



Oltre l'accoglienza

**Raccomandazioni della Comunità di Pratiche
per la tutela della salute mentale
e del benessere psicosociale di giovani
migranti e rifugiati/e**

Indice

Introduzione al documento	3
La Comunità di Pratiche	4
Background di sviluppo del documento	5
I principi operativi che guidano gli interventi dell'UNICEF	6
Il modello MHPSS IASC	11
Modelli di intervento per la prevenzione e la risposta ai bisogni di cura e supporto psicosociale	14
Le sfide sistemiche rilevate dalla Comunità di Pratiche	15
Le raccomandazioni della Comunità di Pratiche	19
Sezione 1 Accesso al territorio	27
Navigazione post-soccorso / Operazioni in mare	28
Sbarco, Approdo, Rintraccio	31
Accoglienza emergenziale e prima accoglienza	38
Trasferimento	48
Sezione 2 Accesso a servizi integrati e di qualità	49
Rafforzamento di un sistema di governance multilivello per favorire la strutturazione di servizi accessibili, informati e competenti	50
Rafforzamento delle conoscenze e competenze	52
Sezione 3 Presa in carico integrata	55
Osservazione guidata	57
Assessment	58
Équipe Funzionale Multidimensionale e Multiprofessionale	60
Attività volte a prevenire e mitigare gli stati di stress psicosociale e sofferenza emotiva	61
Promuovere un approccio transculturale, intersezionale e di transizione alla maggiore età	64
Glossario e acronimi/abbreviazioni	65

Coordinamento

Ivan Mei, Enza Roberta Petrillo, Fedora Gasparetti, Estella Guerrera, Silvia Li Quadri Cassini Finaurini, Paolo Vanni

Comunità di Pratiche

SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - U.O.N.P.I.A. - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano: Paola Maffei, Sofia Trezzi

Associazione Approdi: Delia Da Mosto, Irene Esposito, Stella Kutrubis

Cooperativa Inserimento Disabili Assistenza Solidarietà (CIDAS): Marilù Parisi, Sarah Miclet

Centro SaMiFo - Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma1: Silvia Capretti, Giancarlo Santone

Terres des Hommes: Federica Giannotta

Centro PENC: Maria Chiara Monti, Rosalia Terrana

Azienda Sanitaria Provinciale di Catania: Giuseppe Florio, Aldo Virgilio

Regione Emilia-Romagna / Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna: Rosa Costantino, Tiziana Marzulli

Grafica

Roberta De Cristofaro

Ringraziamo per i contributi dati all'elaborazione del presente documento

Ufficio UNICEF per l'Europa e l'Asia Centrale in Italia: Maria Eleonora Benini, Laura Biscaglia, Paola Galassi, Emanuel Garavello, Chiara Garri, Maddalena Grechi, Valentina Iacovelli, Anna Lisa Pantusa, Giorgia Rocca.

Youth Sounding Board: Krishini Srikrishnamoorthy, Tetiana Yurchuk, Zeyad Hashem Mahmod Allderehmin, Cristina D'Agostino, Mohamed Hafez, Elshoery Elsayed Reda Mahmood Hashem, Qasim Mihammad, Sadman Sakib Mir, Saine Saidou, Shehara Galagamage, Mahmadou Korke Balde.

Ringraziamo inoltre Emergency, Medici Senza Frontiere, Mediterranea Saving Humans, Open Arms, SOS Humanity per i contributi dati durante le sessioni di consultazione sulle operazioni di ricerca e soccorso in mare.



in support of



UNICEF does not endorse any brand, product or service.

Introduzione al documento

La Comunità di Pratiche

La **Comunità di Pratiche sui servizi di supporto psicosociale e salute mentale per giovani migranti e rifugiati** include i servizi e le figure professionali giudicate più coinvolte nell'ambito della mappatura dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale per gli/le adolescenti e giovani persone migranti e rifugiate realizzata nel 2022 da UNICEF.¹ Con la Comunità di Pratiche l'UNICEF vuole supportare, in una logica community-based, il rafforzamento del sistema MHPSS per le persone adolescenti e giovani migranti e rifugiati/e grazie all'attivazione di una comunità di esperti ed esperte che si confronta in modo sistematico e regolare su questioni operative o di advocacy inerenti alla Salute Mentale e il Supporto Psicosociale della popolazione migrante e rifugiata sulla base delle loro differenti esperienze, bisogni e volontà.

Gli obiettivi della Comunità di Pratiche si articolano nel:

- rinforzare la capacità del personale operante nel sistema sociosanitario e dei professionisti/e tramite analisi dei bisogni formativi, trasferimento del capitale di conoscenza, strumenti e strategie di risoluzione di problemi
- identificare soluzioni e proposte circa questioni di specifica rilevanza programmatica e di advocacy
- condividere il capitale di conoscenze della Comunità di Pratiche con decision makers che sovrintendono la definizione di politiche e programmi in materia di salute mentale e supporto psicosociale
- avviare e consolidare un piano di lavoro sugli standard MHPSS minimi da garantire all'interno del sistema di accoglienza e del sistema dei servizi sociosanitari.

Allo stato della pubblicazione del presente documento, la composizione della Comunità di Pratiche è la seguente:

- Associazione Approdi
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catania
- Centro PENC
- Centro SaMiFo - Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma1
- Cooperativa Inserimento Disabili Assistenza Solidarietà (CIDAS)
- Regione Emilia-Romagna / Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna
- SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - U.O.N.P.I.A. - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
- Terres des Hommes

Il presente documento è stato inoltre realizzato in consultazione con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.

¹ Nuovi Percorsi. Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia <https://www.unicef.it/pubblicazioni/nuovi-percorsi/>.

Background di sviluppo del documento

Nel contesto complesso dell'accoglienza e integrazione dei e delle minori e giovani migranti e rifugiati, l'identificazione, la presa in carico e i referral efficaci ai servizi di salute mentale, nonché interventi mirati al benessere psicosociale, rappresentano pilastri fondamentali per garantire un supporto adeguato alle persone in situazioni di vulnerabilità. In questo contesto, il presente documento si propone di offrire alcune raccomandazioni e linee guida di intervento minimi per migliorare tali processi.

È fondamentale riconoscere che, oltre agli interventi che rispondono a situazioni specifiche, è cruciale concentrarsi su interventi preventivi che agiscono a diversi livelli del percorso di accoglienza. L'implementazione di strategie preventive può contribuire significativamente a ridurre il rischio di sviluppo di quadri clinicamente rilevanti e favorire una migliore integrazione sociale e culturale delle persone minorenni e giovani migranti e rifugiati.

Questo documento è rivolto a tutte le figure professionali e agli attori dei servizi pubblici e privati che partecipano al processo di accoglienza e integrazione. Gli obiettivi programmatici di questo documento non sono esaustivi e mirano a fornire linee guida di intervento basilari, tenendo conto delle variazioni territoriali nei servizi e nelle procedure.

Il lavoro qui presentato si integra strettamente con altri strumenti, già consolidati nel campo, che proceduralizzano procedure di identificazione, presa in carico e referral ai servizi sociosanitari inclusi quelli di salute mentale, tra cui:

- il Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati;²
- il Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e di accoglienza;³
- il Sistema di accoglienza e integrazione e i minori stranieri non accompagnati.⁴

² https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-08/24_vademecum_per_la_presa_in_carico_dei_minori_stranieri_non_accompagnati.pdf

³ <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2023-06/vademecum.pdf>

⁴ <https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2023/05/prot-Rapporto-MSNA-7-%E2%80%93-2023-Il-Sistema-di-Accoglienza-e-Integrazione-e-i-minori-stranieri-non-accompagnati.pdf>

I principi operativi che guidano gli interventi dell'UNICEF

La **tutela della salute mentale e del supporto psicosociale (Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS)** di bambini, bambine e adolescenti è una priorità globale per l'UNICEF,⁵ con particolare riguardo a coloro che si trovano in una situazione di vulnerabilità e rischio. Interventi con approccio MHPSS sono stati progressivamente integrati in tutti i programmi dell'UNICEF (protezione, salute, prevenzione e risposta alla violenza di genere, educazione e promozione e partecipazione di minorenni e giovani), sulla base della peculiarità del contesto e dei bisogni identificati con destinatari e destinatarie, adottando la definizione di MHPSS indicata nelle Linee guida⁶ del Comitato Permanente Inter-Agenzia (Inter-Agency Standing Committee - IASC) sulla Salute mentale e Supporto psicosociale.

Nelle Linee Guida IASC, il termine composito **salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS)** indica qualsiasi tipo di supporto, interno o esterno ad una comunità, che **mira a proteggere o promuovere il benessere psicosociale e/o a prevenire o offrire adeguate risposte e trattamento a condizioni di disagio** legate alla salute mentale. Questo termine è ampiamente validato e utilizzato in ambito internazionale; esso pone a fondamento del sistema di supporto un **approccio multidisciplinare e integrato**, che consente di unire e coordinare un'ampia gamma di soggetti che intervengono a sostegno di persone, gruppi e comunità, sottolineando la necessità di far convergere e dialogare approcci professionali diversi e complementari, al fine di fornire servizi adeguati in risposta ai bisogni multidimensionali di benessere, salute e cura.

Salute mentale

è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte al normale stress quotidiano, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità.

Supporto psicosociale

include processi e azioni che promuovono il benessere olistico delle persone nel loro ambiente sociale. Tali processi sono volti a facilitare la resilienza di individui, famiglie e comunità, rispettandone l'indipendenza, la dignità, le strategie e risorse, promuovendo il ripristino della coesione sociale e delle infrastrutture comunitarie.

⁵ Mental Health and Psychosocial Technical Note: <https://www.unicef.org/documents/mental-health-and-psychosocial-technical-note>

⁶ Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, IASC 2007. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

In concordanza con le Linee guida IASC, e i principali strumenti operativi e teorici di riferimento prodotti dall'UNICEF a livello internazionale,⁷ *tutti gli operatori, operatrici ed enti che operano nell'ambito del sostegno* alla salute mentale e al benessere psicosociale sono vincolati da importanti **principi operativi** che enunciano e guidano gli interventi in ogni loro fase (valutazione dei bisogni, progettazione, implementazione, monitoraggio, valutazione, ricerca, advocacy, ecc.). Questi principi operativi sono sintetizzabili come segue:

1. Equità e diritti umani fondamentali

Ogni servizio di salute mentale e benessere psicosociale deve promuovere i diritti umani fondamentali delle persone e dei gruppi a cui si rivolgono. Inoltre, in conformità alla *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, tutte le parti coinvolte dovrebbero assicurare la massima equità, accessibilità e disponibilità dei servizi, a tutta l'utenza che ne abbia necessità, senza discriminazione alcuna, legata a genere, età, lingua, appartenenza culturale, o qualunque altra dimensione umana. Nello specifico ambito di interesse per questa ricerca, le e i MSNA sono considerati una categoria vulnerabile e, dunque, dovrebbero essere garantiti loro dei canali dedicati che facilitino l'accesso e la fruizione dei servizi che tengano in considerazione esperienze specifiche anche legate a questioni di genere.

2. Non arrecare ulteriore danno

La massima attenzione e cura è richiesta affinché i servizi di salute mentale e supporto psicosociale non siano causa e non contribuiscano, anche in modo non intenzionale, a creare ulteriore disagio, sofferenza, difficoltà, svantaggio, o maggiore vulnerabilità alla persona e ai gruppi a cui si rivolgono. Essendo l'ambito di intervento psicosociale delicato e complesso, il rischio

di poter nuocere è più elevato che in altri settori. Si rendono dunque necessari un'accurata valutazione di possibili fattori di rischio prima, durante e dopo l'erogazione dei servizi e un attento monitoraggio dell'impatto dell'intervento sul benessere psicosociale e sulla sicurezza dell'utente.

3. Superiore interesse

In ogni processo decisionale, pubblico e privato, di natura giudiziaria e amministrativa o in altri contesti, il principio del superiore interesse della persona minorenni rappresenta un elemento fondamentale e deve essere tenuto in primaria considerazione. Tale principio è un rilevante strumento interpretativo attraverso il quale bilanciare il ruolo delle persone adulte rispetto alle persone di minore età, all'interno di processi decisionali, di tutela, assistenza e supporto che le riguardano. Il superiore interesse deve assumere una dimensione individuale, che tenga conto delle condizioni di ciascun/a minorenni nel caso di specie, soprattutto in situazioni particolarmente delicate. Questo al fine di promuoverne e garantirne il benessere in termini di bisogni primari materiali, fisici, educativi ed emozionali.

4. Partecipazione degli individui e gruppi a cui si rivolgono gli interventi

di salute mentale e benessere psicosociale. Il coinvolgimento e la consultazione delle persone beneficiarie dei servizi è fondamentale per assicurare che gli interventi siano coerenti ed efficaci rispetto i bisogni identificati. Inoltre, incoraggiare un ruolo attivo dell'utenza all'interno dei programmi garantisce un più veloce recupero, il rafforzamento delle risorse personali e una maggiore capacità di autodeterminazione; tutti aspetti fondamentali e propedeutici al consolidamento del benessere psicosociale e all'empowerment. Nel caso di ragazzi e ragazze, le loro voci, pensieri ed emozioni

7 Operational guidelines: Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Three-tiered support for children and families, UNICEF 2018. <https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019> UNICEF Global Multisectorial Operational Framework for Mental Health and Psychosocial Support of Children, Adolescents and Caregivers Across Settings. <https://www.unicef.org/reports/global-multisectorial-operational-framework>

dovrebbero sempre essere tenuti in massima considerazione ed assunti a elementi guida degli interventi. L'assunzione di un ruolo attivo può richiedere tempi differenti a seconda delle esperienze della persona, anche in relazione al genere e al contesto culturale di appartenenza. Matrimoni e gravidanze precoci, ad esempio, possono influire sulla percezione di una propria identità autonoma, così come le norme sociali e di genere da cui una ragazza è stata circondata possono influenzare l'apertura alla condivisione delle sue opinioni.

5. Costruire gli interventi su risorse e capacità disponibili, rafforzando i sistemi esistenti, valorizzando le risorse dell'individuo, dei gruppi e delle comunità a cui gli stessi servizi si rivolgono

Questo principio può implicare una mappatura e valutazione di iniziative comunitarie e servizi a sostegno della salute mentale e supporto psicosociale già attivi, prima che ne vengano stabiliti di nuovi. In generale, ogni intervento dovrebbe rispondere ai bisogni identificati ed essere compatibile con le esigenze, anche

culturali, del contesto e dell'utenza, per poter essere sostenibile. Il continuo rafforzamento e rinforzo delle capacità di operatrici e operatori, e degli altri stakeholders coinvolti, dovrebbe essere un pilastro programmatico prioritario di ogni intervento. Negli ultimi anni si è andato via, via diffondendo un approccio cosiddetto 'community-based', che è ben esemplificato dalle linee guida operative sviluppate recentemente UNICEF e sopra menzionate.

6. Supporto alla salute mentale e benessere psicosociale su più livelli e integrato

Come già evidenziato, il continuum dei bisogni di base e psicosociali può essere supportato con una molteplicità di interventi, che nella loro diversità e peculiarità, prevedono competenze tecniche diverse, ma agiscono in modo integrato e complementare. Questo aspetto è fondamentale per evitare che si crei un sistema frammentato, incapace di cogliere e rispondere adeguatamente ai bisogni complessi della persona e dei gruppi.

7. Coordinamento inter-agenzia e meccanismi di invio

Data la vasta area di servizi e la grande molteplicità di figure che operano in diversi settori a supporto della salute mentale e del benessere psicosociale (salute, educazione, protezione, solo per citare alcuni tra i principali), sono necessari dei meccanismi di coordinamento efficaci e condivisi, che rendano possibile un regolare scambio e confronto tra tutti i soggetti coinvolti, a livello locale, regionale e nazionale. Una buona conoscenza dei servizi attivi sul territorio, da parte di chi eroga i servizi stessi, è fondamentale per poter fornire un supporto integrato in grado di rispondere al continuum dei bisogni dell'individuo ed effettuare degli interventi tempestivi e adeguati. Fanno parte delle linee guida IASC⁸ diversi strumenti per mappare i servizi esistenti, instaurare meccanismi di coordinamento inter-agenzia efficaci e sistematizzare i meccanismi di invio.



⁸ <https://www.mhpssmsp.org/en>



Lo **Youth Sounding Board** (YSB) è un gruppo di circa 15 **MSNA e giovani migranti e rifugiati** tra i **15 e i 19 anni**, nato nel quadro del Programma

Adolescent Wellbeing, i cui membri sono prevalentemente minori residenti in strutture del sistema di accoglienza a Milano. Da ottobre 2023 a giugno 2024 lo YSB si è incontrato regolarmente ogni settimana presso l'Hub Indifesa di Terres des Hommes, coordinato da una operatrice dell'UNICEF, per riflettere sul tema della **Salute Mentale e del benessere psicosociale** ed **analizzare i servizi di supporto dedicati a migranti e rifugiati**, contribuendo creativamente a **proporre soluzioni per il loro miglioramento**.

Raccogliendo le voci, i punti di vista, le opinioni e le esperienze dei partecipanti e confrontandosi con focus group in presenza

composti da adolescenti migranti in reception centres a Genova e Ragusa e con i risultati di sondaggi on line sul tema della Salute Mentale, YSB ha identificato gli **aspetti prioritari su cui concentrare la propria azione, raccolto informazioni sui servizi esistenti e segnalato le criticità incontrate nell'accesso**.

Oltre a riportare il frutto di queste osservazioni e interazioni alla Comunità di Pratiche, UNICEF valorizzerà il lavoro dello Youth Sounding Board producendo un piccolo vademecum adolescent friendly, tradotto in più lingue, destinato ad informare i MSNA nel sistema di accoglienza sui concetti di base relativi alla salute mentale e al benessere psicosociale, sui principali servizi di supporto disponibili e sulle figure professionali di riferimento, dentro e fuori il sistema di accoglienza.

In linea con i principi operativi sopra citati, è importante che le organizzazioni che operano nell'ambito del sostegno alla salute mentale e al benessere psicosociale si dotino di strumenti di salvaguardia a tutela delle persone minorenni servite dai propri programmi. Gli stessi servizi di accoglienza e supporto, infatti, possono creare o esacerbare i rischi a cui bambini, bambine, adolescenti sono esposti, quali violenza fisica, violenza sessuale, abuso e lo sfruttamento sessuale, abuso emotivo e verbale, sfruttamento economico, mancata tutela della sicurezza fisica ed emotiva, negligenza rispetto ai bisogni fisici, emotivi e psicologici, pratiche culturali dannose e violazioni della privacy. Con l'espressione *child safeguarding* si fa riferimento alle misure prese, a livello di politiche, procedure e programmi, per garantire la sicurezza fisica ed emotiva e valutare e ridurre i rischi di causare danno a bambini, bambine, adolescenti con cui le organizzazioni entrano in contatto, in modo diretto o indiretto, attraverso il proprio lavoro, il proprio personale e i propri partner.

In particolare, per quanto riguarda le fattispecie di abuso e sfruttamento sessuale, i principi guida IASC e i relativi strumenti operativi e teorici, inclusi quelli prodotti dall'UNICEF a livello internazionale, offrono dei riferimenti utili nella creazione di politiche e meccanismi di segnalazione, investigazione e risposta.⁹ Nello svolgimento delle attività di supporto psicosociale, è fondamentale che le politiche di protezione dallo sfruttamento e abuso sessuale (PSEA) siano applicate sulla base di un approccio di tolleranza zero contro. Le politiche e i relativi meccanismi – sicuri, accessibili e possibilmente identificati sulla base di consultazioni con le persone destinatarie - devono essere comunicati efficacemente a tutte le persone coinvolte attraverso canali differenti a seconda della popolazione di riferimento, tra cui messaggi semplificati per l'infanzia.¹⁰

Ulteriori informazioni sono disponibili accedendo al corso e-learning [Prevenzione dello sfruttamento e dell'abuso sessuale](#).

⁹ <https://psea.interagencystandingcommittee.org/>

¹⁰ Esempi di materiale di comunicazione sono disponibili sul sito IASC: https://psea.interagencystandingcommittee.org/resources?f%5B0%5D=type_of_publication%3A336

Principi guida per supportare persone sopravvissute a violenza di genere

1. **Sicurezza:** la sicurezza della persona sopravvissuta a violenza e di altri, come i suoi figli, familiari e le persone che l'hanno assistita, deve essere la principale priorità per tutti gli attori. Le persone che riportano un episodio di violenza di genere o una storia di abuso sono spesso ad alto rischio di ulteriori violenze da parte degli stessi autori o da parte di altri.
2. **Riservatezza:** la riservatezza riflette la convinzione che le persone hanno il diritto di scegliere a chi raccontare o meno la propria storia. Mantenere la riservatezza significa non divulgare alcuna informazione in nessun momento a nessuna delle parti, senza il consenso informato della persona interessata. La riservatezza promuove la sicurezza, la fiducia e l'empowerment.
3. **Rispetto:** la persona sopravvissuta a violenza è l'attore principale e il ruolo delle persone che la supportano è di facilitarne il recupero e di fornirgli/le risorse per la risoluzione dei suoi problemi e il soddisfacimento delle sue necessità. Tutte le azioni intraprese dovrebbero essere guidate dal rispetto delle scelte, desideri, diritti e dignità della persona.
4. **Non discriminazione:** le persone sopravvissute alla violenza dovrebbero ricevere un trattamento equo ed equilibrato indipendentemente da età, sesso, razza, religione, nazionalità, etnia, orientamento sessuale o qualsiasi altra caratteristica.

Per maggiori approfondimenti: [The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming, Inter-Agency Standing Committee, 2019](#)

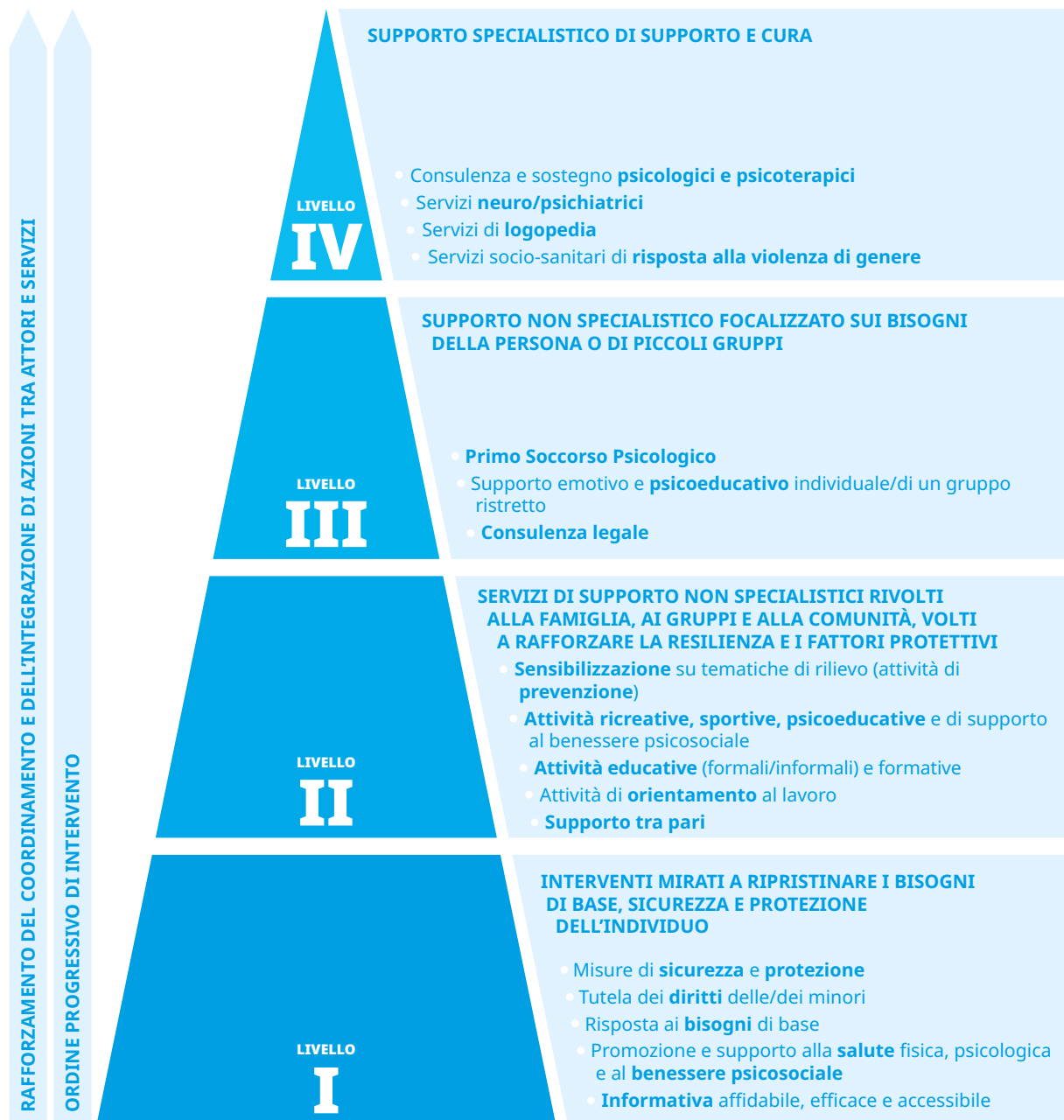


Il modello MHPSS IASC

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

La piramide degli interventi a supporto dei MSNA

Ogni intervento rispetta il principio del **non nuocere**, la **dignità** e il **superiore interesse del/la minore** e adotta la **mediazione-linguistico culturale** quale elemento costitutivo di ogni intervento



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

Livello 1: interventi mirati a garantire i bisogni di base, la sicurezza (effettiva e percepita) e la protezione della persona.

Devono essere messe in atto tutte le considerazioni e gli accorgimenti necessari per assicurare il pieno rispetto della dignità umana, il coinvolgimento dei e delle minorenni e l'attenzione al loro superiore interesse. Questo approccio, che permarrà valido per ogni livello di intervento MHPSS, vuole essere enfatizzato e promosso anche in quei servizi che si focalizzano sul soddisfacimento di *bisogni basilari* (cibo, materiale igienico, cure mediche, vestiti e coperte, un posto protetto in cui vivere, misure di tutela sicure e affidabili per un/a minore non accompagnato/a, ecc.).

La sicurezza della persona è allo stesso modo una prerogativa irrinunciabile e dunque, per quanto riguarda i e le minorenni, implica un ambiente fisico, emotivo e relazionale che sia tutelante, supportivo, prevedibile e coerente.

Rientrano a questo livello *disseminazione di informazioni* critiche per accedere ai servizi e *azioni di sensibilizzazione* su aspetti inerenti a: diritti umani fondamentali, principi guida della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, multidimensionalità del benessere psicosociale, ecc.

Livello 2: interventi di supporto diretti alle famiglie, ai gruppi e alla comunità che mirano a ristabilire e/o rafforzare la resilienza individuale, i fattori protettivi (individuali e del gruppo) e le strategie funzionali di adattamento.

All'interno di questo livello si colloca la maggioranza degli interventi non focalizzati e non specializzati di supporto al benessere psicosociale. Si tratta di *servizi strutturati e che hanno obiettivi predefiniti*, guardano ai bisogni del gruppo e mirano a rafforzare

le connessioni tra persone e reti sociali di supporto sostituendo o rafforzando i sistemi di supporto familiari o comunitari presenti in passato e modificatisi in seguito a emergenze o movimenti migratori. Per esempio, il lavoro con gli/le adolescenti a questo livello potrebbe includere laboratori di gruppo mirati al rafforzamento dell'autostima delle strategie di coping, della capacità di gestire le emozioni e situazioni di conflitto, ecc. Rientrano in questa categoria anche il **supporto tra pari**, le azioni di sensibilizzazione (contro lo stigma, la discriminazione, gli stereotipi di genere, ecc.), le attività ricreative, sportive e formative (che devono includere componenti MHPSS), gli interventi psico-socioeducativi, i servizi di educazione formali e informali, ecc. È importante predisporre sia attività in gruppi misti (per età, genere, cultura), così come attività distinte. La molteplicità degli interventi che si collocano a questo livello vengono indicati genericamente come **supporto psicosociale non specialistico e sottintendono servizi strutturati e adattati al gruppo di riferimento (in base al genere, età, cultura, ecc.)**.

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

Livello 4: interventi di supporto e cura specialistica. Al vertice della piramide troviamo i servizi clinici e medici che richiedono una maggiore attenzione al vissuto e alla storia dell'individuo e

necessitano di competenze specializzate, tra cui il supporto psicologico, psicoterapeutico, neuropsichiatrico, psichiatrico, neurologico, ecc.

Nel complesso, i quattro livelli di supporto enfatizzano la connessione tra i servizi che rafforzano la resilienza dell'individuo nella comunità d'accoglienza e nel territorio di inclusione (I e II livello), i servizi che migliorano i meccanismi di adattamento di specifici gruppi vulnerabili all'interno della popolazione più ampia (II livello) e i servizi focalizzati rivolti ai bisogni individuali (III e IV livello), i quali possono prevedere anche interventi specialistici (IV livello). **Il paradigma operativo di salute mentale e supporto psicosociale si propone, quindi, come risposta organica alla frammentarietà dei modelli di intervento messi in atto dagli attori che, al di fuori del settore sanitario, erogano servizi convenzionalmente ascritti al benessere psicosociale, e gli attori del settore sanitario che convenzionalmente sovrintendono gli interventi clinici di salute mentale.** Dal punto di vista dei soggetti deputati a erogare i servizi, quindi, la definizione MHPSS si propone di "armonizzare in una dimensione di interdisciplinarietà, le tre figure cardine dell'azione psicosociale, psichiatri, psicologi/ghe e operatori/trici sociali, ciascuna interagente con le altre ma con propri specifici compiti distribuiti nelle varie fasi dell'intervento, escludendo approcci mono-disciplinari e isolati che l'esperienza ha dimostrato essere riduttivi e non appropriati" (Castelletti, 2008, pag.7¹¹). In aggiunta alle figure professionali sopra menzionate, si ritengono rilevanti anche altri professionisti quali educatori/trici, operatori/trici sanitari/e, volontari.

La freccia nello schema del modello, che dalla base della piramide si sviluppa verso l'alto, sta proprio ad indicare la priorità degli

interventi, ovvero la direzione progressiva con cui i servizi dovrebbero essere erogati. Ciò non deve essere erroneamente interpretato come una gerarchia di importanza tra servizi, **suggerisce piuttosto di optare per servizi ai livelli superiori della piramide solo avendo già attenzionato e soddisfatto i bisogni relativi ai livelli sottostanti. In questo modo, l'intervento avrà maggiori probabilità d'efficacia e il numero di soggetti che necessiteranno di servizi focalizzati, risorse dedicate, e supporto nel lungo termine, diminuirà man mano che si sale verso il vertice della piramide.** Allo stesso tempo, persone che presentano condizioni di salute mentale rilevanti possono essere indirizzati ai servizi del livello 4 in quanto necessitanti di un supporto e cura specialistici.



© UNICEF/Trovato/2024

11 Le Linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza, Paolo Castelletti, 2008, <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%202%20Cas.pdf>.

Modelli di intervento per la prevenzione e la risposta ai bisogni di cura e supporto psicosociale

I bisogni e i vissuti emotivi, specialmente quelli legati a **esperienze complesse** come la migrazione forzata, percepiti dai e dalle minorenni e giovani migranti e rifugiati non sempre sono esternati con modalità facilmente decodificabili dagli operatori dei centri di accoglienza o dalle figure di riferimento più prossime. Spesso le persone minorenni e gli adulti che ne hanno la cura vanno supportati e guidati nella comprensione dei loro stati emotivi più delicati (che talvolta sono anche molto dolorosi), e delle possibili reazioni psico-fisiche e relazionali ad essi connesse. Questa azione di supporto dei bisogni e del benessere psicosociale poggia su due tipologie di intervento.

Interventi di prevenzione e promozione.

L'obiettivo è il **rafforzamento** dello stato di **benessere psicosociale** acquisito e il potenziamento delle **risorse individuali e ambientali** che sostengono e facilitano la capacità di gestire in modo efficace le sfide evolutive e i processi di adattamento. In questa categoria rientrano tutti i servizi di consolidamento delle competenze di vita e dei punti di forza della persona (a livello di abilità cognitivo-intellettive, emotivo relazionali, ecc.), di promozione delle connessioni sociali di fiducia e supporto (tra coetanei, in un nucleo familiare, con figure adulte di riferimento, ecc.) e, rispetto agli adulti che si prendono cura delle persone minorenni, della loro abilità di offrire cure parentali affidabili ed efficaci.

Interventi di supporto e cura. Si tratta di interventi erogati in **risposta a una condizione di disagio emotivo**, sofferenza psicologica, o - in casi più gravi - in presenza di un disturbo psicologico o psicopatologia conclamata. La sofferenza emotiva può assumere forme non sempre chiaramente riconoscibili e, talvolta, può celarsi dietro a comportamenti che sembrerebbero

comunicare messaggi contrastanti. Gli operatori e le operatrici professionali (ad esempio, educatori ed educatrici, coordinatori e coordinatrici di comunità, assistenti sociali, psicologi e psicologhe, ecc.) e le altre possibili figure di riferimento (genitori, tutori e tutrici, insegnanti o tutor di tirocini, allenatori/trici sportivi/e o animatori/trici in centri socio-ricreativi, ecc.) **dovrebbero padroneggiare gli strumenti per saper decifrare il comportamento di bambini, bambine e adolescenti e individuare prontamente segnali di sofferenza e di possibile disagio emotivo. Queste manifestazioni di malessere, se riconosciute e adeguatamente gestite da operatori professionali formati, possono avere un impatto meno significativo sulla salute mentale del/della minore.**

Identificare tempestivamente i segnali di allarme e valutarne la complessità consente invii mirati e rapidi ai servizi specialistici così da evitare l'acutizzarsi della sintomatologia o il suo cronicizzarsi e l'attivazione di interventi intensivi troppo gravosi. Nel caso di maggiore vulnerabilità è necessaria una attenzione maggiore ai bisogni «stress-correlati» anche nell'ambiente di accoglienza per supportare i percorsi di cura formale e facilitare i processi di adattamento legati alla post-migrazione.

**Le sfide sistemiche
rilevate dalla
Comunità di Pratiche**

In relazione al presente documento, la Comunità di Pratiche ha rilevato delle sfide significative che necessitano di interventi ad hoc finalizzati al rafforzamento del benessere psicosociale e della salute mentale e a rispondere in modo adeguato a condizioni di disagio emotivo, sofferenza psicologica o disturbi psicologici e psicopatologie conclamate. Tali sfide, così come gli interventi proposti, sono state evidenziate in tre fasi del percorso di accoglienza: Accesso al territorio, Accesso ai servizi, Presa in carico.

Accesso al territorio

Questa fase comprende l'ingresso nel territorio tramite sbarco, approdo o rintraccio, le fasi di accoglienza emergenziale, straordinaria e prima accoglienza in strutture governative e la fase del trasferimento alla prima e seconda accoglienza.

Sfide rilevate

- Mediazione linguistico-culturale inappropriata e non continuativa o svolta da personale che per genere o altre

caratteristiche non favorisce l'aggancio fiduciario per l'emersione di vulnerabilità specifiche

- Accelerato deterioramento degli stati di malessere e applicazione precoce di trattamenti psichiatrici
- Contesti di accoglienza non strutturati e organizzati per favorire il benessere psicosociale compromettono in modo significativo la salute emotiva e la resilienza degli/delle ospiti
- Identificazione precoce segnali di rischio e vulnerabilità psicologiche/psicosociali e strutture potenzialmente fonte di ulteriori rischi per la sicurezza fisica ed emotiva delle persone accolte
- Assenza di spazi sicuri e confidenziali che favoriscono l'emersione di rischi e vulnerabilità in fase di colloquio
- Assenza strutturazione di spazi e tempi di permanenza nelle strutture
- Carenza di risorse per l'accompagnamento ai servizi sanitari competenti territorialmente

Accesso ai servizi

Sfide rilevate



Ostacoli all'accesso ai servizi MHPSS

- Assenza/carenza di colloquio con finalità orientative o di screening, finalizzato all'individuazione di segnali di vulnerabilità psicologica/psicosociale
- Assenza/carenza di prassi consolidate per riunire tutti gli attori coinvolti nella gestione di casi
- Carenza di procedure e strumenti armonizzati per la condivisione delle



informazioni in modo sicuro nel rispetto con principio di riservatezza

- Carenza di informazioni sanitarie sulla persona che accede ai servizi
- Stigma e pregiudizio verso i bisogni di salute mentale

Barriere di accesso ai servizi

- Difficoltà di ottenimento della residenza per chi non è accolto nel SAI
- Tipologia di patologia: i servizi pubblici di salute mentale hanno ristretto sempre di più i criteri di accesso sulla base della gravità della patologia
- Età: i servizi sono carenti per la fascia di età di persone minorenni alla soglia della maggiore età
- Vulnerabilità fisiche e/o psichiche non sono compatibili con i criteri di accesso a determinate strutture, in particolare qualora ci sia uso/abuso di sostanze, o quando è necessario l'inserimento in una struttura residenziale e con la presenza di operatori e operatrici 24 ore su 24

- Carenza di servizi pubblici di psicoterapia
- Carenza di supporto al personale di accoglienza per la gestione della sofferenza mentale
- Ricoveri lunghi nei casi più gravi in reparti non idonei, fino anche a 6 mesi di durata a causa della difficoltà di individuare comunità idonee
- Carenza di strutture terapeutiche o, nelle medesime strutture, di posti sufficienti per rispondere al fabbisogno identificato

Presenza in carico

Sfide rilevate

- Quadri clinici e/o di disagio mentale marcati e associati a comportamenti devianti e uso/abuso di sostanze
- Quadri clinici e/o di disagio emotivo-psicologico associato al vissuto di persone sopravvissute a violenza di genere, abuso o sfruttamento, o altri episodi fortemente destabilizzanti e potenzialmente traumatici
- Quadri clinici e/o di disagio mentale associati a gravidanze precoci
- Carenza di consapevolezza dei e delle minori relativamente alle aspirazioni legate al progetto migratorio
- Sovraccarico del Servizio Sanitario Nazionale e carenza di servizi adeguati alla presa in carico di persone migranti



Le raccomandazioni della Comunità di Pratiche



Queste raccomandazioni sono orientate a fornire principi guida mirati sull'erogazione di servizi e interventi di tutela e sostegno al benessere psicosociale e alla salute mentale dei e delle minori e giovani migranti e rifugiati, con un'enfasi sulla prevenzione e l'individuazione precoce delle vulnerabilità psicosociali e la promozione del benessere psicosociale in contesti quali le strutture di primo soccorso, le strutture di accoglienza straordinaria ed emergenziale e le strutture di prima accoglienza governative, includendo inoltre la fase delicata del trasferimento ai centri di prima e/o seconda accoglienza e tra questi.

In tali contesti, gli interventi di supporto psicosociale e di salute mentale per le persone minorenni e giovani migranti sono mirati a favorire:

- **SAFETY:** creare un senso di sicurezza - fisica, emotiva, psicologica e relazionale - anche nei contesti iniziali di accoglienza, fornendo supporto emotivo e risorse adeguate.
- **CONNECTION:** promuovere da subito opportunità di confronto, di gruppo e di creazione di relazioni efficaci tra i e le minori e con gli operatori e le operatrici di accoglienza, assicurandone l'inclusione e l'accessibilità a minori e giovani differenti per età, genere, cultura di provenienza, presenza di disabilità e altre caratteristiche, anche attraverso il monitoraggio della partecipazione ai momenti di scambio.
- **COPING:** sviluppare strategie di gestione e superamento delle difficoltà per aiutare minori e giovani ad adattarsi alla realtà delle strutture di accoglienza post accesso al territorio e a far fronte allo stress e possibili condizioni di disagio emotivo e psicologico.

Il modello qui illustrato si basa sulla consapevolezza che gran parte della guarigione dall'esposizione allo stress cronico e al trauma può avvenire in contesti non clinici.¹²

¹² Trauma Informed Care -TIC, Bath, 2016

A livello generale, tali interventi si articolano tenendo in considerazione le seguenti macroaree di riferimento.

Prevenzione e gestione dell'insorgenza di quadri acuti di stress psicosociale

- Implementare interventi di prevenzione per ridurre il rischio di compromissione dello stato di benessere psicosociale e della salute mentale dei ragazzi e delle ragazze, con particolare attenzione alle fasi di primo arrivo.
- Fornire agli operatori e alle operatrici strumenti operativi efficaci di gestione delle situazioni di emergenza psicosociale e garantire la sicurezza dei e delle minori.
- Implementare interventi che promuovano un approccio empatico verso minori e giovani migranti, evitando qualsiasi forma di disumanizzazione, di minaccia al loro benessere e di potenziale ritraumatizzazione, qualora sia presente una condizione di trauma pregresso.

Riduzione dei fattori di rischio e rafforzamento dei fattori di protezione

- Identificare e ridurre i fattori di rischio, anche di contesto, che possono influire sul benessere psicosociale e la salute mentale dei e delle minori migranti.
- Potenziare i fattori di protezione, inclusi quelli legati agli ambienti di accoglienza, per creare contesti più sicuri e favorevoli al recupero e/o rafforzamento del benessere psicosociale.

Individuazione delle situazioni di vulnerabilità, loro segnalazione e supporto specialistico

- Stabilire e sistematizzare procedure e strumenti per individuare rapidamente e con efficacia i casi di maggiore vulnerabilità tra i/le minori, consentendo un immediato accesso al supporto specialistico necessario.
- Implementare programmi di formazione per gli operatori e le operatrici finalizzati all'identificazione precoce dei segnali che riconducono a situazioni di vulnerabilità e al loro indirizzamento verso servizi specialistici.

Il sistema di accoglienza

Le modalità di accoglienza dei e delle richiedenti asilo in Italia sono regolate principalmente dal [D.lgs n. 142/2015](#), il decreto di attuazione della [direttiva 2013/33/UE](#) recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

Le sue norme sono state più volte modificate nel tempo, tra cui si segnalano nel 2023 quelle introdotte dai Decreti-Legge n. [20/2023 \(il c.d. decreto Cutro\)](#) e il n. [133/2023](#) (contenente modifiche circa l'accoglienza dei MSNA).

Il sistema di accoglienza è delineato qui di seguito, suddividendo le fasi di accoglienza tra le diverse strutture che lo compongono. Un focus sarà dedicato successivamente all'accoglienza delle persone di minore età.

1. Il sistema di accoglienza

Strutture di primo soccorso

Secondo l'art. 10ter del [D.lgs n. 286/1998 \(Testo Unico sull'Immigrazione\)](#), lo straniero che fa ingresso irregolare sul territorio, anche a seguito di salvataggio in mare, viene condotto presso apposite strutture denominate "punti di crisi" (hotspot). I migranti permangono presso queste strutture per il tempo strettamente necessario alla definizione delle operazioni di prima assistenza materiale e sanitaria e per le procedure di identificazione.

In Italia [sono attualmente attive](#) dieci strutture hotspot, a Lampedusa, Trapani, Pozzallo e Taranto.

Centri governativi di prima accoglienza

Concluse le prime operazioni presso gli hotspot, i migranti vengono trasferiti presso i centri governativi di accoglienza regolati

dall'[art. 9 del D.lgs n. 142/2015](#). Queste sono strutture dislocate sull'intero territorio nazionale, istituite per rispondere alle esigenze di prima accoglienza e per il completamento delle operazioni necessarie alla definizione della posizione giuridica dello straniero che abbia manifestato la volontà di chiedere asilo in Italia (quando queste non siano state terminate negli hotspot).

Nel caso in cui è temporaneamente esaurita la disponibilità di posti all'interno dei centri di cui all'articolo 9, a causa di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti, l'accoglienza può essere disposta dal prefetto, sentito il Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno, in strutture temporanee, appositamente allestite, previa valutazione delle condizioni di salute della persona richiedente protezione internazionale, anche al fine di accertare la sussistenza di esigenze particolari di accoglienza.

All'interno dei centri governativi di prima accoglienza vengono assicurati vitto, alloggio e servizi minimi. Infatti, la riforma introdotta dal decreto Cutro ha ridotto i servizi offerti alle persone accolte, che ad oggi si limitano all'assistenza sanitaria, assistenza sociale e mediazione linguistico-culturale.

Il DL 20/2023, noto come Decreto Cutro, ha introdotto, inoltre, una terza tipologia di strutture di accoglienza straordinaria, attivate dalle Prefetture e dove potranno essere accolte le persone nel caso di indisponibilità di posti nelle strutture precedentemente menzionate. Il richiamo normativo di queste strutture si trova ora al [comma 2-bis dell'art. 11 del D.lgs n. 142/2015](#). In queste strutture i servizi sono ulteriormente ridotti, e oltre all'accoglienza materiale le persone possono beneficiare solo di assistenza sanitaria e mediazione linguistica-culturale (assente quindi l'assistenza sociale).



Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI)

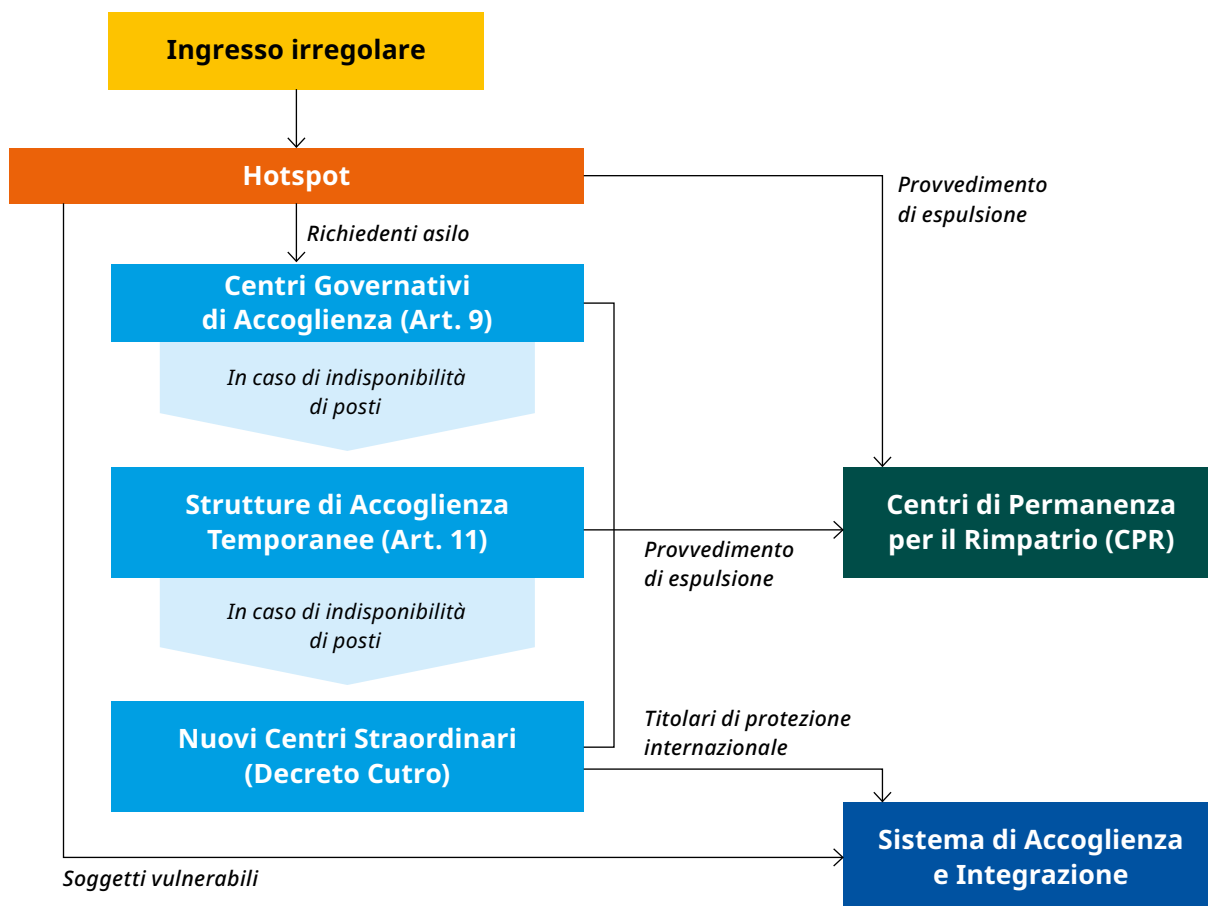
A differenza dei centri governativi, gestiti esclusivamente dal ministero dell'interno, il SAI è coordinato dal Servizio centrale, la cui gestione è assegnata all'Associazione nazionale dei comuni italiani (Anci) con il supporto operativo della fondazione Cittalia. La titolarità dei progetti è assegnata agli enti locali che, su base volontaria, attivano e realizzano progetti di accoglienza e integrazione. La norma di riferimento per le strutture del SAI è l'[art. 1-sexies del Decreto-Legge n. 416/1989](#).

L'accoglienza all'interno del SAI è dedicata ai titolari di protezione internazionale, che vengono (generalmente) qui trasferiti dopo la fase di prima accoglienza in strutture governative. Ci sono però alcune categorie di soggetti a cui è consentito l'ingresso al SAI anche se non titolari di protezione:

sono i minori stranieri non accompagnati (MSNA), le persone che si trovano in particolari condizioni di vulnerabilità o che hanno fatto ingresso nel territorio nazionale a seguito di protocolli per la realizzazione di corridoi umanitari ovvero evacuazioni o programmi di reinsediamento nel territorio nazionale che prevedono l'individuazione dei beneficiari nei Paesi di origine o di transito in collaborazione con l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR). L'accoglienza è organizzata in due livelli distinti: il primo livello, riservato ai richiedenti asilo, all'interno del quale viene fornita l'assistenza materiale, legale, sanitaria e linguistica.

I servizi di secondo livello sono riservati ai titolari di protezione e comprendono, oltre a quelli di primo livello, anche servizi di integrazione e orientamento lavorativo.

Sistema di accoglienza



2. Accoglienza dei minori stranieri non accompagnati

Il sistema di accoglienza per le persone di minore età è disciplinato anch'esso dal [D.lgs n. 142/2015](#) (ed in particolare l'art. 19), che contiene norme specifiche introdotte e modificate dalla [Legge n. 47/2017](#) (Legge Zampa) e, da ultimo, dal [Decreto-Legge n. 133/2023](#).

Il sistema che ne risulta distingue tra una prima e una seconda accoglienza e stabilisce il principio in base al quale il minore non accompagnato non può in nessun caso essere trattenuto o accolto presso i centri di permanenza per i rimpatri (CPR) e i centri governativi di accoglienza.

La fase di prima accoglienza

L'accoglienza dei MSNA si fonda innanzitutto sull'istituzione di strutture governative di prima accoglienza (c.d. centri FAMI) per le esigenze di soccorso e di protezione immediata di tutti i minori non accompagnati. Come specificato dall'art. 19 del [D.lgs n. 142/2015](#), "per le esigenze di soccorso e di protezione immediata, i minori non accompagnati sono accolti in strutture governative di prima accoglienza a loro destinate [...] per il tempo strettamente necessario, comunque non superiore a quarantacinque giorni, all'identificazione, che si deve concludere entro dieci giorni, e all'eventuale accertamento dell'età". Le strutture di prima accoglienza sono attivate dal Ministero dell'Interno, in accordo con l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura, secondo le esigenze del territorio medesimo, tenuto conto dell'entità degli arrivi alla frontiera ovvero dei rintracci, e gestite dal Ministero dell'Interno con finanziamenti a valere sul Fondo asilo Migrazione e Integrazione (FAMI).

La fase di seconda accoglienza

Per la prosecuzione dell'accoglienza della persona minorenni, sempre l'art. 19 del [D.lgs n. 142/2015](#) prevede che tutti i minori non accompagnati siano accolti primariamente nell'ambito del Sistema di accoglienza e integrazione (SAI), e in particolare nei progetti specificamente destinati a tale categoria di soggetti vulnerabili. Il comma 2-bis dell'art. 19 del [D.lgs n. 142/2015](#) specifica che nella scelta del posto in cui collocare il e la minore, si deve tenere conto delle esigenze e delle caratteristiche dello stesso, in relazione alla tipologia dei servizi offerti dalla struttura di accoglienza.

Accoglienza emergenziale

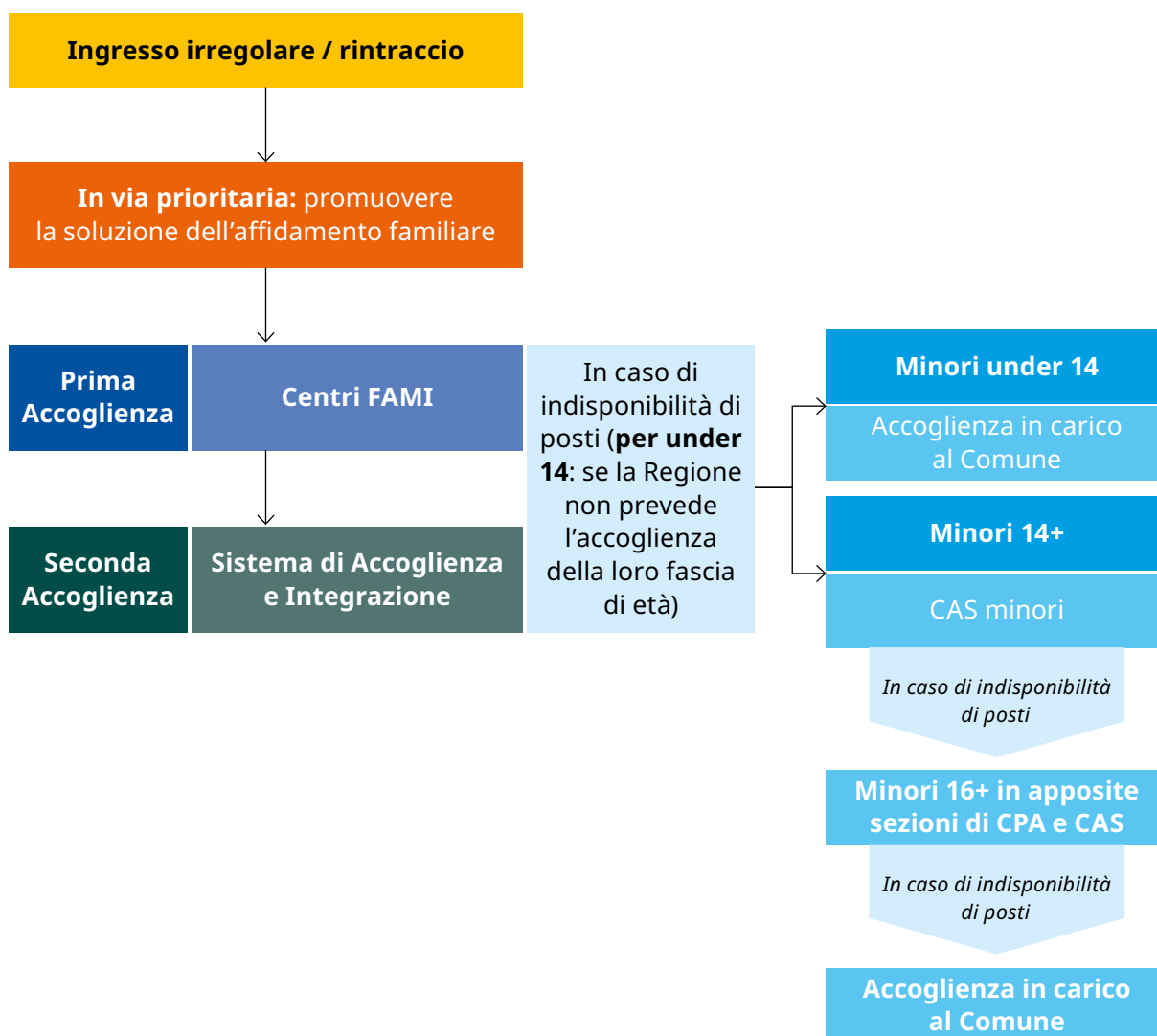
Oltre all'impianto di base del sistema di accoglienza per i e le minorenni, in due fasi distinte tra i centri FAMI e il SAI, l'impianto normativo prevede anche l'accoglienza in altre strutture considerate come soluzioni di accoglienza emergenziali. Le strutture emergenziali possono sostituire l'accoglienza sia dei centri FAMI che del SAI, e la loro attivazione ed utilizzo è stata recentemente modificata dal [Decreto-Legge n. 133/2023](#), che a sua volta modifica il comma 3-bis dell'art. 19 del decreto accoglienza ([D.lgs n. 142/2015](#)).

In sostanza, qualora l'accoglienza non possa essere assicurata all'interno dei centri FAMI o del SAI, il prefetto può disporre l'attivazione di strutture ricettive temporanee esclusivamente dedicate ai minori non accompagnati, con una capienza massima di cinquanta posti per ciascuna struttura. L'accoglienza in queste strutture temporanee non può essere disposta nei confronti del minore di età inferiore a quattordici anni ed è comunque limitata al tempo strettamente necessario al trasferimento nelle strutture SAI.

Nel caso in cui non vi siano posti disponibili nelle strutture temporanee per minori, il Decreto-Legge n. 133/2023 introduce (sempre modificando il comma 3-bis dell'art. 19 del [D.lgs n. 142/2015](#)) la possibilità per il prefetto di disporre l'accoglienza del minore di età non inferiore a sedici anni in una sezione dedicata nei centri di accoglienza per adulti (di cui agli articoli 9 e 11 del [D.lgs n. 142/2015](#)), per un periodo comunque non superiore a novanta giorni, prorogabile al massimo di ulteriori sessanta giorni.

Da ultimo, nel caso in cui non vi siano posti disponibili in nessuna delle strutture viste sopra, il comma 3 dell'art. 19 dispone che "l'assistenza e l'accoglienza del minore sono temporaneamente assicurate dalla pubblica autorità del Comune in cui il minore si trova, fatta salva la possibilità di trasferimento del minore in un altro comune, secondo gli indirizzi fissati dal Tavolo di coordinamento di cui all'articolo 16, tenendo in considerazione prioritariamente il superiore interesse del minore".

Sistema di accoglienza per minori stranieri non accompagnati



Linee guida gender based violence

Si raccomanda che gli operatori, operatrici ed enti che operano nell'ambito del sostegno alla salute mentale e al benessere psicosociale e dei programmi di supporto alla popolazione migrante e rifugiata lavorino nel rispetto delle seguenti linee guida e strumenti quando si trovano a supportare persone sopravvissute a violenza di genere e altre forme di violenza, abuso e sfruttamento.

- Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili (MGF) o altre pratiche dannose. (Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre, 2018).¹³
- Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (DPCM, GU n.24 del 30-1-2018).¹⁴
- Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (emanate dal Ministero della Salute, 2017).¹⁵
- Linee guida per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (Emanate dal Ministero della Salute, 2007).¹⁶

13 https://www.pariopportunita.gov.it/media/2090/linee-guida_-it.pdf

14 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/sg>

15 https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2599

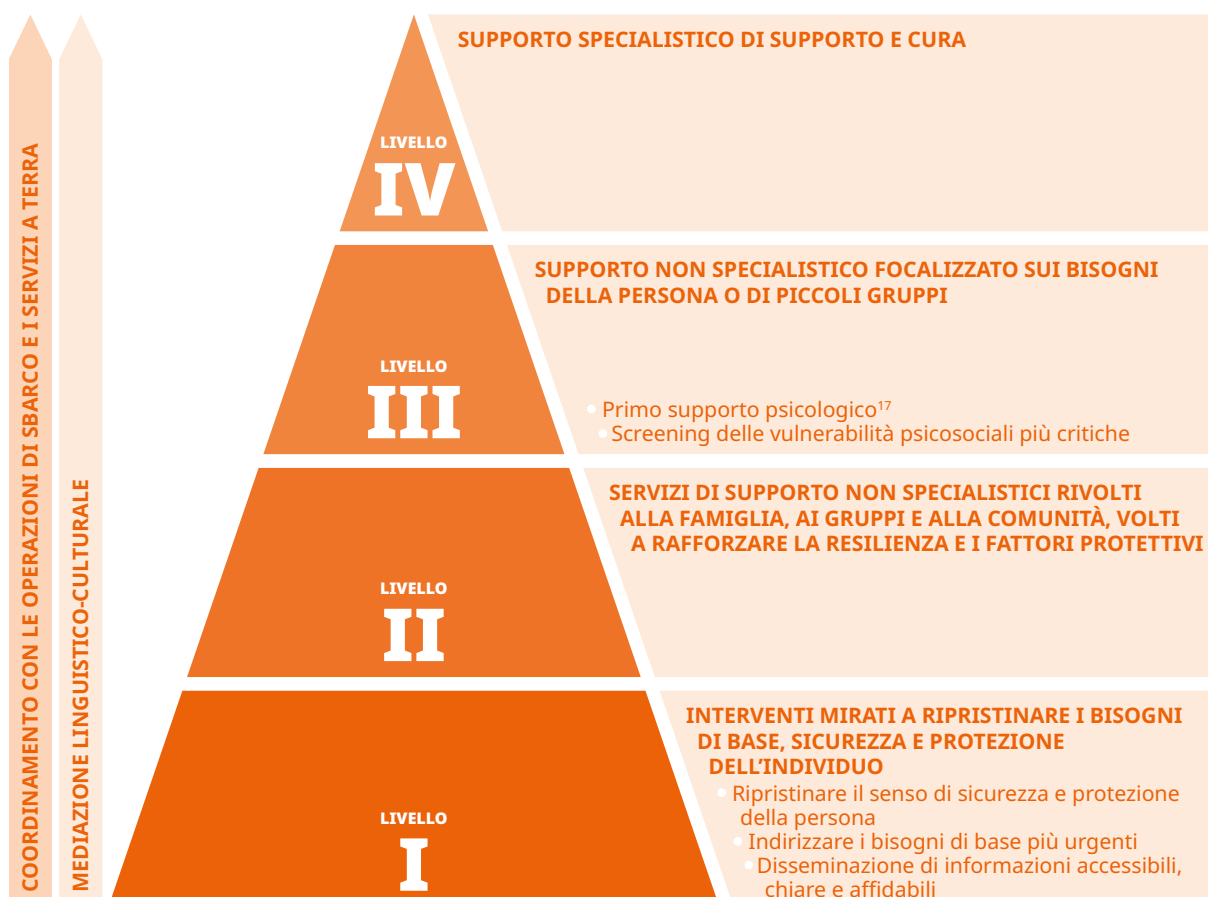
16 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

Sezione 1

Accesso al territorio

Navigazione post-soccorso / Operazioni in mare

Ogni intervento rispetta il principio del **non nuocere**, la **dignità** e il **superiore interesse del/la minore** e adotta la **mediazione-linguistico culturale** quale elemento costitutivo di ogni intervento



Navigazione post-soccorso / Operazioni in mare: interventi essenziali da garantire

Il periodo che intercorre tra le operazioni di soccorso in mare e le operazioni di sbarco nei porti assegnati è fondamentale per poter ridurre il rischio che le condizioni di stress a cui le persone soccorse sono e sono state sottoposte in precedenza, risultino nell'insorgere di sintomatologie di disagio psichico profondo, con manifestazioni che potrebbero avvenire a bordo o nei giorni immediatamente successivi lo sbarco.

Le persone soccorse presentano potenzialmente tutte una condizione

di vulnerabilità, considerando le esperienze stressogene e potenzialmente traumatiche vissute:

- nel percorso dal paese di origine al paese di imbarco;
- nel paese di imbarco;
- nelle ore o giorni trascorse in mare prima delle operazioni di soccorso, in particolare quando queste avvengono post naufragio.

A tale quadro di vulnerabilità di base vanno sommati i fattori di contesto operativo

17 Maggiori approfondimenti al box a [pagina 33](#) e seguenti

che caratterizzano i giorni di navigazione post-soccorso e pre-sbarco, quali i tempi complessivi di navigazione, gli spazi a disposizione a bordo, il personale specialistico, un sistema efficace di coordinamento con gli enti preposti e coinvolti direttamente nelle operazioni di sbarco. Assumendo questa prospettiva multidimensionale, risulta quindi necessario realizzare interventi che siano mirati in primo luogo alla riduzione dei fattori di rischio e al rafforzamento dei fattori di protezione nel rispetto del principio del “do not harm”.

A livello generale, in questa primissima fase, si rende necessario rafforzare i meccanismi di coordinamento tra il periodo di navigazione successiva al soccorso in mare e le operazioni di sbarco nei porti assegnati, con la finalità di realizzare un primo screening delle vulnerabilità, garantire un corretto passaggio di informazione al personale dedicato in banchina e accrescere il senso di sicurezza dei/ delle minori e dei giovani migranti. Inoltre, è fondamentale accrescere la consapevolezza della necessità di prendere in considerazione, a bordo e allo sbarco, attraverso specifici protocolli e procedure, non solo gli aspetti medico-sanitari collegati alla salute fisica, ma anche considerare la salute mentale come essenziale, da approcciare in maniera culturalmente sensibile.

Risposte ai bisogni di base, di sicurezza, di protezione

Le prime 48 ore successive alle operazioni di soccorso in mare sono fondamentali e dedicate a realizzare interventi mirati a soddisfare:

- i bisogni di base;
- i bisogni di sicurezza;
- i bisogni di protezione dell'individuo.

Durante tale periodo di tempo, salvo non si manifestino sintomatologie psichiatriche di grave entità che devono essere prese in carico dal personale sanitario a bordo o, quando

possibile, da personale specialistico in salute mentale, e per le quali può essere richiesta l'evacuazione, si ritiene opportuno mettere in atto unicamente interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di cui sopra.

Per quanto concerne i bisogni di sicurezza e di protezione, qualora possibile, è raccomandabile che le persone soccorse siano suddivise a bordo per genere, evitando la separazione del nucleo familiare mamma-bambino/a, aumentando in questo modo il senso di sicurezza delle persone, in particolare donne, spesso vittime potenziali e passate di violenze di genere. La suddivisione per genere favorisce inoltre l'emergere di vulnerabilità dichiarate dalle persone stesse all'equipaggio con cui sono in relazione. Si ritiene inoltre necessario che venga realizzata a bordo un'informativa affidabile, efficace e accessibile rispetto ai diritti e ai percorsi e procedure di accoglienza. Considerate le condizioni stressogene a cui le persone a bordo sono sottoposte, si ritiene necessario effettuare l'informativa evitando di fornire informazioni che potrebbero creare delle aspettative poi disattese nel primo periodo post- sbarco.

Per garantire la sicurezza delle persone soccorse, è opportuno mettere in atto interventi di de-escalation, gestione e contenimento delle crisi a bordo.

La presenza di professionisti della mediazione linguistico-culturale risulta fondamentale per tutta la durata della navigazione fino ai porti assegnati. Risulta necessario che a bordo siano presenti mediatori e mediatrici delle lingue veicolari di riferimento. Per le persone soccorse il supporto dato da questi professionisti e la possibilità di ricevere e comprendere informazioni rappresenta un fattore di sicurezza primario.

Screening delle vulnerabilità psicosociali più critiche

Nel corso dei giorni di permanenza a bordo, possono emergere in diversi momenti indicatori di malessere psicologico, osservabili direttamente dall'equipaggio, in particolare durante gli screening medici, ma anche durante tutte le attività realizzate a bordo. Tali indicatori possono essere manifestati direttamente anche dalle persone stesse. Occorre quindi che il personale dell'equipaggio sia formato:

- a riconoscere i principali indicatori e bisogni legati alla salute mentale;
- al Primo Soccorso Psicologico (PFA), qualora possa essere realizzato nelle lingue veicolari e ad opera principalmente dei professionisti della mediazione linguistico-culturale;
- alla gestione dei comportamenti autolesivi ed eterolesivi, alla lettura dell'aggressività, alla de-escalation di situazioni emotivamente e comportamentalmente critiche.

Al fine di poter realizzare anche in minima parte delle operazioni di screening delle vulnerabilità psicologiche e psicosociali, occorre valorizzare il più possibile i momenti di interazione e scambio tra il personale di bordo e le persone soccorse. In particolare, realizzare delle attività comuni, quali ad esempio i pasti, permette al personale dell'equipaggio di instaurare con maggiore efficacia una relazione di fiducia e di osservare e identificare eventuali segnali di stress.

Qualora sia possibile dotarsi di personale specializzato in salute mentale e qualora le condizioni a bordo lo rendano possibile, risulta importante che vengano rilasciate eventuali certificazioni inerenti allo stato di salute mentale della persona e/o eventuali condizioni legate a vittime di tortura e violenza. Tali informazioni possono essere trasmesse agli enti competenti per lo sbarco e l'accoglienza favorendo così l'accesso a servizi specialistici a terra.

Coordinamento con le operazioni di sbarco e i servizi a terra

Per affrontare efficacemente l'accoglienza delle persone con problematiche di salute mentale, è fondamentale coordinarsi strettamente con le autorità locali e i fornitori di servizi presenti sul territorio. Questo coordinamento è essenziale per garantire che chi ha subito valutazioni o segnalazioni a bordo riceva l'assistenza necessaria una volta a terra.

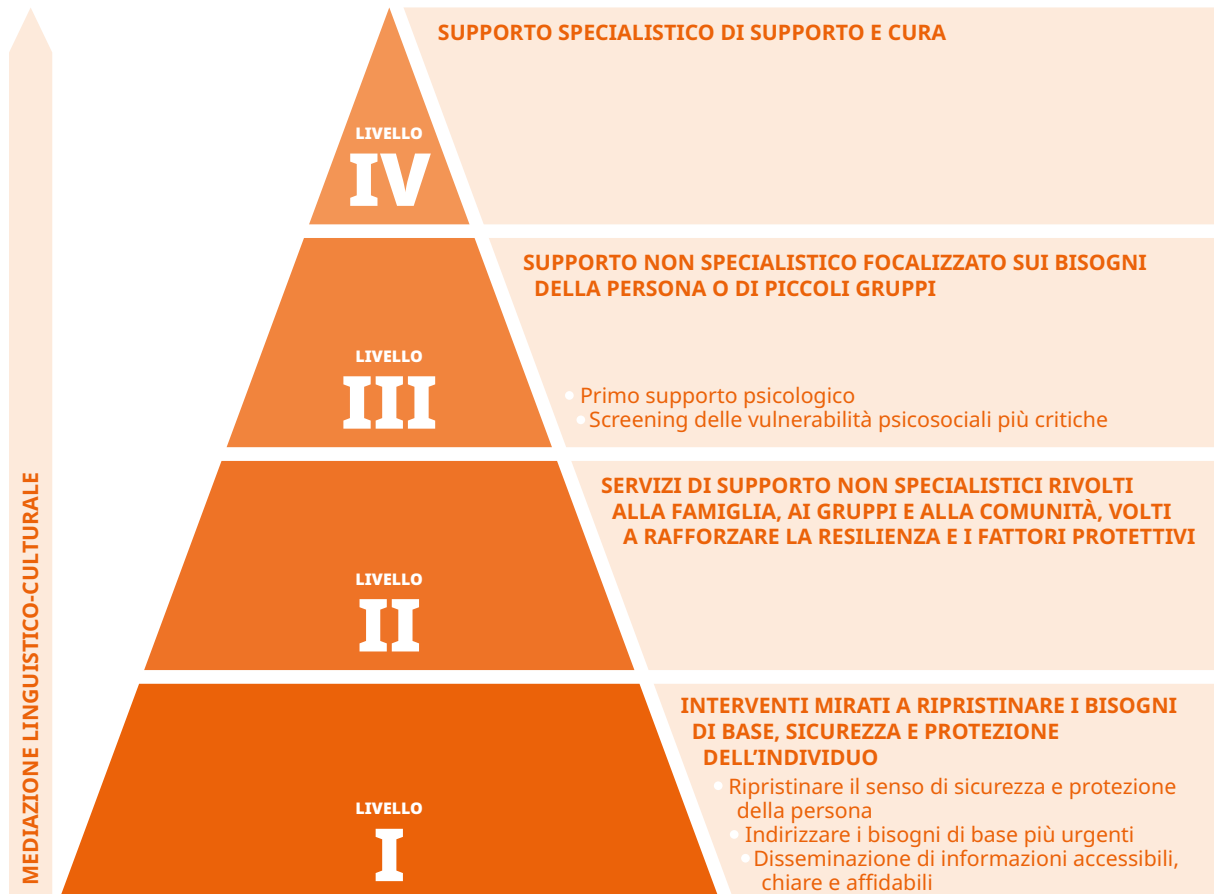
In questo contesto, è cruciale stabilire un accordo consistente e omogeneo che sia valido per tutti i territori di sbarco. Tale accordo dovrebbe delineare chiaramente le modalità con cui le informazioni e le situazioni devono essere gestite una volta raggiunto il suolo. Questo garantisce che vi sia una presa in carico coerente e standardizzata, riducendo così il rischio di discrepanze e inefficienze nei vari porti di sbarco.

Infine, è necessario creare dei percorsi di segnalazione (referral pathway) in ogni porto di sbarco. Questi percorsi devono fornire indicazioni chiare su quali attori devono essere coinvolti e quali procedure minime devono essere garantite durante la fase di sbarco. Avere un protocollo ben definito permette una gestione più efficiente e umana delle persone in arrivo, assicurando che ricevano l'assistenza e il supporto di cui hanno bisogno immediatamente, riducendo lo stress e il trauma associati al loro arrivo.

La collaborazione attiva con le associazioni locali nei territori di sbarco è un altro pilastro fondamentale di questo processo. Queste organizzazioni sono spesso in prima linea nell'assistenza alle persone sopravvissute a torture, violenze o tratta. Segnalare tempestivamente queste persone alle associazioni locali e assicurarsi che vengano prese in carico adeguatamente può fare una differenza significativa nella loro percorso di accoglienza e integrazione.

Sbarco, Approdo, Rintraccio

Ogni intervento rispetta il principio del **non nuocere**, la **dignità** e il **superiore interesse del/la minore** e adotta la **mediazione-linguistico culturale** quale elemento costitutivo di ogni intervento



Sbarco, approdo, rintraccio: interventi essenziali da garantire

Disseminazione di informazioni accessibili, chiare e affidabili

È necessario implementare un processo di accoglienza umanizzante, che rispetti e tuteli i diritti fondamentali e la dignità delle e dei minori e giovani migranti in fase di sbarco e nelle successive fasi dell'accoglienza (secondo il *Principio e Imperativo Umanitario*¹⁸), **che sia supportivo**

dei loro bisogni primari e secondari e che protegga e rinforzi la loro salute mentale, fisica, e il loro benessere psicosociale, concepiti in un'ottica integrata.

Tale processo prevede in ogni sua tappa che vengano fornite informazioni di base aggiornate, accessibili, affidabili e chiare alle ragazze e ai ragazzi, nel rispetto del loro diritto

¹⁸ In linea con il *Principio dell'Umanità*, uno dei quattro Principi Umanitari fondamentali (insieme a Neutralità, Imparzialità e Indipendenza), che stabilisce l'Imperativo di "...prevenire e lenire in ogni circostanza le sofferenze degli uomini, per far rispettare la persona umana e proteggerne la vita e la salute...". I quattro Principi Umanitari furono sanciti in origine dal Movimento Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, nella 20ª Conferenza Internazionale della Croce Rossa nell'ottobre del 1965, e furono poi adottati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (Risoluzioni 46/182 e 58/114) quale riferimento-guida comune a tutti gli attori che operano in contesti umanitari e emergenziali. Con l'adozione dei principi universali illustrati nello *'Humanitarian Charter'*, l'Unione Europea riafferma il suo impegno nel soddisfare l'*Imperativo Umanitario* e dunque ad intraprendere ogni azione necessaria affinché venga alleviata la sofferenza umana causata da conflitti o altre calamità, e che vengano tutelati e protetti i diritti alla protezione e all'assistenza dei civili colpiti da tali circostanze. https://ec.europa.eu/echo/files/evaluation/watsan2005/annex_files/Sphere/SPHERE3%20-%20The%20Humanitarian%20Charter.pdf

di partecipazione (Art 12. della *Convenzione Internazionale dell'ONU sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza*¹⁹) e per rafforzare il loro senso di sicurezza e capacità di autodeterminazione fin dalla prima fase di ingresso nel territorio, e attraverso ogni fase successiva del percorso di accoglienza.

Al fine di garantire quanto menzionato, si può prevedere durante le operazioni in banchina o in fase immediatamente successiva la distribuzione di brochure nella lingua parlata dalle persone recanti informazioni di carattere generale e comprensibile sui diritti fondamentali dei minori, sulla figura e il ruolo del tutore, sul ruolo del Tribunale per i Minorenni, sul sistema di accoglienza. In questo quadro, è importante comunque considerare i bisogni di persone analfabete.

Primo Supporto Psicologico

Adottare il Primo Soccorso Psicologico (Psychological First Aid, PFA), applicabile in situazioni di emergenza e crisi individuale e di gruppo/comunitaria, offrendo **supporto umano ed emotivo**, nonché **pratico**, da parte di operatrici e operatori opportunamente formati. Lo strumento necessita adattamento nei contenuti e nelle modalità di erogazione, nonché competenze specifiche, in considerazione dell'età,²⁰ del genere e delle caratteristiche culturali della persona o del gruppo a cui si rivolge. Inoltre, è essenziale garantire un sostegno di base e fornire informazioni mantenendo un approccio incentrato sulla persona e evitando di compiere interventi che possano arrecare ulteriori danni. Tale considerazione si applica a tutte le situazioni, con particolare attenzione verso le persone che si trovano in uno stato di vulnerabilità, tra cui le persone sopravvissute a violenza di genere.²¹



© UNICEF/Antonio/2023

19 Convenzione Internazionale dell'ONU sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=2599&area=saluteBambino&menu=vuoto#:~:text=La%20Convenzione%20sui%20diritti%20dell,vigore%20il%202%20settembre%201990.>

20 Considerando le persone di minore età, si consiglia l'utilizzo di questa risorsa: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/save-the-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners/>

21 UNICEF, UNHCR, IOM (2020). Come fornire un primo supporto alle persone sopravvissute a violenza di genere. Guida Tascabile: <https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2020/11/GBV-Pocket-Guide.pdf>

Primo soccorso psicologico

Che cos'è e quali sono i suoi obiettivi?

Il *Primo Soccorso Psicologico*, dall'inglese *Psychological First Aid*, PFA, è una **guida passo-passo per offrire un sostegno umano, un tempestivo supporto emotivo** ad una persona, ad un adolescente o giovane, che sta attraversando una situazione di difficoltà più o meno intensa. È efficace per **tutelare la/e persona/e in difficoltà da ulteriore stress** e per **aiutarla/e a prendere una decisione informata**, e **accedere più agevolmente e velocemente ai servizi** necessari.

Chi può erogarlo e che competenze si richiedono?

Il PFA è una risorsa di critica importanza per ogni operatrice e operatore, specializzato e non. Anche se il titolo può essere fuorviante, **non si tratta di uno strumento clinico e non è necessario essere specialisti della salute mentale per poterlo utilizzare**. Per erogare il PFA si richiede oltre alla conoscenza del metodo, una base di *abilità in ambito comunicativo e di ascolto empatico, competenze nel comunicare efficacemente con diversi gruppi di età, inclusi minori, persone di variegati background e appartenenze culturali, persone in situazione di vulnerabilità e di diverso genere*.

Ogni professionista che operi **a contatto con persone in circostanze di stress acuto, o che si trovano in una situazione di crisi individuale o di gruppo, inclusi minori e giovani**, dovrebbe essere familiare con il PFA: educatori/educatrici, insegnanti, assistenti sociali, mediatori/mediatrici linguistico-culturali, tutori/tutrici, allenatori sportivi, medici, infermieri, pediatri, facilitatori/facilitatrici di gruppi socio-ricreativi, consulenti legali, volontari/e, soccorritori/trici, operatori/trici dei centri di accoglienza, per menzionare solo alcune delle categorie interessate.

Quando è opportuno utilizzarlo?

Alcune delle circostanze in cui il PFA può essere erogato:

- una esplicita richiesta di aiuto da parte della persona in difficoltà;
- nel notare un comportamento inusuale e/o l'espressione più o meno esplicita di un malessere;
- nel ricevere il racconto di un vissuto doloroso, legato ad un periodo difficile o ad abusi e violenza.

Il PFA può essere utilizzato con chiunque abbia avuto esperienza di un evento stressante acuto, anche se non si manifestano segni di distress. Ciò può verificarsi in una varietà di contesti: a scuola, in un consultorio, ad un oratorio, in un circolo ricreativo, un centro educativo, culturale o sportivo, in ospedale, e una grande varietà di altri contesti formali e informali.

Il PFA aiuta operatori e operatrici a consolidare delle competenze fondamentali per far fronte a situazioni di crisi o necessità di sostegno immediato, in modo preparato ed efficace, con sensibilità e competenza.



In che cosa consiste?

Il PFA si struttura in quattro fasi, ognuna con delle caratteristiche, azioni e obiettivi specifici:



Per mettere efficacemente in pratica il PFA e affinché si mitigino i rischi connessi ad un suo uso improprio o perfino dannoso, è necessario che il/la professionista conosca approfonditamente tutte e quattro le fasi di cui si compone e, come premessa fondante a tutti i passaggi successivi, sia adeguatamente *preparato/a*. La fase della preparazione implica **conoscenze aggiornate** anche relativamente informazioni di critica importanza, **servizi di varia natura** e ogni altro **riferimento procedurale e territoriale** che può aiutare la persona a soddisfare i bisogni più urgenti.

Quali sono gli obiettivi del Primo Soccorso Psicologico?

- Equipaggiare gli operatori e le operatrici che *non hanno competenze prettamente psicologiche e cliniche*, con delle conoscenze e abilità chiave per **gestire efficacemente una situazione di crisi** o di emergenza, individuale, di gruppo o comunitaria.
- Offrire **conforto e sollievo emotivo** immediato, aiutare la persona a sentirsi più calma.
- **Rafforzare il senso di sicurezza.**
- Aiutare la persona ad individuare e indirizzare i **bisogni di base e di sicurezza**, soprattutto quelli più urgenti.
- Ripristinare **un senso di ordine e controllo** sulle proprie emozioni e sulla situazione.
- Offrire uno **spazio protetto e confidenziale di ascolto empatico**, in modo rispettoso.
- Fornire **sostegno pratico e informazioni** di rilievo, senza essere invadenti e tutelando il diritto della persona di scegliere.
- Facilitare la **presa di decisioni libera, informata e consapevole** (capacità di autodeterminazione).
- Facilitare o accelerare il contatto e/o l'**accesso ai servizi** necessari. →

Come integrarlo con altri interventi?

Il PFA è uno strumento prezioso per **contenere e gestire una situazione di crisi e di sofferenza intensa**. È maggiormente efficace se fornito nell'**immediato**, rispetto l'incidente o l'evento che ha scatenato o contribuito alla condizione di crisi. Per quanto valido ed efficace negli obiettivi sopra elencati, il PFA **non è uno strumento di sostegno e cura nel lungo termine** e, dunque, non sostituisce altre forme di supporto più intensive e con finalità clinico-terapeutiche.

Uno dei grossi vantaggi del PFA è quello di fungere da ponte: offre immediato sollievo e aiuta la persona ad accedere ai servizi necessari. Non sempre la persona coinvolta in una situazione di crisi o forte disagio emotivo esprime tale bisogno, ma qualora s'intraveda la necessità di un aiuto specializzato o di altro servizio, **il/la professionista dovrebbe essere equipaggiato per cogliere questa esigenza e facilitare la connessione e l'accesso al supporto necessario**. Inoltre, il PFA include comprende strategie di coping che possono essere messe in atto da chi lo offre per gestire le proprie reazioni al lavoro a contatto con persone in situazioni di distress.

Dove apprendere di più sul Primo Soccorso Psicologico?

Per approfondire il PFA e il suo utilizzo, consigliamo di riferirsi al modulo 4 della formazione online asincrona *'Supporto Integrato all'adolescenza e alla transizione all'età adulta'*, sviluppata da UNICEF in collaborazione con il Gruppo di Lavoro Infanzia e Adolescenza del CNOP, CNOAS e FEDERPED, disponibile gratuitamente al link: <https://italy.learningpassport.org/> (è necessario creare un account per accedere alla formazione e agli altri contenuti della piattaforma).

Mediazione linguistico-culturale

È di fondamentale importanza che i servizi siano dotati in modo stabile di mediatori e mediatrici linguistico-culturali adeguatamente formati/e che sappiano applicare il Primo Soccorso Psicologico (PFA) e gli elementi di intervento fondamentali per tutelare e sostenere la salute mentale e il benessere psicosociale delle persone assistite, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili. Questa preparazione consente loro di svolgere un ruolo chiave di supporto qualificato sia agli altri membri della squadra di lavoro che alle persone assistite, negli interventi di sostegno e nella eventuale gestione di situazioni di emergenza psicosociale in cui si presenta un disagio acuto, una difficoltà importante o una situazione di crisi individuale o di gruppo, con impatto sul benessere emotivo, psicofisico o sulla sfera socio-relazionale.

La presenza di mediatori e mediatrici linguistico-culturali che padroneggiano le lingue di riferimento, aggiornando regolarmente la conoscenza delle lingue con cui lavorano, è essenziale. Ciò permette la comunicazione tra

lo staff e le persone assistite e può trasmettere le sfumature linguistiche e i contenuti culturali specifici riferiti dai e dalle minori migranti, contribuendo così a un supporto più efficace e consapevole. Le figure di mediazione rivestono un ruolo fondamentale in quanto sono portatrici di un sapere esperienziale costruito sia nel contesto di provenienza ma anche spesso anche tramite il processo di migrazione.

Inoltre, è cruciale garantire la presenza della mediazione linguistico-culturale anche in fase di accompagnamento dei e delle minori ai servizi sociosanitari, nel caso di segnalazioni o necessità specifiche. Questo non solo agevola l'accesso ai servizi, ma garantisce che il percorso di supporto sia accompagnato da figure di fiducia e culturalmente competenti. Per effettuare in modo adeguato l'accompagnamento delle persone minorenni per l'accesso ai servizi di base, sociosanitari e specialistici sul territorio, **è fondamentale che mediatori e mediatrici linguistico-culturali ricevano adeguata formazione, supporto all'interno dello staff e supervisione.**

Mediazione linguistico-culturale nel supporto a persone minorenni migranti e rifugiati

Come fare per

- **Garantire il principio di partecipazione al/alla minore che si supporta**
 - Conoscere i Dritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza e informare il/la minore sui propri diritti con un linguaggio adeguato all'età, al genere, al background culturale, abilità, ecc.
 - Attivarsi affinché la persona minorenne possa sentirsi sicuro/a e valorizzato/a nell'esprimere il proprio punto di vista
 - Promuovere pratiche di consultazione del/della minore e garantire che la sua opinione sia tenuta in considerazione
 - Contribuire a creare spazi sicuri, protetti, non giudicanti e accessibili di ascolto attivo ed empatico dei bisogni del/della minore
- **Usare un linguaggio adeguato all'età, in coordinamento con gli altri professionisti con cui si collabora**
 - Essere consapevoli del proprio stile di comunicazione (comunicazione verbale, non verbale e paraverbale)
 - Garantire l'accessibilità informativa e l'adattamento della comunicazione alle diverse competenze, in presenza di disabilità e specifiche caratteristiche individuali
 - Saper adattare linguaggio e struttura della comunicazione alle persone di minore età
 - Promuovere l'adozione di modalità comunicative adeguate al/alla minore anche da parte delle/degli altri professionisti
- **Lavorare in una equipe multidisciplinare che coinvolga le figure parentali o i caregiver**
 - Conoscere risorse e limiti del proprio ruolo nel gruppo di lavoro e ruoli e responsabilità di altri/e professionisti/e e delle figure di riferimento coinvolte
 - Supportare la condivisione e convergenza di obiettivi tra professionisti/e, familiari e caregiver secondo un approccio che ponga la persona al centro
 - Adottare strategie di facilitazione che includano e coinvolgano anche figure parentali e caregiver
 - Saper chiedere supporto e attivare colleghe e colleghi in caso di necessità specifiche o difficoltà
- **Lavorare all'interno di una cornice istituzionale, che includa servizi strutturati**
 - Conoscere la funzione della MLC all'interno della cornice istituzionale
 - Saper cooperare con prassi, linguaggi e modelli di intervento che possano differire dal proprio
 - Farsi promotori/trici di cambiamento positivo nell'interesse del/della minore
 - Supportare e contribuire ai processi di decostruzione di stereotipi, pregiudizi e bias culturali presenti nel sistema

Competenze e conoscenze necessarie

Affrontare le criticità legate all'accoglienza dei ragazzi e delle ragazze migranti, alla promozione del loro benessere psicosociale e alla prevenzione e gestione di quadri di vulnerabilità marcati richiede un impegno concreto nel fornire una **formazione esaustiva e continua al personale coinvolto, nonché una regolare supervisione e momenti di debriefing.**

Questo include una serie di aspetti fondamentali come la comunicazione orientata a fornire supporto emotivo e riconoscere eventuali condizioni che richiedono interventi dedicati, l'approccio transculturale e le strategie di de-escalation comportamentale, con un **focus specifico sul Primo Soccorso Psicologico (PFA).**

La formazione dovrebbe abbracciare diversi ambiti, tra cui:

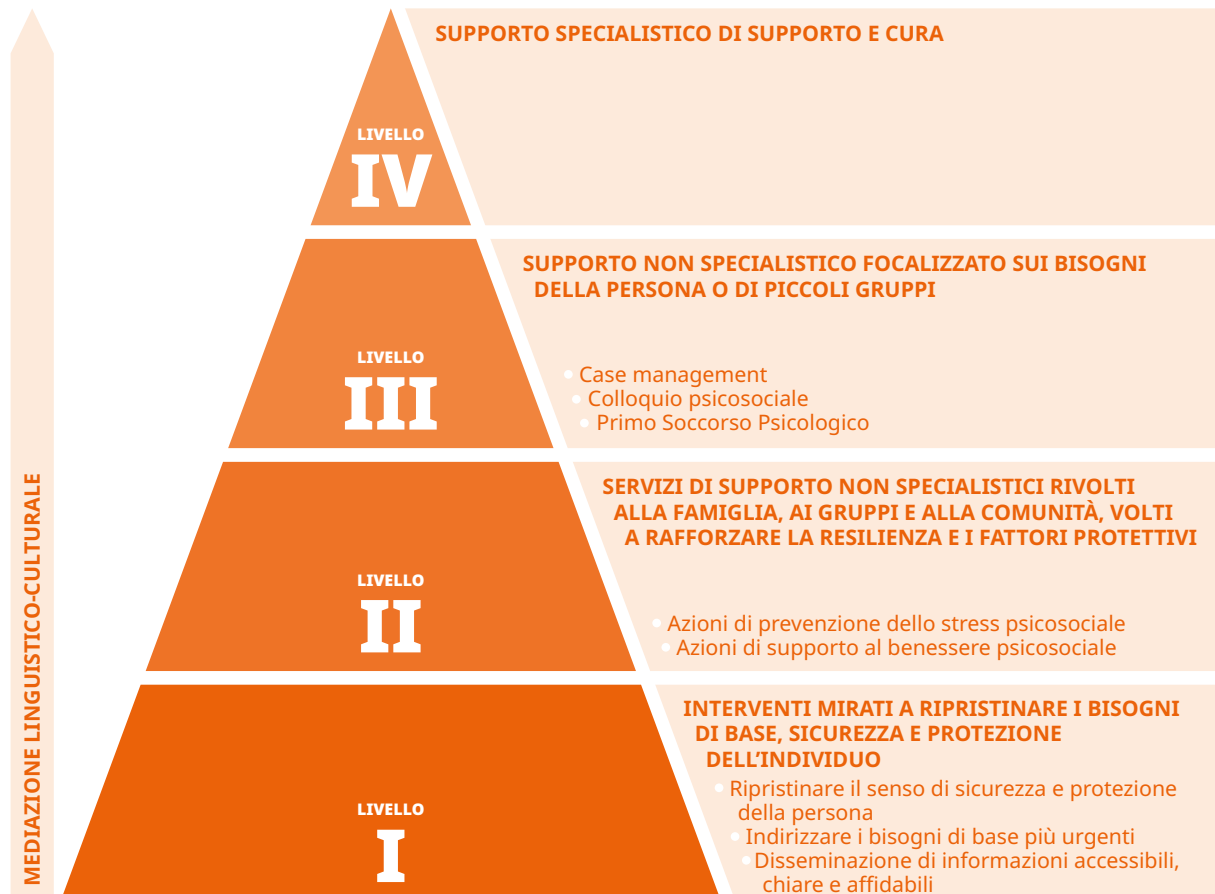
- la comunicazione nei suoi vari aspetti: *verbale, non verbale e paraverbale*. Particolare attenzione deve essere dedicata alla comunicazione orientata a fornire **ascolto empatico e supporto emotivo di base**, al riconoscimento di stati importanti e/o acuti di sofferenza e disagio emotivo, consentendo al personale di acquisire competenze essenziali per riconoscere e rispondere alle esigenze di coloro che hanno subito esperienze stressogene, fortemente destabilizzanti e potenzialmente traumatiche;
- la capacità di **rilevare segnali di disagio e sofferenza** (come insonnia, difficoltà di concentrazione, disturbi fisici e psicosomatici di varia natura, ecc.) e potenziali segni di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), riconoscendo anche le possibili differenze nella manifestazione dei sintomi sulla base dell'età, del genere e dell'appartenenza culturale;
- la conoscenza dei **fattori di protezione della salute mentale e del benessere psicosociale** di ragazze e ragazzi e dei fattori di rischio, che potrebbero minacciare

o compromettere ulteriormente il benessere psicosociale dei/delle giovani, tra cui le dinamiche legate alla traumatizzazione primaria e secondaria;

- nella **identificazione e gestione dei comportamenti autolesivi ed eterolesivi**, è fondamentale che vengano acquisite competenze nella lettura dell'aggressività, nella de-escalation di situazioni emotivamente e comportamentalmente critiche, e nella regolazione emotiva e gestione della rabbia;
- **strumenti pratici e policies organizzative di self-care** e di prevenzione, riconoscimento e gestione del burnout, del trauma vicario e della compassion fatigue, per preservare il benessere del personale;
- la **cultural humility**, ovvero la consapevolezza e l'accettazione delle differenze culturali, è un aspetto chiave che deve essere incorporato nella formazione e deve essere incoraggiato nelle sessioni di supporto e supervisione del personale svolte a cadenza regolare;
- le modalità adeguate di **invio ai servizi**, garantendo che il personale sia in grado di collegare in modo tempestivo gli individui ai servizi specializzati, quando necessario;
- l'implementazione di pratiche di **Primo Soccorso Psicologico (PFA)** per rispondere in modo efficace e immediato a situazioni di emergenza psicosociale;
- riconoscimento, prevenzione e strategie di risposta alla violenza di genere (tipi e forme), in un'ottica culturalmente sensibile e relativi principi fondamentali.

Accoglienza emergenziale e prima accoglienza

Ogni intervento rispetta il principio del **non nuocere**, la **dignità** e il **superiore interesse del/la minore** e adotta la **mediazione-linguistico culturale** quale elemento costitutivo di ogni intervento



Accoglienza emergenziale e prima accoglienza: interventi essenziali da garantire

L'accoglienza di minori e di giovani migranti in strutture nella fase precedente all'inserimento in prima e/o seconda accoglienza dovrebbe prevedere e tenere in considerazione i seguenti elementi.

- Garantire che la permanenza anche breve delle e dei minori sia caratterizzata il più possibile da interventi che soddisfino gli **standard minimi di qualità**, una **strutturazione del tempo e dalla presenza di una progettualità** attraverso, ad esempio, la realizzazione di attività psicosociali, guidate e strutturate, di gruppo.



Spazi concreti che rispondono a necessità e bisogni dei MSNA

- Assicurare la presenza di **spazi fisici sicuri e dedicati ai e alle minori**, in particolari a coloro che non sono accompagnati, suddivisi per genere e in modalità mista, e che tengano in considerazioni i bisogni specifici di ogni individuo e gruppo, quali i bisogni legati all'età, al genere, all'appartenenza culturale, alla disabilità, a possibili situazioni di vulnerabilità specifiche, ecc...



Accesso alle informazioni

- Garantire **un'informazione efficace, inclusiva, affidabile, accessibile e adatta all'utenza** per aiutare il processo di adattamento, rafforzare la capacità di autodeterminazione dei ragazzi e delle ragazze e aumentare il loro senso di sicurezza. Per quanto concerne gli spazi di accoglienza, è fondamentale poter garantire la disponibilità di informazioni, indicazioni e segnaletica adattate, che siano comprensibili e accessibili a tutti e tutte. Oltre alla forma scritta, è necessario prevedere l'utilizzo di **supporti visuali e strategie di facilitazione per la comunicazione**.
- Assicurare la presenza di meccanismi di **segnalazione di situazioni di abuso e sfruttamento, che siano sicuri e accessibili per le persone minorenni** e di meccanismi e strumenti che consentano di raccogliere i di feedback di ragazzi e ragazzi rispetto ai programmi e i servizi forniti.
- **Identificare e agire precocemente sui casi di vulnerabilità**, attraverso attività di case management in stretta collaborazione con i servizi sociosanitari del territorio di riferimento e la Prefettura.

In tali contesti, è essenziale non solo disporre di operatori e operatrici per la prima accoglienza opportunamente formati ed equipaggiati, ma anche assicurare la presenza di **risorse stabili e formate per la mediazione linguistico-culturale**.

In aggiunta, è raccomandabile prevedere competenze di **case management** per garantire il coordinamento con le organizzazioni e gli enti operanti con il medesimo gruppo di persone beneficiarie, in modo da assicurare continuità nel caso di invii ai servizi del territorio.

Infine, si dovrebbe prevedere la presenza di **un'équipe multidisciplinare** specializzata nel supporto ai e alle minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale.



Disabilità, diritti e discriminazione

Le persone migranti e rifugiate con disabilità, in particolare le persone di genere femminile e le persone minorenni, sono uno dei gruppi individuati nel **Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e di accoglienza**,²² poiché potrebbero trovarsi a maggior rischio di protezione, aver bisogno di sostegno specifico, nel percorso di accoglienza e per accedere a servizi di supporto e assistenza dedicati.

Nella definizione della *Convenzione internazionale dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità*,²³ "le persone con disabilità, ad ogni età, includono quanti hanno condizioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri". La Convenzione promuove il contrasto alle discriminazioni e alle violazioni dei diritti umani di cui possono essere vittime le persone con disabilità che si trovano a vivere in un contesto stigmatizzante, non adeguato alle loro necessità. L'articolo 6 della Convenzione menziona esplicitamente come donne e ragazze con disabilità siano esposte a molteplici discriminazioni e la necessità di implementare misure specifiche per garantire loro pieno sviluppo, progresso ed emancipazione.

L'Organizzazione mondiale della Sanità²⁴ evidenzia come la disabilità sia un'esperienza connaturata all'essere umani: tutte le persone, in un determinato momento della vita, in via temporanea o permanente, possano trovarsi a vivere una condizione di disabilità.

In questa visione, che supera l'approccio medicalizzato verso una visione sociale, l'ambiente di vita e il contesto sociale hanno un enorme impatto sull'esperienza della disabilità. Ambienti inaccessibili - dal punto di vista fisico, comunicativo, relazionale, sociale, economico, politico, ecc. - creano barriere che ostacolano la piena ed effettiva inclusione e partecipazione delle persone con disabilità nella società, su base di uguaglianza. La principale discriminazione che le persone con disabilità subiscono è definita "abilismo": un atteggiamento, radicato e sistemico, di percezione negativa e svalutazione, che perpetua stereotipi e pregiudizi (impliciti ed espliciti) verso le persone con disabilità. Nel corso degli anni, l'attivismo di Organizzazioni e persone con disabilità ha consolidato la corrente dei Disability Studies,²⁵ una disciplina di studi, ampia e non univoca, che si occupa di tale tematica a partire da una visione sociale, culturale, politica, connessa ai diritti. I Disability studies muovono dall'evidenza delle discriminazioni che cittadini e cittadine si trovano a vivere, accompagnandone e sostenendone le rivendicazioni, per il diritto ad affermare la propria identità, ad autodeterminarsi, e per la piena uguaglianza e parità nella società. È importante ricordare che le persone in condizione di disabilità non costituiscono un gruppo omogeneo, ma presentano fattori di rischio e protezione più o meno specifici in relazione ad altre caratteristiche individuali, sociali e contestuali. A seconda delle disabilità presenti, donne e ragazze possono essere più esposte a violenza di genere e avere



22 <https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2023-06/vademecum.pdf>

23 <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>

24 https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

25 <https://disabilitystudies.uniroma3.it/>

maggiori difficoltà ad accedere a servizi e risorse, in presenza e digitali, richiedendo dunque misure specifiche di supporto per garantire la loro sicurezza e pieno godimento di diritti e libertà fondamentali. In condizioni emergenziali, questi rischi possono essere esacerbati dalla separazione da genitori o persone di riferimento che se ne prendono cura, così come dall'assenza di altre reti di prossimità e sostegno e di ausili e farmaci essenziali.

Azioni di prevenzione

Nel contesto delle prime strutture di accoglienza, è essenziale implementare **attività di prevenzione mirate per favorire la creazione di un ambiente sicuro²⁶ e rassicurante** in cui venga garantito ai e alle minori l'accesso a informazioni orientative per i loro percorsi di accoglienza e integrazione, sviluppando relazioni significative e efficaci strategie di coping.

At tal fine, si raccomanda l'organizzazione di attività psicosociali, culturali e ludico-educative di gruppo facilitate dal personale dell'accoglienza e supportate dalla presenza di figure di mediazione linguistico-culturale, entrambe appositamente formate. **Questo approccio mira a promuovere il benessere psicosociale dei e delle minori in modo integrato, fornendo loro strumenti pratici per affrontare le sfide legate all'accoglienza e alla nuova realtà culturale.** La combinazione di attività psicosociali di gruppo e mediazione culturale contribuisce a creare un **ambiente inclusivo** e adattato alle esigenze specifiche dei minori in accoglienza.

La possibilità di realizzare questo tipo di attività dipende dagli spazi, dagli arredi, dagli strumenti a disposizione e dall'organizzazione dei tempi e della quotidianità delle persone accolte.

A livello preventivo, in spazi di accoglienza temporanea, è preferibile privilegiare attività di gruppo rispetto a quelle individuali che potrebbero essere realizzate in spazi e momenti dedicati o per persone che esprimono una particolare necessità.

La realizzazione delle attività deve tenere in considerazione i seguenti standard generali.

Standard verso le persone partecipanti

- Autodeterminazione: possibilità di aderire liberamente alle attività senza essere obbligati/e
- Bassa soglia: offrire messaggi semplici e comprensibili all'interno delle attività
- Attenzione alla privacy e al consenso informato

Standard relativi agli spazi

- Sicurezza
- Disponibilità di spazi ampi e idonei ad attività di gruppo
- Adeguatezza degli spazi interni ed esterni
- Adeguatezza in ottica intersezionale (genere, età, ecc.)
- Cura dell'ambiente come "ambiente abilitante" il benessere e la salute mentale

²⁶ Nel contesto del presente documento, si considera un ambiente sicuro un luogo che non presenti rischi di alcuna tipologia per la salute fisica, mentale e il benessere psicosociale dei/delle minorenni. Un ambiente che miri a tutelare e promuovere i diritti, la sicurezza, la salute e il benessere del ragazzo e della ragazza e nel rispetto e considerazione di caratteristiche individuali quali l'età, il genere, l'appartenenza culturale e linguistica, ecc. Nello specifico delle strutture di accoglienza, sono considerate sicure le strutture che hanno in essere misure di prevenzione e risposta ad eventuali rischi, incluse politiche di protezione da abuso e sfruttamento e codici di condotta, e operano secondo standards di qualità minimi e procedure operative di riferimento. Le misure di mitigazione e risposta a possibili minacce per la sicurezza e il benessere psicosociale dei e delle minorenni, riguardano il luogo fisico, oggetti messi a disposizione per le/gli utenti, aspetti normativi e logistici inerenti alla gestione delle attività quotidiane, il personale impiegato, le attività condotte, ecc. L'esposizione delle ragazze a rischi di violenza di genere deve in particolare essere presa in considerazione nel valutare la sicurezza delle strutture di accoglienza (es. alloggi e servizi igienici separati e che garantiscano condizioni di privacy, strutture e personale, anche femminile, responsabile della sicurezza, informativa e accesso ai servizi di supporto, ecc.).

Standard relativi ai tempi

- Continuità: le attività sono presenti in modo strutturato e cadenzate nel tempo
- Prevedibilità: le attività consentono di farsi una chiara idea all'interno della giornata
- Ripetibilità e ricorsività, in modo da creare una struttura temporale significativa e familiare all'interno delle giornate

Standard relativi al personale

- Presenza continuativa di mediatori linguistico-culturali a coprire tutti i fabbisogni linguistici
- Formazione adeguata al personale dei Centri
- All'interno dei Centri dovrebbe essere individuato un team minimo dedicato all'accoglienza di base, con funzioni dedicate, per mitigare l'elevata variabilità del contesto (turn over di personale, variabilità dei gruppi) e come punto stabile di riferimento per le persone;
- Utilizzare un team di figure interne alla struttura per le attività psicosociali (o per alcune componenti delle attività, non affidarle solo a personale esterno o consulenti che vengono una tantum in struttura)
- Le figure interne devono essere capaci di accogliere ragazzi e ragazze e devono essere adeguatamente formate su alcune tematiche, in modo da rappresentare un punto di riferimento interno stabile e competente (ad esempio formate sulle tematiche legali, sull'orientamento, sulle informative ecc.)
- Operatori della struttura anche con diverse formazioni (es. operatore sociale, psicologo opportunamente formati e con competenze di lavoro non verbale).

Per quanto concerne gli strumenti operativi che possono essere utilizzati, in particolar modo relativamente alle attività psicosociali strutturate, di seguito vengono riportati alcuni esempi:

- Kit di Espressione e Innovazione per Adolescenti, originariamente Adolescent Toolkit for Expression and Innovation: <https://www.unicef.it/media/kit-di-espressione-e-innovazione-per-adolescenti-un-prezioso-strumento-supporto-psicosociale/>
- I support my friends: <https://www.unicef.org/documents/i-support-my-friends>
- TeamUP: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/teamup-support-refugee-children-worldwide/>

A seguire vengono raccomandate inoltre tre tipologie di attività che possono essere realizzate, corredate dei principali contenuti e metodologie di riferimento.

Si raccomanda in ogni caso di evitare attività che prevedono approfondimenti sulla storia personale dei partecipanti e relativi eventi ad alto impatto emotivo e che non possano essere concluse entro il termine di permanenze delle persone nella struttura di accoglienza.

Sessioni informative di base

Realizzare sessioni informative di gruppo suddivise per fasce di età e genere. **Importante verificare la comprensione delle informazioni** ricevute da parte delle persone beneficiarie.

Contenuti

- funzionamento sistema di accoglienza e di integrazione
- procedure di accoglienza (Tutore, Tribunale per i Minorenni, ecc...)
- percorsi di scolarizzazione in Italia
- accesso alle cure sanitarie (servizi, anagrafe sanitaria)
- informativa legale
- fotosegnalamento
- cultura e geografia italiana
- attori che operano in primissima accoglienza
- self-care
- servizi di supporto e numeri utili

Metodologia

- sessioni informative di gruppo
- materiale audiovisivo
- comunicazione aumentativa non assistita
- comunicazione aumentativa assistita
- libretti informativi nella lingua di riferimento
- cartellonistica multilingue
- accomodamento delle sessioni di gruppo, per partecipanti con disabilità

Strategie di coping

Realizzare sessioni individuali e/o di gruppo di psicoeducazione, specifiche per fasce di età, genere e adattate ai e alle partecipanti con disabilità, con l'obiettivo di consolidare le conoscenze legate alla prevenzione, promozione, mantenimento o recupero degli stati di benessere.

Contenuti

- self-care
- sonno e del riposo
- alimentazione
- psicoeducazione
- benessere e sicurezza digitale
- salute fisica e mentale
- stili di vita per la salute fisica e mentale
- auto-percezione dei livelli di benessere

Metodologia

- sessioni informative di gruppo
- micro-video leggeri
- comunicazione aumentativa non assistita
- comunicazione aumentativa assistita
- libretti informativi nella lingua di riferimento
- cartellonistica multilingue

Attività culturali, ludico-educative e tempo libero

Allestire spazi dove le persone liberamente possono praticare attività ludico-educative e sportive.

Contenuti

- attività sportive
- attività ludico-educative, creative e artistiche
- pratiche spirituali e religiose

Metodologia

- libera organizzazione delle attività
- supervisione da parte del personale di struttura
- spazi ad uso libero con accesso internet

Case Management

Nel contesto dell'assistenza ai/alle minori migranti, **è cruciale stabilire procedure chiare, efficienti e rapide di invio ai servizi specialistici presenti sul territorio al fine di gestire tempestivamente segnali di vulnerabilità psicosociale**. Questo implica un'**azione preliminare di mappatura** del network dei servizi a livello locale e una **stretta collaborazione con reti di supporto** e servizi specializzati per garantire una presa in carico immediata e appropriata dei casi individuati.

È importante che venga promossa l'attivazione di competenze di case management in due contesti specifici: nelle **prefetture**, per governare il trasferimento ai centri di accoglienza, e nelle **strutture di accoglienza emergenziali e temporanee pre-trasferimento alla prima e seconda accoglienza**. Gli enti gestori delle strutture di accoglienza devono dotarsi di tale funzione di case management. La stessa figura individuate può svolgere funzione di focal point per la ricezione di segnalazioni di sospetto abuso e sfruttamento, garantendo riservatezza e terzietà nella gestione delle segnalazioni.

Il ruolo degli operatori e delle operatrici dovrebbe includere attività di osservazione e accompagnamento ai servizi, svolgendo un'importante funzione nel garantire che i e le minori ricevano tempestivamente, e in modo integrato e coordinato, tutto il supporto necessario. La presenza stabile e continuativa di personale che abbia competenze e responsabilità di case management è essenziale per garantire un adeguato follow-up, mentre incontri settimanali tra gli operatori e le operatrici delle strutture di accoglienza facilitano la condivisione delle osservazioni fatte.

Per garantire stabilità nei meccanismi di invio sul territorio, è necessario coinvolgere i servizi sociosanitari locali nelle loro diverse articolazioni. L'invio di minori con evidenti situazioni di vulnerabilità psicosociale ai servizi territoriali competenti è un passo essenziale, garantendo così la ricezione di cure specializzate, che dovrebbero essere armoniosamente integrate con il sostegno psicosociale non specialistico e ogni altro intervento erogato.

Infine, è fondamentale garantire il follow-up del/la minore al suo ritorno in struttura, contribuendo così a una continuità di assistenza integrata e personalizzata.

Tutela volontaria

Dalla sua introduzione con la Legge 47/2017, l'istituto della **tutela volontaria** garantisce alle persone minorenni non accompagnate **una forma di rappresentanza legale e sostegno individuale ispirati al principio del superiore interesse del minore**. Questa forma di cittadinanza attiva permette a persone comuni che abbiano almeno 25 anni di frequentare un corso di formazione promosso dai Garanti regionali per l'Infanzia e l'Adolescenza, all'esito del quale si può richiedere l'iscrizione in apposite liste presso i Tribunali per i Minorenni responsabili per gli abbinamenti e le nomine.

Benché il sistema sia ancora oggi in via di perfezionamento, **il ruolo di tutrici e tutori risulta fondamentale nei processi di inclusione sociale e transizione all'età adulta per le persone tutelate**: oltre al disbrigo delle procedure burocratiche, tutrici e tutori sono responsabili di raccogliere le loro opinioni ed aspirazioni coinvolgendole in ogni corso d'azione che le riguardi, facendo da "ponte" rispetto ai servizi da attivare sul territorio, in base ai loro bisogni specifici e progetti per il futuro.

In questo ambito, l'UNICEF sostiene il **rafforzamento del sistema di tutela volontaria** attraverso cinque sportelli di supporto e consulenza specialistica nei distretti di Trieste, Roma, Reggio Calabria, Catania e Palermo, secondo tre direttrici di intervento:

- Promuovere **un modello sostenibile di supporto peer-to-peer e formazione continua**, sulla base dei bisogni dei beneficiari, **con particolare attenzione ai temi della violenza di genere e alla salute mentale e supporto psicosociale** (per l'accesso al corso gratuito in e-learning sul superiore interesse del minore per tutrici e tutori: <https://italy.learningpassport.org/>);
- Consolidare una **rete interistituzionale di coordinamento e confronto inclusiva di tutrici e tutori**, tra gli attori del sistema di protezione delle persone minorenni non accompagnate a livello locale;
- Sensibilizzare le comunità locali attraverso **la narrazione e la condivisione dell'esperienza personale di tutela volontaria** dal punto di vista di tutori e persone tutelate.

Per maggiori informazioni, è possibile consultare la pagina web dedicata: <https://www.unicef.it/media/alternativecare/>

Colloquio individuale psicosociale

Nelle fasi precedenti l'inserimento in prima accoglienza, a cominciare da quella immediatamente successiva alla fase di accesso al territorio, è cruciale prevedere l'intervento di équipe multidisciplinari specialistiche in grado di condurre osservazioni e valutazioni approfondite, consentendo un invio tempestivo ai servizi necessari. L'utilizzo di criteri transculturali è essenziale per implementare osservazioni e screening che tengano conto delle molteplici dimensioni culturali e linguistiche dei e delle minori migranti, al fine di individuare segnali precisi di vulnerabilità psicologica e psicosociale.

Garantire l'identificazione precoce dei ragazzi e delle ragazze con segnali di rischio elevato di stress/malessere acuto o di un imminente peggioramento del loro stato di salute e benessere psicosociale, e il loro immediato invio ai servizi specialistici territoriali rappresenta un passo fondamentale. Questo processo deve essere guidato da una **lettura transculturale e da una solida consapevolezza di eventuali preconcetti e stereotipi individuali e/o culturali** per evitare che l'utilizzo del modello occidentale di salute mentale, unito a una limitata consapevolezza transculturale, causi una lettura distorta della situazione di disagio o difficoltà del ragazzo o della ragazza, con il rischio di creare **stigma** verso i sintomi che la persona esprime, oppure di "iperpatologizzare", generalizzando la sintomatologia o applicando arbitrariamente e/o senza le competenze necessarie alcuni criteri diagnostici (es. tutti/e i/le minori con background migratorio sono portatori/trici di traumi o PTSD).

Nella conduzione dei colloqui individuali psicosociali è necessario che le équipe siano adeguatamente informate e formate in relazione al tema delle **disabilità** e all'emergente paradigma della **neurodiversità**, per garantire **equità e non discriminazione** in fase di osservazione,

valutazione e supporto, nei confronti di persone con disabilità, anche non visibili, e specifiche condizioni evolutive, inclusi disturbi del neurosviluppo.

È necessario che sia effettuata una **mappatura dei servizi specializzati in materia di benessere psicosociale e salute mentale, nonché ne venga accertata la loro accessibilità da parte di minori migranti e rifugiati.**

L'individuazione precoce delle situazioni di vulnerabilità dovrebbe avvenire in collegamento diretto con i servizi specializzati, garantendo una presa in carico tempestiva. L'uso di criteri di attenzione consente di valutare la necessità di supporto nella successiva fase dell'accoglienza, in cui è possibile una presa in carico continuativa e una progettualità di intervento.

Per garantire continuità nella cura, si consiglia di adottare una raccolta documentale efficiente, al fine di evitare ripetizioni future di interviste al/la minore, accertamenti e conseguente impatto negativo/nocivo sul/la ragazzo/a (secondo il principio del *'non nuocere'*). Inoltre, lo sviluppo di una scheda di segnalazione completa, che includa informazioni anagrafiche, anamnesi personale, genere e lingua contribuisce a fornire una panoramica completa e personalizzata per ciascun individuo. È fondamentale che venga garantito in ogni fase il diritto alla privacy/confidenzialità e alla condivisione con altri/e professionisti/e basata sul need-to-know basis, anche attraverso lo sviluppo di procedure di gestione dell'informazione.

Intersezionalità

L'intersezionalità²⁷ è una lente attraverso cui si analizzano le identità sociali, che si sovrappongono o si intersecano, e i relativi sistemi di oppressione, dominio o discriminazione.

Il concetto di intersezionalità è stato coniato nel 1989 dalla giurista e attivista Kimberly Crenshaw. Si tratta di "una metafora per comprendere i modi in cui diverse forme di disuguaglianza, non equità e svantaggio si combinano tra loro e creano ostacoli che non possono essere compresi e definiti in forma univoca, cioè utilizzando strutture e categorie singole di giustizia sociale".²⁸

La prospettiva intersezionale evidenzia come ogni persona possieda differenti caratteristiche soggettive, che interagiscono a molteplici livelli nella definizione della sua identità sociale. Tali caratteristiche sono inseparabili tra loro: genere, età, disabilità, condizione di salute fisica e mentale, orientamento sessuale e relazionale, nazionalità, etnia, cultura e lingua, status familiare e sociale, religione, e altre.

I livelli di esclusione di un individuo all'interno di una comunità possono, dunque, essere molteplici: la persona può essere discriminata in base alla sovrapposizione e intersezione delle sue identità sociali plurime, che sono stigmatizzate all'interno dello specifico contesto sociale, culturale, istituzionale.

Ad esempio, una ragazza minorenni, con disabilità, che proviene da un percorso migratorio può trovarsi maggiormente esposta a discriminazioni, in base a genere, età, disabilità, nazionalità, lingua e cultura. In questi casi si parla di **discriminazione intersezionale**.

Discriminazioni plurime, soprattutto se radicate a livello sistemico, espongono la persona a condizioni gravi di esclusione, alla difficoltà di accesso a pari opportunità, nonché a servizi e interventi di supporto che le sono necessari, con un impatto sui livelli di benessere psicosociale e salute fisica e mentale, esacerbando eventuali condizioni di vulnerabilità pregresse e aumentando il rischio di subire abusi e violenza.

27 Crenshaw, Kimberle. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color." *Stanford Law Review*, vol. 43, no. 6, 1991, pp. 1241-99. JSTOR, <https://doi.org/10.2307/1229039>

28 <https://www.youtube.com/watch?v=ViDtnfQ9FHC>

Violenza di genere - Mappatura e numero verde

Ove la persona faccia emergere un vissuto di violenza o riporti un rischio in tal senso e pertanto si rendesse necessaria una presa in carico specializzata, qui è possibile trovare una mappatura dei centri antiviolenza presenti sul territorio <https://www.1522.eu/mappatura-1522/>. È importante mantenersi sempre aggiornati/e su dove trovare servizi specializzati, sulla loro accessibilità anche in termini di età, genere, status legale, lingue, etc.

Le persone hanno a disposizione anche il numero nazionale antiviolenza 1522, che è attivo h24 e risponde in **italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, farsi, albanese, russo ucraino, portoghese, polacco**. Le operatrici telefoniche forniscono una prima risposta ai bisogni delle persone sopravvissute a violenza, offrendo informazioni e orientamento ai servizi sociosanitari presenti sul territorio, sostenendo l'emersione della domanda di aiuto. I casi di violenza che hanno carattere di emergenza vengono ricevuti con una specifica procedura tecnico-operativa condivisa con le Forze di polizia.

È altresì disponibile il numero verde anti-tratta 800 290 290, attivo h24 su tutto il territorio nazionale, per favorire l'emersione del fenomeno e supportare le vittime di tratta e sfruttamento, offrendo informazioni sulle possibilità di aiuto e assistenza e mettendo in contatto con i servizi socioassistenziali territoriali. Il numero risponde in diverse lingue.

Trasferimento

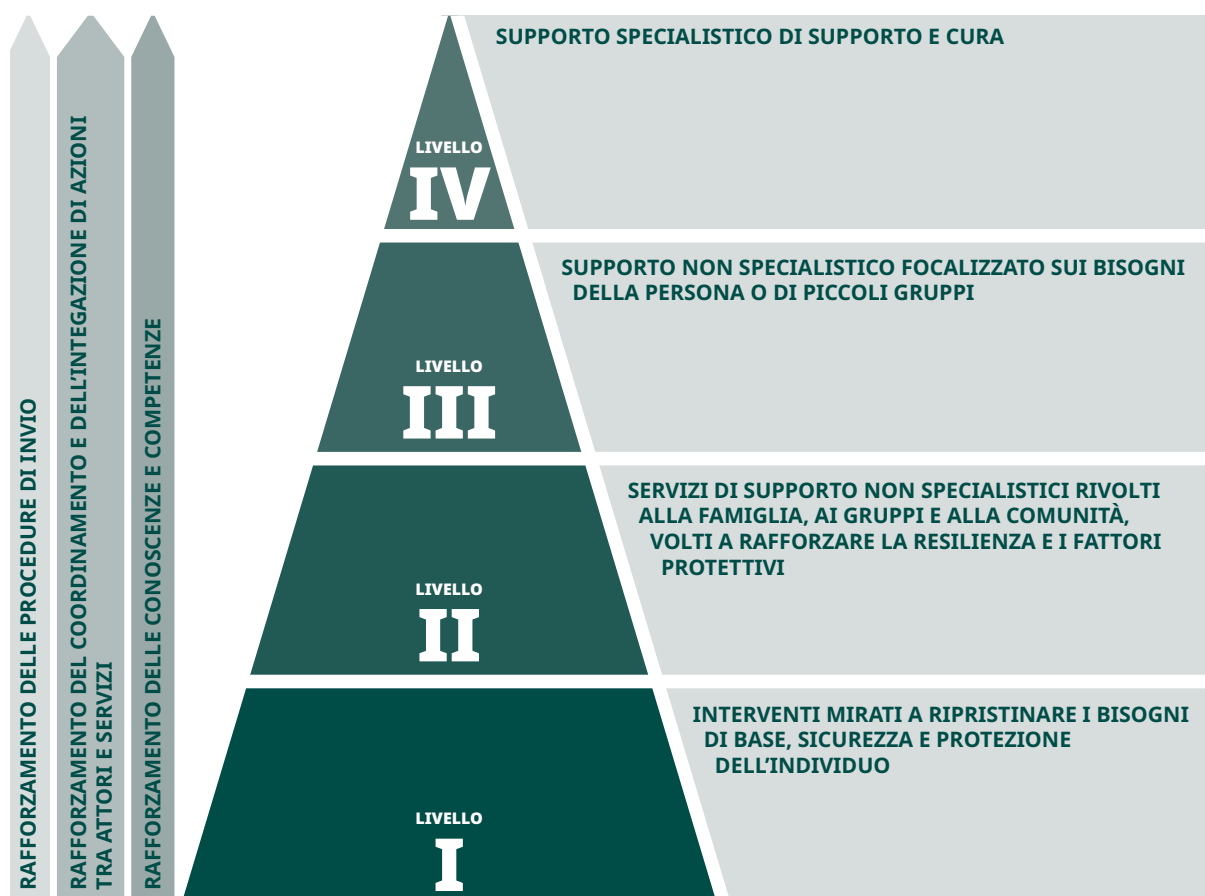
La fase di trasferimento assume un ruolo essenziale, costituendo un anello di **congiunzione cruciale** tra i bisogni emersi nella fase iniziale di accoglienza, gli interventi attuati e i percorsi di supporto e integrazione in contesti di maggiore stabilità, come quelli della prima e seconda accoglienza.

Alcuni elementi di rilievo in questo processo includono:

- L'indirizzamento verso territori in cui sono disponibili servizi specialistici in linea con i bisogni identificati nelle precedenti valutazioni psicosociali, o verso territori in cui i fattori di rischio relativi a specifiche problematiche sono minori o assenti.
- Il/la case manager assume un ruolo fondamentale in questo contesto, registrando attraverso la cartella sociale le valutazioni, i bisogni e gli interventi attuati, trasmettendo queste informazioni, in linea con un protocollo di gestione dell'informazione, alle strutture di accoglienza destinate al trasferimento.
- Prima del trasferimento e nell'ambito della valutazione multidisciplinare dei casi, risulta cruciale prevedere un'unità di valutazione multidisciplinare nei servizi sanitari locali. Tale unità dovrebbe adottare una metodologia di gestione dei casi più complessi, coinvolgendo un'équipe multidisciplinare stabile, soprattutto in contesti di emergenza.
- Assicurare il raccordo stabile tra componente sociale e sanitaria è fondamentale per una presa in carico integrata che tenga in conto le necessità della persona e che sia in grado di adattarsi ai cambiamenti e all'evoluzione della sua situazione.

Sezione 2
Accesso a servizi
integrati e di qualità

Rafforzamento di un sistema di governance multilivello per favorire la strutturazione di servizi accessibili, informati e competenti



Per garantire una presa in carico efficace dei e delle minori e giovani migranti e rifugiati, è cruciale **un'interazione sinergica e interdisciplinare** tra professionisti/e operanti in ogni istituzione e livello decisionale coinvolti. Solo attraverso questo approccio si possono mettere **al centro i bisogni individuali e la dimensione preventiva** nell'intervento psicosociale, promuovendo così un coordinamento più efficace tra sistema di accoglienza, servizi sociali e sanitari a livello nazionale, regionale e locale.

A tale fine, si ritiene fondamentale promuovere **l'attivazione e/o rafforzare**

tavoli di coordinamento permanenti di programmazione interdisciplinare che coinvolgono sia i servizi che le istituzioni e ogni altro Ente di rilievo sul territorio per una gestione integrata e multidimensionale dei servizi.

Attraverso tale tavolo di coordinamento, si promuove un modello di **lavoro interdisciplinare integrato** che prevede incontri interistituzionali a cadenza regolare con i vari stakeholders, valorizzando la multidimensionalità e la forte integrazione tra servizi tematici e specialistici. Nella costituzione, attivazione o rafforzamento

di tali tavoli, è necessario che sia valutata la specificità territoriale, adottando modelli di governance differenti e facilitando il dialogo tra la Prefettura e i Dipartimenti dei servizi sociosanitari. Ove gli enti locali da coinvolgere sono numerosi, è opportuno il coinvolgimento dell'ANCI come referente unico per tutti i Comuni che afferiscono a tale territorio.

Nello specifico, si ritiene necessario ai tavoli di coordinamento sia assicurata la rappresentazione dei suddetti attori mediante la partecipazione obbligatoria di:

- referente ASL generale;
- referente ASL per la salute mentale;
- referente ASL per le dipendenze;
- referente ASL per minori e adolescenti;
- referente delle strutture di salute pubblica;
- referenti degli attori del terzo settore che erogano servizi di salute;
- referenti delle Comunità Educative.

L'obiettivo di questo sistema di coordinamento è la gestione multidimensionale e integrata dei servizi, con un particolare focus su temi di lavoro strettamente connessi alla salute mentale e al supporto psicosociale e un'attenzione ai seguenti aspetti generali:

- emersione dei bisogni di salute nel territorio;
- condivisione di informazioni legate alle pratiche attuali di presa in carico messe in campo dai servizi a beneficio delle persone, con particolare attenzione alle buone pratiche;
- analisi e lettura del fenomeno migratorio tramite condivisione di informazioni sui cambiamenti dei fenomeni connessi alla salute delle persone;
- emersione delle criticità di accesso ai servizi a livello territoriale, al fine di garantirvi l'accesso ai servizi e il rispetto del diritto alla salute;

- cooperazione con iniziative di partecipazione istituzionale di ragazzi e ragazze minori e giovani migranti e rifugiati.

A livello maggiormente operativo, il tavolo di coordinamento dovrebbe prevedere interventi finalizzati a:

- creare una rete di soggetti che si attivi per facilitare la presa in carico e il referral di casi specifici;
- fare emergere i bisogni formativi della rete e i bisogni di supporto di operatori e operatrici, al fine di programmare adeguate interventi di supporto;
- trovare delle soluzioni operative, ad esempio analizzando due casi al mese dandovi risposte operative
- l'elaborazione di strumenti per l'osservazione e valutazione dei rischi, condivisi tra i servizi di riferimento
- la costruzione di un procedura di invio tra servizi, tramite l'utilizzo degli strumenti di cui sopra
- l'analisi dei bisogni formativi degli attori che partecipano al tavolo

Nella Sezione 3 del presente documento sono riportati alcuni esempi di strumenti di screening che possono essere utilizzati da personale specialistico e non specialistico. Tali strumenti assumono la loro maggiore efficacia e funzionalità se inseriti all'interno di procedure di collaborazione tra servizi.

Rafforzamento delle conoscenze e competenze

Tutte le persone che entrano in contatto con le persone di minore età e i giovani migranti e rifugiati nel percorso di accoglienza, possono svolgere un ruolo importante nell'osservazione e rilevazione di eventuali vulnerabilità. Opportunamente sensibilizzati e formati, operatori sociali, tutori, insegnanti di italiano, psicologi, medici, assistenti sociali, allenatori sportivi, ecc.. svolgono un ruolo fondamentale nel processo di accesso a servizi di supporto alla salute mentale e al benessere psicosociale.

Al fine di garantire un rafforzamento delle conoscenze e delle competenze che tenga conto delle professionalità e dei diversi livelli di contatto e intervento, occorre prevedere due livelli di rafforzamento delle competenze e delle conoscenze in materia di salute mentale e supporto psicosociale: sensibilizzazione e formazione.

Sensibilizzazione

Le azioni di sensibilizzazione rappresentano un pilastro cruciale nell'impegno per promuovere l'inclusione e il benessere dei giovani migranti e rifugiati. Il loro obiettivo fondamentale è quello di sfidare e superare pregiudizi, paure e bias che, purtroppo, troppo spesso ostacolano l'integrazione e il sostegno necessario. Si tratta di iniziative multifaceted, che agiscono su molteplici fronti per ottenere risultati tangibili e significativi.

Trattandosi di interventi ad ampio spettro, i destinatari possono essere considerate tutte le persone che entrano in contatto con i/le minori e giovani migranti e rifugiati, quali ad esempio:

- Insegnanti e personale collaboratore scolastico
- Tutori legali e volontari
- Allenatori e referenti per attività sportive
- Personale delle Forze dell'Ordine (Polizia Locale, Polizia di Stato, Carabinieri)

- Spazi culturali e per le famiglie
- Gruppi di cittadinanza attiva
- Personale del Tribunale per i Minori
- Associazioni di categoria dei professionisti e Ordini professionali
- Associazioni e organizzazioni del terzo settore attive sui territori dove sono presenti minori
- Studenti delle Facoltà (Medicina, Giurisprudenza, Ostetricia, Servizi sociali)
- Studenti scuole secondarie (es. momenti di co-gestione nelle scuole in cui invitare ragazzi e ragazze a parlare)

Gli **obiettivi** di tali azioni di sensibilizzazione si possono riassumere nel modo seguente:

- Riduzione dei pregiudizi, delle paure, dei bias e dello stigma legati alla migrazione e alle persone minori e giovani migranti e rifugiati
- Accrescere le conoscenze base necessarie per rilevare segnali di stress e offrire aiuto a ragazzi e ragazze in difficoltà

Le **tematiche** che si raccomanda di affrontare nel corso di tali interventi sono le seguenti:

- Diritto alla salute e al benessere dei ragazzi, delle ragazze e dei giovani migranti e rifugiati;
- Bias, pregiudizi e discriminazione
- Intersezionalità
- Migrazione in adolescenza e giovane età adulta, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati
- Servizi presenti e rete a livello locale a supporto di benessere e salute mentale di giovani migranti e rifugiati
- Segnali di distress



A livello metodologico, previ opportuni consenso e preparazione, si consiglia di includere nelle attività di sensibilizzazione i e le minori e giovani migranti e rifugiati, assicurando in questo modo il rispetto del principio di partecipazione.

Formazione

Occorre prevedere moduli formativi permanenti per garantire una formazione continua e aggiornata, garantendo l'approfondimento delle tematiche legate all'accoglienza e alla gestione di casi complessi in materia di salute mentale e supporto psicosociale. Questo approccio integrato mira a potenziare la preparazione e la sensibilità, assicurando una migliore comprensione e gestione dei bisogni di salute mentale e supporto psicosociale dei e delle giovani migranti durante tutto il percorso di accoglienza e integrazione.

Tematiche trasversali

- Rafforzare le competenze transculturali del personale che lavora con ragazze, ragazzi e giovani migranti e rifugiati
- Etnopsicologia ed etnopsichiatria e approccio culturalmente sensibile
- Promuovere regolari formazioni specializzate, informate a una prospettiva culturalmente sensibile, in materia di principi fondamentali e violenza di genere .
- Burn out, trauma vicario e compassion fatigue
- Primo Soccorso Psicologico

Operatori e operatrici dell'accoglienza

- Formare all'assessment generale dei livelli di benessere psicosociale nel servizio in

cui operano, tramite la valutazione della capacità del servizio/struttura di garantire un "ambiente abilitante" per il benessere psicosociale e la salute mentale

- Formare alla rilevazione dei segnali di rischio e alla gestione dei casi con vulnerabilità marcata, favorendo un invio appropriato ai servizi.
- Formazione su strumenti di assessment e screening
- Formazione al Child Safeguarding

Mediatori e mediatrici linguistico-culturali

- Rafforzare le competenze all'utilizzo di strategie di supporto, migliorando le tecniche comunicative e familiarizzando con il Primo Soccorso Psicologico.
- Formare sui bisogni psicosociali di ragazze e ragazzi, sui diversi interventi per supportare il loro benessere e la loro salute mentale.
- Predisporre interventi formativi adeguati allo specifico servizio socio-sanitario del sistema di cure con cui mediatori e mediatrici si trovano ad interfacciarsi
- Formare su temi specifici relativi alla violenza di genere, alla protezione dell'infanzia, alla tratta, al Child Safeguarding e PSEA

In ottica di complementarietà, occorre assicurare ai professionisti della mediazione linguistico-culturale la possibilità di avere accesso a forme di supporto psicologico individuale per la gestione di eventuali difficoltà personali connesse al ruolo di mediazione, di criticità nella relazione con la persona assistita o complessità nella collaborazione con le figure professionali all'interno del servizio.

Inoltre, risulta opportuno prevedere che tali figure professionali possano accedere alle formazioni con riconoscimento della retribuzione per le ore di formazione.

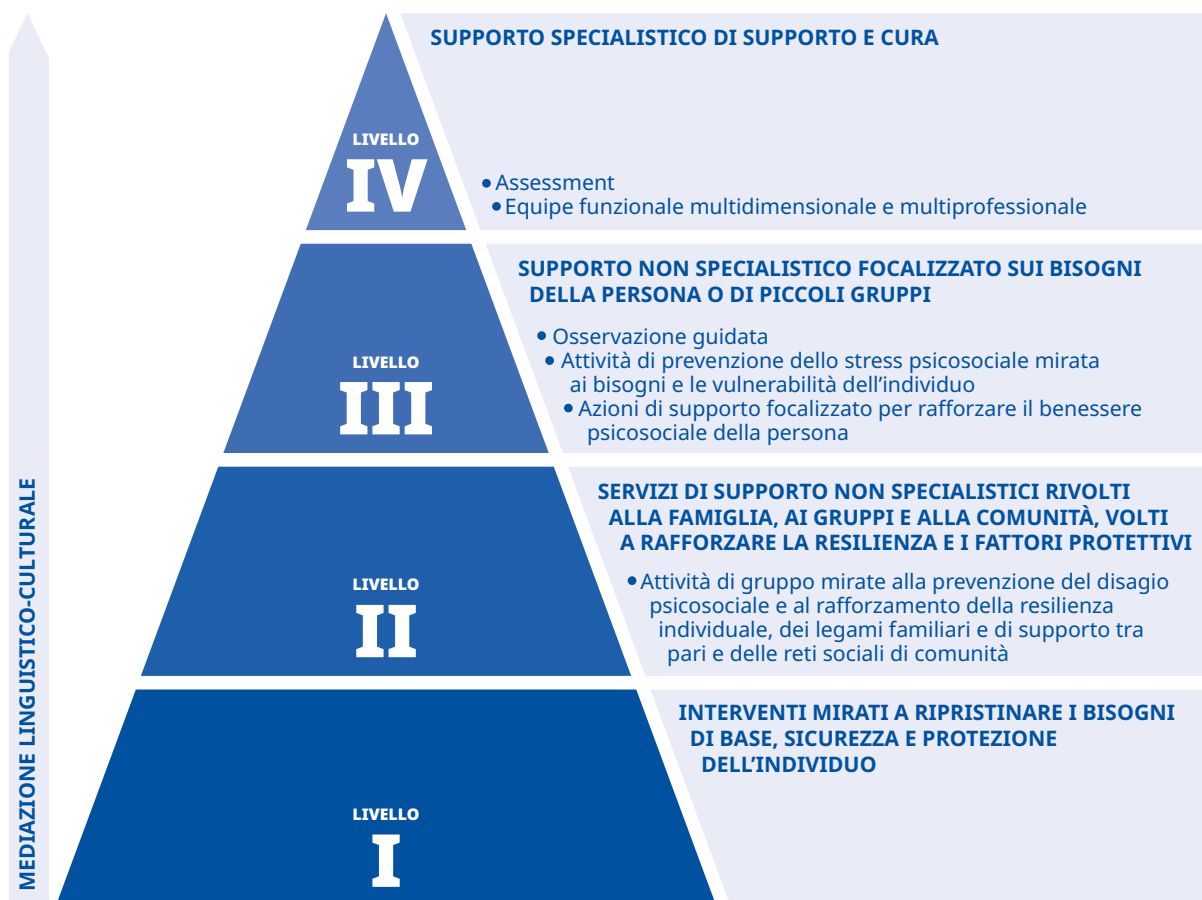
Operatori socio-sanitari

- Co-formazione tra operatori dell'accoglienza e i servizi socio-sanitari dello stesso territorio, con un approccio multidisciplinare e mirato a comprendere e affrontare le sfide legate alla migrazione e all'accoglienza, al benessere psicosociale e alla gestione interdisciplinare delle sfide migratorie.
- Formazione su strumenti di assessment e screening
- Assicurare una supervisione tecnica continua a tutti gli operatori e operatrici coinvolti nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, indipendentemente dal loro ruolo e ambito lavorativo
- Prevedere per gli operatori delle aziende sanitarie una formazione obbligatoria all'interno dei piani formativi annuali



Sezione 3
Presca in carico
integrata

Ogni intervento rispetta il principio del **non nuocere**, la **dignità** e il **superiore interesse del/la minore** e adotta la **mediazione-linguistico culturale** quale elemento costitutivo di ogni intervento



Presa in carico integrata: interventi essenziali da garantire

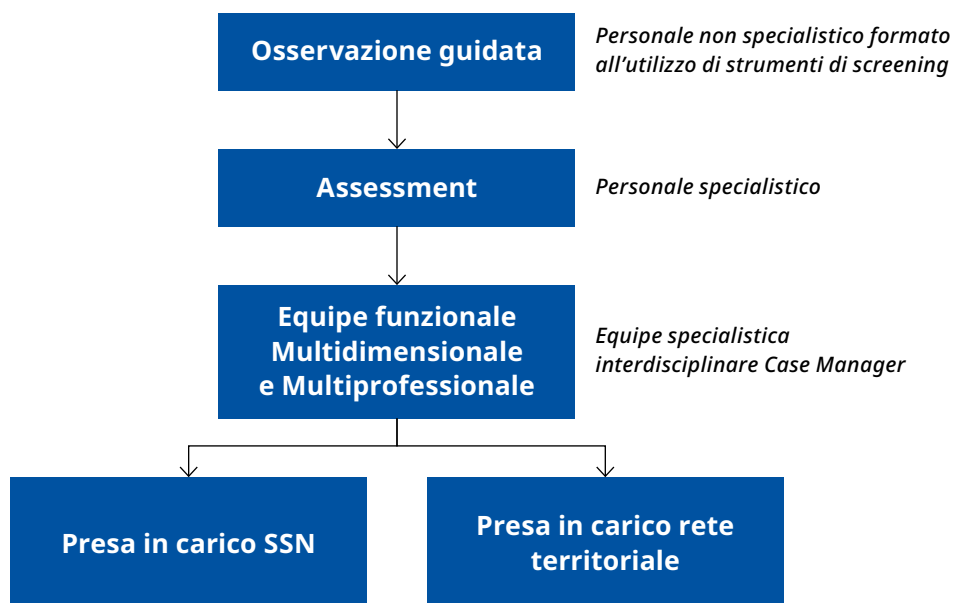
Per garantire un'adeguata presa in carico dei giovani migranti e rifugiati durante il loro percorso, è essenziale strutturare interventi su misura che considerino le sfide psicosociali che possono emergere lungo il cammino. Questi interventi dovrebbero integrare strategie preventive mirate a ridurre i rischi legati alla loro esperienza migratoria. Inoltre, è fondamentale implementare programmi che non solo proteggano, ma anche promuovano il benessere psicosociale di ciascun minore migrante, prestando particolare attenzione alle loro esigenze individuali e ai gruppi più vulnerabili.

Un approccio rispettoso del principio di autodeterminazione dei giovani migranti

implica coinvolgerli attivamente nelle decisioni che riguardano la loro salute mentale e il loro benessere psicosociale. Questo coinvolgimento diretto permette loro di esprimere le proprie necessità e preferenze, contribuendo così a un percorso migratorio più consapevole e rispettoso delle loro prospettive.

In sintesi, è cruciale adottare un approccio olistico che tenga conto delle specifiche sfide e delle opportunità dei giovani migranti, promuovendo il loro benessere psicosociale attraverso interventi personalizzati, inclusivi e rispettosi della loro autonomia decisionale.

Il processo di presa in carico integrata dovrebbe seguire un modello che prevede i seguenti passaggi:



Osservazione guidata

- Promuovere l'utilizzo di una griglia completa, sistematica e transculturale finalizzata all'osservazione dei segnali di rischio, includendo indicatori relativi alla salute mentale, al benessere psicosociale e al processo di adattamento.
- Formare operatori e operatrici per un efficace utilizzo della griglia di osservazione al fine di intervenire precocemente di fronte a segnali di rischio.

Nei contesti della prima e seconda accoglienza è fondamentale che vengano realizzate azioni di osservazione delle persone nei contesti di vita ai fini di rilevare eventuali difficoltà: non sempre, infatti, una condizione di disagio psicologico emerge in un setting specialistico, ma molto più spesso nei contesti di vita quotidiana quali le strutture di accoglienza.

Il personale delle strutture che a vario titolo interagisce con i/le minori e i giovani migranti e rifugiati, in particolare operatrici e operatori dell'accoglienza, operatrice e operatori sociali, educatrici ed educatori, possono svolgere un ruolo chiave, se opportunamente formati, nell'identificazione delle persone che presentano segnali di rischio base e segni evidenti di sofferenza e nel conseguente invio ai servizi per una valutazione più approfondita. È da evitare che tale personale, per quanto formato, possa realizzare valutazioni più approfondite in quanto si rischia di patologizzare la persona.

La formazione degli operatori, di cui alla Sezione 2 del presente documento, serve appunto ad affinare la capacità osservativa e di referral ai servizi specialistici di competenza.

Griglia di osservazione dei segnali di rischio (GOSR)

La Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio²⁹ è uno strumento non diagnostico di identificazione precoce dei segnali di rischio per la salute mentale dei minori stranieri non accompagnati accolti nelle strutture di seconda accoglienza. Lo strumento è finalizzato ad attivare **interventi precoci** in favore della salute mentale delle e dei minori stranieri non accompagnati e prevenire o limitare il più possibile gli accessi in pronto soccorso, dimissioni repentine dalle comunità stesse, interruzioni dei progetti in corso e altri dolorosi eventi che spesso hanno una valenza ritraumatizzante per i ragazzi stessi. Non si tratta di uno strumento diagnostico e la sua finalità non è ottenere una diagnosi. Guida l'osservazione educativa in tre aree: comportamento, adattamento e anamnesi, con una attenzione particolare anche alle eventuali risorse della persona. Tale griglia viene compilata dagli operatori delle strutture di seconda accoglienza sopracitate dopo almeno un mese di permanenza e viene allegata alla prima richiesta di consulenza neuropsichiatrica, nonché discussa negli incontri di rete dedicati. Si suggerisce di utilizzarla anche in assenza di richiesta di consulenza neuropsichiatrica al fine di ridurre l'impatto negativo del turnover degli operatori e facilitare la discussione dei casi all'interno delle equipe.

29 https://www.codiciricerche.it/codici-uploads/2020/10/Quaderno-della-ricerca-Febbraio-2021_compressed.pdf

Assessment

L'assessment prevede azioni di rilevazione e valutazione dei segnali di disagio, di stress situazionale e stress acuto, effettuate da personale specialistico, quali psicologo, psichiatra, neuropsichiatra, tramite la realizzazione di un colloquio clinico accompagnato dall'uso di strumenti di screening. Tale intervento rappresenta una fase di primo contatto e raccordo con la persona che, a seconda della valutazione effettuata, può accedere successivamente al necessario supporto specialistico.

La realizzazione di un colloquio clinico prevede che **vengano esplorate come minimo le seguenti aree:**

- Sonno e alimentazione
- Continuità di contatto con familiari nel paese di origine
- Presenza familiari nel paese di accoglienza
- Relazioni amicali sul territorio
- Svolgimento attività ludico – sportive, culturali, scolastiche, ricreative

- Ritiro sociale
- Eventuale progettualità legata alla migrazione: lavoro, studio, ecc...
- Eventuale uso di sostanze e farmaci
- Attenzione ad aspetti di protezione che possono determinare l'attivazione di misure specifiche quali il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria, dei servizi per le persone sopravvissute alla violenza di genere, alla tratta e per le vittime di tortura, ecc.

È fondamentale che le informazioni raccolte nel corso dell'assessment siano restituite alla rete per l'eventuale attivazione di percorsi specialistici di supporto realizzati dal servizio sanitario nazionale e/o da soggetti del privato sociale specializzati.

Qualora sul territorio di riferimento l'accesso a tali servizi non fosse possibile nelle modalità e nei tempi adeguati, si consiglia di favorire l'accesso a servizi disponibili da remoto quali HERE4U: <https://www.unicef.it/media/alle-radici-della-resilienza-here4u-e-il-supporto-psicosociale-giovani-rifugiati/>

Refugee health screener (RHS-15)

L'RHS³⁰ è uno strumento pensato e validato in origine per l'indagine di problematiche di salute mentale e sintomatologie comuni nelle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo. Lo strumento ha il vantaggio di essere adeguato per diversi setting di servizi sociosanitari perché può essere somministrato tramite intervista o in auto somministrazione ed è disponibile in diverse lingue. L'RHS è uno strumento composto da 13 item su una scala Likert a 5 passi (da 0 "per niente" a 4 "moltissimo") finalizzato a indagare sintomatologie attive nell'area del Disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione, somatizzazione e sintomi ansiosi. Un item aggiuntivo (item 14) e un "termometro dello stress" (item 15 - da 0 "no stress, va tutto bene" a 10 "stress estremo, peggio che mai") indagano le capacità di coping e la reazione allo stress dei rispondenti. Nel Comune di Milano un'equipe specializzata lo utilizza nelle strutture di prima e seconda accoglienza per una prima valutazione delle persone appena inserite in accompagnamento ad un colloquio clinico.

30 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666623523000272>

Indicazioni metodologiche sulla somministrazione di strumenti di screening

- Introdurre in modo chiaro e verificandone la comprensione quali sono gli obiettivi del colloquio e dell'utilizzo di strumenti di screening, con la collaborazione del personale di mediazione linguistico-culturale opportunamente formato e con cui collaborare attivamente durante tutto il colloquio.
- Monitorare gli stati emotivi della persona durante il colloquio rispetto ad eventuali particolari temi che emergono.
- Coinvolgere sempre la persona e farla sentire ascoltata.
- Al termine del colloquio, dedicare tempo alla chiusura illustrando i passi successivi e monitorando gli stati emotivi della persona, ad esempio utilizzando il Termometro dello Stress (RHS-15).
- Assicurare un follow up coinvolgendo il personale delle strutture di accoglienza, al fine di attivare azioni di monitoraggio relative al benessere della persona, in modo da favorire continuità al di là dell'intervento clinico nel colloquio.

Équipe Funzionale Multidimensionale e Multiprofessionale

- Stabilire una Equipe Funzionale Multidimensionale e Multiprofessionale per gestire i casi di maggiore complessità
- Garantire una comunicazione efficace e una collaborazione stretta tra i membri dell'unità per una valutazione completa e personalizzata.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale consente di definire i compiti delle diverse figure professionali coinvolte nel percorso terapeutico, assistenziale, riabilitativo mantenendo un approccio olistico e sistemico sulla persona. L'équipe ha il compito di garantire la stesura e la realizzazione del Piano di Azione Individuale (PAI) della persona in ottica di corresponsabilità all'interno della rete sociosanitaria integrata.

A seconda delle specifiche necessità della persona beneficiaria, l'Équipe Funzionale Multidimensionale e Multiprofessionale è composta da figure professionali, cliniche e non cliniche, tutte aventi una relazione continuativa con la persona rispetto al suo percorso o che hanno un ruolo di referenza rispetto al percorso terapeutico-riabilitativo. Esempi di professioni sanitarie e sociali che possono comporre l'équipe sono le seguenti: psichiatra/neuropsichiatra infantile, psicologo/psicologo dell'età evolutiva, specialista sanitario per attività e bisogni specifici (es. dipendenze), infermiere, fisioterapista terapeuta, operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità), mediatore/trice linguistico-culturale, tutore. Sulla base delle necessità riscontrate, è importante prevedere un'adeguata presenza di personale femminile.

In concomitanza con la presa in carico, è fondamentale definire chi ricopre il ruolo

di case manager come punto di riferimento per il beneficiario, avente l'obiettivo di funzione di raccordo e verifica del percorso. Attraverso tale funzione, è possibile garantire una comunicazione efficace e una collaborazione stretta tra i membri della rete integrata per una valutazione completa e personalizzata. La professionalità individuata può cambiare in base all'evoluzione del progetto terapeutico-riabilitativo della persona presa in carico e a seconda dei contesti organizzativi in cui si opera.

La valutazione dell'Unità Multidimensionale e Multiprofessionale può avere due tipologie di esito:

1. Rilevazione di vulnerabilità che NON RICHIEDONO una presa in carico del Sistema Sanitario Nazionale MA una presa in carico psicosociale a cura della rete sociosanitaria integrata del territorio.

In questo caso, la presa in carico integrata è territoriale e la presa in carico in materia di salute mentale e supporto psicosociale può essere affidato ad attori del privato sociale specializzati. In caso di attività che ricadono in questo ambito di supporto a cura della rete sociosanitaria integrata è importante che sia dato un feedback al Servizio Sanitario e al Servizio Sociale in modo formale rispetto alla presa in carico psicosociale. La programmazione di risorse e di servizi con finalità preventive di supporto psicosociale consentono di ridurre e mitigare i rischi, alleggerendo il carico sul Servizio Sanitario Nazionale.

2. Rilevazione di vulnerabilità che RICHIEDONO una presa in carico integrata del Sistema Sanitario Nazionale

Il servizio territorialmente competente (consultorio familiare/servizi di psicologia

clinica /NPIA SerT/Psichiatria dell'adulto per i maggiorenni) in collaborazione e raccordo con altri servizi ed enti coinvolti, ha il compito della presa in carico e della definizione del percorso terapeutico (Piano assistenziale integrato

o progetto terapeutico/riabilitativo definito per la persona più adeguato ai bisogni, in collaborazione con le figure aventi la tutela e responsabilità per la persona (es. tutore legale).

Passaggio alla maggiore età

Nella programmazione degli interventi e azioni porre attenzione alla criticità del passaggio alla maggiore età di ragazzi e ragazze, che nel nostro sistema dei servizi determina un "gap" nella presa in carico, differenziata tra servizi per minori e servizi rivolti a maggiorenni. Tale discontinuità ha un impatto sull'accesso alle cure e supporto, in particolare in territorio ove i servizi non siano soliti comunicare e cooperare in termini di continuità, con ricadute importanti sul diritto alla salute e benessere della persona.

Attività volte a prevenire e mitigare gli stati di stress psicosociale e sofferenza emotiva

L'attenzione al benessere psicosociale dei/ delle minori e giovani migranti e rifugiati rappresenta un pilastro fondamentale per il loro processo di integrazione e adattamento in un nuovo contesto sociale e culturale. Durante il periodo migratorio, i minori possono trovarsi ad affrontare una serie di sfide emotive e psicologiche legate alla separazione dalla famiglia, all'adattamento a una nuova lingua e cultura, nonché alla costruzione di nuove relazioni e identità. In questo contesto, le attività proposte mirano innanzitutto a prevenire e mitigare lo stress derivante da queste esperienze, fornendo agli individui strumenti pratici e supporto emotivo per affrontare le sfide quotidiane.

Promozione del senso di sicurezza, delle connessioni e della progettualità

- Implementare iniziative che favoriscano il senso di sicurezza tra minori migranti, creando ambienti accoglienti e rassicuranti.
- Promuovere attivamente la formazione di connessioni positive tra minori, incoraggiando l'interazione sociale, il supporto tra pari e la costruzione di relazioni di fiducia.
- Sostenere la progettualità individuale e di gruppo, offrendo opportunità di apprendimento e sviluppo personale.



Senso di protezione, sicurezza e supporto tra pari



Attività di orientamento

Consapevolezza relativa al progetto migratorio

- Fornire supporto informativo e formativo riguardo al progetto migratorio, affrontando le carenze di consapevolezza sui processi di integrazione, ricerca di lavoro e sostegno alle famiglie di origine.
- Organizzare attività di orientamento che aiutino i/le minori a comprendere e pianificare il loro percorso migratorio in modo più consapevole.

Strategie di de-escalation per situazioni critiche

- Formare operatori, operatrici e altre figure di cura per riconoscere e gestire efficacemente situazioni di crisi, mantenendo sempre la sicurezza e il benessere dei e delle minori come priorità.
- Identificare i trigger e intervenire sui fattori attivanti riduce il rischio di attivare crisi
- Le modalità di comunicazione e gli interventi verbali e non nella de-escalation non possono fare affidamento esclusivo al buon senso, ma richiedono conoscenze specifiche, condivisione ed esperienza
- Attivare interventi di de-escalation con l'obiettivo di ridurre il livello di attivazione, rabbia, irrequietezza e eccitamento richiede una formazione specifica (tecniche di comunicazione verbale e non, validazione, interventi sui fattori esterni e precipitanti)
- Sviluppare strategie di de-escalation per gestire situazioni critiche, come la pianificazione di attività coinvolgenti che abbiano obiettivi chiari e misurabili.

Laboratori sulle dinamiche relazionali e le norme di genere

Lavorando con gruppi di adolescenti che provengono da contesti culturali, Paesi e luoghi differenti, sicuramente si incontreranno molteplici visioni legate al genere, alle aspettative, norme, stereotipi e discriminazioni ad esso correlate, a volte in contrasto tra loro.

Lavorando con ragazze e ragazzi in ottica di facilitazione dello scambio e del confronto costruttivo tra culture è necessario tenere presenti alcuni principi e concetti:

- Ascoltare come ragazze e ragazzi adolescenti comprendono e parlano di discriminazione e uguaglianza sociale: è un argomento tabù o qualcosa di cui si discute facilmente? Quale è il ruolo delle norme di genere all'interno di questa discussione?
- Comprendere idee e visioni, consce e inconscie, che stanno alla base delle pratiche dannose radicate nella tradizione culturale e/o sociale al fine di supportare a visione di pratiche alternative.
- Assumere una prospettiva di genere spesso richiede un intervento mirato di promozione dell'empowerment femminile e di tutela dei diritti di ragazze e donne, per l'equità e il contrasto a discriminazioni, violenze o abusi. Tuttavia, la parità è impossibile da raggiungere se i ragazzi e gli uomini sono lasciati fuori dal processo di cambiamento: devono essere coinvolti come alleati e promotori attivi.
- Ci sono situazioni in cui, a causa di norme di genere, il benessere psicosociale e la libertà di ragazzi e uomini possono parimenti essere a rischio o lese. Ad esempio, i ragazzi possono essere vittime di punizioni fisiche più dure, oppure esposti a condizioni di vita o lavoro pericolose. La violenza sessuale colpisce notevolmente uomini e ragazzi migranti e rifugiati, in particolar modo, ma non solo, in centri di detenzione e prigioni clandestine nei paesi di origine e di transito. A causa dello stigma e del senso di vergogna, l'emersione della violenza è spesso complessa e l'accesso a servizi specializzati – di per se' ancora piu' limitata per questa categoria di persone sopravvissute – ridotto.
- In generale, a causa di ruoli e aspettative di genere stereotipati, ragazzi e uomini possono avere una maggiore difficoltà nel riconoscere ed esprimere emozioni, e nell'essere accolti con empatia e supporto

quando tali emozioni sono esternate. Per prevenire episodi di discriminazione e violenza (inclusa violenza sessuale e di genere) e favorire più ampiamente il benessere psicosociale, è fondamentale implementare laboratori permanenti che esplorino, attraverso modalità partecipative e non giudicanti, le dinamiche relazionali, aiutando i e le minori a rafforzare le proprie competenze per la vita, tra cui quelle emotive, sociali e comunicative, nella gestione dei problemi e dei conflitti. Importante è il lavoro sulle esperienze affettive e sessuali in adolescenza e sulla realizzazione di rapporti e relazioni fondati su consenso, rispetto e uguaglianza, al fine di supportare gli e le adolescenti nel confrontare in modo sicuro atteggiamenti sessisti, discriminatori e violenti.

- Nell'affrontare tematiche sensibili, è auspicabile prevedere attività miste ma anche separate per genere e/o altre vulnerabilità e bisogni identificati, in modo da favorire la partecipazione effettiva e la sicurezza delle persone che vi partecipano. Questa è una delle considerazioni da tenere a mente per assicurarsi che il laboratorio rappresenti e sia percepito come uno spazio sicuro. Prestare particolare attenzione all'accessibilità dello spazio, in particolare in caso di disabilità, e alla confidenzialità dello spazio per poter svolgere le attività serenamente.
- Nel caso di emersione di domande o difficoltà associate all'orientamento sessuale e affettivo o all'identità di genere di una persona, è fondamentale porsi con un atteggiamento di accoglienza e non giudicante. Ci si deve inoltre assicurare che informazioni su identità di genere, caratteristiche sessuali ed orientamento romantico e sessuale siano discusse in un contesto sicuro e riservato e mantenere la confidenzialità di quanto condiviso.
- In aggiunta ai laboratori con un focus dedicato, è importante ricordare che i ruoli di genere e la parità sono tematiche

trasversali e, come tali, possono costituire importanti spunti di riflessione in ogni tipo di attività, rafforzando la consapevolezza dell'impatto delle norme sociali di genere nella vita quotidiana di ogni individuo e gruppo.

Sebbene il personale rimanga a guida degli interventi in generale, la **progressiva responsabilizzazione** di chi vi partecipa offre numerosi vantaggi, tra cui accrescere il senso di appartenenza e coinvolgimento nelle attività e rafforzando la rete e la solidarietà tra i membri del gruppo, favorendone in tal modo il benessere psicosociale.

A seguire, sono indicati alcuni strumenti che possono essere utilizzati, da parte di personale opportunamente formato, per la realizzazione delle attività di cui al presente capitolo.

Kit di Espressione e Innovazione per Adolescenti, originariamente Adolescent Toolkit for Expression and Innovation

<https://www.unicef.it/media/kit-di-espressione-e-innovazione-per-adolescenti-un-prezioso-strumento-supporto-psicosociale/>

I support my friends

<https://www.unicef.org/documents/i-support-my-friends>

TeamUp

<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/teamup-support-refugee-children-worldwide/>

HERE4U

<https://www.unicef.it/media/alle-radici-della-resilienza-here4u-e-il-supporto-psicosociale-giovani-rifugiati/>

Promuovere un approccio transculturale, intersezionale e di transizione alla maggiore età



Per promuovere la continuità delle cure per i e le minori stranieri/e, è essenziale adottare un **approccio multidisciplinare, intersezionale e transculturale**. Questo implica considerare attentamente le specificità culturali, sociali e personali dei ragazzi e delle ragazze coinvolti, riconoscendo l'importanza di un contesto che rispetti la diversità culturale e favorisca una comprensione approfondita delle loro esigenze.

L'approccio transculturale si propone di superare le barriere culturali, assicurando che le pratiche di cura siano sensibili alla diversità etnica e culturale dei e delle minori. Al contempo, l'intersezionalità viene integrata per considerare in modo approfondito gli aspetti complessi delle loro identità, come ad esempio il rapporto tra cultura, genere e altri fattori che possono influire sulla loro esperienza di cura.

Nel perseguire questo obiettivo, è fondamentale garantire un coordinamento efficace e uno scambio di informazioni fluido tra i servizi rivolti ai e alle minori (NPIA) e i Centri di Salute Mentale (CSM)/DSM per adulti. Questa sincronizzazione mira a evitare che la transizione alla maggiore età si traduca in un abbandono del percorso terapeutico iniziato durante la minore età.

© UNICEF/Trovato/2024

Glossario e acronimi/abbreviazioni

Adolescente

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

Benessere

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

Best Interest of the Child / Superiore interesse del minore

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

Burn-out

Nella concettualizzazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,³¹ il burn-out è una sindrome derivante da una condizione di distress cronico sul posto di lavoro, che non è stato gestito in maniera adeguata. Il burn-out è caratterizzato da tre dimensioni: *sensazione di esaurimento delle proprie energie; aumento della distanza mentale dal proprio lavoro, o sentimenti di negatività o cinismo legati al proprio lavoro; ridotta efficacia professionale*. Il burn-out si riferisce specificatamente a fenomeni nel contesto lavorativo, tuttavia,

viene comunemente utilizzato per descrivere condizioni di grave fatica e sovraccarico anche in altri ambiti di vita.

Cartella sociale

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

Child safeguarding

Con l'espressione child safeguarding si fa riferimento alle misure prese, a livello di politiche, procedure e programmi, per garantire la sicurezza fisica ed emotiva e valutare e ridurre i rischi di causare danno a bambini, bambine, adolescenti con cui le organizzazioni entrano in contatto, in modo diretto o indiretto, attraverso il proprio lavoro, il proprio personale e i propri partner.

Compassion fatigue

I professionisti che lavorano con clienti altamente angosciati, come quelli che hanno subito un trauma, sono a rischio di sviluppare "compassion fatigue" come risultato del loro lavoro. La compassion fatigue è stata descritta come la tensione empatica e l'esaurimento generale che si manifestano nel trattare persone già in difficoltà, o in angoscia. È caratterizzato come uno stato di profondo consumo fisico accompagnato da

³¹ <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

un significativo dolore emotivo e una marcata riduzione della capacità di provare empatia e compassione per gli altri.

Disagio emotivo/psicologico o sofferenza emotiva/psicologica

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

Disabilità

Nella definizione della Convenzione internazionale dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità "le persone con disabilità, ad ogni età, includono quanti hanno condizioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri". Insieme a condizioni permanenti e a lungo termine, l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera, inoltre, anche condizioni di disabilità temporanee. Per garantire non discriminazione e linguaggio inclusivo è importante considerare che le persone con disabilità possono scegliere di definire sé stesse ponendo in maggiore risalto la disabilità, come fondante la propria identità, con un approccio "*identity-first*" (persona disabile), oppure definirsi con un approccio "*person-first*" (persona con disabilità).

Espressione di genere

Manifestazione esterna del genere di ciascuna persona, che può corrispondere o meno alle aspettative culturalmente normate.

Genere

Si riferisce all'insieme delle norme attribuite socialmente alla nascita di una persona sulla base di caratteristiche biologiche, che prescrivono o condannano comportamenti considerati più o meno accettabili o desiderabili secondo tali caratteristiche

nell'arco della vita. I ruoli di genere sono mobili, ovvero variano nelle diverse culture e nel tempo.

Giovane

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

Identità di genere

Esperienza profondamente individuale che ogni persona fa del proprio genere che potrebbe corrispondere o meno al sesso assegnato alla nascita e comprende il senso personale del proprio corpo

Intersezionalità

L'intersezionalità è lo studio delle identità sociali, che si sovrappongono o si intersecano (genere, età, disabilità, condizione di salute fisica e mentale, orientamento sessuale e relazionale, nazionalità, etnia, cultura e lingua, status familiare e sociale, religione, e altre) e dei relativi sistemi di oppressione, dominio o discriminazione verso tali caratteristiche identitarie, che possono essere presenti, anche in forma sistemica, all'interno di gruppi sociali, contesti collettivi e di comunità.

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.

Neurodiversità

La neurodiversità è un paradigma alternativo a una visione medicalizzata del neurosviluppo, che analizza e mette in discussione un modello di funzionamento individuale definito come "normale" o "sano", in opposizione a un funzionamento definito come "patologico". Tale approccio si è consolidato, soprattutto, in relazione all'esperienza di persone con modalità di funzionamento riconducibili, da un punto di vista clinico, a condizioni legate al neurosviluppo e neurodivergenze, come lo spettro autistico, il deficit di attenzione e iperattività, e altre. Questo approccio sottolinea che modalità di funzionamento "atipiche" non siano da considerarsi a priori patologiche, bensì che siano espressione di una naturale variabilità umana e che debbano essere considerate nella loro dignità intrinseca, alla pari di altre, ricevendo il necessario accomodamento e adeguato supporto. Il paradigma della neurodiversità evidenzia, inoltre, quanto un ambiente sociale stigmatizzante, i pregiudizi e le norme discriminatorie abbiano una forte responsabilità nel creare disparità e svantaggi per individui che non si allineano allo sviluppo "tipico" o a standard di funzionamento considerati "conformi".

Orientamento sessuale

Attrazione, duratura, innata o immutabile, a livello emozionale, romantico o sessuale nei confronti di persone di uno o più generi.

PSEA

Protezione dallo sfruttamento e abuso sessuale (PSEA) è il termine usato per riferirsi ai sistemi con la finalità di proteggere persone in condizione di vulnerabilità da sfruttamento e abusi sessuali da parte di attori umanitari e personale associato, compreso il personale

umanitario, volontari/e, appaltatori/trici, fornitori/trici di merci e servizi per gli aiuti umanitari.

Psicosociale

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

Salute mentale e benessere psicosociale

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

- *la funzionalità individuale*, intesa come salute fisica, psicoemotiva e cognitiva (questo include pensieri ed emozioni positivi, un buon livello di autostima, una buona capacità di adattamento, competenze e abilità apprese, ecc.);
- *l'ecologia sociale*, intesa come equilibrio sociale dato dalla rete delle connessioni sociali di cui un individuo dispone all'interno della comunità in cui vive (ad esempio,

essere in grado di instaurare delle relazioni di fiducia e supporto, ecc.);

- *il sistema culturale e valoriale*, inteso come l'insieme dei valori condiviso con la società e la cultura di appartenenza (ad includere il senso di appartenenza a uno o più gruppi/comunità, la capacità di attribuire significati e attuare comportamenti congruenti al sistema culturale/comunitario di appartenenza).

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

Self-care

Nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,³² per self care, o cura di sé, si intende la capacità delle persone, delle famiglie e delle comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, mantenersi in salute e affrontare condizioni di patologia o di disabilità, con o senza il supporto di personale sanitario o specialisti. Questo approccio riconosce gli individui come agenti attivi nella gestione di pratiche connesse alla cura e all'assistenza sanitaria, in aree quali: promozione della salute; prevenzione e controllo delle malattie; automedicazione; fornire assistenza a persone non autosufficienti; riabilitazione, comprese le cure palliative. Le pratiche di self-care non sostituiscono il sistema sanitario, ma fornisce invece scelte e opzioni aggiuntive per l'assistenza sanitaria.

Strategie e meccanismi di coping/ adattamento

Il termine '*coping*' deriva dall'inglese "*to cope with*" e significa '*fronteggiare, reagire, resistere, gestire*'. I meccanismi o strategie di coping sono, dunque, dei processi adattivi legati alle abilità cognitivo-comportamentali e agli sforzi operati dall'individuo per gestire circostanze avverse. Questi processi di adattamento sono dinamici e in continua evoluzione.

Possono essere positivi, costruttivi e funzionali all'adattamento e all'evoluzione dell'individuo, o disfunzionali, negativi e persino dannosi per il benessere della persona.

Stress/fattori stressogeni

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

Trauma/persona traumatizzata

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

32 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>

adottata, privilegiando espressioni rispettose delle specificità e risorse individuali, rispetto a generalizzazioni ed etichette diagnostiche usate impropriamente. Di seguito, alcuni esempi:

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

Trauma vicario

Il trauma vicario indica l'impatto potenzialmente perturbante derivante dall'impegno di chi svolge attività di supporto a persone sopravvissute a eventi traumatici, dal contatto con situazioni di grave sofferenza, perdita, crudeltà umana, crisi, catastrofi. Chiunque operi a sostegno di sopravvissuti può esserne potenzialmente colpito: soccorritori, professionisti dei servizi, volontari, persone della rete solidale di prossimità. Le situazioni che possono generare una condizione di trauma vicario sono differenti, più o meno dirette e persistenti nel tempo: assistere ad uno o più eventi traumatici (ad esempio, essere testimoni di un grave incidente, accompagnare persone nel riconoscimento di familiari deceduti); ascoltare resoconti espliciti di eventi traumatici (es. raccogliere le testimonianze di persone sopravvissute a violenza e abuso); prendere coscienza di eventi traumatici attraverso i mezzi di informazione (conflitti, genocidi, catastrofi ambientali e umanitarie). Dal trauma vicario deriva un eccessivo coinvolgimento empatico e identificazione nei confronti delle

persone assistite, che determina un processo di cambiamento in chi offre supporto, da un punto di vista emotivo, cognitivo, psicofisico, sociale, spirituale, di identità e valori. Il trauma vicario, non adeguatamente intercettato e gestito, può condurre a condizioni di burn-out e problematiche connesse alla salute fisica e mentale.

Violenza di genere

La violenza di genere è un termine ampio ed inclusivo utilizzato per descrivere qualsiasi atto dannoso perpetrato contro la volontà di una persona e basato su differenze attribuite socialmente (cioè di genere) tra maschi e femmine. Il termine racchiude in sé tutti gli atti che infliggono danni o sofferenze fisiche, sessuali o mentali, le minacce di tali atti, la coercizione, e altre privazioni della libertà. Questi atti possono verificarsi in pubblico o in privato

Vulnerabilità

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

sono: minori stranieri non accompagnati, giovani migranti e rifugiati soli, ragazzi e ragazze con disabilità, con disagio psicologico, con malattie croniche o acute, ecc.

Vulnerabilità psicosociali

Per lo scopo di questo documento, vengono considerate 'vulnerabilità psicosociali' tutte quelle condizioni di natura individuale e/o ambientale, che comportano dei rischi potenziali o effettivi per la sicurezza, la salute fisica, mentale e il benessere psicosociale della persona. Come delineato nel Vademecum delle Vulnerabilità, "Un individuo può essere portatore di diverse condizioni di vulnerabilità concomitanti (vulnerabilità multiple) che, come sopra, possono emergere durante le diverse fasi dell'accoglienza." (pag. 8). "...Tra le vulnerabilità indicate dalla norma di riferimento, alcune sono da riferirsi a condizioni esplicite e oggettive inerenti la condizione di salute o lo status socio-giuridico del soggetto, quale, ad esempio, l'essere minore straniero non accompagnato (MSNA), altre sono meno identificabili, come il disagio di tipo psicologico, e pertanto richiedono una intercettazione non urgente ma il più possibile precoce, al fine di garantire un invio specialistico e qualificato." (pag. 12). Dunque in considerazione dello specifico focus della presente guida e delle vulnerabilità prioritarie identificate dal sopracitato testo di riferimento inter-agenzia, si possono riconoscere in un'ottica esemplificativa e non esaustiva, le seguenti categorie: minori stranieri non accompagnati, minorenni vittime di tratta, minorenni la cui salute fisica, mentale e il benessere psicosociale siano compromessi o a rischio di deterioramento, minorenni sopravvissute/i o a rischio di violenza, abuso, maltrattamento, sfruttamento e violenza di genere, minorenni con disabilità, minorenni a rischio di discriminazione per il proprio orientamento sessuale, o altra caratteristica legata alla persona o alla sua provenienza o appartenenza linguistica e culturale.



© UNICEF/Antonio/2024

 ZURICH[®] *Foundation*

 ZURICH[®]

in support of

unicef  | for every child

UNICEF does not endorse any brand, product or service.