



Percorsi sospesi.

**Il benessere psicosociale
dei minori stranieri non
accompagnati e giovani
migranti ai tempi del
COVID-19 in Italia**

Autrice
Valentina Alice Mutti

Coordinamento
Ivan Mei

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

Report di Ricerca

Ringraziamenti	4
Executive summary	5
Glossario	6
Capitolo I – Introduzione	8
Salute mentale e benessere psicosociale, COVID-19 e migrazioni	9
Box Il contesto italiano	12
Uno sguardo alla letteratura	12
Focus Paradigma MHPSS	14
Focus Sistema di accoglienza istituzionale per MSNA	15
Capitolo II – Metodologia	17
Domande di ricerca	18
Approccio metodologico	19
Il campionamento	21
Comitato scientifico e questioni etiche	22
Limiti e considerazioni	22
Capitolo III – Principali risultati	24
a. Cambiamenti introdotti dalla pandemia COVID-19	25
b. Benessere psicologico autopercepito e rilevato dai professionisti	31
Focus Peer to Peer Support	33
Focus Tutori volontari	41
c. Accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale durante la pandemia e oltre	46
Focus La voce dei ragazzi e delle ragazze	63
Capitolo IV – Conclusioni e Raccomandazioni operative	69
Bibliografia	76

Ringraziamenti

Il team di ricerca desidera ringraziare per il loro supporto tecnico e la supervisione a tutto il processo di ricerca i **membri del Comitato scientifico**: Mario Biggeri (Università di Firenze), Laura Serri (Emergency), Francesco Vacchiano (Università Ca' Foscari Venezia), Francesca Viola (UNICEF Office of Research - Innocenti) e i colleghi di UNICEF Office of Research - Innocenti Elena Camilletti, Matilde Rocca e Gwyther Rees.

La ricerca ha potuto beneficiare anche del supporto di Maria Margherita Maglietti e Camilla Caron.

Grazie agli **enti gestori, ai coordinatori e agli operatori delle strutture** che ci hanno ospitati per la ricerca di campo ed in particolare:

- per la Lombardia Consorzio Farsi prossimo (Milano), La Sacra famiglia, Cesano Boscone (Milano), Cooperativa Il pugno aperto (Bergamo), Fondazione Fratelli di S. Francesco d'Assisi Onlus (Milano);
- per il Lazio Centro Astalli (Roma) e Caritas (Roma e Grottaferrata);
- per la Sicilia la Cooperativa FO.CO (Mazara del Vallo) e Cooperativa Libera...mente (Palermo);
- per la Calabria Cooperativa Pathos, Benestare (Reggio Calabria), Liberi di fare (Reggio Calabria), Tre campanili, un solo cuore, Cannavò (Reggio Calabria), Associazione Piccola Opera Papa Giovanni Onlus (Reggio Calabria).

Grazie, inoltre, agli **altri Enti ed erogatori di servizi** che sono stati coinvolti nella ricerca:

Associazione Approdi (Bologna), Azienda speciale consortile Offerta sociale, Vimercate (Monza e Brianza), Centro PENC (Palermo), CIAI (Palermo), Civico Zero (Roma), CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, COOPSIA (Reggio Calabria), Dipartimento di Etnopsichiatria, Ospedale Niguarda (Milano), Emergency, Intersos, MCT - Medici contro Tortura (Roma), MSF - Medici senza frontiere (Palermo), Nucleo Operativo di Psichiatria Transculturale, ASP Catania, Centro SaMiFo - Salute Migranti Forzati (Roma), Scuola di specializzazione ETNOPSI - Etno-sistemica-narrativa (Roma), Terrenuove Onlus (Milano).

La ricerca è stata inoltre facilitata dalla collaborazione di tante persone nei territori coinvolti: grazie a Simona Cortinovis (Bergamo), Sara Bramani, Anna Boni e Valentina Beccarini (Milano), Giulia Melissari (Reggio Calabria), Andrea Grasso (Sicilia), Sandra Abbondandolo (tutori Roma), Carla Dessi (tutori Milano), Lorena Di Lorenzo e Alberto Polito di Médecins du Monde, Francesco Fattori di Codici Ricerca e intervento.

Grazie alle **mediatrici** e i **mediatori** che hanno partecipato alla raccolta dati qualitativi: Monir Miah, Glory Osarhiemen, Zeenat Traja e Shadamgul Zadran.

Il ringraziamento più grande va ovviamente a ragazzi e ragazze, operatori ed operatrici dell'accoglienza, e professionisti della salute mentale e del supporto psicosociale che condividendo le loro opinioni, le esperienze attraversate e le visioni dei servizi, hanno consentito di documentare questo particolare momento storico.

Executive Summary

La ricerca indaga le diverse dimensioni attraverso cui la pandemia da COVID-19 ha influenzato il benessere dei minori stranieri non accompagnati e giovani migranti dai 15 ai 24 anni che vivono nel sistema di accoglienza in Italia, e dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale ad essi rivolti.

Attraverso un'**indagine qualitativa** che ha raccolto le esperienze e le voci di ragazzi e ragazze, di operatori delle strutture di accoglienza e di professionisti che erogano supporto psicosociale in **Lombardia, Lazio, Calabria e Sicilia**, affiancata da una componente quantitativa che ha coinvolto anche i tutori volontari, si sono messi in rilievo i principali cambiamenti nella vita quotidiana delle strutture di accoglienza e nell'erogazione dei servizi.

I ragazzi e le ragazze intervistati hanno mostrato **capacità e strategie di adattamento peculiari** che hanno permesso loro di gestire questo periodo di incertezza con grande forza e che, insieme ad alcuni fattori di protezione quali la residenza con coetanei e le competenze acquisite durante il percorso migratorio, hanno mitigato gli effetti negativi dell'isolamento.

Tuttavia, **l'interruzione e il rallentamento di tirocini, stage e conseguentemente del processo di inclusione** e di autonomia, oltre che lo spostamento dei corsi di formazione in modalità da remoto, hanno prodotto una "battuta d'arresto" che è fonte di preoccupazioni per l'immediato futuro, anche legate alla difficoltà di inviare rimesse nei Paesi di origine e quindi di non rispondere al pressante mandato familiare.

Rispetto ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale, nella maggioranza dei casi è avvenuta una **ristrutturazione dei servizi che in prima battuta sono stati trasferiti online per poi mantenere una modalità mista**, privilegiando i colloqui in presenza per i casi più gravi: quasi tutti i soggetti coinvolti nella ricerca vedono nella presa in carico da remoto una buona opportunità per mantenere il filo della relazione d'aiuto, ma con molti limiti che vanno ad impattare sulla qualità del servizio erogato. Più complesso, inoltre, è stato identificare e prendere in carico casi nuovi e consolidare la fiducia di base necessaria in una relazione di aiuto, ancor più se erogato a distanza.

L'emergenza COVID-19 si è inoltre sommata ed ha **acutizzato alcune criticità pre-esistenti del sistema di accoglienza** e di quello dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale, tra le quali l'assenza di un meccanismo strutturato di identificazione del disagio psicologico e di invio ai servizi specializzati e la scarsa pianificazione di attività con finalità psicosociali all'interno delle strutture di accoglienza, che potrebbero funzionare come forma di prevenzione e supporto emotivo.

Infine, l'ascolto e il **coinvolgimento di ragazzi e ragazze nelle scelte che determinano i loro percorsi di vita** e di eventuale presa in carico, non sembrano essere al centro del dialogo tra le istituzioni e i servizi sanitari che si occupano di loro. In assenza di una piena partecipazione e di un ascolto attivo delle loro esigenze ed aspettative, oltre che di una piena informazione circa le figure professionali, i servizi offerti e i canali per accedervi, il rischio è che l'accesso ai servizi sia influenzato da pre-comprensioni e stigma. Infine, un'attenzione alle **specificità culturali dell'utenza** di minori e giovani migranti, che necessita di strumenti, dispositivi e percorsi di cura adeguati al background migratorio, è fondamentale per la buona riuscita della presa in carico, sia nei servizi interni al mondo dell'accoglienza che in quelli territoriali specializzati.

Glossario

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

Benessere: termine che descrive uno stato positivo in cui un soggetto si sviluppa. Nel lessico della salute mentale e del supporto psicosociale si considerano tre dimensioni di benessere: quella personale (pensieri ed emozioni positivi); interpersonale (senso di appartenenza a uno o più gruppi/comunità, mantenimento di relazioni soddisfacenti); competenze e conoscenza (capacità di apprendere, prendere decisioni funzionali, rispondere in modo efficiente alle difficoltà).

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

FGD – Focus Group Discussions: strumento di raccolta dati usato nella ricerca qualitativa nel quale vengono raccolte le opinioni di un piccolo gruppo di soggetti su temi e questioni sottoposte dal conduttore/conducente. Si tratta di un'intervista di gruppo dove i partecipanti possono confrontarsi tra di loro ed esprimere le proprie idee, rispondendo a domande o realizzando piccole attività proposte. Normalmente il FGD è condotto da un/a ricercatore/ricercatrice con una funzione di facilitatore/facilitatrice della discussione, a cui si affianca una persona che prende appunti.

Cartella sociale: Dal maggio 2017, l'applicazione della legge, 07/04/2017 n° 47, G.U. 21/04/2017 ha previsto uno strumento chiamato Cartella Sociale, con lo scopo di raccogliere tutte le informazioni significative rispetto al percorso di accoglienza del minore dal punto di vista sanitario, legale, educativo e sociale, che precedentemente venivano collezionate all'interno del PEI. La Cartella Sociale andrà poi trasmessa ai servizi sociali del Comune di destinazione e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni. Attualmente l'applicazione della nuova normativa procede abbastanza lentamente, in molti centri si continua a compilare esclusivamente il PEI (Unicef, Intersos, 2019).

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

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

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

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

Psicosociale: si riferisce all'interconnessione dinamica che esiste tra processi psicologici e sociali, e al fatto che interagiscono e si influenzano mutualmente (IASC, 2007). La dimensione psicologica include i processi interni, emotivi e di pensiero di una persona – i suoi sentimenti e reazioni. La dimensione sociale include le relazioni, le reti familiari e di comunità, i valori sociali e le pratiche culturali.

Salute mentale: secondo l'OMS (2004) con salute mentale si intende "stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni". A tale definizione - che introduce un approccio multisettoriale e non limitato a quello sanitario – segue un dibattito multidisciplinare volto a estendere la definizione ad aree più ampie di benessere e a porre l'accento sulla componente maggiormente comunitaria.

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

Capitolo I - Introduzione

Salute mentale e benessere psicosociale, COVID-19 e migrazioni

Numerosi studi evidenziano come i minori stranieri non accompagnati (d'ora in poi, MSNA) e i giovani migranti soli abbiano spesso affrontato **situazioni estreme nei propri Paesi di origine, durante il soggiorno nei Paesi di transito e, più in generale, nel viaggio migratorio**, esponendosi al rischio di violenze, torture, abusi, violazione di diritti umani e varie forme di sfruttamento (Kholi, 2014; Unicef-REACH, 2017). Queste esperienze drammatiche possono avere importanti ripercussioni sul benessere e sulla salute mentale, e costituiscono un **fattore di rischio rispetto all'insorgere di un disagio psicologico e psichiatrico** anche a lungo termine.

Ricerche condotte in diversi Paesi di approdo mettono in luce la molteplicità dei fattori potenzialmente traumatici che MSNA e giovani migranti si trovano ad affrontare, fattori rappresentati come un "triangolo": la separazione dalle figure di riferimento rimaste nel contesto d'origine, le ragioni stesse della partenza (persecuzioni politiche, guerra, povertà, violenza e altro, tra loro spesso interconnessi), le minacce alla loro incolumità a cui sono esposti durante il viaggio (tra gli altri, reclusione in centri di detenzione, sfruttamento, stupri) e le esperienze faticose, e a volte dolorose, a cui vanno incontro nel Paese di arrivo (adattamento a nuovi codici culturali, xenofobia, separazione da amici, accertamenti, talvolta detenzioni) (Draper, Marcellino, 2020; Silove et al., 2017; Zanoni, 2020).

Nel caso di ragazzi e ragazze nella fascia di età che associamo all'adolescenza - in particolare alla tarda adolescenza -, lo sradicamento che comporta la migrazione si intreccia ai cambiamenti evolutivi tipici dello sviluppo, in cui si consolida la propria identità e senso di appartenenza sociale: i minori affrontano cioè

tre tipi di "transizione", quella dall'infanzia all'età adulta, quella dal Paese di provenienza al nuovo contesto di residenza e quella legata al superamento delle esperienze potenzialmente traumatiche del viaggio migratorio (Fondazione ISMU, 2019).

La presente ricerca nasce, dunque, con l'intento di indagare, sulla base di questo quadro di potenziali vulnerabilità, il ruolo ricoperto dalle misure di contenimento applicate per fare fronte alla pandemia COVID-19, tra cui l'isolamento e le limitazioni sul piano sociale e relazionale. L'indagine parte da **alcune ipotesi** da verificare:

- che la nuova vita quotidiana modificata dall'emergenza COVID-19 possa aver acuito problemi relazionali e di salute mentale pre-esistenti o creato un nuovo clima di instabilità e paura che possa aumentare l'insorgenza di casi di disagio emotivo e psicologico;
- che l'accesso ai servizi sia stato compromesso o complicato dalle nuove norme di contenimento del contagio, sia per l'interruzione di alcuni servizi specializzati individuali in presenza, sia per la difficoltà di organizzare servizi su base comunitaria rispettando il distanziamento sociale.

Infine, un ulteriore ambito di indagine riguarda la possibile opportunità per il sistema dei servizi di sperimentare **nuove modalità di intervento**: la ricerca guarda infatti anche alla trasposizione online di alcuni servizi che a partire dall'inizio della pandemia sono stati sempre più organizzati e pensati attraverso l'uso di piattaforme o linee telefoniche dedicate.

Il prisma attraverso cui la ricerca ha guardato a questi fenomeni è stato **il mondo dell'accoglienza**, che per mandato normativo si occupa anche di erogare servizi di supporto psicosociale e di essere un ponte con i servizi di salute mentale specializzati territoriali, qualora se ne identifichi il bisogno. Le risorse finanziarie

e umane, l'impostazione educativa costruita dagli enti gestori e i meccanismi di invio e coordinamento tra servizi sono temi centrali che attraversano la ricerca, insieme all'emergere dei bisogni e delle strategie di resilienza messe in atto da ragazzi e ragazze e operatori impegnati ad affrontare un periodo emergenziale.

Nel momento in cui in Italia, con lo scoppio dell'emergenza, il dibattito pubblico inizia a mostrare preoccupazioni per bambini, adolescenti e altre categorie a rischio di esclusione sociale, tracciando un nesso tra salute ed altri tipi di vulnerabilità, i temi dell'alterità, della disuguaglianza e della tutela dei diritti diventano centrali: questo lavoro nasce con l'idea di dare voce ai ragazzi e alle ragazze minori e giovani migranti che hanno attraversato la pandemia con strumenti, codici e risorse specifiche¹.

La ricerca qui presentata è stata condotta da UNICEF ECARO – sezione distaccata in Italia, con il supporto tecnico di UNICEF Office of Research – Innocenti, a partire da alcune considerazioni basate sia sulla letteratura esistente che da informazioni derivanti dai programmi implementati o in corso di implementazione, e in particolare:

I bisogni e il sistema di servizi pre-pandemia:

1. Al di là delle specifiche e individuali traiettorie di vita, i minori non accompagnati e i giovani migranti soli sono accomunati da alcune esigenze specifiche, legate alle **esperienze di violenza e privazione** vissute sia nei Paesi di origine che durante il viaggio, che necessitano di un intervento integrato di supporto psicosociale, in linea con gli standard internazionali stabiliti dalle



© b.a.sujan / Map Photo Agency

linee guida *The minimum standard for child protection in Humanitarian action* (2019) e *Unicef Operational Guidance Community-based MHPSS in Humanitarian Setting: three-tiered support for children and families* (2018).

2. Il **sistema di accoglienza** – sia quello dedicato ai minori stranieri non accompagnati che agli adulti migranti – **e quello dei servizi territoriali sono chiamati a collaborare** per garantire una presa in carico integrata, efficace e rispondente agli effettivi bisogni. Questo succede in maniera disomogenea e spesso poco strutturata, in mancanza di meccanismi di invio codificati e sistematizzati.

3. La **cultura dell’ascolto e del coinvolgimento e partecipazione dei minori e dei giovani** (Unicef, 2020), anche nell’organizzazione dei servizi a loro dedicata, risulta carente e sono poche le esperienze rilevanti in tal merito. Come risultato, spesso le aspettative di supporto non trovano riscontro da parte dei ragazzi e delle ragazze, e i servizi operano rispondendo più a esigenze interne che legate ai bisogni dell’utenza. È necessario, perciò, incrementare le evidenze che risultano dalla consultazione con ragazzi e ragazze stessi per far emergere la loro voce e prospettiva.

L’emergenza COVID-19:

La **gestione della pandemia** ha costretto tutti i servizi a riadattare le loro modalità di erogazione e, a un anno e mezzo dall’inizio della pandemia in Italia, è importante cominciare ad analizzare il modo in cui i servizi si sono adattati e come stanno ancora evolvendo, mettendo in prospettiva sia i risvolti problematici che le nuove opportunità che potenzialmente si stanno aprendo, così da fornire raccomandazioni al legislatore per migliorare tali servizi e far fronte a nuove esigenze.

La ricerca fornisce una fotografia del periodo pandemico, e in particolare del suo impatto secondario, ovvero gli effetti di natura psicologica e sociale, vissuto da questa particolare categoria di soggetti, da cui nascono riflessioni e raccomandazioni operative che possono riguardare il mondo dell’accoglienza e dei servizi di supporto psicosociale al di là dell’emergenza sanitaria ed economica attuale.

Parlando di minori e giovani migranti soli ci si riferisce a una **categoria eterogenea** che include soggetti con percorsi, storie migratorie e vissuti personali molto diversi, nonché condizioni di vita sia nei Paesi di origine che di transito e motivazioni alla mobilità differenti. Questa pluralità di esperienze si riflette anche nel percorso di vita e nella relazione col sistema di accoglienza una volta arrivati in Italia. Anche la stessa **distinzione tra minorenni, neomaggiorenni e adulti**, ancorché fondamentale nella definizione di uno status giuridico, **appare fittizia** da un punto di vista identitario, in particolare considerando il profilo dei minori migranti in Italia, prossimi alla maggiore età. Per questo motivo è molto difficile, oltre che poco utile, generalizzare i profili dei ragazzi e delle ragazze così come i loro bisogni e aspirazioni: il tentativo di questa indagine è quello di raccogliere le voci, anche dissonanti, di minori e giovani migranti dai 15 ai 24 anni, operatori del mondo dell’accoglienza e professionisti che a diverso titolo erogano servizi di supporto psicosociale, per restituire un quadro composito della loro realtà in questo specifico momento storico. Nonostante il quadro normativo italiano in materia di tutela dei minori stranieri non accompagnati sia solido e avanzato, rimangono aperte alcune sfide sia nel mondo dell’accoglienza che nel tessuto sociale dove i ragazzi e le ragazze intraprendono il loro percorso di inclusione e possibile autonomia: tra queste, il sistema di servizi che si occupano di salute mentale e supporto psicosociale appare cruciale.

Il contesto italiano

Secondo il report di monitoraggio del Ministero del Lavoro (al 30 settembre 2021), sono presenti sul territorio italiano 9661 MSNA di cui 97,1% maschi e 2,9% femmine², i cui principali Paesi di provenienza sono Bangladesh (26,3%), Tunisia (16,7%), Egitto (10,7%), Albania (10,2%), Pakistan (6,5%), seguiti da Costa d'Avorio (3,8%), Guinea (3,5%), Somalia (3,2%), Afghanistan (2,4%) ed Eritrea (2,3%). L'incidenza percentuale dei 17enni è del 63,8%. Riguardo alla distribuzione regionale, la Sicilia si conferma il territorio che ospita il maggior numero di MSNA (32,5%), seguita da Friuli (10,3%), Lombardia (10,2%), Puglia (9%), Emilia-Romagna (6,9%), Calabria (4,7%), Toscana (4,1%) e Lazio (3,3%). Secondo una ricerca recente commissionata da UNICEF, UNHCR e IOM (2019), tra il 2014 e il 2018 sono arrivati in Italia più di 70.000 minori, di cui circa il 90% di età compresa tra 15 e 17.

Complessivamente, i migranti e richiedenti asilo adulti presenti in accoglienza ad oggi sono 79.653 (dati del Ministero degli Interni che includono le presenze negli hotspot, nei CAS e nel sistema SAI), anche se non sono disponibili informazioni disaggregate rispetto al nostro target maggiorenne, che comprende ragazzi e ragazze fino ai 24 anni.

Uno sguardo alla letteratura

Esplorare i modi in cui minori e giovani migranti sono stati colpiti dalla pandemia significa approcciare aree disciplinari diverse, all'intersezione tra la letteratura sulle migrazioni, quella sull'adolescenza e quella sulla sofferenza e il disagio mentale.

Il corpus di studi a cui questa ricerca si è ispirata si situa nell'**area delle scienze sociali**, dove gli strumenti interpretativi non sono stati di natura clinica ma sociale: in altre parole, pur indagando il benessere psicologico e psicosociale, non si è applicato uno sguardo psicologico o clinico, ma si sono privilegiati come temi di approfondimento le difficoltà riscontrate e riportate da ragazzi/e e giovani adulti nella vita quotidiana, la presenza di fattori di disagio emotivo o barriere che ostacolano l'accesso ai servizi di supporto, l'accessibilità e la qualità dei servizi erogati, le possibili risorse e conoscenze di cui ragazzi e ragazze sono portatori

(Mela, 2020) e il funzionamento dei servizi a diversi livelli nel far fronte alla pandemia.

Il quadro teorico che orienta la ricerca è dunque di tipo **decostruttivo**, dove la descrizione e l'analisi si situano a cavallo di differenti visioni del cosa siano il benessere e la salute mentale, mettendo in risalto le sfide e i bisogni dei soggetti indagati, ma anche le capacità adattive e di resilienza dei giovani migranti e rifugiati (Sleijpen et al, 2017; Reed et al, 2012; Akbar e Preston, 2019; Brown et al, 2021).

Una letteratura molto recente e corposa con cui è necessario confrontarsi è inoltre quella focalizzata sulla **relazione tra COVID-19 e salute mentale dei minori e degli adolescenti "autoctoni"**, che prende in esame il mondo della scuola, la relazione all'interno delle famiglie, e mette l'accento sulle fragilità prodotte dai ripetuti lockdown, sull'emersione di un disagio emotivo che ha preso anche le forme di disturbi di diversa natura (disturbi alimentari, autolesionismo, autoisolamento, abuso di sostanze, disturbi del

sonno, dipendenza da tecnologie) (Janssen et al., 2020; progetto CO-SPACE, 2020³). Questo vasto corpus di studi multi-disciplinare⁴ (psicologia, psichiatria, pediatria, scienze sociali), che è stato pubblicato nell'ultimo anno approfondendo vari aspetti, presenta risultati piuttosto allarmanti, come messo in risalto anche dalla stampa italiana ed europea: emersione di nuove sintomatologie e acutizzazione di disagi, abbandono scolastico, incremento nell'uso di sostanze, ritiro sociale. Alcune indagini hanno guardato a target specifici (ragazzi disabili, con deficit cognitivi, con problemi psichici, visivi ecc.), dimensioni circoscritte (famiglie monoparentali, scuola, ecc.), fenomeni come lo stress parentale o il rapporto con la tecnologia, o ancora la ristrutturazione dei servizi di salute mentale per bambini e adolescenti e i fattori protettivi che possono mitigare il rischio dell'isolamento sociale (Campanile, Mazzetti, 2021; Loades et al., 2020; Preston e Rew, 2021; Huang e Ougrin, 2021).

Sebbene poca attenzione sia stata prestata agli adolescenti di origine straniera o rifugiati in questa recente letteratura, una serie di studi ha focalizzato l'attenzione sul fenomeno della pandemia in relazione alla popolazione migrante adulta, seguendo la tradizione degli studi sui determinanti sociali della malattia e quindi l'interazione con la vulnerabilità strutturale (Cingolani, 2021; Ricucci, 2021), e con la conseguente necessità di avanzare istanze di protezione (WHO Apart together survey, 2020), oppure analizzando l'impatto del COVID-19 sui lavoratori migranti dei settori considerati essenziali (Anderson et al., 2020). Una buona eccezione è rappresentata dallo studio di Couch et al. (2021) sui giovani rifugiati in Australia dove gli autori hanno sottolineato, nonostante gli svantaggi pregressi, la capacità di affrontare il periodo della pandemia e impegnarsi per esempio sul piano della solidarietà e del volontariato nelle loro comunità di residenza.

Infine, per osservare la specifica dimensione della salute mentale nella migrazione, è stato utile fare ricorso a concetti e categorie elaborate dagli **studi socio-antropologici ed etnopsichiatrici**

che hanno messo in dialogo i livelli individuale, culturale, collettivo, ripensando le concezioni di salute, malattia e sofferenza e la costruzione dei servizi alla luce di nuovi pazienti e dei loro codici espressivi e corporei (Nathan, 1996; Beneduce, 2008; Taliani e Vacchiano, 2006; Giordano, 2011), nonché gli studi su altre epidemie, come quella di Ebola, considerate nella loro dimensione socio-culturale (Benton, 2017).

I minori e i giovani migranti sono soggetti che sfidano molte categorie: sono situati **all'intersezione tra il mondo dell'infanzia e quello adulto** per come sono configurati storicamente nel mondo occidentale; occupano una posizione sociale ambigua, che personifica la crisi (Lems et al., 2019), a cavallo tra minore età e *agency*⁵ adulta, tra soggetti vulnerabili "a rischio" e soggetti portatori di "rischio" (Heidbrink, 2016). O ancora, come nel caso studiato dei giovani richiedenti asilo negli Stati Uniti (Galli, 2017), attraverso la migrazione effettuano un "rito di passaggio all'inverso" in cui per soddisfare le aspettative nel percorso di richiesta di protezione internazionale costruiscono narrazioni in cui diventano bambini, in un gioco retorico di criminalizzazione degli adulti e vittimizzazione dei minori.

Nel vivere la transizione d'età insieme a quella dei riferimenti culturali, sperimentano diversi ordini "moral", interagendo al contempo con le persone di riferimento nel Paese di origine e con il mondo dell'accoglienza, le sue norme e i servizi nel Paese di residenza: vivono tra riferimenti diversi e sperimentano, nelle parole di un'antropologa che ha studiato i minori stranieri non accompagnati afgani nel Regno Unito, "uno scompensamento morale tra il desiderio di essere un buon figlio, l'imperativo di essere un bravo migrante e l'esperienza del divenire un nuovo sé" (Meloni, 2020, *trad. mia*).

Per comprendere i riferimenti in cui il presente rapporto si colloca vengono presentati il paradigma MHPSS e un quadro sul sistema di accoglienza minorile in Italia, che verranno poi ripresi nei capitoli successivi.

Paradigma MHPSS

Applicato inizialmente nel contesto delle emergenze umanitarie e poi estesosi in maniera crescente a contesti di intervento molteplici, il paradigma inter-agenzia del *Mental Health and Psychosocial Support* (MHPSS) rappresenta un riferimento per la ricerca presentata: si tratta di Linee guida elaborate da IASC nel 2007 in cui la complessità dell'intervento di salute mentale e supporto psicosociale è rappresentato da una piramide con quattro livelli che idealmente si integrano per garantire il benessere psicologico e psicosociale di individui, famiglie e comunità, inclusi i minori⁶.

Alla base della piramide si trovano le azioni volte a ripristinare i **bisogni di base**, che rispondono cioè al bisogno di protezione, sicurezza e superiore interesse del minore, oltre che il diritto alla partecipazione; al secondo livello vengono rappresentati i servizi di **supporto alla famiglia e alla collettività**, in cui possono rientrare tutti i servizi di educazione formali e non, attività ricreative e di formazione, attività psicoeducative, azioni volte a gestire la routine quotidiana, a promuovere il supporto tra pari o a rafforzare i legami con i familiari rimasti nel Paese di origine. Il terzo livello va invece verso un servizio maggiormente focalizzato, ma non specialistico: **azioni individuali o di gruppo volte a rispondere a bisogni specifici**, erogati da personale con competenze psicoeducative e pedagogiche (nel caso del mondo dell'accoglienza, potrebbe trattarsi di interventi mirati realizzati dagli operatori). L'ultimo livello, il quarto, è invece riservato ai **servizi specializzati erogati da professionisti** della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri), in grado di rispondere a bisogni specifici non gestibili agli altri livelli della piramide.

In questo senso, i quattro livelli della piramide indicano anche una linea progressiva di intervento, la quale mira in primis a soddisfare i bisogni fondamentali (livello 1) e ristabilire legami affettivi e di relazioni sociali importanti e rafforzare le risorse dell'individuo (livello 2). L'esperienza in contesti emergenziali ci insegna, sulla base di lavori della comunità di pratiche MHPSS e di UNICEF, che la maggioranza della popolazione è in grado di attivare strategie di *coping* funzionali, superando - anche grazie al supporto comunitario - crisi di stress interno, ripristinando una situazione di benessere. In piccoli gruppi di individui continueranno invece a persistere dei bisogni acuti e vulnerabilità psicosociali importanti che necessitano di un intervento di supporto personalizzato, rivolto ai bisogni specifici del singolo (livello 3 e 4). Da questo modello si intuisce il **ruolo fondamentale degli interventi situati nei primi due livelli**, che hanno la potenzialità di contenere e arginare il disagio e potenziare i punti di forza e le strategie funzionali di adattamento dell'individuo. Leggere adeguatamente i bisogni sempre in divenire dell'utenza e calibrare il supporto attraverso i diversi piani di intervento, in un'ottica di integrazione armonica e coordinata, risulta centrale.

Questa rappresentazione, che necessariamente deve essere flessibile e adattarsi agli specifici contesti che si vanno ad analizzare, può essere utile per mettere a fuoco gli elementi che contribuiscono al benessere psicologico e psicosociale dei MSNA e giovani migranti all'interno dell'accoglienza e presso i servizi esterni, pur non essendo pensata in specifico per un'applicazione al peculiare contesto del sistema di accoglienza italiano.

Sistema di accoglienza istituzionale per MSNA

Il sistema di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati è definito dal decreto legislativo n. 142/2015 art.19 e prevede una **prima accoglienza in strutture governative (non superiore ai 30 giorni) e una di secondo livello nell'ambito della Rete SAI – Sistema Accoglienza e Integrazione**. La prima accoglienza è assicurata in centri attivati dal Ministero dell'Interno, gestiti anche in convenzione con gli enti locali finanziati dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI).

SAI, acronimo di Sistema Accoglienza Integrazione, è il sistema normato dal D.L. 21 ottobre 2020, n.130, convertito in Legge 18 dicembre 2020, n.173, che ha rinominato il precedente *SIPROIMI- Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati*, costituito da una rete di enti locali. La nuova norma prevede l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale oltre che dei titolari di protezione, dei minori stranieri non accompagnati, nonché degli stranieri in prosieguo amministrativo affidati ai servizi sociali, al compimento della maggiore età. Possono essere accolti, inoltre, i titolari dei permessi di soggiorno per protezione speciale, per casi speciali (umanitari in regime transitorio, titolari di protezione sociale, vittime di violenza domestica, vittime di sfruttamento lavorativo), i titolari di permesso di soggiorno per cure mediche.

La seconda accoglienza, finanziata con il Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo, ha l'obiettivo di fornire ai minori, richiedenti asilo o non, gli strumenti per raggiungere un'autonomia lavorativa e sociale, attraverso percorsi di formazione e lavoro. In questa rete sono previsti inoltre progetti specifici in grado di rispondere a specifiche vulnerabilità (disabilità fisiche o psichiche). La permanenza dei minori è garantita fino al compimento dei 18 anni e per i successivi sei mesi, salvo ulteriori proroghe concesse per completare il percorso di integrazione (proseguo amministrativo). I richiedenti asilo sono ospitati fino alla definizione della loro richiesta e, qualora ottenuta una forma di protezione internazionale, per il tempo riservato alla permanenza dei beneficiari (Ministero dell'Interno-EASO, 2021).

Gli standard di accoglienza del sistema SAI prevedono l'erogazione dei seguenti servizi: la mediazione linguistico-culturale; l'insegnamento della lingua italiana; l'inserimento scolastico e nella formazione professionale; l'orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo, abitativo e sociale; l'accesso ai servizi del territorio; l'orientamento e accompagnamento legale; la tutela psico-socio-sanitaria⁷; l'erogazione del *pocket money*. Le linee-guida in merito agli standard che dovrebbero essere garantiti da tali strutture sono fornite dal Decreto del Ministero dell'Interno 10.8.2016, artt. 30 e 31.

In caso di indisponibilità nei centri di prima accoglienza, o nei centri di seconda accoglienza, l'intervento è assicurato dal Comune (art. 19, comma 3) attraverso strutture idonee, che non sono sottoposte alle stesse indicazioni in riferimento ai requisiti minimi di accoglienza, ma disciplinate dal DM 308/2001, attraverso i Regolamenti regionali e comunali⁸.

Secondo la Commissione "Salute mentale dei MSNA: tra vulnerabilità e resilienza" promossa da CISMAI- *Coordinamento Italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia* (2020), i requisiti di intervento nel supporto psico-socio-sanitario per i minori dovrebbero garantire: nella

struttura di prima accoglienza, un colloquio con uno psicologo dell'età evolutiva, in presenza di un mediatore culturale se necessario; la presenza di personale formato in grado di riconoscere e individuare situazioni di vulnerabilità psicologica; modalità di ascolto competente per facilitare l'emersione di preoccupazioni o situazioni di criticità; facilitare gli adattamenti dei/delle MSNA, in particolare assumendo una funzione di protezione e accudimento (guida, regolazione affettiva, vicinanza, controllo); la rilevazione precoce sui fattori di rischio per evitare danni iatrogeni; l'individuazione di condizioni di sintomatologia post-traumatica grave (Barbaro et al.-CISMAI, 2020).

Le strutture coinvolte nella ricerca sono state: progetti SAI minori (che includono sia strutture residenziali che appartamenti in semi-autonomia per neo-maggioresni, in Sicilia, Lazio e Lombardia), progetti SAI adulti (coinvolgendo ospiti under 24, in Calabria), comunità residenziali municipali per minori inclusi i MSNA (in Lazio e Lombardia).

¹ A fine marzo 2020, il Tavolo Minori Migranti che raccoglie diversi soggetti che si occupano di minori migranti in Italia scrive una lettera nella quale esprime una preoccupazione rispetto ai percorsi di inclusione dei MSNA e "il loro stesso benessere psicofisico a causa dell'incertezza nella quale, come in tanti, e con le specifiche vulnerabilità di cui sono portatori, sono piombati". Raccomanda dunque alle istituzioni di mantenere la stabilità dell'accoglienza e non realizzare trasferimenti, assicurare le nomine dei tutori, rispetto all'iter legale prolungare i permessi e favorire lo strumento del prosieguo amministrativo. Mette inoltre l'accento sull'eccessivo onere che può ricadere sullo staff di centri nel momento in cui debba restringere fisicamente la libertà di movimento degli ospiti e a impedire il rientro in caso di allontanamento. Infine, solleva la questione del diritto alla salute e della dotazione di dispositivi di protezione individuali.

² Le ragazze risultano essere dai dati più aggiornati (luglio 2021) circa il 3,1% in Italia, ma da ricerche pregresse si può ipotizzare che siano sottostimate, perché di più difficile riconoscimento: a volte le minori si dichiarano maggiorenti, o viaggiano con altri adulti che, seppur non siano parenti, vengono dichiarati come tali. Hanno solitamente profili e Paesi di provenienza diversi dai coetanei maschi, hanno affrontato un viaggio solitamente molto pericoloso e sono ad alto rischio di tratta (UNICEF, 2019).

³ Il Progetto Co-SPACE studia le modalità di gestione della pandemia da parte delle famiglie e l'impatto sulla salute mentale dei figli: è coordinato dall'Università di Oxford in collaborazione con UCL e Università di Leicester, <https://cospaceoxford.org/>

⁴ Un'ampia letteratura in aggiornamento su Covid-19 e infanzia/adolescenza è raccolta nella *Children and Covid-19 Research Library* a cura di UNICEF – Office of Research Innocenti, <https://www.unicef-irc.org/covid-children-library/?page=168>

⁵ Nelle scienze sociali il termine *agency* o *agentività* si riferisce alla capacità umana di agire: a partire dalla fine degli anni '70 alcune teorie hanno cercato di portare avanti analisi sui modi in cui le azioni umane sono dialetticamente connesse alla struttura sociale in forma tale da rendere le due dimensioni reciprocamente costitutive (Ahearn, 2002).

⁶ Esiste un dibattito che decostruisce questo paradigma e ne mette in luce alcuni limiti legati secondo gli autori – tra gli altri – alla validità transculturale dei concetti psicologici, al rischio di omogenizzazione e patologizzazione dei bisogni, alla limitata considerazione delle strategie di cura locali e al poco riferimento all'identità politica dei beneficiari (Rehberg, 2014; Pupavac, 2006).

⁷ Secondo il DM del 18 Novembre 2019, gli enti locali sono tenuti a garantire la Tutela psico-socio-sanitaria. Nell'art. 35 che dispone *Attività e servizi specifici aggiuntivi in favore di minori stranieri non accompagnati*. Fermi restando i servizi minimi indicati all'art. 34 e in applicazione a quanto previsto dalla legge 7 aprile 2017, n. 47, i progetti destinati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati devono prevedere: a) attività di sostegno agli affidamenti familiari, full-time e part-time, in linea con il progetto educativo individualizzato del minore, come intervento anche complementare all'accoglienza in struttura; b) servizi destinati a sostenere e accompagnare il minore verso l'autonomia, ponendo attenzione alla transizione dello stesso all'età adulta, anche con riferimento al periodo di permanenza nel territorio autorizzato dal Tribunale per i minorenni ai sensi dell'art. 13 della legge n. 47/2017. Sono altresì previste misure di accompagnamento all'inclusione sociale e lavorativa con particolare riferimento all'istruzione e alla formazione professionale. Tali servizi possono includere specifiche misure di accoglienza sia in strutture dedicate che attraverso forme di sostegno all'autonomia abitativa; c) attività che favoriscano un proficuo raccordo con i tutori volontari dei minori accolti al fine di assicurare la più stretta collaborazione fra le istituzioni coinvolte per la salvaguardia del superiore interesse dei minori; d) servizi dedicati a minori con particolari fragilità quali ad esempio: minori vittime di tratta, minori con necessità di assistenza sanitaria specialistica e prolungata, minori con fragilità psicologica e comunque tutte le fattispecie previste dall'art. 17 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Nel caso di minori che presentino tali vulnerabilità, sono attivate le misure specialistiche più idonee in modo da assicurare ad ogni beneficiario effettiva protezione e tutela.

⁸ I recepimenti regionali hanno provveduto a declinare le tre differenti tipologie di comunità a carattere familiare: comunità di tipo familiare, gruppo appartamento e strutture a carattere comunitario. Ai sensi della legge quadro n. 328/2000 (art. 6 comma 2 lettera c), è compito dei servizi sociali vigilare sui soggetti che realizzano a livello locale gli interventi sociali, funzioni che la normativa attribuisce appunto ai Comuni. Il monte ore del personale operante nell'equipe delle comunità è regolato anche dalle specifiche normative regionali e/o locali così come stabilito dal DM308/2001.

Capitolo II. Metodologia

Domande di ricerca

La ricerca nasce con l'intento di indagare le conseguenze della pandemia da COVID-19 sul benessere psicosociale e l'accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale di minori stranieri non accompagnati e giovani adulti migranti soli.

In particolare, lo studio si è posto le seguenti domande:

- quale impatto ha avuto la pandemia sul benessere psicosociale di minori migranti e giovani adulti?
- quali sono state le conseguenze sui servizi di salute mentale e supporto psicosociale in termini di accessibilità, qualità e adattamento al nuovo assetto prodotto dalla pandemia?
- quali sono state le esperienze dei minori e dei giovani che vivono nelle strutture di accoglienza rispetto all'accesso a tali servizi?

Per quanto riguarda la prima domanda di ricerca si è presa in considerazione sia l'auto-percezione di benessere/malessere espressa da ragazzi e ragazze, sia la percezione di benessere/malessere rilevata dai professionisti che lavorano con loro: educatori, assistenti sociali, psicologi, psicoterapeuti. Le restrizioni riguardo alla scuola, alla formazione, al lavoro e alla mobilità dalle strutture di accoglienza sono state studiate, così come le possibili strategie di adattamento e gestione della nuova quotidianità messe in campo da beneficiari e operatori.

Il secondo asse di analisi ha invece esplorato più da vicino i servizi di salute mentale e supporto psicosociale erogati all'interno e all'esterno delle strutture di accoglienza: ci si è domandato se e come tali servizi si siano adattati in relazione ai cambiamenti introdotti dalla pandemia in particolare approfondendo il tema del supporto erogato tramite sedute e

attività online, e tracciando le principali sfide cui hanno dovuto rispondere.

Nel quadro della terza dimensione, si sono indagate le principali figure di riferimento su cui ragazzi e ragazze possono contare, il tipo di informazioni che ricevono in relazione ai servizi e la loro accessibilità; la continuità della presa in carico per chi aveva accesso al supporto prima della pandemia e la valutazione da parte degli utenti del nuovo modello di intervento. Infine, è stata analizzata la componente della partecipazione e la possibilità per ragazzi e ragazze che vivono nel mondo dell'accoglienza di fare proposte, suggerimenti e discutere le proprie idee.

L'indagine si è concentrata su **quattro regioni italiane**: Lombardia, Lazio, Calabria e Sicilia. I criteri per la selezione delle quattro regioni sono stati i seguenti:

- alto numero di presenze di MSNA e giovani migranti nel sistema di accoglienza;
- rappresentatività rispetto a macro-aree geografiche italiane (Nord, Centro, Sud);
- territori colpiti dalla pandemia in misura differente, almeno nella prima fase⁹;
- si è inoltre desunto dalla ricerca di desk e dalle informazioni di programma che i territori abbiano modelli di accoglienza e di intervento nell'ambito del supporto psicosociale differenti, oltre che reti ed opportunità di inclusione per MSNA e giovani sviluppati a gradi diversi.

La varietà delle esperienze, legate anche a specifiche progettualità finanziate, permette inoltre di superare la visione regionale e restituire una complessità delle prassi e delle singole esperienze locali che può portare a riflessioni sul piano nazionale.

Il target della ricerca include ragazzi e ragazze dai 15 ai 24 anni, scelto in considerazione del profilo delle migrazioni minorili in Italia, che ha una prevalenza di 17enni e quindi è molto sbilanciato sulla transizione all'età



adulta. Sono stati dunque presi in esame soggetti con status giuridici e percorsi di inserimento in accoglienza eterogenei: minori stranieri non accompagnati, neo-maggiorenni e giovani migranti soli residenti in strutture di accoglienza del circuito SAI - Sistema Accoglienza e Integrazione minori o SAI adulti, oppure comunità residenziali municipali dove sono ospitati MSNA: il focus è stato dunque posto sul secondo livello di accoglienza dove i servizi di supporto psicosociale sono maggiormente sviluppati.

Approccio metodologico

L'approccio metodologico prevede un metodo misto, di stampo prevalentemente qualitativo insieme a una più circoscritta componente

quantitativa, costruiti per indagare aree e aspetti diversi della ricerca in relazione tra loro.

Se la ricerca di campo qualitativa ha l'obiettivo di approfondire le esperienze dirette degli attori sociali coinvolti nel fenomeno, i loro bisogni, le sfide e i fattori facilitanti l'adattamento al nuovo contesto, la parte quantitativa permette di raccogliere opinioni di diversi attori mappando e identificando un maggior numero di prassi messe in campo in strutture e servizi non coinvolti nella prima fase. Studiando la dimensione del benessere psicosociale, e dei servizi di salute mentale, un metodo misto ha il vantaggio di raccogliere narrazioni ed esperienze dei singoli interlocutori, restituendo al contempo uno scenario sulle prassi di modelli di supporto e presa in carico esistenti.

In una prima fase sono stati disegnati gli strumenti qualitativi, nello specifico interviste semi-strutturate e focus group discussions (FGD) validati da una fase pilota di ricerca realizzata in Lombardia, cui è seguita la costruzione degli strumenti quantitativi: i questionari sono stati cioè predisposti a partire di risultati qualitativi raccolti durante le interviste e i FGD.

Per quanto riguarda la componente qualitativa, sono state pianificate interviste e FGD con ragazzi e ragazze in accoglienza, operatori e professionisti della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri).

L'indagine quantitativa ha fatto uso, invece, di **quattro questionari** online rivolti a quattro distinti target: MSNA e giovani migranti e rifugiati; operatori dell'accoglienza; professionisti della salute mentale e del supporto psicosociale e, infine, tutori volontari. Ciascun questionario ha avuto una durata massima di compilazione di 30 minuti e tutti sono stati caricati sulla piattaforma LIME survey¹⁰. La survey destinata a ragazzi e ragazze è stata tradotta nelle lingue parlate dalla maggior parte dei rispondenti:

inglese, francese, arabo, urdu e bengali.

Nei FGD con ragazzi e ragazze sono state inoltre introdotte tecniche partecipative, finalizzate a incoraggiare la raccolta di opinioni ed esperienze su un tema delicato e sensibile, anche nell'ottica di investigare le strategie di adattamento e generare proposte e idee per il presente e il futuro¹¹.

Dopo la fase pilota, realizzata nel mese di febbraio 2021 per testare gli strumenti di ricerca, la ricerca sul campo si è svolta nel periodo marzo–luglio 2021: tutti i FGD e le interviste semi-strutturate con ragazzi e ragazze sono state realizzate in presenza, anche nei periodi di "zona rossa", rispettando le misure di contenimento del virus (uso di mascherine, distanziamento, scelta di luoghi all'aperto), mentre alcune delle interviste a professionisti sono state condotte da remoto, sulla piattaforma Microsoft Teams. Sempre come conseguenza delle norme anti COVID-19, non è stato possibile, se non in un unico caso, organizzare FGD a cui partecipassero ospiti di strutture di accoglienza differenti, come inizialmente ipotizzato.



© UNICEF/UNI1342058/

Il campionamento

Il campionamento degli informatori è stato realizzato secondo una procedura non probabilistica¹², che ha preso in considerazione specifici profili da selezionare, definiti come segue: per quanto riguarda i MSNA e giovani migranti soli, il reperimento è avvenuto attraverso strutture di accoglienza presenti nei territori oggetto di studio, tenendo in conto alcune variabili (età, genere, nazionalità, anni di permanenza in Italia). Sono stati privilegiati ragazzi e ragazze arrivati in Italia prima dello scoppio della pandemia, così che fosse possibile per loro operare una valutazione comparativa dei cambiamenti avvenuti. A tutti i ragazzi e ragazze identificati dai centri di accoglienza è stato fatto leggere e firmare il consenso informato perché

acconsentissero alla partecipazione, oltre che ai loro tutori se minorenni.

Gli altri informatori sono stati, invece, reclutati tra gli operatori dell'accoglienza, privilegiando coloro che si occupano di dimensione psicosociale o case management, e tra coloro che erogano servizi di salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri) e di supporto psicosociale (assistenti sociali) sia nel settore pubblico che nel privato sociale.

La ricerca ha coinvolto complessivamente 91 soggetti attraverso interviste semi-strutturate e FGD, tra cui 36 ragazzi e ragazze, 29 esperti di salute mentale e 26 operatori di strutture di accoglienza e 273 rispondenti ai questionari¹³, come riassunto nella tabella seguente. I territori coinvolti sono stati Lombardia (fase

Soggetti coinvolti/ informatori	Componente qualitativa	Componente quantitativa
Minori stranieri non accompagnati e giovani migranti soli	36- Interviste semi-strutturate e FGD	33- Questionario online
Operatori delle strutture di accoglienza	26- Interviste semi-strutturate e FGD	22- Questionario online
Professionisti di servizi di salute mentale e supporto psicosociale (psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, psichiatri, neuro-psichiatri infantili)	29- Interviste semi-strutturate FGD	133- Questionario online
Tutori volontari		85- Questionario online
	91	273

pilota nella provincia di Milano, fase conclusiva nella provincia di Bergamo), Sicilia (provincia di Palermo e provincia di Trapani), Calabria (provincia di Reggio Calabria), Lazio (provincia di Roma). Tutte le interviste e i FGD sono stati audio-registrati, tranne in due casi in cui non è stato permesso dagli intervistati, trascritti e sistematizzati in un *codebook*, per poi essere analizzati.

In ogni regione sono state coinvolte almeno due strutture di accoglienza: nella prima sono stati individuati al massimo 6 ragazzi o ragazze con cui condurre il FGD, oltre a due operatori intervistati, mentre nella seconda sono stati intervistati in profondità due ospiti e raccolte le opinioni degli operatori, sempre in un numero massimo di 6, tramite un FGD.

La raccolta e l'analisi dei dati sono state realizzate da un gruppo di ricerca formato da una ricercatrice sociale, coadiuvata nei FGD da una note-taker, un esperto di child protection, una ricercatrice qualitativa e un'esperta di MHPSS¹⁴, insieme al supporto metodologico fornito da UNICEF Office of Research - Innocenti.

In alcune interviste e FGD con ragazzi e ragazze con un livello di competenze linguistiche in italiano non sufficienti a partecipare sono stati coinvolti **mediatori culturali**, formati prima degli incontri. Nella formazione dei mediatori culturali sono stati presentati gli obiettivi della ricerca e illustrate le tracce delle interviste o FGD, oltre che discusse le possibili sfide "culturali" associate ai temi di salute psico-sociale da affrontare con gli interlocutori, così da rendere il mediatore o la mediatrice un effettivo co-ricercatore, mitigando il rischio di un ulteriore filtro nella comunicazione con ragazzi e ragazze. Per favorire la libera espressione degli intervistati, e garantire la confidenzialità delle informazioni riportate, è stato privilegiato l'uso di mediatori culturali

esterni al mondo dell'accoglienza o comunque non contrattualizzati dall'ente gestore nella cui struttura si realizzava l'incontro.

Comitato scientifico e questioni etiche

Il protocollo di ricerca e tutti gli strumenti di raccolta dati sono stati validati dal Comitato scientifico¹⁵ e sono stati sottoposti a un processo di revisione etica esterna realizzato da HLM IRS Research & Ethics. Il team di ricerca è stato formato su tematiche etiche, soprattutto in relazione al lavoro con minori.

Sono stati predisposti differenti **consensi informati** per ciascun target coinvolto nella ricerca, nei quali sono specificati l'obiettivo generale della ricerca, i rischi e i benefici della partecipazione, i dettagli riguardo la confidenzialità delle informazioni condivise, l'anonimato, le norme anti COVID-19 da rispettare, le modalità di conservazione dell'audio registrato, e delle trascrizioni, e i contatti del team di ricerca. Nel caso di partecipanti minorenni, è stato predisposto sia un consenso informato in linguaggio *youth friendly* che un consenso per i rispettivi tutori legali; tutti i partecipanti hanno letto e firmato i consensi prima dell'inizio dell'intervista o del FGD. Per i rispondenti ai questionari, il consenso informato è stato inserito nella piattaforma online. Nel consenso informato, e nelle informazioni riportate a voce prima dell'inizio delle interviste, sono stati ricordati ai partecipanti, in caso di difficoltà e malessere psicologico, la possibilità di interrompere in qualunque momento l'intervista e i riferimenti ai servizi di supporto promossi tramite linee di ascolto di ARCI (numero verde) e Telefono azzurro che lavorano a livello nazionale in maniera gratuita e anonima. In nessun caso è stato necessario fare un invio a servizi. Infine, le interviste sono state anonimizzate prima della trascrizione e conservate in una cartella riservata al team di ricerca.

Limiti e considerazioni

Nell'evidenziare i limiti della ricerca presentata, si sottolinea l'assenza nel target di riferimento di giovani fuori dall'accoglienza (in transito, o residenti in insediamenti informali) i cui bisogni e, soprattutto, l'accesso ai servizi possono essere stati molto diversi e deficitari (Intersos, 2021).

Avendo come focus la pandemia da COVID-19, un altro limite è rappresentato dal fatto che la ricerca di campo non ha incluso le strutture di quarantena, il cui funzionamento, ad oggi, rappresenta ancora un'area grigia poco studiata e conosciuta. Questa scelta è in linea con l'idea

di includere i soggetti che erano presenti in Italia nel periodo pre-pandemia così da poter avere una valutazione comparativa dei servizi.

Inoltre, sono state coinvolte nella ricerca un numero limitato di ragazze, anche in considerazione della proporzione reale sul target nel territorio italiano ad oggi e quindi della possibilità di reclutarle, la cui voce risulta dunque solo parziale.

Nonostante il campionamento sia stato circoscritto ad alcune regioni italiane, infine, i risultati della ricerca possono essere trasferiti anche ad altri territori con caratteristiche differenti e informare programmi e politiche a livello nazionale.

⁹ Nel primo periodo pandemico (marzo-giugno 2020) i casi di infezioni sono stati in misura maggiore nel Nord Italia, da cui l'epidemia è partita, mentre hanno riguardato in misura minore le regioni del Sud; a partire da ottobre 2020, la cosiddetta "seconda ondata" ha invece colpito tutto il territorio nazionale, seppur con numeri diversi e misure restrittive differenti a livello regionale. Ad oggi (29.09.2021) i numeri assoluti di contagi da inizio pandemia sono i seguenti: in Lombardia 882.560 (pari all'8,8% della popolazione), nel Lazio 383.686 (6,6% della popolazione), in Sicilia 296.749 (6,08% della popolazione) e in Calabria 83.378 (4,4%) (Lab24.ilsole24ore.com).

¹⁰ Si tratta di una piattaforma digitale sulla quale sono state caricati i questionari e che permette di raccogliere le risposte anonime compilate, rispettando alti standard di tutela dei dati in termini di privacy (www.limesurvey.org)

¹¹ Partendo dall'assunto che la tematica della salute mentale può essere un'area intorno alla quale si articolano concezioni culturalmente connotate di benessere e malessere, le tracce per le interviste semi-strutturate e per i FGD hanno tenuto presente questo aspetto, e l'eventuale difficoltà di condividere alcune questioni in gruppo, rimandando alla possibilità di approfondire alcuni temi più sensibili nelle interviste individuali. Un'ulteriore strategia di mitigazione del rischio è costituita dalla presenza di mediatori culturali, non solo per garantire una giusta comprensione di temi sensibili, ma anche per favorire l'instaurarsi del corretto clima culturale per discuterne. Le tecniche partecipative hanno incluso un esercizio di ice-breaking iniziale in cui venivano fatte vedere 17 fotografie da cui partire per discutere dei cambiamenti introdotti dalla pandemia ed un esercizio finale di valutazione dei servizi psico-sociali in cui ai partecipanti veniva chiesto di scrivere su un post-it la parola-chiave che rappresentava il servizio e incollarla su un cartellone suddiviso tra "cosa mi è stato utile"/"cosa non è stato utile"/"cosa potrebbe essere migliorato".

¹² I partecipanti alla ricerca qualitativa e i rispondenti alle survey quantitative non corrispondono all'intera popolazione di riferimento di cui non si ha una lista completa: il reclutamento, per la parte qualitativa, ha seguito un sistema di quote (per nazionalità, genere ed età) ed è avvenuto tramite la rete di contatti pre-esistenti nel mondo dell'accoglienza, oltre che nuovi contatti stabiliti ad hoc, mentre le survey sono state fatte circolare tramite alcuni Ordini professionali, associazioni ombrello e coordinamenti del terzo settore.

¹³ Nello specifico, 33 rispondenti alla survey per ragazzi, 22 alla survey per operatori, 85 a quella per tutori e 133 alla survey per psicologi, assistenti sociali, psichiatri. Quest'ultima survey è stata costruita e somministrata in comune con un'altra ricerca, "Mappatura di pratiche promettenti di salute mentale e supporto psico-sociale per MSNA e giovani adolescenti migrati soli", promossa da UNICEF ECAR, nella quale una sezione è stata dedicata all'impatto della pandemia: i rispondenti totali sono stati 239 ma le risposte ritenute valide e complete 133.

¹⁴ All'interno dello stesso gruppo di lavoro è in corso di sviluppo una mappatura di pratiche promettenti di supporto psicosociale di minori e ragazzi migrati soli condotta in 6 regioni italiane, in corso di pubblicazione.

¹⁵ Il Comitato scientifico, comune alla ricerca qui presentata e alla mappatura di pratiche promettenti in corso di pubblicazione, è composto da Francesco Vacchiano (Università Ca' Foscari Venezia), Mario Biggeri (Università di Firenze), Francesca Viola (UNICEF- Office of Research Innocenti) e Laura Serri (Emergency). Le funzioni del Comitato sono quelle di validare gli strumenti di ricerca, supportare la raccolta dati, monitorare e discutere i risultati e promuovere la disseminazione dei prodotti finali.

Capitolo III – Principali risultati

a. Cambiamenti introdotti dalla pandemia COVID-19

1. Nuove norme e vita quotidiana nelle strutture di accoglienza

La pandemia COVID-19 è arrivata inaspettata anche nel mondo dell'accoglienza e ha ovviamente comportato una ristrutturazione complessa dei servizi e della vita quotidiana delle comunità residenziali.

Raccogliendo le voci dei referenti e degli operatori di centri per minori stranieri non accompagnati e per i giovani adulti richiedenti asilo, e le esperienze dei giovani migranti, emerge una generale **eterogeneità delle prassi** messe in campo e delle indicazioni ricevute nei primi mesi dell'emergenza sanitaria, sia per quanto riguarda le norme di sicurezza da osservare all'interno delle strutture e la gestione dei casi sospetti e positivi (Tavolo Nazionale Asilo, Tavolo immigrazione e salute, 2020), sia per le procedure di ingresso e trasferimento di ospiti da altre strutture o da sbarco¹⁶.

Alcuni enti gestori, solitamente di dimensioni medio-grandi, si sono dotati di proprie linee guida interne, altri hanno seguito le indicazioni della ASP locale, o della Regione, altri ancora del medico del lavoro interno: quasi tutti concordano sul fatto che sono stati colti impreparati e che i primi mesi di gestione del 2020 sono stati molto difficili, con ristrutturazione dei turni per diminuire le co-presenze, allestimento di stanze per eventuali quarantene di soggetti positivi al COVID-19 e una diversa gestione del momento dei pasti.

Anche il **reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)** è stato complesso in una fase iniziale, così come **la comunicazione agli ospiti** di nuove regole di comportamento e prevenzione; alcuni centri hanno organizzato momenti formativi con personale esterno (protezione civile, vigili, rappresentanti ASP) che spiegassero le

normative e le rendessero più accettabili, anche per evitare che diventassero terreno di scontro con lo staff. Altri hanno preparato materiale informativo in diverse lingue, o realizzato dei video. In altre parole, si è sviluppata *"un'arte dell'arrangiarsi"* (F., assistente sociale, Lazio), a fronte di indicazioni poco specifiche per tale tipologia di strutture.

In alcuni casi, la gestione di casi positivi al COVID-19 ha previsto, per i centri incontrati, il trasferimento degli ospiti in hotel adibiti ad hoc, oppure l'allestimento di un'area dedicata all'interno della struttura, dove possibile¹⁷: in entrambe le modalità, si è trattato di momenti di tensione e difficoltà, sia per gli operatori che per i ragazzi e le ragazze.

quando si sono verificati i casi di positività, siamo stati colti dal panico, dalla paura, dalla confusione e dal non sapere come gestire le situazioni. Questo sicuramente è stato percepito dagli ospiti.

[R., operatrice, Lombardia]

un ulteriore passaggio drammatico è stato quando i ragazzi hanno preso il Covid, perché a ottobre c'è stato proprio un focolaio in comunità, e su 10 ragazzi 7 sono risultati positivi. Lì sono rimasti isolati nella zona notte della comunità e non potevano uscire per disposizione della cooperativa. Noi avevamo contatto con loro solo a distanza e per passargli da mangiare, per cui è stata un'immagine molto drammatica.

[M., operatore, Lombardia]

In generale, le nuove norme e la riduzione della mobilità, a partire da marzo 2020, hanno prodotto un cambiamento radicale della vita quotidiana dei centri, che era solitamente

scandita da diverse attività realizzate all'esterno, anche per un esplicito mandato dei centri per minori di prima e seconda accoglienza che sono chiamati a redigere un PEI (Progetto Educativo Individualizzato) per i propri ospiti entro il quale promuovere un percorso di integrazione, attraverso attività socio-educative, ludico-sportive e di partecipazione (Ministero dell'Interno ed EASO, 2021).

Nonostante le ovvie variabili individuali, l'insofferenza alle norme o la fatica nel rispettarle ha riguardato soprattutto l'uso della mascherina e la limitazione delle uscite che, sia secondo i nostri interlocutori adolescenti che secondo gli operatori, hanno costituito un nuovo terreno di negoziazione, che si somma o si sovrappone a quello su altre norme dei centri (uso del telefono, orario di rientro, cibo, ecc.).

La maggior parte dei professionisti della salute mentale riporta, invece, un'adesione molto ligia alle norme che i ragazzi e le ragazze hanno mostrato durante le loro interazioni in presenza:

durante il Covid i ragazzi sono stati molto accorti, ci tenevano a mantenere i dispositivi di protezione, i conflitti si sono nati su alcune regole anti-contagio (...), per qualcuno era difficile da capire, c'è anche un aspetto culturale perché il significato che attribuiamo alla malattia è diverso, ma non abbiamo visto un ribellarsi alle norme ma adeguarsi

[A., psichiatra, Sicilia]

Inoltre, una psicoterapeuta coinvolta nella ricerca ha dato una lettura della difficoltà a mantenere i dispositivi come le mascherine in chiave relazionale, riprendendo un tema

“classico” che si ritrova negli studi sul mondo dell'accoglienza (Petti, 2004), ovvero l'ambiguità tra tutela e controllo:

in alcuni casi sono state [le comunità di accoglienza, ndr] veramente molto rigide più che rigorose, ovviamente questo mettendo in crisi poi che cosa? La relazione tra il team degli operatori. Perché poi la questione non è solo “prendo le distanze dal dispositivo”, ma “non credo nel dispositivo e non credo nella persona che mi impone dispositivo”. Quel che penso è che sia sempre una questione relazionale, non è mai una questione relativa all'oggetto, è sempre relativa all'alto soggetto. Se io ho davanti un team rigoroso, rigido, che non mi vede più ma mi vede solo in quanto utente eventualmente portatore di un problema, io mi comporto di conseguenza, taglio la relazione

[M., psicoterapeuta, Sicilia]

Alcuni interlocutori sottolineano l'emersione di episodi di rabbia o frustrazione soprattutto quando le norme regionali sono state più restrittive per le strutture socio-assistenziali rispetto a quelle per gli altre tipologie di servizi o per i cittadini, come durante le riaperture di maggio 2020.

Anche tra i giovani interlocutori si delinea una **differenza tra prima ondata e seconde fasi** di restrizioni, che sono state accompagnate da maggiore stanchezza, minor capacità di gestire la sofferenza, soprattutto per coloro che hanno vissuto un susseguirsi di isolamenti fiduciari da contatti, e cambi di restrizioni regionali che rendono difficile pianificare le attività, o lasciano in una condizione di maggior incertezza; allo stesso tempo, emerge

una diversa abitudine e accettazione della situazione epidemiologica, che incute meno timore col passare del tempo:

appena ho visto che morivano in Italia tante persone avevo molta paura. Durante l'anno però è diminuita, all'inizio l'avevo però era diverso e dicevi cosa sta succedendo?

[D., 19, Nigeria, Calabria]

in maggior difficoltà, come ben riassunto da un giovane pakistano:

[...] qui c'è il wi-fi, ci siamo noi e basta. Facciamo una doccia con acqua calda mattina e sera e dormiamo tranquilli (...) Qui siamo dieci persone e se uno è buono sono tutti buoni... quando vivevo in Grecia eravamo in 36 persone in una stanza

[F., 17, Pakistan, Lombardia]

Nella fase finale della raccolta dati (maggio-luglio 2021), sono apparse, infine, esitazioni e preoccupazioni legate alla **campagna vaccinale** in corso¹⁸.

Il nuovo assetto prodotto dall'emergenza sanitaria ha dunque avuto implicazioni sulle relazioni tra ospiti e staff, e tra ragazzi e ragazze che risiedono nello stesso centro, spesso disattendendo anche le stesse previsioni tracciate dai soggetti (educatori, terapeuti) in gioco.

2. Relazione tra ragazzi nelle strutture di accoglienza

A dispetto delle aspettative degli stessi operatori coinvolti nella ricerca, i ragazzi e le ragazze dei centri di accoglienza per minori generalmente sono stati in grado di accettare e affrontare la convivenza forzata e di maggior prossimità rispetto al solito: si sono reinventati e, pur nei piccoli conflitti quotidiani, hanno saputo convivere con l'incertezza.

Questo dato è emerso dalle voci di tutti i nostri interlocutori: i ragazzi hanno anche esplicitato, durante i focus group, che si sentivano fortunati nell'aver vissuto l'isolamento con altri coetanei, o comunque ridimensionato la gravità della situazione pandemica rispetto ad altre esperienze vissute altrove, o a quelle di persone

La **dimensione dei centri** ha probabilmente fatto la differenza. Nelle comunità per MSNA generalmente il numero di ospiti è tra i 10 e i 15 e per quanto nei mesi di lockdown nazionale del 2020 si sia a tratti vissuta una dimensione definita da un operatore intervistato una "nevrosi di prossimità", è prevalsa una certa inedita solidarietà:

13 ragazzi chiusi dentro un appartamento, la mia preoccupazione era: "adesso si uccideranno" - Invece, stranamente, hanno saputo gestire proprio bene la cosa (...) con noi c'era maggior apertura, confronto, il chiedermi tu che pensi, alcuni hanno avuto la possibilità la sera sul balcone di raccontarmi la loro storia e io la mia, siamo entrati un pochino in confidenza, si sono intensificati i rapporti... la vita frenetica è stata messa da parte

[N., educatrice, Sicilia]

I ragazzi e le ragazze hanno raccontato di questo periodo come di un'occasione per conoscere meglio i propri compagni di centro, che nella quotidianità fatta di scuola e tirocini incontrano poco, come confermato dalle risposte della

survey¹⁹. Seppur una certa misura di passività, inerzia, attesa, sia parzialmente un tratto della vita nelle strutture di accoglienza (Altin, 2019), soprattutto nelle meno virtuose, i MSNA e giovani intervistati hanno espresso una opinione positiva rispetto alle relazioni con i compagni con cui “ci siamo supportati, giocavamo a carte e passavamo tempo insieme, a scherzare” (M., 19, Egitto), e hanno riconosciuto nel centro un luogo sicuro, dove si sono sentiti protetti²⁰.

Nei centri più grandi per adulti intercettati dalla ricerca la dimensione della convivenza è stata, invece, attraversata da maggiori tensioni ed episodi di conflittualità, probabilmente dovuti al numero di ospiti superiore e all'erogazione di servizi più limitato.

3. Relazione tra ragazzi e operatori e all'interno dell'équipe

Gli educatori e coordinatori intervistati hanno sottolineato come principale tratto di cambiamento prodotto dal COVID-19 la **minor prossimità fisica**, un'espressione simile usata anche dai terapeuti in riferimento ai colloqui da remoto (vedi sezione c), che si traduce nel non condividere più i pasti, nell'uso della mascherina²¹ e nell'assenza di corporeità. Come racconta un'educatrice:

il cambiamento più grande è stata la nostra fisicità nel senso che avvicinarci e non potersi più dare la pacca sulla spalla, il braccio, il bacio e noi comunque siamo in un ambiente un po' particolare perché sono tutte ragazze, noi siamo tutti educatrici (...) è da un anno che a loro manca completamente questo aspetto della vita, diciamo così, siamo gli unici adulti che si occupano di loro e dobbiamo stare distanti, è difficile

[S., operatrice, Lazio]

Nonostante la relazione tra operatori e ragazzi sia stata di minor prossimità fisica, si nota dai pensieri dei ragazzi, e anche dai professionisti della salute mentale che li seguono, il riconoscimento della disponibilità degli operatori, delle loro fatiche a gestire lavoro e famiglia, o dell'essere presenti “a portare da mangiare fuori dalla porta” durante una quarantena: il dato rassicurante che compare in maniera piuttosto maggioritaria è che gli educatori sono considerati dei punti di riferimento in caso di difficoltà, come emerge da molte conversazioni e anche dai risultati della survey (vedi oltre).

Nella cornice dell'emergenza sanitaria, la relazione tra operatori e ragazzi è stata anche scandita dal lavoro di spiegazione e accompagnamento alla nuova realtà e al raccordo con i servizi; tuttavia, dalla ricerca sembra che le tensioni maggiori anche in questo ambito siano avvenute tra operatori, anche a causa delle differenti visioni dell'adesione alle procedure di prevenzione, e per una generale difficoltà nel sentire la responsabilità del poter portare il virus all'interno.

Queste sfide sono state in alcuni casi discusse e rielaborate nelle sessioni di **supervisione dell'équipe**, per coloro che le prevedono²², considerate da tutti gli interlocutori importanti e da incentivare:

il nostro “stress” era dovuto anche forse al fatto di dover stare sempre attenti, considerato il fatto che i ragazzi vivevano 24/24 nel centro ma noi ci spostavamo quindi ai cambi turno a fare attenzione disinfettarsi le mani, cercare di non avere contatti con persone che magari non conoscevamo perché i maggiori portatori del virus eravamo noi venendo dall'esterno, quindi anche questo ha influito sull'umore

[FGD operatori, Calabria]

La fatica degli operatori, e la conseguente amplificazione delle difficoltà attraversate anche con i ragazzi, sembra avere anche una **specificità territoriale**. Laddove, soprattutto nella prima fase della pandemia, i territori sono stati più colpiti, come nel Nord Italia, lo staff delle comunità ha subito maggiori conseguenze sul piano emotivo, oltre che maggiori contagi, uno “shock culturale, che aveva come colonna sonora le sirene delle ambulanze”, come definito da un’assistente sociale di Bergamo:

per me come operatrice non è stato semplice trasmettere ai ragazzi un’idea di serenità e normalità perché personalmente ho vissuto diversi lutti nel corso della pandemia e fare l’animatrice di territorio non è stato semplice

[E., educatrice, Lombardia]

Nuovamente, si traccia una differenza temporale tra la dimensione emergenziale del primo periodo, dove per qualcuno andare a lavorare significava anche aver l’opportunità di uscire di casa, al periodo successivo definito in un focus group “di logoramento”, in cui la pandemia ha amplificato problematiche pre-esistenti su come è organizzato e ripartito il lavoro, e alcuni operatori hanno attraversato momenti di difficoltà.

4. Cambiamenti nelle attività e servizi (formazione e lavoro)

Il cambiamento forse più evidente, e nelle parole dei nostri interlocutori, più penalizzante, riguarda la dimensione della formazione e del lavoro: i CPIA dove molti ragazzi frequentano i corsi di lingua italiana o quelli per la preparazione al diploma di terza media, così come i corsi di formazione professionale e la maggior parte

dei tirocini o di altre forme contrattuali come le borse-lavoro, sono stati interrotti all’inizio della pandemia.

Molte scuole hanno organizzato poi un’erogazione dei corsi con monte ore solitamente più ridotti tramite la **didattica a distanza** (DAD), mentre i tirocini - soprattutto nel settore della ristorazione e del turismo - sono stati raramente ripresi. Per coloro che frequentavano le scuole secondarie superiori, gli anni scolastici 2020-2021 sono stati segnati da brevi ritorni in presenza o didattica alternata²³.

La didattica da remoto, che implica il possesso e la familiarità all’uso di computer e tablet, ha reso molto complesso seguire le lezioni, soprattutto per ragazzi non madrelingua e che vivono in strutture dove condividono con altri la stanza, ed è emersa una generale “perdita di apprendimento”, già rilevata in larga misura tra gli studenti italiani ed europei (Mascheroni et al., 2021; Caffo et al., 2020).

non abbiamo potuto fare più i laboratori, faccio fatica a capire le cose mentre di presenza andavamo nei laboratori e potevamo vedere e capire bene. Adesso facciamo solo la teoria. Per me è una cosa brutta.

[D., 18, Nigeria, Calabria]

Se l’aspetto del reperimento dei dispositivi per connettersi è stato presentato dalla maggior parte degli operatori come relativamente poco problematico grazie all’attivazione di una rete di volontariato che ha procurato tablet e computer, e in alcuni casi dalle scuole stesse su richiesta, più complessa è stata appunto la **dimensione dell’apprendimento** che i ragazzi e le ragazze raccontano come difficile, noiosa e frustrante e, nelle parole dei professionisti, **svuotato degli aspetti relazionali**:

sono stati degli anni bruciati (...), i nostri ragazzi che hanno già difficoltà linguistiche, culturali, a volte sono analfabeti, per cui imparare per loro passa dalla relazione, contesto, ambiente, scuola, prof.: sottratti a tutto questo rimane un dispositivo elettronico con dei contenuti che sono quelli poco accessibili

[B., coordinatrice, Lombardia]

la difficoltà a vivere relazioni umane, per esempio la scuola è luogo e momento di integrazione sociale e con questa interruzione questa possibilità è stata ridotta, in questo senso i MSNA sono stati penalizzati... Anche per la DAD spesso non c'è un luogo adeguato, e crea anche un disagio nei ragazzi che si vergognano a far vedere che non hanno una loro stanza

[A., psichiatra, Sicilia]

se non c'era coronavirus io facevo amicizia con gli italiani e imparavo l'italiano non sui libri.... Qui sempre mangiamo e dormiamo, mangiamo e dormiamo, non abbiamo conosciuto ragazzi fuori dal centro

[M., 17, Bangladesh, Sicilia]

L'interruzione dei tirocini è stata inoltre vissuta come una grossa perdita, data la centralità attribuita al lavoro dai ragazzi che, come è noto, sono nella maggior parte dei casi guidati dal desiderio di inviare rimesse alle famiglie di origine e orientati dalla stessa modalità operativa dell'accoglienza a costruire un progetto di autonomia che deve prendere forma allo scadere della minore età.

Alla parte formativa e lavorativa, si aggiungono le interruzioni, almeno parziali, di attività laboratoriali, visite sul territorio, gite e una riduzione, dunque, della **dimensione della socialità** fuori dalla comunità: come sottolineato da un educatore, i ragazzi e le ragazze si sono poi abituati a questa nuova routine, cosa che è risultata difficile durante le riaperture,

c'è stato un abituarsi alla non presenza, alla non fisicità nella relazione, per cui anche coinvolgerli nelle attività in presenza all'aperto negli spiragli è stato complesso, si erano quasi abituati a fare da sé, in un piccolo recinto virtuale

[L., operatore, Lombardia].

Infine, l'interruzione dello **sport**, evidenziata da molti professionisti come una mancanza cruciale perché non permette uno scarico delle energie negative e tensioni, e dai ragazzi e dalle ragazze come un bisogno, è stata



© UNICEF/UN0476524/Mandros

parzialmente compensata da attività sportive realizzate dentro i centri, o nei campetti dei quartieri, o anche nelle stanze attrezzate a piccole palestre.

non siamo più potute andare in palestra, fare sport, allora facevamo qualche cosa nelle stanze, con i video su YouTube

[FGD ragazze nigeriane, Calabria]

b. Benessere psicologico autopercepito e rilevato dai professionisti

1. Fattori di protezione

Alcuni elementi sembrano aver costituito fattori di protezione per i MSNA e giovani migranti nell'affrontare i cambiamenti introdotti dalla pandemia: in primo luogo, **la vita nelle comunità di accoglienza**, che ha reso i periodi di lockdown meno solitari attraverso una relazione costante con i pari ospiti. Pur nelle difficoltà dettate dalla scarsa mobilità, i ragazzi e le ragazze in accoglienza hanno sempre avuto coetanei con cui passare il tempo e confrontarsi: anche gli operatori sono stati presenti e, con importanti differenze a seconda dei contesti, hanno proposto loro delle attività. Si è trattato quindi di un isolamento parziale e non necessariamente di una condizione di solitudine (Loades et al., 2020).

In secondo luogo, sia dalle parole dei professionisti che lavorano con questo target che dalle narrazioni degli stessi ragazzi, emerge una significativa **capacità di affrontare le incertezze** e di relativizzare le difficoltà, anche operando un paragone con chi vive in situazioni altrettanto difficili o persino di maggior complessità: chi, per esempio, vive

in condizioni di povertà, chi in insediamenti informali.

ci sono degli italiani che hanno delle famiglie, hanno delle responsabilità, per esempio hanno la nonna o un figlio che abita a casa sua e che si deve pagare le bollette, da mangiare, le tasse, e rimanere fermo con la zona rossa è una cosa molto pesante, noi vabbè è pesante ma ci sono altri che soffrono di più rispetto a noi, noi almeno stiamo in comunità, [abbiamo, ndr] cibo acqua e non paghiamo nulla

[A., 20, Guinea, Sicilia]

L'ipotesi che vivere in un centro di accoglienza costituisca un fattore protettivo è rafforzata dal confronto, sottolineato soprattutto dagli operatori coinvolti nella ricerca, con gli appartamenti in semi-autonomia dove vivono i neo-maggiorenni in cui il presidio dello staff è minore e la gestione del tempo e delle attività è maggiormente lasciata all'autonomia degli ospiti: per queste caratteristiche, sembra che il disagio e alcuni processi "regressivi" siano stati più evidenti in queste strutture.

li ha fatti regredire a un limbo senza orari, senza troppe regole, senza scansioni del tempo se non quelle individuali, questo è accaduto soprattutto coi neomaggiorenni, in appartamento c'è meno strutturazione del tempo a differenza delle comunità (per minori, ndr) e alcuni ragazzi degli appartamenti andavano a dormire alle 4 di notte e si svegliavano alle 2

[L, operatore di territorio, Lombardia]

Un ulteriore fattore protettivo rispetto all'insorgenza di problematiche legate alla salute mentale è costituito dall'**esperienza migratoria in sé**, che si configura anche come un processo di acquisizione di competenze che hanno permesso ai ragazzi e alle ragazze migranti di affrontare con maggior risorse gli imprevisti e l'insicurezza generati dalla pandemia, in linea con la letteratura esistente (Coope et al., 2020; Akbar e Preston, 2019).

Legato a questo, sembra emergere una capacità di relativizzare le esperienze vissute, soprattutto quando paragonate a situazioni precedenti sperimentate dai ragazzi, alcune di queste anche molto drammatiche, come spiega un'etnopsicologa che si è occupata di MSNA in questo frangente:

i ragazzini con più risorse che non stavano così male dal punto di vista clinico (...), una volta che facevano un confronto rispetto a quello che hanno passato in Libia o magari anche nel loro paese di origine, rispetto alle sofferenze e maltrattamenti, avevano già vissuto delle esperienze più drammatiche, più difficili e quindi questa si era un'ennesima difficoltà, però meno pericolosa di altre e meno angosciante di altre, dove magari erano stati da soli, dove sono stati picchiati, dove veramente erano in pericolo.

[C., psicologa, Lombardia]

Inoltre, è importante sottolineare come la loro storia di ragazzi migranti soli abbia permesso di consolidare un'abitudine a mantenere **relazioni intime a distanza**: con i genitori per chi li ha, con altri parenti e con gli amici più stretti ci si telefona e si condivide la quotidianità "da remoto" dal momento in cui è iniziato il viaggio migratorio.

In altre parole, la transizione all'età adulta si è giocata anche nella distanza, che dunque la pandemia e il nuovo assetto non hanno stravolto, anzi, maggior tempo a casa ha permesso di coltivare maggiormente le relazioni familiari.

La parola "**resilienza**" è emersa in molte delle conversazioni avute con psicologi, psicoterapeuti e operatori che lavorano con questa utenza:

i ragazzi si sono dimostrati molto più resilienti di quanto potevamo essere noi, di quello che anch'io potevo essere. La presenza degli operatori di riferimento per quanto riguarda la comunità è stato poi un dato molto importante, ogni ragazzo è affidato a un operatore e quella era la persona con cui aveva un dialogo maggiore

[L., psicologo, Lombardia]

Il tratto di "adulità" e marginalità che caratterizza i giovani migranti è stato dunque un punto di forza: se almeno inizialmente i ragazzi si sono sentiti in una dimensione di svantaggio tanto quanto i coetanei fuori dal sistema di accoglienza, o senza una storia migratoria alle spalle, successivamente si sono attivate una serie di risorse che, stando alle parole di terapeuti ed educatori, hanno fatto fare loro un passo avanti:

arrivano con un grande senso di adultizzazione, si sentono adulti ed in effetti lo sono, quindi a meno che non ci siano problemi oggettivi in realtà sono più "avanti" degli adolescenti italiani e riescono a vivere con minori difficoltà alcune problematiche come l'isolamento

[S., psicologa, Calabria]

Peer to Peer Support

Dalle conversazioni avute con i ragazzi e le ragazze che hanno vissuto il periodo di pandemia all'interno del sistema di accoglienza, la relazione di fiducia e supporto reciproco tra pari emerge come un elemento chiave per il benessere psicologico e il sostegno nei momenti di difficoltà.

Pur esistendo varie definizioni e applicazioni del concetto di *Peer Support* in letteratura, e nel campo più prettamente clinico, si può descrivere come una relazione tra individui che condividono un'esperienza simile, che offre comprensione, incoraggiamento e supporto. L'elemento-chiave del *Peer Support* è la condivisione di un vissuto, stato o situazione: il supporto si basa sull'utilizzo di competenze e conoscenze tratte dall'esperienza individuale, per aiutare una persona ad affrontare specifiche circostanze o un momento difficile. Il *Peer Support* si colloca al 2° livello della piramide IASC MHPSS, in quanto 'intervento' mirato a ripristinare e accrescere un network di relazioni sociali e comunitarie che contribuiscono significativamente al benessere psicosociale del singolo. Il *Peer Support* accresce la connessione tra coetanei e ha un enorme beneficio nell'attivare e rinforzare le risorse e *coping skills* individuali, tanto che è considerato uno strumento prezioso all'interno di programmi di salute mentale e supporto psicosociale, soprattutto nel lavoro con gli adolescenti (per esempio, "I support my friend" promosso da UNICEF o "The Youth Resilience Programme" di Save the children).

Molti intervistati hanno citato tra le persone di riferimento più importanti durante la pandemia i propri amici, spesso connazionali presenti in Italia o, in misura minore, i compagni della comunità dove vivono, oppure gli amici rimasti nel Paese di origine o conosciuti nei Paesi di transito, con i quali mantengono una relazione continua al telefono tramite video-chiamate e chat.

Passare il tempo, cucinare insieme, giocare a carte o a videogiochi ha contribuito a riempire il vuoto creato dall'interruzione dei molti servizi e attività quotidiane, ma anche a creare un clima di aumentata condivisione, dove trovare punti di riferimento e sicurezza, come espresso da un neomaggiorenne incontrato in Sicilia:

ognuno cerca l'idea da un altro, se hai qualche problema cerchi consiglio da un amico per trovare una soluzione....gli amici stretti, ho amici sia in comunità che fuori, sia italiani che africani. Ci sono delle persone che veramente ci conto su di loro grazie a Dio. Noi siamo soli qua e la nostra famiglia sono quelli che ci vogliono bene

[A., 21, Guinea, Sicilia].

Il bagaglio di esperienza acquisito durante il viaggio e il periodo trascorso nei centri di accoglienza ha **rafforzato le relazioni tra pari**, la costruzione di reti tra coetanei, connazionali e non, che potranno essere un sostegno nella fase di uscita e di costruzione dell'autonomia lavorativa e abitativa.

(...)

La rete di coetanei si configura, inoltre, come lo spazio privilegiato dove poter cercare consigli, confrontarsi in merito a una preoccupazione o superare un problema, senza ricorrere all'intermediazione di un adulto.

i cambiamenti hanno causato molta sofferenza a certe persone. Per esempio, un nostro amico, che è più grande di noi, ha sofferto molto. Cosa abbiamo fatto? Niente di speciale: parlavamo, ridevamo, ci allenavamo... Lui era abituato ad andare in palestra con tanta gente prima, così abbiamo fatto una specie di piccola palestra anche qui

[C., 21, Costa d'Avorio, Calabria]

Sembra, invece, essere meno presente una relazione tra i ragazzi migranti e gli adolescenti italiani, soprattutto per mancanza di occasioni di incontro, a eccezione di chi frequenta una scuola secondaria superiore, ma che ha subito comunque un rallentamento dovuto alla modalità di didattica a distanza. Inoltre, qualcuno cita anche una differenza marcata con i pari italiani, che sarebbero meno maturi, meno rispettosi degli adulti e meno preparati ad assumersi le responsabilità della vita adulta.

Nella ricerca si sono incontrate alcune esperienze che promuovono attraverso la realizzazione di laboratori l'incontro tra ragazzi italiani e MSNA, come i laboratori espressivi promossi da CIAI a Palermo, o quelli realizzati da Terrenuove a Milano, dove studenti italiani danno supporto scolastico per la preparazione all'esame di licenza media.

Pur rimanendo gli educatori importanti punti riferimento, **molti ragazzi si aspettano di ricevere aiuto e sostegno emotivo dagli amici**, con i quali condividono importanti riferimenti culturali e sociali:

quando hai qualcosa dentro e lo racconti a qualcuno poi ti senti meglio, parlavo con gli amici

[M., 17, Bangladesh, Sicilia],

mentre chiederebbero aiuto alle figure educative soprattutto per problemi di ordine scolastico o burocratico. Non sono, inoltre, apparsi sforzi specifici da parte delle strutture di accoglienza per promuovere o sostenere il supporto tra pari nel quadro di attività psicosociali strutturate. Come sintetizza un'operatrice di un centro di accoglienza minori in Lombardia:

vorrei tanto dirle che hanno trovato appoggio nell'équipe di lavoro, ma non credo che sia questo, Io credo che in questa situazione, come in tutte le altre, credo che la loro forza e il supporto principale che ricevono lo ricevano dalla propria personale individuale rete amicale

[S., operatrice, Milano]

2. Principali difficoltà ed emozioni negative

A fronte di una buona capacità di reagire al nuovo assetto prodotto dalla pandemia, emerge tuttavia un malessere, soprattutto relativo al periodo di lockdown nazionale del 2020 o ad altri momenti di maggiori restrizioni o crisi.

È importante operare una distinzione tra soggetti portatori di disagio – legato o meno alla loro storia migratoria - già riconosciuti prima della pandemia e in carico ai servizi specializzati che hanno sperimentato durante la pandemia un'acutizzazione del loro malessere, e altri MSNA e giovani che hanno sofferto un disagio emergente e contestuale al periodo. Secondo alcuni professionisti di servizi specializzati, si sono riscontrati stati ansiosi e depressivi o episodi di scompenso²⁴ per chi aveva già patologie in atto che con l'isolamento e i cambiamenti repentini si sono acuiti:

situazioni a rischio psichiatrico, o già francamente psichiatriche più o meno contenute se non compensate, durante il lockdown si sono scompenstate. Per cui c'era una richiesta di aiuto quotidiana da parte degli operatori che avevano la nostra disponibilità per la gestione di alcune situazioni veramente... un ragazzo psichiatrico o con degli spunti psichiatrici, un post-traumatico da stress che deve stare chiuso in una stanza per dieci giorni non è facile da gestire

[L., neuropsichiatra infantile, Lazio]

non direi di aver visto situazioni estreme o di emergenza, più condizioni di disagio e aumento di condizioni ansiogene soprattutto per chi è già portatore di PTSD²⁵ che ha avuto minor capacità di affrontare la frustrazione

[A., psichiatra, Sicilia]

I ragazzi e le ragazze coinvolti nella ricerca parlano invece di **stress, noia, nervosismo, insofferenza e senso di passività**, e una generale **frustrazione del tempo sospeso**:

no, non sono stanco delle regole, ma della vita che si è creata, che non si può uscire, non ci si può divertire... prima ero tutto libero, tutto il giorno, dove mi portavano i piedi andavo... andavo in giro, con gli amici, anche da solo, mi pesa troppo ora

[D., 16, Albania, Lazio]

Tuttavia, la tematica temporale è stata evocata da tutti gli interlocutori secondo dimensioni di riflessione diverse. Se per gli operatori dei centri lo sforzo è quello di ricostruire una routine a fronte di alcune attività e impegni annullati, per i ragazzi l'**orizzonte temporale** sembra spostarsi da una dimensione del quotidiano a una prospettiva sul futuro. Il **"rimanere indietro"** è, infatti, una preoccupazione importante, insieme a quella del non inviare soldi alle famiglie nel Paese di origine, oltre che l'esperienza specifica in sé, vissuta nei COVID hotel o durante le quarantene.



Il timore di alcuni professionisti della salute mentale era quello che si attivasse una “traumatizzazione secondaria”²⁶ rispetto, per esempio, alle esperienze drammatiche vissute durante il viaggio, come per esempio la prigionia in Libia, ma anche la paura per la propria incolumità e quella dei propri cari, il senso di impotenza e preoccupazione per il presente e il futuro, la frustrazione, che potevano essere riattivate dalla quarantena o dall’isolamento che fortunatamente hanno disatteso nella maggior parte dei casi queste aspettative. Nell’ambito della variabilità individuale, alcuni ragazzi hanno vissuto tali forme di “ritraumatizzazione” che proviene da altri momenti della loro storia di vita; tuttavia, secondo i professionisti in generale per questo target è prevalente un malessere sociale²⁷. I MSNA, in altre parole, sembrano avere una direzione molto chiara e seppure siano stati fermati²⁸, “quella direzione rimane un propulsore, un motivatore molto importante”: nell’espressione di uno psicologo: “sono arrivati fin qui e non sarà un virus a fermarli!”.

Tra le reazioni individuate dagli operatori, e raccontate anche dagli stessi ragazzi, c’è un complesso sforzo di re-immaginarsi nella sfera che più sembra pesare sulla vulnerabilità e quindi anche sul benessere psicologico: quella della condizione socio-economica.

Proprio per la caratteristica temporale legata alla transizione verso la maggiore età, i ragazzi e le ragazze in accoglienza hanno fretta e bisogno di sentire di stare avanzando: per questo la pandemia può rappresentare, come vedremo, un ostacolo nella misura in cui congela e rallenta il proprio progetto di vita.

3. “Congelamento” del progetto

L’interruzione dei corsi di formazione e tirocini, come si è visto, ma anche l’impatto sulle procedure burocratiche per MSNA quali la nomina del tutore, o il trasferimento in seconda

accoglienza con **rinvio di udienze** in Tribunale e di interviste presso le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, nonché la difficoltà di reperimento dei documenti nei Paesi di origine che hanno vissuto a loro volta lockdown nazionali e chiusure di uffici, hanno contribuito a definire il periodo pandemico come una battuta d’arresto per i giovani migranti e ad aumentare il rischio di “congelamento” del loro progetto verso l’autonomia.

La pressione del non riuscire a **inviare soldi a casa** – in conseguenza del fatto che il lavoro o il tirocinio era bloccato, o la possibilità di inserirsi nell’economia informale più limitata - anche aumentata dalle richieste in qualche caso pressanti dal Paese di origine, è diventata, man mano che l’emergenza avanzava, una fonte di preoccupazione tematizzata e sempre più centrale.

Le **scadenze burocratiche** che subentrano con la maggiore età, o il 21esimo compleanno per chi è in cosiddetto prosieguo amministrativo²⁹, diventano un limite intorno a cui si organizzano tutte le aspettative e le “capacità di aspirare” (Appadurai, 2004) dei ragazzi, che si ritrovano a doversi orientare tra riferimenti morali delle famiglie d’origine, quelli sull’indipendenza e le nuove richieste dettate dall’esperienza migratoria in sé, come mostrato in una ricerca tra i minori afgani in Inghilterra in periodi pre-pandemici (Meloni, 2019).

In questo quadro, il **lavoro assume una totale centralità**, anche in relazione ad esperienze pregresse nei Paesi di origine o di transito, spesso poco riconosciute:

prima del coronavirus io lavoravo in Libia, ora sono da nove mesi senza lavorare e senza mandare soldi a casa. Come aiuto mia famiglia? L’educatrice mi ha promesso lavoro dopo i miei 18 anni ma non sanno come darmi lavoro se continua il corona

[S., 17, Bangladesh, Sicilia]

In altre parole, la dimensione “psicologica” del lavoro ha a che fare non solo con l’autonomia economica, ma anche con il guardare avanti affrancandosi dal passato, o con il riscoprire le proprie competenze che le esperienze traumatiche possono aver messo in dubbio.

Il nesso tra lavoro e il benessere psicologico è riconosciuto, infatti, in modo anche esplicito dai ragazzi e dalle ragazze che sentono come il lavorare e quindi il costruire il proprio futuro e la propria autonomia siano l’asse intorno al quale “stare meglio”: nel questionario online alla domanda “Cosa potrebbe far stare meglio i ragazzi come te?” – più risposte ammissibili - il 61% ha risposto “lavorare”, seguito da “attività di tempo libero” (50%) e “studiare” (30%).

Se i ragazzi faticano a trovare un aspetto “positivo” di questo rallentamento, alcuni terapeuti e operatori ne danno una lettura diversa, nella direzione di una minor pressione sul singolo ragazzo e di una sospensione anche dalle eccessive aspettative, come spiegato dal coordinatore di un centro diurno:

questa “democraticità” della pandemia ha dato anche ai ragazzi un po’ di respiro: mentre in un periodo ordinario se io non trovo lavoro e non riesco a portare avanti la mia sfida verso l’autonomia tutto questo mi rimanda ai miei limiti, ai miei fallimenti, in questo momento non è colpa mia, è colpa del Covid. È come se il Covid avesse allentato la pressione sul singolo. Non posso uscire, devo stare in casa: da un lato mi accartoccio su me stesso, dall’altro mi protegge dalla frustrazione per una giornata di porte sbattute in faccia o di chiamate che non arrivano

[R., operatore, Lazio]

Alcuni operatori hanno sottolineato, inoltre, come il periodo della pandemia abbia paradossalmente permesso di approfondire momenti di riflessione per **riprogrammare il futuro** e l’uscita dall’accoglienza, rispetto ai



quali notavano maggior interesse e prospettiva; due psicoterapeute di servizi territoriali diversi riportano, in coerenza con questo aspetto, come alcuni dei loro pazienti MSNA con un buon grado di gestione del loro percorso di inclusione abbiano approfittato della pandemia per fare esperienze formative, approfondire la conoscenza della lingua italiana o accedere a corsi di vario tipo che rilasciassero certificazioni o patentini.

Viceversa, secondo l'esperienza di altri educatori, ulteriori proposte online oltre alla scuola hanno generato frustrazione e poca partecipazione, come nel caso di un corso per l'ottenimento della patente o di laboratori che hanno avuto poco successo.

In ogni caso, nel momento in cui il mondo esterno si ferma, e la battuta d'arresto sembra più evidente, l'organizzazione del centro di accoglienza e la sua tenuta e offerta di attività e supporto appare ancora più rilevante.

4. Quale dialogo con la sofferenza degli adolescenti italiani/europei?

Mettendo in dialogo la letteratura europea e americana che traccia un quadro di sofferenza tra gli adolescenti di vari Paesi e i risultati di questo studio, possiamo mettere l'accento nuovamente sul tema della **resilienza** di questo specifico gruppo di ragazzi e ragazze – che per età anagrafica rientrano nella categoria di adolescenti ma la cui età sociale è per alcuni tratti maggiore – e sull'attivazione di risorse nell'emergenza (Sleijpen et al., 2017; Carlson et al., 2012)³⁰.

Seppure la pandemia abbia senz'altro fatto emergere dei bisogni sul piano del supporto psicosociale e delle difficoltà anche per i giovani migranti, soprattutto legate all'interruzione delle attività e al regresso nell'apprendimento, le preoccupazioni si sono concentrate sull'asse del lavoro, dell'iter burocratico e della formazione, con minor interesse e focus sul COVID-19 in sé,

che viene poco tematizzato anche con le figure preposte ai servizi di salute mentale e socio-educativi.

*quando si fugge dall'inferno libico,
qualsiasi altra cosa diventa meno
importante, per loro è importante
tenere il contatto col Paese di origine
e costruire un percorso lavorativo*

[A., etnopsichiatra, Sicilia]

Altri professionisti della salute mentale hanno messo l'accento sulla differenza tra l'adolescenza dei ragazzi "nativi", ancora inseriti esclusivamente in un percorso scolastico, da uno status maggiormente "adulto" dei MSNA e giovani migranti, che sono abituati agli imprevisti e alle situazioni emergenziali, e fanno propri tratti e temi degli adulti (il lavoro, il sostegno alla famiglia, la casa).

Il riconoscimento di tali caratteristiche e punti di forza, anche a dispetto di una rappresentazione invece legata spesso alla vulnerabilità di questa categoria, non deve però trascurare il possibile effetto di lungo periodo, qualora la battuta d'arresto dovesse continuare:

*il prolungamento dell'incertezza
rischia di produrre la perdita
di fiducia nel proprio percorso
migratorio (...), la grande
sofferenza è dovuta alla
mancanza di lavoro e alla
difficoltà di rinnovare un tirocinio,
questo produce avvilito e
scoraggiamento, sono percorsi
molto diversi da quelli degli
adolescenti nati qui, per quanto
alcuni sono ancora in un percorso
scolastico*

[M., psicologa, servizio online
su base nazionale]

In altre parole, la capacità di resilienza e messa in prospettiva delle difficoltà espressa dai giovani migranti appaiono come una buona risposta all'emergenza, attivata nel breve periodo, mentre le prospettive a lungo termine potrebbero avere implicazioni differenti, anche sul benessere psicologico.

5. Strategie di adattamento

Muovendo dall'assunto che i MSNA sono attori sociali capaci di far fronte a situazioni inaspettate e di costruire risposte originali, è interessante domandarsi quali strategie ragazzi e ragazze abbiano messo in campo per affrontare questo periodo pandemico.

Come già argomentato in precedenza, la **vita di comunità** ha costituito un fattore protettivo o ha ridotto l'impatto negativo della minor mobilità: nei centri di accoglienza, secondo le esperienze raccolte tra ospiti e operatori, i ragazzi e le ragazze hanno scandito il tempo cucinando, guardando film, allenandosi nelle stanze.

Impiegare il tempo nello studio, nel lavoro per chi poteva o in altre attività è stato un elemento facilitatore. Alcuni ragazzi si sono impegnati nel recupero di vecchie biciclette, altri, ospitati in centri con spazi verdi a disposizione, nel giardinaggio; più in generale si sono ripresi spazi all'interno della casa. Nelle parole di un'educatrice,

il fatto di stare insieme in tante (ragazze, ndr), molte l'hanno riportato come una fortuna, quindi, per fortuna che noi siamo otto, almeno un po' di compagnia e ha fatto una bellissima primavera, abbiamo un bello spazio esterno, si sono un po' riscoperte il giardino e giochi da tavola

[S., operatrice, Lazio].

Le voci dei ragazzi ci raccontano inoltre di ore e giornate passate al **telefono**, un catalizzatore di risorse, interessi, un passatempo e un'ancora fondamentale per rimanere connessi al Paese di origine e ai propri amici e familiari; tramite il telefono connesso a Internet, i ragazzi che hanno partecipato alle nostre interviste e alla survey hanno potuto tenere un filo aperto con le famiglie e gli amici nel Paese di origine, frequentare corsi online, guardare video e film, giocare online, imparare da tutorial nuovi trucchi o acconciature³¹.

Alcuni operatori hanno presentato come problematica la relazione con il telefono dei ragazzi durante la pandemia, riportando casi di dipendenza dal device e alterazioni della routine e del ritmo sonno-veglia, dato confermato anche dagli stessi ragazzi che hanno dichiarato un aumento dell'utilizzo del telefono (il 70% dei rispondenti al questionario). Tuttavia, diversi professionisti della salute mentale hanno messo in luce la necessità di indagarne l'uso, che potrebbe delineare una differenza tra chi lo adopera come fuga dalla realtà, e chi invece sta mantenendo una rete di contatti e incrementando le proprie competenze. Questo secondo caso rimanda al fatto che si tratti di una "generazione sempre connessa, la prima emigrata ai tempi di whatsapp" (Granata e Granata, 2019) che nelle risposte al questionario sull'uso del telefono dal 2020 ha messo al primo posto guardare film o video, seguita da imparare qualcosa di nuovo e seguire le lezioni in DAD.

Un altro elemento importante è rappresentato dalla **religione**: alcuni ragazzi musulmani hanno raccontato di come pregare li abbia aiutati a superare i momenti di difficoltà, come per esempio durante una quarantena, ma anche a proiettarsi in un futuro migliore, dove la situazione sanitaria sarebbe tornata come prima. Anche i ragazzi e le ragazze fedeli di Chiese pentecostali o avventiste hanno riferito

di come ascoltare video dei loro pastori sia stato fonte di distrazione e conforto dalle preoccupazioni.

quando non sto bene ascolto il mio pastore, i video della mia Chiesa, prego e mi sento meglio, anche per il coronavirus penso che l'unica cosa che potevamo fare era pregare

[B., 19, Repubblica Democratica del Congo, Lazio]

La fede è stata, inoltre, un elemento di condivisione forte tra i ragazzi coabitanti la stessa comunità, come per esempio durante i due Ramadan avvenuti nel periodo pandemico (aprile/maggio 2020 e aprile/maggio 2021), riportati in molte interviste come momenti positivi e di condivisione.

la fede li ha aiutati molto, a rimanere concentrati, a mantenere un legame con il Paese di origine e a pensare ad una sorta di prospettiva, prima o poi ne saremmo usciti e sarebbe andato tutto meglio

[S., psicologa, Calabria]

e rappresentati come persone di fiducia, con le quali si potrebbe potenzialmente parlare di problemi, pur non avendo necessariamente abitudine a uno scambio diretto. Anche nella survey gli operatori del centro risultano essere le figure principali a cui rivolgersi, sia nella domanda su di sé “a chi ti rivolgi se hai un problema o una preoccupazione?” che in quella proiettiva su altri³², mentre non vengono evocate né le figure più legate al supporto MHPSS specializzato, né quella del mediatore (*vedi oltre*), probabilmente meno presenti nella vita quotidiana delle strutture.

Gli **amici** sono un altro punto di riferimento essenziale (*vedi Focus Peer to Peer Support*), ma spesso non coincidono con i compagni di centro: si tratta di connazionali, o giovani di altre nazionalità conosciuti tramite una rete di coetanei, anche se in questo ultimo periodo anche la relazione con i compagni è aumentata:

ci siamo conosciuti proprio bene bene, mentre prima ci vedevamo solo la sera, dopo il lavoro o la scuola, invece stando a casa capisci meglio se è una bella persona o una brutta persona.

[FGD minori Bergamo]

6. Figure di riferimento

Sono state indagate le figure di riferimento importanti per i minori migranti e giovani adulti, chiedendo loro a quali persone possono riferirsi in un momento di difficoltà e più in generale verso chi provano fiducia e possono chiedere consigli o supporto. Ricostruire la rete di persone in grado di supportare i MSNA e i giovani migranti permette di guardare alla base su cui anche gli interventi di natura psicosociale possono essere costruiti.

Gli **educatori** dei centri risultano essere delle persone molto prossime alla vita quotidiana

I **tutori volontari** (*vedi focus pagina seguente*) ricoprono un ruolo molto variabile: per alcuni dei ragazzi incontrati la figura del tutore è centrale, ne riconoscono un ruolo di supporto e accompagnamento nelle tappe chiave del loro iter legale e formativo, per altri si tratta di una relazione più superficiale, poco ricercata o solo legata alle procedure burocratiche.

Gli insegnanti dei corsi di italiano o della scuola secondaria, invece, sono stati citati in pochi casi, così come le figure più focalizzate al supporto psicosociale, come gli psicologi o gli assistenti sociali.



Tutori volontari

Con l'approvazione della L. 47/2017 sono state introdotte la figura del tutore volontario e l'istituzione di un elenco di tutori e tutrici volontari/e presso ogni Tribunale per i minorenni. In questo elenco possono essere iscritti privati cittadini, selezionati e formati, da parte dei Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza o dall'Autorità Garante Nazionale, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato o di più minori, nel numero massimo di tre (L. n.47/17, art. 11). Si tratta di figure di riferimento per i minori che, insieme alla tutela legale, a gradi diversi orientano i ragazzi nel loro percorso educativo e li accompagnano verso l'autonomia. Ai fini della ricerca presentata, i punti di vista dei tutori e delle tutrici volontari/e sono stati raccolti tramite una survey somministrata online: si voleva indagare come la loro relazione con i ragazzi si sia mantenuta durante la pandemia e in specifico il loro ruolo nel facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicosociale e più in generale il loro coinvolgimento sul piano del sostegno emotivo ai ragazzi.

85 tutori e tutrici hanno risposto al questionario, da tutte le 4 le Regioni oggetto di indagine, in prevalenza dalla Lombardia³³. Il sondaggio indica che con la pandemia **è diminuita la frequenza con la quale i tutori incontrano i ragazzi** (precedentemente più della metà li incontrava 1 volta ogni 2-3 settimane), che vedevano durante le visite al centro di accoglienza (41,3 %), o ad accompagnamenti per incontri legati all'iter burocratico (20,7%), seguiti da visite culturali o gite (15%). Tuttavia, l'87,5% dei partecipanti ha mantenuto rapporti tramite chiamate o video-chiamate, solo il 12,82% non ha più visto i ragazzi in tutela dall'inizio della pandemia e il 34% circa ha interrotto le visite solo nel periodo di lockdown nazionale del 2020.

Un dato interessante riguarda se e **per quale motivo i ragazzi chiedono supporto** ai loro tutori: il 66,6% dei tutori e delle tutrici dichiara di ricevere richieste di aiuto, i cui motivi sono attribuibili nel 48,7% dei casi alle difficoltà con gli educatori del centro di accoglienza, nel 30,6% alla richiesta di consigli sul percorso professionale e solo nel 20,5% per sostegno emotivo.

(...)

Per quanto riguarda la tematica del **supporto psicosociale** la stragrande maggioranza dichiara che è stato un tema affrontato nel percorso di formazione frequentato per diventare tutori, ma il 51% lo ritiene solo in parte utile nella relazione, mentre un 16,3% crede che non sia stato sufficientemente approfondito.

È stato inoltre chiesto ai tutori di esplicitare se i propri ragazzi avessero **accesso ai servizi MHPSS di base, erogati all'interno del centro da personale non specializzato e/o avessero accesso a servizi invece specializzati**: il 30,77% dichiara che i ragazzi ricevono un supporto psicosociale non specializzato all'interno del centro con regolarità, un 17% lo riconosce come attività fuori dal centro, mentre un 35% circa sostiene che non ne benefici, perché il centro non li organizza (15,38%) oppure perché il ragazzo non ne ha bisogno (20,51%). Sul fronte dei servizi specializzati erogati da psicologi, psicoterapeuti, neuro-psichiatri infantili, il 28,21% dichiara che il proprio ragazzo in tutela sia preso in carico da un servizio esterno al centro, solo il 7,69% che veda uno psicologo all'interno del centro, mentre il 23% sostiene non sia previsto dal centro e il 25,64% che il ragazzo non ne abbia bisogno. Ancor più significativo, più del 65% dei rispondenti dichiara di non essere mai stato coinvolto nella decisione di inviare il ragazzo a un servizio di supporto psicosociale, mentre circa il 30% ne ha esperienza. Gli scambi con le comunità di accoglienza sembrano piuttosto continuativi, con un 66,67% che ha contatti regolari mentre poco più del 25% ha contatti quando c'è necessità di firmare una pratica burocratica: inoltre, quasi il 49% dei tutori partecipa agli incontri importanti con l'assistente sociale e il referente di progetto sul percorso educativo mentre un 25% non partecipa ma viene aggiornato dal referente sul contenuto.

Rispetto, dunque, alla dimensione psicosociale nel mondo dell'accoglienza, le voci dei tutori e delle tutrici restituiscono un quadro in cui il **supporto non sembra essere continuativo e esteso a tutti**, anche nelle sue componenti di base e prevenzione, e che la figura dei tutori sia solo parzialmente coinvolta nelle scelte che riguardano questa area di intervento.

L'impatto del **COVID-19 sul benessere psicologico** dei minori viene valutato da poco più della metà dei tutori come negativo, mentre un 20% non ha notato una particolare ripercussione: chiedendo loro degli stati emotivi emersi in questo periodo vengono segnalati ansia e preoccupazione (53,8%), maggior inerzia o passività (41,8%), seguiti da maggior tristezza e maggior rabbia. Più del 30% individua nell'interruzione dei corsi di formazione una delle principali difficoltà di questo periodo, a cui fanno seguito interruzione dei tirocini/borse lavoro e la minor libertà di movimento.

Quasi il 65% dei tutori partecipanti pensa che non siano emersi **bisogni psicologici e psicosociali** particolari durante la pandemia, mentre tra coloro che ne hanno riportato evidenza (23%) la metà dichiara che si sono manifestati attraverso comportamenti inusuali all'interno del centro e che sono stati presi in carico dal centro tramite l'invio a servizi esterni.

Alla luce dell'esperienza dei tutori anche durante il periodo pandemico, i bisogni che vengono sottolineati sono quelli di **ricevere formazione sull'iter legale dei ragazzi e sui servizi di varia natura ad essi rivolti, inclusi quelli di supporto psicologico e psicosociale** (di cui circa il 34% dichiara di conoscere molto poco la presenza e il funzionamento) per poterli supportare anche dopo il compimento dei 18 anni, a seguire l'aderire con maggior partecipazione a reti o associazioni locali di tutori e in misura minore il ricevere formazione su come supportare emotivamente i ragazzi³⁴.

7. Relazione con il Paese di origine e preoccupazioni relative al Covid

Nonostante la categoria di MSNA rimandi alla dimensione dell'essere privi di legami familiari nel Paese di approdo, la letteratura ci insegna che si tratta di ragazzi con un forte mandato familiare e quasi sempre con una relazione aperta con la famiglia di origine, che segue il percorso migratorio del figlio o della figlia (Monacelli, Fruggeri, 2012).

Anche durante la pandemia, le **relazioni con le famiglie** sono state dunque centrali e si sono nutrite di nuovi argomenti e reciproche preoccupazioni: in una prima fase dove l'Italia era tra i primi Paesi per contagi, i familiari chiamavano i figli più spesso chiedendo rassicurazioni e raccomandando loro di seguire le norme di prevenzione, quindi – come sottolineato da un'etnopsicologa – *“più che seguire quello che dicevano gli educatori rispondevano ai mandati familiari che diventavano centrali”*. Al contempo, seppur in generale i Paesi di provenienza della maggior parte dei ragazzi sono stati colpiti dal virus in misura minore, alcuni di loro hanno mostrato preoccupazione sia per genitori che per sistemi sanitari fragili:

i miei genitori hanno passato questo tempo, erano troppo stressati che ero qua in comunità ed ero lontano da loro, quando parlavo con loro mi girava sempre in testa, ci pensavo sempre, come lo passano quel tempo loro che sono vecchi, non sono così giovani

[A., 18, Albania, Lombardia]

Se per i ragazzi questi aspetti possono essere faticosi, secondo alcuni professionisti della

salute mentale, la preoccupazione delle famiglie relativa alla situazione sanitaria in Italia può anche essere letta in un'ottica positiva di **riposizionamento dei ruoli**, dove i giovani e giovanissimi non sono più i *bread winner* arrivati in Europa con un mandato di sostentamento delle famiglie ma in questo frangente tornano “figli”, riequilibrando le dinamiche tra generazioni.

D'altro canto, per alcune famiglie l'**interruzione o diminuzione delle rimesse** dovuta allo scarso lavoro ha rappresentato una preoccupazione parallela e ha prodotto un ulteriore carico sui ragazzi: alcuni operatori riportano di richieste di spiegazione da parte delle famiglie che faticavano a credere alla versione dei figli sul contesto italiano, e di conseguenti telefonate di delucidazioni.

Per un certo periodo le conversazioni transnazionali si sono dunque orientate anche sul tema del Covid-19, sulle restrizioni ad esso legate e sui progetti individuali sospesi. I ragazzi confrontavano misure di contenimento e contagi di vari Paesi o in alcuni casi erano loro stessi il canale di informazione per le loro famiglie:

io sono di un mini-villaggio; quindi, non è stato facile far capire loro che era una cosa vera, che morivano davvero 500 persone al giorno e che anche loro dovevano stare attenti.

[R., 18, Gambia, Calabria]

Quando poi in Italia è subentrata una fase di convivenza con il virus, ma l'epidemia si è diffusa in altre parti del mondo, allora in alcuni casi la **preoccupazione è stata rivolta alle famiglie** e alla capacità e possibilità di gestire i contagi in sistemi sanitari diversi:

i ragazzi erano molto preoccupati soprattutto nel momento in cui sono venuti a sapere che i casi crescevano anche nei paesi di origine quindi magari per chi con la famiglia ha contatti non frequenti e quindi non sapevamo come stessero

[FGD operatrici, Calabria]

8. Decodifica “culturale” della malattia e diversi approcci

I giovani migranti hanno reagito in modo diverso al tema della malattia e del virus in sé: qualcuno ha iniziato a negarlo, qualcuno a dissacrarlo, qualcuno

ha provato a gestirlo attraverso uno sforzo di incanalare tutta l'ansia che questa cosa generava

[R., operatore, Lazio].

Molti ragazzi e ragazze hanno raccontato di aver avuto anche reazioni diverse a seconda dei momenti: molta paura all'inizio, poi convivenza con il virus, infine dubbi e resistenze.

I principali **canali utilizzati da MSNA e giovani per informarsi** intorno alla pandemia sono stati i social network (Facebook, Instagram e Tik tok), la TV, gli operatori che li aggiornavano sui dati del contagio e le relative restrizioni, in misura minore l'ambito della scuola. Qualcuno fa riferimento anche ai profili social dei quotidiani, e ai telegiornali dei propri Paesi di origine. Molti fanno riferimento al fatto che erano sommersi di informazioni e che tutti parlavano del COVID-19, motivo per cui accendere la TV o aprire Facebook iniziava ad essere fastidioso.

Secondo alcuni terapeuti e operatori, soprattutto i ragazzi e le ragazze di origine sub-sahariana hanno decodificato la malattia come qualcosa dei “bianchi”, che avrebbe colpito in misura minore loro e i loro Paesi di provenienza, ma allo stesso tempo sembravano avere più risorse “culturali” per affrontarlo, come spiega un'etnopsicologa:

molti ragazzi che seguivo io partecipavano a questa preghiera che hanno fatto per qualcosa come 40 giorni, a un orario ben preciso e quindi, per esempio, se uno glielo chiede, come mai in Africa non è successo quello che ci aspettavamo tutti (...) loro ti dicono, noi abbiamo fatto quello che dovevamo fare, ovviamente se te lo possono dire (...), loro pensano si tratti di una malattia da tubab, da bianchi, quindi paradossalmente sono molto più preoccupati che la possa prendere io piuttosto che loro (...) ma hanno anche strumenti culturali diversi perché se qualcuno muore in mare loro sanno cosa devono fare, mentre se a un ragazzino muore il nonno e non può fare il funerale si crea una ferita

[G., psicologa, Sicilia]

In ogni caso, sono **approcci contraddittori**: paura ma negazione del pericolo, rabbia ma adesione alle norme, condivisione di fake news o di video di leader religiosi che danno una loro lettura della pandemia. Anche alcuni ragazzi incontrati che avevano contratto la malattia, quasi sempre in forma lieve o asintomatica, hanno continuato a pensare che si trattasse di una costruzione, o comunque una malattia amplificata per altri scopi, anche a causa delle difficoltà di comprendere le norme sempre in cambiamento:

il Covid non mi preoccupa, mi dispiace per i malati, ma poi non ci credo tanto, è una cosa politica per fare soldi, non è la realtà. Anche le regole in 1 anno sono cambiate sempre, ogni momento c'è un decreto diverso, in zona rossa sono tutti fuori, la polizia non ti fa sedere ma puoi passeggiare, che senso ha? Adesso le scuole aperte, allora i prof non prendono il Covid?

[A., 20, Senegal, Calabria]

9. Questioni di “genere”: difficoltà e risorse delle minori e delle ragazze durante la pandemia

Nonostante le giovani ragazze e le minori siano numericamente molto inferiori ai coetanei maschi (vedi cap.1), sono state parzialmente rappresentate nel campione per dare voce a eventuali specificità delle loro esperienze e bisogni durante la pandemia.

I professionisti della salute mentale e gli operatori dell'accoglienza sollecitati su questo tema non trovano particolari differenze nelle strategie che le ragazze hanno elaborato rispetto ai loro coetanei maschi, elemento che forse può essere in parte legato al fatto che sono abituati a lavorare più con l'utenza maschile o poco abituati ad adottare una prospettiva di genere: secondo la loro opinione, le ragazze mettono al centro la formazione e il lavoro, come i ragazzi, seppur emergano bisogni diversi, soprattutto nella sfera della salute sessuale e riproduttiva (il desiderio di informazione sulla contraccezione, per esempio).

Anche nei dialoghi con le ragazze coinvolte nella ricerca si ritrova il tema della **presente o futura maternità**, sia come condizione che è stata difficile da affrontare durante la pandemia, per chi era in gravidanza, per esempio,

non è stato facile andare alle visite da sola

[G., 19, Nigeria, Calabria],

sia come aspettativa sul futuro.



© UNICEF/UN0433098/Mahari

Nel caso di alcune giovani donne che abbiano bambini lasciati a casa presso altri caregiver, la preoccupazione è quella di **mandare sostegno economico** e il non trovare lavoro amplifica le paure di non rispondere al proprio senso di responsabilità e lealtà.

L'**accesso ai servizi di supporto psicosociale**, proprio per il mandato e l'organizzazione delle strutture di accoglienza con utenza femminile che presta un'attenzione maggiore a questa componente, sembra più alto: le ragazze coinvolte nella ricerca riconoscono le figure del supporto psicosociale (assistenti sociali, psicologhe) e hanno seguito incontri organizzati da ginecologhe e ostetriche.

Tra i tutori volontari che hanno in tutela una o più ragazze ([vedi Focus Tutori volontari](#)), alcuni sottolineano la necessità di attivare servizi specifici legati alla sfera affettiva e sessuale e necessità di un supporto psicologico legato all'elaborazione del trauma, all'autostima, all'elaborazione delle emozioni e, nel caso di vittime di tratta o sospette tali, di un percorso specifico di accompagnamento.

c. Accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale durante la pandemia e oltre

Come specificato nel Capitolo II, per rispondere alle domande di ricerca maggiormente focalizzate sull'accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale, si sono presi in considerazione livelli diversi di questa dimensione, includendo servizi interni ed esterni alle strutture di accoglienza, ed erogati da personale non specializzato o specializzato ([vedi Focus Paradigma MHPSS](#))³⁵. Si sono dunque indagate le figure professionali con le quali i ragazzi e le ragazze possono entrare in contatto e la tipologia di attività e servizi a cui sono stati esposti durante la pandemia, anche in relazione e comparazione con il periodo precedente.

1. Servizi di salute mentale e supporto psicosociale in accoglienza

I servizi di salute mentale e supporto psicosociale nel mondo dell'accoglienza, a livelli diversi, possono essere erogati da personale interno o esterno all'équipe: le attività realizzate internamente, e per la maggior parte riconducibili ai primi tre livelli della piramide MHPSS (IASC, 2007), sono normalmente portate avanti da educatori/educatrici, assistenti sociali o in misura meno frequente da psicologi. Qualora, invece, avvenga una presa in carico da parte di un servizio specializzato (ultimo livello della piramide), del settore pubblico o privato, si tratta di figure di psicologi o psicoterapeuti, oppure neuro-psichiatri infantili (per i minori) o psichiatri, per gli adulti, esterni alla struttura. In alcuni territori sono presenti psicologi, psicoterapeuti o psichiatri con una formazione etnopsicologica o etnopsichiatrica³⁶, che quindi vengono preferiti per la presa in carico dell'utenza con background migratorio.

Durante la ricerca è emerso come parlare di servizi di salute mentale e supporto psicosociale con gli operatori delle strutture di accoglienza significhi quasi sempre parlare di presa in carico di tipo psicologico, che può essere realizzata attraverso colloqui individuali all'interno delle comunità oppure tramite l'invio a servizi esterni territoriali. In altre parole, il focus sembra centrato sul dispositivo del colloquio individuale e più difficilmente gli operatori e le operatrici presentano la dimensione interna di servizi di supporto, a livello individuale e di gruppo, realizzati dall'équipe, forse perché meno riconoscibili e maggiormente legate alla vita quotidiana delle strutture³⁷. Le attività ricreative e di supporto emotivo condotte all'interno delle strutture non sono dunque ricondotte al supporto psicosociale in sé, probabilmente perché il paradigma MHPSS è poco conosciuto dallo staff e perché si tende a far prevalere la logica dei servizi quando sono esternalizzati a personale specializzato.

La composizione delle équipes nelle strutture di accoglienza minorili prese in esame ([vedi Focus Sistema di accoglienza](#)) è infatti comunemente formata da educatori ed educatrici, alcuni dei quali laureati in psicologia ma contrattualizzati come educatori, a volte coadiuvati da figure di mediatori culturali o facilitatori linguistici³⁸, da assistenti sociali e/o da operatori legali. È più comune trovare psicologi come consulenti esterni chiamati “al bisogno”, rispetto a figure che hanno una frequenza continuativa – come nel caso di chi organizza uno “sportello” con giorni e orari predefiniti. In alcuni casi, la figura dello psicologo esiste ma ricopre un ruolo di supervisore dell'équipe e non ha contatti diretti con i beneficiari³⁹.

Nonostante la letteratura scientifica, le linee guida internazionali e le evidenze prodotte dai progetti di intervento sottolineano come le esperienze nei Paesi di origine, quelle avvenute durante il viaggio e infine il processo di inclusione post-migratorio si possano configurare come fattori di rischio che potrebbero contribuire a produrre esiti psicopatologici per tutta la popolazione migrante, con particolare attenzione per i MSNA (IASC, 2007; Taurino et al., 2012; Terres des hommes, 2017; Ardino, Di Benedetto, 2018), l'organizzazione dei servizi di prevenzione e di cura in questo ambito appare poco strutturata e piuttosto fragile.

Dalla ricerca emerge come l'erogazione delle attività di supporto psicosociale all'interno dell'accoglienza⁴⁰ sia poco standardizzata, e possa includere interventi psico-educativi e di supporto emotivo, individuali e di gruppo erogati dagli educatori. Anche le modalità e metodologie adottate possono essere differenti, alcune più strutturate, altre lasciate alla competenza e volontà dei singoli operatori.

Nelle survey si conferma che la dimensione più riconosciuta del servizio è rappresentata dal **colloquio individuale realizzato da**

professionisti (psicologi, psichiatri, assistenti sociali) e parte di un percorso di sostegno psicologico. In misura minore si citano le attività di sostegno al mantenimento delle relazioni con la famiglia di origine o le attività di espressione nel gruppo (laboratori, gruppi di parola): quest'ultima tipologia di supporto psico-educativo esplicitamente rivolta alla condivisione delle emozioni, all'elaborazione della dimensione del viaggio, oltre che alla risoluzione di conflitti tra ospiti, sembra essere meno presente, sia nelle narrazioni degli operatori che in quelle dei ragazzi. Questo elemento sembra rispecchiare un approccio “culturale” secondo cui il colloquio individuale, e il suo specifico setting, risulta la forma privilegiata di supporto psicologico, mentre l'importanza e la pianificazione di attività di gruppo con finalità psicosociali sembra meno presente e meno tematizzata.

Seppur gli operatori riconoscano nella maggioranza dei casi la necessità di fornire tale supporto, questa esigenza si scontra a loro avviso con una realtà fatta di scarsità di risorse interne e lunghi tempi di attesa per i servizi specializzati territoriali. Alcune educatrici hanno sottolineato come la presenza di un finanziamento ad hoc all'interno di un progetto rappresenti il vero discrimine per l'accesso stesso al servizio:

parlando di assistenza psicologica quando c'è stato il FAMI⁴¹ chiaramente c'è stata una maggiore possibilità di presentare questa possibilità a più persone, nel momento in cui non esiste questa situazione di gratuità del servizio, poi in qualche modo deve essere sostenuto economicamente dal progetto e non è semplice, quindi viene proposto a chi ne ha proprio estremamente bisogno

[R., educatrice, Lombardia]

Inoltre, come alcuni mediatori culturali che hanno partecipato alla ricerca e molti operatori sottolineano, i pregiudizi e lo **stigma rispetto alla salute mentale** presenti in alcuni dei contesti di origine dei ragazzi contribuiscono a rendere complesso il loro accesso ai servizi⁴². Sono inoltre in gioco, da ambo le parti, professionista e ragazzo o ragazza, come sempre nelle relazioni di aiuto, aspettative e stereotipi pre-esistenti sulle figure che si andranno a incontrare.

lo psicologo...non conosco molto il loro lavoro ma ho sentito che se hai pensieri o problemi e ne parli con loro magari trovano una soluzione, ma non ci ho mai tentato... se volevo ci potevo andare perché c'è un mio amico che fa il mediatore e che lavora con gli psicologi, quindi se i ragazzi africani ci vogliono andare è gratis ma io non ci vado, non mi interessa (...) Solo il lavoro ti può dare la possibilità di fare qualcosa ed essere te stesso.

[A., 20, Guinea, Sicilia]

Un dato interessante che emerge dalla survey è quello di una porzione alta di ragazzi che **non ha avuto accesso a servizi MHPSS nonostante siano stati loro proposti**, perché dichiarano di non sentirne la necessità (circa il 33% dei rispondenti). Le ipotesi interpretative rispetto a questo dato sono molteplici: da un lato, potrebbe accadere che il supporto di base, psicoeducativo e tra pari a cui si accede nelle strutture di accoglienza sia sufficiente a fortificare le risorse dei ragazzi e delle ragazze e prevenga l'emersione di un bisogno cui rispondere tramite un servizio specializzato.

Dall'altro lato, si può ipotizzare che questa **mancata corrispondenza tra bisogno rilevato dagli operatori e auto-percepito**

dai ragazzi e dalle ragazze sia prodotta anche da una visione stigmatizzata di ciò che può essere un supporto psicologico: in altre parole, dato che il dispositivo di presa in carico psicologica che si propone loro è culturalmente orientato, potrebbe essere che sia di difficile decodifica e comprensione. Inoltre, dati tali ostacoli – che sono abituali per quella fascia d'età e per l'utenza di servizi psicologici in generale – ci si può domandare in che misura i servizi siano adeguati, quali strumenti mettano in campo per avvicinarsi all'universo dei ragazzi e delle ragazze e superare eventuali barriere, e in che modo negozino la definizione di bisogno e il percorso di aiuto che intraprendono. Secondo alcuni studi, si assiste infatti a un "fallimento dei sistemi di salute mentale occidentali nell'accogliere popolazioni con background etnici diversi e in particolare giovani rifugiati" (de Antiss et al., 2009).

Questa difficoltà di accesso è a sua volta sentita dagli operatori come una resistenza, cosa che può creare un circolo vizioso, in cui il supporto rischia di non essere neanche proposto, soprattutto per coloro che lavorano in comunità miste, dove vengono ospitati sia MSNA che altri minori in tutela:

già con gli altri non è semplice ma no, con i MSNA no, per loro fargli accettare solo l'idea di andare da uno psicologo è impossibile!

[C., educatrice referente, Lombardia]

non funzionava molto con MSNA, perché avevamo fatto solo due invii e non erano molto 'agganciabili', era molto difficile fargli passare il concetto dello psicologo

[P., assistente sociale, Lazio]

Le **informazioni fornite circa i servizi disponibili** emergono dunque come una dimensione centrale per garantirne l'accesso e di conseguenza tutelare un diritto: tra operatori e ragazzi, tra ragazzi e professionisti e ancora tra operatori e servizi. A volte le informazioni possono essere frammentate o comunicate in modo poco chiaro, e questa modalità di fornire orientamento può riflettere una strutturazione non idonea a questo tipo di utenza e ai bisogni emergenti, con il risultato di produrre una scarsa "alfabetizzazione della salute mentale" (Colucci et al., 2015). La **relazione tra la struttura inviante e il servizio esterno** è problematizzata anche dagli stessi terapeuti che, se da un lato lavorano in sinergia con il sistema di accoglienza, in alcuni casi ne mostrano le complessità e il possibile inciampo:

si avvia un intervento che ovviamente va negoziato ad un altro livello con l'utente, anche perché i servizi psicologici nella testa di questo spesso vengono vissuti con paranoia, e spesso è così perché proposti proprio dai centri di accoglienza che sono paranoicizzanti. Può anche non essere un passaggio facilitante quindi la domanda va sempre costruita anche a livello dell'utente
[G., psicologa, Sicilia]

Tuttavia, nel momento in cui avviene una conoscenza diretta del servizio, secondo i terapeuti può crearsi una **buona alleanza** e, come



©UNICEF/Italy/2019/Sammartino

sostengono alcuni dei professionisti, dei buoni risultati anche in virtù del riconoscimento di una presa in carico prima di allora poco conosciuta:

la difficoltà, e allo stesso tempo la risorsa, è il fatto che i ragazzi che accedono allo sportello psicologico non sempre riescono a capire qual è il tipo di intervento. Però nel momento in cui viene compreso che loro vengono considerati non solo come un corpo, ma che c'è anche qualcuno che si occupa della loro sfera emotiva, alla fine questo diventa un aggancio abbastanza forte (...). La prima richiesta avviene quasi sempre attraverso una richiesta di tipo fisico in cui il medico ravvisa i tratti di un disagio psicosomatico, perché ovviamente c'è molta somatizzazione e spesso non è nemmeno facile per questo tipo di soggetti [migranti, ndr.] riconoscere il disagio

[E., psicologo, Calabria]

viene più facilmente sovrapposta a quella di un educatore o educatrice. In ogni caso, la frequenza di contatti è piuttosto bassa e percepita come fuori dall'ordinario:

dipende dall'occasione, se devi parlare del tuo futuro, di un passaggio, allora si parla con l'assistente sociale quindi solo nelle occasioni speciali, se hai fatto troppo casino a scuola, o se devi spostarti dalla comunità agli appartamenti la vedi

[A., 18, Albania, Lombardia]

la mia assistente sociale è venuta due volte per vedermi, se ho bisogno qualcosa, se sto bene o no, dopo il lockdown, prima la sentivo al telefono tipo una volta ogni 2-3 mesi, ma io da gennaio ad agosto 2020 vivevo da solo, in un appartamento per maggiorenni, non c'erano educatori, passavano ogni tanto per portarmi qualcosa

[E., 19, Egitto, Lombardia]

2. Figure professionali coinvolte nei servizi

I ragazzi e le ragazze che vivono nelle strutture di accoglienza non sempre conoscono le figure professionali impiegate nell'ambito della salute mentale e supporto psicosociale prima del loro arrivo in Italia, che in alcuni contesti possono non avere un corrispettivo diretto, e anche durante la permanenza non necessariamente ne riconoscono i diversi ruoli e ne hanno chiare le funzioni.

La ricerca mostra che quasi tutti i ragazzi e le ragazze conoscono, anche quando i contatti sono scarsi, la figura dell'**assistente sociale**, soprattutto quando si tratta di un/a professionista esterno/a dei servizi sociali del Comune a cui il loro caso viene assegnato – mentre quando si tratta di una figura interna

Qualcuno riconosce il valore di una figura professionale nel momento in cui può fare da ponte con altri servizi, soprattutto se paragonato alla vita fuori dal sistema di accoglienza, dove tutte le responsabilità ricadono sui soggetti soli:

quando sei in un centro di accoglienza è più facile la vita, là fuori è dura e difficile, devi fare tutto da sola, devi cercare di stare bene da sola, devi cercare lavoro, fare il permesso di soggiorno, quando vai alla Questura c'è un po' di razzismo e anche questo è un po' duro, mentre se vai con l'assistente sociale è tutto diverso

[S., 20, Costa d'Avorio, Lazio]

Meno conosciuto è lo/a psicologo/a, per il quale/la quale sembrano esserci maggiori resistenze o in alcuni casi **un'associazione tra l'invio e qualche comportamento valutato come "deviante"**, come se si trattasse di una sorta di "punizione", o una forzatura. O ancora, una figura di cui non si ha il bisogno, perché associata al mondo della malattia psichica o a problemi nei quali non ci si riconosce:

i nostri centri sono centri per ragazzi stranieri che sono venuti qui da soli, niente di più, non è che siamo ragazzi che hanno bisogno dello psicologo (...) quando ero in comunità loro mi prendevano l'appuntamento ma noi andavamo in giro, mica dallo psicologo!

[D., 17, Albania, Lombardia]

se un ragazzo lascia il suo Paese e la sua famiglia per venire in un Paese da solo i suoi problemi li sa affrontare da solo

[C., 18, Albania, Lombardia]

Le motivazioni alla base di queste affermazioni riportate possono essere molteplici e intersecano diversi assi, quali l'età, il genere e la tipologia di percorso migratorio: la rappresentazione della mascolinità associata al non mostrare il bisogno di aiuto, il rifiuto delle proposte che provengono dal mondo adulto e/o dal mondo dell'accoglienza e distanti dalla propria sensibilità, e infine un viaggio che espone a minori rischi, come quello dei minori albanesi, che nella gran parte dei casi intraprendono una migrazione da "mancanza di prospettive e speranza di migliorare il percorso di istruzione" (Alakbarova, 2019), non legata a partenze improvvise o situazioni drammatiche, possono spiegare una maggiore distanza da tali supporti proposti⁴³.

Le figure professionali impiegate dalla struttura di accoglienza sono inoltre connesse al tipo di **pedagogia e orientamento** che il centro stesso teorizza e mette in pratica, anche in virtù di linee guida non stringenti in questo ambito. In molti contesti incontrati durante la ricerca i coordinatori parlano di "approccio famiglia", modello di "grande casa" dove la vita è scandita dalla quotidianità non eccessivamente strutturata e si è proiettati più verso l'esterno, anche nell'ottica di un processo di conoscenza del territorio e conseguente inclusione. Nel caso di chi promuove un approccio "familiare", è più facile che i servizi di supporto offerti direttamente dalle strutture di accoglienza non siano formulati e pianificati all'interno di un programma strategico delle attività, ma che si rimandi essenzialmente a una dimensione di individuazione di eventuali disagi e conseguente invio a servizi specializzati (vedi oltre):

all'inizio facevamo noi delle attività interne con loro e anche sulla resilienza proprio avevamo fatto un percorso qualche anno fa, poi abbiamo un po' cambiato approccio, nel senso cerchiamo di fargli fare attività esterne, anche perché è importante pure che escano, si confrontino con l'esterno, perché poi noi alla fine siamo noi, ci conoscono e sanno chi siamo come noi sappiamo come sono loro

[R., educatore, Lazio]

Questo orientamento, esplicitato a gradi diversi a seconda degli operatori, ha delle conseguenze sul piano della prevenzione, della condivisione e della promozione del supporto; il rischio è che la gestione del disagio dei ragazzi e delle ragazze intervenga solo quando si acutizza e diventa critico (Codici, 2021).

Sembra emergere, inoltre, una differenza nel ruolo stesso ricoperto dallo psicologo all'interno della struttura di accoglienza: alcuni coordinatori

hanno tracciato una distinzione tra una figura di psicologo più “classica” che opera in un setting predeterminato, e una di **psicologo “da comunità”** il cui supporto è inserito all’interno di attività ordinarie del centro di accoglienza. Questo secondo tipo di approccio sembra essere supportato dall’idea che un colloquio più tradizionale potrebbe provocare delle resistenze, mentre una conoscenza informale e indiretta, con una componente di osservazione nell’ambiente, possa essere più efficace:

per quello che ho potuto notare, un setting preciso tante volte causa un blocco, fa sentire i ragazzi oggetto di indagine non solo psicologica ma anche riguardo tutta la loro parte sociale ecc. Invece entrando in contatto in questo modo ho potuto verificare una maggiore apertura, soprattutto ho potuto farmi accettare da loro: all’inizio il percorso è stato quello, fare in modo che mi considerassero una figura del centro insieme a tutti e gli altri operatori e fare in modo che potessi diventare il punto di riferimento per alcune aree
[G., psicologo, Lombardia]

noi abbiamo all’interno all’équipe una psicologa e un’assistente sociale per 12 ore alla settimana ciascuna, il servizio è rivolto a tutti, i colloqui si svolgono in maniera “di riflesso”, nel senso che non viene vista come una figura esterna che mi fa il colloquio, svolgono il loro lavoro secondo una linea indiretta, parlano con i ragazzi nelle attività quotidiane

[FGD operatori, Sicilia]

In questa direzione, seguendo il paradigma del supporto psicosociale, si può operare una distinzione tra la creazione da parte degli operatori di un buon clima relazionale nella vita della comunità, che favorisca il benessere, ed è importante che rimanga spontaneo e non necessariamente letto con una lente dei servizi, da **risposte che l’équipe è in grado di fornire che vanno a toccare alcune situazioni specifiche** ancorché non specialistiche, come gli interventi psico-educativi, anche di gruppo.

Più in generale, anche sulla spinta di una riflessione nata dall’emergenza, in alcune strutture sembra esserci un processo di ripensamento della **funzione educativa**



© UNICEF Ethiopia/2016/Ayene

della comunità di accoglienza che non può sviluppare interventi di tutela per MSNA e giovani ricalcati solo sul modello di quelli per minori o adolescenti italiani o stranieri allontanati dalle proprie famiglie, ancorché a volte ospitati insieme (Saglietti, Zuccheromaglio, 2010), trattandosi di target differenti con storie molto eterogenee e motivazioni all'allontanamento dai genitori profondamente diverse:

non li trattiamo come ragazzini di 15 anni, perché se hai fatto 6 mesi nel deserto non puoi arrivare qui e gli metti mille paletti, noi diamo autonomia che in realtà già hanno, è un modello che ha funzionato
[C., coordinatrice, Sicilia]

Alcuni operatori riconoscono, infatti, le particolari caratteristiche dei minori non accompagnati la cui età sociale, intrecciata alla peculiare storia migratoria, rischia di non essere valorizzata da modalità di accoglienza pensate per minori con altri background.

3. Presa in carico da remoto: limiti e opportunità

Come gran parte dei servizi socio-sanitari, anche quelli di salute mentale e supporto psicosociale si sono dovuti ripensare e ristrutturare a partire da marzo 2020: molti dei servizi specializzati mappati all'interno di questa ricerca, che prevedevano un setting psicologico o psicoterapico all'interno di ambulatori, sportelli o internamente ai centri, hanno proposto incontri online per garantire una continuità della presa in carico.

Si è trattato nella maggior parte dei casi di **video-chiamate** in cui erano presenti il terapeuta, l'utente e un mediatore culturale quando necessario o disponibile, spesso

connessi da tre luoghi diversi, oppure di incontri su piattaforme online (Zoom, Skype, Meet).

Le opinioni dei professionisti e degli utenti in questo caso si avvicinano: per la maggior parte dei terapeuti gli incontri online sono stati utili e necessari per *“traghetta da un periodo all'altro”*, tenere il filo della relazione e supportare sia gli utenti che gli operatori che se ne stavano prendendo cura, pur riconoscendo i limiti del colloquio a distanza. I ragazzi e le ragazze che hanno continuato a ricevere il supporto psicologico o psicoterapico da remoto sostengono fossero più difficili la comunicazione e la comprensione, tanto da rischiare di minare la qualità del supporto ricevuto.

In altre parole, la digitalizzazione del percorso terapeutico è stata vissuta come una necessità per *“testimoniare la nostra presenza”* (C., psicoterapeuta, Lazio), più che come un'opportunità per sperimentare un modello di intervento diversamente accessibile e egualmente di beneficio. La maggior parte concorda col dire che le difficoltà maggiori si sono riscontrate nell'instaurare nuove relazioni di supporto, mentre con coloro che erano già presi in carico e con cui si era già avviata una relazione il trasferimento da remoto è stato meno problematico:

chiaramente la modalità ha un'influenza sulla relazione, continuare la terapia con chi già si conosceva era diverso, si è trattato di agevolare l'incontro a distanza in una relazione già costruita, mentre con i nuovi pazienti viene meno la possibilità di creare un rapporto empatico

[A., psichiatra, Sicilia]

In particolare, i limiti sottolineati dai professionisti intervistati, che si ritrovano anche nella recente letteratura sul tema dei servizi

da remoto rivolti a giovani migranti e rifugiati (Benjamin et al., 2021; Endale et al., 2020) riguardano:

- la qualità della connessione Internet,
- la familiarità con il mezzo tecnologico,
- la possibilità di avere uno spazio con la necessaria privacy:

la seduta online ha molti difetti, perché non sai mai se il paziente ha la privacy giusta, o perché è in un centro di accoglienza o perché è con la sua famiglia o perché condivide la casa con dei coinquilini, non sai mai se spingerti o no rispetto a una esplorazione e provocare una crisi, un conto è gestirla in presenza o online; non sai mai se senti tutto, perché manca la voce, stacca la connessione e dire "scusa, non capito" ...ripeto, ha dei limiti enormi

[M., psicologa, Sicilia]

Come accennato nella citazione riportata, alcuni psicologi e psicoterapeuti sottolineano come la dimensione online possa portare anche a contenuti diversi nel colloquio e una più difficile gestione delle reazioni emotive degli utenti, e come conseguenza un percorso di minor profondità. Il timore di non riuscire a contenere eventuali reazioni emotive a distanza, in altre parole, rischia di orientare il supporto verso una dimensione più circoscritta e di minor impatto. Altri valutano positivamente l'aggancio e l'alleanza che un appuntamento online può garantire, sia per la maggior accessibilità sia per l'immediata collaborazione degli operatori del centro di accoglienza che possono essere contattati se l'utente non si connette⁴⁴. Allo stesso tempo, sembrano perdersi alcune dimensioni: quella del **corpo nella sua interezza e unità** presente nella seduta e quella del **tragitto dal centro di accoglienza al servizio**, che può essere

un momento in cui loro fanno una sorta di pulizia mentale, per cui si infilano un po' nel pensiero di quello che diranno a noi mentre su zoom o su whatsapp loro si trovano istantaneamente davanti a noi, anche nel viaggio di ritorno pensano ancora quello che ci siamo detti

[G., psicologo, Lombardia].

Nella survey gli operatori dell'accoglienza valutano positivamente la facile accessibilità dei servizi da remoto, mentre i professionisti individuano nella "minor gestione delle reazioni emotive degli utenti" la maggior sfida della presa in carico online, e in seconda battuta – come già menzionato - i possibili problemi di connessione e di privacy.

In alcuni casi, anche se minoritari, il trasferimento del percorso di supporto psicologico o psicoterapeutico online ha provocato un allontanamento e un rifiuto, o ha rappresentato l'occasione per interrompere le sedute. Complesso è stato anche garantire la partecipazione da remoto per chi organizzava attività e laboratori, anche se si sono raccolte esperienze molto diversificate, difficilmente riconducibili a modelli. In alcuni contesti il passaggio online ha prodotto un abbandono da parte di molti partecipanti, in altri invece l'aggancio è proseguito con interesse:

i nostri laboratori in presenza erano iniziati a febbraio 2020, poi noi per primi avevamo pregiudizi nei confronti della piattaforma, poi li abbiamo attivati, ma c'è stato un drop out molto alto, soprattutto per quelli sul video, storytelling, orientamento alla città, mentre l'aggancio è proseguito per i corsi più professionalizzanti

[G., coordinatrice, Sicilia]



Altre sfide sono rappresentate dagli eventuali problemi di connessione e dalla necessità di trovare un luogo adatto che abbia le giuste **condizioni di riservatezza e silenzio**, che non sempre si trovano in una struttura di accoglienza, dove gli ospiti normalmente vivono in camere con più persone. In altri casi, i problemi di connessione possono essere presenti anche nei servizi, soprattutto quelli ambulatoriali, dotati di strumentazione poco aggiornata e almeno all'inizio non abituati all'uso di piattaforme online:

nelle comunità educative per minori sono stati molto supportati e gli operatori riuscivano a garantire sempre uno spazio, di solito l'ufficio degli educatori, o comunque uno spazio dove potessero avere la loro privacy... questo è stato più difficile per chi era nei centri di accoglienza [per adulti, ndr], dove i numeri erano più alti e non si poteva chiedere, cioè non c'era disponibilità e quindi è capitato di fare delle video-chiamate, giusto per mantenere un contatto, però con persone che stavano in corridoio e quindi erano proprio più dei momenti in cui si cercava di mantenere il contatto, più che parlare di questioni, si restava molto sul qui ed ora

[R., psicoterapeuta, Lombardia]

La maggior parte di ragazzi e ragazze preferisce gli incontri in presenza, dove la comprensione linguistica è più facile e immediata:

è meglio quando sei con lei, parlare con la psicologa o l'assistente sociale in presenza, si può parlare meglio. Capisci meglio le sue reazioni e ti senti meglio quando parla in presenza, online non è la stessa cosa

[E., 16, Egitto, Lombardia]

Va inoltre menzionato che alcuni **servizi di ascolto ad hoc** da remoto sono stati attivati proprio durante il periodo pandemico, rivolti sia agli operatori socio-sanitari, che includono anche gli educatori dei centri di accoglienza, che ai giovani migranti e richiedenti asilo⁴⁵.

4. Individuazione del disagio, meccanismi di invio e valutazione

Il tema dell'invio e della presa in carico presso i servizi specializzati sembra presentare **criticità che vanno oltre la pandemia e che si rivelano come strutturali**: il nuovo assetto prodotto da COVID-19 non ha infatti interrotto sensibilmente i percorsi terapeutici, ma ne ha allungato i tempi di attesa e trasformato in parte le modalità di presa

in carico, come prima descritto in relazione ai colloqui da remoto. Complessivamente, per chi aveva accesso ai servizi, si è mantenuta una certa continuità, per quanto nel quadro di un momento di difficoltà generale che si riflette sul benessere psicologico e che può acuire stati già problematici sul versante della salute mentale⁴⁶.

Tuttavia, come presentato in precedenza, le esperienze raccolte dai ragazzi sembrano metter in luce una scarsa familiarità con gli operatori professionali che forniscono supporto psicosociale, e una conoscenza a tratti stereotipata dei professionisti che lavorano in servizi esterni in virtù della quale emergono una serie di pregiudizi e resistenze all'accesso.

Nella filiera dei servizi di supporto psico-sociale e di salute mentale è centrale **l'identificazione del bisogno**, che nei tanti casi di strutture di accoglienza dove le figure con competenze psicosociali non sono presenti è affidata agli operatori generici – un dato confermato anche dai rispondenti della survey – che non sempre hanno le corrette competenze per farlo.

L'invio a un servizio specializzato è infatti un processo complesso, che rimanda a una **serie di valutazioni e che deve essere gestito da personale formato**: i rischi principali in cui si incorre sono, altrimenti, da un lato la medicalizzazione del bisogno, per cui operatori poco formati potrebbero associare a espressioni di disagio mentale comportamenti di differente natura (per esempio, opposizione alle norme della struttura, o agiti che non corrispondono ai codici culturali del contesto di accoglienza) (Saglietti, 2012); dall'altro la sottovalutazione di stati di disagio profondi ma poco riconoscibili. Inoltre, se il servizio proposto non è costruito con una sensibilità culturale, la conseguenza può essere quella di aumentare la frattura tra l'espressione del bisogno e la capacità di offrire il tipo di supporto necessario, portando così alla diminuzione della fiducia nel servizio stesso e quindi costituendo un'ulteriore barriera all'accesso (Ocampo et al., 2021).

La **precoce identificazione**, secondo alcuni intervistati, dovrebbe invece muovere il primo passo anche prima dell'ingresso nel sistema dell'accoglienza vero e proprio, tramite le segnalazioni che potrebbero essere fatte al momento dello sbarco – nel caso di arrivi via mare – o nel periodo di quarantena, altrimenti le strutture di accoglienza si trovano a effettuare da sole il primo screening:

la figura dello psicologo nasce con lo sbarco di un minore... Se viene segnalato che il minore ha una particolare vulnerabilità, noi in équipe lo curiamo perché lo ascoltiamo all'arrivo, formalizziamo un contratto insieme, lo leggiamo, formalizziamo un PEI⁴⁷ con il colloquio d'accoglienza e già avere una prima indicazione è importante. Ma dallo sbarco non arriva niente, arriva soltanto il tampone (...) a quel punto diventiamo noi lo sbarco!

[A., coordinatrice, Sicilia]

Guardando al sistema di servizi nel suo complesso, una questione centrale è rappresentata dai **meccanismi di coordinamento e invio** che governano o dovrebbero governare i vari livelli di presa in carico: dallo sbarco alla prima accoglienza, dalla prima accoglienza alla seconda, dalla struttura ai servizi specializzati esterni, e così via. Dalla ricerca emerge una scarsa standardizzazione di questi processi, anche all'interno delle stesse regioni, sostituita da un sistema "informale" di invio secondo il quale esiste una relazione a volte consolidata tra alcuni enti gestori e servizi esterni a cui vengono inviati i ragazzi più vulnerabili.

Inoltre, chi lavora in comunità a utenza mista (minori allontanati dalla famiglia e MSNA) e ha

quindi una lunga esperienza di rapporti con le neuro-psichiatrie infantili, oltre che con i servizi sociali, ritiene che spesso queste strutture lavorino su un piano emergenziale, la cui attivazione deve passare dalla prova di urgenza dell'intervento:

*per farli attivare serve l'ambulanza
o la polizia, così passi direttamente
dal pronto soccorso all'ambulatorio!*
[V., coordinatrice, Lombardia].

Nel quadro di questa scarsa standardizzazione, e di attribuzione a figure che non necessariamente sono formate e competenti in materia di identificazione del disagio, il rischio è di segnalare solo chi ha comportamenti di difficile gestione nella comunità e **trascurare invece problematiche meno emergenti** ma altrettanto serie - con qualche buona eccezione.⁴⁸

In mancanza di indicazioni standardizzate, ciascuna équipe o ente gestore sembra aver elaborato una propria strategia di classificazione dei casi che, a seconda della gravità, possono essere gestiti con risorse interne o inviati a servizi esterni:

*se si tratta di storie di viaggio più
difficili di altre allora è normale
individuare la necessità di un
supporto, se invece il disagio è più
connesso per esempio alla relazione
con i familiari, lì ci prendiamo tempo
per l'osservazione e ci facciamo
aiutare da chi è più competente di
noi, magari parlandone in équipe,
o con figure specifiche nel nostro
circuito, o un primo livello di
consultazione anche col medico di
base o quello dello sportello migranti,
come nel caso di un ragazzo che
sembrava avere disturbi alimentari*
[F., assistente sociale, Lazio]

In questa logica, la supervisione dei casi coordinata da chi ha competenze specifiche è fondamentale per qualificare il lavoro educativo e aiutare gli operatori a fornire il sostegno più corretto, oltre che un **rodato lavoro di rete**, come suggerisce una psicoterapeuta intervistata a proposito di una prospettiva per l'immediato futuro, che riporta ancora una volta alla dimensione integrata del supporto psico-sociale:

*potenziare la rete che si occupa
dei ragazzi è fondamentale
d'ora in poi, sapere cosa sta
facendo l'educatore dal punto
di vista educativo, assicurarsi
che l'assistente sociale si stia
occupando dei documenti che
hanno poi altre ricadute, dare
continuità al percorso terapeutico
fanno parte della stessa
dimensione*

[C., etnopsicologa, Lombardia]

Dal punto di vista della **valutazione da parte degli utenti**, per coloro che hanno avuto accesso ai servizi specializzati ci sono punti di vista differenti, anche a seconda della durata della presa in carico e delle chiare variabili individuali che sono sempre in gioco in una relazione di cura, che vanno dalla soddisfazione, all'accessibilità fino al rifiuto. È molto difficile quindi valutare se il supporto ricevuto sia stato in prevalenza di beneficio: alcune testimonianze parlano di aiuto ricevuto per rielaborare delle componenti dolorose del passato:

*porto ancora il mio passato con me e
vorrei che la psicologa dia continuità
e migliorare questa mia sensazione,
di quello che mi porto dentro, i miei
problemi*

[G., 20, Nigeria, Calabria]

con la psicologa ho iniziato a settembre 2020, sempre online, lei è veramente bravissima, mi fa ridere, da quando parlo con lei la mia vita è cambiata. Mi ha aiutato tantissimo per andare avanti, dimenticare il passato e programmare il futuro, come fare le cose, molto utile, la vedo tutti i lunedì

[T., 19, Repubblica Democratica Congo, Lazio]

Altri sottolineano il **beneficio** che si può trarre, per esempio nelle relazioni con gli altri:

se voglio parlare con la psicologa posso mandare un messaggio e ci mettono in contatto, poi vado e lei è lì, è facile (...) se sei in difficoltà poi ti senti più sollevata

[FGD ragazze nigeriane, Calabria]

vedere le notizie alla TV, poi vedere il video di morti che stavano trasportando in Lombardia, io mi mettevo a piangere, poi in luglio non mi sentivo bene, non ero tranquilla con le persone (...), in marzo sono arrivata qui. Vado dalla psicologa, adesso sto un poco meglio, ora mi fido delle persone

[L., 19, Costa d'Avorio, Lazio]

Altri ancora, restituiscono una dimensione di **incomprensione o disagio** durante il colloquio:

io ho parlato con la psicologa solo 2 volte, è venuta così, io non volevo, abbiamo parlato solo 2 volte e poi è arrivato il Covid, avevamo l'appuntamento, io non

volevo, poi ho detto grazie a Dio è arrivato il Covid così abbiamo interrotto, mi danno fastidio le domande, non mi va di rispondere, "che cosa hai sognato?", bhò cosa ti devo dire?

[B., 20, Repubblica Democratica del Congo, Lazio]

sono andato via dopo 5 minuti dal primo colloquio, sono andato lì, ho detto piacere, poi ha iniziato a parlare, mi sembrava qualcosa senza senso, non mi piaceva, mi faceva domande senza senso...è quello che dicono, che ti aiuta a trovare il modo giusto di vivere ma non è vero

[R., 18, Albania, Lombardia]

I limiti sembrano tuttavia essere pre-esistenti o solo rafforzati dal contesto pandemico: gli operatori dell'accoglienza e gli stessi professionisti della salute mentale parlano di **lunghi tempi di attesa** per accedere ai servizi pubblici, sottostima dei problemi connessi alla salute mentale, poche ore dedicate al supporto psicologico, e invio a strutture che a volte mancano della figura-chiave dei mediatori culturali.

5. Il ruolo dei mediatori culturali

Un elemento facilitatore alla buona riuscita del percorso terapeutico è rappresentato, secondo la maggior parte degli interlocutori, dai mediatori linguistico-culturali⁴⁹. Si tratta di figure "ponte", che dovrebbero svolgere il delicato compito di facilitare la comunicazione tra i beneficiari e il mondo degli operatori e dei servizi, aiutando nell'interpretariato ma, soprattutto, operando una **traduzione di tipo culturale** delle istituzioni e delle pratiche con cui i ragazzi e le ragazze si confrontano.

nei laboratori senza di loro non potremmo lavorare, come esperti ti permetto di osservare ciò che con i tuoi occhiali culturali non riesci a vedere...e per i ragazzi è un role model, loro hanno anche una grande responsabilità, nel 80% sono ex partecipanti, da beneficiari a collaboratori

[R., operatrice, Palermo]

Secondo l'esperienza del progetto Il Faro di Terres des hommes (2017), la funzione del mediatore culturale nel lavoro con i MSNA permette anche di prendere in considerazione e "avvicinare le concezioni dell'infanzia e dell'adolescenza, i valori che esse veicolano, i diritti e i doveri che impongono nei contesti di provenienza dei ragazzi (...) per aiutare i minori stranieri a comprendere il quadro di tutele all'interno del quale sono entrati".

In alcuni dei centri analizzati non sono presenti figure di mediatori culturali, o non per tutte le lingue parlate dagli ospiti, e in una fase iniziale di arrivo, soprattutto in assenza di connazionali residenti nella stessa struttura, questo può implicare una grossa limitazione nella comprensione del mondo stesso dell'accoglienza e dell'accesso ai servizi e generare paure e dubbi, nonché incomprensioni⁵⁰.

Viceversa, la loro presenza può creare un vero spazio di condivisione, come esemplificato da un minore afgano incontrato a Roma:

mi piace che viene un mediatore perché qui si sente meglio e si capisce meglio, al telefono non si sente bene (...) Ho condiviso con loro [mediatore e psicologo, ndr] il viaggio, mi hanno fatto domande sul viaggio e ho raccontato

che il viaggio è molto difficile, combattiamo tante difficoltà, mi hanno fatto anche la domanda "durante il viaggio quando non avevate il cibo cosa avete mangiato?" e ho risposto che ho mangiato le foglie degli alberi.

[D., 17, Afghanistan, Lazio]

Rispetto all'ambito del supporto psico-sociale, i mediatori culturali sono figure fondamentali per la costruzione del rapporto di fiducia (Venables et al., 2021), anche se spesso **poco formati sulle tematiche psicologiche e psicosociali** connesse all'intervento e raramente parte dell'équipe clinica. Nella maggior parte dei servizi incontrati i mediatori non erano figure stabilizzate nel servizio, ma consulenti a chiamata, o personale fornito da una cooperativa esterna, o ancora mediatori portati dalle strutture di accoglienza invianti. In prevalenza non partecipano agli incontri di supervisione e discussione dei casi. Questa condizione rischia di non garantire la continuità dello stesso mediatore o mediatrice durante gli incontri che compongono il percorso terapeutico, elemento che rappresenta un grosso limite, sia in termini di costruzione di fiducia con il ragazzo o la ragazza, sia a livello di comprensione di quello che avviene nelle attività psicosociali e nello spazio terapeutico. In generale, la disponibilità e la formazione di mediatori dipendono da ciascun territorio, e può essere più difficile per lingue di comunità diasporiche poco presenti in Italia.

La non presenza sistematica delle figure di mediatori culturali nei servizi di salute mentale e nelle attività di supporto psicosociale può essere controproducente e vanificare il supporto fornito, o diminuirne l'efficacia, data la minor possibilità di comprensione del contenuto stesso delle attività e la possibile minor identificazione degli utenti con i soggetti adulti presenti.



Tuttavia, alcuni terapeuti incontrati preferiscono non usare mediatori quando la competenza linguistica degli utenti è sufficiente ad affrontare un colloquio da soli, ritenendoli una presenza “intrusiva” nella relazione; altri mettono in luce come alcuni utenti non vogliano la presenza di mediatori della propria nazionalità, ma parlanti una lingua veicolare, per timore di aprirsi davanti a un connazionale potenzialmente connesso alla propria rete o di una diversa appartenenza etnica. Infine, anche la variabile di genere deve essere tenuta in conto: per le ragazze si tende a impiegare solo mediatrici donne, mentre per gli adolescenti maschi, a seconda delle disponibilità, i servizi impiegano mediatori di entrambi i generi.

Con la pandemia, anche i mediatori si sono dovuti confrontare con lo **spostamento delle attività da remoto** che ha rappresentato una prima esperienza, come messo in risalto da un servizio che ha scelto proprio quel periodo per organizzare una formazione ad hoc:

abbiamo approfittato di quel periodo per lavorare con i mediatori, abbia fatto una formazione online (...), anche sulla metodologia della mediazione a distanza, che era tutta nuova, perché gli psicologi hanno delle linee guida per fare psicoterapia sui dispositivi a distanza, se tu fai psicoterapia, per esempio, con gli italiani all'estero che cercano il terapeuta della propria lingua, però i mediatori, per loro è stata un'esperienza, credo veramente unica.....quindi abbiamo fatto una formazione su come si fa mediazione a distanza, qual è il codice di condotta, come ottenere privacy attraverso un dispositivo, quale stanza scegliere, ovviamente sono setting completamente diversi
[M., psicologa, Sicilia]

6. Partecipare

Il coinvolgimento dei ragazzi e delle ragazze nelle decisioni riguardo ai propri percorsi di presa in carico psicosociale è un tema che viene trattato poco: se la **partecipazione come diritto**⁵¹ è presentata spesso dagli operatori come un principio che guida le loro interazioni e le scelte che riguardano gli interventi educativi, il percorso scolastico e di inclusione lavorativa, anche attraverso la costruzione e condivisione del PEI-progetto educativo individualizzato, viene invece meno evocata per ciò che concerne l'accesso ai servizi di supporto psicologico.

Gli operatori riportano come principali difficoltà da parte dei ragazzi la comprensione degli obiettivi di questi servizi e i pregiudizi connessi alla visione della salute mentale, tanto da rifiutare in alcuni casi la proposta di supporto.

Lo staff delle strutture di accoglienza parla di **riunioni periodiche** allo scopo di coinvolgere attivamente e consultare i/le ragazzi/e delle decisioni che riguardano i programmi, la vita e l'organizzazione del centro. In questi incontri vengono discusse le attività, raccolti i suggerimenti dei ragazzi e delle ragazze, spiegati in modo collettivo eventuali cambiamenti in corso o questioni organizzative, oppure momenti di rielaborazione di conflitti o incomprensioni accaduti:

i ragazzi sono sempre monitorati, anche con le riunioni che facciamo a cadenza ogni mese, ci sono i beneficiari e i mediatori e chiediamo quali sono i loro bisogni e spieghiamo com'è qui ora

[S., educatrice, Sicilia]

appena succede un fatto un po' più grave noi facciamo una riunione con tutte le ragazze insieme il

giorno dopo e cerchiamo di capire quello che è successo e perché è successo e come vogliamo riparare tra virgolette, loro come vogliono riparare a quello che è successo (...) lavoriamo molto sul gruppo, sul fatto che loro, anche se non sono parenti stanno vivendo insieme e quindi è anche utile per loro imparare a stare con gli altri

[G., educatore, Lazio]

Gli stessi ragazzi parlano di questi momenti di condivisione con gli operatori dove, soprattutto durante la pandemia, hanno potuto chiedere o proporre l'acquisto di qualche materiale di supporto alle attività di tempo libero, come una rete per giocare a pallavolo, o uno schermo dove proiettare film.

Nessun operatore ha parlato di attività specifiche di **supporto psicosociale a livello comunitario e di gruppo** pianificate o organizzate proprio in relazione alle richieste emerse durante il periodo pandemico, con l'unica eccezione di un giornalino pensato dallo staff di una comunità in Calabria, nel quale i ragazzi potessero scrivere delle loro esperienze e dei pensieri suscitati dal lockdown,

finalizzato anche al contenimento di queste emozioni che venivano fuori durante la pandemia

[S., psicologa, Calabria].

Nella survey rivolta ai ragazzi e alle ragazze è stata formulata esplicitamente una domanda che riguarda quanto si sentano coinvolti nelle decisioni che li riguardano, alla quale la maggioranza dei rispondenti ha affermato di sentirsi abbastanza coinvolto e circa un quarto "molto coinvolto".

Tuttavia, in alcuni momenti di raccolta dati qualitativi, sono emerse opinioni discordanti, tra cui quella di alcuni ragazzi di origine albanese che sentono come faticoso il fatto che gli adulti di riferimento dell'accoglienza operino delle scelte al posto loro:

vorrei la libertà e i diritti uguali o non proprio uguali ma simili alle altre persone, ai ragazzi della nostra età italiani, penso che in certe occasioni dovremmo essere noi a scegliere, invece sono gli altri a scegliere per noi, come se fossimo a casa nostra, con i nostri genitori che ci chiedono cosa vuoi fare, invece qui ci sono delle occasioni in cui ti dicono devi fare questa cosa e punto: questa cosa può avere delle conseguenze, per esempio sullo sport, la scuola, quale tirocinio

[C., 19, Albania, Lombardia]

Secondo alcuni esperti intervistati, per favorire il coinvolgimento dei giovani migranti nei processi di inclusione e nell'elaborazione di scelte per il loro prossimo futuro potrebbe essere utile promuovere il **confronto e la conoscenza dei coetanei italiani**, con i quali entrano poco in contatto, se non per coloro che frequentano le scuole secondarie superiori.⁵²

Un altro principio chiave, infine, è quello di supportare i **meccanismi di auto-mutuo-aiuto** ([vedi Focus Peer to Peer Support](#)) e rafforzare le competenze già presenti nei soggetti volte al riconoscere le priorità all'interno dei propri bisogni e una propria riconfigurazione nell'ottica del benessere psicosociale. La partecipazione, in altre parole, può essere anche intesa come capacità di ascoltare ciò che ragazzi e ragazze mettono al primo posto per il proprio benessere. Alla domanda "cosa pensi possa aiutare a stare bene te o un ragazzo come te?"

la stragrande maggioranza dei partecipanti ha risposto lavorare, tracciando ancora una volta una connessione tra situazione economico-occupazionale e benessere psicologico e psicosociale:

a me è sempre piaciuto andare a scuola, imparare l'italiano e ascoltare l'italiano. Voglio lavorare e imparare l'italiano. Da quando le cose [la situazione dei contagi, ndr.] sono migliorate e sono tornato a scuola sono felice. Il lavoro di meccanico che sto facendo mi piace. Ho vissuto anche in Turchia e in Grecia e là ho lavorato come sarto. In Grecia ho lavorato anche con i cavalli da corsa, ho fatto la raccolta delle olive e delle arance

[F., Pakistan, Lombardia]

In quest'ottica, la partecipazione dei ragazzi e delle ragazze può aiutare a **ridefinire il concetto stesso di benessere psicosociale**, riportando al centro quello che è vissuto come urgenza, interesse, priorità, che la pandemia stessa ha contribuito ad amplificare, come ben spiegato da un operatore intervistato:

le variabili che vediamo maggiormente correlate alla salute mentale sono la situazione dei documenti, la situazione lavorativa e la situazione abitativa. Quando manca una di queste tre variabili la salute mentale è in qualche modo compromessa. Diciamo che il Covid si può inserire come quarta variante oppure, meglio, come variante che ha acuito la difficoltà nel reperire i documenti e di conseguenza le situazioni lavorative, abitative ecc.

[A., operatore, Calabria].

La voce dei ragazzi e delle ragazze

Durante la ricerca sono state raccolte le esperienze e le opinioni di ragazzi e ragazze migranti che vivono nelle strutture di accoglienza riguardo alle dimensioni della loro vita quotidiana segnate dalla pandemia: le limitazioni alla mobilità e alla vita sociale nel territorio, il trasferimento – anche se temporaneo – della formazione online e l'interruzione di tirocini e borse lavoro hanno rappresentato i cambiamenti sentiti come più rilevanti. Nelle fasi di maggiori restrizioni, anche a seconda dei territori, i ragazzi e le ragazze hanno provato rabbia e frustrazione e difficoltà ad aderire alle nuove norme, tra cui l'uso della mascherina, riportato da tutti come faticoso, a cui si sono aggiunte le preoccupazioni sul futuro:

a me piace andare in giro o anche al lavoro, quando c'era la zona rossa e non potevo uscire io mi arrabiavo, non mi piace stare nella stanza...mi mancano i miei amici quando mangiamo insieme, uscire fuori e vedere la vita normale come prima, ora non la vedo

[A., 19, Egitto, Lombardia]

la gente ha perso molta libertà, anche la mia vita è cambiata, il corona fa sentire triste, io sono stressato dall'attesa dei documenti e perché non riesco trovare lavoro e ho bisogno di soldi

[B., 16, Bangladesh, Sicilia]

Le sfide hanno caratterizzato anche la **didattica a distanza**, attivata dalle scuole di italiano o altri tipi di corsi di formazione che, anche quando si avevano mezzi digitali e spazi adeguati a disposizione, era comunque complessa:

qui al centro c'era un computer che potevo usare, ma anche per collegarsi era difficile, ci vuole la tecnica, la password, era una vita difficile, alcune cose della professoressa non le capivo

[B., 19, Repubblica Democratica Congo, Lazio]

Tuttavia, anche grazie alla **dimensione di vita collettiva e alla capacità di relativizzare** le esperienze e metterle in prospettiva con quelle vissute durante il viaggio migratorio, i ragazzi e le ragazze hanno saputo mettere in gioco le proprie risorse e trovare strategie per gestire l'incertezza e occupare il tempo.

(...)

sono riuscito a studiare in questi mesi, ho imparato anche un po' di italiano, è stato utile stare al centro, poi i ragazzi qua scendono e giocano, non ci sentiamo come se siamo in corona

[D., 17, Afghanistan, Lazio]

La condivisione del tempo con un gruppo ristretto di coetanei, come accade nelle strutture minorili, è stato raccontato da ragazzi e ragazze come un elemento positivo e, pur nei possibili conflitti e liti che possono accadere, **gli amici fuori e dentro le comunità residenziali rappresentano le figure di riferimento** a cui ci si rivolge in caso di bisogno.

Inoltre, il **supporto tra pari** è la modalità raccontata da alcuni ragazzi come la strategia più immediata per ristabilire una situazione di benessere o maggior equilibrio:

un nostro amico, che è più grande di noi, ha sofferto molto, cercavamo di stare con lui: parlavamo, ridevamo, ci allenavamo... Lui era abituato ad andare in palestra con tanta gente prima, così abbiamo fatto una specie di piccola palestra anche qui

[S., 19, Senegal, Calabria]

La possibilità di restare in contatto tramite il **telefono e Internet** con il Paese di origine, con amici nei paesi di transito, o ancora con connazionali in Italia, è stata cruciale. Il telefono è stato un grande protagonista nella pandemia, a differenti livelli: come risorsa per mantenere i propri legami, strumento per conoscere e approfondire nuovi argomenti, ma anche come ostacolo alla ripresa di una routine.

se sto qui nel centro non ho paura del Covid...e poi c'era sempre il telefono! (...) passavo la giornata al telefono, non c'era neanche più la differenza fra giorno e notte, guardavo un programma italiano che fa ridere molto, con questo programma sono riuscito anche a imparare qualche parola, è stato utile, per questo lo guardavo sempre

[F., 16, Pakistan, Lombardia]

abbiamo usato tanto Internet, tipo chiamare 5 persone al giorno, parliamo di cose vecchie, cantiamo, così non pensi a qui. Gli educatori non venivano tanto come prima, veniva solo una persona con la mascherina che stava in ufficio, i volontari non venivano più, con le altre [ragazze] disegnavamo insieme, parlavamo, a scuola abbiamo scritto una storia d'amore romantica con un'amica (...), è stato bellissimo!

[T., 19, Costa d'Avorio, Lazio]

(...)

Oltre all'uso del telefono, i ragazzi raccontano che per affrontare questo periodo sono stati importanti lo **sport e lo sfogarsi fisicamente, lo studio, la fede e la preghiera**, ma anche pensare che era un problema che colpiva tutti.

Ma soprattutto, emergono come bisogni centrali che possono dare sicurezza e benessere psicologico **il lavoro** e l'avanzamento dell'iter burocratico legato alla richiesta di protezione internazionale, due elementi su cui si gioca il progetto migratorio e la possibilità di supportare le famiglie:

per me coronavirus è un problema economico: io non posso lavorare, mentre prima nel tempo libero lavoravo. Avrei sfruttato il tempo per andare a lavorare... in Libia prima lavoravo

[M., 17, Bangladesh, Sicilia]

se le persone escono, possono anche guadagnarsi da mangiare, se invece non escono no, è così

[A., 19, Costa d'Avorio, Calabria]

io cerco di stare bene facendo cose: andando a scuola, lavorando. Vedo che la mia vita futura sarà così: lavorare, dormire, mangiare (...) Quando viene [l'educatore, ndr] ci sediamo tutti intorno a un tavolo e lui parla, ride, scherza, passiamo dei bei momenti insieme. (...) Adesso quando vedo qualcuno che ha bisogno di aiuto cerco sempre di aiutarlo come posso, perché anch'io sono stato aiutato

[F., 16, Pakistan, Lombardia]

Rispetto al supporto psicosociale, la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze trova nei propri **educatori gli adulti di riferimento** che possono facilitare il percorso e aiutare in caso di difficoltà, mentre per chi ha avuto accesso a servizi specializzati erogati da psicologi le opinioni sono differenti, da molto positive e molto critiche, a seconda della specifica relazione instaurata. Tuttavia, la valutazione riguardo alla **digitalizzazione della presa in carico** è piuttosto univoca: la maggior parte predilige che siano realizzati in presenza, dove la comprensione e la prossimità rendono più facile la comunicazione e l'espressione dei propri bisogni:

cambia tanto, quando c'è lei [assistente sociale] presente posso dire tutto quello che voglio, mentre al telefono forse ci sono cose che non posso dire

[E., 17, Egitto, Lombardia]

(...)

In sintesi, nelle parole dei ragazzi e delle ragazze i bisogni principali per fare fronte alla pandemia e alle sue conseguenze nel prossimo futuro sono:

- Promuovere il supporto tra pari e la relazione tra ragazzi in accoglienza e coetanei fuori dalla struttura, favorendo i contatti con realtà giovanili diverse;
- Garantire la continuità della formazione e dei tirocini, riducendo la dimensione digitale della DAD che risulta più sfidante per non madrelingua che si trovano a vivere in comunità;
- Qualificare il tempo libero, sfruttando il ruolo strategico del cellulare e di Internet impiegabili in attività con finalità psicosociali;
- Dare il più possibile continuità ai servizi di supporto psicosociale in presenza

¹⁶ Per i migranti arrivati via mare, è stata istituita con un provvedimento del Dipartimento della Protezione civile il 12 aprile 2020 la misura di contenimento che prevede l'isolamento fiduciario su navi quarantena predisposte dal Governo e gestite da CRI, al largo di Lampedusa, Palermo, Trapani, Augusta e Porto Empedocle. Secondo il report *Diritti in rotta. L'esperimento delle navi quarantena e i principali profili di criticità* a cura di ASGI (2021), la misura delle navi quarantena presenta diverse criticità, tra cui insufficienza di personale medico, mancanza di spazi adeguati e promiscuità tra minori e adulti, oltre che prassi non chiare rispetto al riconoscimento della minore età e dubbia compatibilità del trattenimento su nave rispetto al principio del superiore interesse del minore. In seguito alla morte di Abou Dakite, quindicenne ivoriano, deceduto all'ospedale di Palermo dopo 10 giorni di permanenza sulla nave-quarantena e al conseguente acceso dibattito nella società civile, la sorveglianza sanitaria per i minori è stata poi trasferita in strutture di terra dall'ottobre 2020 quando il Ministero degli interni ha disposto di non trasferire più i minori stranieri non accompagnati sulle navi-quarantena. Ad oggi rimane aperto il dibattito sull'opportunità di mantenere tale misura anche per gli adulti.

¹⁷ Secondo un'indagine nazionale sul sistema di accoglienza dei migranti condotta da INMP (2020) durante la fase 1 della pandemia, e realizzata attraverso un questionario online rivolto a circa il 70% delle strutture censite dal Ministero dell'Interno, la proporzione di casi positivi risulta analoga a quella rilevata nella popolazione generale, con una concentrazione maggiore al nord; l'isolamento di soggetti positivi al tampone, disposto dal Dipartimento di prevenzione, si è verificato presso la struttura in un quarto dei casi e che, di questi, solo il 54% sia stato eseguito in una stanza singola con servizi esclusivi.

¹⁸ Secondo il "*Dossier COVID-19. Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il COVID-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia*" (pubblicato il 2/08/2021) che riporta gli esiti di una indagine realizzata nel maggio 2021 tra migranti e soggetti senza dimora e promossa dal Tavolo Immigrazione e Salute e dal Tavolo Immigrazione e asilo, la maggior parte degli ospiti delle strutture di accoglienza è a conoscenza della disponibilità del vaccino (89,3%); tuttavia la propensione a farlo riguarda solo il 40,9% degli intervistati, con una resistenza maggiore tra i rispondenti di provenienza africana rispetto a quella asiatica. Viene inoltre segnalata l'assenza di una campagna specifica e mirata a questo target.

¹⁹ Più del 35% ha risposto di essere d'accordo con l'affermazione "ho legato di più con i miei compagni di centro" e un altro 10,7% ha dichiarato di essere "piuttosto d'accordo" a cui si somma un 7% di "molto d'accordo".

²⁰ La sicurezza, i bisogni di base e il rispetto della dignità rappresentano gli obiettivi del primo livello della piramide MHPSS (IASC, 2007), secondo cui i servizi di base contribuiscono a promuovere il benessere psicosociale dei minori.

²¹ Secondo il rapporto ISS 43/2020 *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID 19*, le comunità educative sono "strutture collettive residenziali". Le comunità educative e familiari e il circuito SIPROIMI MSNA (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minorenni stranieri non accompagnati) devono essere considerate "strutture collettive residenziali", al pari delle strutture residenziali sociosanitarie, con accesso prioritario ai test diagnostici per operatori e/o utenti sospetti COVID-19 o contatti stretti nell'ambito della comunità, per l'evidente rischio di divenire focolai rilevanti di contagio, e garantendo il contact tracing e la presa in carico sanitaria laddove necessario. Gli operatori dovranno sempre usare la mascherina.

²² All'interno delle *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2, versione del 28 maggio 2020* a cura del Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, si raccomanda supporto psicologico agli operatori e monitoraggio di sintomi di disagio negli utenti.

²³ Alcuni dei MSNA sono stati in grado di frequentare le scuole secondarie in presenza se avevano certificazioni di DSA o altre specifiche esigenze – come riportato da alcuni operatori intervistati ed in linea con le indicazioni del Ministero dell'Istruzione.

²⁴ Si tratta di una fase acuta di sofferenza, di un "cedimento di un precedente equilibrio acquisito che non si rivela più idoneo a far fronte alla situazione che di volta in volta si presenta" (Galimberti, 2018) e quindi di accentuazione delle fragilità.

²⁵ *Post-traumatic stress disorder* (Disturbo post-traumatico da stress) è una categoria diagnostica inserita nel 1980 nel DSM III, elaborata in riferimento alle condizioni dei reduci del Vietnam da un gruppo di psichiatri antimilitaristi che individuarono nel trauma subito e nelle conseguenti sintomatologie una tipologia specifica di disagio. L'applicazione del concetto di trauma e l'utilizzo della diagnosi di PTSD in altre aree e contesti socio-culturali profondamente diversi rispetto a quello nel quale era stato formulato, è stata criticata da diversi psichiatri e antropologi (Kleinman, 1996). In ambito italiano, Beneduce (2014) ritiene che sia possibile comprendere all'interno del PTSD eventi traumatici profondamente diversi con il rischio di cancellare la peculiarità di ciascuno e fondando l'intero discorso sulla mera componente biologica dello stress. Ad oggi il dibattito è ancora aperto, con alcuni studi che sottolineano l'importanza del PTSD nel leggere le esperienze dei migranti, e altri studiosi che sostengono che questo approccio rischi di medicalizzare e semplificare una situazione più complessa che necessita di essere analizzata tenendo in considerazione il più ampio contesto sociale e culturale da cui i migranti e rifugiati provengono e risiedono (Reed et al., 2012).

²⁶ Le difficili condizioni di vita che migranti e richiedenti asilo si trovano ad affrontare, sia nelle fasi di arrivo sia dopo il riconoscimento di una qualsiasi forma di protezione, possono causare il cosiddetto effetto di "ritraumatizzazione secondaria" peggiorando la sintomatologia post-traumatica preesistente (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, Ministero della Salute, Marzo 2017).

²⁷ Questa espressione, usata durante un'intervista da una etnopsicologa, trova un suo riferimento nella "sofferenza sociale" teorizzata da Kleinman e altri autori e diventato un concetto centrale nel dibattito dell'antropologia medica: è una categoria che permette di analizzare i processi a cavallo tra esperienze soggettive e ambiti storici e politici più ampi che ne fanno da contesto (Kleinman, Das e Lock, 1997), e di discutere condizioni di sofferenza umane che sono prodotte da fratture di forze sociali ed espressioni di disuguaglianze. Secondo la definizione di Kleinman, Das e Lock (1997), la sofferenza sociale "accomuna una serie di problemi umani la cui origine e le cui conseguenze affondano le loro radici nelle devastanti fratture che le forze sociali possono esercitare sull'esperienza umana".

²⁸ Rispetto alla dimensione burocratica, è utile segnalare che la Circolare del Ministero dell'Interno n. 3393 del 18 marzo 2020 richiamando la necessità di evitare la diffusione e il contagio, ha disposto la prosecuzione "anche a coloro che non hanno più titolo a permanere nei centri". La previsione ha consentito di mantenere in accoglienza le persone già presenti nella struttura con la possibilità di riammettere all'interno dell'accoglienza le persone a cui è stata revocata per vari motivi (CeSPI, 2020).

²⁹ Il prosieguo amministrativo può essere disposto in tutti i casi in cui un minore straniero non accompagnato, al compimento della maggiore età, pur avendo intrapreso un percorso di inserimento sociale, necessita di un supporto prolungato volto al buon esito di tale percorso finalizzato all'autonomia (L. n. 47/2017, art. 13, co. 2.). La richiesta di prosieguo amministrativo deve essere presentata alla Procura presso il Tribunale per i minorenni o al Tribunale per i minorenni, prima del compimento dei 18 anni.

³⁰ Nella letteratura psicologica si parla di *Adversity-Activated Development* che mette in luce come dall'esposizione ad un'avversità possano rafforzarsi risorse interne e svilupparsi nuove capacità personali e di adattamento alla vita, maturati proprio in seguito alle avversità, come una maggiore capacità di empatia verso gli altri e un accresciuto apprezzamento della vita (Papadopoulos, 2007), e di *Post-Traumatic Growth* (Crescita post traumatica, 'ricaduta positiva del trauma') concepita come un insieme di nuove competenze che si sviluppano a seguito di un evento che ha generato un trauma nell'individuo, in modo spontaneo e non grazie ad un supporto specialistico (Tedeschi e Calhoun, 2004).

³¹ Secondo alcuni autori, il telefono sarebbe un'infrastruttura digitale che informa il percorso migratorio, da prima della partenza al mantenimento delle reti durante il viaggio e infine in Italia, le cui funzioni si possono categorizzare in mantenimento dei legami (social bonds), mantenimento dei contatti con altre comunità (social bridge) e per rapportarsi alle istituzioni e istanze locali (social links), come nell'uso delle App per traduzione dell'italiano. Per i più vulnerabili, tuttavia, l'uso inconsapevole del web espone a rischi di varia natura (Di Rosa, 2019).

³² La domanda era "Nel caso in cui tu o un altro ragazzo/a dovesse avere una preoccupazione o un problema, può trovare ascolto e supporto all'interno del centro?"; con risposte chiuse tra "Sì, parlando con gli operatori"; "Sì, parlando con il mediatore"; "Sì, parlando con lo psicologo del centro"; "Sì, parlando con gli altri ragazzi"; "Non mi è mai capitato"; "Non so".

³³ Dal punto di vista dei dati socio-demografici, più della metà dei rispondenti è donna (un dato in linea con il profilo dei tutori a livello nazionale) e di età prevalentemente tra i 40-49 anni (33%) e over 60 (30,7%). Il 34,7% lavora full time, il 22,45% è in pensione e il 18,37% è libero professionista; i Paesi di origine dei ragazzi in tutela sono l'Egitto, seguito da Bangladesh e Albania, e in misura minore da Nigeria, Gambia, Pakistan e Tunisia. L'81% è tutori di più minori e circa la metà ricopre questo incarico da più di 3 anni, mentre quasi il 34% da 1 a 3 anni.

³⁴ Si segnala che alcune iniziative di formazione rivolte ai tutori volontari sono state realizzate da diversi soggetti su scala nazionale: a titolo di esempio, il programma di AGIA- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza in collaborazione con EASO ha formato 372 cittadini nel periodo 2017-2018 (con due moduli sul tema psicosociale), UNICEF insieme ai propri partner ha formato 3000 tutori (2017-2019).

³⁵ In particolare, muovendo dal modello elaborato nella piramide MHPSS (IASC, 2007) presentato nel Capitolo I che distingue quattro livelli in ordine successivo di intervento, sono presi in considerazione: interventi mirati a ripristinare i bisogni di base, sicurezza e protezione dell'individuo, i servizi di supporto alla famiglia e alla comunità, il supporto focalizzato non specialistico, il supporto specialistico. A titolo di esempio, l'intervento "Il Faro" promosso da *Terres des hommes* in Sicilia (2017) è stato costruito a partire dal modello della piramide. Nelle survey somministrate all'interno di questa ricerca sono state predisposte alcune domande che mirano ad indagare tutti questi livelli di intervento.

³⁶ Si tratta di un'area disciplinare che valorizza la specificità del singolo caso in rapporto al gruppo e all'ambiente: le variabili culturali e di background dei soggetti sono studiate in relazione al disagio psichico e alle modalità di cura messe in campo dalle specifiche culture (Coppo, 1996). Questo approccio si è sviluppato a partire dagli anni '60 in Francia, con l'opera dello psichiatra George Devereux e del suo allievo Tobie Nathan, che utilizzavano in maniera complementare gli strumenti dell'antropologia e della psicopatologia per studiare i modelli di salute e malattia specifici di ogni contesto culturale e i relativi sistemi di cura elaborati. Ad oggi viene considerato un orientamento che, insieme ai movimenti di deistituzionalizzazione e all'antipsichiatria, può contribuire a costruire nuove modalità di prevenzione e presa in carico del disagio psichico per soggetti appartenenti a culture non occidentali ma non solo.

³⁷ Riprendendo nuovamente lo schema elaborato nella piramide MHPSS (IASC, 2007) sono considerabili parte dei primi tre livelli di supporto psicosociale tutte le azioni di promozione del benessere psicosociale attraverso la protezione e i servizi di base, come per esempio l'orientamento ai servizi e l'accoglienza di base; inoltre, rientrano tutte le azioni psico-educative, volte per esempio a mantenere un legame con la famiglia di origine, a definire una routine e un supporto tra pari, attività ricreative e di formazione; supporto emotivo focalizzato su temi specifici, organizzazione di attività e spazi per la condivisione delle emozioni, che possono essere realizzate all'interno delle comunità di accoglienza dallo staff.

³⁸ Generalmente vengono definiti "facilitatori linguistici" gli operatori - spesso ex ospiti - con un background linguistico e culturale che permette loro di comunicare con gli ospiti della struttura di accoglienza, ma che non hanno ricevuto una formazione specifica in mediazione linguistico-culturale e di conseguenza non hanno un titolo riconosciuto a livello regionale o nazionale.

³⁹ Secondo il Decreto ministeriale del 18 novembre 2019 che regola la concessione delle strutture di accoglienza per minori, tra le attività previste per gli enti locali titolari di finanziamento è prevista la tutela psico-socio-sanitaria che prevede per beneficiari con disagio mentale l'attivazione di "programmi di supporto e di riabilitazione in maniera concordata e continuativa con la struttura sanitaria locale preposta; programmare la presa in carico diretta da parte dei dipartimenti di salute mentale presso le proprie strutture residenziali là dove la situazione clinica lo richieda; garantire un raccordo con il servizio di salute mentale del territorio tramite protocolli di intesa che esplicitino i livelli di collaborazione operativa atti a sostenere gli specifici interventi; prevedere la presenza di una rete territoriale atta a rendere sostenibile la presa in carico in termini di prossimità e accesso ai servizi specialistici e strutturati" (DM 2019, Allegato Capo VI - Gestione delle attività e dei servizi di accoglienza integrata).

⁴⁰ Nel quadro della legge 47/2000 (art. 9 comma 2) è specificato il processo di identificazione di eventuali vulnerabilità e presa in carico dei minori, incluso l'utilizzo dello strumento della "cartella sociale" dove personale qualificato del centro di accoglienza, dopo un primo colloquio volto ad approfondire la storia personale e familiare del minore, deve trascrivere tutti gli elementi utili emersi. La cartella sociale è poi trasmessa ai servizi sociali del comune di destinazione e alla procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni. La cartella sociale è considerato uno strumento di documentazione e di gestione del caso, ma anche un tracciato metodologico e una tutela sia per il minore che per gli operatori, dove sono definiti gli impegni assunti secondo il principio del superiore interesse del minore.

⁴¹ FAMl è l'acronimo di Fondo Asilo Migrazione e Integrazione, è uno strumento finanziario del Ministero dell'Interno dal 2014 e in questa accezione ci si riferisce a progetti finanziati da tale Fondo, nel caso specifico di supporto alla realizzazione di attività di assistenza psicologica.

⁴² I risultati di una ricerca condotta tra minori stranieri non accompagnati in Gran Bretagna mostra come le difficoltà di accesso e una valutazione negativa dei servizi di salute mentale ricevuti siano riconducibili anche alla modalità delle terapie "che si basano sulla parola" ("talking therapies"), che prevede una relazione di fiducia difficilmente instaurabile con professionisti sconosciuti in alcuni contesti culturali di origine, oltre che ostacoli linguistici, anche qualora un interprete sia presente. Gli autori mostrano inoltre come una differente lettura di ciò che è il benessere psicologico

e una difficoltà per gli adolescenti a ricondurre il malessere alla sfera della salute mentale siano inoltre alla base dello scarso successo dei servizi (Majumder et al., 2014). Altri studi sottolineano come rifugiati di diverso background abbiano difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale, legati a problemi linguistici, mancanza di risorse, scarsa conoscenza dei servizi e stigma associato alla salute mentale, ma anche una poca corrispondenza tra l'offerta del servizio sanitario e i bisogni percepiti dall'utenza, come nel caso dei rifugiati siriani in Svizzera studiati da Kiselev et al. (2020).

⁴³ La migrazione dei minori albanesi rappresenta un caso specifico all'interno dei flussi migratori di minori, sia per la prossimità geografica che per i fattori che portano a migrare: si tratta di ragazzi e ragazze che arrivano spesso in Italia in autobus, a volte accompagnati da un parente che poi rientra subito in Albania, vengono da famiglie con forti difficoltà economiche e hanno avuto un difficile accesso agli studi (Save the children 2017). Si segnala la produzione in un podcast che racconta il primo ritorno a casa di un ex minore albanese realizzato all'interno del progetto "Di tu. Diritti da tutelare" a cura di Codici ricerca e intervento <https://www.di-tu.it/esperienze/il-podcast-shtepia-casa>.

⁴⁴ Questo aspetto, messo in luce da una minoranza degli intervistati, presenta una problematicità dal punto di vista dell'"alleanza terapeutica": sembra, infatti, alludere ad una dimensione di controllo e "obbligo" che non sono le condizioni sulle quali si basa un percorso di supporto psicologico che per definizione deve essere libero e volontario.

⁴⁵ Tra gli altri, è stato attivato uno sportello per operatori dalla Scuola quadriennale di specializzazione in Psicoterapia a indirizzo Etno-sistemico-narrativa di Roma, "servizio di sostegno psicologico a distanza per Emergenza COVID-19"; il servizio HERE4U promosso da Appodi e Arci di supporto psicosociale per giovani migranti e richiedenti asilo su tutto il territorio nazionale e il servizio Corona Help promosso da ETNA-Etnopsicologia analitica rivolto a migranti e a operatori.

⁴⁶ Questo dato di ricerca che riguarda i giovani migranti in accoglienza non può essere esteso a tutta la categoria di migranti: un recente studio quantitativo, per esempio, ha analizzato i dati sull'utilizzo dei servizi di salute mentale da parte dell'utenza migrante, senza fissa dimora e con gravi difficoltà socio-economiche, dimostrando come le misure di contenimento introdotte da marzo 2020 in Italia abbiano avuto un impatto negativo sull'accesso ai servizi e una diminuzione delle prese in carico di pazienti vulnerabili con background migratorio (Aragona et al., 2020).

⁴⁷ In accordo con i requisiti di seconda accoglienza per MSNA, all'ingresso del minore la struttura deve predisporre, in collaborazione con i servizi sociali del territorio e con il tutore, un progetto educativo individualizzato (PEI) che tenga conto delle aspirazioni, competenze ed interesse del minore oltre che delle informazioni raccolte dalla struttura di prima accoglienza. Nelle indicazioni redatte dal Servizio Centrale, il PEI deve contenere obiettivi personali, scolastico-formativi e di integrazione lavorativa, oltre che di integrazione sociale sul territorio. Tra le funzioni del PEI sono riportate proprio la partecipazione attiva alla definizione del proprio progetto di vita e il sentirsi responsabile e protagonista rispetto alle decisioni che riguardano i minori anche in vista dell'uscita dalla struttura.

⁴⁸ Per esempio, nell'esperienza portata avanti dall'Equipe Migranti dell'Ospedale Policlinico di Milano insieme al Comune di Milano all'interno di una progettualità specifica sulla salute mentale dei MSNA, restituita nel rapporto di ricerca "Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani" a cura di Codici Ricerca e Intervento e Equipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano (2021) troviamo una mappatura delle prassi di individuazione e presa in carico delle fragilità a livello nazionale, alla quale segue la proposta di utilizzo di due strumenti di screening, il *Refugees Health Screener 15 (RHS)*, rivolto alle comunità di prima accoglienza, e la *Griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR)*, ideata nel 2008 nel progetto Migranti della ATS Milano da utilizzarsi nelle comunità di seconda accoglienza come strumento osservativo, suddiviso in tre aree (anamnesi, adattamento al contesto di vita, comportamento) volte all'individuazione precoce di indici di segnali di rischio psicopatologici. La sperimentazione di tali strumenti e del processo di presa in carico previsto è stata messa a sistema con l'apertura del Centro Servizi di via Zandrini a Milano con la presenza di un'équipe multidisciplinare (da novembre 2019). La ricerca è parte del progetto FAMI "P.A.S.S.I. per la Salute Mentale – Percorsi di cura e accoglienza socio-sanitaria integrata per la salute mentale dei MSNA".

⁴⁹ La legge 40/98, art 40 (misure di integrazione sociale) riconosce per la prima volta la funzione della mediazione culturale "al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi". La presenza della mediazione culturale è ad oggi uno degli standard di accoglienza della rete SAI.

⁵⁰ A titolo di esempio, riportiamo un episodio avvenuto durante un'intervista in una comunità residenziale in Lazio, dove un ragazzo ospite ha chiesto al mediatore che accompagnava la raccolta dati della ricerca – non avendo la possibilità di comunicare con le educatrici- delucidazioni circa una visita medica imminente che lo preoccupava molto e che credeva associata ad un possibile ricovero (note di campo, 19 marzo 2021).

⁵¹ La partecipazione è un diritto sancito dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (1989, rettificata dall'Italia nel 1991) ed è una componente importante anche della relazione di ascolto con i minori stranieri non accompagnati, come sottolineato da diverse agenzie internazionali e soggetti che si occupano di integrazione (AGIA e UNHCR, 2019; Save the children, 2019).

⁵² Si segnalano, tra le attività intercettate durante la ricerca che prevedono un'utenza mista tra MSNA e giovani italiani, i laboratori promossi da Terrenuove Onlus a Milano e quelli del Progetto SAAMA realizzati da una cordata di enti del terzo settore a Palermo.

Capitolo IV - Conclusioni e Raccomandazioni operative

Conclusioni

Questa ricerca ha evidenziato i vari modi in cui la pandemia ha modificato le modalità di funzionamento delle strutture di accoglienza e l'erogazione dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale, attraverso le voci e le esperienze di minori e giovani migranti soli, degli operatori che lavorano nel mondo dell'accoglienza e dei professionisti che erogano supporto nei servizi.

Come emerso, la pandemia - nel suo provocare una situazione "in sospeso" - ha avuto un forte impatto nella vita quotidiana di ragazzi e ragazze migranti che, oltre ai cambiamenti subiti dal resto della popolazione, hanno sofferto **dell'interruzione di tutte quelle attività volte all'inclusione sociale** e soprattutto alla costruzione dell'autonomia economica, occupazionale e abitativa che è centrale per il percorso fuori dal mondo dell'accoglienza, e che, nonostante la buona capacità di adattamento dei ragazzi, può avere ripercussioni di notevole importanza sul loro benessere psicologico, sociale e sulla salute mentale.

Questa indagine è stata costruita su alcune premesse e cioè che minori migranti e giovani adulti che sono stati esposti a esperienze drammatiche e a rischi di violenza nel loro recente passato, siano portatori di specifiche esigenze, potenzialmente aggravate dalla pandemia e conseguentemente necessitino di una presa in carico integrata. Seppur i dati raccolti non dipingano un quadro di peggioramento della salute mentale del target di riferimento, i risultati raccolti si possono guardare attraverso una **lente temporale**, evidenziando bisogni e sfide che possono essere suddivisi in:

- **effetti a breve termine:** come esposto nel capitolo III, la residenza tra pari e la capacità di relativizzare la condizione di emergenza creatasi con la pandemia rispetto alle esperienze di forte impatto vissute nel Paese

di origine, in quello di transito o durante il viaggio migratorio, hanno rappresentato fattori di protezione per il benessere psicosociale di ragazzi e ragazze, che nella maggioranza dei casi hanno mostrato capacità di mettere in atto strategie di adattamento e resilienza efficaci (a differenza di quanto messo in luce dalla letteratura rispetto ai loro coetanei non migranti);

- **effetti a lungo termine:** sulla base dei dati raccolti, e delle preoccupazioni espresse dalla maggior parte dei soggetti coinvolti nella ricerca, si può ipotizzare che l'"onda lunga" della pandemia possa colpire in modo più significativo alcune categorie a rischio di esclusione sociale, come i ragazzi e le ragazze minori in una fase di transizione verso la maggiore età o i neo-maggiorenni che hanno avuto poche opportunità in questo ultimo anno e mezzo di costruire o rinforzare il proprio progetto di autonomia, e che non hanno potuto beneficiare a pieno del supporto solitamente fruito nel sistema di accoglienza per minori stranieri non accompagnati. Se il progetto di inclusione e altri elementi connessi a prospettive e sogni futuri sono un motore potente che aiuta ragazzi e ragazze a superare le difficoltà, tale sospensione, così come la frustrazione del bisogno di autodeterminarsi, potrebbero minare la capacità di adattarsi e il loro benessere psicologico e sociale.

Ricordando poi che la dimensione temporale è già assolutamente centrale per i minori stranieri non accompagnati che vivono la transizione dopo i 18 anni o alla fine del periodo di affidamento ai servizi sociali (cosiddetto "proseguo amministrativo") come una scadenza preoccupante, questa sospensione di attività formative e lavorative, e un rallentamento dei procedimenti burocratici, può ampliare il rischio di marginalizzazione e regresso una volta usciti dal mondo dell'accoglienza.

Le ragazze migranti, soprattutto per coloro che hanno vissuto la pandemia durante la gravidanza o da mamme single, hanno dovuto affrontare da sole alcuni passaggi importanti legati alla salute materno-

riproduttiva e alla genitorialità, date le normative che impedivano l'accesso di accompagnatori ai presidi ambulatoriali o ospedalieri.

Riguardo ai servizi, l'emergenza COVID-19 può essere considerata un acceleratore di processo, una sorta di lente di ingrandimento che rende più visibili **carenze e fragilità del mondo dell'accoglienza e del sistema di servizi psicosociali erogati** ai ragazzi e ai giovani, che erano tuttavia già presenti, riassumibili come segue:

Composizione e presenza del personale:

- le figure di formazione psicologica all'interno delle équipes sono raramente presenti e in qualche caso si dedicano solo alla supervisione degli operatori, senza un legame diretto coi beneficiari;
- gli assistenti sociali sono figure più riconosciute anche se non sembrano avere sempre una continuità relazionale con ragazzi e ragazze; sono infatti per lo più associati a momenti-chiave di passaggio e alla presa di decisioni in circostanze specifiche;
- la presenza discontinua o l'assenza di mediatori culturali fa sì che le differenze linguistiche e la comunicazione rappresentino una forte barriera alla costruzione della relazione tra professionista (educatore, psicologo o psicoterapeuta) e utente e all'erogazione stessa del servizio di

supporto psicosociale e salute mentale;

- con l'assenza della mediazione linguistico-culturale viene inoltre a mancare il contributo fondamentale nella decodifica culturale delle rappresentazioni del benessere e del malessere nei contesti di provenienza;
- anche quando presenti, i mediatori non sono sempre formati su tematiche psicologiche o psicosociali né fanno parte in modo strutturato dell'équipe che discute i casi, rischiando quindi di essere presenze discontinue e non preparate alla gestione emotiva dei colloqui, con alta probabilità che venga alterato il contenuto dello scambio tra professionista ed utente e dunque si diminuisca l'efficacia dello stesso supporto;

Prevenzione:

- all'interno dell'accoglienza minorile e adulta, poco spazio è dedicato ai servizi MHPSS, soprattutto al livello 2 e 3 della piramide, in quanto servizi che nella maggior parte dei casi non vengono pianificati in modo strutturato e sistematico tra le attività proposte e dunque risultano essere meno riconoscibili rispetto ad altri servizi previsti dal mandato (quali l'insegnamento dell'italiano come L2, l'assistenza sanitaria, l'orientamento legale) e prevalentemente associati solo a figure esterne specializzate;
- nella globalità dell'offerta dei servizi per minori e giovani migranti, si è osservata una



scarsa pianificazione di attività strutturate, individuali e di gruppo, con precise finalità psicosociali, sia all'interno delle strutture di accoglienza che all'esterno;

si sono interrotti o sono significativamente diminuiti, o diminuiti nella loro qualità, alla conclusione del progetto, in mancanza di risorse allocate su quest'area.

Individuazione, invio e presa in carico:

- il sistema di invio a servizi specializzati è poco proceduralizzato, così come attività che possano far emergere i bisogni, soprattutto in assenza di personale formato e regolarmente supervisionato, che sia capace di identificare e leggere in maniera appropriata le necessità dei ragazzi, tanto per i bisogni psicosociali di base, quanto per l'esigenza di un supporto individualizzato o specializzato;
- i meccanismi di coordinamento tra strutture di accoglienza e servizi non sempre sono rodati;
- i tutori volontari non sembrano conoscere a fondo la rete dei servizi territoriali nell'ambito della salute mentale e supporto psicosociale, né sono sempre coinvolti o consultati rispetto alla scelta di segnalare i ragazzi o ragazze in tutela a un servizio;
- l'invio ai servizi specializzati pubblici spesso ha tempi lunghi e liste d'attesa, e rischia di attivarsi solo in situazioni di emergenza, ovvero quando il disagio si acutizza al punto tale da costituire un pericolo per l'incolumità stessa del ragazzo e ragazza e/o per gli altri utenti/operatori della comunità, o ancora quando la manifestazione della sofferenza del ragazzo/a supera le capacità gestionali del centro;
- i dispositivi utilizzati nei servizi specializzati, ovvero nella maggior parte dei casi colloqui individuali in setting codificati, sono culturalmente connotati e non sempre adatti a dialogare con questa utenza;
- alcuni progetti di accoglienza che assicuravano una presa in carico di tipo psicologico erano esclusivamente dipendenti a finanziamenti ad hoc (per esempio, nel caso di alcuni Progetti FAMI dedicati a questo tema), e i servizi integrati di salute mentale e supporto psicosociale che erano stati attivati

Date queste caratteristiche, la pandemia ha reso meno efficace il supporto psicosociale, per vari motivi: soprattutto nella prima fase, la minor vicinanza tra operatori e ospiti nelle strutture di accoglienza può aver prodotto una minor lettura dei bisogni; sul lato invece dei servizi specializzati, l'erogazione da remoto ha rappresentato un limite, come descritto nel Capitolo III.

Inoltre, la pandemia ha rappresentato, soprattutto nelle fasi iniziali, **un'emergenza nuova** per la quale nessun servizio era preparato, e che ha quindi necessitato un certo grado di riorganizzazione e ripensamento alla luce di nuove disposizioni e norme; la migrazione, tuttavia, non è un'emergenza e rischia di essere gestita come tale, all'interno dell'incertezza generata dalla pandemia, in mancanza di una pianificazione puntuale e un'attenzione alla presa in carico integrata.

Allo stesso tempo, tale periodo storico **mette in risalto le capacità di resilienza** dei MSNA e giovani migranti e può contribuire a costruire una **narrazione differente degli adolescenti** in tempo di crisi. I minori e giovani migranti, da un lato, sono spesso raccontati come una categoria a rischio, o come ragazzi che non studiano e non lavorano, mentre emerge con forza il desiderio di costruire un futuro occupazionale e la preoccupazione costante di essere economicamente autosufficienti. Dall'altro, i ragazzi e le ragazze possono venire associati quasi automaticamente e unicamente alla dimensione della vulnerabilità: seppur siano portatori di bisogni specifici e necessitino di attenzione e tutela, durante la pandemia hanno mostrato capacità di reagire all'insicurezza e al disorientamento generale e ricorrere a risorse interne importanti, che costituiscono un loro punto di forza.

Raccomandazioni operative

I risultati della ricerca hanno fatto emergere delle criticità di doppia natura: da un lato, **problematiche strutturali** nei servizi di supporto psicosociale per MSNA e giovani migranti, pre-esistenti alla pandemia, dall'altro lacune e aspetti disfunzionali che hanno caratterizzato il periodo emergenziale.

Le raccomandazioni, dunque, riguardano entrambe le dimensioni: nel primo caso, si tratta di indicazioni rivolte al sistema di supporto e presa in carico nella sua totalità, inerenti, quindi, tanto il sistema di accoglienza che i servizi esterni e il meccanismo di coordinamento tra essi. In questa sezione, vengono suggerite modalità per incrementare e migliorare le attività all'interno delle strutture di accoglienza rivolte alla prevenzione, al supporto e all'accesso ai servizi.

Nel secondo caso, invece, queste si focalizzano sulla promozione e costruzione di **strumenti e modalità da attivare in caso di ulteriori emergenze** nel prossimo futuro, per evitare soprattutto che casi di potenziale bisogno possano non essere individuati e quindi non ricevere il supporto adeguato.

Le raccomandazioni sono qui di seguito presentate a seconda dei target di intervento a cui fanno riferimento:

Rispetto alle attività rivolte a MSNA e giovani migranti e rifugiati soli si raccomanda agli enti gestori, ai coordinatori e alle équipe delle strutture di accoglienza di:

- fornire tempestivamente e con continuità le **informazioni rispetto ai servizi** di salute mentale e supporto psicosociale disponibili all'interno e all'esterno delle strutture di accoglienza, in un linguaggio comprensibile a ragazzi e ragazze e tenendo conto dei codici culturali e dei possibili pregiudizi (per esempio: rispetto ai servizi, ai professionisti coinvolti,

riguardo il disagio emotivo, l'espressione della sofferenza e la richiesta di aiuto, ecc.), nonché dell'età e grado di maturazione e delle dinamiche di genere, coadiuvati dall'intervento di mediazione culturale;

- promuovere la **conoscenza di figure professionali specifiche** (assistenti sociali, psicologi, psichiatri) e della loro funzione, sia in dimensione individuale che di gruppo, per consentire ai ragazzi e alle ragazze di familiarizzare con tali professionisti e far conoscere i diversi tipi di supporto a disposizione, così come i rispettivi canali di accesso;
- promuovere attività di **sensibilizzazione** sul tema della salute mentale per superare eventuali forme di stigma e pregiudizio e avvicinare ragazzi e ragazze alla dimensione della cura del proprio benessere, inclusa l'acquisizione di maggior consapevolezza dei propri bisogni e dell'eventuale richiesta di supporto;
- incoraggiare e creare occasioni di contatto e condivisione con i **tutori volontari**, con l'obiettivo di rafforzare la relazione di fiducia e supporto con i ragazzi e le ragazze;
- creare **occasioni di confronto e condivisione**, per incoraggiare i ragazzi e le ragazze a esprimere pensieri, emozioni e vissuti, in un clima di accettazione, ascolto empatico e supporto, e far emergere eventuali preconcetti, credenze e bisogni rispetto alla salute mentale e al benessere psicosociale. Sollecitare l'espressione di idee e la creazione di spazi dedicati a momenti di **condivisione tra pari** e con gli operatori, per migliorare le loro condizioni di vita all'interno e all'esterno del centro (per esempio, dare voce ai ragazzi rispetto alla strutturazione degli spazi e delle attività, ecc.);
- consultare i ragazzi e le ragazze rispetto ai loro bisogni, alle loro scelte e alle loro aspettative, anche in merito al supporto specialistico ricevuto, e tenere in massima considerazione il loro pensiero nelle decisioni che li riguardano. Riconoscere

l'importanza delle voci e pareri dei

ragazzi/e e dedicare loro sistematicamente degli spazi di ascolto e valutazione rispetto ai servizi di cui hanno beneficiato, incluse le attività di carattere psicosociale svolte all'interno e all'esterno del centro ed eventuali prese in carico specialistiche;

- rafforzare i **servizi di supporto psicosociale di base** interni alle strutture di accoglienza, erogabili anche da personale qualificato non specialistico, come forma di prevenzione e supporto individuale e di gruppo (ad esempio, supporto emotivo e relazionale, attività psico-educative e psicosociali strutturate e con obiettivi definiti, gruppi di parola e altre iniziative di gruppo con finalità psicosociali e psicoeducative), integrati nella pianificazione delle attività quotidiane delle strutture stesse (come illustrato nel Manuale ENEA a cura di Unicef e Médecins du Monde France (2018), o nell'Adolescent Kit di Unicef (<https://adolescentkit.org/>), in corso di traduzione e adattamento al contesto italiano);
- qualificare il tempo libero di ragazzi e ragazze, con una ripresa della **socialità**, dello **sport**, delle occasioni di crescita e partecipazione alle varie attività (volontariato, mentoring, attività ricreative ed artistiche) e con la promozione di luoghi e occasioni di inclusione nel tessuto sociale, anche con **coetanei italiani**;
- offrire azioni di supporto attenti alle specificità di età e genere dei soggetti, prestando particolare attenzione **ai bisogni emergenti dalle ragazze**, come per esempio la dimensione della salute sessuale e riproduttiva e il supporto alla genitorialità;
- **favorire** la conoscenza di canali di supporto online, complementari a quelli in presenza, che potrebbero essere attivati qualora emergessero nuove restrizioni e a cui ragazzi e ragazze possono aver accesso anche dopo l'uscita dall'accoglienza;
- **promuovere** percorsi di educazione digitale, che permettano di conoscere i canali di informazioni più affidabili rispetto al tema COVID-19;

- **considerata** l'importanza dei percorsi di inclusione sociale anche per le ricadute sul benessere psicosociale, si raccomanda di offrire occasioni di supporto nell'area della **formazione e del lavoro e nella valorizzazione delle competenze acquisite nei Paesi di origine** con particolare attenzione alla transizione verso l'età adulta e ai neo-maggiorenni, che hanno avuto minori occasioni formative durante la pandemia;
- **sostenere la transizione all'età adulta** e lo strumento del prosieguo amministrativo, orientando ragazzi e ragazze nella procedura e facendo richiesta ai Tribunali per i Minorenni competenti, soprattutto in considerazione delle interruzioni di esperienze occupazionali in vista dell'autonomia dovute all'emergenza COVID-19.

Rispetto agli operatori delle strutture di accoglienza si raccomanda agli enti gestori e al sistema SAI di:

- promuovere la **formazione** degli operatori delle strutture di accoglienza in tema di salute mentale e supporto psicosociale, in modo da dare piena attuazione agli orientamenti operativi promossi a livello nazionale e internazionale e acquisire maggiore consapevolezza circa il proprio ruolo nel favorire un ambiente sano, positivo e che rafforzi le capacità di resilienza, nonché di supporto nell'individuazione del disagio mentale e di casi in cui è necessario l'intervento specialistico esterno. La formazione dovrebbe riguardare anche aspetti legati alle conseguenze della violenza in tema di salute mentale, nonché ad approcci sensibili all'età, al genere e alle differenze culturali ed essere fornita in maniera continuativa e basata sui bisogni formativi;
- promuovere un meccanismo di **supervisione** dell'équipe continuativo volto a gestire le relazioni tra gli operatori e le eventuali difficoltà all'interno dello staff;

- promuovere la **discussione dei casi** di ragazzi e ragazze all'interno dell'équipe, coadiuvati da un supervisore, con una specifica attenzione al benessere psicosociale;
- assicurare che si instauri e mantenga uno **scambio regolare tra operatori del centro e operatori delle realtà esterne** che vedano la partecipazione e il coinvolgimento dei ragazzi, per un intervento complessivo che sia coordinato nella molteplicità degli attori coinvolti e integrato nelle diverse tipologie di servizio offerto.

Rispetto alle attività rivolte al target di tutori volontari si raccomanda di:

- **condividere** con i tutori volontari gli **strumenti e le linee guida operative rispetto all'erogazione di sostegno e supporto emotivo da remoto**, qualora nuove restrizioni emergenziali lo richiedessero.

Rispetto alle strategie e alle azioni dei servizi specializzati in salute mentale e supporto psicosociale, pubblici e del privato sociale, si raccomanda di:

- organizzare occasioni regolari di incontro e conoscenza reciproca con gli operatori attivi nel sistema dell'accoglienza per promuovere la conoscenza delle figure specialistiche, i servizi offerti e le modalità di invio/richiesta di supporto;
- offrire un supporto clinico per coloro che mostrano un disagio psicologico con **strumenti e modalità** attenti alle specificità culturali e adatti a costruire una relazione e una presa in carico di utenza con background migratorio;
- rafforzare la formazione, il ruolo e la presenza dei **mediatori culturali** nei servizi di salute mentale e supporto psicosociale sia interni che esterni alle strutture di accoglienza, adeguatamente formati sulle tematiche psicosociali e integrati all'interno dell'équipe multi-disciplinare;
- sulla base delle esperienze sperimentate durante la pandemia e in vista di eventuali altri periodi di emergenza, **costruire una risposta dei servizi specializzati da remoto** o in modalità mista in presenza e in remoto, strutturando spazi, strumenti e accorgimenti di rapida attivazione;
- strutturare raccomandazioni operative e **linee guida per il supporto online** per tutte le figure che erogano supporto da remoto, ed in particolare per coloro che non ne hanno mai avuto conoscenza pregressa, come i mediatori culturali o altri professionisti del supporto psicosociale coinvolti nella presa in carico che non abbiano familiarità con i temi cruciali legati al servizio da remoto (privacy, scelta dello spazio, accorgimenti).



Bibliografia

AGIA, UNHCR, *L'ascolto e la partecipazione dei minori stranieri non accompagnati in Italia. Rapporto finale attività di partecipazione*, 2019.

Ahearn, Laura M., 'Agency', in *Culture e discorso: un lessico per le scienze umane*, a cura di Alessandro Duranti, 2002, Meltemi.

Akbar, Marshia, Preston Valerie, *Migration and resilience. Exploring the stock of knowledge*, 2019, York University.

Alakbarova, Fatma, 'Lack of Opportunities and Family Pressures Drive Unaccompanied Minor Migration from Albania to Italy', *Migration Information Source*, MPI – Migration Policy Institute, 2019, <https://www.migrationpolicy.org/article/lack-opportunities-and-family-pressures-drive-unaccompanied-minor-migration-albania-italy> (consultato il 5.08.2020).

Altin, Roberta, 'Sostare ai margini: Richiedenti asilo tra confinamento e accoglienza diffusa', *ANUAC*, vol. 8, no. 2, 2019, pp. 7-35.

Anderson, Bridget, Poeschel Friedrich, Ruhs, Martin, 'Covid-19 and Systemic Resilience: Rethinking the Impacts of Migrant Workers and Labour Migration Policies', *Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper* no. RSCAS 2020/57.

Aragona, Massimiliano, et al., 'Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties', *Public Health*, 2020, vol. 186, pp. 52-56.

Ardino, Vittoria, Di Benedetto, Giacomo, 'The economic case of psychosocial care of Unaccompanied Foreign Minors (UAMs) in Italy: A brief policy report', *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol. 2, 2017, pp. 55-79.

ASGI, *Diritti in rotta. L'esperimento delle navi quarantena e i principali profili di criticità*, Report a cura di Progetto In limine, 2021.

Barbaro, Maria Grazia et al, *Requisiti minimi per la presa in carico integrata dei minori stranieri non accompagnati*, maggio 2020, Cismai.

Beneduce, Roberto, *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, 2019, Laterza.

Benjamin, Joseph et al., 'Access to Refugee and Migrant Mental Health Care Services during the First Six Months of the COVID-19 Pandemic: A Canadian Refugee Clinician Survey', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, no. 10, 2021, 5266.

Benton, Adia, 'Ebola at a distance: a pathographic account of anthropology's relevance', *Anthropological Quarterly*, vol. 90, no. 2, 2016, pp. 501-30.

Brown, Dillon T., Smith, Jackson A., Basabose, Jean de Dieu, 'Refugee Children and Families During the COVID-19 Crisis: A Resilience Framework for Mental Health', *Journal of Refugees studies*, vol. 34, no.1, 2021, pp. 1138-1149.

Caffo, Ernesto, Scandroglio, Francesca. e Asta Lisa, 'COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy', *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 25, no. 3, 2020, pp. 167–168.

Campanile, Sara, Mazzetti, Nadia, 'Effetti pandemia covid 19 sulla salute mentale dell'adolescente', *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, vol. 22, numero speciale: "Salute mentale e contesto pandemico", 2021, www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-22/effetti-pandemia-covid19-salute-mentale-adolescente (consultato il 29.03.2021)

Carlson, Bonnie E., Cacciatore Joanne., Klimex Barbara, 'A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors', *Social Work*, vol. 57, no. 3, 2012, pp. 259-69.

CeSPI – Centro Studi di Politica Internazionale, *Primo Rapporto dell'Osservatorio nazionale sui MSNA in Italia*, 2020.

Cingolani, Pietro, 'La tripla assenza dei migranti. La crisi Covid vista dalla Romania', FIERI – Analisi e commenti, 2021, www.fieri.it/la-tripla-assenza-dei-migranti-la-cri-si-covid-vista-dalla-romania/ (consultato il 23.06.2021)

Codici ricerca e intervento, *Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani*, Rapporto di ricerca, 2021.

Colucci, Erminia et al., 'In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services', *Transcultural Psychiatry*, vol. 52, no. 6, 2015, pp.766-790.

Coope, Jonathan, et al., 'Resilience, mental health and urban migrants: a narrative review', *International Journal of Migration, Health and Social Care*, vol. 16, no. 2, 2020, pp. 137-159.

Coppo, Pietro, *Etnopsichiatria*, 1996, Il Saggiatore.

Couch, Jen, Liddy, Nadine, McDougall, James, 'Our Voices Aren't in Lockdown' – Refugee Young People, Challenges, and Innovation During COVID-19', *Journal of Applied Youth Studies*, vol 4, 2021, pp. 239–259.

de Anstis, Helena, et al., 'Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research', *Transcult Psychiatry*, 2009, vol. 46, no. 4, pp. 584-607.

Di Rosa, Roberta T., 'Smart migration: risorse e rischi digitali dei MSNA', in *Migrazioni in Sicilia 2018*, a cura di Serenella Greco e Giuseppina Tumminelli, 2019, Mimesis.

Draper, Ana, Marcellino, Elisa, 'An early intervention framework for the emotional health and wellbeing of Unaccompanied Minors', in *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry*, a cura di Dinesh Bhugra, 2020, Oxford University Press.

Endale, Tarik, St. Jean, Nicole, Birman, Dina, 'COVID-19 and Refugee and Immigrant Youth: A Community-Based Mental Health Perspective'. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 12, no. S1, 2020, pp. S225-S227.

Fondazione ISMU, *A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia*. UNICEF, UNHCR e OIM, 2019, Roma.

Galimberti, Umberto, *Nuovo dizionario di psicologia*, 2018, Feltrinelli.

Galli, Chiara, 'A rite of reverse passage: the construction of youth migration in the US asylum process', *Ethnic and Racial Studies*, vol. 41, no. 9, 2018, pp. 1651-1671.

Giordano, Cristiana, 'Translating Fanon in the Italian context: Rethinking the ethics of treatment in psychiatry', *Transcultural Psychiatric*, 2011, vol. 48, no. 3, pp. 228-56.

Granata, Anna, Granata, Elena, *Teen immigration*, 2019, Vita e pensiero.

Heidbrink, Lauren, *Migrant Youth, Transnational Families, and the State. Care and Contested Interests*, 2016, University of Pennsylvania Press.

Huang, Hannah, Ougrin, Dennis, 'Impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health services', *BJPsych Open*, vol. 7, no. 5, e145, 2021.

IASC, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, 2007.

INMP, 2020, *Indagine nazionale CoVid-19 nelle strutture del sistema di accoglienza per migranti*. 2020, Roma, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà.

INTERSOS, *La pandemia diseguale. Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19*, 2021.

ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19*, Roma, 2020, Istituto Superiore di Sanità. (Report ISS COVID-19 n. 43/2020)

ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno degli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2*, Roma, 2020, Istituto Superiore di Sanità. (Report ISS COVID-19, n. 22/2020)

Janssen, Loes H.C., et al., 'Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting', in *PLoS One*, vol. 15, no. 10, e0240962, 2020.

Kholi, Ravi K., 'Protecting Asylum Seeking Children on the Move', *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 30, no. 1, 2014, pp. 83-104.

Kiselev, Nikolai, et al., 'Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland'. *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 11, no. 1, 2020, pp. 171- 7825.

Kleinman, Arthur, Das, Veena, Lock Margaret, a cura di, *Social suffering*, 1997, Berkely, University of California Press.

Loades, Maria Elizabeth et al. 'Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 59, no. 11, 2020, pp. 1218–1239- 3.

Lems, Annika, Kathrin Oester, Kathrin, Strasser, Sabine, 'Children of the crisis: ethnographic perspectives on unaccompanied refugee youth in and en route to Europe', *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol.46, no. 2, 2020, pp. 315-335.

Majumder, Pallab, O'Reilly, Michelle, Khalid, Karim, Vostanis, Panos, 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents, *International Journal of Social psychiatric*, vol. 61, no. 2, 2014, pp. 129-136.

Mascheroni, Giovanna et al., 'Learning at a Distance: Children's remote learning experiences in Italy during the COVID-19 pandemic', *Innocenti Research Report* 2021.

Mela, Alfredo, 'Covid, migrazioni, salute mentale: note sugli effetti di un evento epocale', ESPRI Network, 2020, <https://www.espri.network/wp-content/uploads/2021/02/Covid-migranti-salute-mentale.pdf>

Meloni, Francesca, 'The limits of freedom: migration as a space of freedom and loneliness among Afghan unaccompanied migrant youth', *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 46, no. 2, 2020, pp. 423-438.

Ministero dell'Interno e EASO, *Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*, 2021.

Monacelli, Nadia, Fruggeri, Laura, 'Soli ma non isolati: rete connettiva e fattori di resilienza nei vissuti dei minori stranieri non accompagnati', *Rassegna di Psicologia*, vol. XXIX, no.1, 2012, pp. 29-48.

Nathan, Tobie, *Principi di etnopsicoanalisi*, 1996, Bollati Boringhieri.

Ocampo, Joanne M., Audi, Mhd Nour e Wessels, Mike, 'Culture bias and MHPSS', *Forced migration review*, vol. 66, 2021.

OMS/WHO, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*, 2004.

Papadopoulos, Renos K., 'Refugees, trauma and Adversity-Activated Development', *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, vol. 9, no. 3, 2007, pp. 301-312.

Preston, Angela J., Rew, Lynn, 'Connectedness, Self-Esteem, and Prosocial Behaviors Protect Adolescent Mental Health Following Social Isolation: A Systematic Review', *Issues in Mental Health Nursing*, 2021.

Pupavac, Vanessa, 'Refugees in the 'sick role': stereotyping refugees and eroding refugee rights', *New Issues in Refugee Research, Research Paper* no. 128, 2006, UNHCR.

Reed, Ruth V., Fazel, Mina, Jones, Lynne, Panter-Brick, Catherine, 'Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors', *Lancet*, vol. 379, no. 9812, 2012, pp. 250-65.

Rehberg, Katherine, 'Revisiting therapeutic governance. The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings', *Working Paper Series no. 98*, Refugees Studies Center, University of Oxford, 2014.

Ricucci, Roberta, 'Migrazioni, migranti e non cittadini ai tempi del Covid-19', in Cuono, Massimo, Barbera, Filippo, Ceretta, Manuela, (a cura di), *L'emergenza Covid-19. Un laboratorio per le scienze sociali*. 2021, Carocci.

Saglietti, Marzia, "'Il problema è contenerli": minori stranieri non accompagnati e operatori delle comunità per minori', *Rassegna di Psicologia*, n. 1, vol. XXIX, 2012.

Saglietti, Marzia, Zuchermaglio, Cristina, 'Minori stranieri non accompagnati, famiglie d'origine e operatori delle comunità: quale rapporto?', *Rivista di Studi Familiari*, vol. 1, 2010, pp. 40-58.

Save the children, *Atlante dei Minori Stranieri non Accompagnati*, 2017.

Save the children, *Partecipare si può! Strumenti e buone pratiche di partecipazione e ascolto dei minori migranti*, 2019.

Silove, Derrick, Ventevogel, Peter, Rees, Susan, 'The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges', *World Psychiatry*, vol. 16, no.2, 2017, pp. 130-139.

Sleijpen, Marieke et al, 'Lives on hold: A qualitative study of young refugees' resilience strategies'. *Childhood*, vol. 24, no. 3, 2017, pp. 348-365.

Taliani, Simona, Vacchiano, Francesco, (a cura di), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, 2016, Unicopli.

Taurino, Alessandro, Vergatti, Leonarda., Colavitto Maria Teresa, Bastianoni, Paola, 'I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità'. *Infanzia e adolescenza*, 2012, vol. 11, n.1, pp. 47- 64.

Tavolo Nazionale Asilo – Tavolo Immigrazione e Salute, *Dossier Covid-19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, giugno 2020.

Terre des hommes, *Guida al modello Faro. Salute mentale e supporto psico-sociale ai minori migranti non accompagnati e alle famiglie con bambini in prima accoglienza*, 2017.

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, *Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action*, 2019.

Tedeschi, Richard G., Calhoun, Lawrence, 'Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence', *Psychological Inquiry*, vol. 15, no.1, 2004, pp. 1-18.

United Nations Children's Fund, REACH, *Minori in transito in Italia e in Grecia*, 2017, UNICEF.

United Nations Children's Fund, *Come rendere visibile l'invisibile. L'identificazione delle minori straniere non accompagnate in Bulgaria, Grecia, Italia e Serbia*, 2019, UNICEF.

United Nations Children's Fund, Intersos, *Vademecum per l'inserimento lavorativo. Tutor e operatore*, 2019, UNICEF.

Venables, Emilie et al., 'Roles and responsibilities of cultural mediators', *Forced migration review*, vol. 66, 2021.

WHO, *ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19*, 2020.

Zannoni, Federico, 'Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione', *Journal of Health Care Education in Practice*, vol. 2, no. 1, 2020, pp. 25-34.

UNICEF Europe and Central Asia
Regional Office – Italy Outpost
Via Palestro 68, 00185 Rome Italy
Telephone: +39.06.478091
www.unicef.org/eca/

©UNICEF
Novembre 2021

unicef 
per ogni bambino