativa vigente, che approfondiremo di seguito, il d.p.c.m. n. 234/16, ha rappresentato (e comunque influenza tuttora la normativa vigente) la fonte normativa più completa in materia di accertamento dell'età. In realtà il riferimento specifico era per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, ma il d.p.c.m., a causa di

---

<sup>41</sup> *L'accertamento dell'età dei minori privi di documenti*, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, consultabile on line: <https://www.asgi.it/minori-stranieri-accertamento-eta/>

lacune normative per quanto riguarda i minori non accompagnati che non siano riconosciuti come vittime di tratta, è stato di riferimento anche per MSNA per cui non vi è alcun reato di tratta<sup>42</sup>.

La normativa più recente sulla materia ricorda che l'articolo 5 della legge n. 47/2017, inserendo l'articolo 19-bis, D.Lgs.n. 142/2015, ha disciplinato una procedura unica di identificazione del minore, che costituisce il passaggio fondamentale per l'accertamento della minore età, da cui a sua volta dipende, come già evidenziato, la possibilità di applicare le misure di protezione in favore dei minori stranieri non accompagnati, per garantirgli la più ampia tutela dei diritti. L'articolo 5 della Legge Zampa stabilisce delle prassi per effettuare l'identificazione dei minori stranieri non accompagnati:

- J un colloquio del minore con personale esperto, sotto la direzione dei servizi dell'ente locale
- J la richiesta di un documento anagrafico in caso di dubbio sull'età
- J eventualmente un accertamento socio-sanitario disposto dal tribunale per i minorenni, con il consenso del minore e con modalità il meno invasive possibili, eseguito da operatori qualificati e formati
- J la presunzione della minore età nel caso in cui perdurano dubbi sull'età anche in seguito all'accertamento.

Inoltre, la legge ha introdotto un termine massimo di 10 giorni per le operazioni di identificazione, a decorrere dall'inizio della permanenza nelle strutture di prima accoglienza<sup>43</sup> e ha stabilito che il provvedimento di attribuzione dell'età è emesso dal tribunale per i minorenni<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> -solo ove sussistano fondati dubbi sull'età e questa non sia accertabile attraverso documenti identificativi, le Forze di Polizia possono richiedere al giudice competente per la tutela l'autorizzazione all'avvio della procedura multidisciplinare per l'accertamento dell'età;

-tale accertamento è condotto, nel rispetto del superiore interesse del minore, da un'équipe multidisciplinare presso una struttura sanitaria pubblica, individuata dal giudice, ed è svolto attraverso un colloquio sociale, una visita pediatrica auxologica e una valutazione psicologica o neuropsichiatrica, alla presenza di un mediatore culturale, tenendo conto delle specificità relative all'origine etnica e culturale dell'interessato;

-il minore deve essere adeguatamente informato, con l'ausilio di un mediatore culturale, sul tipo di esami cui sarà sottoposto, sulle loro finalità e sul diritto di opporvisi;

-la relazione conclusiva deve riportare l'indicazione di attribuzione dell'età stimata specificando il margine di errore insito nella variabilità biologica e nelle metodiche utilizzate ed i conseguenti valori minimo e massimo dell'età attribuibile;

-nei casi in cui, considerando il margine di errore, la maggiore o minore età resti in dubbio, la minore età è presunta;

-il provvedimento di attribuzione dell'età, adottato dal giudice competente per la tutela, è notificato, con allegata traduzione, all'interessato e al tutore, e può essere oggetto di reclamo;

-in attesa della determinazione dell'età, l'interessato deve comunque essere considerato come minorenne al fine dell'accesso immediato all'assistenza e alla protezione.

<sup>43</sup> Senato della Repubblica (2017), *Disposizioni correttive del decreto legislativo 142/2015, relative alle commissioni per il riconoscimento della protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati*, Atto del Governo 464.

<sup>44</sup> Art. 5 della Legge n. 47/2017. *“Nel momento in cui il minore straniero non accompagnato è entrato in contatto o è stato segnalato alle autorità di polizia, ai servizi sociali ....., il personale qualificato della struttura di prima accoglienza svolge, sotto la direzione dei servizi dell'ente locale competente un colloquio con il minore, volto ad approfondire la sua storia personale e familiare e a far emergere ogni altro elemento utile alla sua protezione. Al colloquio è garantita la presenza di un mediatore culturale..... Qualora sussista un dubbio circa l'età dichiarata, questa è accertata in via principale attraverso un documento anagrafico..... Qualora permangano dubbi fondati in merito all'età dichiarata da un minore straniero non accompagnato, la Procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni può disporre esami socio-sanitari volti all'accertamento della stessa. Lo straniero è informato,*

Accanto alla normativa vigente, come già evidenziato, va riportato un documento approvato nel marzo del 2016 dalla Conferenza Stato Regioni e delle Province autonome, il *Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati*. Si tratta di un documento molto importante, aggiornamento di uno redatto anni addietro, e che ribadisce l'importanza di garantire il rispetto dei diritti dei bambini e degli adolescenti stranieri che arrivano soli in Italia. "Essere identificato come minore costituisce il presupposto essenziale affinché un straniero minorenni possa beneficiare delle misure di protezione alle quali ha diritto in quanto minore. L'insieme delle procedure attraverso le quali si cerca di stabilire l'età anagrafica di un individuo acquista dunque un'importanza cruciale, in considerazione del fatto che erronee procedure in materia di accertamento dell'età possono condurre al mancato rispetto ed alla violazione di alcuni diritti fondamentali del minore"<sup>45</sup>. Il protocollo è condotto da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, formata da un assistente sociale, un pediatra con competenze auxologiche, uno psicologo dell'età evolutiva e/o un neuropsichiatra infantile, un mediatore interculturale. Inoltre, viene individuato il cosiddetto *case manager* che svolge le funzioni di coordinare le fasi del protocollo. Nello specifico il protocollo prevede:

- J un colloquio sociale utile ad accogliere la narrazione del minore al fine di conoscere la sua storia personale, familiare e migratoria;
- J una visita pediatrica auxologica, effettuata nel rispetto del presunto minore, che comprende la rilevazione di tutti i parametri utili a fornire indicazioni sull'età; inoltre il pediatra auxologo, "a completamento della valutazione, con le dovute cautele per la sensibilità del presunto minore, nel rispetto del suo genere e sesso, cultura e religione, può anche effettuare una valutazione dello sviluppo puberale, avendo chiesto ed ottenuto il suo assenso"<sup>46</sup>;
- J una valutazione neuropsichiatrica/psicologica, effettuata attraverso un colloquio approfondito per valutare il livello di maturazione psicologica del presunto minore straniero. Il colloquio è condotto dallo psicologo dell'età evolutiva o dal neuropsichiatra infantile.

Al termine delle sopraindicate valutazioni specialistiche, il *case manager* organizza con i professionisti dell'équipe multidisciplinare la conclusione e la refertazione della valutazione dell'età. I professionisti redigono una relazione sanitaria, olistica multidisciplinare, che include

---

*con l'ausilio di un mediatore culturale, in una lingua che possa capire e in conformità al suo grado di maturità e di alfabetizzazione, del fatto che la sua età può essere determinata mediante l'ausilio di esami socio-sanitari, del tipo di esami a cui deve essere sottoposto, dei possibili risultati attesi e delle eventuali conseguenze di tali risultati, nonché di quelle derivanti dal suo eventuale rifiuto di sottoporsi a tali esami.....L'accertamento socio-sanitario dell'età deve essere svolto in un ambiente idoneo con un approccio multidisciplinare da professionisti adeguatamente formati e, ove necessario, in presenza di un mediatore culturale, utilizzando modalità meno invasive possibili e rispettose dell'età presunta, del sesso e dell'integrità fisica e psichica della persona. Non devono essere eseguiti esami socio-sanitari che possano compromettere lo stato psico-fisico della persona"*

<sup>45</sup> Conferenza Stato Regioni e delle province autonome (2016), *Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati*.

<sup>46</sup> *Ibidem*.

l'indicazione dell'età presunta con un valore minimo e un valore massimo derivanti dalla variabilità biologica e dalle metodiche utilizzate dall'équipe. La relazione olistica multidisciplinare con il relativo esito riguardante la valutazione dell'età anagrafica deve essere trasmessa all'Autorità di Pubblica Sicurezza e all'Autorità Giudiziaria competente<sup>47</sup>.

Ci sembra importante evidenziare, prima di descrivere i dati raccolti, il dibattito diffuso attorno al problema dell'accertamento della minore età<sup>48</sup> che fa risaltare più aspetti;

- la procedura di determinazione dell'età con approccio multidisciplinare non è stata ancora sufficientemente attivata nei territori
- la varietà di esami e di combinazioni di esami a cui viene sottoposto il minore, spesso confondendo per approccio multidisciplinare l'avvalersi dei referti di più esami diagnostici, anziché la valutazione effettuata da un'équipe multidisciplinare.
- gli esami più invasivi (RX del polso e visita auxologica) sono spesso svolti come primo esame, malgrado la raccomandazione di Legge di avvalersi di esami progressivamente più invasivi, approccio che pone la visita auxologica e soprattutto l'esecuzione dell'esame radiologico come extrema ratio.

In ogni modo, nonostante i dibattiti e le raccomandazioni, quanto emerge è che la comunità scientifica internazionale è unanime sul fatto che la determinazione dell'età non è una scienza esatta, per cui nessun metodo, medico e non, è in grado di stabilire con assoluta certezza l'età cronologica di un individuo; quello che invece sembra certo è che l'uso di più metodi può portare ad una determinazione globale più precisa e sempre più vicina a quella reale<sup>49</sup>.

Tornando ai dati, a partire dalla normativa e dal documento prodotto dalla Conferenza Stato Regioni, la ricerca ha inteso indagare sulle modalità di messa in atto del protocollo attraverso l'invio di una scheda di rilevazione alle Equipe multidisciplinari per l'accertamento dell'età dei MSNA della Regione Puglia. Inoltre, quanto ci sembra interessante per la ricerca è comprendere se le professionalità dell'équipe per l'accertamento della minore età possano dare esse stesse alle comunità un contributo per l'emersione precoce delle vulnerabilità.

Ad oggi sono state costituite le équipe presso quattro province, Bari, Lecce, Foggia e Taranto; la provincia della BAT si serve dell'équipe di Bari, mentre la provincia di Brindisi non ha ancora provveduto alla sua costituzione. Alla data della rilevazione (30 settembre 2018) la situazione risulta la seguente:

---

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> Al dibattito è fatto riferimento in un'intervista effettuata nell'ambito di questa ricerca con un medico dell'Istituto per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della povertà.

<sup>49</sup> CISMAI (2019), "*Requisiti minimi d'intervento per i Minori Stranieri non Accompagnati*", Commissione Scientifica "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza", on line: <https://cismai.it>.

- J Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia equipe costituita il 12/06/2017 con lettera di istituzione della commissione a firma del Direttore Sanitario
- J ASL Taranto equipe costituita il 13/7/2017 con delibera n.1608
- J Azienda Ospedaliero-Universitaria “Policlinico” di Bari- Giovanni XXXIII equipe costituita il 3/8/2017 con delibera n.1157
- J ASL Bari equipe costituita il 16/4/2017 con delibera n.0793
- J ASL Lecce<sup>50</sup>.

Le equipe, come previsto dalla normativa sono formate da diverse tipologie di professionisti con le competenze utili per la specifica procedura. L’Asl di Bari prevede 11 professionisti, il Policlinico di Bari ne prevede 10, Taranto ne indica 5 e Foggia 6. Tutti le equipe prevedono corsi di formazione e/o aggiornamento su focus e tematiche specifiche, così come sono previsti, su richiesta dell’equipe incontri di coordinamento.

La durata di svolgimento delle prassi per l’accertamento dell’età, varia da equipe ad equipe. L’equipe di Taranto riferisce una durata di dieci giorni, probabilmente perché considera l’intero processo, così come definito dalla normativa le altre tre equipe dichiarano una durata che va dai sessanta minuti alle due ore e trenta, riferendosi alle tre fasi previste dal protocollo. In tutti i casi l’accertamento dell’età avviene in un locale idoneo, così come previsto dalla normativa; il consenso del minore a sottoporsi all’accertamento avviene con l’ausilio di un mediatore linguistico-culturale in forma scritta per tre casi, soltanto con l’assenso verbale del cittadino straniero, sempre alla presenza del mediatore culturale, per il caso restante.

Come previsto dalla normativa vigente e dal protocollo per l’accertamento della minore età, le equipe processano attraverso le tre fasi descritte: un’intervista sociale, una valutazione psicologica/neuropsichiatrica e l’esame pediatrico auxologico.

---

<sup>50</sup> Nell’Asl di Lecce la costituzione dell’equipe con atto deliberativo non è ancora avvenuta, è stata solo formalizzata dalla comunicazione scritta dei rispettivi direttori di struttura. La Direzione Sanitaria ha, infatti, proceduto per tramite dell’area socio-sanitaria, alla costituzione dell’equipe coinvolgendo il distretto socio-sanitario di Nardò (perché già sede del “Centro di riferimento per l’accoglienza dei minori adottati all’estero”) e il Distretto Socio Sanitario di Lecce. Sono stati dunque individuati i componenti dell’equipe, ma si è ritenuto prioritario, prima di procedere all’atto deliberativo, di partire dalla formazione specialistica sulle tematiche migratorie e sulle procedure di valutazione dell’età anagrafica, così da consentire agli operatori l’acquisizione di un percorso operativo uniforme. In ogni modo l’ASL dichiara che alla data del 30/10/2018 non sono state avanzate richieste da parte dell’autorità Giudiziaria l’accertamento dell’età anagrafica per i MSNA. Escludendo l’Asl di Lecce, i dati analizzati riguarderanno l’attività delle restanti equipe, per un totale di 4.

	<b>Ospedale Riuniti Foggia</b>	<b>ASL Taranto</b>	<b>Policlinico Bari</b>	<b>Asl Bari</b>
<b>Durata media della procedura di accertamento dell'età</b>	<b>1h</b>	<b>10 giorni</b>	<b>2h,30</b>	<b>1h</b>
<b>Predisposizione di un locale idoneo</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>
<b>Consenso del minore in forma scritta con ausilio del mediatore</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>Assenso verbale del cittadino straniero alla presenza del mediatore culturale</b>	<b>Informato dall'assistente sociale con ausilio del mediatore culturale</b>
<b>Minore informato che la sua età viene valutata attraverso procedura socio-sanitaria</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>
<b>Minore informato in cosa consiste la procedura</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>Si</b>	<b>si</b>
<b>Minore informato sulle conseguenze del suo rifiuto a sottoporsi all'accertamento</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>Si</b>	<b>si</b>
<b>Minore informato con modalità a lui comprensibili</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>Si</b>	<b>si</b>

**Tab. 3 – Le tre fasi dell'accertamento della minore età: operatori, strumenti e procedura**

	Colloquio sociale			Valutazione neuropsichiatrica/psicologica			Visita pediatrica auxologica		
	operatori	strumenti	procedura	operatori	strumenti	procedura	operatori	strumenti	procedura
Foggia	Assistente sociale  Mediatore culturale			Psicologo  Neuropsichiatra Infantile  Mediatore culturale (consulenza esterna)			Pediatra  Mediatore culturale		
Taranto	Case manager  Assistente sociale  Responsabili CAS  Mediatore culturale  Tutore	Colloquio	Colloquio finalizzato alla raccolta dei dati sociali, della storia familiare, personale e migratoria	Psicologo  Mediatore culturale (consulenza esterna)	Test di livello culture-free  Scala comportamentale (S.D.Q.)  Scala Trauma Stress (Q.T.R.)	Colloquio clinico psicologico e indagine psicodiagnostica strutturata e standardizzata	Pediatra	Visita pediatrica auxologica	Rilevazione dei parametri utili a fornire indicazioni sull'età anagrafica.  Laddove necessario, secondo indicazioni del pediatra, si procede a consulenza radiologica
Equipe GIADA, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari	Case manager  Mediatore culturale	Intervista semi-strutturata con informazioni Anamnestico-familiari e socio-culturali	Intervista semi-strutturata con informazioni anamnestico-familiari e socio-culturali	Psicologo (consulenza esterna)	Questionario Protect (strumento di screening per la rilevazione di sintomi postraumatici)  Matrici progressive di Raven SPM per la valutazione dell'età di sviluppo cognitivo.  Questionario "Strengths and difficulties Questionnaire" per la definizione del profilo comportamentale interpersonale ed emotivo, attraverso la etero somministrazione, a cura di un educatore di riferimento o del tutore, laddove presenti.	Osservazione psicologica e colloquio psicologico su esperienze relative alla migrazione.  Rilevazione di fattori di rischio o eventi traumatici.  Rilevazione di fattori di protezione.  Valutazione della presenza di quadri clinici riferibili al PTSD e a disturbi correlati.	Pediatra  Mediatore culturale	Esame fisico che prevede l'ausilio delle curve/tabelle accrescitive della Organizzazione Mondiale della Sanità	Si procede a definire il profilo di salute, gli stadi puberali e laddove necessario si consigliano eventuali approfondimenti specialistici.  Si procede alla consulenza radiologica, in extrema ratio.

Asl Bari	Assistente sociale  Mediatore culturale		Colloquio mirato alla raccolta delle notizie anamnestiche e alla conoscenza di abitudini usi e costumi	Neuropsichiatra infantile  (consulenza esterna)	Colloquio clinico diagnostico	Osservazione diretta	Pediatra	Visita pediatrica auxologica	Valutazione auxologia secondo parametri Cacciari.  Rilevazione di peso e altezza  Valutazione volume testicolare
----------	---	--	--	---	-------------------------------	----------------------	----------	------------------------------	--

Ad ogni equipe costituita è stato chiesto di indicare per ogni fase i soggetti coinvolti, gli strumenti utilizzati e una breve descrizione della procedura. L'equipe di Foggia ha riportato soltanto gli operatori coinvolti per ogni fase, tralasciando gli strumenti e la procedura.

Le altre equipe si differenziano particolarmente nella diversità di strumenti utilizzati nella valutazione psicologica/neuropsichiatrica. L'Asl di Bari è l'unica che nella visita pediatrica utilizza la valutazione del volume testicolare (cfr. tab.3).

Dalla data di costituzione delle diverse equipe, che va da aprile ad agosto 2017, fino al 30 settembre 2018, sono state richiesti 191 accertamenti della minore età, di cui il 94,8% di sesso maschile e appena il 5,2% di sesso femminile, in linea con le presenze di MSNA per genere.

Del totale sono stati sottoposti alla procedura 171 soggetti, poco meno del 90%, dal momento che 20 presunti minori solo si sono allontanati prima dell'accertamento.

Escludendo dal conteggio i 70 soggetti sottoposti all'accertamento dell'ASL di Bari, di cui non conosciamo l'esito per i motivi evidenziati in nota alla tabella, si rileva che sono stati dichiarati minorenni il 67,3% del totale dei soggetti sottoposti all'accertamento, mentre sono stati dichiarati maggiorenni il 28,7%. (cfr. tab.n.3). Diversi sono i paesi di provenienza dei soggetti per cui è stato richiesto l'accertamento; le nazionalità più ricorrenti sono la Guinea, il Gambia, la Nigeria, la Costa d'Avorio, il Senegal.

	Richieste accertamento età		Sottoposti accertamento		Dichiarati minorenni		Dichiarati maggiorenni		Allontanati prima dell'accertamento	
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.
Osp.Riuniti Foggia	52	5	51	3	35	2	16	1	1	2
Asl Taranto	23	2	19	2	8	1	11	1	4	0
Policlinico Bari	28	1	26	0	22	0	0	0	2	1
Asl Bari	78	2	68	2	*	*	*	*	10	0
<b>Totale per genere</b>	<b>181</b>	<b>10</b>	<b>164</b>	<b>7</b>	<b>65</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>3</b>
Totale complessivo	<b>191</b>		<b>171</b>		<b>68</b>		<b>29</b>		<b>20</b>	

\*l'Asl di Bari non fornisce i numeri dei soggetti dichiarati minorenni e maggiorenni asserendo che la commissione multidisciplinare valuta e fornisce l'età presunta oscillante intorno a 2 anni più o meno 18, per cui la dichiarazione effettiva di minore è di competenza del Tribunale dei Minori.

L'equipe multidisciplinare del Policlinico Giovanni XXIII di Bari specifica che nei 26 soggetti sottoposti ad accertamento della minore età, in 5 casi sono stati rilevati elevati indici di traumatizzazione, in 11 soggetti sono emersi moderati indici di traumatizzazione, in 9 soggetti sono stati rilevati lievi indici di traumatizzazione, in 1 soggetto si è rilevato un funzionamento adattivo e resiliente.

Solo per un soggetto è stata effettuata la radiografia del polso, un caso su 171, come emerge dai dati dell'ASL di Taranto, che dichiara di ricorrere a tale procedura su indicazioni del pediatra. L'equipe di Foggia e dell'ASL di Bari dichiarano di ricorrere alla radiografia solo in casi di dubbio estremo. Infine, l'Equipe Giada dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, che non ha mai proceduto alla radiografia del polso, indicando che i criteri per i quali si farebbe ricorso alla radiografia del polso, sono riferibili a casi di deficit staturale ponderali importanti. Questo aspetto è rilevante perché le equipe pugliesi seguono la raccomandazione di legge di avvalersi dell'esecuzione dell'esame radiologico come extrema ratio.

La scheda inviata all'equipe comprendeva un campo dove si potevano inserire considerazioni generali sull'attività svolta, così come le problematiche legate alla procedura. Si rileva che alcune equipe hanno riportato la richiesta da parte delle strutture di accoglienza di predisporre la presa in carico psicoterapeutica, richiesta in linea con gli obiettivi della ricerca.

Nessuna criticità è stata attribuita al lavoro dell'equipe, indicato come competente, responsabile e condotto con passione e dedizione. È stato, invece, sottolineato:

- ) quanto già emerso dalla rilevazione con gli ambiti, vale a dire la difficoltà a doversi rapportare con una cultura differente ma allo stesso tempo la necessità di rispettare quella cultura.
- ) il problema a reperire i contatti delle strutture di accoglienza per MSNA, per cui si auspica la predisposizione di un elenco di strutture con relativi recapiti.
- ) che sarebbe utile uniformare le modalità di svolgimento delle attività in relazione ai compensi per il lavoro svolto. Solo alcune equipe, infatti, recepiscono una remunerazione aggiuntiva all'attività ordinaria per il lavoro svolto inerente l'accertamento della minore età.

A conclusione di quanto rilevato, sembra importante sottolineare come dal confronto e dal dialogo con alcuni operatori delle equipe per l'accertamento della minore età, è emerso che nel tempo si sono specializzate ed hanno acquisito competenze transculturali ed etnopsicologiche, un forte potenziale e una importante risorsa anche per l'individuazione di eventuali segnali di vulnerabilità nel MSNA.

Infatti, l'equipe della provincia di Taranto e l'equipe G.I.A.D.A. dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Giovanni XXIII di Bari, oltre ad effettuare l'accertamento della minore età così come definita precedentemente, indagano sullo stato di salute/benessere del MSNA e, in alcuni casi, offrono un servizio di consulenza e assistenza ai minori e agli operatori delle strutture di accoglienza. Questo è un valore in più perché attivando sistematicamente questa specifica procedura all'interno della prassi dell'accertamento per la minore età, le equipe potrebbero essere di supporto alle comunità nella emersione delle vulnerabilità, essendo le comunità, nel protocollo di

presa in carico ipotizzato da questa ricerca, il luogo deputato proprio al rilevare eventuali vulnerabilità dei minori stranieri accolti.

Se facciamo riferimento a quanto emerso da una intervista fatta ad un dirigente medico dell'Istituto per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, emerge proprio la difformità livello nazionale delle procedure. Nell'intervista è fatto breve cenno ai risultati di un'indagine nell'ambito del progetto "*Tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza*", di cui è titolare l'INMP.

*“Uno degli obiettivi del progetto condotto dall'INMP era la promozione della corretta procedura multidisciplinare per l'accertamento dell'età. Nel merito l'indagine si è rivolta alle strutture, per investigare, dalla parte dell'utenza, la metodologia offerta dalle ASL che sono intitolate dalla legge, allo svolgimento dell'accertamento.*

*Si è riscontrata una forte difformità di approcci e metodiche utilizzate, in parte riconducibile al possibile equivoco per il quale come approccio multidisciplinare si intenda, semplicemente, lo svolgimento di più esami. Ciò significa che solamente in rari casi le ASL si sono dotate di équipe multidisciplinari dedicate a tale procedura, ratificando, piuttosto, circolari o protocolli attuativi non in linea con le indicazioni di legge. Questo esempio sottolinea, ancora una volta, la difficoltà di una reale implementazione delle prescrizioni legislative riguardanti la tutela della salute, stante la distanza tra una legislazione in tema di migrazione, nazionale, e la sua applicazione in ambito regionale” (testimone privilegiato n.5, medico INMP).*

Quanto è evidenziato dal rappresentante dell'INMP fa riferimento a criticità da ricondurre specificamente ad una ricerca svolta nei centri di prima accoglienza finanziati dal FAMI, ma si ritiene che le stesse criticità possano essere riferite più genericamente alle attività di accoglienza dei MSNA e possano essere considerate quindi “di sistema”. E questo esempio sottolinea, ancora una volta, la difficoltà di una reale implementazione delle prescrizioni legislative riguardanti la tutela della salute, stante la distanza tra una legislazione in tema di migrazione, nazionale, e la sua applicazione in ambito regionale. Il problema che, dunque, continua a risaltare è una assenza di *governance* nell'ambito delle procedure di presa in carico sanitaria dei MSNA.

Una *governance* strutturata con l'obiettivo di condividere procedure formali di presa in carico sanitaria e psicologica dei minori ospiti sul territorio, unitamente ad un'azione di sistema, diviene la strada da percorrere per una qualificazione del sistema di accoglienza che definisca modalità di presa in carico della salute dei minori stranieri adeguate e uniformi sul territorio.

## CAPITOLO 3

### LA PRESA IN CARICO PRECOCE DELLE VULNERABILITÀ DEI MSNA IL PERCORSO OPERATIVO

#### 3.1 Dalle linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età alla presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA

La D.G.R. n. 1878 del 30 Novembre 2016, al fine di dare attuazione alla L.R. n. 29/2014, ha approvato le LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETÀ”. Nello specifico l’art 13 della L.R. n. 29/2014 prevede l’adozione da parte della Regione di *“Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori”, allo scopo di garantire i loro diritti contro ogni forma di violenza, maltrattamento, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, cognitivo, spirituale, morale e sociale e di fornire orientamenti organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento”*.

Le suddette Linee Guida, rappresentano la cornice di riferimento per servizi e professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella tematica, forniscono indicazioni concrete e operative sulla presa in carico e promuovono un modello di intervento uniforme e ad alta integrazione socio sanitaria.

In altre parole, lo scopo delle linee guida è quello di garantire una omogenea presa in carico dei minori in tutto il territorio regionale attraverso l’implementazione degli assetti organizzativi e la definizione di ruoli e funzioni in grado di favorire e agevolare il confronto interdisciplinare. Esse sono, dunque, l’espressione di un lavoro di approfondimento scientifico e congiunto tra diversi ambiti e differenti professionisti che hanno condiviso sapere, esperienze e buone prassi.

Il progetto MSNA ha mutuato dalle Linee Guida Regionali le fasi dell’intervento per garantire anche a questo particolare target di minorenni tutte le fasi di intervento atte alla tutela e alla protezione della salute globale del minore stesso, attraverso la rilevazione, la valutazione, la cura e il trattamento del trauma per le violenze subite.

Infatti, è proprio grazie al modello ecologico di intervento<sup>51</sup> e all’approccio sistemico relazionale<sup>52</sup> previsto dalle Linee Guida, che si è sperimentato e adattato uno specifico percorso di individuazione precoce delle vulnerabilità e fragilità dei MSNA con lo scopo di prevenire

---

<sup>51</sup> World Health Organization (2006), *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*.

<sup>52</sup> Bateson, G. (1977), *Verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

l'insorgere di psicopatologie e definendo 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.

Il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, rappresenta un insieme coordinato ed integrato degli interventi socio-sanitari finalizzati sia a prevenire o rimuovere la situazione di vulnerabilità psicologica/psicopatologica in cui questi si trova, sia a promuovere il benessere del minore straniero non accompagnato.

Il percorso operativo prevede, infatti, il coinvolgimento specifico, oltre che degli attori socio sanitari individuati dalle linee guida regionali, anche gli operatori della comunità di accoglienza, promotori e conservatori del benessere del MSNA, riconoscendone le professionalità, la valenza educativa e sociale, il quotidiano lavoro volto all'integrazione sociale. Si tratta di un processo complesso che implica l'azione sinergica di diversi attori per garantire una adeguata gestione di ogni singolo caso e una riduzione del rischio di vittimizzazione secondaria, delle conseguenze sulla sfera emotiva ed emozionale che scaturiscono dall'interazione tra la vittima e il sistema delle istituzioni. Ma è chiaramente necessario per creare le premesse materiali, sociali e psicologiche di integrazione del MSNA nel nuovo contesto di vita e si inserisce all'interno di un percorso riparativo atto a favorire l'adeguata ripresa del processo evolutivo del minore, riducendo così i rischi di uno sviluppo patologico.

Il percorso operativo di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA si sviluppa all'interno dei livelli e delle fasi di intervento di presa in carico in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori di età<sup>53</sup>, prevedendo step strutturati, competenze specifiche e professionisti qualificati e definiti.

Esso prevede, principalmente, il coinvolgimento di attori socio sanitari 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. Gli attori coinvolti concorrono, dunque, a costituire e ad armonizzare un percorso atto a garantire la salute globale del MSNA ed a fornirgli gli strumenti per superare eventuali fragilità e vulnerabilità.

In questo processo la *Comunità Di Accoglienza* rappresenta il luogo dove avviene l'emersione del bisogno. La comunità, con il lavoro quotidiano degli operatori, ha la funzione di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità. *La Comunità di Accoglienza* ha l'obiettivo di assicurare una costante azione educativa, assistenza e tutela, gestione della quotidianità ed organizzazione della vita, attraverso il coinvolgimento dei minori in tutte le attività di espletamento

---

<sup>53</sup> *Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*, Delibera di Giunta Regionale 1878/2016.

della vita quotidiana come momento a forte valenza educativa, stesura di progetti educativi individualizzati, gestione delle emergenze, socializzazione e animazione<sup>54</sup>.

Nello specifico si individuano tre livelli di presa in carico dei MSNA, ognuno dei quali corrisponde ad una equipe di operatori che realizzano, in sinergia tra loro, il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA:

) *I livello: Equipe integrate multidisciplinari territoriali*: 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<sup>55</sup>.

) *II livello: Centri di riferimento specialistici per la cura del trauma interpersonale*: livello trasversale, con funzioni di consulenza, supporto e supervisione all'Equipe territoriali.

Il percorso multidisciplinare di presa in carico precoce delle vulnerabilità del MSNA mira a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Garantire a tutti i MSNA accolti in struttura una verifica ed un monitoraggio sulla loro condizione di ben-essere.
- Valutare le situazioni vulnerabili che vengono segnalate dall'equipe della struttura ospitante e predisporre proposte di percorsi specifici di presa in carico socio- psico- sanitaria.
- Sostenere il MSNA attraverso una risposta multidisciplinare ed integrata mirata alla cura delle vulnerabilità.
- Garantire al MSNA con particolari vulnerabilità l'accesso alla rete dei servizi (emersione e diagnosi, cura e riabilitazione) in funzione alle specifiche esigenze.
- Ampliare la rete sul territorio, utilizzando strumenti idonei e standardizzati per affrontare situazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria in modo efficace, accessibile, sostenibile ed in tempi adeguati.
- Supportare il lavoro quotidiano degli operatori delle strutture di accoglienza, offrendo opportunità di formazione, scambio, aggiornamento.
- Monitorare ed esaminare gli esiti per ridefinire e riprogrammare gli interventi e le azioni a favore dei MSNA.

) *III livello: Centro di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi precoce e la cura delle condizioni di violenza all'infanzia*: rappresenta la struttura che permette e garantisce la collaborazione, l'integrazione e la sinergia tra le professionalità e i servizi coinvolti nella tutela, cura, accoglienza e benessere dei MSNA attraverso un capillare lavoro di rete. Tra le specificità di questo III Livello si evidenziano le seguenti attività:

---

<sup>54</sup> Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n. 4, attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19.

<sup>55</sup> *Ibidem*.

- attività di consulenza e supporto agli operatori socio sanitari coinvolti nella presa in carico del MSNA;
- attività di consulenza su specifici casi;
- consolidamento e rafforzamento della integrazione socio sanitaria con definizione di metodologie di lavoro e percorsi di diagnosi e assistenza integrata ai MSNA.

### **3.2 Il ruolo della comunità di accoglienza come rilevatore del bisogno**

La comunità di accoglienza gioca dunque un ruolo centrale e strategico nel garantire azioni protettive, di contenimento e rafforzamento, nell'individuazione e l'emersione precoce, nella successiva valutazione di eventuali vulnerabilità e nel contribuire alla realizzazione di un piano terapeutico assistenziale di cura. Infatti, la comunità di accoglienza ha la regia del patrimonio documentale del MSNA, ne custodisce la storia personale, anche eventuali esperienze traumatiche; ed è proprio grazie al bagaglio di informazioni, raccolto durante l'accoglienza, che la comunità garantisce l'acquisizione di informazioni utili a ricostruire la storia personale, il viaggio migratorio, la posizione giuridica, la situazione sanitaria ed a tracciare lo stato di salute psico-fisico del MSNA.

L'individuazione precoce dei segnali di malessere ed eventualmente dei disturbi post traumatici da stress rappresentano dunque il primo step per rispondere celermente al benessere psico-fisico del minore straniero non accompagnato, oltre a garantire la sua piena integrazione nel contesto di accoglienza. È di fondamentale importanza per gli operatori della struttura di accoglienza allenare anche l'osservazione attenta dei MSNA nei vari contesti quotidiani in cui essi si trovano. Oltre all'osservazione attenta e specifica del MSNA, in questa fase di rilevazione sono importanti attività di gruppo rivolte ai MSNA finalizzate all'attivazione della resilienza individuale e sociale. Uno spazio riservato al GIOCO può infatti restituire al minore un senso di normalità, offrendo uno strumento di espressione e decompressione emotiva e la possibilità di ritrovare la dimensione ludica e di costruire legami.

Questa attività di rilevazione si estende nell'arco di tutta l'accoglienza in comunità e la comunità di accoglienza si offre come il luogo di raccordo, sintesi e coordinamento nelle attività di rilevazione. In tal senso, la comunità di accoglienza individuerà come *case manager* con funzione di coordinamento, un operatore dell'equipe di comunità referente del caso, in grado di garantire il raccordo con tutte le fasi e livelli di presa in carico. La rilevazione è, infatti, una fase delicata quanto complessa e richiede il coinvolgimento di più saperi. Essa non può essere confinata e ritenersi conclusa in un preciso momento del percorso di presa in carico e tantomeno non può essere gestita, come ricordano le linee guida regionali, "in solitaria", ma deve essere il risultato di un continuo confronto con le diverse figure di riferimento del MSNA (assistente sociale, medico di medicina generale, tutore, insegnanti ecc...). Il confronto tra i professionisti è fondamentale per non

sottovalutare o sovrastimare eventuali segnali che il minore può consciamente o inconsciamente manifestare. È necessario quindi stabilire/calendarizzare con gli altri adulti di riferimento del minore degli incontri finalizzati alla condivisione e al confronto interdisciplinare delle conoscenze e delle informazioni raccolte. Nella rilevazione (e successivamente nella valutazione) è di primaria importanza individuare e stabilire la gravità del malessere. In tal senso, la comunità di accoglienza, in raccordo con l'assistente sociale, è sollecitata a fare richiesta per un tempestivo confronto con i professionisti deputati alla valutazione (Equipe Integrata Multidisciplinare Territoriale) qual ora ravvisi uno stato di malessere.

Si sottolinea infine come le attività di rilevazione ed emersione precoce sono in primis, azioni dedicate e di competenza dell'operatore della struttura ma, al tempo stesso, sono il frutto di un insieme di conoscenze che quest'ultimo acquisisce attraverso il confronto continuo con gli altri professionisti.

L'equipe della comunità, in tal senso, ha il compito/mandato di portare alla luce eventuali segnali che potenzialmente potrebbero rappresentare dei fattori di rischio per la sua salute psico fisica per l'accoglienza e l'integrazione del minore straniero solo. A tal fine la comunità attiva il Primo livello di presa in carico. Infatti, la funzione della Comunità di accoglienza trova il suo compimento nella segnalazione del MSNA sul quale vengono intercettate possibili, potenziali e particolari vulnerabilità con la richiesta di valutazione formulata dall'equipe della comunità, in raccordo con il servizio sociale professionale e il tutore, ivi presente, all'Equipe Integrata Multidisciplinare Territoriale.

I MSNA, per i quali si arrivi a supporre la presenza di vulnerabilità saranno inviati all'equipe territoriale per una prima valutazione come previsto dalle Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza.

Per riassumere, la struttura di accoglienza, nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità garantisce:

- )] Attività di prevenzione delle vulnerabilità attraverso un setting accogliente, rispettoso delle esigenze e delle specificità del minore nonché una relazione di fiducia ed empatica per favorire l'adattamento.
- )] Interventi di natura protettiva del MSNA di forte intesa con il Servizio Sociale Professionale, sviluppando percorsi socio educativi personalizzati.
- )] Attenta e precoce individuazione di possibili vulnerabilità e fragilità dei MSNA attraverso l'osservazione attenta e l'ascolto partecipato.
- )] Raccolta dati del MSNA dopo i primi 30 gg di permanenza in struttura e nell'arco dell'accoglienza attraverso gli strumenti per la rilevazione e l'emersione delle vulnerabilità (Allegato A e Allegato B).

- J Tempestivo invio condiviso con il tutore e il Servizio Sociale Professionale, all'Equipe Integrata Multidisciplinare territoriale.
- J Elaborazione del progetto educativo individuale (PEI) in collaborazione con il minore, il servizio sociale professionale, il tutore, ivi presente e in sinergia con gli attori coinvolti nella valutazione, trattamento e cura delle vulnerabilità.
- J Attuazione del PEI, con particolare attenzione nell'implementazione dello stesso soprattutto nel monitoraggio del suo stato di benessere sociale psicologico e fisico.
- J Attività di monitoraggio, in sinergia con gli altri attori deputati alla presa in carico precoce delle vulnerabilità, con l'uso degli strumenti messi a disposizione per la rilevazione ed emersione delle vulnerabilità e gli altri strumenti presenti in struttura (diario di comunità, equipe interne, attività ludiche ecc...).

### **3.2.1 Gli strumenti per l'attività di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità dei MSNA**

Gli strumenti di rilevazione da utilizzare non sono dispositivi diagnostici o terapeutici ma strumenti "sentinella" che hanno lo scopo di allenare l'osservazione dell'equipe della comunità e registrare l'andamento e l'adattamento al nuovo contesto di vita.

Nell'osservazione del minore e nella successiva compilazione degli strumenti vengono inoltre suggeriti eventuali e possibili focus di interesse per porre nuovamente l'attenzione su particolari aspetti riconducibili a sintomi da stress post traumatico, causati dalla precarietà del viaggio e non solo (condizioni igienico sanitarie e di sicurezza, sovraffollamento sulle imbarcazioni, naufragio ecc..) e dalla capacità di resilienza e adattamento dello stesso al nuovo contesto di vita (comunitario, scolastico ecc..).

Gli strumenti per la rilevazione ed emersione delle vulnerabilità messi a disposizione alle strutture di accoglienza, per far emergere e rilevare lo stato di benessere del MSNA, si suddividono in due format, allegato A e allegato B.

*L'Allegato A* è composto da una griglia osservativa che raccoglie alcuni dati di carattere sanitario ed alcuni indicatori riconducibili a situazioni di fragilità del MSNA<sup>56</sup>. Questo strumento ha lo scopo di registrare dati utili all'operatore della struttura e di conseguenza all'equipe della comunità per monitorare lo stato di benessere del MSNA nell'arco dell'accoglienza. La prima compilazione viene effettuata dagli operatori dell'equipe dopo un periodo di osservazione misurabile in 30 giorni dall'inserimento in struttura e le successive a cadenza semestrale. Inoltre, i dati possono essere raccolti attraverso altri strumenti di raccolta dati presenti in struttura (p.e. diario

---

<sup>56</sup> Per la costruzione dell'Allegato A si è preso spunto, modificandolo dal Questionario Protect (strumento di screening per la rilevazione di sintomi posttraumatici).

giornaliero, cartella personale, PEI) o reperiti anche attraverso altri operatori socio sanitari (p.e. educatori di pregresse accoglienze, insegnanti ecc....).

*L'Allegato B* è una raccolta dati osservativa, relativa a 4 profili del MSNA: socio demografico, migratorio, giuridico e comunitario.

Lo scopo di questo strumento è quello di: fare emergere precocemente eventuali vulnerabilità/fragilità; mirare al benessere psico-socio-sanitario del MSNA; condividere le informazioni emerse con gli altri attori socio-sanitari coinvolti nell'intero percorso di accoglienza e di integrazione del MSNA; sviluppare possibili percorsi integrativi del MSNA nel contesto comunitario; supportare la comunità nella definizione di un progetto psico socio sanitario individuale e condiviso. La raccolta dati dell'allegato B avviene nell'intero arco temporale dell'accoglienza del MSNA in comunità.

Le informazioni acquisite rappresentano elementi di valutazione in itinere e in fase di *follow up* da parte delle equipe di comunità e dall'equipe di primo livello, così come definito nelle linee guida regionali e inoltre possono essere confrontabili nei diversi momenti di accoglienza del MSNA in struttura.

Lo strumento è compilato dagli operatori dell'equipe di comunità e i dati possono essere raccolti sulla base: dell'osservazione partecipata, dell'interazione quotidiana con il MSNA, degli altri strumenti operativi che la Comunità utilizza (diari quotidiani, relazioni, ecc.) e, infine, da dati derivanti da eventuali esperienze di accoglienza pregresse.

### **3.2.2 La formazione degli operatori**

L'individuazione precoce delle vulnerabilità dei MSNA nonché l'intero percorso di presa in carico in tutte le fasi di intervento, richiede il supporto di una forte competenza professionale ed una adeguata formazione degli operatori in materia di maltrattamento e violenza ai danni della persona minore di età così come enunciato nelle Linee Guida regionali.

In attuazione delle Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età, la Regione Puglia con Del. G.R. n. 1608/2018 ha approvato il **Piano di interventi 20018/2020** e, assegnando al Servizio di Psicologia GIADA dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico Giovanni XXIII le azioni di formazione specialistica in partenariato con CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento e violenza), ha dato avvio alla Formazione Specialistica Regionale. Destinatari del percorso formativo specialistico sono stati gli operatori delle equipe di I livello, dell'area sanitaria e sociale (equipe integrate multidisciplinari maltrattamento e violenza) delle equipe di II livello (rete ospedaliera Giada, Servizi di Psicologia/Consultori sovra distrettuali/Centri specialistici per la cura del Trauma

interpersonale infantile, referenti di NPI, CSM, SERD, referenti dei Pediatri di Libera Scelta), dei servizi specializzati antiviolenza del terzo settore, in particolare centri antiviolenza.

Gli obiettivi formativi sono stati:

- ✓ condividere conoscenze e linee guida in materia di prevenzione, presa in carico, diagnosi e cura delle diverse condizioni di violenza ai danni delle persone di minore età;
- ✓ progettare e qualificare gli interventi integrati interdisciplinari e uniformi nel territorio regionale.

L'intero pacchetto formativo è stato suddiviso in 7 moduli (1° modulo Proteggere i bambini dalla violenza assistita - Riconoscere le vittime e progettare interventi integrati di rete; 2° modulo Violenza assistita da maltrattamento sulle madri- La complessità di costruire percorsi di protezione e riparazione; 3° modulo Vittime di tratta e mutilazioni genitali femminili- Approccio interculturale per la tutela della salute dei migranti; 4° modulo La violenza sessuale - Un approccio integrato per dare voce al silenzio; 5° modulo Maltrattamento fisico - Il corpo violato; 6° modulo Patologia delle cure e *shaken baby syndrome* - Gli esiti delle relazioni vulnerabili; 7° modulo *Minori stranieri non accompagnati - diritti in movimento*), di cui uno specifico rivolto ai Minori Stranieri Non Accompagnati. In seguito, nel corso delle giornate di formazione specialistica, è stata promossa un'altra giornata di formazione e sensibilizzazione dal titolo: “*Tutela delle persone richiedenti asilo e rifugiate portatrici di esigenze particolari*”. Tale attività formativa, promossa da UNHCR, in sinergia con A.Re.S.S. Puglia, il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti ed il Servizio di Psicologia GIADA, è stata l'occasione per promuovere un approccio consapevole da parte del personale sanitario, per una risposta ancor più qualificata alle principali esigenze di tutela, anche sanitaria, in relazione alle diverse ipotesi di vulnerabilità previste nel contesto normativo.

Premesso tutto ciò, tale formazione specialistica regionale ha qualificato maggiormente gli operatori delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali e dell'Equipe Specialistiche per la Cura e il Trattamento del Trauma, gettando le basi di un sapere condiviso in grado di dare una risposta specialistica ed uniforme su tutto il territorio pugliese. Tale sapere sarà quindi messo a disposizione anche degli operatori delle comunità di accoglienza, che ne fanno richiesta, come previsto dai compiti e dalle funzioni delle equipe di primo e secondo livello definite dalle Linee guida Regionali.

Si sottolinea infine come la formazione e l'aggiornamento degli operatori rappresentino uno strumento fondamentale per promuovere la qualità e l'armonizzazione degli interventi. Più precisamente, un'adeguata formazione massimizza la possibilità che tutti gli operatori, a diverso

titolo coinvolti, possiedano le conoscenze e le competenze necessarie a rispondere precocemente ai bisogni, espressi o inespressi, evidenti o latenti dei minori stranieri non accompagnati.

### **3.3 Primo livello: l'equipe integrata multidisciplinare territoriale**

Le equipe integrate multidisciplinari per la presa in carico e gli interventi relativi alla prevenzione e al contrasto del maltrattamento e della violenza, presenti in ogni ambito, effettuano diagnosi di trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazioni di maltrattamento, incuria, violenza e/o altre esperienze sfavorevoli.

Nello specifico percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, tali Equipe territoriali, rappresentano il primo livello in quanto esse sono in grado di certificare la vulnerabilità del minore e predisporre un piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato atto al superamento della situazione problematica.

Tenuto conto della composizione minima prevista<sup>57</sup>, tali equipe possono, in base alla specificità del caso, avvalersi della competenza di altri professionisti per esempio mediatori culturali, individuati da short list presenti nei Comuni Pugliesi, e/o operatori socio sanitari che grazie all'esperienza e alla formazione specialistica fanno già parte dell'equipe di II livello.

L'accesso al primo livello di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA avviene su richiesta dell'equipe della comunità, che in raccordo con il Servizio Sociale Professionale ed il tutore, ivi presente, richiede una valutazione diagnostica.

Per migliorare, supportare e implementare gli interventi e le azioni proprie dell'Equipe integrata Multidisciplinare Territoriale, l'equipe della comunità di accoglienza metterà a disposizione gli strumenti di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità (Allegato A e allegato B).

Nello specifico, tra i compiti previsti<sup>58</sup> dell'Equipe Integrata Multidisciplinare territoriale, si menzionano:

- ) Accoglienza delle richieste di valutazione della vulnerabilità da parte dell'equipe della comunità di accoglienza del MSNA e analisi del rischio.
- ) Consulenza agli operatori delle strutture di accoglienza che ne fanno richiesta per la valutazione della situazione delle vulnerabilità dei minori stranieri non accompagnati.
- ) Continuo scambio e confronto di competenze e saperi con gli altri attori coinvolti nella presa in carico.

---

<sup>57</sup> "Linee Guida Regionali per la rete dei servizi di prevenzione e contrasto alla violenza". D.G.R. 1890/2010.

<sup>58</sup> Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età. D.G.R. 1878/2016.

- J Professionalità specifiche (individuate anche all'interno delle equipe per l'accertamento della minore età, presenti in tutte le Asl Pugliesi) ritenute importanti per la definizione del percorso di presa in carico del MSNA.
- J Momenti di formazione-informazione all'equipe della comunità, che ne fa richiesta, previo precedenti accordi.
- J Co- progettazione e co- costruzione del PEI con gli altri attori coinvolti nell'accoglienza e nella tutela del MSNA, con particolare attenzione al progetto di intervento terapeutico.
- J Assistenza psicologica e gestione spazio attrezzato per l'ascolto, gli interventi e le azioni da attivare.
- J Monitoraggio e verifica delle azioni e degli interventi messi in atto per il MSNA.

Nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità la valutazione ha, dunque, lo scopo di costruire il quadro complessivo della potenziale situazione di vulnerabilità nei suoi aspetti individuali e relazionali e i processi di interazione in atto tra i fattori di rischio e di protezione del minore. Essa ha la finalità di strutturare interventi psicosociali e/o interventi di psicologia clinica, nello specifico di programmare percorsi psicoterapici integrati con gli altri interventi e azioni previste nel progetto educativo individuale (PEI), tenendo in considerazione le risorse del MSNA e della comunità ospitante.

La valutazione è sempre una valutazione multidisciplinare che si concretizza con la formulazione di un parere diagnostico in grado di individuare tempi, attori sanitari, sociali e socio sanitari nonché modalità dell'intervento e della cura.

Inoltre, la valutazione basata sulla rilevazione dei fattori di rischio<sup>59</sup> è, nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, supportata anche dai dati raccolti e messi a disposizione dall'equipe della comunità.

Nella valutazione è necessario dunque, definire, riconoscere e mantenere il contesto comunitario di controllo e protezione del minore garantendo coerenza e continuità tra tutti gli interventi a favore del minore straniero non accompagnato.

È necessario, inoltre, garantire un tempo congruo per la valutazione prevedendo incontri che tengano in considerazione i tempi, i vissuti e la rielaborazione di eventuali traumi del minore ma sviluppando tali procedure all'interno di una cornice temporale che consideri anche i tempi dell'accoglienza, dettati talvolta da condizioni giuridiche legate all'età o da disponibilità economiche. Le metodologie e le tecniche di valutazione devono basarsi su evidenze scientifiche nonché su approcci che tengano in considerazione cultura e subcultura del minore.

---

<sup>59</sup> SINPIA (2007) Linee guida in tema di abuso sui minori.

Un'altra azione propria del primo livello di presa in carico precoce delle vulnerabilità si concretizza nel trattamento della vulnerabilità. Il trattamento è un processo dinamico caratterizzato da fasi diverse seppur interconnesse e in parte sovrapponibili. Esso è costruito sul singolo caso e deve necessariamente coinvolgere anche la comunità di accoglienza. Infatti, il trattamento delle vulnerabilità del MSNA deve svilupparsi in sinergia agli altri interventi e azioni a favore del minore e quest'ultime devono armonizzarsi con esso.

Nel caso si certifichi la vulnerabilità, il trattamento è sempre in via prioritaria finalizzato al reinserimento nel contesto sociale e comunitario dove il minore ha sviluppato interessi ed esperienze positive considerando sempre il suo superiore interesse.

Per garantire l'espletamento di tutte le azioni e di tutti gli interventi di presa in carico psicosociale da parte degli attori socio sanitari coinvolti è necessario che essi debbono svolgersi, per quanto possibile, in collaborazione con il MSNA.

Tali interventi sono progettati e realizzati sulla base delle risorse individuali del MSNA e della comunità ospitante e delle opportunità e delle risorse disponibili nel territorio, al fine di contenere la situazione di rischio per il MSNA e di favorirne la soluzione.

### **3.4 Attività di monitoraggio nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA**

Considerato questo percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità essenziale per garantire e favorire il benessere e la piena integrazione del MSNA, l'attività di monitoraggio deve essere garantita in tutte le fasi della presa in carico precoce delle vulnerabilità.

Il principale aspetto legato al monitoraggio riguarda la programmazione di incontri tra i soggetti che hanno partecipato alla redazione del Progetto educativo, riabilitativo, terapeutico del MSNA (servizi sociale professionale, comunità di accoglienza, minore, tutore e mediatore culturale) e tra questi soggetti e altri coinvolti nella sua attuazione (ad esempio la scuola), al fine di verificarne i progressi. Gli incontri debbono avere una periodicità definita e dichiarata.

L'attività di monitoraggio garantita dall'equipe della comunità di accoglienza in collaborazione con gli altri servizi coinvolti nella presa in carico, deve monitorare e documentare lo stato di salute psicologica e fisica del minore (prima, durante e dopo gli interventi) attraverso la registrazione di eventi, aneddoti o episodi che hanno impresso dei cambiamenti; la verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati di medio e lungo termine; gli aggiornamenti apportati al PEI in itinere.

Tale documentazione è portata a conoscenza del tutore, ivi presente, ed è a disposizione dei soggetti istituzionali che hanno diritto a richiederla. Si evidenzia in tal senso la necessità di un costante coinvolgimento del minore e del tutore nel concordare le azioni di valutazione e di

monitoraggio del percorso di benessere e integrazione sociale del MSNA che, oltre ad esplicitare il responsabile del caso, deve indicare gli obiettivi, le problematiche, i tempi, i soggetti e i servizi da coinvolgere nelle azioni di verifica registrandole nel PEI.

### **3.5 Secondo livello: Centri di riferimento specialistici per la cura del trauma interpersonale**

L'accesso del MSNA al centro specialistico per la cura del trauma interpersonale avviene su richiesta dell'equipe integrata multidisciplinare territoriale. Esso rappresenta il punto di riferimento e di supporto all'equipe Integrate Multidisciplinari territoriali e tra le sue funzioni è prevista l'attività di presa in carico di casi complessi. Le Linee guida regionali prevedono che il centro specialistico qualificato per la diagnosi e la cura del trauma venga individuato su base provinciale (almeno uno per ogni ASL), attualmente presente e già operativo in quattro delle sei ASL pugliesi.

Oltre alle funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle equipe integrate multidisciplinari territoriali, con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, costruzione e realizzazione del piano degli interventi psicoterapici, il centro si avvale anche di altre competenze professionali individuate secondo la specificità del caso.

Inoltre, per garantire la funzione di supervisione il centro partecipa ad audit clinici trimestrali promossi dal Centro di riferimento Regionale individuato nell'equipe GIADA, presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale pediatrico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari.

### **3.6 III livello: Centro di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi precoce e la cura delle condizioni di violenza all'infanzia**

Come definito dalle Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età e citato in precedenza, il III Livello, nonché il Centro di Riferimento Regionale è individuato nell'equipe GIADA, (*Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati*), che opera dal 2000 presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico di Bari, AOU Policlinico-Giovanni XXIII. L'acronimo GIADA evidenzia la centralità dell'approccio globale, interdisciplinare e intersettoriale al fenomeno complessivo della violenza all'infanzia in cui l'integrazione e la sinergia tra servizi, enti ed associazioni, rappresenta la metodologia operativa in grado di comprendere adeguatamente la complessità di tale condizione.

GIADA è composta da un'equipe funzionale costituita da un dirigente psicologo come responsabile scientifico, quattro Psicologi/Psicoterapeuti, un Assistente Sociale un medico legale, un medico della direzione sanitaria e medici specialisti in pediatria, neonatologia, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia, una infermiera professionale. Il Centro di Riferimento Regionale coordina un network regionale, costituito da una rete di servizi sociali, sanitari, territoriali

ospedalieri e del terzo settore, articolata su tre livelli di intervento per la rilevazione precoce, la presa in carico e la cura di sospetti casi di violenza in tutto il territorio regionale.

Il Centro grazie alla capillare rete costituita, alle alte e differenti professionalità presenti, svolge e garantisce le seguenti funzioni:

- J assistenza psicologica, pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni
- J consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici
- J attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia
- J accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età
- J gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico
- J ricerca e formazione di base e specialistica
- J comunicazione, sito Web [www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it)
- J audit clinici
- J componente del Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni
- J accertamento socio-sanitario dell'età dei presunti MSNA.

L'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria.

Questo intero sistema multi professionale, che da tempo si è fortificato nel territorio pugliese, crea le premesse per garantire un'alta specializzazione che permette, nelle situazioni di vulnerabilità accertate e complesse una efficace e tempestiva presa in carico, nello specifico, dei MSNA, a tutela del loro superiore interesse.

In conclusione, il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA s'inserisce come già detto, all'interno del percorso di presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e violenza ma anche in un processo evolutivo dei servizi e degli interventi a favore dei MSNA che ha visto, e vede, la Regione Puglia impegnata nel promuovere e sostenere progettualità sperimentali di diversa natura e livello, tutte orientate a migliorare non solo la qualità delle accoglienze ma, soprattutto, la qualità degli interventi socio sanitari di sostegno ai MSNA con finalità anche di prevenzione.

**ALLEGATO A**  
**DATI SULLA SALUTE**  
**PER L'EMERSIONE DELLE VULNERABILITÀ**

Questo strumento ha lo scopo di raccogliere dati utili all'operatore per monitorare lo stato di benessere del MSNA. A tal proposito si suggerisce la compilazione all'arrivo, dopo i 6 mesi e alle dimissioni (o dopo 12 mesi).

I dati richiesti possono essere raccolti nell'osservazione quotidiana del MSNA, ed è possibile recuperarli anche grazie agli altri strumenti di raccolta dati a disposizione della struttura ospitante, quali il diario di Comunità, la scheda personale del minore, il Progetto Educativo Individuale, attività ludiche ricreative ecc...

**NOME E COGNOME MSNA**

---

**DATA DI NASCITA**

---

**SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI**

---

**ASSISTENTE SOCIALE**

---

**COMUNITÀ OSPITANTE** \_\_\_\_\_

**DATA INSERIMENTO MINORE IN COMUNITÀ** \_\_\_\_\_

**-MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA:** SI  NO

**-NOMINATIVOMMG/PLS** \_\_\_\_\_

**-IN PASSATO HA AVUTO PROBLEMI DI SALUTE?** SI  NO

**-SE SI, QUALI PROBLEMI** \_\_\_\_\_

**-GRAVIDANZE PREGRESSE** SI  NO

**-RICOVERI OSPEDALIERI PREGRESSI** SI  NO

**-INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI** SI  NO

-TERAPIE PREGRESSE SI ⊥ NO ⊥

**STATO DI SALUTE NEL PERIODO DI PERMANENZA NELLA STRUTTURA:**

**DA COMPILARE PERIODICAMENTE**

-RICOVERI	SI °	NO °
-INTERVENTI CHIRURGICI	SI °	NO °
-ALVO REGOLARE	SI ⊥	NO ⊥
-DIURESI REGOLARE	SI ⊥	NO ⊥
-PROBLEMI DIGESTIVI	SI ⊥	NO ⊥
-PRURITO E/O LESIONI DA GRATTAMENTO	SI ⊥	NO ⊥
-FEBBRE	SI ⊥	NO ⊥
-TOSSE PERSISTENTE DA ALMENO DUE SETTIMANE	SI ⊥	NO ⊥
-PERDITA O AUMENTO DI PESO	SI ⊥	NO ⊥
-DIARREA, DOLORI ADDOMINALI, NAUSEA	SI ⊥	NO ⊥
-ODONTALGIE	SI ⊥	NO ⊥
-RITMO SONNO VEGLIA REGOLARE	SI ⊥	NO ⊥
-ALLERGIE	SI ⊥	NO ⊥
-INTOLLERANZE	SI ⊥	NO ⊥
-IN QUESTO MOMENTO STA PRENDENDO FARMACI?	SI ⊥	NO ⊥
-USO DI STUPEFACENTI	SI ⊥	NO ⊥
-USO DI ALCOOL	SI ⊥	NO ⊥
ALTRO (SPECIFICARE)	SI ⊥	NO ⊥

---

**N.B. LA PAROLA "SPESSO" PRESENTE IN ALCUNI DEI SEGUENTI ITEM VA INTESA COME:**

**PIÙ DEL SOLITO, MOTIVO DI SOFFERENZA**

SOFFRE SPESSO DI MAL DI TESTA?	SI ⊥	NO ⊥
LAMENTA ALTRI DOLORI FISICI?	SI ⊥	NO ⊥
SI ARRABBIA CON FACILITÀ?	SI ⊥	NO ⊥
HA SPESSO UN ATTEGGIAMENTO IMPAURITO?	SI ⊥	NO ⊥
HA SPESSO UN ATTEGGIAMENTO TURBATO?	SI ⊥	NO ⊥
HA SPESSO PROBLEMI DI CONCENTRAZIONE?	SI ⊥	NO ⊥
CAPITA SPESSO CHE SI CHIUDA IN SE STESSO?	SI ⊥	NO ⊥
CAPITA CHE ABBA PROBLEMI AD ADDORMENTARSI?	SI ⊥	NO ⊥
CAPITA CHE DI NOTTE SI SVEGLII PER INCUBI NOTTURNI?	SI ⊥	NO ⊥
RICORDA SPESSO GLI EVENTI DOLOROSI DEL SUO PASSATO?	SI ⊥	NO ⊥
ADOTTA COMPORTAMENTI FISICAMENTE AUTOLESIVI?	SI ⊥	NO ⊥
HA PENSIERI AUTOLESIVI?	SI ⊥	NO ⊥
RESPINGE LE PERSONE CHE LO TRATTANO BENE?	SI ⊥	NO ⊥
HA UN ATTEGGIAMENTO DISINTERESSATO?	SI ⊥	NO ⊥

RESPINGE L'AIUTO NEI SUOI CONFRONTI?

SI ⊥

NO ⊥

RESPINGE LE OPPORTUNITÀ PIACEVOLI?

SI ⊥

NO ⊥

SI IMPEGNA PER GLI ALTRI ANCHE SE NON GLI E' RICHIESTO?

SI ⊥

NO ⊥

SCEGLIE SPESSO SITUAZIONI CHE PORTANO ALLA DELUSIONE?

SI ⊥

NO ⊥

**DATE COMPILAZIONE**

**OPERATORE**

**FIRMA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ALLEGATO B

### Scheda Anamnestica del MSNA

#### PROFILO DEL MSNA

Questo strumento è una raccolta dati relativa a quattro profili del MSNA: socio demografico, migratorio, giuridico e comunitario. Esso non rappresenta uno strumento valutativo/diagnostico ma contribuisce e suggerisce all'operatore "cosa vedere". Perché sia possibile tale rilevazione è di fondamentale importanza che gli operatori abbiano imparato a riconoscere ed individuare i fattori di rischio e la sintomatologia legata ad eventi post traumatici.

Lo scopo di questo strumento è quello di:

- fare emergere precocemente eventuali vulnerabilità/fragilità
- mirare al benessere globale del MSNA
- condividere le informazioni emerse con gli altri attori socio-sanitari coinvolti nell'intero percorso di accoglienza e di integrazione del MSNA
- sviluppare possibili percorsi integrativi del MSNA nel contesto comunitario
- supportare la comunità nella definizione di un progetto educativo individuale e condiviso.

La raccolta dati avviene nell'intero arco temporale dell'accoglienza del MSNA in comunità. Le informazioni acquisite rappresentano elementi di valutazione in itinere e in fase di *follow up*, oltre che a permettere confronti tra i dati nei diversi momenti di accoglienza del minore in struttura.

Lo strumento è compilato dagli operatori dell'equipe di comunità. I dati possono essere raccolti sulla base: dell'osservazione partecipata, dell'interazione quotidiana con il MSNA, degli altri strumenti operativi che la Comunità utilizza (diari quotidiani, relazioni, ecc.) ed, infine, da dati derivanti da eventuali esperienze di accoglienze pregresse.

*Per garantire una precoce individuazione delle vulnerabilità dei MSNA si suggerisce una adeguata formazione specialistica rivolta all'intera equipe della struttura ospitante.*

SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIALE \_\_\_\_\_

COMUNITÀ OSPITANTE \_\_\_\_\_

DATA INSERIMENTO MINORE IN COMUNITÀ \_\_\_\_\_

#### 1. DATI SOCIO-ANAGRAFICI

-COGNOME \_\_\_\_\_

-NOME \_\_\_\_\_

-DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

-SESSO:            M ⊥            F ⊥



**- SE PER RAGGIUNGERE L'ITALIA HA TRANSITATO IN ALTRI PAESI, INDICARE I PAESI E QUANTO TEMPO E' STATO FERMO IN OGNUNO DI QUESTI:**

---

---

**-CON CHI HA VIAGGIATO:** DA SOLO  PARENTI  AMICI  CONOSCENTI

**-HA PAGATO DEI SOLDI PRIMA DI PARTIRE:** SI  NO

**-HA PAGATO DEI SOLDI DURANTE IL VIAGGIO:** SI  NO

**-HA PAGATO DEI SOLDI ALL'ARRIVO IN ITALIA:** SI  NO

**-PARTENZA PREGRESSA DI SUOI FAMILIARI:** SI  NO

**-PARTENZA PREGRESSA DI AMICI:** SI  NO

**-INTENDE RAGGIUNGERE PARENTI, AMICI, IN ALTRI PAESI:** SI  NO  NON SA

**-EFFETTI PERSONALI CHE HA PORTATO CON SE': (PER ES. FOTO, PREGHIERE, ECC.):**

---

**-DURANTE IL VIAGGIO IL MINORE È STATO COSTRETTO A FARE QUALCOSA CONTRO LA SUA VOLONTA?** SI  NO

**-HA PARENTI IN ITALIA:** SI  NO

**-SE SI, INDICARE IL GRADO DI PARENTELA:**

---

**-HA AMICI IN ITALIA:** SI  NO

**-IN FUTURO VORREBBE:**

EMIGRARE IN UN ALTRO PAESE

RIMANERE IN ITALIA

RITORNARE NEL PROPRIO PAESE

ANCORA NON SA

**-QUALI SONO LE SUE ASPETTATIVE ATTUALI:** LAVORARE  STUDIARE  ALTRO

**-E' STATO PREVISTO UN PERCORSO DI AFFIDO FAMILIARE PER IL MINORE:** SI  NO

**-AL MINORE POTREBBE INTERESSARE UN PERCORSO DI AFFIDAMENTO:** SI  NO

---

### **3. DATI GIURIDICI**

**-PERMESSO DI SOGGIORNO** SI  NO

**-TIPOLOGIA PERMESSO DI SOGGIORNO:** PER MINORE ETÀ  AFFIDAMENTO IN STRUTTURA   
PER PROTEZIONE INTERNAZIONALE  ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**-RICHIEDENTE ASILO** SI  NO

**-ISCRIZIONE AL SSN** SI  NO

**TUTORE** SI  NO

**-CODICE DI ESENZIONE:**

---



## CAPITOLO 4

### LE BUONE PRASSI NELLA REGIONE PUGLIA: DALLA RICERCA ALLA PRESA IN CARICO

#### 4.1 Costruire la Salute altrove: l'approccio transculturale dell'équipe GIADA

Sebbene l'immigrazione in Italia non sia più un fenomeno emergenziale, la popolazione dei migranti e la popolazione straniera residente in Italia sono in continua espansione ed esprimono bisogni di salute diversificati e specifici. GIADA dal 2011 pertanto, ha accolto la sfida della multiculturalità, adeguando la risposta di cura e assistenza dei minori stranieri attraverso protocolli operativi ad hoc e garantendo altresì una formazione specialistica alla rete antiviolenza per la prevenzione e la presa in carico delle vittime minori per età.

Dal punto di vista psicologico, l'immigrazione è considerata come un'inevitabile esperienza stressante (Yakhnich, 2008)<sup>60</sup>, di conseguenza tutti i soggetti migranti possono essere considerati emotivamente vulnerabili.

I bambini e gli adolescenti stranieri accompagnati o non accompagnati potrebbero presentare un'alta vulnerabilità nel funzionamento psichico a causa dei significativi cambiamenti esperiti, aggravati per di più dal "percorso" attraverso le norme nazionali e internazionali.

I Servizi socio-sanitari offerti a tali popolazioni, se non opportunamente preparati all'incontro, rischiano di rappresentare luoghi di ulteriori vittimizzazioni.

Per queste ragioni, nel corso degli anni sono state definite procedure di accoglienza ospedaliera e assistenza in favore delle famiglie straniere e/o dei minorenni soli, per assicurare l'effettiva presa in carico precoce delle loro vulnerabilità, attraverso un piano di intervento integrato e globale.

Al fine di qualificare l'assistenza sociosanitaria a questa fascia di popolazione sono stati garantiti percorsi formativi specifici con l'obiettivo di rendere le risposte di cura sempre più coerenti con le prospettive culturali, epidemiologiche, psicosociali e organizzative riferibili alla condizione di salute degli immigrati.

Nella formazione specialistica regionale in particolare, organizzata su mandato della Regione Puglia in partenariato con il Cismai (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia) realizzata nel 2019 in ottemperanza alle "Linee Guida regionali" (DGR .1878 del 30/11/2016), una particolare attenzione è stata dedicata alla presa in carico dei bisogni di salute dei minorenni stranieri non accompagnati, delle vittime di tratta e di Mutilazioni Genitali Femminili (MGF).

In collaborazione con l'AReSS Puglia e UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati) sono stati realizzati percorsi specifici sulla violenza nei confronti delle popolazioni

---

<sup>60</sup> Yakhnich, L. (2008). Immigration as a multiple-stressor situation: Stress and coping among immigrants from the former Soviet Union in Israel. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 252–268. <https://doi.org/10.1037/a0013002>

rifugiate e richiedenti asilo, con un particolare focus sulla violenza sessuale e di genere (VSG) sugli uomini.

All'interno di questa cornice GIADA ha definito un percorso per la rilevazione precoce delle vulnerabilità psicologiche dei MSNA, e con Alessandro Taurino, Professore Associato di Psicologia Clinica dell'Università di Bari - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, ha strutturato un'indagine esplorativa<sup>61</sup> sullo stato di benessere degli MSNA inseriti in comunità di accoglienza. Tale studio ha previsto la collaborazione delle scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Bari (AIPC) e di Lecce (APC).

GIADA ha così adottato l'approccio transculturale per promuovere risposte concrete ai bisogni di salute, non solo in un'ottica di rispetto del diritto universale alla salute, ma anche nella prospettiva dell'integrazione della popolazione migrante, rifugiati e richiedenti asilo.

#### **4.2 Indagine esplorativa sullo stato di salute dei MSNA con particolare attenzione al rapporto tra trauma, esiti psicopatologici. Risultati preliminari**

Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati è divenuto negli ultimi dieci anni sempre più consistente, ponendo la necessità, oramai irrinunciabile (data non solo l'entità, ma soprattutto la gravità della condizione in oggetto), di strutturare interventi atti a determinare sistemi accoglienza che siano in grado di assicurare reali tutele e protezione.

Gestire il complesso disagio di tali minori, garantendo nel contempo il loro benessere, si configura come un'operazione alquanto ardua, considerando la loro situazione di grave vulnerabilità, accentuata dalla giovane età, dall'assenza di adulti di riferimento e dall'esposizione a molteplici esperienze dal valore fortemente traumatico che minano le reali opportunità di sviluppo e crescita.

Allo stato attuale, è possibile rilevare che la letteratura sulla salute mentale dei minori rifugiati e richiedenti asilo è piuttosto scarna se confrontata con quella relativa agli adulti.

Come già affermato, i minori rifugiati migrano portandosi dietro esperienze traumatiche estremamente dolorose. Da questo punto di vista, rispetto alla psico-traumatologia specifica dei minori migranti è necessario considerare che le loro storie di vita ruotano intorno ad aree pluritraumatiche caratterizzate dalla presenza di:

- *traumi pre-migratori*, connessi a condizioni di vita precarie o compromesse (per fame, guerre, carestie, epidemie) nonché situazioni di violenza subita ed assistita (persecuzioni, violenze fisiche ed abusi sessuali, morte violenta di un genitore, perdita di affetti, umiliazioni, torture);

---

<sup>61</sup> Gruppo di lavoro:

Università degli Studi di Bari: Alessandro Taurino (responsabile scientifico) e Domenico Laera  
Ospedale Pediatrico di Bari: Maria Grazia Foschino Barbaro e Grazia Tiziana Vitale  
AIPC Bari: Roberta Cicchelli, Alessandra Sgaramella, Leonarda Valentina Vergatti (Tutor)  
APC Lecce: Francesco Mancini

- *traumi migratori*, riferibili alle situazioni di esposizione continua a pericoli legati a partenze forzate e improvvise, permanenze prolungate in campi profughi, viaggi drammatici, malnutrizione, malattie, aggressioni, morte di compagni di viaggio, sfruttamento e violenze sessuali, detenzione nei paesi di transito, respingimenti, perdite di genitori o parenti;

- *traumi post-migratori*, inerenti le situazioni di impatto con politiche di deterrenza, i fattori di rischio per la salute mentale e la negazione di diritti (respingimenti, rimpatri forzati, rischio detenzione, perdita di libertà, cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale, disoccupazione, lavoro precario e senza contratto per i più grandi, alloggi di fortuna, povertà, discriminazione e marginalizzazione, negazione dei diritti sanitari, etc.).

In termini generali, il trauma è connesso a situazioni incontrollabili e sconvolgenti che producono un pervasivo senso di impotenza, paura e terrore, intrudendo potentemente nella vita degli individui e generando continui stati di ri-attualizzazione dei vissuti dolorosi attraverso flashback, incubi, idee anancastiche e continua ruminazione mentale.

I minori stranieri non accompagnati vivono esperienze traumatiche cumulative che costituiscono un grave fattore di rischio per lo svilupparsi di quadri sintomatologici correlati a *discomfort* e *maladjustment*, con esiti disattivi sulla capacità di regolazione emotivo-affettiva e sul comportamento, incrementando i livelli di vulnerabilità<sup>62</sup>.

Le ricerche che si sono occupate di indagare approfonditamente la correlazione tra trauma e condizione psicologica soggettiva, hanno rilevato, dal punto di vista clinico, che uno degli esiti disfunzionali dell'esposizione ad eventi traumatici, è la strutturazione del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) e/o di sintomi ad esso associati, come il disagio fisico, l'ansia, la depressione, il ritiro sociale, i comportamenti esternalizzanti, i disturbi del sonno e le tendenze dissociative.<sup>63</sup>

Tale disturbo è caratterizzato dalla presenza di sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, ricordi e sogni spiacevoli, flashback, in cui il soggetto si sente o agisce come se l'esperienza traumatica si stesse ripresentando; sofferenza psicologica e reazioni fisiologiche all'esposizione di

---

<sup>62</sup> Taurino A., Vergatti L. Colavitto MT., Bastianoni P., Godelli S., Del Castello E., (2012) I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio sul disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità, *Infanzia e adolescenza*, 13, 1; Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1, 44-56; Fazel M., Wheeler J., Danesh J. (2005), Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 9467, 14-1309; Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. (2004), PTSD and depression in refugee children: Association with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380; Howard M., Hodes M. (2000), Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 368-377.

<sup>63</sup> Montgomery E. (2011), Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 440, 1-46.; Taurino et. al. (2012), *op. cit.*; Smid GE., Lensvelt-Mulders GJLM., Knipscheer JW., Gersons BPR., Kleber RJ. (2011), Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 5, 742-755; Steel Z., Silove D., Brooks R., Momartin S., Alzuhairi B., Susljik I. (2006), Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64; Thabet AAM., Abed Y., Vostanis P. (2004), Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 533-542.

fattori che simboleggiano o richiamano l'evento traumatico; evitamento persistente degli stimoli, ricordi, connessi all'esperienza traumatizzante vissuta.

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico potrebbe presentarsi spesso in concomitanza con sintomi dissociativi di depersonalizzazione e derealizzazione, la cui caratteristica principale è la disregolazione emotiva con sottomodulazione delle emozioni. La dissociazione è un meccanismo di difesa teso ad allontanare l'esperienza traumatica, quando non vi può essere uno spazio mentale immediato per la sua adeguata elaborazione.<sup>64</sup> Tale difesa mantiene una discontinuità del senso del sé e compromissione della capacità di pensiero riflessivo e/o mentalizzazione, con lo scopo di limitare l'accesso a ricordi traumatici minacciosi, essendo finalizzata inoltre a mantenere l'illusione di un controllo psicologico dinanzi ad una condizione di marcata impotenza.<sup>65</sup>

La dissociazione possiede una duplice funzione di difesa e di organizzazione, conferendo al Sé l'illusione di integrità. Si configura come *una fuga quando non c'è via di fuga*<sup>66</sup> e possiede un ruolo importante nella gestione immediata del trauma<sup>67</sup>, poiché attiva una sorta di evasione mentale dalla paura e dal dolore evocati dal vissuto traumatico. La dissociazione è una frattura tra l'Io ed il mondo; essa è adattiva nel momento del trauma poiché trasferisce in compartimenti separati aspetti del Sé incompatibili con l'esperienza vissuta, per proteggere l'Io; produce tuttavia cambiamenti duraturi a livello dei processi psichici, minando il senso di continuità dell'identità<sup>68</sup>.

Ne consegue una fobia della memoria, che produce amnesia dissociativa. Le tracce mnestiche dissociate del trauma rimangono latenti, come "idee fisse inconse"<sup>69</sup> che interferiscono col funzionamento globale sotto forma di percezioni terrificanti, preoccupazioni ossessive, esperienze somatiche con sintomi di ansia e depressione, sogni terrificanti che riproducono il trauma.

Associati al PTSD sono altri quadri sintomatologici quali: disturbi affettivi, abuso di sostanze, disturbi somatoformi, fobie sociali e/o specifiche, disturbi di personalità con particolare riferimento al disturbo borderline di personalità.<sup>70</sup>

Su questo piano del discorso, gli studi presenti in letteratura hanno confermato la forte presenza di

---

<sup>64</sup> Van Der Kolk, B. (2004), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi Edizioni; Van Der Kolk, B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

<sup>65</sup> Gabbard Gabbard G. O., (2015), *Psichiatria Psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM-5*, Raffaello Cortina Editore.

<sup>66</sup> Putnam F. (1992), Discussion: are alter personalities fragments or figments, *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95-111.

<sup>67</sup> Liotti, G., Farina, G. (2011), *Sviluppi traumatici*, Raffaello Cortina, Milano

<sup>68</sup> Liotti, G., Farina, G. (2011), Op. Cit.

<sup>69</sup> Bühler K, Heim G. (2011). Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy* 65, 4, 281-309.

<sup>70</sup> Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. (2004), PTSD and depression in refugee children: Association with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380; Huemer J., Karnik N., Voelkl-Kernstock S., Granditsch E., Plattner B., Friedrich M., Steiner H. (2011), Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307-319; Hodes M., Jagdev D., Chandra N., Cunniff A. (2008), Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 7, 723-732.

sintomi conseguenti al trauma in campioni di minori rifugiati.

Ne deriva che, rispetto ai possibili interventi di assistenza, l'inserimento dei MSNA in contesti di comunità di tipo residenziale si configura come un provvedimento imprescindibile nell'ambito delle azioni clinico-terapeutiche e psicosociali in grado di strutturare fattori di protezione tesi a contrastare i notevoli fattori di rischio legati alle loro storie di vita.

A tal fine, risulta fondamentale assicurare un'accoglienza adeguata ed efficace, capace di sottrarre al caso e all'emergenzialità le azioni e le scelte psico-educative, attraverso il rimando ad un concetto di comunità che non può essere ascritto ad un ambito categoriale neutro/generico, privo di connotazioni teorico-metodologiche strettamente connesse alle conseguenti prassi educativo-terapeutiche.

I contesti di accoglienza, infatti, devono essere impostati in modo tale da garantire un setting relazionale gestito da adulti competenti, capaci di ridurre la catena di reazioni negative rispetto alla condizione pluritraumatica esperita dai minori accolti. Una concezione di comunità, quindi, ideata come *ambiente terapeutico globale*<sup>71</sup> e incentrata sull'organizzazione di una vita quotidiana rassicurante, prevedibile e caratterizzata da routine regolatorie e strutturanti tese a creare le condizioni per l'attivazione e determinazione di autentici processi di recovery. Tutto ciò diviene possibile soltanto laddove vengano fornite ai minori stranieri opportunità di integrazione sociale e culturale, attivando nuovi canali di espressione personale orientati ad elicitarne vissuti emozionali differenti e variegati in termini di scoperta delle multiformi dimensioni del sé, non più ristrette nell'angusto campo dei vissuti legati al trauma, al rischio e alla deprivazione.

#### **4.2.2 Obiettivi della ricerca**

Sulla base di tale impostazione, la ricerca esplorativa condotta ha inteso esplorare due precise aree di indagine:

- a) rilevare le condizioni psicologiche dei minori stranieri non accompagnati inseriti in contesti di comunità in tre diversi momenti (ingresso in comunità-t1, dopo sei mesi-t2 e dopo un anno-t3);
- b) conoscere il modello teorico-metodologico di riferimento dei contesti di accoglienza di tipo residenziale in cui i MSNA sono inseriti.

---

<sup>71</sup> Bastianoni P., Taurino A. (2007), *Un metodo integrato di formazione e supervisione alle nuove genitorialità*. In P. Bastianoni e A. Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli; Bastianoni P., Taurino A. (2009), *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci; Bastianoni P., Zullo F., Fratini T., Taurino A. (2010), *I minori stranieri non accompagnati diventano maggiorenni. Accoglienza, diritti umani, legalità*. Tricase: Libellula Edizioni; Bastianoni P. (2000), *Interazioni in comunità*. Roma: Carocci.

Relativamente alla **prima area**, l'obiettivo specifico è stato quello di rilevare lo stato psicologico dei MSNA, esplorando, più approfonditamente, la presenza di sintomi riferibili al PTSD, problematiche internalizzanti/esternalizzanti e tendenze dissociative nel campione preso in esame, verificando, la relazione, riscontrata in letteratura, tra la condizione di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo del PTSD e/o di sintomi ad esso correlati.

La rilevazione della condizione psicologica in tre specifici momenti (ingresso in comunità, dopo sei mesi e dopo un anno) ha lo scopo di verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative relativamente alla presenza di sintomi inerenti o associati al PTSD in funzione del tempo di permanenza in comunità.

Relativamente alla **seconda area**, l'obiettivo è stato quello di conoscere i contesti residenziali di accoglienza, non solo dal punto di vista delle variabili strutturali (tipologia di contesto, caratteristiche dell'equipe, etc.), ma soprattutto dal punto di vista del modello teorico-metodologico assunto rispetto agli interventi terapeutico-riabilitativo.

**Nota:** Nel presente contributo verranno presentati i risultati preliminari relativi al primo obiettivo e al tempo t1, in quanto l'analisi dei questionari inerenti sia i tempi t2 e t3 del primo obiettivo, sia la rilevazione del modello teorico-metodologico delle strutture di accoglienza (secondo obiettivo) è tuttora in corso di svolgimento.

### **4.2.3 Partecipanti**

Il campione è composto da 33 minori (età media 15 anni), residenti in strutture di accoglienza che rientrano nella progettualità ex-SPRAR, oggi SIPROIMI. Un numero considerevole di soggetti (circa l'80%) proviene dal continente africano. Rispetto alla fede religiosa, il 90% dichiara di essere musulmano, solo tre soggetti sono cristiani ed uno è di fede evangelica.

La maggior parte dei soggetti dichiara di essere in fuga dal proprio paese di provenienza prevalentemente a causa di guerre o persecuzioni. L'esperienza traumatica pre-migratoria più frequente concerne le condizioni di vita precarie, seguite dalla perdita di uno o entrambi i genitori e dalle deprivazioni.

Tra le esperienze traumatiche migratorie preminenti vi sono maltrattamento fisico, violenza assistita, tortura, privazione di acqua e di cibo e detenzione.

I fattori maggiormente stressanti associati alle esperienze traumatiche post-migratorie sono i cambiamenti di abitudini e le difficoltà di adattamento nel nuovo contesto sociale.

### **4.2.4 Strumenti**

Per la valutazione del funzionamento psicologico dei MSNA sono stati utilizzati i seguenti

strumenti:

- *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R) (Derogatis 1977; Preti, Prunas, Sarno, Madeddu, 2011)<sup>72</sup>: questionario self-report largamente utilizzato in ambito clinico e di ricerca. L'attuale versione italiana della SCL-90-R è composta da 90 item racchiusi in 9 sottoscale in grado di valutare la gravità dei sintomi di disagio psichico;

*Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) (Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken, 1993)<sup>73</sup>: questionario self-report costituito da due parti: la prima per la valutazione di alcune notizie anamnestiche; la seconda parte indaga invece le esperienze dissociative. Quest'ultima si compone di 63 items, per ciascuno dei quali il paziente deve indicare la frequenza con cui le situazioni indicate gli si manifestano, in una scala da 1 a 5;

- *Scheda riassuntiva e descrittiva delle principali esperienze di vita traumatiche del minore*;

- *Scheda tesa a rilevare la presenza di sintomi riferibili al Disturbo da Stress PostTraumatico (PTSD)* strutturata attraverso l'operazionalizzazione dei criteri nosografico-descrittivi presenti nel DSM-5;

- *Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Marzocchi, Di Pietro, Vio, Bassi, Filoramo e Salmaso 2002)<sup>74</sup>: questionario composto da 25 item volto ad indagare i punti di forza e di debolezza del minore.

Per studiare il modello teorico-metodologico adottato negli interventi terapeutico-riabilitativi è stato utilizzato un questionario costruito ad hoc per la rilevazione delle caratteristiche strutturali e metodologiche del contesto di accoglienza. Il questionario, composto da trenta item, esplora le seguenti aree: configurazione della struttura, tipologia di figure professionali presenti, esperienza dell'equipe nell'ambito degli interventi psicoeducativi rivolti a MSNA, presenza di supervisioni ed incontri formativi, attività e progetti gestiti, modalità di condivisione degli spazi e dei pasti, tipologie di interventi educativi condotti, variabili connesse al modello di comunità come ATG.

#### 4.2.5 Procedura

I soggetti hanno compilato i diversi questionari con l'ausilio di mediatori culturali presenti nelle

---

<sup>72</sup>Derogatis LR. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(revised) version*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit; Preti E., Prunas A., Sarno I., Madeddu F. (a cura) (2011). *Adattamento italiano. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R di Derogatis* (1977). Milano: Giunti OS.

<sup>73</sup> Vanderlinden, J., Van Dick, R., Vandereycken, W., and Vertommen, H. (1992a). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1):21-27.

<sup>74</sup> Marzocchi G.M., Di Pietro M., Vio C., Bassi E., Filoramo G. e Salmaso A. (2002), *Il "Questionario SDQ- Strenghts and Difficulties Questionnaire": Uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva, "Difficoltà di Apprendimento"*, 8, n. 1, pp. 75-84.

strutture di seconda accoglienza.

#### 4.2.6 Risultati preliminari obiettivo 1 (t1)

Rispetto al quadro sintomatologico indagato, per 12 partecipanti (36.4 %) è stato possibile verificare un numero complessivo di sintomi rilevati in un periodo temporale tale da poter far supporre la presenza di una diagnosi di PTS o Disturbo Acuto da Stress (secondo i criteri del DSM-5).

I punteggi alle scale sintomatologiche dei minori con PTSD sono stati confrontati con quelli dei minori senza PTSD. I minori con PTSD presentano una maggiore sintomatologia fobico-ossessiva ( $p<.05$ ), alti livelli di ansia e depressione ( $p<.05$ ), sintomi di ritiro e isolamento più marcati ( $p<.001$ ) e un quadro sintomatologico generale più compromesso ( $p<.01$ ).

I minori con PTSD mostrano, inoltre, una tendenza più evidente alla dissociazione, soprattutto nell'area della confusione identitaria ( $p<.05$ ), della perdita di controllo ( $p<.001$ ) e delle amnesie dissociative ( $p<.001$ ). A questo pattern sintomatologico si aggiungono, nei soggetti con sintomatologia post-traumatica, maggiori difficoltà relazionali con i pari ( $p<.01$ ), labilità emotiva ( $p<.01$ ) e iperattività ( $p<.001$ ).

Per approfondire quali sono le modalità con cui i MSNA esperiscono il disagio psicologico, abbiamo condotto un'analisi delle correlazioni tra la dimensione "problemi emotivi" del SDQ e le diverse dimensioni del SCL-90-R. I risultati emersi sottolineano una marcata tendenza ad esprimere il disagio psicologico prevalentemente attraverso sintomi somatici ( $r=.495$ ,  $p<.01$ ).

Nell'ottica di studiare le modalità attraverso le quali i minori manifestano il loro disagio psicologico, abbiamo rilevato che la presenza di un disagio psichico significativo correla positivamente con esperienze dissociative ( $r=.530$ ,  $p<.01$ ).

Come abbiamo già detto, i minori esposti ad esperienze emotive molto intense ed ingestibili rispetto al loro portato disorganizzante, adottano meccanismi di difesa come la dissociazione che esita in una fuga mentale<sup>75</sup> tale da permettere una gestione immediata della paura e dal dolore evocati dal vissuto traumatico.

Dall'analisi correlazionale, inoltre, emerge in particolar modo la relazione tra la sintomatologia psicopatologica e la scala Confusione ed alterazione dell'identità del DIS-Q ( $r=.432$ ,  $p<.05$ ): tale aspetto potrebbe essere attribuibile alla condizione di sradicamento culturale, all'impatto legato all'arrivo in un Paese diverso e al conflitto di identità che ne deriva. La dissonanza cognitiva<sup>76</sup> nel

---

<sup>75</sup> Putnam F. (1992), Discussion: are alter personalities fragments or figments, *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95-111.

<sup>76</sup> Festinger L., *A Theory of Cognitive Dissonance*. California, Stanford University Press 1957 (tr. it. *Teoria della dissonanza cognitiva*, Milano, Angeli, 1973).

sostenere due identità, frutto di due culture diverse, provoca tensione e disagio nel soggetto tanto da produrre risposte di rifiuto, difesa, passività o auto-esclusione. Il trauma genera una frammentazione e compartimentalizzazione in diversi stati dell'Io; l'individuo esperisce stati di derealizzazione caratterizzati da vissuti di irrealtà rispetto al mondo esterno e depersonalizzazione in cui si percepisce come osservatore esterno al proprio corpo e ai propri pensieri.

Un'altra correlazione interessante si rileva tra disagio psichico e amnesia ( $r=.545$ ,  $p<.001$ ). Con amnesia si definisce l'incapacità di ricordare aspetti importanti della propria vita ed è tipicamente associata a traumi precoci.

Per chiarire il ruolo delle singole variabili studiate nella genesi del disagio psichico, abbiamo effettuato un'analisi della regressione multipla *stepwise*.

Nel modello di regressione sono stati inseriti come predittori le variabili socio-demografiche e le variabili relative alle esperienze traumatiche pre-migratorie, migratorie e post-migratorie. Il punteggio GSI della SCL-90R è stato usato come variabile dipendente.

Dalla tabella sottostante emerge come i cambiamenti e gli stili di vita post-migratori spieghino il 21% della varianza del punteggio GSI. La perdita delle relazioni affettive spiega il 18% della varianza. A seguire, generici fattori pre-migratori e deprivazione spiegano rispettivamente il 10% e l'8% della varianza della variabile dipendente.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics <sup>a</sup>					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.483 <sup>a</sup>	.234	.207	.018057242574	.234	8,838	1	29	.006	1,865
2	.642 <sup>b</sup>	.412	.370	.016099982548	.178	8,480	1	28	.007	
3	.713 <sup>c</sup>	.508	.453	.014994681292	.096	5,280	1	27	.030	
4	.769 <sup>d</sup>	.591	.528	.013930819798	.083	5,281	1	26	.030	

a. Predictors: (Constant), Cambiamento abitudini stile di vita post migratorio  
b. Predictors: (Constant), Cambiamento abitudini stile di vita post migratorio, Perdita di relazioni affettive pre migrazione  
c. Predictors: (Constant), Cambiamento abitudini stile di vita post migratorio, Perdita di relazioni affettive pre migrazione, Fattore pre migratorio "Altro"  
d. Predictors: (Constant), Cambiamento abitudini stile di vita post migratorio, Perdita di relazioni affettive pre migrazione, Fattore pre migratorio "Altro", Deprivazioni pre migratorie  
e. Dependent Variable: Global Severity Index - SCL-90 R

Si tratta di un dato molto interessante perché sottolinea l'effetto traumatico dello sradicamento culturale e di altre esperienze vissute nella fase post-migratoria. L'individuo affronta uno shock culturale, caratterizzato da stati di smarrimento e disorientamento, sperimentato nel momento in cui un individuo si inserisce in un contesto culturale non familiare, con la conseguente perdita di riferimenti emotivi e radicamenti identitari. Eisenbruch (1991) sostiene che i rifugiati sperimentino un vero e proprio lutto culturale tanto da generare sintomi ed esperienze di disturbo stress post-

traumatico<sup>77</sup>. Le difficoltà post-migratorie gravi sortiscono, dunque, un effetto ri-traumatizzante su individui vulnerabili. Questo dato conferma quanto dimostrato in uno studio di Laban et al. (2005)<sup>78</sup> in cui emerge che un vissuto di incertezza e timore legato ad un lungo periodo di permanenza nei paesi di arrivo in attesa della concessione dell'asilo e la mancata integrazione nella nuova cultura influiscano sul rischio di sviluppare sintomi di ansia e depressione. Traumi pre-migratori, migratori e post-migratori, uniti alla mancanza di figure di riferimento e alle plurime difficoltà di adattamento sono fattori che determinano un disagio globale clinicamente significativo e contribuiscono all'esordio di un disturbo PTSD nella maggior parte dei casi<sup>79</sup>.

In base ai risultati emersi, viene confermato l'effetto invalidante dell'esperienza migratoria (soprattutto per quanto riguarda gli aspetti post-migratori) sul benessere psicologico del MSNA, effetto che si esplica attraverso un quadro sintomatologico legato al Disturbo da Stress Post-Traumatico, attraverso somatizzazioni multiple, sintomi per lo più esternalizzanti e importanti reazioni dissociative.

#### **4.3 Accertamento sociosanitario dell'età degli MSNA: la Commissione Multidisciplinare GIADA**

La legge n. 47/2017 recante "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" disciplina all'art. 5 l'identificazione della popolazione migrante. La determinazione della minore età è uno step particolarmente delicato nel percorso dei MSNA, configurandosi tra l'altro come presupposto fondamentale per permettere al minore di accedere alle corrette misure di protezione.

Con la cosiddetta Legge Zampa, la nostra Azienda nell'aprile del 2017 ha costituito la Commissione multidisciplinare<sup>80</sup> per accertamento sociosanitario su MSNA (successiva Delibera n. 1157 del Direttore Generale, del 3.8.2017), costituita dall'assistente sociale e da psicologi dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Psicologia e da 4 medici pediatri dell'Unità Operativa Malattie Infettive.

---

<sup>77</sup> Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33(6), 673-80.

<sup>78</sup> Laban, CJ., Comproe IH., Gernaat H., Schreuders B. (2005), Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands, *Journal of Nervous & Mental Disease* · January 2005

<sup>79</sup> Ardino V. (2011), *Post Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice*, Wiley-Blackwell, Chichester, UK.

<sup>80</sup> Componenti commissione:

U.O. Malattie Infettive: Dirigenti Medici, Anna Maria Giannini, Domenico Larovere, Pasqua Massagli, Domenico Tricarico

U.O. SD Psicologia Assistente Sociale Domenica De Iaco (Case Manager); Dirigenti Psicologi, Maria Grazia Foschino Barbaro (responsabile scientifico), Isabella Berlingerio, Rossella Lippolis, Michele Pellegrini, Grazia Tiziana Vitale (Case Manager).

La scelta degli specialisti da coinvolgere è stata guidata sulla base di orientamenti valoriali centrati sul considerare la diversità una ricchezza, la migrazione come un atto di coraggio e l'accoglienza come un presupposto basilare per una società civile.

Il protocollo operativo in uso, schematizzato nella tabella 1, è ispirato alle normative e protocolli nazionali e internazionali sul tema e alle normative per i presunti minori non accompagnati vittime di tratta<sup>81</sup>. È importante precisare che attualmente non esiste alcun metodo scientifico che consenta una determinazione certa dell'età, in quanto le differenze di maturazione biologica fra soggetti della stessa età anagrafica sono ampie e fisiologiche. I metodi disponibili consentono solo di stimare l'età di un soggetto, con un certo grado di probabilità, entro un determinato range, pari a circa  $\pm 2$  anni. Tali metodi, inoltre, si basano su standard ormai datati e definiti su popolazioni differenti rispetto a quelle di appartenenza dei soggetti valutati.

Secondo l'approccio olistico multidisciplinare, adottato dalla nostra équipe GIADA, le valutazioni si susseguono secondo un criterio di invasività progressiva; ove all'esito di ciascuna fase o stadio della procedura emergano elementi certi in ordine alla minore età dell'interessato non si procede ad accertamenti successivi. In casi necessari si attivano ulteriori consulenze specialistiche.

La nostra organizzazione individua preferibilmente nella figura dell'assistente sociale il *case manager*, sebbene in base alle necessità, tale funzione può essere svolta anche dallo psicologo.

Tutte le informazioni sociali e cliniche raccolte vengono riportate su una apposita cartella socio-sanitaria, dotata anche di checklist specifica su fattori di rischio e fattori di resilienza (in allegato C).

Tabella 1 <i>Percorso operativo per accertamento sociosanitario su MSNA</i>
<b>Fase preliminare</b>
COSTITUZIONE CON ATTO DELIBERATIVO DELLA COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE (assistente sociale, psicologo e pediatra)
DEFINIZIONE DEL RUOLO DI CASEMANAGER, preferibilmente assistente sociale
FUNZIONI DEI COMPONENTI DELLA COMMISSIONE:
Assistente Sociale – Case Manager:

<sup>81</sup> art. 4 d.lgs. n. 24/14 e dal relativo d.p.c.m. n. 234/16, art. 19 d.lgs. 25/08 e art. 8 d.p.r. n. 448/88; protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2016, parere del Consiglio Superiore della Sanità del 2009 e raccomandazioni dell'UNHCR del 2014).

<p><i>Organizzazione e raccordo interistituzionale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accoglie la richiesta da parte della Procura;</li> <li>- concorda con il team della Commissione e con la comunità ospitante la data dell'accertamento da fissarsi non oltre le 72 ore dalla ricezione della richiesta;</li> <li>- acquisisce dati e/o copia della relazione sociale;</li> <li>- esamina il background socio-politico culturale del paese di origine consultando siti web specializzati<sup>82</sup> e valuta l'opportunità di un mediatore culturale.</li> </ul> <p><i>Accoglienza e socializzazione</i> con il presunto MSNA alla presenza del mediatore culturale e del tutore/responsabile operatore della Comunità ospitante;</p> <p><i>Condivisione di informazioni sulla procedura;</i></p> <p><i>Acquisizione dell'assenso orale</i> del cittadino straniero e/o del rappresentante legale laddove presente;</p> <p><i>Raccolta informazioni anamnestico-familiari.</i></p>	
Psicologo:	<p><i>Individuazione fattori di rischio individuali e familiari, pre, peri e post-migratori;</i></p> <p><i>Individuazione dei fattori di protezione;</i></p> <p><i>Individuazione di indici di traumatizzazione.</i></p>
Pediatra:	<p><i>Anamnesi e esame fisico con riferimento ai parametri auxologici principali, utilizzando riferimento a curve di crescita internazionali<sup>83</sup>,</i></p> <p><i>eventuali ulteriori approfondimenti per l'ipotesi di patologie concomitanti, contando su tutte le specialità pediatriche, presenti in ospedale.</i></p>
<b>Fasi dell'intervento</b>	
<p>Accoglienza Valutazione Restituzione: - comunicazione dell'esito dell'accertamento al MSNA, al tutore/ responsabile della Comunità/operatore della Comunità Ospitante; - redazione della relazione, con indicazione dell'età presunta e del margine di errore; - invio della relazione alla Procura richiedente entro al massimo 10 giorni dall'accertamento.</p>	
<b>Procedure</b>	
<p>Colloquio sociale Colloquio psicologico Visita medica pediatrica</p>	
<b>Strumenti</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colloquio sociale</li> <li>➤ Predisposizione della Cartella</li> <li>❖ Colloquio psicologico</li> <li>❖ Somministrazione di strumenti di screening del trauma (PROTECT, per l'identificazione precoce di esperienze traumatiche);</li> <li>❖ Somministrazione del test Matrici progressive di Raven - SPM, strumento culture free che consente di risalire all'età di sviluppo cognitivo;</li> <li>❖ Eventuale etero somministrazione di scala comportamentale (Questionario Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ, per problematiche emotive e comportamentali). <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profilo di salute;</li> <li>▪ Esame Fisico;</li> <li>▪ Stadi Puberali.</li> </ul> </li> </ul>	

Coerentemente con quanto richiesto dalla Legge Zampa, il luogo dell'accertamento assume una importante valenza relazionale pertanto, considerati i prevedibili ostacoli linguistici e culturali, vanno individuato con molta attenzione al fine di facilitarne l'accesso, la privacy e l'accoglienza.

<sup>82</sup> Principali portali di ricerca -Refworld: portale gestito da UNHCR: <https://www.refworld.org/>; -Ecoi.net: portale gestito da ACCORD (Austrian Centre for Country of Origin and Asylum Research and Documentation): <https://www.ecoi.net/>; -EASO COI Portal: portale gestito da EASO (European Asylum Support Office): <https://coi.easo.europa.eu/>

<sup>83</sup> Curve di crescita <http://bmb.oxfordjournals.org/content/102/1/17.full7WHO> *Child Growth Standards: Methods and development. WHO, Geneve, 2006 and 2007*; WHO/OMS reperibili al sito [www.WHO.int/childgrowth/standards](http://www.WHO.int/childgrowth/standards).  
Stadiazione dello sviluppo puberale sec. Tanner

Sulla base di queste considerazioni, abbiamo organizzato il nostro ambulatorio, denominato “Welcome”, in un apposito spazio ubicato presso la palazzina adiacente il corpo centrale dell’ospedale, con accesso indipendente dalle corsie, presso l’U.O. Malattie Infettive ove operano i medici pediatri individuati per la Commissione. La stanza dedicata è stata debitamente arredata per accogliere le storie di vita dei ragazzi, utilizzando complementi di arredo ispirati ai temi della universalità e degli elementi della natura, richiamando ad un ambiente domestico, più che ospedaliero. L’ambulatorio “Welcome” si compone di una zona dedicata all’accoglienza, con affissa ad una parete una grande cartina geografica dell’Africa su cui il cittadino straniero viene invitato ad apporre un post-it con su scritto il proprio nome, collocandolo sul paese di origine per poi descrivere il percorso del viaggio migratorio. La cartina così raccoglie le tracce e le tante storie di chi incontriamo nell’ambulatorio. Tale modalità spesso elicitava un sentimento di appartenenza e “visibilità” orientando il soggetto alla condivisione delle esperienze di vita. Inoltre, al fine di ridurre gli ostacoli comunicativi, si costruisce il setting per i colloqui, sia sociale che clinici, con le sedie disposte in posizione circolare con alle spalle la scrivania su cui compilare la cartella sociosanitaria. L’ambulatorio si compone inoltre di una zona per la visita medica arredata con bilancia, lettino e carrello.

L’accertamento sulla età viene effettuato alla presenza del mediatore culturale, che garantisce al presunto minore di essere sempre correttamente informato delle modalità previste durante le varie fasi, sulla riservatezza del colloquio e sulla possibilità che la procedura in corso rappresenti un’occasione per ricevere supporto.

A conclusione della procedura, si effettua la restituzione ai soggetti interessati, compresi gli accompagnatori e/o il tutore laddove presente, e l’equipe successivamente redige una relazione con l’indicazione dell’età presunta, indicante il valore massimo e il valore minimo, range derivanti dalla variabilità biologica<sup>84</sup>.

#### **4.4 La presa in carico integrata delle vittime minorenni con mutilazioni genitali femminili (MGF)**

Si definiscono *Mutilazioni Genitali Femminili* (MGF) ogni procedura che comporta la parziale o totale rimozione dei genitali femminili o ogni altra pratica dannosa sui genitali femminili non per

---

<sup>84</sup> L’attribuzione dell’età è soggetta alla variabilità biologica (solitamente +/- 2 anni), alla soggettività e al possibile errore dell’esaminatore (variabile in relazione alla sua esperienza auxologica e alle conoscenze antropologiche), alla variabilità del metodo se si utilizzano indagini quantificabili come età ossea o altre (di solito +2DS, che in età puberale avanzata corrispondono a +2-3anni) e ad altre variabili occasionali come il vissuto precedente, l’etnia, le caratteristiche genetiche e, infine patologie e terapie in atto o pregresse.

ragione di ordine medico<sup>85</sup>. L'età in cui viene praticata la MGF varia notevolmente da paese a paese, più comunemente viene praticata sulle bambine tra i 4 e i 10 anni di età, tuttavia può essere eseguita anche in adolescenza. Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF<sup>86</sup>, spiegabile sia dalla maggiore facilità di occultare queste pratiche laddove sono proibite, sia dalla maggiore facilità di vincere eventuali resistenze da parte di bambine piccole e non consapevoli. Per le donne/bambine che subiscono tale pratica le conseguenze sia fisiche che psicologiche sono devastanti e spesso permanenti: insorgono complicazioni fisiologiche e disfunzionali, infezioni, complicazioni psicologiche e sessuali. È dunque un fenomeno complesso che implica questioni di tipo antropologico, culturale, sociale, psicologico e medico-clinico. Gli organismi internazionali (OMS, Unicef, Unfpa) e gli Stati, occidentali e africani, sono oggi tutti concordi nel ritenere le MGF una grave violazione dei diritti umani, del diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, e le rappresentano senza dubbio come una grave forma di violenza contro le donne, con condanne da parte di numerose dichiarazioni e convenzioni internazionali.

Al fine di affrontare correttamente la complessità della presa in carico sociosanitaria delle vittime di MGF è indispensabile inquadrare la problematica con approccio interdisciplinare e transculturale, da parte di pediatri, ostetriche, ginecologi, medici legali, infermieri, psicologi e assistenti sociali, specificatamente formati, per garantire un intervento integrato ai bisogni di salute delle bambine e delle ragazze con MGF che sono il risultato di credenze radicate nella coscienza individuale e collettiva dalle quali non si può prescindere.

Alla luce di quanto sopra esposto, presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, è stato strutturato un percorso assistenziale specifico schematizzato nella Tabella 2, ispirato alle Linee Guida Riconoscimento Precoce Mutilazioni Genitali Femminili o altre pratiche dannose, della Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento Pari Opportunità (2017)<sup>87</sup>.

Tabella 2 <i>Percorso operativo per le minorenni vittime di Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)</i>
<b>Fase preliminare</b>
Costituzione equipe in ambito sanitario, con formazione specialistica: pediatra, ginecologo/chirurgo, infermiere, psicologo, medico-legale, assistente sociale;
Definizione del ruolo di case manager, preferibilmente psicologo o assistente sociale;
Coinvolgimento della mediatrice culturale, evitando operatori di sesso maschile;

<sup>85</sup>Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, *Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Geneva, World Health Organization, 1997, p.3

<sup>86</sup> Proporzioni di bambine mutilate sotto i 9 anni e paese di provenienza: Burkina Faso 91%; Somalia 88%; Etiopia 86%; Djibouti 84%; Benin 84%; Costa d'Avorio 83%; Gambia 83%; Niger 83%; Guinea 82%; Sudan 74%; Egitto 71%; Chad 71%; Togo 68%; Tanzania 68%; Eritrea 68%; Iraq 67%; Guinea-Bissau 62%; Kenya 52%; proporzioni di bambine mutilate sotto i 5 anni e paese di provenienza: Yemen 100%; Mali 89%; Ghana 83%; Nigeria 82%; Mauritania 81%; Niger 76% e Senegal 74%. [www.parsec-consortium.it/wp-content/uploads/2019/06/MGF\\_def\\_20122017.pdf](http://www.parsec-consortium.it/wp-content/uploads/2019/06/MGF_def_20122017.pdf)

<sup>87</sup> [http://www.pariopportunita.gov.it/?post\\_type=news&p=407](http://www.pariopportunita.gov.it/?post_type=news&p=407)

<p><u>Svolgimento delle visite specialistiche</u> (ginecologica e medico-legale in copresenza), con spazi e tempi comuni. funzioni dei componenti della equipe: assistente sociale – case manager: <i>Organizzazione</i>: accoglie la richiesta e avvia l’iter socio-sanitario; esamina il background socio-politico culturale del paese di origine consultando siti web specializzati<sup>88</sup> e valuta l’opportunità di un mediatore culturale. <i>Accoglienza e socializzazione</i> con la minore alla presenza della mediatrice culturale e del suo accompagnatore (genitore/tutore/responsabile/operatore della Comunità ospitante); <i>Condivisione di informazioni sulla procedura e Preparazione accurata</i>; <i>Raccolta informazioni anamnestico-familiari</i>.</p> <p>Psicologo – Case Manager: <i>Individuazione fattori di rischio individuali e familiari, pre, peri e post-migratori</i>; <i>Individuazione dei fattori di protezione</i>; <i>Individuazione di indici di traumatizzazione</i>.</p> <p>Ginecologo pediatrico<sup>89</sup>: <i>Anamnesi e esame fisico. Nel corso delle visite, è possibile raccogliere la documentazione di eventuali segni/lesioni</i>; <i>Eventuali ulteriori approfondimenti per l’ipotesi di patologie concomitanti, contando su tutte le specialità pediatriche, presenti in ospedale</i></p> <p>Medico Legale: <i>Anamnesi ed esame fisico, preferibilmente in condivisione con ginecologo pediatrico</i>.</p>
<p><b>Fasi dell’intervento</b></p> <p>Accoglienza Valutazione Restituzione Eventuale segnalazione</p>
<p><b>Procedure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colloquio sociale</li> <li>❖ Colloquio psicologico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita Medica pediatrica</li> <li>▪ Visita ginecologica</li> <li>▪ Visita medico legale</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Strumenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colloquio sociale</li> <li>➤ Predisposizione della Cartella</li> <li>❖ Colloquio psicologico</li> <li>❖ Somministrazione di strumenti di screening del trauma (PROTECT, per l’identificazione precoce di esperienze traumatiche);</li> <li>❖ Somministrazione del test Matrici progressive di Raven - SPM, strumento culture free che consente di risalire all’età di sviluppo cognitivo;</li> <li>❖ Eventuale etero somministrazione di scala comportamentale (Questionario Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ, per problematiche emotive e comportamentali). <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profilo di salute</li> <li>▪ Esame obiettivo</li> <li>▪ Esame genitale femminile e esame anale</li> <li>▪ Approfondimenti diagnostici</li> </ul> </li> </ul>

Il percorso definisce in primo luogo il ruolo del case manager, garantito da una psicologa e/o una assistente sociale, le cui attività di accoglienza, consulenza, orientamento e sostegno possono realizzarsi in copresenza o meno.

<sup>88</sup> Principali portali di ricerca -Refworld: portale gestito da UNHCR: <https://www.refworld.org/>; -Ecoi.net: portale gestito da ACCORD (Austrian Centre for Country of Origin and Asylum Research and Documentation): <https://www.ecoi.net/>; -EASO COI Portal: portale gestito da EASO (European Asylum Support Office): <https://coi.easo.europa.eu/>

<sup>89</sup> Per approfondimenti Savino C. e Foschino Barbaro M.G. (a cura di) “La violenza sessuale sui minorenni. Un approccio multidisciplinare”, in press, [www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it)

Nella fase di accoglienza cerchiamo di garantire riservatezza, in un luogo percepito dalla minorenni come sicuro e riservato, adottando una modalità di ascolto non giudicante, con personale femminile e alla presenza di una mediatrice culturale. Tale figura professionale facilita la comunicazione, ma anche la comprensione delle tradizioni e delle prassi “altre” africane, agevolando la rivelazione sia dei problemi fisici che psicologici delle minorenni, non sempre capaci di riconoscere e condividere la propria “diversità”, per la quale provano vergogna, e si portano così dentro in silenzio il loro dramma, con gravi conseguenze per la loro salute.

La finalità di questa fase è di informare la minorenni su tutti gli step della procedura, così da raccogliere un consenso consapevole e consentire un’adeguata preparazione alle visite specialistiche, chiedendo alla minorenni se richiede 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.

Nel corso delle valutazioni specialistiche è possibile raccogliere varie informazioni, tenendo conto non solo delle diversità linguistiche, ma soprattutto delle diversità culturali (usi, costumi, tradizioni, credenze e religioni differenti).

La presa in carico delle MGF, impone di porre attenzione alle storie di vita e ai percorsi migratori con particolare attenzione agli eventi traumatici e/o significativi che possono essere stati esperiti (violenze, torture, guerre, mancati ricongiungimenti familiari con figli madri, isolamento nel contesto ospitante, esperienze pregresse negative nei nostri servizi sociosanitari, stigmatizzazione, giudizi negativi sulle usanze, curiosità irrispettosa, denunce per le MGF). Tali elementi, oltre che rappresentare dei fattori di rischio per la salute psico-fisica, potrebbe aver creato diffidenza e paura, compromettendo così la relazione di fiducia operatore-paziente.

Laddove la minorenni è accompagnata da genitori o familiari prestiamo particolare attenzione alle modalità di coinvolgimento degli adulti negli interventi socio-sanitari, per valutare, in relazione alle storie di vita riferite, quando e se coinvolgere i genitori direttamente o procedere senza informarli.

Le esigenze cliniche o altri motivi di diagnosi e prognosi stabilite durante le visite stabiliranno, infine, la necessità di procedere con un ricovero; anche in questa fase è consigliato dare continuità al servizio di mediazione culturale e agli interventi di consulenza psico-sociale per facilitare gli adattamenti al ricovero e alle procedure sanitarie oltre che promuovere l’attivazione della rete antiviolenza territoriale. In caso di mancato ricovero sarà possibile il rientro al domicilio, se questi rappresenta una situazione di protezione per la minore, viceversa, se si sarà rilevato un rischio medio/alto per la bambina/adolescente, si potranno cercare soluzioni di collocamento alternative.

L'individuazione di pratiche escissorie, soprattutto se associate a storia di vita segnate da ulteriori esperienze traumatiche (per esempio minore straniera non accompagnata (MSNA), a rischio di tratta, vittima di altre violenze durante l'infanzia o nel corso del viaggio migratorio, ulteriori vittimizzazioni post-migratorie), è seguita da segnalazione all'Autorità giudiziaria competente (Procura Minorile laddove non è aperto un fascicolo al Tribunale per i Minorenni, oppure al Tribunale per i Minorenni se il caso è già a loro carico); il caso viene segnalato alla Commissione Territoriale competente se la condizione giuridica della straniera lo richiede<sup>90</sup>.

È consigliabile che gli operatori che lavorano con minorenni straniere (centri di prima accoglienza, Siproimi e CARA) siano preparati ad affrontare la complessità delle MGF, valutando i fattori di rischio rispetto al paese di origine, in un'ottica di assistenza transculturale adeguata.

## ALLEGATO C

---

<sup>90</sup> Convenzione di Istanbul art. 61 - Diritto di non respingimento - Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, INSTAMBUL 11 maggio 2011



REGIONE PUGLIA  
**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA**  
 CONSORZIALE POLICLINICO – GIOVANNI XXIII

**OSPEDALE PEDIATRICO “GIOVANNI XXIII”**  
 Via Amendola, 207, Bari

Commissione multidisciplinare per accertamento sociosanitario su MSNA

Ambulatorio WELCOME  
 Servizio di Psicologia 0805596601

**Cartella socio-sanitaria n°** .....

Accompagnato da ..... responsabile/educatore/assistente  
 sociale/psicologo della struttura ospitante/ Comunità .....

Mediatore Culturale .....

Comune che ha in carico il soggetto/MSNA.....

Si è acquisito l'assenso del cittadino/ minore.....

**Colloquio sociale (Case Manager)**

**Informazioni ANAMNESTICO-FAMILIARI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita dichiarata in data odierna \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Nel suo paese viveva in città \_\_\_\_\_ in campagna \_\_\_\_\_

Nucleo familiare \_\_\_\_\_

Gruppo etnico di appartenenza \_\_\_\_\_

Religione \_\_\_\_\_

Lingue parlate \_\_\_\_\_

Livello di conoscenza della lingua italiana: insufficiente sufficiente buono

Titolo di studio o livello di scolarità \_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta \_\_\_\_\_

Attuale abitazione: Comunità Centro di accoglienza Altro \_\_\_\_\_

Status:

- Richiedente protezione internazionale (specificare se in corso o ottenuta)
- Asilo politico
- Protezione sussidiaria
- Cittadino in corso di identificazione

Documenti se in possesso:

- Certificato di nascita
- Passaporto
- Certificato di matrimonio
- Nessuno
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### Ulteriori aspetti da indagare

Sei mai stato sposato/a?

Hai figli? (far riferimento alla presenza/assenza e al numero di gravidanze)

Come ti trovi in Italia?

Chi hai conosciuto? (far riferimento alla presenza/assenza di relazioni significative)

Hai parenti o amici in Italia o in Europa? Se si, desideri raggiungerli?

Hai qualche interesse?

Di cosa hai bisogno? (far riferimento a necessità materiali e o relazionali)

Altro (specificare)

### Colloquio psicologico

#### Osservazione

#### Esperienze relative alla migrazione

##### Motivazione migratoria

- Minore in fuga (spesso dal proprio ambiente familiare, perché esposto a violenza e abusi)
- Minore con un mandato familiare (scelto all'interno del proprio gruppo per risolvere l'instabilità economica)
- Minore esule, richiedente asilo (proveniente da paese in conflitto; portatore di esperienze traumatiche, di lutto, di perdita)
- Minore sfruttato (giovani donne vittime di tratta, sfruttate per la prostituzione; minori arruolati in attività illecite)
- Minore di strada (spesso vivono di espedienti e migrano in gruppo con altri minori)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Progetto migratorio: Assente/Presente; se presente: Raggiunto/Fallito/In corso

Pagamento di soldi prima e/o durante il viaggio? \_\_\_\_\_

Partenza \_\_\_\_\_

Arrivo in Italia \_\_\_\_\_

Periodo di permanenza in Italia \_\_\_\_\_

Adattamento al contesto ospitante (diretto/indiretto da parte degli operatori)

##### Percorso

Paese	Periodo di permanenza	Attività svolte	Valutazione dell'esperienza


Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**FATTORI DI RISCHIO o Eventi TRAUMATICI**

<b>Pre - migratori</b>	<b>Migratori</b>	<b>Post - migratori</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perdita di uno o entrambi i genitori</li> <li>○ Morte violenta di uno o entrambi i genitori</li> <li>○ Perdita di relazioni affettive</li> <li>○ Disastri ambientali</li> <li>○ Carestie/epidemie</li> <li>○ Violenza correlata con la guerra</li> <li>○ Persecuzioni</li> <li>○ Torture</li> <li>○ Abusi sessuali</li> <li>○ Deprivazioni</li> <li>○ Umiliazioni/costrizioni</li> <li>○ Maltrattamento fisico</li> <li>○ Violenza assistita</li> <li>○ Condizioni di vita precarie</li> <li>○ Altro (specificare)_____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partenze forzate ed improvvise</li> <li>○ Sradicamento traumatico dalla cultura di appartenenza e dalla figura di accudimento</li> <li>○ Permanenze prolungate in campi profughi</li> <li>○ Malattie/malnutrizione</li> <li>○ Aggressioni</li> <li>○ Sfruttamento o violenze sessuali</li> <li>○ Morte di compagni di viaggio</li> <li>○ Altre esperienze traumatiche durante il viaggio (maltrattamento fisico, violenza assistita, tortura, privazione di acqua e cibo, detenzione, condizione di senza fissa dimora)</li> <li>○ Altro specificare)_____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assenza di contatti con la famiglia d'origine</li> <li>○ Paura per i familiari</li> <li>○ Cambiamento di abitudini e stili di vita</li> <li>○ Difficoltà di adattamento ed inserimento nel nuovo contesto sociale</li> <li>○ Aspettative irrealistiche</li> <li>○ Perdita di libertà</li> <li>○ Discriminazione/marginalizzazione</li> <li>○ Difficoltà di accesso alle informazioni</li> <li>○ Altro (specificare)_____</li> </ul>

**FATTORI DI PROTEZIONE (predittivi di Resilienza)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenza di un progetto migratorio volontario, realistico e flessibile</li> <li>○ Senso di continuità tra passato, presente e futuro</li> <li>○ Religiosità</li> <li>○ Presenza di legami significativi</li> <li>○ Contatti con la famiglia d'origine</li> <li>○ Solidità dell'identità culturale</li> <li>○ Inserimento in gruppi di pari della medesima etnia</li> <li>○ Buona capacità autoriflessiva</li> <li>○ Buon adattamento al contesto ospitante</li> <li>○ Evitamento (soppressione delle emozioni negative)</li> <li>○ Presenza di prospettive future</li> <li>○ Altro (specificare)_____</li> </ul>
---

**Indagine testistica standardizzata**

**Somministrazione di strumenti di screening del trauma (PROTECT per l'identificazione precoce di esperienze traumatiche):**

*p.T= ; emergono indici lievi/moderati/gravi di traumatizzazione.*

**Somministrazione del test Matrici progressive di Raven - SPM, strumento culture free che consente di risalire all'età di sviluppo cognitivo:**

Età di Sviluppo Cognitivo

p.T	
Percentile	
Range età/Sviluppo	

**Eventuale etero somministrazione di scala comportamentale (Questionario Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ, per problematiche emotive e comportamentali).**

Profilo Comportamentale Interpersonale ed Emotivo (eterovalutazione)

	Punteggio	Percentile	Livello*
Sintomi emozionali			
Problemi di comportamento			
Iperattività/Disattenzione			
Rapporti problematici con pari			
Comportamento Pro-sociale			

\* normale, a limite, anormale

**Visita medica pediatrica**

**Profilo di salute**

In passato ha avuto problemi di salute? SI NO

Se si quali problemi? \_\_\_\_\_

Ricoveri ospedalieri Interventi chirurgici

Terapie pregresse \_\_\_\_\_

In questo momento sta prendendo farmaci ? SI NO

Negli ultimi tempi (settimane/mesi) ha avuto problemi di salute ? SI NO

Se si quali ? \_\_\_\_\_

Alvo regolare SI NO Diuresi regolare SI NO  
 Problemi digestivi SI NO Prurito e/o lesioni da grattamento SI NO  
 Febbre SI NO Tosse persistente da almeno 2 settimane SI NO  
 Sudorazioni notturne e/o perdita di peso SI NO  
 Emoftoe SI NO Ematuria SI NO  
 Diarrea, dolori addominali, nausea SI NO Odontalgie SI NO  
 Ritmo sonno veglia regolare SI NO  
 Ricoveri SI NO Interventi chirurgici SI NO  
 Altro \_\_\_\_\_

**Esame fisico**

Altezza cm (.....°perc. WHO; .....°p. ....) peso kg .....( .....°p.)

BMI (.....°p)

Circ. Cranica (cm) (.....°p.)

Altri eventuali parametri auxometrici

Età staturale (cm) grafici WHO Grafici Tanner Grafici nazionali

Aspetto generale (descrizione)

Prepubere

Pubere

**Stadi Puberali**

pelo pubico (P 1-5)

seno (S 1-5)

aspetto genitali (G 1-5)

pelo ascellare (Ax - + +++)

Testicolo destro: in sede  mobile  non palpabile  volume ml .....

Testicolo sinistro: in sede  mobile  non palpabile  volume ml .....

Peluria corporea maschio femmina

Precedenti gravidanze e/o aborti sì  no

**Eventuali approfondimenti:**

età ossea.....

(TW3)

(G&P)

Ecografia pelvica vol. Ovarico dx .....sin. .... da prepubere  pubere

**Parere conclusivo della commissione**

1) i dati raccolti e i dati obiettivi depongono per una minore età in particolare si attribuiscono circa ..... + ..... anni

2) dati obiettivi e raccolti sono incerti e nel dubbio si conclude per una minore età di .....+ ..... anni

3) E' molto improbabile che il/la ragazzo/a abbia una minore età, in particolare si attribuiscono circa .....+.....anni.

Motivi per giungere a tale parere.

Luogo, Data

Firme

Componenti Commissione intervenuti

## STRUMENTI DI RICERCA

### PROGETTO MSNA SCHEMA DI RILEVAZIONE PER GLI AMBITI/CONSORZI PUGLIESI UN' INDAGINE ESPLORATIVA

Il punto di vista degli ambiti/consorzi territoriali sul fenomeno dei MSNA, in qualità di primi osservatori e conoscitori della realtà sociale del territorio, è di fondamentale importanza, sia al fine di raccogliere dati quantitativi, sia per una raccolta di dati qualitativi derivanti dall'esperienza lavorativa quotidiana, dalle modalità ordinarie e straordinarie di affrontare il fenomeno, dalle prassi di accoglienza, da eventuali modelli di presa in carico, da progettualità esistenti, dalle criticità che emergono, dalle positività esistenti, dal fabbisogno dei diversi contesti territoriali, dalla individuazione di proposte per il miglioramento del sistema.

#### REFERENTE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEMA

Ambito/ Consorzio \_\_\_\_\_

Responsabile \_\_\_\_\_

Contatti responsabile (telefono e mail) \_\_\_\_\_

Referente/i MSNA \_\_\_\_\_

Contatti referente/i (telefono e mail) \_\_\_\_\_

Comuni dell'ambito/consorzio interessati dal fenomeno dei MSNA \_\_\_\_\_

#### PRIMA PARTE

##### Dati quantitativi

**1)Indicare le tipologie di accoglienza per i MSNA presenti nel contesto territoriale dell'ambito/consorzio. Per ogni tipologia presente indicarne la quantità, la/e denominazione/i e la/e sede/i operativa/e.**

##### Prima Accoglienza

-Centri governativi di prima accoglienza finanziati con risorse a valere sul Fondo FAMI (Fondo Asilo Migrazione e Integrazione)

LSI    LNO                      Se presenti, indicare  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

-Strutture di prima/pronta accoglienza autorizzate dai Comune e dalle Regioni competenti

LSI    LNO                      Se presenti, indicare  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

-Strutture a carattere emergenziale e provvisorio (p.e. hotspot e simili)

LSI    LNO                      Se presenti, indicare  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

**Elenco delle strutture (denominazione/sede/riferimenti e contatti)**

---

---

**Seconda accoglienza**

-Strutture afferenti alla rete SPRAR

LSI LNO

Se presenti, indicare  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

-Strutture di seconda accoglienza autorizzate dai Comuni e iscritte nel Registro Regionale (DGR 31 gennaio 2017, n. 68)

LSI LNO

Se presenti, indicare  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

-Strutture residenziali e semiresidenziali autorizzate dai Comuni e iscritte nel Registro Regionale (Reg.Reg.4/2007)

LSI LNO

Se presenti, indicare  
  
n. strutture \_\_\_\_\_  
n. posti utente \_\_\_\_\_

Altre tipologie di accoglienza (es. famiglie affidatarie)

LSI LNO

Se presenti descrivere brevemente tipologia di accoglienza

**Elenco delle strutture (denominazione/sede/riferimenti e contatti)**

---

---

**2) Numero degli inserimenti dei MSNA in struttura degli ultimi tre anni:**

<b>N. di MSNA per tipologia di accoglienza</b>					
Strutture di prima/pronta accoglienza			Strutture di seconda accoglienza		
2015	2016	2017 (giugno)	2015	2016	2017 (giugno)
N.	N.	N.	N.	N.	N.

**3) Costo medio giornaliero per l'inserimento di un MSNA**

Costo seconda accoglienza \_\_\_\_\_

**Tra le strutture di accoglienza presenti nel contesto territoriale dell'ambito/consorzio, indicare quelle che hanno attivato prese in carico e progettualità innovative in materia di MSNA**

---

---

---

## SECONDA PARTE

### *Sistema di presa in carico ed interventi in favore dei MSNA*

4) Descrivere il percorso di accoglienza del MSNA, evidenziandone le diverse fasi e gli attori coinvolti.

---

---

5) Descrivere il sistema attivo di interventi sui MSNA, eventuali servizi, strumenti, sportelli, progetti, percorsi di integrazione/ misure di autonomia, progetti educativi individualizzati, percorsi di integrazione, ecc., attivi a livello di ambito/consorzio.

---

---

6) Descrivere il sistema attivo di interventi sui MSNA, eventuali servizi, strumenti, sportelli, progetti, percorsi di integrazione/ misure di autonomia, progetti educativi individualizzati, ecc., attivi a livello dei singoli comuni.

---

---

7) Indicare le modalità per selezionare le strutture dove inviare i minori, evidenziandone la più utilizzata (p.e. concertazione tra i Servizi Sociali e il Tribunale, Tribunale dei minori, ecc).

---

---

8) Descrivere la tipologia e la titolarità dei fondi utilizzati dai comuni per coprire le spese di accoglienza dei MSNA,

---

---

9) Nella procedura di presa in carico del MSNA è previsto un colloquio psicologico/psico-sociale? Se previsto, descriverne le modalità e gli attori coinvolti.

---

---

## TERZA PARTE

### *Punti di forza e criticità*

10) Descrivere altri eventuali fattori di criticità o punti di forza

---

---

## QUARTA PARTE

### *Proposte e progettualità*

11) Esistono progettualità previste a livello di programmazione di ambito o di politiche comunali, in riferimento al sistema di accoglienza dei MSNA? Se si indicarle

---

---

12) Per ognuno dei focus indicati descrivere possibili proposte e direzioni di miglioramento.

<b>FOCUS</b>	<b>Proposte/Interventi migliorativi</b>
<b><u>NORMATIVA E GOVERNANCE:</u></b>	
Normativa nazionale MSNA	
Governance regionale	
Governance d'ambito	
Tavoli di coordinamento territoriale (se previsti)	
<b><u>PRESA IN CARICO MSNA:</u></b>	
Integrazione socio-sanitaria	
Processo di presa in carico MSNA	
Rapporti tra Servizio Sociale e Autorità Giudiziarie	
Rapporti con Istituti Scolastici in riferimento ai MSNA	
<b><u>STRUTTURE RICETTIVE E MSNA:</u></b>	
Strutture di accoglienza MSNA presenti nell'ambito (qualità e quantità)	
Fondi per spese di accoglienza	
Rette	
<b><u>FORMAZIONE:</u></b>	
Operatori istituzionali (equipe multidisciplinari)	
Operatori sociali del terzo settore	
<b><u>INTEGRAZIONE SOCIO LAVORATIVA</u></b>	
Misure per l'autonomia (percorsi di integrazione)	

13) Elencare altri eventuali fattori su cui intervenire, per migliorare il sistema di accoglienza dei MSNA

---



---



---

**PROGETTO MSNA**  
**Traccia intervista servizi sanitari territoriali**

Quali sono le attività dell'ufficio in cui opera?

Ha esperienza in materia di MSNA?

Sulla base della pratica quotidiana, ci può dire come è cambiato negli anni il fenomeno migratorio del MSNA, considerando il suo contesto territoriale? Quali sono le modalità con le quali entrate in contatto con i MSNA?

Potrebbe delineare la prassi operativa della presa in carico di un MSNA.

Quali sono i principali problemi che presentano i MSNA che prendete in carico? (disagio psicologico, fisico, potenziali rischi sociali, di devianza. ecc)?

Alla luce della nuova normativa in materia di minori stranieri non accompagnati, l'azienda sanitaria locale si è adoperata per la costituzione di una commissione per l'accertamento dell'età secondo le modalità previste dalla L.47/2017?

Quali attori socio sanitari contribuiscono alla realizzazione di questo servizio/commissione? Esiste un protocollo territoriale?

Esiste una équipe multidisciplinare che valuta eventuali vulnerabilità connesse a disturbi post traumatici da stress per minori stranieri non accompagnati?

È previsto, all'interno dell'organizzazione dell'Asl, la figura dell'assistente sociale? Se sì, di cosa si occupa e come interagisce con l'assistente sociale del comune?

Qual è la procedura e i tempi per richiedere l'STP? Quali documenti sono richiesti?

Esistono delle raccomandazioni, buone pratiche che il dipartimento di Prevenzione attiva per lo Screening Sanitario?

Esiste uno strumento di tutoraggio/monitoraggio che l'Azienda sanitaria utilizza per verificare il numero, la provenienza e le cause di accesso dei minori stranieri non accompagnati al servizio?

Qual ora un minore straniero non accompagnato richieda una presa in carico specialistica a fronte di un disturbo legato ad eventi traumatici, quale sono le modalità che si attivano, i professionisti coinvolti e soprattutto come viene trattato e curato il minore?

Esiste un servizio di neuropsichiatria infantile? Se sì, come viene attivato e da chi?

Nell'Asl sono previsti momenti di formazione specifica per l'acquisizione di competenze transculturali/etnopsicologiche?

Secondo le sue esperienze professionali come potrebbe essere organizzato un servizio di valutazione socio psicologica integrato in grado di valutare lo stato di salute di un minore straniero non accompagnato?

Quali sono le criticità dalla prospettiva dell'asl relative alla dimensione del fenomeno MSNA. Quali proposte avanzerebbe per superare le criticità individuate?

Come valuta i rapporti con gli altri soggetti, istituzionali e non, con cui il servizio interagisce nel percorso di presa in carico del MSNA? (tribunale, forze dell'ordine, ASL, prefettura, comunità di accoglienza)?

Quali proposte avanzerebbe per migliorare i legami della rete di accoglienza?

Esistono formalizzazioni di queste reti di relazione?

Come valuta la nuova norma in materia di MSNA? Potrebbe evidenziarne punti di forza e se ritiene anche eventuali criticità?

Secondo lei, a distanza di quasi un anno, la nuova normativa viene applicata correttamente?

Complessivamente lei ritiene che il sistema di accoglienza del MSNA riesca realmente a tutelare il minore dal punto di vista sociale, psicologica, fisico?

Quali sono le aspettative in materia di MSNA che il servizio sociale territoriale ripone nell'istituzione regionale?

**PROGETTO MSNA**  
**Traccia intervista qualitativa Servizi Sociali territoriali**

Quali sono le attività dell'ufficio in cui opera?

Ci racconta brevemente la sua esperienza lavorativa e il suo ruolo in questo servizio?

Approfondiamo l'aspetto dell'immigrazione e nello specifico dei MSNA: da quanto tempo si occupa di questo fenomeno?

Sulla base della pratica quotidiana, ci può dire come è cambiato negli anni il fenomeno migratorio del MSNA, considerando il suo contesto territoriale?

Quali sono le modalità con le quali entrate in contatto con i MSNA?

Potrebbe delineare la prassi operativa della presa in carico di un MSNA.

Quali sono le figure professionali coinvolte nel percorso di presa in carico?

Quali strumenti di lavoro utilizzate nella presa in carico (colloqui, cartella sociale, ecc)

Quali sono i principali problemi che presentano i MSNA che prendete in carico? (disagio psicologico, fisico, potenziali rischi sociali, di devianza. ecc)?

Quali sono le maggiori difficoltà che il servizio incontra nello svolgimento del percorso di presa in carico?

Queste difficoltà come influiscono sull'azione della presa in carico e sul sistema dell'accoglienza nella sua totalità?

Quali proposte avanzerebbe per superare le criticità individuate?

Come valuta i rapporti con gli altri soggetti, istituzionali e non, con cui il servizio interagisce nel percorso di presa in carico del MSNA? (tribunale, forze dell'ordine, ASL, prefettura, comunità di accoglienza)?

Quali proposte avanzerebbe per migliorare i legami della rete di accoglienza?

Esistono formalizzazioni di queste reti di relazione?

Avete sottoscritto protocolli con altri attori in materia di MSNA?

Come valuta la nuova norma in materia di MSNA? Potrebbe evidenziarne punti di forza e se ritiene anche eventuali criticità?

Secondo lei, a distanza di quasi un anno, la nuova normativa viene applicata correttamente?

Se provasse ad immaginare una presa in carico ideale, pratiche e attività da realizzare per dare la migliore accoglienza, cosa proporrebbe?

Complessivamente lei ritiene che il sistema di accoglienza del MSNA riesca realmente a tutelare il minore dal punto di vista sociale, psicologica, fisico?

Qualora la comunità vi metta a conoscenza di un minore che presenta delle vulnerabilità riconducibili ad eventi post-traumatici, che si manifestano quotidianamente, il servizio sociale, in quanto titolare della presa in carico, come gestisce la situazione? (esempio: crisi d'ansia, panico, incubi notturni, insonnia severa, disturbi dell'alimentazione, astenia profonda. ecc)

Qualora invece il servizio sociale fosse informato di una situazione di emergenza; vale a dire di comportamenti messi in atto da un minore, che possono mettere a rischio la sua stessa vita, così come quella degli altri, il servizio sociale, in quanto titolare della presa in carico, come gestisce la situazione?

Quali sono le aspettative in materia di MSNA che il servizio sociale territoriale ripone nell'istituzione regionale?

## TRACCIA INTERVISTA AI RESPONSABILI DELLE COMUNITÀ PER MSNA

Da quanto tempo opera con i MSNA?

Sulla base della sua pratica quotidiana, ci può dire come è cambiato negli anni il fenomeno migratorio del MSNA nel territorio barese?

Questa comunità ospita solo MSNA?

Esistono realtà in cui MSNA e minori italiani convivono nella stessa comunità. Quali secondo lei gli aspetti negativi e positivi di questa convivenza.

Ci descrive quale è il suo ruolo all'interno della comunità?

Ci descrive la composizione professionale e i ruoli dell'equipe della struttura?

Esiste un turn-over del personale?

L'equipe della comunità è integrata da personale volontario? Quali i ruoli?

Vi rivolgete a professionalità esterne? In quali casi? (es. mediatori)

Per l'equipe prevedete periodicamente dei momenti di formazione?

Quali sono le temporalità delle riunioni di equipe e quale il loro obiettivo?

Esiste un regolamento interno per gestire la vita comunitaria?

Quali sono i principali problemi di gestione della struttura?

Di quali finanziamenti usufruite?

Quali sono i motivi che determinano le differenze di tariffa giornaliera tra le diverse strutture?

Con quali modalità entrate in contatto con i MSNA?

Potrebbe delineare la prassi operativa dell'accoglienza di un MSNA?

Provenienza comunale della presa in carico.

Quale è la modalità di inserimento in struttura (provvedimento);

Quale è la procedura e quali i tempi per il rilascio del permesso del soggiorno? Il permesso di soggiorno viene rilasciato per minore età o per affidamento?

Quale è la procedura e quali i tempi per l'iscrizione al SSN?

Quali sono invece i tempi per la nomina del tutore?

Dopo quanto tempo, dall'inserimento in struttura del MSNA, è previsto il colloquio con il Servizio Sociale?

Redazione del PEI, chi lo redige, quando, è unico per tutti gli ospiti o è individuale, condivisione del PEI

Sono previsti momenti di verifica interna con tutti i referenti del progetto, compreso il minore?

Quale strumento utilizzate per "documentare" il percorso di ogni minore, dalla presa in carico alle sue dimissioni?

Come è strutturato, quali informazioni raccogliete?

Quali strumenti vengono adottati dall'equipe per verificare l'adattamento del MSNA al contesto comunitario?

Quali sono le attività proposte ai minori?

Esistono attività specificatamente legate al rapporto con la cultura d'origine?

Ci sono somiglianze e/o differenze nel lavoro e nell'accoglienza di MSNA di culture differenti?

quale è il periodo medio di accoglienza.

Percorsi di inserimento scolastici e formativi seguiti dai minori.

Cosa prevedete in prospettiva del raggiungimento dell'autonomia, dell'acquisizione di competenze professionali e dell'inserimento socio-lavorativo?

Quali sono le maggiori difficoltà che la struttura incontra nello svolgimento del percorso di presa in carico e comunque nell'intero periodo di accoglienza del MSNA?

Cosa avviene quando il minore compie 18 anni?

E'previsto un percorso di follow up?

Quali proposte avanzerebbe per superare le criticità individuate?

Quali sono i principali problemi che presentano i MSNA che accogliete in struttura? (disagio psicologico, fisico, potenziali rischi sociali, di devianza. ecc)?

Quali manifestazioni di disagio psicologico riscontrate con maggiore ricorrenza?

Se un minore presenta, anche quotidianamente, delle vulnerabilità riconducibili ad eventi post-traumatici, (esempio: crisi d'ansia, panico, incubi notturni, insonnia severa, disturbi dell'alimentazione, astenia profonda. ecc), come gestite la situazione?

Come vengono gestite le emergenze? Vale a dire comportamenti messi in atto da un minore, che possono mettere a rischio la sua stessa vita, così come quella degli altri?

Al di là di situazioni di emergenza, nella prassi della presa in carico avete previsto strumenti o procedure per l'emersione di eventuali vulnerabilità?

Avete in struttura MSNA che seguono una terapia farmacologica per disturbi di natura psicopatologica?

Quali proposte/prospettiva di miglioramento avanzerebbe per superare le criticità individuate?

Quale è la composizione degli ospiti che accogliete attualmente?

Può descriverci quali sono le esperienze pre-migratorie e migratorie dei msna che ospitate?

Invece, cosa chiede il MSNA nell'arco della sua permanenza in struttura? Come sono i rapporti con gli operatori?

Come il minore vive questo rapporto tra l'identità e l'alterità? Nascono situazioni conflittuali?

Quale è il grado di accettazione delle regole di vita comunitaria?

Avete avuto episodi di fuga dalla comunità? Come si sono risolti?  
Quali sono i soggetti istituzionali e non con i quali interagite maggiormente?  
Come valuta i rapporti con questi attori? che difficoltà incontrate?  
Quali proposte avanzerebbe per migliorare i legami della rete di accoglienza?  
Come valuta la nuova norma in materia di MSNA? Potrebbe evidenziarne punti di forza e se ritiene anche eventuali criticità?  
Può descriverci secondo la sua esperienza come è strutturato nella realtà il percorso tra la prima e seconda accoglienza?  
Quanto siamo lontani dal rispetto della norma?  
da alcune rilevazioni è emersa una disomogeneità territoriale e anche di competenze rispetto alle strutture, quale è la sua opinione a riguardo?  
Complessivamente lei ritiene che il sistema di accoglienza del MSNA riesca realmente a tutelare il minore dal punto di vista sociale, psicologica, fisico?  
Se provasse ad immaginare una presa in carico ideale, pratiche e attività da realizzare per dare la migliore accoglienza, cosa proporrebbe?  
Quali sono le aspettative in materia di MSNA che lei in qualità di operatore di una comunità di accoglienza ripone nell'istituzione regionale?

**SCHEDE QUALI-QUANTITATIVE DI DATI RELATIVI ALLA PROCEDURA DI ACCERTAMENTO DELLA MINORE ETÀ**

La L. n.47 del 7/4/2017, recante “Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati”, introduce un iter atto all’accertamento dell’età al fine di garantire che il MSNA sia erroneamente identificato come maggiorenne, per garantirgli la più ampia tutela dei diritti. La legge, infatti, prevede che “Qualora sussista un dubbio circa l’età dichiarata, questa è accertata in via principale attraverso un documento anagrafico” e qualora dovessero permanere dubbi in merito all’età dichiarata dal minore, “la procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni può disporre esami socio-sanitari volti all’accertamento della stessa”.

La presente scheda va considerata come un’indagine esplorativa/sperimentale sulle modalità di messa in atto della norma. I dati restituiti saranno utili per la predisposizione di uno Strumento Regionale di Raccolta dati sulle attività delle Equipe multidisciplinari per l’accertamento dell’età costituite nella Regione Puglia.

Data la natura sperimentale di tale strumento si chiede a fine compilazione della scheda di evidenziare 1) criticità, difficoltà e considerazioni sull’attività dell’equipe, 2) criticità e difficoltà relative alla compilazione della scheda

-ASL DI \_\_\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_

-Referente per la compilazione della scheda: \_\_\_\_\_

-Indirizzo Mail referente \_\_\_\_\_

-Numero di telefono referente \_\_\_\_\_

**EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER L’ACCERTAMENTO DELLA MINORE ETÀ**

1) Delibera Istituzione equipe n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

2) Data primo insediamento equipe \_\_\_\_\_

3) Nella seguente tabella inserire gli operatori che compongono l’equipe. Indicare con una X quale degli operatori indicati svolge il ruolo del Case Manager

NOME	COGNOME	PROFESSIONE	CASE MANAGER

4) È prevista una specifica formazione/aggiornamento degli operatori dell’equipe ( p.e. nuovi strumenti di valutazione, focus su tematiche specifiche, ecc).?

1) si, è prevista ed avviene con cadenza periodica

2) si, è prevista ma non avviene con cadenza periodica

4) non è prevista alcuna formazione

5) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

5) Oltre agli incontri che l’equipe multidisciplinare svolge per valutare il caso specifico, sono previsti incontri periodici operativi (coordinamento, programmazione, stato dell’arte, ecc.).

1) si, con cadenza sistematica

2) si, ma solo su richiesta dell’equipe

3) no, non sono previsti

5) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**6) È prevista per l'equipe la supervisione di un esperto esterno?**

1) si

2) no

3) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **APPROCCIO METODOLOGICO MULTIDISCIPLINARE**

**7) Come previsto dalla normativa vigente, la procedura per l'accertamento della minore età prevede: un'intervista sociale, una valutazione psicologica e l'esame pediatrico-auxologico.**

**Per ogni fase** dell'accertamento dell'età:

-indicare i soggetti coinvolti (operatori equipe, operatori comunità, tutore, ecc)

-indicare gli strumenti utilizzati (test, colloqui, ecc)

-descrivere la procedura

**Intervista Sociale**

\_\_\_\_\_

**Valutazione psicologica/neuropsichiatrica**

\_\_\_\_\_

**Esame pediatrico-auxologico**

\_\_\_\_\_

**8) Indicare la durata media della procedura di accertamento della minore età**

\_\_\_\_\_

**9) E' stato predisposto un locale stabile idoneo all'accertamento della minore età?**

1) si

2) no

3) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**10) Il consenso da parte del minore avviene in forma scritta con l'ausilio di un mediatore linguistico- culturale?**

1) si

2) no

3) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**11) Il minore è informato sul fatto che la sua età sarà valutata attraverso una procedura socio sanitaria?**

1) si

2) no

3) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**12) Il minore è informato in cosa consiste la procedura, quali sono i possibili risultati e le conseguenze che ne derivano?**

1) si

2) no

3) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**13) Il minore è informato sulle conseguenze del suo rifiuto a sottoporsi a questa procedura?**

- 1) si  
2) no  
3) Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**14) Il minore è informato con una modalità a lui comprensibile?**

- 1) si  
2) no  
3) Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**DATI SUI SOGGETTI PER CUI PER CUI E' STATO RICHiesto L'ACCERTAMENTO DELLA MINORE ETÀ**

**15) Totale soggetti per cui è la Procura della Repubblica presso il tribunale dei Minorenni ha richiesto l'accertamento dell'età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**16) Totale soggetti effettivamente sottoposti ad accertamento della minore età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**17) Totale soggetti che sono stati dichiarati minori dopo l'accertamento della minore età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**18) Totale soggetti che sono stati dichiarati maggiorenni dopo l'accertamento della minore età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**19) Totale soggetti che si sono rifiutati di sottoporsi ad accertamento della minore età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**20) Totale soggetti che si sono allontanati prima dell'accertamento della minore età:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**21) Del totale dei soggetti indicati alla domanda n. 16, indicare in quanti casi è emerso un Disturbo da Stress Post Traumatico:**

n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

**22) Del totale dei soggetti indicati alla domanda n. 16, indicare in quanti casi è stato necessario effettuare la radiografia del polso.**

n. tot. \_\_\_\_\_

**23) Partendo dal presupposto che agli accertamenti sanitari si procede secondo un principio di invasività progressiva, elencare i criteri per i quali si fa ricorso alla radiografia del polso? (se non sono definiti dei criteri, motivare i casi specifici)**

\_\_\_\_\_  
**24) Del dato indicato alla domanda n. 19, elencare i motivi per cui i soggetti si sono rifiutati di sottoporsi all'accertamento della minore età**

\_\_\_\_\_  
**25) Rispetto ai paesi di provenienza, del totale riportato alla domanda n.16, indicare in ordine decrescente i quattro principali paesi di origine dei soggetti per cui è richiesto l'accertamento dell'età**

---

26) Relativamente alla religione professata, del totale riportato alla domanda n.16, indicare il numero di soggetti distinto per le seguenti religioni

Musulmana n. \_\_\_\_\_ Cattolica n. \_\_\_\_\_ Ortodossa n. \_\_\_\_\_ Altre religioni n. \_\_\_\_\_

27) Del totale riportato alla domanda n.16, distinguendo tra maschi e femmine, indicare il numero di soggetti distinto per i seguenti livelli di scolarizzazione

Analfabeta n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

da 1 a 3 anni di scuola n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

da 3 a 5 anni di scuola n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

da 5 a 7 anni di scuola n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

oltre 8 anni di scuola n. tot. \_\_\_\_\_ di cui maschi n. \_\_\_\_\_ di cui femmine n. \_\_\_\_\_

28) In questo campo descrivere:

- le difficoltà rilevate nella procedura di accertamento della minore età

-le criticità relative all'attività dell'equipe

-considerazioni generali sull'attività dell'equipe

---

---

29) In questo campo indicare criticità e difficoltà relative alla compilazione della scheda

---

---

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AGIA-UNHCR (2019), *L'ascolto e la partecipazione dei minori stranieri non accompagnati in Italia*, Roma.
- Aragona M, Geraci S, Mazzetti M. (2014) (a cura di), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendragon, Bologna.
- Ardino V. (2011), *Post Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice*, Wiley-Blackwell, Chichester, UK.
- Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, *L'accertamento dell'età dei minori privi di documenti*, consultabile on line: <https://www.asgi.it/minori-stranieri-accertamento-eta/>
- Bastianoni P., Taurino A. (2007), *Un metodo integrato di formazione e supervisione alle nuove genitorialità*. In P Bastianoni e A. Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli.
- Bastianoni P., Taurino A. (2009), *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci.
- Bastianoni P., Zullo F., Fratini T., Taurino A. (2010), *I minori stranieri non accompagnati diventano maggiorenni. Accoglienza, diritti umani, legalità*. Tricase: Libellula Edizioni; Bastianoni P. (2000), *Interazioni in comunità*. Roma: Carocci.
- Bateson, G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1, 44-56.
- Bühler K, Heim G. (2011). Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy* 65, 4, 281-309.
- Camera dei Deputati (2019), *Minori stranieri non accompagnati*, Servizio Studi, XVIII Legislatura, <https://www.camera.it>
- CISMAI (2019), "Requisiti minimi d'intervento per i Minori Stranieri non Accompagnati", Commissione Scientifica "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza", on line: <https://cismai.it>.
- Conferenza Stato Regioni e delle province autonome (2016), *Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati*.
- Derogatis LR. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(revised) version. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit; Preti E., Prunas A., Sarno I., Madeddu F. (a cura) (2011). *Adattamento italiano. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R di Derogatis (1977)*, Milano: Giunti OS.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33(6), 673-80.

- Fazel M., Wheeler J., Danesh J. (2005), Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 9467, 14-1309.
- Festinger L., *A Theory of Cognitive Dissonance*. California, Stanford University Press 1957 (tr. it. *Teoria della dissonanza cognitiva*, Milano, Angeli, 1973).
- Gabbard G. O., (2015), *Psichiatria Psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM-5*, Raffaello Cortina Editore.
- Giovannetti, M. (2016) (a cura di), *VI rapporto 2016. I Comuni e le politiche di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. Un'analisi longitudinale a guida dei percorsi futuri*, Cittalia, Fondazione ANCI ricerche, p.15.
- Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. (2004), PTSD and depression in refugee children: Association with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.
- Hodes M., Jagdev D., Chandra N., Cunniff A. (2008), Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 7, 723-732.
- Howard M., Hodes M. (2000), Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 368-377.
- Huemer J., Karnik N., Voelkl-Kernstock S., Granditsch E., Plattner B., Friedrich M., Steiner H. (2011), Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307-319.
- Laban, CJ., Comproe IH., Gernaat H., Schreuders B. (2005), Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands, *Journal of Nervous & Mental Disease* · January 2005.
- Liotti, G., Farina, G. (2011), *Sviluppi traumatici*, Raffaello Cortina, Milano.
- Marzocchi G.M., Di Pietro M., Vio C., Bassi E., Filoramo G. e Salmaso A. (2002), *Il "Questionario SDQ- Strengths and Difficulties Questionnaire": Uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva, "Difficoltà di Apprendimento"*, 8, n. 1, pp. 75-84.
- Mazzetti M., Aragona M., Monti M.Ch. (2016), *Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016, in Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*, Caritas italiana e Fondazione Migrantes.
- Ministero della Salute (2017), *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*.
- Montgomery E. (2011), Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 440, 1-46.; Taurino et. al. (2012), *op. cit*; Smid GE., Lensvelt-Mulders GJLM., Knipscheer JW., Gersons BPR., Kleber RJ. (2011), Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 5, 742-755.

OMS (1997), *Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Geneva, World Health Organization, 1997.

OMS (2019), *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*, Migration and Health Program.

Putnam F. (1992), Discussion: are alter personalities fragments or figments, *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95-111.

Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017, Anci, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione migrantes, Servizio centrale dello Sprar in collaborazione con UNHCR.

Reason, P., & Bradbury, H. (2008), *The Sage Handbook of action research*, Sage, London.

Regione Puglia, Delibera di Giunta Regionale 1878/2016. *Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*.

Save The Children, (2017), *Atlante dei minori stranieri non accompagnati*.

Senato della Repubblica (2017), *Disposizioni correttive del decreto legislativo 142/2015, relative alle commissioni per il riconoscimento della protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati*, Atto del Governo 464.

SINPIA (2007), *Linee guida in tema di abuso sui minori*.

Steel Z., Silove D., Brooks R., Momartin S., Alzuhairi B., Susljik I. (2006), Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.

Taurino A., Vergatti L. Colavitto MT., Bastianoni P., Godelli S., Del Castello E., (2012) I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio sul disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità, *Infanzia e adolescenza*, 13, 1.

Thabet AAM., Abed Y., Vostanis P. (2004), Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 533-542.

Trombetta C., Rosiello L. (2000), *La ricerca-azione. Il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*, Edizioni Erickson, Trento.

Ufficio Statistico Regione Puglia, (2019), *I minori fuori famiglia e quelli stranieri non accompagnati, in Puglia, Anno 2017, Focus n.3/2019*.

Van Der Kolk, B. (2004), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi Edizioni; Van Der Kolk, B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Vanderlinden, J., Van Dick, R., Vandereycken, W., and Vertommen, H. (1992a). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1):21-27.

Villa M. (2015) *La ricerca come approccio di attivazione nelle istituzioni*, in Minardi E., Bortoletto N. (a cura di), *Ricerca, innovazione sociale e sviluppo locale*, Franco Angeli, Milano.

Yakhnich, L. (2008). Immigration as a multiple-stressor situation: Stress and coping among immigrants from the former Soviet Union in Israel. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 252–268. <https://doi.org/10.1037/a0013002>

World Health Organization (2006), *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*.

### **Principali portali e siti di ricerca:**

Refworld: portale gestito da UNHCR: <https://www.refworld.org/>

Ecoi.net: portale gestito da ACCORD (Austrian Centre for Country of Origin and Asylum Research and Documentation): <https://www.ecoi.net>

EASO COI Portal: portale gestito da EASO (European Asylum Support Office): <https://coi.easo.europa.eu/>

Curve di crescita <http://bmb.oxfordjournals.org/content/102/1/17.full7> WHO *Child Growth Standards: Methods and development*. WHO, Geneve, 2006 and 2007

WHO/OMS reperibili al sito [www.WHO.int/childgrowth/standards](http://www.WHO.int/childgrowth/standards). Stadiazione dello sviluppo puberale sec. Tanner

[www.parsec-consortium.it/wp-content/uploads/2019/06/MGF\\_def\\_20122017.pdf](http://www.parsec-consortium.it/wp-content/uploads/2019/06/MGF_def_20122017.pdf)

[http://www.pariopportunita.gov.it/?post\\_type=news&p=407](http://www.pariopportunita.gov.it/?post_type=news&p=407)