

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE DELLE
RELAZIONI DI AIUTO**

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

LA RESILIENZA NEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

DOCENTE 1° relatore:

Prof. Luca Scacchi

STUDENTE:

03D01143 Chiara Fiorot

Indice

Introduzione	3
1. La resilienza	6
1.1. Definizioni	6
1.2. Origine ed evoluzione del costrutto	8
1.3. Le risorse individuali	13
1.4. Le risorse ambientali	16
1.4.1. La qualità dei legami interpersonali	17
1.4.2. Il sostegno sociale	19
1.5. Resilienza e neuroscienze	22
2. I minori stranieri non accompagnati	25
2.1. Fenomeni migratori contemporanei	25
2.2. Motivazioni della migrazione	28
2.3. La crisi migratoria europea	31
2.4. Dati sugli arrivi e sui numeri dei giovani migranti	32
2.4.1. Uno sguardo ai dati europei	32
2.4.2. Uno sguardo ai dati italiani	33
2.5. Definizione di minore straniero non accompagnato e principali riferimenti normativi	35
2.6. Principali caratteristiche psicologiche della fase adolescenziale	37
2.7. La psicopatologia nel contesto migratorio	42
2.8. Fattori di rischio nei minori	48
2.9. Esiti psicopatologici nei minori	50
3. I processi di resilienza nei minori stranieri non accompagnati	56
3.1. Fattori di protezione e di resilienza	56
3.1.1. Le risorse individuali	57
3.1.2. La percezione di sostegno sociale	62
3.1.3. Il tipo di sistemazione	65
3.1.4. L'accesso ai servizi di salute mentale	67
3.2. Promuovere percorsi di resilienza nei minori stranieri non accompagnati	68
3.2.1. <i>The Tree of Life, a collective narrative practice</i>	69
3.2.2. L'arte come strategia di intervento	72
Conclusioni	75
Bibliografia	80

Introduzione

«...Il viaggio verso la resilienza
è la grande ricerca morale
della nostra epoca»
(Zolli, 2014, p.332).

Lavoro come insegnante nella scuola dell'infanzia da più di vent'anni, nutro uno spiccato interesse nei confronti della letteratura destinata ai bambini e frequento regolarmente biblioteche e librerie alla ricerca di nuovi albi. Sono ben consapevole del fascino che le storie hanno sui bambini, catturano la loro attenzione, stimolano la loro inesauribile fantasia, e li aiutano ed accompagnano nel loro percorso di crescita emotiva.

Quando mi è capitato tra le mani "Amali e l'albero" (Lorenzoni, 2016), sono rimasta molto colpita dalla sua delicatezza ma al tempo stesso dalla sua profondità. Questo albo narra l'incontro tra Amali e un albero, che ha perso le sue radici e vaga inascoltato nella notte. Amali è una bambina che ha dovuto lasciare la sua terra, dove si respira nell'aria il profumo del cacao e delle spezie, per fuggire dalla guerra e dalla povertà. Amali riconosce le emozioni e la sofferenza dell'albero e, solo lei, sa cogliere il suo bisogno di affetto e di conforto. Allora ripete all'albero le parole commoventi che il suo papà le aveva sussurrato quella notte sul barcone: «Guarda il Cielo, Albero. Guarda il cielo. Il Cielo è uno solo e abbraccia tutti i posti e tutti i paesi del mondo. Guarda le stelle, Albero, brillano allo stesso modo sopra la testa di tutti» (Lorenzoni, 2016).

Questa storia che tocca il tema delle migrazioni sulle rotte del mar Mediterraneo mi ha portato a riflettere ancor più sulla drammaticità di

quei vissuti. Questo albo mi ha fatto scaturire un interesse per la tematica e la voglia di approfondire la mia conoscenza sul tema dei minori migranti.

Mi sono poi avvicinata ed addentrata nell'argomento grazie alle testimonianze umane del medico di Lampedusa Pietro Bartolo, raccolte nei suoi libri.

L'obiettivo dell'elaborato è di approfondire un fenomeno attuale e contemporaneo come quello delle migrazioni dei minori stranieri non accompagnati, attingendo ai dati statistici disponibili e ai contributi messi a disposizione dalla comunità scientifica.

L'elaborato si snoda intorno a tre capitoli.

Nel primo capitolo si approfondisce scientificamente il costrutto di resilienza, analizzandone l'evoluzione a partire dai primi studi identificati dalla letteratura nelle ricerche di Werner e Smith, Garmezy e Rutter. Si presenteranno quindi le concezioni più attuali, le quali hanno validato l'approccio della resilienza come alternativa ad un modello psicopatologico centrato sulla vulnerabilità, ed analizzato in maniera specifica le diverse risorse personali ed ambientali che possono favorire lo sviluppo di traiettorie resilienti.

Il secondo capitolo si incentra sui minori stranieri non accompagnati. L'obiettivo è giungere ad una comprensione psicologica del fenomeno a partire dai dati statistici sulle caratteristiche demografiche e di provenienza dei minori e dall'analisi accurata fornita dal sociologo Ambrosini su alcuni aspetti specifici del complesso fenomeno migratorio. All'interno del capitolo si presenteranno i principali fattori di rischio ed esiti psicopatologici, emersi dalle ricerche mirate condotte sui minori stranieri non accompagnati.

Il terzo ed ultimo capitolo si focalizza sulle traiettorie resilienti e sui buoni esiti di salute mentale riscontrati, nonostante la vulnerabilità, in una parte considerevole del campione rappresentato dai minori stranieri non accompagnati (Keles, Friborg, Idsøe, Sirin & Oppedal,

2018). Nello specifico si presenteranno i contributi di alcune ricerche sul campo che si sono incentrate sulla conoscenza e l'individuazione di specifici fattori di protezione riconducibili alle risorse individuali, ma legati anche in maniera significativa ai processi di insediamento nel paese ospitante. A conclusione, si riporteranno alcune esperienze narrative ed espressive proposte ai minori stranieri non accompagnati con l'intento di sostenere e promuovere in loro percorsi di resilienza.

1. La resilienza

In questo primo capitolo si riportano i principali contributi di ricerca che hanno condotto all'affermarsi del costrutto di resilienza in ambito scientifico. Presenterò poi il ruolo che risorse individuali ed ambientali possono assumere nella promozione di traiettorie resilienti, soffermandomi sulla qualità dei legami interpersonali e sul sostegno sociale.

A conclusione del capitolo, farò un breve accenno al promettente contributo che stanno apportando le neuroscienze nello studio della resilienza.

1.1. Definizioni

Il concetto di resilienza fu utilizzato originariamente nel campo della fisica dei materiali (Malaguti, 2005) per definire la capacità fisica di un corpo di non eccedere ai limiti elastici dopo una deformazione, ovvero di resistere a un urto assorbendo energia cinetica e mantenendo la propria integrità (Charpy, 1901).

Trova poi successivamente applicazione in diversi ambiti, tra i quali quello dell'ecologia, dove definisce la capacità di ripresa da parte di alcuni ecosistemi dopo gravi shock. Il termine resilienza è attualmente utilizzato in maniera trasversale in varie discipline e in settori tra loro anche molto differenti, come l'economia, l'ecologia, le scienze politiche, quelle cognitive e quelle delle reti digitali. Scienziati e professionisti di diversi ambiti disciplinari, dinnanzi alle sfide imposte dai continui e rapidi cambiamenti attuali, si stanno ponendo alcune domande simili: per quale motivo un sistema subisce un crollo mentre un altro si riprende? Quali sono le caratteristiche che consentono ad un sistema

di adattarsi ai mutamenti? Un sistema quale portata di cambiamento può assorbire mantenendo la propria integrità e il proprio fine originario? (Zolli, 2014).

La letteratura scientifica riconosce nel contributo e nella pubblicazione degli esiti di uno studio longitudinale condotto da Werner e Smith (Werner & Smith, 1982; Werner, 1989) il primo utilizzo del concetto di resilienza nel campo delle scienze umane e sociali (Cyrulnik, 2010; Milani & Ius, 2010).

In letteratura sono presenti molte definizioni del termine resilienza: ciò che emerge da parte dei diversi autori è l'importanza di sottolineare come la resilienza umana non si limiti a un'attitudine di resistenza, ma permetta la ricostruzione di un percorso di vita nuovo e positivo. In tale prospettiva sofferenze e traumi non andranno rimossi, ma utilizzati come basi dalle quali ripartire (Vanistendael & Lecomte, 2000).

Masten e Coatsworth (1998) considerano la resilienza un processo evolutivo che, nell'ambito di un contesto altamente problematico, fa emergere una competenza adattiva ed un buon funzionamento. Essi specificano come la resilienza implichi la presenza contemporanea delle seguenti due condizioni:

- l'esistenza di una reale condizione di pericolo, determinata da un evento traumatico o dall'esposizione a situazioni stressanti;
- un adattamento psicologico positivo ed adeguato da parte dei soggetti.

Malaguti (2005, p.16) la definisce in particolare come «la capacità o il processo di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a organizzare positivamente la propria vita nonostante l'aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare a un esito negativo».

Cyrulnik (2010), oltre a mettere in luce le risorse interiori degli individui, riconosce l'importanza che la famiglia, la società e la cultura possono assumere nel sostenere il processo di resilienza. Egli ritiene opportuno adottare un approccio sistemico ed integrare i contributi apportati dalle

ricerche pluridisciplinari. La resilienza, secondo l'autore, può essere definita come «un processo biologico, psico-affettivo, sociale e culturale che facilita un'evoluzione dopo un trauma psichico» (Cyrulnik, 2010, p.11).

1.2. Origine ed evoluzione del costrutto

La storia dell'umanità è ricca di miti e racconti che narrano le gesta di persone o gruppi umani che, dinnanzi a traumi e forti avversità, sono stati in grado di esprimere una grande forza e capaci di gesti eroici.

Fino ai primi anni Ottanta, nel corso dei quali si afferma in ambito clinico il modello biopsicosociale (Engel, 1977; 1980), era predominante il modello biomedico, centrato sui sintomi e sulle patologie (ICD, 1946). Nella prima fase successiva alla Seconda guerra mondiale, anche la gran parte della ricerca in campo psicologico e psichiatrico sulla Shoah si focalizzava sugli aspetti patologici legati all'esperienza traumatica (Milani & Ius, 2010). Solo in fasi seguenti, alcuni ricercatori si sono concentrati sulle capacità dimostrate da alcuni soggetti di ristabilire un equilibrio e di possedere un buon funzionamento psicologico nonostante l'esposizione alle atrocità della Shoah (Moskovitz, 1985; Helmerich, 1992; Ornstein, 2001).

A partire dagli anni Cinquanta, negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna, Werner & Smith, Garmezy e Rutter intrapresero degli studi longitudinali con l'obiettivo di seguire nel corso dello sviluppo alcune popolazioni di bambini fragili per indagarne gli esiti patologici nelle fasi di vita successive (Anaut, 2015). Queste ricerche si sono concentrate sull'osservazione dell'evoluzione di popolazioni di bambini appartenenti a contesti familiari e sociali considerati sfavorevoli per il loro sviluppo (patologie mentali dei genitori, forte precarietà socioeconomica,

ambienti violenti e deprivati, ...).

Garmezy (1971), in particolare, incentrò i suoi studi sull'analisi degli antecedenti e dei fattori eziologici delle psicosi schizofreniche, riservando un'attenzione particolare alla loro trasmissione intergenerazionale. Le ricerche condotte in questo campo fecero emergere un risultato inatteso: un gran numero dei figli di pazienti schizofrenici non presentava forme di disagio psicologico durante l'adolescenza o nella vita adulta; era, anzi, in grado di sviluppare in maniera altamente competente le proprie abilità.

I suoi studi hanno fatto emergere una considerevole variabilità interindividuale tra i bambini studiati nel corso del loro sviluppo: le risposte e le traiettorie evolutive dei bambini appartenenti a contesti simili per condizioni di svantaggio erano tra loro differenti. Questa evidenza ha condotto i ricercatori a superare gradualmente un modello basato esclusivamente sul concetto di vulnerabilità e dei correlati effetti psicopatologici.

Inizialmente alcuni ricercatori (Garmezy, 1971; Anthony, 1974) ipotizzarono che questa variabilità interindividuale potesse essere spiegata da caratteristiche individuali del soggetto. Questo modo di intendere la resilienza, secondo Inguglia e Lo Coco (2013), può essere presumibilmente collegato all'utilizzo del termine "*Ego-resiliency*" introdotto da Block (1951) per definire un tipo di personalità. L'*Ego-resiliency* definisce uno dei cinque tratti di personalità identificati dai coniugi Block nell'ambito delle loro ricerche su soggetti adulti. L'*Ego-resiliency* diventerà poi un concetto centrale negli sviluppi della loro teoria, nell'ambito della quale identifica un tratto di personalità flessibile, facilmente adattabile e capace di attuare strategie di problem solving in risposta ai cambiamenti ambientali (Block & Block, 1980). Questo paradigma, che considera la resilienza una caratteristica individuale e riscontrabile solo nella personalità di alcuni individui, sarà gradualmente superato con i successivi apporti della psicopatologia

dello sviluppo.

Negli anni Ottanta sono infatti pubblicati gli esiti di uno studio longitudinale di durata trentennale, condotto da Werner e Smith (Werner & Smith, 1982; Werner, 1989). A partire dal 1955, Werner e Smith seguirono lo sviluppo dalla nascita all'età adulta di 698 abitanti dell'isola Kauai, nell'arcipelago delle Hawaii. Per ognuno dei soggetti studiati le ricercatrici identificarono gli stress subiti nel periodo prenatale e perinatale, ne seguirono poi lo sviluppo fisico, intellettuale e psicosociale fino all'età adulta con una serie di verifiche ad età prestabilite. In base ai dati raccolti, 201 bambini presentavano forti fattori di rischio a causa di nascite difficili, povertà, situazioni familiari caratterizzate da violenza, alcolismo e malattie mentali. I risultati dimostrarono che circa un terzo di questi bambini (72 su 201) aveva avuto uno sviluppo favorevole nel corso dell'età evolutiva (Oliverio Ferraris & Oliverio, 2014). I risultati mostrarono come un'elevata percentuale di bambini, inizialmente classificati ad alto rischio, non esibisse alcun tipo di problema nelle fasi di vita successiva; anzi, spesso riuscisse a manifestare forme di competenza in diversi ambiti, da quello relazionale e familiare a quello accademico e/o lavorativo.

Lo studio longitudinale di Werner e Smith ha permesso di osservare nel tempo le dinamiche del processo di resilienza, come esso evolva nelle diverse fasi dello sviluppo del soggetto ed in funzione dei cambiamenti riscontrabili nei contesti di vita. In particolare, ha messo in luce come i processi di resilienza possano essere sostenuti da risorse affettive e sociali presenti nell'ambiente e/o nella comunità: carenze personali e/o genitoriali possono essere compensate da membri della famiglia allargata o da altre risorse presenti nell'ambiente di vita (Anaut, 2015). Contemporaneamente, in Gran Bretagna, Rutter (1985) conduceva le sue ricerche su popolazioni infantili fragili, come i figli di genitori affetti da disturbi mentali, i bambini provenienti da ambienti svantaggiati o coloro che avevano vissuto esperienze di separazione traumatica dalla

madre. Inizialmente, Rutter mise in luce i fattori di rischio e il loro impatto sulla salute mentale, poi focalizzò l'attenzione sul ruolo esercitato dai fattori di protezione nel mitigare i rischi di esiti psicopatologici. Egli sostiene che la capacità di resistere dinnanzi allo stress non possa considerarsi un attributo fisso ed immutabile dell'individuo, ma sia l'esito di un processo di interazione che si snoda nel corso dello sviluppo tra le caratteristiche personali del soggetto e le risorse presenti nel suo ambiente di riferimento (Inguglia & Lo Coco, 2013; Anaut, 2015).

Con l'avanzamento delle ricerche, diversi studiosi iniziano a descrivere la resilienza come un processo evolutivo dinamico, nel quale le caratteristiche interne del soggetto e le risorse presenti nell'ambiente di vita interagiscono reciprocamente (Grotberg, 1995; Costantine, Benard & Diaz, 1999).

La persona resiliente è dunque capace di scoprire in sé stessa, nelle relazioni umane e nella propria comunità di riferimento gli elementi di supporto per superare le avversità (Anaut, 2003).

Considerare la resilienza una caratteristica individuale oppure l'esito di un processo nel quale assumono un ruolo sia le risorse interne che quelle ambientali ha importanti implicazioni in un'ottica di prevenzione (Inguglia & Lo Coco, 2013). Se si riconosce, infatti, l'azione di fattori come il sostegno sociale o la qualità dei legami familiari ed extrafamiliari si possono intravedere aree ben definite sulle quali poter operare in maniera preventiva.

La resilienza è attualmente considerata un processo complesso e multidimensionale, risultante da una condizione di equilibrio che evolve nel tempo tra fattori di rischio e di protezione (Anaut, 2015).

I fattori di rischio identificano quelle specifiche condizioni esistenziali dell'individuo e del suo ambiente che comportano una probabilità di morbosità mentale superiore a quella osservabile nella popolazione generale (De Ajuriaguerra & Marcelli, 1982).

Inguglia e Lo Coco (2013) classificano i fattori di rischio in quattro categorie principali:

- Caratteristiche interne e problemi di salute del bambino, come disabilità fisiche e mentali, episodi di sofferenza prenatale, nascita prematura, disturbi cognitivi, disturbi fisici o malattie gravi.
- Fattori familiari, come la presenza di disturbi psicopatologici o comportamentali in uno dei genitori o in un parente prossimo, la separazione precoce e prolungata dal caregiver, l'assenza o il decesso di uno o di entrambi i genitori, la presenza di litigi o violenze familiari, il divorzio o la separazione, il maltrattamento, l'alcolismo, la tossicodipendenza o la malattia cronica di uno dei genitori.
- Caratteristiche dell'ambiente sociale, come la povertà, la disoccupazione, l'appartenenza ad un gruppo etnico minoritario, la segregazione sociale, l'alta frequenza di comportamenti antisociali e devianti nel quartiere di residenza, la scarsa qualità dei servizi sociali e di cura.
- Eventi occasionali che possono costituire una minaccia vitale per il bambino o la sua famiglia, come guerre, catastrofi naturali, torture e deportazioni.

L'approccio alla resilienza rappresenta un'alternativa al modello psicopatologico centrato sulla vulnerabilità in quanto considera le risorse e le competenze dell'individuo e del suo ambiente di riferimento. Come riportato da Anaut (2015), i ricercatori concordano nell'identificare tre poli di protezione: le caratteristiche individuali dei soggetti, le risorse presenti nell'ambiente familiare ed affettivo e quelle presenti nell'ambiente extra-familiare (i pari, la scuola, la comunità e la società).

Presenterò ora alcuni contributi di ricerca che hanno approfondito in modo specifico tali fattori di protezione e di resilienza. Mi soffermerò prima sugli apporti riconducibili alle caratteristiche e risorse personali degli individui, per poi approfondire i fattori che connotano l'ambiente come promotore di resilienza.

1.3. Le risorse individuali

Diversi autori hanno cercato di identificare quali siano le specifiche caratteristiche psicologiche che possano essere considerate predittive di traiettorie resilienti.

Benard (1991), a tale proposito, evidenzia quattro dimensioni:

- competenza sociale, intesa come possesso di efficaci capacità comunicative e relazionali;
- capacità di problem solving, alti livelli di abilità cognitive, un buon grado di flessibilità e di ragionamento divergente;
- autonomia personale, buon livello di autostima e senso di autoefficacia;
- senso del futuro, sia in merito alle aspettative positive per l'avvenire che alla possibilità di esercitare un grado di controllo sulla propria vita.

Costantine et al. (1999) identificano i seguenti fattori:

- competenza sociale, intesa come capacità di cooperazione e comunicazione interpersonale, abilità di problem solving e responsività empatica;
- autonomia e senso di sé, ovvero la fiducia di poter esercitare un'influenza sugli eventi e sull'ambiente, la conoscenza e la consapevolezza di sé e un senso di autoefficacia;
- senso di significato, che comprende la capacità di pensare al

proprio futuro positivamente e di porsi obiettivi ambiziosi e realistici per l'avvenire.

Tra gli esiti dei diversi studi risulta esserci un buon grado di accordo. Inguglia e Lo Coco (2013) mettono in evidenza le principali caratteristiche individuali associate alla resilienza in età evolutiva emerse da una comparazione tra diversi contributi di ricerca; tra di esse, alti livelli di abilità cognitive e sociali, un forte senso di autonomia, una percezione positiva del proprio sé ed alte aspettative nei confronti del futuro.

Anche Bonanno (2004), attraverso gli esiti dei suoi studi longitudinali incentrati sulle tipologie di risposte dinnanzi ai traumi, come lutti, guerre ed attacchi terroristici, identifica alcune dimensioni associabili a potenziali percorsi di resilienza:

– *Hardiness*

Identifica un tratto di solidità. Tale concetto consta di tre aspetti: l'essere impegnati nel trovare uno scopo significativo nella vita, la convinzione di poter influenzare ciò che ci circonda nonché gli esiti degli eventi e la fiducia nel fatto di poter imparare e crescere da esperienze di vita sia positive che negative.

– *Self-Enhancement*

Possedere un'immagine di sé molto positiva ed ipervalorizzata promuove i livelli di autostima e il benessere.

– *Regressive Coping*

Corrisponde all'adozione di un funzionamento che tende ad evitare pensieri, emozioni e ricordi spiacevoli.

– *Positive Emotion and Laughter*

L'espressione di emozioni positive favorisce i contatti con l'ambiente sociale ed aiuta a ridurre i livelli di sofferenza provocati da eventi avversi.

Tali modalità nell'affrontare il trauma si rivelano adattive e fanno sì che situazioni ed eventi particolarmente stressanti siano percepiti in

maniera meno minacciosa (Bonanno, 2004). Egli mette in luce come tali meccanismi possano avere risvolti disfunzionali in contesti differenti. L'ipervalorizzazione di sé, ad esempio, si dimostra vantaggiosa nel fronteggiare determinate situazioni avverse, mentre in altri contesti farebbe perlopiù emergere negli altri un'impressione negativa. I diversi fattori diventano promotori di resilienza nel momento in cui sono utilizzati in maniera contestuale e funzionale in un processo adattivo e di ricostruzione positiva.

Nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo, gli studi sulla resilienza approfondiscono ed identificano le caratteristiche dei soggetti che in fase evolutiva si dimostrano capaci di superare l'impatto di traumi ed eventi avversi (Cicchetti & Garmezy, 1993). A tale proposito, Ann Masten (2001) nel suo articolo "*Ordinary magic: Resilience processes in development*" sostiene che quando i sistemi adattivi di base sono protetti e ben funzionanti, la maggior parte dei bambini può superare le avversità e raggiungere le tappe fondamentali dello sviluppo. La resilienza, piuttosto che come tratto appartenente solo ad alcuni soggetti, si connota quindi come una qualità comune, che può sostenere gli individui nell'affrontare esperienze dolorose e traumatiche. Masten e Tellegen (2012) sottolineano, inoltre, come le ricerche longitudinali abbiano fatto emergere la presenza nel corso dello sviluppo di fasi specifiche e transitorie durante le quali sembrano essere favoriti la risoluzione e il superamento di problemi antecedenti. Queste fasi sono identificate con l'ingresso nel mondo della scuola, la transizione adolescenziale e il passaggio all'età adulta.

1.4. Le risorse ambientali

Spostando l'attenzione sulle risorse presenti nell'ambiente di vita, emerge come i ricercatori concordino nel considerare simultaneamente tre tipi di contesto: la famiglia, la scuola e la comunità.

Le proprietà che connotano un ambiente come promotore di resilienza sono distinte da Costantine et al. (1999) in:

- la capacità di fornire relazioni affettuose e supportive;
- il fatto di nutrire alte aspettative nei confronti dello sviluppo dei bambini;
- la capacità di fornire opportunità significative di partecipazione e di appartenenza.

Tali proprietà sono generalizzabili ai diversi contesti di vita: risultano determinanti la disponibilità e la capacità dei soggetti che operano in ambito familiare, scolastico o della comunità di garantire ai bambini e ai ragazzi tali opportunità (Inguglia & Lo Coco, 2013; Anaut, 2015).

Il modello organizzativo-evolutivo proposto da Wyman e colleghi (1999) si propone di spiegare come si sviluppa la resilienza in età evolutiva. Tale modello mette in luce come nel corso dello sviluppo vi siano specifici compiti evolutivi da affrontare e come al loro superamento contribuiscano simultaneamente le risorse interiori del bambino e le risorse presenti nel suo ambiente di vita (Inguglia & Lo Coco, 2013). Una fondamentale importanza è attribuita al superamento dei compiti specifici della prima infanzia, legati al raggiungimento dell'equilibrio biologico, della capacità di regolazione emotiva e di uno stile di attaccamento sicuro con il caregiver.

Le strategie adottate nel superamento dei compiti specifici di una fase precedente, siano esse adattive o disadattive, possono esercitare un'influenza sulle modalità con le quali si affronteranno i periodi di sviluppo successivi, anche in presenza di condizioni avverse e di discontinuità rispetto al passato.

Approfondisco ora il ruolo specifico che la qualità dei legami interpersonali e il sostegno sociale possono assumere nel promuovere traiettorie resilienti.

1.4.1. La qualità dei legami interpersonali

Un contributo fondamentale alla riflessione sulla resilienza deriva dalla teoria dell'attaccamento, elaborata da Bowlby (1969).

Tale teoria affonda le sue radici nell'etologia e si avvale dell'osservazione al fine di indagare e comprendere i fenomeni psicologici (Fonzi, 2001).

Bowlby concettualizzò l'attaccamento come un bisogno primario del bambino, il quale ricerca la vicinanza del caregiver mediante comportamenti specifici, come il pianto e il sorriso.

Attraverso l'osservazione delle interazioni madre-figlio nell'ambito di una situazione sperimentale, la *Strange Situation*, Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) identificarono tre modelli di attaccamento:

- Sicuro: il bambino esplora attivamente l'ambiente fisico e sociale; il contatto con la madre ha su di lui un effetto calmante e rassicurante.
- Ansioso-evitante: il bambino mostra indifferenza nei confronti dell'allontanamento e del riavvicinamento della madre; tende a mettere in atto una falsa autonomia come risposta al rifiuto dimostrato dalla madre dinnanzi alle sue richieste.
- Ansioso-ambivalente: il bambino vive con disagio la separazione dalla madre, mette in atto comportamenti contraddittori in risposta all'incapacità della madre di sintonizzarsi alle sue esigenze.

Ricerche successive (Main & Solomon, 1986) individuarono un ulteriore modello, definito ansioso-disorganizzato. Esso è prevalentemente

associato a storie di traumi, abusi e maltrattamenti, e si manifesta con un comportamento incoerente, talvolta bizzarro e/o stereotipato.

Le esperienze affettive vissute precocemente dal bambino con la figura di attaccamento conducono alla formazione di specifici modelli operativi interni, ovvero di rappresentazioni mentali che riflettono il tipo di interazione esperita con la madre (Bowlby, 1973).

Tali modelli, definiti *Internal Working Model*, influenzano i processi di interpretazione delle informazioni nonché le modalità con le quali ci relazioniamo con gli altri nel corso della vita. Un bambino con uno stile di attaccamento sicuro costruirà un modello mentale del sé come di persona degna di essere amata e confortata, e una rappresentazione dell'altro come di persona disponibile a supportarlo. Un bambino con uno stile di attaccamento insicuro, come ad esempio quello ansioso-ambivalente, costruirà un modello mentale del sé come di persona vulnerabile, e una rappresentazione dell'altro come di persona inaffidabile e sulla quale non poter contare in caso di necessità.

Milani e Ius (2010), nel loro studio delle traiettorie biografiche dei bambini sopravvissuti alla Shoah, colgono l'importanza riconosciuta alle prime esperienze vissute nella famiglia d'origine. Dalle loro storie emerge come il poter disporre di una figura di attaccamento sicuro rappresenti un fattore che rinforza ed attrezza la persona ad affrontare avversità future. Tale figura non sempre coincideva con la madre: la relazione materna non rappresenta l'unica possibilità che il bambino ha per sperimentare un buon attaccamento. Uno o più adulti significativi avevano infatti potuto compensare ad eventuali carenze materne ed instaurare relazioni caratterizzate da linee di attaccamento sicuro (Milani & Ius, 2010).

Cyrułnik (2010) mette in luce come l'aver acquisito un modello di attaccamento sicuro offra, in caso di difficoltà, un prezioso fattore di resilienza: i bambini saranno facilitati nell'utilizzare un'altra base sicura. Per questi bambini, secondo Cyrułnik, si prospetta la possibilità

dell'incontro con una figura di attaccamento secondaria, la quale potrà sostituirsi a quella assente o disfunzionale. Egli riconosce in tali figure dei veri tutori di resilienza, e considera fondamentale la loro presenza e il loro ruolo nell'offrire relazioni di prossimità rassicuranti. I bambini che non hanno sperimentato ed interiorizzato un attaccamento di tipo sicuro tendono a chiudersi in sé stessi, ad auto-centrarsi e a sfuggire da altri adulti che offrono loro il proprio supporto.

Fonagy e Target (2001) riconoscono come una relazione con adulti significativi e sensibili possa offrire ai bambini gli strumenti cognitivi per interpretare e dare un senso alle proprie emozioni ed esperienze.

Un buon attaccamento favorisce l'evolversi della capacità di mentalizzazione, che può assumere un ruolo protettivo dinanzi ad esperienze avverse e traumatiche.

La disponibilità e la capacità nello stabilire un legame con un'altra figura di attaccamento possono essere considerate predittive di un'evoluzione resiliente.

1.4.2. Il sostegno sociale

Un importante filone di ricerche ha approfondito, a partire dagli anni Settanta, la relazione tra sostegno sociale e salute fisica e psicologica.

Il concetto di sostegno sociale richiama quello di rete sociale.

I due concetti sono gradualmente emersi come costrutti col fine di descrivere la struttura delle relazioni interpersonali e l'intreccio delle diverse risorse sociali presenti nella comunità. Entrambi i costrutti assumono una fondamentale importanza nell'ambito della progettazione e dello sviluppo di azioni preventive e di interventi terapeutici integrati.

Il concetto di rete risale a Moreno (1934), che fu il primo ad utilizzare

il concetto di ponte, come connessione tra diverse reti, e di densità, come grado di interconnessione reciproca tra i membri che la costituiscono.

Furono alcuni antropologi sociali inglesi a compiere le prime analisi sistematiche sulle reti sociali. Famosa in tale ambito, è la ricerca di Barnes (1954). Egli, nel corso di uno studio in un villaggio di pescatori norvegesi, tentò di cogliere e descrivere l'intreccio delle relazioni interpersonali tra i vari membri.

A partire dagli anni Sessanta, l'analisi delle reti si afferma nella sociologia strutturale americana. Wellman (1981) definisce la rete un complesso di strutture sociali che includono un gruppo di punti ed un gruppo di legami che connettono tra loro questi punti; i punti, a seconda del contesto, possono rappresentare persone, gruppi, organizzazioni o istituzioni.

La rete rappresenta la struttura di relazioni interpersonali all'interno della quale si esplica il sostegno fornito e/o percepito.

Il sostegno può essere inteso oggettivamente o soggettivamente; l'aspetto oggettivo designa i comportamenti supportivi che potrebbero essere colti anche da un osservatore esterno, l'aspetto soggettivo si riferisce alla soddisfazione percepita da chi usufruisce personalmente delle relazioni supportive (Prezza & Sgarro, 1992).

L'interesse degli psicologi per il sostegno sociale e per le reti si afferma negli anni Settanta (Prezza & Principato, 2002).

Molte ricerche ne hanno indagato il ruolo specifico assunto in situazioni di stress o malattia, come nella depressione in gravidanza, nelle malattie coronariche o nelle famiglie con bambini disabili. Gli esiti di uno studio longitudinale condotto da Berkman e Syme (1979) mettevano in evidenza come i legami sociali oltre a favorire un migliore adattamento in situazioni stressanti, diminuissero al tempo stesso i tassi di mortalità e di morbidità. Ricerche successive (House, Robbins & Metzener, 1982; Blazer, 1982; Berkman, 1995) confermarono tali esiti,

riconoscendo così il ruolo centrale esercitato dal sostegno sociale nel mantenimento del benessere psicologico e della salute fisica.

Per rappresentare il tipo di relazione tra sostegno e salute sono stati elaborati specifici modelli; Prezza e Principato (2002) fanno riferimento a due modelli principali: uno di tipo diretto ed uno indiretto o tampone. Nel modello di tipo diretto si ipotizza un'influenza del sostegno sociale sulla salute psicofisica, anche in assenza di fattori di stress marcati. Tale modello studia gli effetti del sostegno sociale lungo l'intero arco della vita; le ricerche, a partire da Berkman e Sime (1979), hanno confermato che una continuità dell'azione di sostegno sociale favorisce lo sviluppo personale e il mantenimento di condizioni di benessere psicofisico. Al contrario, un sostegno insufficiente può determinare maggiore vulnerabilità e precarietà delle condizioni di salute fisica e mentale.

Un secondo modello, più analitico e complesso, ipotizza che il sostegno sociale funga da tampone nei confronti dello stress e ne moderi conseguentemente gli effetti.

Tale modello considera il sostegno all'interno di un sistema più ampio, all'interno del quale si considera, oltre alla disponibilità di risorse esterne, la presenza di risorse interne, come strategie adattive di coping e specifiche caratteristiche di personalità (autostima, percezione interna del controllo, ...).

In tale prospettiva, si approfondisce il modo in cui le risorse sociali sostengono gli individui nell'affrontare difficoltà, traumi e situazioni avverse. Così Nuckolls, Cassel e Kaplan (1972) seguirono il decorso della gravidanza di 170 donne, ponendo attenzione alla relazione tra eventi stressanti e sostegno sociale. Essi riscontrarono meno complicazioni di gravidanza, dinnanzi a elevati livelli di stress, per le donne con un buon assetto psicosociale.

Cohen e Wills (1985) mettono in evidenza come il sostegno sociale possa esercitare il suo ruolo protettivo sia nelle fasi iniziali, di

valutazione degli eventi potenzialmente stressanti, sia in quelle successive all'esperienza, moderando l'impatto dei fattori di stress, offrendo soluzioni o promuovendo comportamenti orientati alla salute. Francescato, Tomai e Ghirelli (2020), sulla base delle classificazioni proposte da vari autori, tra i quali House (1981), distinguono il sostegno sociale, a seconda della specifica funzione svolta, in:

- emozionale: implica comportamenti di ascolto, attenzione ed affetto; l'attenzione percepita nei confronti delle proprie esperienze e dei propri vissuti rafforza l'autostima delle persone coinvolte;
- informativo: fa riferimento all'offerta di consigli e supporto, utili e funzionali nell'affrontare le richieste e nel valutare le opportunità;
- affiliativo: deriva dall'appartenenza a gruppi informali e/o associazioni, ed è identificabile con l'opportunità di instaurare relazioni sociali appaganti e di partecipare ad attività ricreative insieme ad altre persone;
- strumentale: identifica una forma concreta di aiuto, come un'offerta di servizi o di risorse materiali.

1.5. Resilienza e neuroscienze

Un contributo recente nello studio della resilienza è quello che proviene dalle neuroscienze, le quali riconoscono l'importante ruolo dei fattori biologici e genetici (Cyrulnik, 2010; Oliverio Ferraris & Oliverio, 2014). Fondamentali, a tale proposito, risultano le conoscenze sui meccanismi cerebrali e sulla sintesi e l'azione di ormoni specifici coinvolti nelle risposte allo stress. L'amigdala riveste un ruolo centrale nelle risposte emotive legate alla paura, come dimostrato dagli studi di LeDoux

(1996), condotti sugli animali e su persone con lesioni a livello di questo specifico nucleo. Le informazioni sensoriali raggiungono prima questo nucleo più primitivo e solo successivamente la corteccia; questo spiega la supremazia dell'amigdala nelle risposte a situazioni che generano stress e paura.

In contrasto all'azione di specifici ormoni, come il cortisolo e la noradrenalina, che attivano la funzionalità dell'amigdala amplificando gli effetti dei traumi, è stato individuato uno specifico peptide, il neuropeptide Y, che riduce l'attività dell'ipotalamo e dell'amigdala.

Una maggiore produzione del neuropeptide Y sembra associabile a livelli maggiori di resilienza psicologica (Charney, 2004).

La qualità delle esperienze precoci vissute nel corso dell'infanzia esercita un impatto sullo sviluppo cerebrale. Traumi o situazioni di forte stress esperiti in età evolutiva possono riflettersi sul comportamento adulto a causa di modifiche cerebrali sia a livello strutturale che funzionale (Oliverio Ferraris & Oliverio, 2014).

La *neuroimaging* di bambini sani, ma in situazione di deprivazione affettiva, rivela un'evidente atrofia fronto- limbica. In questi casi, l'inserimento dei bambini in un ambiente sicuro e sensorialmente stimolante può dare avvio ad una rapida riparazione resiliente: il sonno si regolarizza, la secrezione ormonale si normalizza in relazione all'età, i neuroni si riattivano e si ristruttura la morfologia. La ripresa di uno sviluppo resiliente non è pertanto sistematica; qualora l'isolamento sia stato intenso e prolungato o abbia interessato un periodo sensibile della maturazione sinaptica, la possibilità di resilienza si riduce (Cyrulnik, 2010).

Uno studio longitudinale ha approfondito il rapporto tra qualità delle cure materne in età prescolare e volume dell'ippocampo, misurato attraverso tecniche di *brain imaging* (Luby, Barch, Belden, Gaffrey, Tillman, Babb, et al., 2012). Una migliore qualità di cure materne si è rivelata associabile ad un maggiore sviluppo dell'ippocampo. Questo

comporta livelli maggiori di plasticità cognitiva e di equilibrio emotivo. Le neuroscienze stanno mettendo in evidenza come sulla resilienza possano esercitare un'influenza diretta specifici fattori genetici, ma anche, al tempo stesso, come le esperienze precoci possano incidere sullo sviluppo di specifiche aree cerebrali e sulle loro funzioni.

Di particolare rilievo sono i recenti contributi dell'epigenetica, che approfondisce il legame che sussiste tra i mutamenti nell'espressione genica e la qualità delle esperienze sociali ed ambientali (Day & Sweatt, 2011).

2. I minori stranieri non accompagnati

In questo capitolo l'attenzione si focalizza sul fenomeno migratorio, e in modo specifico sui minori che migrano soli, senza figure genitoriali o di accudimento.

Dalla letteratura analizzata nel capitolo 2.4. emerge che sono soprattutto gli adolescenti a iniziare il loro processo di migrazione in autonomia; la maggior parte dei minori stranieri non accompagnati presenti in Europa ha un'età compresa fra i 15 e i 17 anni. Ho scelto quindi di indirizzare le mie ricerche sulla fascia adolescenziale e sui potenziali esiti psicopatologici che caratterizzano in modo più significativo questa specifica fascia d'età.

2.1. Fenomeni migratori contemporanei

Nello sviluppo del genere umano è individuabile una tendenza alla mobilità geografica, dovuta a motivi diversi, ma spesso spinta dalla ricerca di un miglioramento delle proprie condizioni di vita e delle prospettive per il futuro (Monni & Zaccagnini, 2011).

Le migrazioni includono processi fluidi e tra loro molto eterogenei. Le definizioni di tali processi si differenziano a seconda dell'epoca storica, del contesto geografico e culturale e dei sistemi giuridici di riferimento. Le Nazioni Unite definiscono immigrato internazionale la persona che si è spostata in un paese diverso da quello di residenza abituale e che vive in quel paese da più di un anno (Kofman, Phizacklea, Raghuram & Sales, 2000).

Ambrosini, sociologo e tra i principali ricercatori italiani che studiano questo fenomeno, definisce le migrazioni come costruzioni sociali complesse, nelle quali agiscono tre gruppi di attori: le società di origine,

i migranti attuali e potenziali e le società riceventi.

Egli sottolinea come gli atteggiamenti e le scelte politiche dei paesi ospitanti siano determinanti nel plasmare i processi migratori. Nelle sue riflessioni (Ambrosini 2008, 2010, 2014, 2019) emerge quindi il rilievo che possono assumere le modalità stabilite per accedere al territorio, il trattamento previsto per le diverse tipologie di migrante, le forme di inclusione attuate nei loro confronti e il tipo di relazioni favorite e supportate tra cittadini nativi e migranti.

Ambrosini (2020), basandosi principalmente sul lavoro di ricostruzione storica di Corti (2003), presenta le tendenze migratorie contemporanee facendo riferimento alla seguente periodizzazione. Nella fase del decollo economico, successivo alla Seconda guerra mondiale, le dimensioni delle migrazioni internazionali si sono ampliate sia per la quantità di spostamenti che per le aree e i paesi coinvolti. Con la crisi petrolifera degli anni Settanta e la ristrutturazione dell'economia mondiale si delinea una nuova tipologia di flussi: dai paesi produttori di petrolio dell'area del Golfo Persico a quelli emergenti dell'Estremo Oriente. In concomitanza con la recessione e l'incremento dei tassi di disoccupazione, i paesi dell'Europa centrosettentrionale decidono di bloccare le frontiere verso l'immigrazione per lavoro. A partire dagli anni Ottanta, l'Europa meridionale si è gradualmente trasformata da area di emigrazione a luogo di immigrazione. Dall'89, un importante flusso verso l'Europa meridionale è costituito dalla popolazione dell'Europa dell'Est impegnata nella transizione postcomunista. Dalla metà degli anni Novanta, con gli accordi di Schengen, si favorisce gradualmente la libera circolazione dei cittadini all'interno dell'Unione Europea e si consolida un controllo più rigoroso delle frontiere esterne. Nel primo decennio del nuovo secolo, l'Unione Europea si è allargata con l'ingresso di nuovi dodici Stati membri, principalmente dell'Europa dell'Est. Buona parte dei fabbisogni delle economie europee trovano risposta nei lavoratori provenienti dai nuovi paesi dell'Unione. Gli

attentati del 2001 negli Stati Uniti e quelli successivi commessi in Europa hanno accelerato una tendenza già in atto verso l'adozione di controlli più rigidi alle frontiere e di una maggiore selettività nelle ammissioni. Gli accordi dell'Unione Europea con paesi di transito, come la Turchia e la Libia, sono espressione della volontà di contenere la mobilità dal Sud del mondo.

Castles, de Haas e Miller (2014) identificano le seguenti tendenze generali riscontrabili nelle migrazioni internazionali contemporanee:

- la globalizzazione: sta comportando una crescita nel numero dei paesi coinvolti, sia in qualità di aree di origine, sia in qualità di società riceventi. Questo implica una maggiore eterogeneità linguistica, etnica, culturale e religiosa con la quale i paesi ospitanti devono confrontarsi;
- il cambiamento di direzione dei flussi: l'Europa, da area di partenza per colonizzazioni e nuovi insediamenti in altri continenti, successivamente al secondo conflitto mondiale, è diventata una delle principali destinazioni delle migrazioni internazionali;
- la differenziazione delle migrazioni: si sono distinte nel tempo diverse tipologie di immigrati, come i lavoratori temporanei, quelli qualificati, i familiari ricongiunti, i rifugiati. Queste distinzioni complicano la regolazione politica del fenomeno, in quanto i flussi tendono a spostarsi da una categoria all'altra dinnanzi agli sforzi di regolamentazione messi in atto dai paesi riceventi;
- la proliferazione dei contesti di transito: sempre più paesi sono al tempo stesso aree di partenza, di destinazione e di transito. In particolare, alcune zone di transito, come Polonia e Turchia, potrebbero in futuro delinearci come paesi d'immigrazione;
- la femminilizzazione delle migrazioni per lavoro: le donne rappresentano quasi la metà dei migranti internazionali ed

- emigrano spesso autonomamente;
- la crescente politicizzazione delle migrazioni: il tema delle migrazioni e della sicurezza sta assumendo un ruolo crescente in ambito politico.

Dal 1960 al 2000 le stime a disposizione indicano un aumento della popolazione migrante da 76 a 175 milioni circa di persone. Nel 2018 si stima la presenza di 272 milioni di migranti nel mondo, i quali rappresentano il 3,6% della popolazione totale rappresentata da 7,7 miliardi di esseri umani (IDOS 2019).

Complessivamente, i migranti internazionali rappresentano una piccola frazione dell'umanità; gli aspetti più critici sono rappresentati dalla concentrazione in determinate aree di destinazione, dalla rapidità della formazione di nuovi flussi e dalla drammaticità di una parte degli arrivi (Ambrosini, 2020).

2.2. Motivazioni della migrazione

Per spiegare le migrazioni occorre adottare un approccio multicausale, che tenga conto delle diverse teorie affermatesi nel corso del tempo nei diversi contesti migratori. Ogni teoria, pur non potendo essere considerata esaustiva, può apportare infatti il proprio contributo nell'approfondimento di specifici fattori che entrano in gioco nei processi migratori. Per offrire un quadro complessivo di spiegazione occorre quindi tenere conto dell'intreccio dei fattori che le diverse teorie hanno messo in luce. L'approfondimento delle motivazioni legate alle migrazioni si snoda intorno a due principali prospettive sociologiche (Ambrosini, 2020).

Una di tipo macrosociologico attribuisce il primato a forze esterne, di tipo economico, politico e culturale (Wallerstein, 1982; Piore, 1979; Sassen, 1997). La seconda, definita microsociologica, rivaluta il ruolo

dell'individuo e lo considera attore razionale che agisce in vista del miglioramento del proprio benessere (Todaro, 1976; Borjas, 1990).

All'interno della prospettiva macrosociologica si possono distinguere due gruppi di teorie (Ambrosini, 2020). Un filone attribuisce maggiore enfasi ai fattori espulsivi dai luoghi di origine, detti fattori di spinta (Amin, 1974; Wallerstein, 1982). Essi sono identificati con le condizioni di sovrappopolazione crescente, l'impoverimento delle risorse del territorio, le guerre, le persecuzioni delle minoranze, i disastri ambientali, ma anche i legami politici e i rapporti economici tra i paesi. I fenomeni migratori possono essere spiegati come un effetto dell'impoverimento delle risorse economiche ed umane, prodotto dalla dominazione da parte dell'Occidente. Wallerstein (1982) sostiene che le migrazioni derivino dalle disuguaglianze economiche provocate dal dominio dei paesi del centro, caratterizzati da avanzato sviluppo produttivo e tecnologico ed espressione del capitalismo, sui paesi della periferia, dei quali utilizzano materie prime e manodopera a basso costo.

Un secondo filone attribuisce maggiore enfasi ai fattori di attrazione rappresentati dalla domanda di manodopera espressa dai sistemi economici dei paesi sviluppati (Piore, 1979; Sassen, 1997; Harris, 2000). Questa interpretazione trae ispirazione dalla teoria marxista dell'esercito industriale di riserva, secondo la quale l'ingresso di manodopera immigrata nel mercato del lavoro sarebbe voluta dal sistema capitalistico (Ambrosini, 2020). Nei periodi di sviluppo economico si ha un aumento della domanda di lavoro, e questo comporta un incremento del potere contrattuale da parte della manodopera. I datori di lavoro, per contrastare le richieste e le rivendicazioni dei lavoratori, incentivano l'ingresso sul mercato di nuova manodopera più bisognosa e, di conseguenza, maggiormente incline ad accettare le condizioni poste dalla controparte imprenditoriale. La teoria dualistica del mercato del lavoro, elaborata

da Piore (1979), si inserisce in questo quadro interpretativo e collega il fabbisogno di manodopera immigrata con il funzionamento dei sistemi economici occidentali. La teoria di Piore considera il mercato del lavoro costituito da due segmenti: quello del lavoro primario, stabile, sicuro e protetto dalle fluttuazioni del sistema capitalistico e quello del lavoro secondario, precario, poco tutelato e scarsamente retribuito. Nel mercato del lavoro secondario rientrerebbero i lavoratori più deboli, tra i quali gli immigrati stranieri.

Alle spiegazioni macrosociologiche si contrappongono le visioni che spiegano i fenomeni migratori come scelte individuali e razionali, ispirate ad un miglioramento delle proprie condizioni economiche (Todaro, 1976; Borjas, 1990). I flussi migratori sarebbero quindi definibili dall'aggregazione delle scelte soggettive compiute dagli individui. All'interno di queste interpretazioni, che si rifanno all'economia neoclassica, si colloca la spiegazione offerta dalla nuova economia delle migrazioni (Stark & Bloom, 1985; Lauby & Stark, 1988). Essa identifica la scelta migratoria come scelta di investimento da parte della famiglia del paese d'origine.

Negli ultimi decenni, sono state elaborate alcune spiegazioni che si collocano in uno spazio intermedio tra livello micro e macro. In questo sfondo, le teorie dei network (Boyd, 1989; Portes, 1995) mettono in evidenza l'importante ruolo assunto nel contesto migratorio dalle reti interpersonali. Nelle migrazioni, come sottolineato da Massey (1988), si creano delle reti tra migranti e aspiranti migranti, attraverso legami di parentela, amicizia, comunità. I network offrono una spiegazione sulla direzione dei flussi, la quale non necessariamente è legata alle maggiori opportunità economiche, ma può essere orientata dalla presenza nei paesi meta di immigrazione di una rete di riferimento, rappresentata da parenti, amici, membri della comunità. La scelta migratoria, in questa prospettiva, assume una connotazione sociale (Portes, 1995).

Tali reti, oltre a concorrere nella definizione delle destinazioni, possono supportare l'insediamento nel paese ospitante; non è pertanto escluso che possano favorire al tempo stesso deportazioni e sfruttamento. La teoria delle istituzioni migratorie (Goss & Lindquist, 1995; Massey, Arango, Hugo, Kouaouci, Pellegrino & Taylor, 1998) amplia la teoria dei network, comprendendo le diverse strutture (imprese, agenzie di reclutamento, professionisti dell'intermediazione, associazioni di migranti, ...) che mediano tra aspirazioni del singolo a migrare e possibilità concrete di realizzarle.

A conclusione del discorso sulle motivazioni, è importante considerare come le scelte politiche e la conseguente regolazione normativa esercitino uno specifico ruolo nel determinare densità, composizione e destinazione dei flussi migratori.

2.3. La crisi migratoria europea

Appare evidente una contraddizione insita nei processi di globalizzazione tra apertura e libera circolazione di capitali, merci, informazioni, idee e valori e chiusura delle frontiere alle persone (Castles & Miller, 1993). Una delle contraddizioni insite nel processo di globalizzazione è rappresentata proprio dalle restrizioni alla mobilità umana. Milioni di persone hanno beneficiato e beneficiano del mondo globalizzato: professionisti, investitori, viaggiatori, studenti, ... Al tempo stesso, milioni di cittadini dei paesi in via di sviluppo si scontrano con limitazioni sempre più forti adottate nei confronti della loro possibilità di mobilità e di accesso al mondo globale (Monni & Zaccagnini, 2011).

L'Unione Europea, da più di trent'anni, ha ufficialmente limitato gli ingressi di lavoratori con contratti di lunga durata. Questa scelta ha

implicato il ricorso ad altre tipologie di ingresso: i ricongiungimenti familiari, i lavoratori di tipo stagionale, principalmente nell'ambito dell'agricoltura o del turismo, i rifugiati o i richiedenti asilo e gli irregolari. Come espresso da Campesi (2019), una politica proibizionista non blocca l'immigrazione, ma amplifica la vulnerabilità dei migranti e dei richiedenti asilo.

Concentrerò ora l'attenzione sulle migrazioni intraprese dai minori, che giungono in Europa senza figure genitoriali o di accudimento.

2.4. Dati sugli arrivi e sui numeri dei giovani migranti

Non è possibile disporre di dati quantitativi globali precisi, in quanto dai report statistici disponibili non emergono i minori che fanno ingresso irregolarmente o che sfuggono ai percorsi di individuazione e identificazione. Ciò nonostante, i dati a disposizione ci permettono di avere un quadro, seppur approssimativo, dell'entità del fenomeno migratorio ed arricchiscono la nostra conoscenza offrendoci informazioni in merito ad età, genere, provenienza geografica dei giovani migranti.

2.4.1. Uno sguardo ai dati europei

Da un report annuale, pubblicato unitamente da UNHCR, UNICEF e IOM¹ (23.06.2020), emerge che circa 33.200 minori stranieri sono giunti in Europa nel corso del 2019. Questo dato comprende complessivamente gli arrivi registrati in Grecia, Spagna, Italia, Malta,

¹United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund e International Organization for Migration.

Bulgaria e Cipro.

Vi è stato un incremento del 7% rispetto all'anno precedente, nel quale si erano registrati complessivamente 30.085 ingressi di minori stranieri. Dei 33.200 minori registrati in ingresso, circa 9000 risultano essere non accompagnati. Quest'ultimi provengono principalmente da Afghanistan (29%), Marocco (15%), Siria (9%), Tunisia (5%), Sudan (4%) e Somalia (4%). Hanno principalmente un'età compresa tra i 15 e i 17 anni.

Nel corso del 2019, 202.945 bambini hanno richiesto protezione internazionale in Europa. Il 71% delle richieste registrate sono concentrate in soli quattro paesi: Germania (35%), Francia (13%), Grecia (12%) e Spagna (11%).

2.4.2. Uno sguardo ai dati italiani

Nel corso degli ultimi anni, migliaia di giovani migranti, spesso soli e di minore età, sono arrivati nel nostro Paese.

Secondo il report pubblicato mensilmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 6.054 minori stranieri non accompagnati risultano presenti e censiti in Italia al 31 dicembre 2019.

Si riscontra un costante decremento rispetto agli anni precedenti, pari al 43,9% rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2018 (10.787) e al 66,9% rispetto al dicembre 2017 (18.303). Tale decremento è dovuto principalmente alla diminuzione degli arrivi via mare e al raggiungimento della maggiore età da parte di molti degli adolescenti presenti.

La regione che accoglie il maggior numero di minori stranieri non accompagnati è la Sicilia (1.164, pari al 19,2% del totale), seguita dalla Lombardia (13,6%), dal Friuli-Venezia Giulia (11%), dall'Emilia-

Romagna (10%) e dalla Toscana (7,6%).

I minori stranieri non accompagnati presenti in Italia al 31.12.2019 sono in larghissima prevalenza di genere maschile (5737, pari al 94,8%).

Le minori straniere non accompagnate sono 317 e rappresentano quindi il 5,2% dei totali presenti.

Per quanto riguarda la distribuzione per età, riporto nella tabella sottostante i dati reperiti, i quali evidenziano la marcata prevalenza di minori di età compresa tra i 16 e i 17 anni (pari al 87,6% del totale).

<i>Fasce d'età</i>	<i>Presenti e censiti</i>	<i>Dati percentuali</i>
17 anni	3723	61,5%
16 anni	1579	26,1%
15 anni	438	7,2%
7-14 anni	270	4,5%
0-6 anni	44	0,7%
<i>Totale</i>	6054	100,0%

I dati sulla provenienza mettono in luce un importante flusso dall'Albania (1.676, pari al 27,7% del totale), seguono l'Egitto (531, pari al 8,8%) e il Pakistan (501, pari al 8,3%).

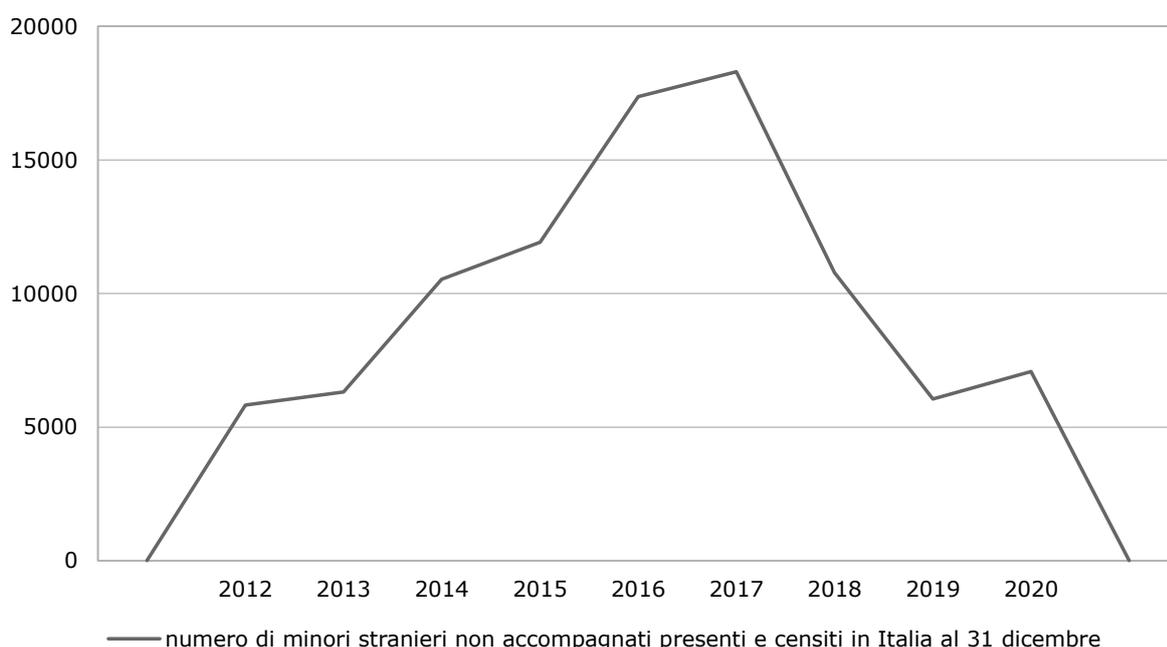
Focalizzando l'attenzione solo sulle minori straniere, la nazionalità nigeriana è quella più frequente (77, pari al 24,3%).

Complessivamente, la provenienza dei minori è molto varia e frammentata: essi giungono da molte zone diverse e sono portatori di differenze significative rispetto alla loro identità e vulnerabilità. Ciò comporta inevitabilmente importanti implicazioni sulle pratiche di accoglienza.

Nel mese di dicembre 2019, la maggior parte dei minori stranieri non accompagnati è collocata in strutture gestite da autorità statali e/o enti no-profit: l'85% è ospite in centri di secondo livello, il 9% si trova in

strutture dedite alla prima accoglienza e il 6% è collocato in alloggio in ambito familiare.

Nel grafico sottostante, ho riportato i dati presenti nei report del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al fine di visualizzare l'andamento delle presenze dei minori stranieri non accompagnati nel corso degli ultimi anni.



2.5. Definizione di minore straniero non accompagnato e principali riferimenti normativi

In ambito europeo e nazionale, con l'espressione "minore straniero non accompagnato" si fa riferimento a un soggetto di età inferiore ai diciotto anni, cittadino di Stati non appartenenti all'Unione europea o apolide, che si trova, per qualsiasi causa, nel territorio nazionale, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili (art. 2, Direttiva 2011/95/UE, art. 2, D. Lgs. n. 142/2015 e art. 2, L. n. 47/2017).

Grazie all'azione di sensibilizzazione promossa da molte associazioni che lavorano in prima linea con i migranti e all'accoglienza di tali istanze da parte delle forze politiche, nel 2017 è stata approvata dalla Camera dei Deputati la legge n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati".

La cosiddetta legge Zampa, dal nome dell'Onorevole Sandra Zampa, prima firmataria della legge, riorganizza l'intero sistema di accoglienza, rafforzando le tutele nei confronti dei minori e garantendo un'applicazione uniforme delle norme su tutto il territorio nazionale.

Vanno estesi e riconosciuti ai minori stranieri non accompagnati tutti i diritti sanciti dalla Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo del 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia con la legge n. 176/1991.

Le decisioni che riguardano i minori devono avere come priorità il *best interest of child*. I principi sanciti in merito ai Diritti del Fanciullo devono essere applicati a tutti i minori senza discriminazioni.

La legge n. 47/2017 vieta il respingimento alla frontiera dei minori stranieri non accompagnati; l'unica eccezione è rappresentata dai motivi di ordine pubblico e sicurezza dello Stato, per i quali è possibile superare il divieto.

I diversi articoli della legge Zampa disciplinano gli aspetti fondamentali della vita dei giovani migranti: le procedure per l'identificazione e l'accertamento dell'età, gli standard dell'accoglienza, l'accesso alle cure sanitarie, all'istruzione e al sostegno psico-sociale e legale.

Viene inoltre definita e regolamentata la figura del tutore volontario; uno degli elementi maggiormente critici che, fino a quel momento, aveva caratterizzato la tutela dei giovani migranti era proprio l'assenza di una figura adulta di riferimento a tutela dei loro diritti.

La legge n. 47/2017 prevede che presso ogni Tribunale per i Minorenni sia istituito un apposito elenco di privati cittadini, selezionati e adeguatamente formati da parte dei Garanti per l'Infanzia e l'Adolescenza, disponibili ad assumere volontariamente la tutela legale

di un minore migrante.

Oltre alla cura degli aspetti giuridici e burocratici, al tutore volontario è richiesto di seguire il percorso di integrazione ed educazione del giovane migrante in coordinamento con le istituzioni preposte. Il suo ruolo è di accompagnare i ragazzi nel loro percorso di crescita verso l'autonomia, riservando una costante attenzione alle loro esigenze e promuovendo il loro coinvolgimento. Il tutore risponde al bisogno del minore di essere accolto ed ascoltato; è attraverso il tutore che si esplica la sua prima esperienza di integrazione nella società del paese ospitante (Cappuccio, Maniscalco & Albanese, 2020).

Emerge l'esigenza che le Istituzioni si assumano il fondamentale impegno di garantire tutele e protezione ai minori stranieri non accompagnati, i quali sono costretti a crescere in condizioni di forte privazione. Essi sono infatti molto vulnerabili e andrebbero protetti dalla criminalità, dalla tratta e da qualsiasi altra situazione di pericolo e irregolarità.

2.6. Principali caratteristiche psicologiche della fase adolescenziale

Lo studio dell'adolescenza e delle sue caratteristiche psicologiche ha inizio con gli studi di Stanley Hall (1904). Il passaggio, a inizio Novecento, da un tipo di società agricola ad una industriale e urbana, fa emergere una nuova fase della vita umana, la fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta (Palmonari, 2011).

L'approccio di Hall è biologico-evoluzionistico: nello sviluppo psicologico si ripercorrono le fasi evolutive della propria specie. L'adolescenza corrisponde al passaggio dalla statura pigmoide a quella attuale, al quale si accompagnano i primi tentativi di organizzazione

sociale e di civilizzazione. Secondo Hall, le caratteristiche adolescenziali sono costanti e determinate biologicamente, indipendenti quindi da variabili culturali ed ambientali.

Negli anni Trenta, le dinamiche adolescenziali trovano un approfondimento in ambito psicoanalitico. È soprattutto Anna Freud (1936) a sviluppare una riflessione psicoanalitica sull'adolescenza: la vita sessuale ha inizio nella prima infanzia e la pubertà rappresenta la prima ricapitolazione della sessualità infantile. Tale periodo, successivo alla fase di latenza, è caratterizzato dal riemergere con forza degli impulsi dell'Es. L'esito della fase adolescenziale dipende dalla forza dell'Io e dalla natura ed efficacia dei meccanismi di difesa di cui l'Io dispone.

Sempre negli anni Trenta, si afferma un altro filone di studi a partire da una ricerca effettuata da Margaret Mead (1928) sulle adolescenti dell'arcipelago di Samoa. La prospettiva antropologica-culturale che ne deriva considera l'adolescenza un fenomeno culturalmente specifico. Tale modello pone un'importante attenzione sui fattori socioculturali, ma gli aspetti colti in una struttura semplice e tradizionale come quella dell'arcipelago di Samoa non sono generalizzabili ad una società complessa come quella occidentale. Da questa criticità hanno preso avvio studi sui fenomeni adolescenziali nella società urbana industriale (Palmonari, 2011).

In una prospettiva cognitivo-evolutiva si colloca il contributo di Jean Piaget (1947) e la sua teoria dello sviluppo intellettuale. Egli riconosce la natura adattiva dell'intelligenza e definisce le strutture mentali come l'esito dei processi di assimilazione ed accomodamento. Secondo la sua teoria dello sviluppo, nella fase adolescenziale vi è il passaggio da un pensiero incentrato sulle operazioni concrete al pensiero astratto, basato su ipotesi e proposizioni verbali.

Il modello psicosociale proposto da Erik Erikson (1968) concepisce lo sviluppo umano come una continua ricerca di integrazione tra

maturazione biologica e appartenenza al sistema sociale. Erikson propone una teoria che considera l'intero ciclo di vita. Lo sviluppo procede attraverso il superamento di specifici momenti di crisi e la continua ricerca di nuovi equilibri. La fase adolescenziale è lo stadio nel quale gli individui, spinti dagli importanti cambiamenti a livello fisico, cognitivo e relazionale, sono alla ricerca della propria identità.

L'ingresso nella fase adolescenziale coincide con la pubertà (Palmonari, 2001); essendo legato a fattori di maturazione biologica, non è possibile identificare un'età precisa e generalizzabile. I primi cambiamenti a livello corporeo ed emozionale si presentano indicativamente nella fascia compresa tra i nove e i quattordici anni, con una notevole variabilità interindividuale.

Secondo Havighurst (1952), le diverse fasi della vita degli individui si caratterizzano per la presenza di specifici compiti, definiti compiti di sviluppo, che devono essere risolti in un momento prestabilito; solo così lo sviluppo del soggetto può proseguire senza compromissioni.

Nella fase adolescenziale, i compiti di sviluppo si presentano all'interno di un percorso temporale prolungato e differenziato, nel corso del quale i ragazzi si trovano a dover affrontare, seppur gradualmente, specifici conflitti e momenti di crisi.

Palmonari (2011) considera tali compiti di sviluppo, non singolarmente, ma afferenti alle diverse aree di cambiamento che caratterizzano e definiscono l'adolescenza:

- l'esperienza della pubertà;
- l'allargamento degli interessi personali e sociali e l'acquisizione del pensiero ipotetico-deduttivo;
- la riorganizzazione del concetto di sé.

La pubertà segna il passaggio dalla condizione fisiologica di bambino a quella di adulto. Tale esperienza si caratterizza per un cambiamento corporeo spesso dirompente: i contorni rassicuranti di ciò che si era nella fanciullezza vanno perduti ed è quindi inevitabile il confronto con

un nuovo modo di essere e di sentire. Inoltre le trasformazioni del corpo implicano una modificazione delle modalità con le quali ci si rapporta all'ambiente (Palmonari, 2001).

L'adolescente diviene progressivamente capace di utilizzare il pensiero astratto, ovvero acquisisce la capacità di pensare e di ragionare in termini ipotetico-deduttivi (Vianello, 1988). Si tratta di un processo lento, che solitamente prende avvio in uno specifico ambito cognitivo vicino agli interessi prevalenti del soggetto, per poi estendersi gradualmente nelle diverse aree. L'acquisizione del pensiero astratto si accompagna ad un allargamento degli interessi personali e sociali. I ragazzi volgono lo sguardo verso nuovi luoghi, nuove culture, tematiche eticamente rilevanti ed iniziano a pensarsi e a proiettarsi nella vita futura.

Nella fase adolescenziale, i rapidi cambiamenti biologici, cognitivi e sociali, esperiti e percepiti, comportano l'esigenza di ridefinire la propria identità. Secondo un modello proposto da Crocetti, Rubini e Meeus (2007), essa evolve e si definisce attraverso tre processi: l'impegno, l'esplorazione in profondità e la riconsiderazione dell'impegno. L'impegno si riferisce alle scelte fatte negli ambiti dell'identità; l'esplorazione in profondità implica un compito attivo che si basa su riflessione e confronto; la riconsiderazione dell'impegno si riferisce allo sguardo e all'apertura nei confronti di possibili alternative e allo sforzo di cambiamento. L'interdipendenza fra questi tre processi consente di comprendere come l'identità personale si costruisce e definisce nel tempo.

Un importante compito di sviluppo in vista dell'acquisizione dell'identità è l'emancipazione dalle figure parentali, intesa come trasformazione verso modalità maggiormente reciproche e paritarie dei legami familiari (Palmonari, 2007). L'adolescente intraprende un percorso di individuazione, ovvero superando le identificazioni con le figure parentali, acquisisce una propria identità originale. Questo processo,

che implica una ridefinizione dei ruoli in ambito familiare, può generare una serie di conflitti intergenerazionali. Durante la fase adolescenziale, solitamente, i ragazzi frequentano la scuola. Nell'ambito del contesto scolastico, nel ruolo di studenti, vivono fondamentali e peculiari esperienze di formazione e di socializzazione; hanno inoltre l'occasione di rapportarsi con un'istituzione formale e con le autorità che la rappresentano. Per costruire un'identità matura, gli adolescenti devono potersi confrontare e rapportare con persone adulte capaci di ascoltarli e di esprimere loro dei valori, attraverso comportamenti ad essi coerenti. Prosegue lo sviluppo di un senso morale e le credenze, che ne derivano, costituiscono spesso una parte importante della loro identità personale (Palmonari, 2001). Le interazioni sociali e i momenti di aggregazione, in modo particolare nell'ambito del gruppo dei pari, rivestono un'importanza fondamentale ed hanno un'influenza sull'evoluzione del concetto di sé. In questa fase evolutiva, si sviluppano veri e propri sentimenti di amicizia, che rappresentano un possibile contesto dal quale il sé trae significato. Le relazioni amicali offrono la possibilità di confrontarsi con chi affronta problemi simili e di conoscere le strategie adottate per il loro superamento.

Al termine della fase adolescenziale, l'individuo dovrebbe aver acquisito l'autonomia e la capacità di rapportarsi con le altre persone e con il proprio ambiente di vita in modo responsabile e coerente. Generalmente, i ragazzi e le ragazze hanno raggiunto la maturità per assumere impegni affettivi, vivere esperienze di intimità e intraprendere una carriera lavorativa o scegliere uno specifico percorso di studi. Secondo gli psicologi, l'adolescenza si conclude indicativamente intorno ai diciotto anni. Preso comunque atto del fatto che il passaggio alla vita adulta non è diretto, si considera un'ulteriore fase evolutiva successiva all'adolescenza, definita giovinezza (Palmonari, 2011).

2.7. La psicopatologia nel contesto migratorio

La migrazione è un processo in sé traumatico; i migranti si trovano sospesi tra due mondi, nutrono un sentimento di nostalgia per la propria terra, per le persone care, per il sistema culturale del proprio paese e vivono con incertezza e precarietà il loro nuovo ruolo e la loro posizione nella società ospitante (Beneduce, 2004).

Braca e Tarricone (2017) identificano alcuni fattori specifici di vulnerabilità che caratterizzano l'esperienza migratoria.

Un primo fattore di vulnerabilità può essere rappresentato dalla perdita del contesto culturale e sociale di riferimento. Nathan (1996) definisce la cultura come una struttura che contiene e rende possibile il funzionamento dell'apparato psichico; essa rappresenta una sorta di involucro che al tempo stesso delimita e permette l'articolazione tra ciò che è dentro e ciò che è fuori ogni individuo. La perdita del quadro culturale interno può avere ripercussioni sull'integrità del nucleo profondo dell'identità e declinarsi in diverse forme psicopatologiche.

Un altro fattore di vulnerabilità può essere individuato nella crisi identitaria. L'identità, nel corso della vita, è soggetta a continui rinnovamenti e questo processo di ridefinizione presuppone la nozione di alterità. Remotti (1996) considera l'alterità co-essenziale; le riconosce un ruolo formativo nel costante processo di costruzione e negoziazione dell'identità. Dobbiamo tener presente che l'altro, nel caso del migrante, è spesso un soggetto molto distante a livello culturale, linguistico e sociale, e talvolta assume atteggiamenti ostili e conflittuali.

L'esperienza migratoria può comportare una frattura temporale nella continuità esistenziale, nella storicità del soggetto. Essa comporta infatti inevitabilmente una discontinuità tra il prima e il dopo e il migrante deve far fronte al compito di integrare progressivamente la propria storia migratoria nel filo dell'esistenza. Coppo (2003) mette in

luce come nel processo di trasformazione dell'identità siano fondamentali la vitalità della rete di sostegno sociale, un atteggiamento di apertura da parte della cultura di appartenenza e la disponibilità di ricordi personali e collettivi utili a superare le difficoltà.

Oltre a tenere presente i fattori più intimi e psicologici legati ai vissuti dell'esperienza migratoria, occorre considerare le ulteriori fonti di stress che l'inserimento nel nuovo contesto del paese ospitante può comportare. Possono emergere, in tal senso, difficoltà legate all'integrazione e/o alla maturazione della consapevolezza del divario tra le aspettative nutrite e la loro effettiva realizzazione (Reininghaus, Morgan, Simpson, Dazzan, Morgan, Doody et al., 2008). Spesso i migranti sono veri e propri portatori di un progetto migratorio, investimento della famiglia o della comunità di appartenenza, il cui fallimento può provocare profonda sofferenza psichica. Braca e Tarricone (2017) mettono in rilievo l'importanza di approfondire ulteriormente la ricerca sul rapporto tra psicopatologia e storia migratoria, così da migliorare la comprensione della vulnerabilità psichica nell'ottica di un rafforzamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute mentale nei migranti.

L'etnopsichiatria (Devereux, 1973; Nathan, 1996; Beneduce, 2004), in quanto metodo che si propone di accogliere le diversità, può apportare un proprio contributo nel sensibilizzare a riconoscere e valorizzare le differenze culturali nella pratica terapeutica. L'etnopsichiatria è, infatti, identificabile con un'area disciplinare orientata ad includere e far interagire tra loro i diversi saper-fare nelle pratiche di cura. Le individualità sono, in tale prospettiva, considerate all'interno dei contesti e dei gruppi di appartenenza (Coppo, 2013).

Il disagio associabile al contesto migratorio può sfociare in differenti quadri psicopatologici (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Approfondisco di seguito le principali caratteristiche di alcuni disturbi mentali riscontrabili con un'incidenza di rilievo nei migranti, in modo specifico

negli adolescenti migranti [vedi capitolo 2.9.]. Le descrizioni fanno riferimento al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali- Quinta Edizione.

Il disturbo da stress post-traumatico

La caratteristica essenziale di tale disturbo è lo sviluppo di sintomi tipici riconducibili all'esposizione a uno o più eventi traumatici (minaccia di morte o esposizione a morte reale, gravi lesioni, violenza e abuso sessuale). L'esperienza dell'evento traumatico può essere diretta o aver riguardato un familiare o una persona cara.

Le manifestazioni cliniche associabili possono essere molto variabili e comprendere uno o più dei seguenti sintomi:

- presenza di ricordi ricorrenti, involontari ed intrusivi dell'evento;
- sogni spiacevoli;
- stati dissociativi, durante i quali il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando;
- intensa sofferenza psicologica;
- marcate reazioni fisiologiche.

Il disturbo può risultare particolarmente grave o prolungato se il fattore stressante è interpersonale ed intenzionale (es. tortura, violenza sessuale).

L'individuo tenta in genere volontariamente di evitare pensieri e ricordi legati all'evento, come attività, oggetti, situazioni o persone che lo riconducano ad esso.

Si presentano alterazioni negative delle emozioni e dei pensieri associati agli eventi. Queste alterazioni possono comprendere: forme di amnesia; aspettative, pensieri e/o stati d'animo negativi e persistenti; marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività; sensazione di distacco o estraneità rispetto ad altre persone;

persistente incapacità di provare emozioni positive.

Si presentano infine marcate alterazioni dell'arousal e della reattività, come evidenziabile da: comportamenti irritabili ed esplosioni di rabbia accompagnati da forme di aggressione verbale e/o fisica; condotte spericolate o autodistruttive; ipervigilanza nei confronti di potenziali minacce; reattività e risposte d'allarme esasperate; difficoltà di concentrazione; problemi nell'addormentarsi e nel mantenere il sonno. Gli adolescenti possono maturare la convinzione di essere così cambiati da essere socialmente indesiderabili e perdere le aspirazioni per il futuro. Il comportamento irritabile o aggressivo può compromettere la relazione con i coetanei; le condotte spericolate possono condurre a lesioni e comportamenti ad alto rischio.

Le alterazioni provocano un disagio clinicamente significativo o la compromissione del funzionamento del soggetto in vari ambiti (relazionale, sociale, lavorativo, ecc.)

I sintomi insorgono in genere nei primi tre mesi dopo il trauma, ma non è da escludere un'espressione ritardata. La durata dei sintomi è di almeno un mese; circa la metà degli adulti ha un recupero completo entro tre mesi.

Il disturbo depressivo

I disturbi depressivi si caratterizzano per la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo.

La caratteristica essenziale di un episodio depressivo maggiore è la persistenza per un periodo di almeno due settimane di umore depresso o perdita di interesse e piacere in quasi tutte le attività.

Nei bambini e negli adolescenti l'umore, piuttosto che triste, può

apparire irritabile.

L'individuo deve manifestare almeno 4 sintomi aggiuntivi compresi tra:

- modificazione dell'appetito o del peso; nei bambini si considera l'incapacità di raggiungere i livelli ponderali previsti;
- alterazione dei ritmi del sonno, insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento dell'attività psicomotoria;
- faticabilità o diminuzione di energia;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa, che possono assumere proporzioni deliranti;
- difficoltà nel pensare, nel concentrarsi e nel prendere decisioni;
- presenza di pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio.

Tali sintomi possono essere riportati direttamente dall'individuo o osservati e riferiti da altre persone. Essi devono arrecare un disagio clinicamente significativo o compromettere il funzionamento del soggetto in vari ambiti (relazionale, sociale, lavorativo, ecc.)

I soggetti presentano frequentemente facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare, ruminazione ossessiva, ansia, fobie, preoccupazione eccessiva per la salute fisica e per sintomi di dolore. Nei bambini può presentarsi ansia da separazione.

Il disturbo depressivo maggiore può insorgere a qualsiasi età, ma la probabilità di esordio aumenta in maniera marcata con la pubertà.

Il disturbo d'ansia generalizzata

I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i loro correlati comportamentali. La paura è la risposta emotiva dinnanzi a una minaccia imminente reale o percepita; l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura.

I disturbi d'ansia sono distinguibili dalla normale paura o ansia evolutiva in quanto sono eccessivi o persistenti rispetto alla fase di sviluppo.

Il disturbo d'ansia generalizzata è identificato da preoccupazioni eccessive, relative ad eventi o attività, che si manifestano frequentemente per almeno sei mesi ed interferiscono in modo significativo con il funzionamento psicosociale. L'individuo incontra difficoltà nel controllare le preoccupazioni; esse sono pervasive, pronunciate ed angosianti e possono associarsi a percezioni di malessere fisico.

L'ansia e la preoccupazione si accompagnano ad almeno 3 tra i seguenti sintomi:

- irrequietezza, sentirsi tesi e/o con "nervi a fior di pelle";
- facile affaticamento;
- difficoltà di concentrazione e/o vuoti di memoria;
- irritabilità;
- tensione muscolare;
- alterazioni del sonno.

Nel caso di bambini è sufficiente un solo sintomo aggiuntivo.

I sintomi tendono a essere cronici e ad avere un andamento altalenante nel corso della vita; i tassi di remissione completa sono piuttosto bassi. Gli individui di origine europea tendono a manifestare più frequentemente tale disturbo, rispetto ad individui di altre origini.

L'ansia è invariabilmente presente nel disturbo da stress post-traumatico; ne consegue che se tale sintomo è spiegato dalla presenza del disturbo da stress post-traumatico non si pone diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata.

2.8. Fattori di rischio nei minori

L'incremento del numero di minori stranieri non accompagnati che raggiungono diversi paesi in varie parti del mondo ha sensibilizzato i ricercatori e favorito lo sviluppo di un filone di ricerca internazionale che si propone di identificare specifici fattori di rischio e di protezione (Cerniglia & Cimino, 2012).

Questi bambini e ragazzi vivono ed affrontano esperienze altamente traumatiche nel corso del loro percorso migratorio, il quale comprende complessivamente: gli eventi antecedenti la migrazione, che spesso direttamente o indirettamente la determinano, la migrazione vera e propria e in ultimo il post-migrazione, che comprende l'accoglienza e l'integrazione nel paese ospitante (Fazel & Stein, 2002; Braca & Tarricone, 2017; Hodes & Vostanis, 2019).

Come evidenziato dalla letteratura scientifica, i minori stranieri non accompagnati presentano un significativo rischio di sviluppare sintomi psicopatologici, che se non opportunamente presi in carico dai servizi socio-sanitari preposti, possono sfociare in quadri clinici specifici (Derlulyn & Broekaert, 2007).

I fattori di rischio legati alla migrazione dei minori, come evidenziato da Cerniglia e Cimino (2012), possono essere suddivisi nelle tre seguenti aree specifiche:

- Sradicamento traumatico dalla cultura di appartenenza e dalle figure di accudimento primario. Nel caso dei minori stranieri, i compiti evolutivi caratterizzanti la fase adolescenziale risultano ancora più complessi a causa dello sradicamento dal contesto socioculturale di origine. La cultura di appartenenza modula le modalità espressive delle emozioni ed offre gli strumenti per riconoscere ed interpretare la propria emotività. Inoltre la separazione forzata dalle figure di attaccamento non aiuta l'elaborazione di quel funzionale distacco emotivo dalla

famiglia, presupposto per la costruzione di una propria identità personale.

- Esperienze potenzialmente traumatiche vissute durante il viaggio verso il paese ospitante. Le motivazioni per le quali i minori si vedono costretti a lasciare il proprio paese di origine sono spesso legate a conflitti armati, lutti, violenze, povertà, catastrofi naturali. Le condizioni alle quali sono esposti durante il viaggio sono drammatiche, spesso costellate da eventi traumatici. La traversata del deserto senza viveri, l'uccisione di compagni di viaggio, gli orrori delle carceri libiche, il terrore per un possibile naufragio sono solo alcune tra le atroci esperienze che possono caratterizzare il viaggio verso l'Europa.
- Inserimento nel nuovo tessuto sociale e relazionale. I minori possono incontrare delle difficoltà nei processi di acculturazione ed integrazione nel paese ospitante ed essere esposti a discriminazione per provenienza geografica e/o religione. Possono inoltre percepire un forte senso di precarietà e nutrire incertezze sulle loro possibilità per il futuro. Spesso vivono sentimenti di solitudine e condizioni di isolamento sociale. A ciò può aggiungersi il timore per le condizioni dei familiari rimasti nel paese di origine, specialmente se in contesti di guerra e/o di calamità naturali.

I minori spesso si trovano a vivere e ad affrontare molteplici esperienze drammatiche e stressanti in un breve arco temporale. A questo proposito, la recente ricerca neurobiologica ha messo in evidenza come le esperienze traumatiche cumulative vissute in adolescenza possano interferire con la maturazione di alcune aree cerebrali, come la corteccia prefrontale e il sistema limbico, le quali svolgono un ruolo specifico nella regolazione emotiva e comportamentale e nella valutazione del rischio e del pericolo (Steinberg, 2005).

2.9. Esiti psicopatologici nei minori

La popolazione rappresentata dai minori stranieri non accompagnati si trova quindi a vivere e ad affrontare forti eventi stressanti. L'impatto di tali eventi è stato oggetto di specifiche ricerche, dalle quali è emerso l'elevato rischio di compromissione della salute mentale per questa categoria di soggetti (Hodes, Jagdev, Chandra & Cunniff, 2008; Bronstein & Montgomery, 2011).

La recente letteratura scientifica internazionale, che ha studiato in modo approfondito il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, ha riscontrato nel disturbo da stress post-traumatico, nel disturbo depressivo e nei disturbi d'ansia gli esiti psicopatologici più comuni tra gli adolescenti (Derluyn & Broekaert, 2007; El Baba & Colucci, 2018; Von Werthern, Grigorakis & Vizard, 2019).

Il benessere emotivo e lo sviluppo dei minori sono inevitabilmente compromessi dalla mancanza del sostegno delle figure parentali e dei valori culturali che queste figure quotidianamente trasmettono (Derluyn & Broekaert, 2007; Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Essi si trovano dinnanzi alla necessità di integrare le esperienze acquisite nel paese di origine con i nuovi vissuti del luogo di arrivo; il fatto di non poter contare sul sostegno delle figure di riferimento e dell'ambiente di accudimento provoca in loro conflitti e difficoltà di integrazione che possono sfociare in quadri psicopatologici.

L'elevata incidenza del disturbo da stress post-traumatico nei minori stranieri non accompagnati è confermata dalla letteratura scientifica (Bronstein & Montgomery, 2011). Sull'entità di tale incidenza non emergono risultati univoci, come dimostra uno studio di comparazione tra più ricerche, elaborato da Von Werthern et al. (2019). La percentuale di minori stranieri non accompagnati che presenta un elevato rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico si

colloca, a seconda della ricerca, tra il 17% e l'85% del campione. Tale variabilità tra i dati rilevati può essere spiegata sia dall'eterogeneità degli strumenti diagnostici utilizzati che, in parte, da alcune caratteristiche specifiche (tipo di educazione, strategie di coping, tipologia di sistemazione, presenza di supporto sociale) riscontrabili nei soggetti facenti parte del campione.

Gli esiti di diversi studi (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007, Derluyn & Broekaert, 2007; Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015) evidenziano che i sintomi clinicamente significativi associabili al disturbo da stress post-traumatico appaiono essere correlati positivamente con il numero di eventi stressanti che i minori hanno vissuto nel corso dell'esperienza migratoria; ovvero all'aumentare del numero di eventi traumatici esperiti prima e durante la migrazione si osserva un aumento del numero dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico.

Alcune ricerche (Wiese & Burhorst, 2007; Bean et al., 2007) hanno rilevato che il rischio di manifestare il disturbo da stress post-traumatico è maggiore nei minori non accompagnati, rispetto ai minori accompagnati da figure parentali o adulti di riferimento.

In questo ambito si inserisce lo studio condotto a Londra da Hodes et al. (2008), i quali hanno scelto di mettere a confronto l'esperienza dei minori non accompagnati con quella dei minori accompagnati, così da cogliere eventuali similitudini e/o differenze tra i due gruppi. Il campione della ricerca era rappresentato da 78 minori stranieri non accompagnati con provenienza prevalente dai Balcani e dal Corno d'Africa e da 35 minori rifugiati accompagnati, che costituivano il gruppo di controllo. L'età dei minori era compresa tra i 13 e i 18 anni. La ricerca ha fatto emergere nei minori stranieri non accompagnati livelli molto elevati di esperienze traumatiche legate alla guerra e ai conflitti armati rispetto ai minori accompagnati. Nello specifico, il 72% del campione rappresentato dai minori non accompagnati ha subito la

separazione forzata dai propri familiari, il 64% ha perso per cause non naturali un familiare o un amico, il 55% si è sentito prossimo alla morte. Il numero dei sintomi predittivi del disturbo da stress post-traumatico è significativamente più elevato nei minori non accompagnati rispetto ai minori accompagnati. Nello specifico più della metà del campione rappresentato dai minori non accompagnati era a rischio di manifestare un disturbo da stress post-traumatico (il 61% dei maschi e il 73% delle femmine). Hodes et al. (2008) hanno riscontrato un incremento dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico in corrispondenza del crescere dell'età dei minori stranieri non accompagnati. Tale incremento dei sintomi legato all'aumento dell'età non è emerso nel gruppo di controllo, dove gli stessi, contrariamente, tendono a diminuire con la crescita.

Altri esiti psicopatologici comuni ai minori stranieri non accompagnati sono i disturbi d'ansia e la depressione. Essi tendono ad avere un'incidenza minore rispetto al disturbo da stress post-traumatico (Bronstein & Montgomery, 2011). El Baba e Colucci (2018) mettono in evidenza come il numero e la gravità degli eventi stressanti vissuti dai minori stranieri non accompagnati siano uno dei più importanti fattori di rischio per l'insorgere di disturbo depressivo, disturbi d'ansia e disturbo da stress post-traumatico.

La minore presenza del genere femminile nel campione di ricerca è spiegata dal numero minore di ragazze che intraprendono un percorso di migrazione verso l'Europa (Von Werthern et al., 2019). Ciò nonostante, i dati che emergono dalla letteratura sembrano dimostrare che il genere femminile sia maggiormente a rischio di sviluppare forme psicopatologiche. Nella lettura di questo dato va tenuto conto che le ragazze, nel corso della migrazione, possano essere state esposte, rispetto ai ragazzi, a eventi traumatici più frequenti e/o di tipologia differente (abusi sessuali, matrimoni forzati) (Derlulyn & Broekaert, 2007). Nello specifico, Von Werthern et al. (2019) evidenziano che il

genere femminile tende a sviluppare con maggiore frequenza rispetto al genere maschile problemi emotivi e di solitudine, depressione e disturbo da stress post-traumatico. Tale dato è supportato anche dallo studio di Hodes et al. (2008), nel corso del quale emerge un'apprezzabile differenza tra i generi per quanto riguarda la presenza di sintomi predittivi del disturbo depressivo: tali sintomi appaiono infatti decisamente più frequenti nel genere femminile, sia nel gruppo delle minori non accompagnate che in quello delle minori accompagnate.

Per quanto concerne l'influenza dell'età, alcune ricerche hanno colto un ricorrente incremento dei sintomi psicopatologici in concomitanza dell'avvicinamento ai diciotto anni (Hodes et al., 2008; Von Werthern et al., 2019). Tale dato potrebbe mettere in luce la delicatezza che il raggiungimento della maggiore età rappresenta per questi minori, i quali vivono con incertezza, preoccupazione ed estrema precarietà la revisione del loro status giuridico e il conseguente diritto di poter rimanere nel paese ospitante.

Nonostante il numero crescente di minori stranieri non accompagnati, raramente le ricerche si sono concentrate sulle loro specifiche condizioni psicologiche al momento dell'arrivo nel paese ospitante. L'interessante studio di Vervliet, Meyer DeMott, Jakobsen, Broekaert, Heir, e Derluyn (2014) si pone l'obiettivo di misurare e valutare lo stato di salute mentale dei minori non accompagnati immediatamente dopo l'arrivo in Europa.

Una conoscenza più approfondita delle loro condizioni può favorire l'identificazione di percorsi di supporto e di intervento maggiormente rispondenti ai loro specifici bisogni, in un'ottica di prevenzione e di tutela del loro benessere psicologico nel lungo periodo.

Questa ricerca è stata condotta in Norvegia e in Belgio, in strutture destinate alla prima accoglienza. Ha coinvolto ragazzi con un'età compresa tra i 14 e i 18 anni con provenienza prevalente

dall'Afghanistan.

L'indagine si è avvalsa di un questionario socio-demografico per raccogliere informazioni su età, genere, paese d'origine, data di partenza e di arrivo, genitori attualmente in vita o deceduti. Tre questionari self-report sono stati utilizzati per misurare lo stato di salute mentale. Nello specifico, due erano volti ad identificare sintomi di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico; uno è stato invece utilizzato per rilevare le tipologie di esperienze traumatiche vissute (separazione dalla famiglia, catastrofi naturali, guerre, perdita di persone care, abusi e maltrattamenti, ...).

La ricerca ha evidenziato che maggiore è il numero di esperienze traumatiche riportate maggiori sono i sintomi di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico.

Non vi sono differenze significative legate all'età.

Non vi sono differenze significative tra minori orfani di uno o entrambi i genitori e minori dei quali i genitori siano tutt'ora in vita.

La variabile genere non è stata considerata in quanto nel campione era preponderante la prevalenza maschile.

I ricercatori non escludono che le variabili età e presenza o morte dei genitori possano incidere sulla salute mentale in fasi successive alla prima accoglienza, come evidenziato da ricerche incentrate sulle fasi di vero e proprio insediamento nel paese ospitante. Essi ipotizzano infatti che, nel momento nel quale i minori si sentano maggiormente responsabilizzati e consapevoli di doversi proiettare nel futuro, le sopracitate variabili possano incidere sul loro stato di salute mentale. Gli esiti di questa ricerca evidenziano una significativa presenza di sintomi di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico. Mettono in luce, inoltre, la necessità di interventi mirati e di supporto in un'ottica di prevenzione.

Emerge, in tal senso, l'esigenza di potenziare studi longitudinali, che seguano le traiettorie di questi minori a partire dal loro primo ingresso

nel paese ospitante, ed abbiano come finalità l'individuazione di quei fattori che possano esercitare un'influenza positiva sui loro percorsi di vita (Bronstein & Montgomery, 2011).

Le ricerche non conducono a risultati univoci. La valutazione dell'entità del rischio di sviluppare esiti psicopatologici varia infatti tra i diversi studi. I ricercatori concordano nel riconoscere che i sintomi aumentano in rapporto al numero di eventi traumatici vissuti prima e durante la migrazione.

Le esperienze fortemente stressanti vissute dai minori stranieri non accompagnati non sempre conducono ad esiti psicopatologici.

Questo aspetto verrà approfondito nel capitolo seguente.

3. I processi di resilienza nei minori stranieri non accompagnati

In questo capitolo si metteranno in evidenza alcuni tra i fattori di protezione e di resilienza più significativi, emersi nell'ambito delle ricerche.

Una conoscenza più approfondita di tali fattori può essere utile sia in fase di progettazione delle pratiche di accoglienza, che per la pianificazione di processi di cura maggiormente mirati ed efficaci.

A conclusione del capitolo, farò un breve accenno ad alcune esperienze sul campo volte a promuovere fattori di resilienza nei minori stranieri non accompagnati.

3.1. Fattori di protezione e di resilienza

La letteratura ha messo in luce che molti bambini ed adolescenti non accompagnati dimostrano buone capacità di coping in risposta alle condizioni avverse che si trovano ad affrontare e sono in grado di utilizzare le proprie risorse per adattarsi alla nuova e difficile realtà (Bronstein & Montgomery, 2011; Curtis, Thompson & Fairbrother, 2018).

In tale contesto di ricerca si inserisce lo studio condotto da Keles, Friborg, Idsøe, Sirin e Oppedal (2018), dal quale emerge che la maggioranza del campione (circa il 60%), nonostante la vulnerabilità associabile all'essere un minore straniero non accompagnato, sviluppa traiettorie resilienti e buoni esiti di salute mentale.

Come avvalorato da Inguglia e Lo Coco (2013), nello sviluppo di traiettorie resilienti rivestono un ruolo le risorse individuali, ma anche specifici fattori ambientali, legati alla qualità delle relazioni interpersonali e alle proprietà dei contesti socioambientali.

Presenterò ora alcune ricerche che hanno approfondito lo studio dell'influenza di tali fattori nell'esperienza specifica dei minori stranieri non accompagnati.

3.1.1. Le risorse individuali

Come evidenziato da Cerniglia e Cimino (2012), alcuni studiosi si sono focalizzati sull'individuazione di aspetti specifici del funzionamento emotivo e comportamentale, che possano essere considerati predittori di resilienza. Le risorse individuali sono state indagate con ricerche qualitative, principalmente attraverso la metodologia dell'intervista. Le ricerche qualitative offrono l'opportunità di raccogliere informazioni sui significati che eventi e risorse hanno per l'individuo e consentono ai ricercatori di cogliere aspetti specifici di contesti socioculturali diversi (Rousseau, Said, Gagné & Bibeau, 1998). Riguardano casi e/o piccoli campioni di minori stranieri non accompagnati e i risultati emersi non sono generalizzabili. Ciò nonostante, alcune strategie e modalità comportamentali sono comuni ai diversi campioni e ai diversi contesti studiati.

Riporto di seguito l'interessante contributo di Raghallaigh e Gilligan (2010), i quali hanno concentrato la loro ricerca sulle specifiche e molteplici risorse e capacità messe in atto dai minori stranieri non accompagnati. Ho scelto di riportare la loro attività di ricerca perché, pur essendo poco rappresentativa, si è soffermata sulle specifiche strategie cognitive adottate dai minori.

Seguirà una riflessione sugli elementi più significativi che emergono da un confronto tra le ricerche qualitative che hanno indagato tali aspetti (Goodman, 2004; Sutton, Robbins, Senior e Gordon, 2006; Sleijpen, Boeije, Kleber e Mooren, 2015).

Raghallaigh e Gilligan (2010) hanno condotto una ricerca qualitativa in una struttura irlandese, nella quale erano ospitati minori stranieri non accompagnati. I partecipanti erano in totale 32, 18 femmine e 14 maschi, con un'età compresa tra i 14 e 19 anni. Essi provenivano da 13 differenti paesi, localizzati per lo più nelle diverse aree africane. Tra di essi, 23 erano di religione cristiana e 9 di religione musulmana. Attraverso la metodologia dell'intervista, i ricercatori hanno identificato i seguenti fattori di resilienza:

– *Continuity*

La costante ricerca di continuità tra passato e presente rappresenta una risposta alla discontinuità che sta caratterizzando le loro giovani vite. Un esempio può essere la frequentazione o di negozi che vendono cibo del proprio paese o di specifici luoghi di culto.

– *Adaptation*

L'adattamento è inteso come l'integrazione nella propria identità culturale di alcuni aspetti del nuovo paese ospitante (la lingua, le preferenze sportive e musicali, le tendenze della moda, ...).

– *Positivity*

I ragazzi nutrono un senso di speranza che li supporta nell'affrontare le difficoltà della vita presente; essi tendono a focalizzarsi sugli aspetti positivi e a proiettarsi nel futuro.

– *Suppression*

Sopprimere le emozioni e ricercare distrazioni è una strategia concreta e utile che consente loro di affrontare le circostanze presenti.

– *Independence*

L'agire in modo indipendente e il percepirsi come autosufficienti è una strategia che aumenta la loro percezione di controllo nelle diverse situazioni. La brusca separazione dai loro affetti li ha segnati profondamente: spesso i ragazzi scelgono di non cercare sostegno nelle persone presenti intorno a loro, ma tendono a concentrarsi

sulle proprie risorse o a rivolgersi a Dio.

– *Distrust*

La tendenza a non fidarsi degli altri ricorre nel corso delle interviste. Essa è attribuita dai ragazzi alle esperienze vissute e si percepisce in loro l'impossibilità di potersi fidare di persone che si conoscono da poco tempo. I partecipanti preferiscono riporre la loro fiducia in Dio, così facendo minimizzano il rischio di essere feriti o traditi.

Le narrazioni dei partecipanti suggeriscono che le strategie usate per affrontare le avversità sono state scelte volutamente e consapevolmente dai ragazzi. Questo dimostra che i minori sono attivamente impegnati nell'affrontare la loro nuova realtà.

La scelta di quale strategia utilizzare era influenzata sia dalle circostanze presenti che da quelle passate vissute dal singolo individuo. Un elemento comune che permea le diverse strategie è la fede religiosa; essa rappresenta una parte fondamentale delle loro giovani vite. Raghallaigh e Gilligan (2010) mettono in evidenza come la religiosità possa essere considerata un importante fattore di protezione, in quanto garantisce ed offre una sensazione di continuità dell'identità. Facilita, inoltre, nel contesto del paese ospitante, l'inserimento in comunità che si caratterizzano per un'identità religiosa comune.

In un lavoro di comparazione tra più ricerche, Sleijpen, Boeije, Kleber e Mooren (2015) mettono in evidenza come tra le risorse individuali emergano in modo prevalente l'aspetto religioso, l'*avoidance* e la speranza.

Alla religione è riconosciuto dai ragazzi un ruolo rilevante.

Sleijpen et al. (2015) mettono in luce il tipo di sostegno riconosciuto a tale aspetto; la religione rappresenta per i ragazzi:

- una guida su come condurre la propria vita ed un riferimento per affrontare le avversità;
- un valido aiuto nel trovare un significato dinnanzi alle esperienze drammatiche vissute e nel consentirne l'accettazione;

- una fonte di supporto (offerta dalla relazione diretta mantenuta con Dio, ma anche dall'opportunità di avere contatti con alcuni membri della chiesa);
- una fonte di continuità (fede e rituali religiosi sono tra le poche cose che non sono state oggetto di cambiamento);
- una fonte di distrazione e di forza (la religione permette loro di esercitare un senso di controllo sulle loro vite).

Sutton, Robbins, Senior e Gordon (2006) riportano come, dinnanzi alla mancanza delle figure genitoriali e all'assenza di familiarità nell'ambiente circostante, i ragazzi trovino risposte ai loro bisogni emozionali nella fede religiosa.

Ndengeyingoma, de Montigny e Miron (2014) mettono in luce come la fede religiosa possa rappresentare una criticità nella fase post-insediamento, nel momento in cui si consolidano le relazioni con nuovi pari che non ne conoscono gli aspetti e i relativi rituali. Nel loro studio riportano come alcuni ragazzi stessero riconsiderando e ridimensionando il loro impegno religioso in funzione delle nuove amicizie e del loro consolidamento.

L'*avoidance* è identificabile con la soppressione dei ricordi e dei pensieri ed è riconosciuta dai ragazzi una strategia efficace per poter affrontare la quotidianità (Sleijpen et al., 2015). La distrazione può rappresentare una modalità per eliminare pensieri e ricordi negativi: impegnarsi assiduamente in attività formative o sportive permette loro di concentrare la propria mente su altri aspetti ed evitare la noia.

Sutton et al. (2006) sottolineano come, nel corso delle interviste ai minori, emerga che l'essere personalmente impegnati in attività sia d'aiuto nel recupero dal trauma e faciliti cambiamenti positivi. Le attività citate spaziano da quelle più prettamente sportive ad impegni maggiormente legati ad iniziative solidali e di volontariato.

Alcuni minori sono consapevoli che l'*avoidance* non sia una strategia efficace nel lungo periodo, ma al momento permette loro di non essere

sopraffatti dalla drammaticità delle esperienze vissute (Sleijpen et al., 2015).

Molti giovani esprimono un senso di speranza verso il futuro ed obiettivi chiari. La speranza rappresenta una fonte di positività e li supporta nell'affrontare le difficoltà del presente. A ciò possiamo collegare l'alto valore riconosciuto dai ragazzi all'istruzione. Essa rappresenta un mezzo per esercitare un controllo sulle loro vite e per migliorare la posizione personale e le aspettative per il futuro (Luster, Qin, Bates, Rana & Lee, 2010; Sleijpen et al., 2015).

Già la ricerca di Goodman (2004), incentrata sui minori del Sudan cresciuti tra violenze, atrocità e lutti, identificava quattro strategie che parzialmente precorrevano gli sviluppi successivi. Egli distinse:

- *collectivity and the communal self*;
- *suppression and distraction*;
- *making meaning*, con un forte richiamo all'aspetto della fede religiosa;
- *emerging from hopelessness to hope*.

Le ultime tre strategie sono già state approfondite, mi soffermerei quindi sulla prima "*collectivity and the communal self*". Goodman (2004) metteva in evidenza come ogni ragazzo definisse sé stesso come membro del gruppo dei rifugiati sudanesi e come, nel corso dell'intervista, raccontasse la propria storia con la voce del gruppo, usando principalmente il pronome noi. Dalle loro parole emergeva come questo senso di esperienza condivisa e la percezione di un profondo senso di identità comune avesse permesso loro di sopravvivere dinnanzi a forti e continuativi traumi.

Keles et al. (2018) sottolineano come i processi di acculturazione, che caratterizzano la fase post-migratoria, abbiano un'importante influenza sulle traiettorie dei minori stranieri non accompagnati.

Presento ora alcuni tra i fattori che possono esercitare un maggiore impatto nella fase di insediamento nel paese ospitante: la percezione di sostegno sociale, il tipo di sistemazione e l'accesso ai servizi di salute mentale.

3.1.2. La percezione di sostegno sociale

Alcuni ricercatori hanno studiato il ruolo che le diverse forme di supporto possono assumere nella fase di insediamento nel paese d'arrivo, traendo delle informazioni utili alla promozione della salute mentale in un'ottica di prevenzione (Oppedal & Idsøe, 2015; Sierau, Schneider, Nesterko & Glaesmer, 2019).

Il sostegno sociale, approfondito nel capitolo 1.4.2., favorisce lo sviluppo di competenze culturali; tali competenze comprendono la conoscenza delle modalità di comunicazione verbale e non verbale del paese ospitante, nonché delle modalità di comportamento e di relazione interpersonale (Oppedal & Idsøe, 2015). Nella fase adolescenziale, tali competenze facilitano l'approccio con i pari e l'instaurarsi di relazioni di amicizia; possono inoltre sostenere i minori nell'affrontare eventuali discriminazioni.

Sierau et al. (2019) hanno condotto una ricerca con l'obiettivo di mettere a confronto la percezione della qualità del supporto offerto da tre fonti differenti: la famiglia d'origine, il gruppo dei pari e altri adulti caregiver. Tale percezione è stata poi messa in relazione con il rischio di esiti psicopatologici.

L'indagine ha interessato 105 ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni, provenienti principalmente da Afghanistan e Siria, ed ospitati presso le strutture di accoglienza di Leipzig, in Germania. Dalla ricerca è emerso che la famiglia d'origine è considerata dai minori la più importante fonte di supporto sociale, seguono i pari e gli adulti

caregiver. Questa centralità della famiglia si afferma nonostante i contatti intrattenuti siano esclusivamente di tipo telefonico o tramite social media.

Tale esito si allinea a quello di una ricerca condotta precedentemente da Oppedal e Idsøe (2015) su un campione di 895 ragazzi, provenienti principalmente dall'Afghanistan e accolti nel territorio norvegese da mediamente tre anni e mezzo. Nello studio era infatti emerso che i partecipanti che avevano mantenuti contatti con la famiglia di origine (51,2%), nonostante i limiti rappresentati dall'impossibilità di vicinanza fisica e di una comunicazione diretta, riportavano la percezione di un maggior sostegno sociale e livelli più bassi di depressione.

Nei casi in cui i ragazzi non abbiano alcun tipo di contatto con la famiglia di origine, la percezione del supporto offerto dai pari e dai caregiver è minore (Sierau et al., 2019). L'assenza di contatti con la famiglia sembra quindi generare una minore fiducia nelle relazioni e una scarsa consapevolezza del supporto offerto da altre fonti. Emerge una difficoltà nel costruire e nell'accettare la relazione con l'altro, a causa del forte stress che la separazione dai propri cari ha provocato. Questo ha delle implicazioni cliniche: i minori stranieri non accompagnati che non hanno alcun tipo di contatto con la famiglia di origine rappresentano un sottogruppo ancora più vulnerabile e bisognoso di peculiari attenzioni. Emerge quindi anche l'esigenza di garantire loro specifici interventi e psicoterapie incentrate sul trauma. I pari assumono un'importanza crescente in adolescenza e rappresentano una risorsa fondamentale qualora il sostegno da parte delle famiglie sia limitato. Già Goodman (2004) aveva evidenziato come proprio il sentimento di far parte di un gruppo e la possibilità di condividere le esperienze traumatiche vissute avesse supportato i minori non accompagnati del Sudan nel sopravvivere dinnanzi a terribili vicissitudini.

La ricerca di Sierau et al. (2019) ha evidenziato come la percezione di

alti livelli di supporto da parte del gruppo dei pari si accompagni ad una diminuzione del rischio di sviluppare disturbi d'ansia. In questa ricerca il gruppo dei pari considerato era principalmente costituito da adolescenti tedeschi.

Le relazioni con i pari del paese ospitante agevolano l'acquisizione di quelle competenze sociali e linguistiche che favoriscono lo svilupparsi di un senso di appartenenza nei confronti del nuovo contesto; mentre quelle con i pari della propria etnia garantiscono un senso di continuità culturale e la possibilità di condividere la propria storia e i propri vissuti (Oppedal & Idsøe, 2015). Nello studio longitudinale condotto da Bjerneld, Ismail e Puthoopparambil (2018) emerge come la compagnia e il supporto da parte dei membri del proprio gruppo etnico possano offrire comprensione e speranze per il futuro, ma al tempo stesso possano rallentare l'apprendimento della lingua del paese ospitante. Le partecipanti, nel corso delle interviste, riconoscono l'importanza di promuovere quindi anche occasioni di incontro con persone del paese ospitante, le quali possono facilitare l'apprendimento linguistico ed offrire conoscenze sul nuovo territorio e sui suoi aspetti culturali.

Nei minori che mantengono un contatto con la famiglia di origine, forme di supporto sociale da parte dei caregiver sono percepite in misura maggiore e si accompagnano ad una diminuzione del rischio di sviluppare disturbo post-traumatico da stress, depressione e disturbi d'ansia. Questo risultato mette in luce l'importante ruolo che i caregiver possono assumere nel processamento degli eventi traumatici vissuti e nel garantire migliori esiti di benessere mentale (Sierau et al., 2009).

Nei minori stranieri non accompagnati, lo stress legato ai vissuti migratori si interseca con i profondi cambiamenti che accompagnano il passaggio all'età adulta. In tale situazione di vulnerabilità, alla quale si associa la lontananza o assenza di legami familiari, il sostegno sociale e la possibilità di formare nuove relazioni di attaccamento possono esercitare un'importante influenza sulle loro traiettorie di vita e di

salute (Jensen, Skar, Andersson & Birkeland, 2019).

3.1.3. Il tipo di sistemazione

Il tipo di sistemazione destinato ai minori stranieri non accompagnati dipende dalle politiche locali e nazionali del paese ospitante.

Le ricerche sull'associazione tra tipo di sistemazione e esiti di salute mentale al momento sono limitate. Gli studiosi sottolineano l'importanza di indagare in maniera più approfondita tale relazione così da offrire, agli enti che si occupano dell'accoglienza, indicazioni operative utili e mirate ad indirizzare proficuamente la scelta delle tipologie di sistemazione per i minori (O'Higgins, Ott & Shea, 2018).

Riporto le evidenze sinora emerse.

Da una revisione sulle principali ricerche svolte in tale ambito, effettuata da Mitra e Hodes (2019), emerge un'associazione tra strutture di accoglienza che forniscono elevati livelli di supporto e minori esiti psicopatologici. Tali strutture sono identificabili con famiglie affidatarie o centri che accolgono piccoli gruppi e che garantiscono ai minori un'assistenza continua, sia diurna che notturna.

Tale associazione è emersa, anche nell'ambito di uno studio longitudinale condotto in Norvegia da Jakobsen, Meyer DeMott, Wentzel-Larsen & Heir (2017). Nel corso di tale ricerca, sono stati messi a confronto i sintomi psicopatologici, rilevati a 3 settimane, 4, 15 e 26 mesi dall'arrivo in Norvegia, dei minori inseriti in strutture di tipo differente. Dallo studio sono emersi migliori esiti di salute mentale, a 15 e a 26 mesi, in soggetti accolti in centri più supportivi rispetto a coloro che erano stati inseriti in strutture più grandi, generalmente destinate ad adulti ed in grado di garantire livelli minori di assistenza. Nei centri più supportivi, tendenzialmente riservati ai minori con un'età

compresa tra i 15 e i 18 anni, sono previste lezioni di lingua per tutti gli ospiti. Il cibo è preparato e servito da operatori della struttura e i membri dello staff sono sempre presenti, sia nelle ore diurne che in quelle notturne. Molti centri offrono attività ricreative, forme di supporto individuale e, all'occorrenza, servizio medico. Non sempre i minori possono essere accolti in questa tipologia di strutture; dipende infatti dall'entità degli arrivi rispetto al numero di posti disponibili.

I ricercatori ritengono che l'inserimento in famiglie o in piccoli centri risponda in maniera più adeguata al bisogno di senso di appartenenza che manifestano questi ragazzi (Mitra & Hodes, 2019). Essi hanno perso, spesso in maniera drammatica, il supporto delle proprie famiglie e hanno necessità di essere inseriti in contesti in grado di accoglierli, di riconoscerli nella loro individualità e di prendersi cura di loro. Le famiglie affidatarie possono inoltre facilitare i contatti con il paese ospitante, e limitare così lo stress acculturativo che spesso si accompagna all'arrivo in un contesto socioculturale e linguistico differente.

La ricerca di Geltman, Grant-Knight, Mehta, Lloyd-Travaglini, Lustig, Landgraf e Wise (2005) mette in luce che i giovani rifugiati sudanesi inseriti in famiglie con membri della medesima etnia tendono ad avere migliori esiti di salute mentale rispetto a coloro inseriti in famiglie di etnia differente. L'abbinamento etnico e culturale potrebbe essere un fattore da tenere presente, da parte dei servizi sociali, nell'ambito degli affidi. Qualora non si riscontri la disponibilità di tali figure adulte, si potrebbero affidare due minori della medesima etnia all'interno di uno stesso nucleo familiare o prevedere iniziative ed attività che consentano di mantenere contatti con la propria cultura di origine (O'Higgins et al., 2018).

3.1.4. L'accesso ai servizi di salute mentale

Vi è uno scostamento evidente tra il bisogno di fruire dei servizi di salute mentale e l'accesso ai servizi stessi, come dimostrato dal numero esiguo di minori stranieri non accompagnati che fruisce di questa specifica forma di supporto (Mitra & Hodes, 2019; Von Werthern et al., 2019).

I dati suggeriscono la necessità di migliorare i servizi di salute mentale e di garantire l'accesso e il coinvolgimento dei minori negli stessi. Spesso le difficoltà emotive dei ragazzi non vengono colte dai tutori e dagli insegnanti e molti dei loro bisogni rimangono inascoltati.

L'accessibilità ai servizi va rafforzata e il personale che opera a vari livelli con i minori stranieri non accompagnati va formato e supportato nel cogliere eventuali sintomi di disagio.

Vi è poi una difficoltà da parte dei minori ad accettare l'aiuto da parte degli operatori dei servizi di salute mentale (Mitra & Hodes, 2019). Questa difficoltà può essere associata a una tendenza ad assumere un atteggiamento di diffidenza verso le persone sconosciute, ma anche al timore che l'accettazione di aiuto possa compromettere la possibilità di rimanere nel paese ospitante ed incidere sulle pratiche riguardanti il proprio status giuridico. Molti ragazzi provengono, inoltre, da paesi nei quali i servizi di salute mentale non sono presenti o lo sono in maniera molto limitata. Essi potrebbero non essere a conoscenza della loro esistenza o potrebbero non possedere i mezzi linguistici e/o culturali per esprimere il proprio disagio personale.

Al momento attuale, pochi studi hanno indagato l'efficacia di specifici interventi sui disagi psicologici dei minori stranieri non accompagnati. I dati disponibili riguardano solo una minima parte degli approcci metodologici; non vi sono riscontri longitudinali e il campione oggetto di studio risulta per ora piuttosto ristretto (Von Werthern et al., 2019). Fornire terapia a questi giovani è necessario, non solo per ridurre gli

effetti del trauma ed alleviare i problemi di salute mentale, ma anche per ripristinare la fiducia nelle altre persone. Riacquisire la capacità di instaurare rapporti di fiducia con gli altri può sostenerli nell'affrontare le sfide legate allo sviluppo, alla migrazione e ai processi di acculturazione nel paese ospitante (Jensen et al., 2019).

3.2. Promuovere percorsi di resilienza nei minori stranieri non accompagnati

La ricerca qualitativa condotta da Milani e Ius (2010) sulle traiettorie biografiche dei bambini sopravvissuti alla Shoah offre importanti spunti a chi si occupa di bambini, educazione e resilienza. L'approfondimento delle loro storie di vita garantisce una prospettiva a lungo termine che permette di concentrare l'attenzione non solo sul trauma, ma soprattutto su ciò che è stato prima e dopo, come suggerito dall'approccio di ricerca sulla resilienza (Parens, 2008). Dallo studio è emerso che ciò che ha salvato questi bambini è stato un intreccio di fattori interni ed esterni che loro stessi sono stati capaci di utilizzare in maniera costruttiva e creativa. Il riconoscimento dell'importante ruolo che l'ambiente sociale può assumere nel favorire traiettorie resilienti legittima e valorizza la messa a punto di interventi efficaci e di prevenzione (Milani & Ius, 2010).

Tedeschi e Calhoun (1995; 2004) hanno posto in particolare rilievo l'importanza riconosciuta al sostegno sociale offerto da parte di chi ha vissuto esperienze traumatiche simili. La condivisione possibile con chi ha affrontato le medesime avversità e la credibilità a loro riconosciuta accrescono la possibilità di adottare nuove prospettive e nuovi schemi. Lo studio qualitativo condotto da Sutton et al. (2006) sui minori stranieri non accompagnati conferma l'importanza riconosciuta alla

possibilità di condivisione. Dalla loro ricerca è infatti emerso come proprio lo stare insieme ad altri minori rifugiati che hanno vissuto esperienze traumatiche simili li abbia supportati nel generare nuovi obiettivi per il futuro. La risposta al proprio bisogno di essere confortati, trovata nell'altro, li ha sostenuti nel recupero dal trauma ed indirizzati verso possibilità di crescita e di cambiamento positivo.

Di seguito riporto un'esperienza di narrazione collettiva, *the Tree of Life*, sviluppata col fine di valorizzare ed incoraggiare le capacità di coping dei minori che vivono in contesti caratterizzati da elevata vulnerabilità. Essa è pensata per essere condotta in gruppi che si trovano ad affrontare esperienze traumatiche comuni e si propone di facilitare le relazioni interpersonali e la condivisione tra pari (Ncube, 2006).

3.2.1. *The Tree of Life, a collective narrative practice*

The Tree of Life è una metodologia sviluppata da Ncazelo Ncube e David Denborough (2006) per essere utilizzata nel contesto sudafricano con i bambini, che a causa dell'Hiv/Aids, hanno subito molti lutti e vivono in situazioni di abbandono, abusi e violenza.

Si tratta di un'esperienza narrativa collettiva che utilizza come metafora l'albero ed è strutturata in un workshop della durata minima di otto ore. Ha l'obiettivo di aiutare coloro che hanno vissuto esperienze traumatiche a riconoscere le proprie risposte emotive come segnali di forza e di resilienza e di supportarli nel creare ed attribuire nuovi significati alle loro storie di vita. Questo approccio intende offrire uno spazio sicuro in cui porsi e poter sviluppare una seconda storia, rappresentata dalla consapevolezza delle proprie capacità, dalle speranze e dai sogni di ogni partecipante (Ncube, 2006).

Suzan FM Jacobs (2018) ha utilizzato questo approccio, nell'agosto del 2016, presso un centro Praksis sull'isola di Samos. Nella struttura, in quel momento, trovavano accoglienza 25 minori stranieri non accompagnati di sesso maschile. Otto, tra i ragazzi ospitati, hanno accettato di partecipare al workshop proposto. Essi provenivano da paesi differenti: Bangladesh, Pakistan, Afghanistan, Siria, Ghana e Iraq; e questo ha comportato il coinvolgimento di quattro mediatori linguistici e culturali.

L'isola greca di Samos si trova sulla rotta del Mediterraneo orientale, seguita dai migranti per accedere all'Europa attraverso la Turchia ed il successivo raggiungimento via mare della Grecia. Gli ingenti flussi di migranti, principalmente in fuga dai territori in guerra dell'Afghanistan e della Siria, hanno messo a dura prova i già sovraffollati centri di accoglienza. Le strutture attualmente presenti sono inadeguate: i minori sono esposti a condizioni di vita disumane e degradanti. Essi, sempre più spesso, non sono trasferiti in strutture in grado di garantire loro la protezione di cui necessitano (Save the Children, 2020).

Come messo in rilievo da Oppedal e Idsøe (2015), nel corso dell'insediamento nel paese ospitante, la ricostruzione dei legami familiari e l'avvio di nuove relazioni di sostegno si rivela fondamentale per un buon adattamento psicologico. L'esperienza di narrazione collettiva può, in tal senso, rappresentare una valida opportunità. Essa sostiene i ragazzi nel ritrovare un legame con le persone importanti della loro vita e con il loro patrimonio culturale; al tempo stesso, svolgendosi nell'ambito del gruppo, può favorire l'instaurarsi di nuove relazioni (Jacobs, 2018).

Nel corso delle narrazioni bisogna evitare il più possibile che il soggetto riviva nuovamente il trauma. Le difficoltà non devono essere identificate con la persona, ma vanno oggettivizzate e viste come qualcosa di separato e distinto dal soggetto che le ha esperite personalmente.

La metodologia si propone di aiutare i ragazzi a riconoscere nelle risposte, messe in atto dinanzi alle esperienze traumatiche vissute, segni di forza e di resilienza (Hughes, 2014).

The Tree of Life si sviluppa in quattro parti (Ncube, 2006).

Nella prima parte del workshop (*the Tree of Life*), ogni partecipante è invitato a parlare degli alberi e a ricordare quelli presenti nel proprio paese d'origine. Si prosegue poi con il disegno del proprio albero e delle diverse parti che lo costituiscono. Nella rappresentazione del proprio albero i ragazzi riscoprono le loro personali risorse ed abilità, ricostruiscono lo sviluppo di tali competenze, ritrovano le persone che li hanno supportati nella loro crescita e si proiettano nel futuro. Il disegno dell'albero e delle sue parti rappresenta i diversi aspetti delle loro giovani vite.

Nella seconda parte (*the Forest of Life*), tutti gli alberi vengono accostati così da costituire una variegata foresta. Ogni partecipante è invitato a presentare il proprio albero al gruppo e si creano così spazi per la narrazione e la riflessione. Il racconto e la condivisione delle storie crea un senso di appartenenza, attribuisce valori e aiuta i partecipanti a ritrovare un legame con le proprie famiglie, culture e comunità.

Nella terza parte (*when the storms come*) si introduce una conversazione sui rischi e i pericoli per le foreste, per poi passare a considerare le minacce presenti nelle vite dei giovani, concentrando l'attenzione su come poter rispondere dinanzi ad eventi avversi.

L'ultima parte del workshop (*the ceremony and certificates*) comprende una riflessione sull'esperienza condivisa e una cerimonia, nel corso della quale ogni partecipante riceve un proprio personale certificato di partecipazione.

L'esperienza condotta con i minori accolti nel centro di accoglienza di Samos è stata apprezzata dai ragazzi e si è dimostrata proficua (Jacobs, 2018).

Riporto di seguito la riflessione di uno dei ragazzi che hanno partecipato al workshop (2018, p. 290).

*"I never thought of it that way; when there is a storm in my life it feels as if it's never going to stop.
But talking about it like this makes me realize that that is not true.
It always has a beginning and an ending"* (Mohammed, 16).

Questo approccio garantisce la valorizzazione delle differenze culturali e, non caratterizzandosi come terapia tradizionale, è stato accettato con maggiore facilità dai ragazzi (Jacobs, 2018).

Le tecniche narrative possono rappresentare un valido supporto a sostegno dell'integrità del sé e della propria storia; possono inoltre aiutare i ragazzi a proiettarsi nel futuro, attraverso l'individuazione di nuove rotte e direzioni (Castelli, 2011).

3.2.2. L'arte come strategia di intervento

Meyer DeMott, Jakobsen, Wentzel-Larsen e Heir (2017) hanno condotto una ricerca per valutare l'efficacia di uno specifico programma di attività espressive e creative da loro sviluppato "*Expressive Arts in Transition*". Tale programma è stato proposto ai minori stranieri non accompagnati nella prima fase successiva all'arrivo nel paese ospitante e prevedeva la partecipazione a due sessioni a settimana, per un periodo complessivo di cinque settimane. Le attività proposte erano finalizzate ad offrire ai ragazzi delle strategie di coping, attraverso interventi focalizzati sulla calma, il contatto, l'impegno, la sicurezza e la speranza. La ricerca ha interessato 143 minori (70 coinvolti nel programma di attività espressive e creative e 73 facenti parte del gruppo di controllo). Le attività sono state proposte nell'ambito della

prima struttura di accoglienza; nelle fasi successive i minori sono stati seguiti individualmente nei loro percorsi con 4 specifici follow-up programmati nell'arco dei 25 mesi successivi.

Gli esiti hanno evidenziato livelli maggiori di soddisfazione nei confronti della vita e di speranza per il futuro nel gruppo che aveva fruito del programma di attività espressive rispetto al gruppo di controllo. Si tratta del primo studio che ha valutato un intervento basato sulle arti espressive condotto con i minori non accompagnati. Gli esiti ottenuti si allineano ai risultati emersi da altri studi (Yohani, 2008; Beauregard, 2014), che hanno evidenziato come interventi di gruppo basati su arte ed espressività possano avere effetti positivi sui giovani che vivono in condizioni difficili.

Save the Children ha rilevato che le attività espressive e partecipative condotte nelle strutture di accoglienza si accompagnano ad una significativa diminuzione del numero di allontanamenti e ad una drastica riduzione dei conflitti tra minori e con gli operatori (Audino, 2018). Le attività proposte spaziano dalla fotografia alla musica, dai laboratori teatrali alla creazione di un canale radio.

Ho scelto di riportare due tra le diverse esperienze virtuose sperimentate in Italia con i minori stranieri non accompagnati. Tali esperienze sono state selezionate da Audino, pedagoga e coordinatrice didattica per alcuni anni di Mus-e Roma (Traverso, 2018), una onlus che propone laboratori artistici come strumento d'integrazione nelle scuole. Queste proposte incentivano la partecipazione dei minori e privilegiano l'espressione attraverso linguaggi espressivi ed artistici. La prima è stata realizzata all'interno di una struttura di accoglienza; la seconda, invece, è un laboratorio al quale i minori possono partecipare ed offre quindi un'occasione per tessere relazioni tra cittadini italiani e stranieri.

Audino (2018) riporta l'esperienza di un laboratorio di Street Art proposto nel centro di accoglienza Caritas del quartiere Tiburtino di

Roma. Tale laboratorio è stato curato da Alice Pasquini, un'artista contemporanea, le cui opere sono esposte sulle superfici urbane, nelle gallerie e nei musei di molte città del mondo. Pasquini ha coinvolto i ragazzi nella realizzazione di una grande opera comune, permettendo ad ognuno di loro di offrire il proprio contributo personale e di avvicinarsi a questa forma d'arte. L'artista, nell'ambito di un workshop sul tema del viaggio, ha ascoltato le storie dei giovani migranti e li ha coinvolti nelle diverse fasi di progettazione e realizzazione di un murales. L'opera intitolata "La città della fantasia" (2015) si trova all'interno del centro Caritas.

La seconda proposta è rappresentata da "I Quartieri Teatrali", un'iniziativa avviata dall'associazione Cantieri Meticci. Essi offrono l'opportunità di avvicinarsi al teatro e sono dislocati in diverse zone della città di Bologna. Rappresentano, per le persone straniere, un'occasione per l'apprendimento della lingua italiana, attraverso la recitazione e la scrittura scenica. Sono pensati come luoghi di incontro e di confronto tra persone che provengono da paesi diversi, e facilitano i legami tra cittadini italiani e migranti che condividono la passione per il teatro. Il viaggio, l'incontro e il rapporto con il diverso sono al centro della maggior parte delle rappresentazioni portate in scena.

Sia il progetto di street art che i laboratori teatrali sono stati pensati per offrire l'opportunità ai partecipanti di riafferrare la realtà e fantasticare su mondi virtuali, ma possibili. Queste esperienze hanno rappresentato delle importanti occasioni per trovare, attraverso l'arte e il coinvolgimento attivo, dei punti di contatto con questi ragazzi e per facilitare l'instaurarsi di nuove reti di relazioni basate sulla fiducia reciproca. Hanno permesso inoltre ai partecipanti di acquisire importanti competenze, sia linguistiche che culturali, presupposti fondamentali per facilitare una buona integrazione (Audino, 2018).

Conclusioni

L'esperienza migratoria è un processo in sé traumatico, che comporta l'allontanamento dal proprio contesto culturale e sociale di riferimento e una frattura nella continuità esistenziale del soggetto (Braca & Tarricone, 2017). Nel caso dei minori stranieri non accompagnati, tale esperienza è vissuta in solitudine e senza la presenza e l'appoggio emotivo dei membri della propria famiglia d'origine.

Ambrosini (2019) mette in luce come il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati sia conseguenza dell'assenza di canali legali per le migrazioni per lavoro, per l'asilo e per la protezione dei minori. Campesi (2019), a tale proposito, sottolinea come una politica di tipo proibizionista non blocchi l'immigrazione, ma amplifichi la vulnerabilità dei migranti e dei richiedenti asilo.

Il loro percorso migratorio è tendenzialmente connotato da livelli molto elevati di esperienze traumatiche. Tali esperienze sono riconducibili a tre fasi distinte: gli eventi antecedenti la migrazione, il viaggio migratorio e il successivo insediamento nel paese ospitante. Dalle ricerche sui minori stranieri non accompagnati emergono livelli molto elevati di esperienze traumatiche legate alla guerra e ai conflitti armati, rispetto ai minori accompagnati (Hodes et al., 2008). Diversi studi (Vervliet et al., 2014; El Baba e Colucci, 2018) evidenziano come il numero e la gravità degli eventi stressanti vissuti siano uno dei più importanti fattori di rischio per l'insorgere di esiti psicopatologici.

Dalla letteratura emerge che i minori stranieri non accompagnati presenti in Europa hanno principalmente un'età compresa tra i 15 e i 17 anni. A livello di sviluppo evolutivo, i minori stanno attraversando la fase adolescenziale e si trovano ad affrontare i compiti evolutivi che scandiscono il passaggio dalla fanciullezza all'età adulta in condizioni di estrema vulnerabilità. Alcune ricerche (Hodes et al., 2008; Von Werthern et al., 2019) hanno riscontrato un incremento dei sintomi

psicopatologici in prossimità del raggiungimento della maggiore età. Particolare attenzione andrebbe riservata a questo specifico momento di transizione verso l'età adulta. Tali criticità andrebbero affrontate garantendo maggiori tutele ed evitando interruzioni drastiche nel sostegno e nell'accesso ai servizi in concomitanza del compimento dei 18 anni.

Dalle ricerche sui minori stranieri non accompagnati è emerso come una parte considerevole del campione, nonostante l'elevata vulnerabilità, dimostri buoni esiti di salute mentale (Bronstein & Montgomery, 2011; Keles et al. 2018). Alcuni studi si sono così focalizzati in modo specifico sull'analisi delle risorse in grado di favorire traiettorie resilienti. In tali contributi ritroviamo alcune delle premesse e degli inquadramenti teorici presentati nel primo capitolo. Da un lato possiamo cogliere l'importanza di alcune caratteristiche individuali e del funzionamento cognitivo ed emotivo, dall'altro emergono alcune peculiarità dell'ambiente di riferimento.

Tra le strategie di coping adottate dai minori vi è la soppressione momentanea dei ricordi e delle emozioni che possiamo ricondurre al *regressive coping* identificato da Bonanno nei suoi studi (2014). Inoltre, uno spazio importante è riconosciuto dai ragazzi al senso di speranza nei confronti del futuro e all'attaccamento alla propria religione, spesso unico riferimento certo rimasto nelle loro giovani vite. La religione è da loro riconosciuta al tempo stesso fonte di continuità, di supporto e di forza (Sleipjen et al., 2015).

Possiamo riconoscere l'adozione di alcune strategie cognitive e comportamentali simili ed universali, ma possiamo anche cogliere come alcune strategie siano legate ai valori religiosi e culturali del proprio paese di origine. Ne è un esempio il ruolo riconosciuto dai minori sudanesi al profondo e radicato senso di identità comune che li ha sostenuti nel sopravvivere dinnanzi alle atrocità e violenze subite (Goodman, 2004).

Spostando l'attenzione sulle risorse ambientali, possiamo notare la centralità riconosciuta alla famiglia di origine come fonte di sostegno, nonostante la lontananza e l'impossibilità di fruire di un supporto diretto. Il mantenimento di un contatto con la propria famiglia, seppur a distanza, si rivela associabile ad una maggiore percezione del supporto offerto da altre fonti, come i pari o adulti caregiver (Sierau et al., 2019). Un'elevata percezione del sostegno proveniente da fonti alternative alla famiglia si accompagna a un minor rischio di esiti psicopatologici e a migliori condizioni di benessere mentale.

Emerge, quindi, come il mantenimento di una forma di relazione con la famiglia d'origine favorisca un'apertura verso gli altri e la disponibilità a instaurare nuove relazioni di prossimità, e come tali relazioni siano associabili a evoluzioni resilienti.

Su questi presupposti assumono particolare valore le proposte di interventi nella fase post-insediamento, volte a sostenere le relazioni tra migranti e a favorire i legami con i membri del paese ospitante. Oppedal e Idsøe (2015) sottolineano, a tale proposito, come le relazioni con i pari della propria etnia possano garantire un senso di continuità culturale e la possibilità di condivisione, mentre le relazioni con i pari del paese ospitante favoriscano l'acquisizione di quelle competenze sociali e linguistiche, in grado di facilitare il processo di acculturazione. Strutture di dimensioni ridotte con assistenza e supporto continuativi oppure l'inserimento in famiglie affidatarie si accompagnano a migliori esiti di salute mentale (Mitra & Hodes, 2019). Queste soluzioni identificano sistemazioni in grado di offrire risposte empatiche al bisogno dei minori di essere accolti all'interno di ambienti protetti e in grado di riconoscerli nella loro individualità.

Purtroppo la realtà dell'accoglienza spesso non è in grado di garantire questo tipo di soluzioni. Le situazioni di sovraffollamento riscontrabili in alcuni hotspot e il mancato trasferimento dei minori stranieri non accompagnati in strutture a loro destinate è riscontrabile in diverse

realtà. Nell'agosto 2019, l'Unicef ha lanciato un appello per i minorenni migranti rifugiati in Grecia esortando un intervento a loro tutela da parte degli Stati membri dell'Europa. Le condizioni disumane e di degrado nelle quali versano i giovani migranti sull'isola di Samos sono state recentemente portate all'attenzione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

Nonostante l'esiguità dei dati a disposizione, si può cogliere uno scostamento tra il bisogno di fruire dei servizi di salute mentale e l'accesso ai servizi stessi da parte dei minori stranieri non accompagnati (Mitra & Hodes, 2019; Von Werthern et al., 2019). È importante che l'attenzione dei clinici sia indirizzata alle specifiche vulnerabilità di questi ragazzi e alle esperienze traumatiche vissute e subite in fase migratoria o in fase precedente. Risulta però altrettanto fondamentale focalizzarsi sulle problematiche che emergono nel processo di acculturazione, soprattutto nelle prime fasi di insediamento nel paese ospitante (Keles et al., 2018). Ed è proprio nella fase dell'accoglienza che i paesi ospitanti possono assumere un importante ruolo nella promozione della salute mentale dei giovani migranti. Jensen et al. (2019) sottolineano la necessità di studi longitudinali sui minori stranieri non accompagnati volti ad approfondire quali fattori possano facilitarli e sostenerli nei processi di acculturazione.

Cyrułnik (1999) sostiene che la qualità della resilienza è determinata dalla qualità dei legami che si sono potuti creare prima e dopo l'evento traumatico; egli fa quindi emergere la necessità di considerare e riconoscere la storicità del soggetto, dei gruppi e della comunità. A tale proposito, lo studio delle traiettorie dei bambini sopravvissuti alla Shoah ha potuto cogliere il ruolo protettivo assunto da alcuni aspetti culturali legati all'identità ebraica (Milani & Ius, 2010).

Alla luce di ciò sarebbe interessante approfondire la conoscenza di alcuni aspetti legati al contesto familiare, etnico e culturale di riferimento di questi ragazzi. Da un lato per poter cogliere la specificità

della loro sofferenza umana, dall'altro per incontrare i loro sogni e i loro progetti per il futuro, alla ricerca di quei valori e di quelle risorse che possano orientarli e supportarli nel perseguire traiettorie resilienti.

Bibliografia

AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E. & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

AMBROSINI, M. (2008). *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*. Bologna: Il Mulino.

AMBROSINI, M. (2010). *Richiesti e respinti. L'immigrazione in Italia Come e perché*. Milano: Il Saggiatore.

AMBROSINI, M. (2014). *Non passa lo straniero? Le politiche migratorie tra sovranità nazionale e diritti umani*. Assisi: Cittadella.

AMBROSINI, M. (2019). *Migrazioni*. Milano: Egea.

AMBROSINI, M. (2020). *Sociologia delle migrazioni*. Bologna: Il Mulino.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, Raffaello Cortina, Milano, 2014).

AMIN, S. (1974). *Accumulation on a World Scale: A Critique of the Theory of Underdevelopment*. New York: Monthly Review Press.

ANAUT, M. (2003). *La résilience: surmonter les traumatismes*. Paris: Nathan Université.

ANAUT, M. (2015). La résilience: évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121, 28-39.

ANTHONY, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. ANTHONY, & C. KOUPERNIK (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 529-545). New York: Wiley.

AUDINO, F. (2018). L'arte come strategia di intervento con i Minori Stranieri Non Accompagnati. In A. TRAVERSO (Ed.), *Infanzie movimentate: Ricerca pedagogica e progettazione nei contesti di emergenza per minori stranieri non accompagnati* (pp. 225-234). Milano: Franco Angeli.

BARNES, J. A. (1954). Class and communities in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7, 39-58.

BEAN, T., DERLUYN, I., EURELINGS-BONTEKOE, E., BROEKAERT, E., & SPINHOVEN, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (4), 288-297.

BEAUREGARD, C. (2014). Effects of classroom-based creative expression programs on children's wellbeing. *Arts in Psychotherapy*, 41, 269- 277.

- BENARD, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
- BENEDUCE, R. (2004). *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*. Milano: Franco Angeli.
- BERKMAN, L. F., & SYME, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- BERKMAN, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57 (3), 245-254.
- BJERNELD, M., ISMAIL, N. & PUTHOOPPARAMBIL, S. J. (2018). Experiences and reflections of Somali unaccompanied girls on their first years in Sweden: a follow-up study after two decades. *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 14 (3), 305-317.
- BLAZER, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115 (5), 684-694.
- BLOCK, J. H. (1951). *An experimental study of a topological representation of ego-structure*. Unpublished Doctoral Dissertation, Stanford University, Stanford, CA.
- BLOCK, J. H., & BLOCK, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. COLLINS (Ed.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BONANNO, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28.
- BORJAS, G. (1990). *Friends or Strangers: The Impact of Immigrants on the US Economy*. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1, Attachment*. New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, vol. 1, L'attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino, 1972).
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2, Separation Anxiety and Anger*. New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, vol. 2, La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino, 1975).
- BOYD, M. (1989). Family and personal networks in international migration: Recent developments and new agendas. *International Migration Review*, 23 (3), 638-669.
- BRACA, M., & TARRICONE, I. (2017). La psicopatologia nel contesto transculturale e migratorio. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLI (3), 9-21.
- BRONSTEIN, I., & MONTGOMERY, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44-56.

Camera dei Deputati. (2020). Minori stranieri non accompagnati, come disponibile a <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf>

CAMPESI, G. (2019). Governare le migrazioni nell'Italia contemporanea. *Rivisteweb-Il Mulino*, 3/2019, 433-440.

CAPPUCCIO, G., MANISCALCO, L., & ALBANESE, M. (2020). Minori Stranieri Non Accompagnati e Tutore Volontario: verso una Pedagogia dell'Accoglienza. L'esperienza del territorio palermitano. *Journal of Health Care Education in Practice*, May 2020, 35-44.

CASTELLI, C. (Ed.). (2011). *Resilienza e creatività: Teorie e tecniche nei contesti di vulnerabilità*. Milano: Franco Angeli.

CASTLES, S., & MILLER, M.J. (1993). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. New York: Guilford Press.

CASTLES, S., DE HAAS, H., & MILLER, M.J. (2014). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

CERNIGLIA, L., & CIMINO, S. (2012). Minori immigrati ed esperienze traumatiche: una rassegna teorica sui fattori di rischio e di resilienza. *Infanzia e adolescenza*, 11 (1), 11-24.

CHARNEY, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry*, 161 (2), 195-216.

CHARPY, G. (1901). Note sur l'essai des métaux à la flexion par choc de barreaux entaillés. *Mémoires et Compte-Rendu des travaux de la Société des Ingénieurs Civils de France*, 848-877.

CICCHETTI, D., & GARMEZY, N. (1993). Milestones in the development of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-761.

COHEN, S., & WILLS, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

CONSTANTINE, N. A., BENARD, B., & DIAZ, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: The healthy kids resilience assessment. Paper presented at 7th Annual Meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans, LA.

COPPO, P. (2003). *Tra psiche e culture: Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.

CORTI, P. (2003). *Storia delle migrazioni internazionali*. Roma-Bari: Laterza.

CROCETTI, E. (2007). Lo sviluppo dell'identità in adolescenza. *Psicologia sociale*, 2, 221-223.

CURTIS, P., THOMPSON, J., & FAIRBROTHER, H. (2018). Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences. *Public Health*, 158, 71-85.

- CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob (trad. it. Il dolore meraviglioso, Frassinelli, Milano, 2000).
- CYRULNIK, B. (2010) Resilience (trad. it. Resilienza, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXIV (1), 9-19).
- DAY, J. J., & SWEATT, J. D. (2011). Epigenetic Mechanisms in Cognition. *Neuron*, 70 (5), 813-829.
- DE AJURIAGUERRA, J., & MARCELLI, D. (1982). *Abrégé de psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson.
- DERLUYN, I., & BROEKAERT, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12 (2), 141-162.
- DEVEREUX, G. (1973). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard (trad. it. Saggi di etnopsichiatria generale, Armando, Roma, 1978).
- EL BABA, R., & COLUCCI, E. (2018). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: a systematic review. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11 (2), 194-207.
- ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- ENGEL, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- ERIKSON, E. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton (trad. it. Gioventù e crisi d'identità, Armando, Roma, 1999).
- FAZEL, M., & STEIN, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370.
- FAZEL, M., WHEELER, J., & DANESH, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- FONAGY, P., & TARGET, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- FONZI, A. (Ed.). (2001). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti.
- FRANCESCATO, D., TOMAI, M., & GHIRELLI, G. (2020). *Fondamenti di psicologia di comunità: Principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci.
- FREUD, A. (1936). *Das Ich und Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it. L'io e i meccanismi di difesa, Martinelli, Firenze, 1967).
- GARMEZY, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 101-116.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2015). D. Lgs. 18 agosto 2015, n. 142 come disponibile a <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2017). Legge 7 aprile 2017, n. 47 come disponibile a <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg>

Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea. (2011). Direttiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 come disponibile a <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A32011L0095>

GELTMAN, P. L., GRANT-KNIGHT, W., MEHTA, S. D., LLOYD-TRAVAGLINI, C., LUSTIG, S., LANDGRAF, J. M., & WISE, P. H. (2005). The "Lost Boys of Sudan": Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 585–591.

GOODMAN, J. H. (2004). Coping with Trauma and Hardship among Unaccompanied Refugee Youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1177–1196.

GOSS, J., & LINDQUIST, B. (1995). Conceptualizing international labor migration: A structuration perspective. *International Migration Review*, 29 (2), 317-351.

GROTBERG, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *Early Childhood development: practice and reflections*, 8, 1-43.

HALL, S. G. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.

HARRIS, N. (2000). *I nuovi intoccabili. Perché abbiamo bisogno degli immigrati*. Milano: il Saggiatore.

HAVIGHURST, R. J. (1952). *Developmental Tasks and Education*. New York: Davis McKay.

HELMEREICH, W. B. (1992). *Against all odds: Holocaust survivors and the successful lives they made in America*. New York: Simon & Schuster.

HODES, M., JAGDEV, D., CHANDRA, N., & CUNNIFF, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723-732.

HODES, M., & VOSTANIS, P. (2019). Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 716-731.

HOUSE, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

HOUSE, J. S., ROBBINS, C., & METZENER, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.

HUGHES, G. (2014). Finding a voice through "The Tree of Life": A strength-based approach to mental health for refugee children and families in schools. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19, 139-153.

IDOS. (2019). *Immigrazione. Dossier statistico 2019*, Roma, IDOS.

- INGUGLIA, C., & LO COCO, A. (2013). *Resilienza e vulnerabilità psicologica nel corso dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- JACOBS, S., FM. (2018). Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: "The Tree of Life" as a response to hardship. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23, 279-293.
- JAKOBSEN, M., MEYER DEMOTT, M. A., WENTZEL-LARSEN, T., & HEIR, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 7, 1-8. Retrieved January 6, 2021 from BMJ Open database.
- JENSEN, T. K., SKARDALSMO, E. M. B., & FJERMESTAD, K. W. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 1-10.
- JENSEN, T. K., FJERMESTAD, K. W., GRANLY, L., & WILHELMSEN, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20 (1), 106-116.
- JENSEN, T. K., SKAR, A. S., ANDERSSON, E. S. & BIRKELAND, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1671-1682.
- KELES, S., FRIBORG, O., IDSØE, T., SIRIN, S., & OPPEDAL, B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42, 52-63.
- KOFMAN, E., PHIZACKLEA, A., RAGHURAM, P., & SALES, R. (2000). *Gender and International Migration in Europe: Employment, Welfare and Politics*. London-New York: Routledge.
- LAUBY, J., & STARK, O. (1988). Individual migration as a family strategy: Young women in the Philippines. *Population Studies*, 42 (3), 473-486.
- LEDOUX, J. (1996). *Il cervello emotivo: Alle radici delle emozioni*. (trad. Baldini & Castoldi, Milano, 1998).
- LORENZONI, C. (2016). *Amali e l'albero*. Torino: Giralangolo.
- LUBY, J. L., BARCH, D. M., BELDEN, A., GAFFREY, M. S., TILLMAN R., BABB, C., et al. (2012). Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119 (8), 2854-2859.
- LUSTER, T., QIN, D., BATES, L., RANA, M. & LEE, J. A. (2010). Successful adaptation among Sudanese unaccompanied minors: Perspectives of youth and foster parents. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 17 (2), 197-211.
- MAIN, M., & SOLOMON, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. BRAXELTON, & M. YOGMAN (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- MALAGUTI, E. (2005). *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento: Erickson.

- MASSEY, D. S. (1988). Economic development and international migration in comparative perspective. *Population and Development Review*, 14 (3), 383-413.
- MASSEY, D. S., ARANGO, J., HUGO, G., KOUAOUCI, A., PELLEGRINO, A., & TAYLOR, J. E. (1998). *Worlds in Motion. Understanding International Migration at the End of the Millennium*. Oxford: Clarendon Press.
- MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- MASTEN, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- MASTEN, A. S., & TELLEGEN, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24 (2), 345-361.
- MEAD, M. (1928). *Coming Age in Samoa*. New York: William Morrow (trad.it. L'adolescente in una società primitiva, Giunti Barbera, Firenze, 1964).
- MEYER DEMOTT, M. A., JAKOBSEN, M., WENTZEL-LARSEN, T. & HEIR, T. (2017). A controlled early group intervention study for unaccompanied minors: Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction? *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 510-518.
- MILANI, P., & IUS, M. (2010). *Sotto un cielo di stelle: Educazione, bambini e resilienza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia come disponibile a <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-dicembre-2019.pdf>
- MITRA, R., & HODES, M. (2019). Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child: Care, Health and Development*, 45, 198-215.
- MONNI, S., & ZACCAGNINI, F. (2011). Una rivisitazione critica delle teorie della migrazione: da Marx al paradigma dello sviluppo umano. *Parole-chiave*, 2, 31-45.
- MORENO, J. L. (1934). *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations*. Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- MOSKOVITZ, S. (1985). Longitudinal Follow-up of Child Survivors of the Holocaust. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (4), 401-407.
- NATHAN, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- NCUBE, N. (2006). The Tree of Life Project: Using narrative ideas in work with vulnerable children in Southern Africa. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 3-16.

- NDENGEYINGOMA, A., DE MONTIGNY, F., & MIRON, J. (2014). Development of personal identity among refugee adolescents: Facilitating elements and obstacles. *Journal of Child Health Care* 18 (4), 369–377.
- NUCKOLLS, K. B., CASSEL, J., & KAPLAN, B. H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-441.
- O'HIGGINS, A., OTT, E. M., & SHEA, M. W. (2018). What is the impact of placement type on educational and health outcomes of unaccompanied refugee minors? A systematic review of the evidence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 354-365.
- OLIVERIO FERRARIS, A., & OLIVERIO, A. (2014). *Più forti delle avversità: Individui e organizzazioni resilienti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- OPPEDAL, B., & IDSØE, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203-211.
- ORNSTEIN, A. (2001). Survival and recovery: Psychoanalytic reflections. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 13-22.
- PALMONARI, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: Il Mulino.
- PALMONARI, A. (2007). Adolescenza e psicologia sociale. *Psicologia sociale*, 2, 195-208.
- PALMONARI, A. (Ed.). (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- PARENS, H. (2008). An autobiographical study of resilience: Healing from the Holocaust. In H. PARENS, H. P. BLUM, & S. AKHTAR (Eds.), *The Unbroken Soul. Tragedy, trauma, and resilience* (pp. 85-116). Lanham: Jason Aronson.
- PIAGET, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence*. Paris: Colin. (trad. it. *La psicologia dell'intelligenza*, Giunti Barbera, Firenze, 1952).
- PIORE, M. J. (1979). *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies*. New York: Cambridge University Press.
- PORTES, A. (Ed.). (1995). *The Economic Sociology of Immigration*. New York: Russell Sage Foundation.
- PREZZA, M., & SGARRO, M. (1992). Gli strumenti di valutazione della rete e del sostegno sociale. *Giornale Italiano di Psicologia*, 5, 719-751.
- PREZZA, M., & PRINCIPATO, M. C. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale. In M. PREZZA, & M. SANTINELLO (Eds.), *Conoscere la comunità: L'analisi degli ambienti di vita quotidiana* (pp. 193-234). Bologna: Il Mulino.
- RAGHALLAIGH, M. N., & GILLIGAN, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15 (2), 226-237.

- REININGHAUS, U. A., MORGAN, C., SIMPSON, J., DAZZAN, P., MORGAN, K., DOODY, G. A. et al. (2008). Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (9), 743-751.
- REMOTTI, F. (1996). *Contro l'identità*. Bari: Laterza.
- ROUSSEAU, C., SAID, T. M., GAGNE', M. J., & BIBEAU, G. (1998). Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia. *Psychoanalytic Review*, 85 (4), 615-637.
- RUTTER, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- SASSEN, S. (1997). *Le città dell'economia globale*. Bologna: Il Mulino.
- Save The Children (2020). Migranti: appello per il ricollocamento urgente dei minori non accompagnati dalle isole greche come disponibile a <https://www.savethechildren.it/press/migranti-appello-il-ricollocamento-urgente-dei-minori-non-accompagnati-dalle-isole-greche>
- SIERAU, S., SCHNEIDER, E., NESTERKO, Y., & GLAESMER, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 769-780.
- SLEIJPEN, M., BOEIJJE, H. R., KLEBER, R. J., & MOOREN, T. (2015). Between power and powerlessness: a meta-ethnography of sources of resilience in young refugees. *Ethnicity & Health*, 21 (2), 1-23.
- STARK, O. & BLOOM, D. E. (1985). The New Economics of Labor Migration. *The American Economic Review*, 75 (2), 173-178.
- STEINBERG, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 69-74.
- SUTTON, V., ROBBINS, I., SENIOR, V., & GORDON, S. (2006). A qualitative study exploring refugee minors' personal accounts of post-traumatic growth and positive change processes in adapting to life in the UK. *Diversity in Health and Social Care*, 3, 77-88.
- TEDESCHI, R. G., & CALHOUN, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- TEDESCHI, R. G., & CALHOUN, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- TODARO, M. P. (1976). *Internal Migration in Developing Countries*. Genève: International Labour Office.
- UNCHR, UNICEF and IOM. (2020). Refugee and Migrant Children in Europe. Accompanied, Unaccompanied and Separated come disponibile a <https://www.unicef.org/eca/media/12671/file>
- VANISTENDAEL, S., & LECOMTE, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Paris: Bayard.

- VERVLIET, M., MEYER DEMOTT, M. A., JAKOBSEN, M., BROEKAERT, E., HEIR, T., & DERLUYN, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*, 33-37.
- VIANELLO, R. (1988). Lo sviluppo cognitivo secondo la teoria piagetiana. In R. Vianello (Ed.), *Psicologia dello sviluppo* (pp. 61-104). Milano: Juvenilia.
- VON WERTHERN, M., GRIGORAKIS, G., & VIZARD, E. (2019). The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors. *Child Abuse & Neglect*, *98*, 104146.
- WALLERSTEIN, I. (1982). *Il sistema mondiale dell'economia moderna*. Bologna: Il Mulino.
- WELLMAN, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 171-199). London: Sage.
- WERNER, E. E., & SMITH, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- WERNER, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59* (1), 72-81.
- WIESE, E. B. P., & BURHORST, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, *44* (4), 596-613.
- World Health Organization (1946). *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Revision 6*. Genève: Author.
- WYMAN, P. A., COWEN, E. L., WORK, W. C., HOYT-MEYERS, L. A., MAGNUS, K. B., & FAGEN, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Development*, *70*, 645-659.
- YOHANI, S. C. (2008). Creating an ecology of hope: Art-based interventions with refugee children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, *25*, 309-323.
- ZOLLI, A., & HEALY, A. M. (2014). *Resilienza*. Milano: Rizzoli.