

4. Negletti e/o invisibili? Le radici del fenomeno odisseico dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), tra esposizione ad eventi traumatici ed alterazioni del funzionamento psichico
di Ilaria Pepe* ed Ernesto Toma**

1. Introduzione***

L'acuto accrescimento dei flussi migratori minorili richiede riflessioni non solo sulle dinamiche di dislocamento ma circa il legame tra le tonalità dell'erranza, che fa dell'apicale spostamento un cammino poco lineare, ricco di vissuti emotivi, e la genesi del complesso di scompensi patologici. In particolare, l'esperienza migratoria dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), è contrassegnata, oltre che dalla separazione (per necessità o imposizione) dal paese nativo, dalle figure genitoriali o da altri adulti di riferimento, anche dal rischio di addizionali vittimizzazioni sul piano dell'integrità fisica e psicologica durante il viaggio che vanno ad aggiungersi al bagaglio di problematiche sociali sperimentate nel periodo pre-migratorio. Aspetti, questi, che, assieme ad ansia, disturbi depressivi, sindromi traumatiche, se associati al mancato supporto del contesto di accoglienza e accompagnamento, si esasperano all'arrivo nel Paese ospite.

Allo stato attuale, fra i numeri di "sbarchi" che aumentano e le risorse che scarseggiano, il fenomeno del percorso migratorio resta ancorato a prescrizioni giuridiche, sottostimando l'analisi dei vissuti emotivi legati alle esperienze estremamente dolorose e i corrispettivi rischi evolutivi che compromettono la salute psichica dei minori.

Dunque, nonostante resti latente la quota di sofferenza legata a condizioni di vita sempre più precarie, da diverso tempo, le ricerche scientifiche

* Dott.ssa in Scienze e Tecniche psicologiche, Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

** Dipartimento di Economia e Finanza, Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

*** Il lavoro è frutto dell'opera congiunta dei due autori. Tuttavia, è possibile attribuire i par. 3.3.4 e 3.3.5 a Ernesto Toma e le restanti parti a Ilaria Pepe.

che hanno reso noto il deterioramento psichico che gli avvenimenti migratori traumatici sono in grado di determinare (Wagner, 2000). In particolare, approfondendo la correlazione tra trauma migratorio minorile e condizione psicologica, è emerso come gli effetti post-traumatici sarebbero mediati dallo sviluppo di una sindrome psichiatrica, quale il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e di sintomi ad esso associati, come il disagio fisico, l'ansia, la depressione, il ritiro sociale, i comportamenti esternalizzanti ed internalizzanti, i disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali, dolori addominali o alla schiena, disordini cranici ed esperienze dissociative. In virtù di ciò, dal punto di vista statistico-epidemiologico, gli studi presenti in letteratura hanno confermato come sia proprio la strutturazione del Disturbo Post-Traumatico da Stress a seguito dell'esperienza traumatica, a designare la patologia psichica più frequente nei MSNA.

Il presente studio, attraverso un'indagine quali-quantitativa, mira ad offrire una visione approfondita della condizione dei minori stranieri non accompagnati all'interno della cornice teorico-clinica, che va da una breve illustrazione, eseguita nel Primo paragrafo, del fenomeno dal punto di vista giuridico e delle direttive internazionali, delle motivazioni dei minori ad abbandonare il luogo di origine e della valutazione dei fattori di rischio e protezione per lo sviluppo del "crollo psichico" in riferimento alle variabili di marcato disagio che caratterizzano il percorso migratorio; all'analisi discussa nel Secondo paragrafo del processo di insorgenza ed evoluzione del Disturbo Post-Traumatico da Stress e delle tendenze dissociative. Quanto al Terzo paragrafo, sulla base della relazione riscontrata in letteratura tra la condizione di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo del PTSD e/o di sintomi ad esso relazionati, l'indagine effettuata avrà come obiettivo specifico quello di indagare il funzionamento psichico nel campione di MSNA preso in esame, rilevando, in modo più analitico, la sintomatologia riferibile al PTSD e le esperienze dissociative in riferimento alle variabili che caratterizzano lo status di minore, nonché al tempo trascorso dal momento dell'arrivo in Italia, ai fattori di vulnerabilità individuali e alle tipologie e al numero di eventi traumatici e potenzialmente stressanti più frequentemente registrati nei differenti vissuti pre-migratori, migratori e post-migratori, in relazione ai fattori di rischio.

L'ipotesi che guida l'intera ricerca, dunque, è che l'esposizione a traumi subiti durante il percorso migratorio e situazioni di sofferenza vissute nel periodo successivo all'arrivo nel paese ospite, costituiscano una fonte importante di malessere psichico nei MSNA, manifestato attraverso l'insorgenza della sindrome da stress post-traumatico.

2. Il fenomeno sociale dei minori stranieri non accompagnati (MSNA): esperienze traumatiche, Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e tendenze dissociative

Quando si parla del fenomeno della migrazione, tendenzialmente, si fa riferimento ad uno stato di emergenza, simboleggiando il suo carattere transitorio e improvviso. In realtà, esso, si connota come un avvenimento consolidato nei secoli che ha sollevato attenzione sociale e giuridica solo in tempi recenti e in cui in Italia, attualmente, si registrano aumenti non indifferenti causati dal consolidamento di una rete di trasporti globali con conseguente iperconnessione tra le zone del mondo. In particolare, negli ultimi dieci anni, i minori “in transizione”, sono diventati gli attori principali dei processi legati ai flussi di mobilità umana, siano essi processi di ricongiungimento familiare o percorsi migratori in assenza di una figura genitoriale di riferimento: bambini, ragazzi e adolescenti sono a tutti gli effetti soggetti migranti. Occorre, innanzitutto, definire l’ambito di applicazione del fenomeno che si intende esaminare delimitato dalla definizione di “minore straniero non accompagnato” (MSNA). La legge n. 47 del 2017 (c.d. “legge Zampa”), riprendendo e modificando alcune precedenti definizioni legislative contenute all’interno del DPCM 535/99 (art. 1 comma 2) e del D. Lgs. 85/03 (art. 2 lett. f), il quale escludeva dalla nozione di minore straniero non accompagnato i minorenni che non abbiano richiesto asilo, stabilisce che per MSNA debba intendersi “il minorenne non avente cittadinanza italiana o dell’Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell’ordinamento italiano” (art. 2).

La presenza significativa dei minori stranieri non accompagnati pone interrogativi inerenti sia al funzionamento dell’apparato giuridico sia al sistema di accoglienza e alla pratica educativa ad essa associata, dunque, sebbene i dati numerici legati alla crescente pressione demografica siano importanti per offrire una realistica visione del fenomeno, è necessario andare oltre le mere strumentalizzazioni politiche, configurandolo non come un flusso omogeneo, bensì come un insieme di percorsi di vita; perché la storia del fenomeno migratorio è anche quella di bambini che, venuti da un altrove fisicamente non troppo distante, ma allo stesso tempo lontano dal punto di vista culturale (Campani e Salimbeni, 2006), mossi da motivazioni economiche e da situazioni di guerra o di conflitti, attraversano soli frontiere e sistemi giuridici, al fine di approdare in paesi nuovi e del tutto sconosciuti. In particolare, il territorio in cui si trovano a giungere, come esito desiderato o imposto, è lo sfondo nel quale si districa l’intricato percorso dell’inserimento

cui occorre focalizzare l'attenzione per comprendere attraverso quali traiettorie di sviluppo si possa giungere alla realizzazione di un progetto migratorio che preveda l'accompagnamento del soggetto al conseguimento della maggiore età. Fonti ufficiali che si occupano di monitorare i dati relativi ad arrivi e presenze del MSNA in Italia, permettono di utilizzare una prospettiva diacronica utile ad analizzare i recenti sviluppi di tale fenomeno. L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati nel rapporto statistico annuale "Global Trends" (UNHCR, 2017) indica che, alla fine del 2017, 65,6 milioni di persone in tutto il mondo, sono state costrette a fuggire dal proprio paese, di queste, circa 22,5 milioni sono rifugiati, più della metà dei quali di età inferiore ai 18 anni. I MSNA giunti in Italia via mare nel corso del 2017 sono stati 15.731 (Ministero dell'Interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, 2018) a fronte dei 25.846 del 2016, dei 12.360 del 2015 e dei 13.026 del 2014, dati questi che non comprendono i minori arrivati via terra attraverso le rotte balcaniche.

Giunto in Italia, il minore straniero è inserito all'interno di un sistema di accoglienza eccessivamente disomogeneo e squilibrato contraddistinto da livelli di tutela molto differenti, difatti, ad aggravare ulteriormente questo scenario contribuisce una distribuzione territoriale dell'accoglienza dei MSNA estremamente sproporzionata che nel 2017 va dai più di 6000 censiti in Sicilia, ai più di 100 della Lombardia, ai 18 dell'Umbria. In sintesi, è possibile concludere che i MSNA in arrivo in Italia siano in progressivo aumento, in particolare quelli provenienti dai Paesi dell'Africa sub-sahariana.

Dal punto di vista giuridico, la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989) stabilisce che ogni minore possa godere di uno stile di vita soddisfacente al fine di consentire lo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale del minore (art. 27); del miglior stato di salute possibile (art. 24); di un'educazione e formazione lavorativa consona alle sue capacità (art. 28), di essere tutelato contro lo sfruttamento economico e non essere costretto ad alcun lavoro che possa mettere a repentaglio la sua salute o il suo sviluppo fisico spirituale (art. 32).

Va, peraltro, sottolineato che una cosa è il riconoscimento di tali diritti, tutt'altro è la loro concretizzazione necessariamente affidata a figure adulte di riferimento a cui è delegata la responsabilità di assicurare mezzi accessibili per il concretizzarsi del superiore interesse del minore. È fuori discussione che tale compito, in virtù di un legame affettivo, sia da associare alla famiglia naturale quale totalità fondamentale per la crescita armoniosa del fanciullo, tuttavia, data l'assenza temporanea o definitiva della famiglia d'origine, subentrano, al fine di assicurare un armonioso sviluppo del minore, gli strumenti predisposti dallo Stato intesi come forma di protezione sostitutiva. È

difatti consentito l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in un istituto di assistenza pubblico o privato, che abbia sede preferibilmente nel luogo più vicino a quello in cui stabilmente risiede il nucleo familiare di provenienza al fine di garantire le cure affettive di cui ha bisogno (Art. 4, comma 2, legge 184/83). Dunque, qualora la mancanza della famiglia d'origine sia definitiva, il minore è tutelato tramite l'istituto della tutela che prevede che "se entrambi i genitori sono morti o per altre cause non possono esercitare la potestà dei genitori, si apre la tutela" (Art. 343 cc).

Le motivazioni alla partenza, i percorsi di arrivo e i processi di integrazione sono stati maggiormente approfonditi in relazione alla migrazione degli adulti intesa come una vera e propria strategia per compensare l'immobilità sociale e l'assenza di risorse che si avvertono nel proprio paese (Taliani e Vacchiano; 2006). Relativamente scarna, invece, è la letteratura sulle ragioni che spingono i minori a lasciare il luogo d'origine. La scelta migratoria può variare per diverse motivazioni: ad esempio, la precarietà economica di alcuni paesi (Est Europa ed Africa su tutti), la volontà di fuga da zone di guerra, l'arruolamento forzato nelle legioni di eserciti, lo sfruttamento lavorativo o sessuale, il desiderio di fuggire dai maltrattamenti familiari.

In virtù di ciò, dalla complessa concatenazione di aspetti che sono alla base delle motivazioni alla partenza dei minorenni, emerge una polarizzazione patogena tra un'emigrazione come ricerca di salvezza dai conflitti e maggiori opportunità e uno spostamento come il risultato di una fuga da situazioni familiari e sociali scisse.

In questi vissuti, il progetto migratorio, cioè le ambizioni e le finalità con i quali è stato intrapreso il viaggio, presenta una connotazione vaga e riconducibile perlopiù ai tratti di una migrazione forzata, ciascun avvenimento vissuto da questi minori è tanto più doloroso quanto più lungo è il viaggio che devono affrontare. In particolare, la ricerca scientifica verte sull'identificazione dei principali fattori di rischio e vissuti traumatici che possono presentare inclinazioni psicopatologiche con espressività clinica altamente variabile implementate dalle reti simboliche e sociali dalle quali le risorse dei singoli attingono. I minori stranieri non accompagnati, portandosi dietro storie di eventi traumatici estremamente angoscianti, presentano un rischio molto elevato di sviluppare disturbi psichici. È possibile individuare alcuni fattori di rischio intesi come specifiche noxae patogene che esercitano la loro azione in modo diretto, minacciando la salute dei soggetti. Innanzitutto, è stato dimostrato come sia lo spostamento forzato dal proprio paese di origine, sia le difficoltà di accomodamento e inserimento sociale nel paese di arrivo rappresentino di per sé un evento traumatico (Fazel, Wheeler e Danesh, 2005). L'esposizione traumatica non attiene esclusivamente a quella patita in prima persona dal minore ma agisce su più livelli; il timore per le condizioni delle

figure significative, in caso di guerra, catastrofi naturali o altre circostanze gravose, rappresentano un fattore di stress estremo sia nel caso il soggetto vi assista sia che egli ne possa paventare il verificarsi (Caldarozzi, 2010). L'assenza di figure genitoriali nell'esperienza migratoria dei minori stranieri non accompagnati costituisce un fattore di rischio specifico (Derluyn, Mels e Broekaert, 2009), difatti, per tutti i minori stranieri non accompagnati (anche quelli non richiedenti asilo politico) il vissuto di rottura e di sottrazione del legame con l'origine si lega quasi automaticamente ad esperienze che mettono a rischio la percezione d'integrità fisica e psichica della persona (Attar, Benini e Bracalenti, 2008).

Ogni minore possiede storie individuali ed un percorso personale e familiare inserito in una genealogia che non è fondata esclusivamente sull'arrivo nel paese ospitante; egli, infatti, affronta il viaggio avendo alle spalle un contesto di appartenenza che simbolicamente lo accompagna. (Campani, Lapov e Carchedi, 2002).

Alla luce di quanto esposto, è dunque possibile affermare come la migrazione minorile sia un processo in sé sempre traumatico, nel cui tessuto ambientale e culturale qualsiasi individuo manifesta una condizione di vulnerabilità e rischio di stress. In particolare, il minore traumatizzato, non è solo un soggetto subordinato in quanto migrante, ma lo è anche nello specifico della psico-traumatologia, perché essendo già stato esposto ad eventi traumatici è particolarmente vulnerabile a nuovi traumi. In relazione a tale aspetto è necessario ricordare che le loro storie di vita sono correlate ad aree pluritraumatiche, contraddistinte dall'esistenza di:

- traumi pre-migratori, associati al fenomeno della precarietà in cui le condizioni di vita sono sempre più ispirate all'instabilità (per fame, guerre, carestie, epidemie) nonché situazioni di maltrattamento subito ed assistito, adoperato su gruppi o singoli individui (persecuzioni, violenze fisiche ed abusi sessuali, morte violenta di un genitore, perdita di affetti, umiliazioni, torture);
- traumi migratori, rivelabili nelle situazioni di esposizione continua a rischi legati a partenze forzate e inattese, permanenze prolungate in campi profughi, viaggi dolorosi, malnutrizione, malattie, aggressioni, morte dei compagni durante il viaggio, sfruttamento e violenze sessuali, detenzione nei paesi di transito, respingimenti;
- traumi post-migratori, inerenti alle circostanze di impatto con politiche di deterrenza, ai fattori di rischio per i disturbi mentali e all'opposizione nel riconoscimento dei diritti (respingimenti, rimpatri forzati, rischio detenzione, perdita di libertà, cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale, disoccupazione, lavoro precario e senza contratto, alloggi di fortuna, povertà, discriminazione e marginalizzazione, negazione dei diritti sanitari, etc.).

Dunque, l'attinenza con il concetto di trauma è lapalissiana se si rammenta che un agente patogeno produce un deterioramento nel momento in cui la sua forza valica la tenacia dell'intero organismo, per cui il soggetto non essendo in grado né di tollerare né di elaborare l'angoscia derivante, rimuove a livello inconscio dall'apparato psichico il relativo contenuto cognitivo-affettivo (Eidemberg, 1967). Si tratta, dunque, dell'unico disturbo in cui l'agente etiologico, ossia il trauma, è parte integrante dei principi diagnostici, dunque, il convergere di una mole consistente di ricerche nel campo dello stress traumatico ha, simmetricamente, condotto all'individuazione di una sindrome che più di ogni altra racchiude e circoscrive le conseguenze del trauma, ovvero il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Dinanzi all'intensità del trauma e in presenza di impotenti sintomi di evitamento e sintomatiche difese di dissociazione, i soggetti affetti da PTSD sono inconsciamente pervasi da stati emozionali disfunzionali a cui reagiscono attraverso strategie di mistificazione, per cui anziché la rabbia "avvertono" il terrore, anziché abbandonarsi nella paura si crogiolano nella tristezza. Tali reazioni, tuttavia, ricorrono non solo in presenza di PTSD ma anche negli altri quadri sintomatici conseguenti al trauma, come i disturbi depressivi e le tendenze dissociative. Dal riconoscimento nel 1980 della diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) da parte dell'American Psychiatric Association, si è assistito ad un crescente interesse nei confronti dei disturbi appartenenti allo "spettro dei disturbi post-traumatici", di cui il PTSD è il più illustre, ma di cui, indubbiamente, non costituisce l'unica manifestazione (Giannantonio, 2009). In campo nozionale, il PTSD è inteso come una reazione psicopatologica annessa ad un vissuto traumatico il quale diventa tale nell'istante in cui, a causa dell'iperstimolazione emotivo-cognitiva, l'avvenimento che ne è la causa, supera l'energia psichica difensiva disponibile, non consentendo al soggetto l'evitamento dell'effetto nocivo (Trombini 1994; Semi 1997). Il PTSD insorge frequentemente in comorbilità con altri disturbi psichiatrici, come risultato di misurazioni artefatte (i sintomi del PTSD aumentano artificialmente la possibilità di altre diagnosi) fomentando persino scetticismo circa la sua stessa indipendenza diagnostica. Esiste una consistente sovrapposizione sintomatologica che non si esaurisce in una mera questione teorica ma assume implicazioni pratiche ai fini di comprendere e trattare i sintomi clinici di cui è composto il disturbo. In particolare, molteplici studi sugli esiti dell'esposizione ad eventi traumatici, hanno rimarcato elevati livelli di concomitanza del PTSD con depressioni specifiche, disturbi d'ansia, abuso di sostanze e sintomi dissociativi (Kessler et al. 1995). La funzione esercitata dalle esperienze dissociative nelle reazioni ad un evento traumatico, richiamando un'ampia gamma di sintomi, è di difficile comprensione. La diffi-

coltà nell'attribuire al termine "dissociazione" un contenuto univoco, ha condotto i clinici contemporanei a considerare tale meccanismo psicologico come la conseguenza di situazioni traumatiche a cui l'individuo è stato esposto soprattutto nella prima fase del suo sviluppo. La caratteristica sostanziale nei soggetti con dissociazione traumatica risiede nella disgregazione e nella perdita parziale o completa delle funzioni cognitive convenzionalmente integrate negli schemi mentali, dei ricordi del passato, della consapevolezza identitaria, del controllo dei movimenti corporei, caratterizzati da sensazioni frammentati spesso con scarsa implicazione verbale (Van der Kolk *et al.*, 1996). La dissociazione, dunque, implicherebbe una disgiunzione dei livelli funzionali generalmente adattati al funzionamento cerebrale, causata da un crollo strutturale indotto dall'effetto travolgente delle emozioni associate alle esperienze traumatiche (Van der Hart *et al.*, 2004).

3. Indagine svolta in una comunità educativa per MSNA: l'analisi dei dati

Come già sostenuto nella parte introduttiva, sulla base della relazione riscontrata in letteratura tra la condizione di minore straniero non accompagnato e l'insorgenza di PTSD e dei sintomi ad esso correlati, è stata condotta un'indagine sperimentale presso una comunità educativa afferente ad una cooperativa sociale della zona limitrofa del territorio barese, nella quale sono stati accolti un piccolo gruppo di minori stranieri non accompagnati, il cui obiettivo è quello di indagare la frequenza delle patologie psichiatriche ed in particolare la prevalenza del Disturbo da Stress Post-Traumatico e le tendenze dissociative degli stessi MSNA ospitati nelle strutture di prima accoglienza, al fine di poter fornire un quadro sintomatologico completo. Nello specifico, alla luce delle considerazioni fatte, la ricerca effettuata ha inteso esplorare cinque aree di indagine relative al funzionamento psichico dei minori stranieri non accompagnati:

1. la presenza e relativa frequenza di sintomi correlati al PTSD e ai disturbi dissociativi, convalidando o disconfermando la relazione riscontrata in letteratura tra lo status di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo di PTSD e/o di sintomi ad esso associati;
2. lo sviluppo di psicopatologie ed in particolare di PTSD e tendenze dissociative in relazione a fattori anamnestici quali, ad esempio, l'età e il tempo trascorso dal momento dell'arrivo in Italia;
3. connessione tra il numero di esperienze potenzialmente traumatiche vissute e la prevalenza dei disturbi;

4. correlazione tra presenza e reiterazione del PTSD e le tipologie di eventi traumatici più frequentemente riscontrati nei differenti vissuti pre-migratori, migratori e post-migratori;
5. come e se cambia lo sviluppo di PTSD in relazione alle fasi del percorso migratorio, in particolare prendendo in esame i fattori di rischio nelle esperienze precoci, durante il viaggio e dopo l'insediamento nel paese ospite.

A fronte degli aspetti metodologici enucleati, nonostante la ricerca presenti alcuni significativi limiti di cui si darà riscontro nell'esposizione della discussione dei risultati, ci si propone di verificare l'ipotesi secondo cui lo sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico e le condizioni psichiatriche associate o comorbidità nei MSNA siano strettamente correlati alle esperienze migratorie potenzialmente traumatiche da essi vissute e alle difficoltà esperite a seguito di queste. Verrà, quindi, verificato il peso degli aspetti anamnestici e del tempo di permanenza in Italia nello spiegare le differenze rispetto alle variabili di indagine (PTSD e tendenze dissociative), saranno analizzati eventuali effetti di interazione tra i fattori di rischio che caratterizzano il percorso migratorio (esperienze traumatiche precocemente vissute, intensità delle esperienze stressanti subite durante il viaggio, difficoltà post-migratorie) e presenza delle sindromi Post-Traumatiche. A seguito di tale analisi, ci si aspetta, come documentato in letteratura, di riscontrare la presenza di sintomatologia riferibile al PTSD e tendenze dissociative nei minori appartenenti al campione, e, ancor più nello specifico, differenze statisticamente significative relativamente allo sviluppo di disturbi psicopatologici in funzione dei dati anamnestici, dei sistemi motivazionali, della natura, del numero e delle fasi degli eventi potenzialmente traumatici vissuti nei differenti percorsi migratori.

3.1 Partecipanti

Il campione d'indagine comprende 17 minori stranieri non accompagnati di cui solo uno di genere femminile accolti all'interno di una comunità educativa-assistenziale, afferente ad una Cooperativa sociale nell'hinterland barese. Come si evince dalle tabb. 1 e 2, il range di età dei minori coinvolti nell'indagine va dai 7 ai 19 anni, con un'età media pari a 16,76 anni (d.s.=3,308). In riferimento alla Nazione di origine (tab. 3), si desume una maggiore provenienza da paesi come Albania (n=5), Senegal (n=3) e Gambia (n=2). Rispetto al livello di conoscenza della lingua italiana si evidenzia come la totalità dei partecipanti possieda nozioni, seppure rudimentali in relazione a tale aspetto, in particolare, il 76,5 % dei minori presenta

un sufficiente grado di comprensione della lingua e il restante 23,5 % un buon livello (tab. 4). Ciò ha permesso di utilizzare questionari in versione italiana e di procedere alla somministrazione degli strumenti senza particolari difficoltà.

Tab. 1 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo l'età

<i>Età</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>	<i>% cumulate</i>
7	1	5,9	5,9
10	1	5,9	11,8
16	2	11,8	23,5
17	3	17,6	41,2
18	5	29,4	70,6
19	5	29,4	100,0
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>	

Tab. 2 – Statistiche descrittive relative alla variabile età

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>media</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>ETÀ</i>	<i>17</i>	<i>7</i>	<i>19</i>	<i>16,76</i>	<i>3,308</i>

Tab. 3 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo la nazione di provenienza

<i>Nazionalità di provenienza</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>
Albania	5	29,4
Bangladesh	1	5,9
Gambia	2	11,8
Ghana	1	5,9
Guinea	1	5,9
Mali	1	5,9
Nigeria	1	5,9
Pakistan	1	5,9
Senegal	3	17,6
Siria	1	5,9
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Tab. 4 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo il livello di conoscenza della lingua italiana

<i>Livello di conoscenza</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>
Buono	4	23,5
Sufficiente	13	76,5
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Infine, come illustrato nella tab. 5 in riferimento alla variabile “anni di permanenza in Italia” così categorizzabile: 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi è possibile affermare come una cospicua parte del campione, il 64,7 %, (n=11) risieda da circa un anno in Italia. Medesimo risultato per quanto concerne il periodo di permanenza in comunità al momento della somministrazione, difatti la tab. 6 mostra come la maggior parte dei minori, il 58,8% (pari a n=10) soggiorni da un anno all’interno della comunità.

Tab. 5 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo il periodo di permanenza in Italia

<i>Permanenza in Italia (in mesi)</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>	<i>% cumulate</i>
12	11	64,7	64,7
24	5	29,4	94,1
36	1	5,9	100,0
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>	

Tab. 6 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo il periodo di permanenza in comunità al momento della somministrazione

<i>Permanenza in comunità (in mesi)</i>	<i>Frequenze as- solute</i>	<i>%</i>
1	1	5,9
3	2	11,8
5	1	5,9
6	1	5,9
9	1	5,9
12	10	58,8
24	1	5,9
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Più nello specifico, in riferimento al tempo di permanenza in struttura dalla tab. 7 si evince come il periodo di soggiorno in comunità sia maggiore (24-36 mesi) quanto più grandi sono i soggetti che sono stati accolti (18-19 anni) (pari in entrambi i casi al 29,4 % del campione), rimasti in comunità anche dopo il compimento della maggiore età.

Difatti, in accordo con un decreto motivato su richiesta dei servizi sociali, pur avendo intrapreso un percorso di inserimento sociale, il tribunale per minorenni può sancire la necessità di un sostegno prolungato in struttura, per consentire loro un passaggio graduale verso la piena autonomia non oltre il compimento del ventunesimo anno di età.

Tab. 7 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo il periodo di permanenza in comunità al momento della somministrazione e l'età

Età (in anni compiuti)	Permanenza in Italia (in mesi)			Totale
	12	24	36	
7	1 5,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 5,9%
10	1 5,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 5,9%
16	1 5,9%	1 5,9%	0 0,0%	2 11,8%
17	3 17,6%	0 0,0%	0 0,0%	3 17,6%
18	4 23,5%	1 5,9%	0 0,0%	5 29,4%
19	1 5,9%	3 17,6%	1 5,9%	5 29,4%
<i>Totale</i>	<i>11</i> 64,7%	<i>5</i> 29,4%	<i>1</i> 5,9%	<i>17</i> 100,0%

3.2 Strumenti

Lo studio è stato condotto nel periodo tra luglio e agosto presso la comunità educativa per minori “ESEDRA”. Nella preparazione della situazione di ricerca si è ritenuto necessario prendere in considerazione la variabile “tempo”, mantenendo costante la scelta dell’ora del giorno per tutte le somministrazioni e per tutti i soggetti e limitando la durata della compilazione in modo da mettere il più possibile a proprio agio i minori e al fine di evitare il sopraggiungere della stanchezza, che avrebbe provocato un conseguente scadimento nella valutazione delle risposte. Garantendo l’anonimato e illustrando il significato complessivo dell’indagine, in accordo con il coordinatore di riferimento ed in presenza degli educatori, gli strumenti sono stati somministrati nella comunità-alloggio avente in carico i minori, in ambienti illuminati e silenziosi, esenti da distrazioni esterne in modo da neutralizzare le potenziali minacce alla validità dello studio.

Per l’intero campione di MSNA, è stata necessaria la lettura dei questionari e parte della loro compilazione è avvenuta assieme agli educatori; inoltre, rispetto a tali strumenti si è anche tenuto conto, nel contenuto e nei tempi di somministrazione, di una questione etica derivante dalla particolare condizione emotiva dei minori stranieri non accompagnati, caratterizzata dalla presenza di eventi traumatici, i quali hanno firmato (ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003) il loro consenso libero ed informato, a partecipare alle di-

verse fasi della ricerca e di avere la possibilità di interromperla in qualsiasi momento. In particolare, per la verifica degli obiettivi, sono stati somministrati i seguenti strumenti¹:

- Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R-Derogatis, nell'adattamento italiano di Preti, Prunas, Sarno e Madeddu, 2011): è uno strumento composto da 90 item che riflettono la configurazione di sintomi psicologici di soggetti clinici e che valuta la presenza e l'intensità (su una scala Likert da 0 a 4 per ogni item) di disagio psichico nell'ultima settimana (incluso il giorno in cui avviene la somministrazione) misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) rispetto a nove domini sintomatologici primari ovvero: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Ipersensibilità interpersonale (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR) e Psicoticismo (PSY).
- Al fine di valutare le esperienze dissociative, i minori hanno compilato un questionario, la versione italiana del Dissociation Questionnaire (DIS-Q-Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen e Verkes, 1993). Un test composto da 63 item per ciascuno dei quali il paziente deve indicare la frequenza con cui le situazioni indicate gli si manifestano, in una scala da 1 a 5. Il DIS-Q è costituito da 4 aree della dissociazione che rendono conto del 77 % della varianza comune (Vanderlinden et al. 1992): frammentazione dell'identità, perdita del controllo, amnesia e assorbimento. Il punteggio viene poi calcolato complessivamente, ma anche per ogni singola scala della dissociazione individuata dagli autori.
- Per la rilevazione del PTSD è stata somministrata una scheda ad hoc in modo da procedere alla registrazione della presenza/assenza della sintomatologia stessa ottenuta dall'operazionalizzazione dei criteri nosografico-descrittivi della condizione patologica in oggetto secondo il DSM-V. Nello specifico, tale strumento, ha permesso di rilevare i seguenti criteri:
 1. Presenza/assenza di sintomi intrusivi associati all'evento traumatico (ET) e comparsi successivamente ad esso (criterio B) come di seguito indicati: B1 (ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli), B2 (ricorrenti sogni spiacevoli collegati a ET), B3 (reazioni dissociative, per es. flashbacks), B4 (intensa e prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti che assomigliano a qualche aspetto dell'ET), B5 (marcate reazioni psicologiche a fattori scatenanti che assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico).
 2. Presenza/assenza di un persistente evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico, come segnalato da uno e entrambi i seguenti criteri:

¹ Si ringrazia il prof. A. Taurino per aver fornito gli strumenti utilizzati nella ricerca.

C1 (tentativi di evitare ricordi, pensieri o sentimenti spiacevoli connessi all'ET), C2 (evitamento di fattori esterni come persone, luoghi, conversazioni, oggetti che suscitano ricordi, pensieri o sentimenti spiacevoli connessi all'ET).

3. Presenza/assenza di alterazioni negative di pensieri, emozioni associate all'evento traumatico iniziate o peggiorate dopo l'esposizione ad esso, come illustrato da due o più dei seguenti criteri: D1 (amnesia dissociativa), D2 (persistenti ed esagerate convinzioni negative relative a se stessi, ad altri o al mondo), D3 (persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'ET che suscitano un senso di colpa nell'individuo), D4 (paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna), D5 (marcata riduzione di interesse), D6 (sentimenti di distacco verso gli altri), D7 (persistente incapacità di provare emozioni positive).

4. Presenza/assenza di marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'esposizione ad esso, come mostrato da due o più dei seguenti criteri: E1 (esplosioni di rabbia nella forma di aggressione fisica o verbale verso persone o oggetti), E2 (comportamento autodistruttivo), E3 (ipervigilanza), E4 (esagerate risposte di allarme) E5 (difficoltà nella concentrazione), E6 (difficoltà relative al sonno).

5. Presenza/assenza di alterazioni (criteri B C D E) della durata superiore ad un mese (criterio F).

6. Presenza/assenza di alterazioni attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o altra condizione medica generale (criterio G).

- Compilazione dei dati anamnestici e scheda riassuntiva e descrittiva delle principali esperienze di vita traumatiche del minore.

3.3 Risultati e analisi dei dati

3.3.1 Primo obiettivo

In accordo con il primo obiettivo ovvero quello di valutare la presenza e relativa frequenza di sintomi correlati al PTSD e ai disturbi dissociativi, è emerso come per quanto concerne la sintomatologia riferibile al PTSD nessun partecipante abbia soddisfatto tutti i criteri per la formulazione di una vera e propria diagnosi di PTSD. In virtù di ciò, si è ritenuto utile introdurre una suppletiva categorizzazione relativa al livello di intensità dei sintomi così tripartita: medio-alto (M-A) in riferimento a coloro che soddisfavano da 4 a 6 criteri, medio-basso (M-B) in relazione a soggetti rispetto ai quali si riscontravano da 1 a 3 criteri sintomatologici e ASSENTE (nessun criterio).

Nello specifico, come si evince dalla tab. 8, è stato riscontrato come nell'82,4 % dei partecipanti seppur non soddisfatti a pieno i requisiti attesi riferibili ad una condizione di grave presenza di PTSD, i sintomi complessivi di alta (47,1%) o bassa (35,3%) entità siano ampiamente distribuiti all'interno del campione, difatti, solo il 17,6% dei partecipanti non mostra alcun tipo di condizione sintomatologica.

Tab. 8 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati secondo la presenza e la corrispondente intensità dei sintomi riferibili al PTSD

<i>Intensità PTSD</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>
ASSENTE	3	17,6
M-B	6	35,3
M-A	8	47,1
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Per stimare il grado di malessere e sofferenza rispetto alla presenza di disturbi dissociativi, di sintomi internalizzanti/ esternalizzanti oltre ai disturbi dell'appetito e del sonno sono state calcolate le medie e le deviazioni standard di tali variabili. In generale, le statistiche descrittive (tabb. 10 e 12) relative a queste variabili, indicano:

- la quasi totalità del campione, 15 soggetti su 17 (88,2 %) supera il cut-off pari a 1 per la presenza di disagio psichico riferibile a sintomi tanto internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) quanto esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) (tab. 9), con una media di punteggi ottenuta dai partecipanti per questo test di 1,79 (d.s = .49) (tab. 10);
- la tendenza a sviluppare una sintomatologia dissociativa nell'88,2% dei partecipanti (tab. 11) che si attesta ad un livello sensibilmente superiore rispetto al cut-off di 2,9 indicato con una media di punteggi ottenuta dal campione per questo test di 3,23 (d.s.=.29) (tab. 12).

Tab. 9 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati secondo la presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti rilevati mediante la somministrazione della Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

<i>Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>
Si	15	88,2
No	2	11,8
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Tab. 10 – Statistiche descrittive relative al punteggio complessivo del test SCL-90, a seconda della presenza/assenza di sintomi esternalizzanti ed internalizzanti

Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti	Media SCL-90	N	Deviazione std.
Sì	1,9388	15	,26232
No	,6977	2	,46044
<i>Totale</i>	<i>1,7927</i>	<i>17</i>	<i>,49330</i>

Tab. 11 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati secondo la presenza di tendenze dissociative rilevate mediante la somministrazione del Dissociation Questionnaire (DIS-Q)

Presenza sintomi dissociativi	Frequenze assolute	%
No	2	11,8
Sì	15	88,2
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Tab. 12 – Statistiche descrittive relative al punteggio del test DISI-Q, a seconda della variabile di indagine presenza/assenza di sintomi dissociativi nei due gruppi

Presenza sintomi dissociativi	Media DIS-Q	N	Deviazione std.
No	2,7302	2	,24693
Sì	3,3026	15	,22865
<i>Totale</i>	<i>3,2353</i>	<i>17</i>	<i>,29275</i>

3.3.2 Secondo obiettivo

Come detto in precedenza, il secondo obiettivo è quello di verificare il grado di associazione tra lo sviluppo di psicopatologie, PTSD, tendenze dissociative e rispettivamente l'età e il tempo trascorso dal momento dell'arrivo in Italia. Dalla tab. 13 si nota innanzitutto la tendenza ad aumentare del punteggio medio complessivo al test SCL-90-R all'aumentare dell'età dei soggetti (tranne per i primi 2 soggetti rispettivamente di 7 e 10 anni).

Vista la scarsa dimensione numerica degli intervistati per singole età, si è proceduto ad accorparli in due gruppi: coloro i quali hanno meno di 18 anni e quelli maggiorenni (18-19, ovviamente ospitati per la prima volta in comunità quando erano minorenni). In seguito a tale classificazione, non si riscontra una differenza statisticamente significativa tra le medie dei due gruppi (Test T, $p\text{-value}=0,105 > \alpha=0,05$, normalità provata con il test di Shapiro-Wilk e omoschedasticità con il Test F) mentre è emersa un'associazione significativa, riscontrabile attraverso il Test del rapporto delle massime verosi-

miglianze ($p\text{-value}=0,047 < \alpha=0,05$), tra la variabile di indagine “presenza/assenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti” e l’età dei soggetti raggruppati in classi. Difatti, come mostrato dalla tab. 14, tutti i soggetti di 18-19 anni presentano sintomi di disagio psichico, rispetto al solo 71,4% di coloro che hanno meno di 18 anni.

Analoga tendenza si verifica per quanto concerne la connessione tra il punteggio complessivo dell’SCL-90 e il periodo di permanenza in Italia: dalla tab. 15 si nota che la media del punteggio al test ($M_{24-36}=1,9496$; $DS=.186$) nei partecipanti che soggiornano da più tempo in comunità (24-36 mesi) è maggiore rispetto a coloro che sono in Italia da circa un anno ($M_{12}=1,7072$; $DS=.5909$), nonostante tale differenza non sia risultata statisticamente significativa (Test T, $p\text{-value}=0,349 > \alpha=0,05$). Un risultato simile si verifica anche rispetto alla “presenza/assenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti” (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,170 > \alpha=0,05$).

Tab. 13 – Statistiche descrittive relative al punteggio complessivo del test SCL-90-R per età dei soggetti intervistati (Test T rispetto alla variabile “età in classi”: $p\text{-value}=0,105 > \alpha=0,05$)

Punteggio complessivo SCL-90-R			
Età	Media	N	Deviazione std.
7	1,9767	1	.
10	1,9884	1	.
16	1,0581	2	,97022
17	1,6124	3	,53921
18	1,8163	5	,28380
19	2,0953	5	,29109
Età in classi			
Meno di 18	1,5598	7	,63139
18-19	1,9558	10	,30837
Totale	1,7927	17	,49330

Tab. 14 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “presenza/assenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti”, per classi di età (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,047 < \alpha=0,05$)

Classi di età (in anni compiuti)	Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti		Totale
	Sì	No	
Meno di 18	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
18-19	10 100,0%	0 0,0%	10 100,0%
Totale	15 88,2%	2 11,8%	17 100,0%

Tab. 15 – Statistiche descrittive relative al punteggio complessivo del test SCL-90-R per periodo di permanenza in Italia. (Test T: $p\text{-value}=0,349 > \alpha=0,05$)

<i>Permanenza in Italia (in mesi)</i>	<i>Media</i>	<i>N</i>	<i>Deviazione std.</i>
Fino a 12	1,7072	11	,59096
24-36	1,9496	6	,18600
<i>Totale</i>	<i>1,7927</i>	<i>17</i>	<i>,49330</i>

Tab. 16 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio (presenza/assenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti) per periodo di permanenza in Italia. (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,170 > \alpha=0,05$)

<i>Permanenza in Italia (in mesi)</i>	<i>Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti</i>		<i>Totale</i>
	<i>Sì</i>	<i>No</i>	
Fino a 12	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%
24-36	6 100,0%	0 0,0%	6 100,0%
<i>Totale</i>	<i>15 88,2%</i>	<i>2 11,8%</i>	<i>17 100,0%</i>

In riferimento alla seconda variabile d'indagine "sintomi dissociativi rilevati utilizzando DIS-Q", non è stata rilevata una correlazione significativa tra il punteggio totale del DIS-Q e l'età; difatti, è possibile osservare una certa omogeneità del punteggio medio complessivo del test rispetto al campione di riferimento (tab. 17), come peraltro confermato dal Test T ($p\text{-value}=0,329 > \alpha=0,05$). Inoltre, non è emersa alcuna associazione significativa (Test del rapporto delle massime verosimiglianze, $p\text{-value}=0,789 > \alpha=0,05$) neanche tra la variabile di studio "presenza/assenza di sintomi dissociativi" e l'età dei soggetti suddivisa in classi (tab. 18).

Tab. 17 – Statistiche descrittive relative al punteggio complessivo del test DIS-Q per età dei soggetti intervistati. (Test T rispetto alla variabile "età in classi": $p\text{-value}=0,329 > \alpha=0,05$)

<i>Età</i>	<i>Punteggio complessivo DIS-Q</i>		
	<i>Media</i>	<i>N</i>	<i>Deviazione std.</i>
7	3,4762	1	.
10	3,5238	1	.
16	3,0635	2	,04490
17	3,1111	3	,18714
18	3,0952	5	,34685
19	3,4127	5	,28105
<i>Età in classi</i>			
Meno di 18	3,1703	11	,29122
18-19	3,3545	6	,27977
<i>Totale</i>	<i>3,2353</i>	<i>17</i>	<i>,29275</i>

Tab. 18 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “presenza/assenza di sintomi dissociativi” per età dei soggetti intervistati (in classi). Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,789 > \alpha=0,05$)

Classi di età (in anni compiuti)	Presenza sintomi dissociativi		Totale
	No	Sì	
Meno di 18	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
18-19	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%
<i>Totale</i>	2 11,8%	15 88,2%	17 100,0%

Medesimo risultato per quanto riguarda sia la relazione tra il punteggio complessivo del DIS-Q e il periodo di permanenza in Italia, sia tra quest’ultimo e la presenza di sintomi dissociativi: infatti, non è dimostrabile alcuna correlazione significativa tra le variabili prese in esame (tab. 19 e 20), nonostante sia riscontrabile una certa attitudine ad aumentare della media del punteggio al test, al crescere del periodo di durata all’arrivo del paese ospite (tab. 19) e la presenza di sintomi dissociativi in tutti i soggetti che sono in Italia da 24-36 mesi (tab. 20).

Tab. 19 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “sintomi dissociativi rilevati utilizzando DIS-Q” per periodo di permanenza in Italia (Test T: $p\text{-value}=0,226 > \alpha=0,05$)

Permanenza in Italia (in mesi)	Media	N	Deviazione std.
Fino a 12	3,1703	11	,29122
24-36	3,3545	6	,27977
<i>Totale</i>	3,2353	17	,29275

Tab. 20 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “sintomi dissociativi rilevati utilizzando DIS-Q” per periodo di permanenza in Italia (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,170 > \alpha=0,05$)

Permanenza in Italia (in mesi)	Presenza sintomi dissociativi		Totale
	No	Sì	
Fino a 12	2 18,2%	9 81,8%	11 100,0%
24-36	0 0,0%	6 100,0%	6 100,0%
<i>Totale</i>	2 11,8%	15 88,2%	17 100,0%

Infine, in accordo con quanto precedentemente riscontrato per la variabile “punteggio totale SCL-90-R”, si evince, seppur in assenza di associazione significativa tra il livello di intensità di PTSD e gli aspetti anamnestici dei partecipanti (età e periodo di permanenza in Italia raggruppati in classi), come siano soprattutto i partecipanti tra i 18 e 19 anni a presentare sintomi di medio-alta intensità (tab. 21) a differenza dell’aspetto di uniformità riscontrato nella correlazione tra il grado di intensità dei sintomi del PTSD e il periodo di permanenza in Italia (tab. 22).

Tab. 21 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “Intensità PTSD” per età dei soggetti intervistati (in classi), (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,387 > \alpha=0,05$)

Classi di età (in anni compiuti)	Intensità PTSD			Totale
	M-A	M-B	Assente	
Meno di 18	2 28,6%	3 42,9%	2 28,6%	7 100,0%
18-19	6 60,0%	3 30,0%	1 10,0%	10 100,0%
<i>Totale</i>	8 47,1%	6 35,3%	3 17,6%	17 100,0%

Tab. 22 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio “Intensità PTSD” per il periodo di permanenza in Italia, (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,984 > \alpha=0,05$)

Permanenza in Italia (in mesi)	Intensità PTSD			Totale
	M-A	M-B	Assente	
Fino a 12 mesi	5 45,5%	4 36,4%	2 18,2%	11 100,0%
24-36 mesi	3 50,0%	2 33,3%	1 16,7%	6 100,0%
<i>Totale</i>	8 47,1%	6 35,3%	3 17,6%	17 100,0%

3.3.3 Terzo obiettivo

Il terzo obiettivo si propone di verificare se vi sia un’eventuale connessione tra il numero di esperienze traumatiche vissute dai minori, valutato come un fattore di rischio, e la frequenza di psicopatologie. In relazione alla prima variabile la tab. 23 mostra come la percentuale di MSNA esposta ad eventi stressanti risulti essere molto elevata, si può osservare, infatti, come il 94,1 % dei partecipanti presi in esame abbia vissuto almeno un’esperienza traumatica con un valore modale pari a quattro eventi (subiti dal 29,4 % dei casi).

In riferimento a tale analisi descrittiva, si è innanzitutto suddiviso il numero di traumi in classi: Meno di 4, da 4 a 5 e da 6 a 8). Come mostrato dalle tabb. 24 e 26, non è stato possibile confermare che la numerosità di esperienze stressanti e potenzialmente traumatiche (SLE) possa essere considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi patologici rilevati mediante SCL-90-R e l'intensità elevata del PTSD (Test del rapporto delle massime verosimiglianze, $p\text{-value} = 0,456 > \alpha = 0,05$ per tab. 24 e $p\text{-value} = 0,366 > \alpha = 0,05$ per tab. 26). Al contrario, occorre notare, in riferimento alla variabile "presenza di sintomi dissociativi" come l'effettiva diagnosi dello sviluppo di tale sintomatologia dissociativa si associ ad un maggior numero di eventi stressanti esperiti (da 4 a 8 traumi) (Test del rapporto delle massime verosimiglianze, $p\text{-value} = 0,049 < \alpha = 0,05$) (tab. 25). Dunque, maggiore è il numero di esperienze traumatiche riportate, maggiore è la presenza di sintomi dissociativi segnalati tra i minori.

Tab. 23 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo il numero di traumi a cui sono stati esposti

<i>Numero di traumi a cui sono stati esposti</i>	<i>Frequenze assolute</i>	<i>%</i>	<i>% cumulative</i>
Nessuno	1	5,9	5,9
1	1	5,9	11,8
2	1	5,9	17,6
3	2	11,8	29,4
4	5	29,4	58,8
5	2	11,8	70,6
6	1	5,9	76,5
7	2	11,8	88,2
8	2	11,8	100,0
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>	

Tab. 24 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio "Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti" per il numero di traumi a cui sono stati esposti. (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value} = 0,456 > \alpha = 0,05$)

<i>Numero di traumi (in classi)</i>	<i>Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti</i>		<i>Totale</i>
	<i>Sì</i>	<i>No</i>	
Meno di 4	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
4-5	6 85,7%	1 14,3%	7 100,0%
6-8	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%
<i>Totale</i>	<i>15</i> <i>88,2%</i>	<i>2</i> <i>11,8%</i>	<i>17</i> <i>100,0%</i>

Tab. 25 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio (Presenza sintomi dissociativi) per il numero di traumi a cui sono stati esposti (in classi), (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,049 < \alpha=0,05$)

Numero di traumi (in classi)	Presenza sintomi dissociativi		Totale
	No	Si	
Meno di 4	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%
4-5	0 0,0%	7 100,0%	7 100,0%
6-8	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%
<i>Totale</i>	2 11,8%	15 88,2%	17 100,0%

Tab. 26 – Distribuzione % degli utenti intervistati secondo la variabile di studio (Intensità PTSD) per il numero di traumi a cui sono stati esposti (Test del rapporto delle massime verosimiglianze: $p\text{-value}=0,336 > \alpha=0,05$)

Numero di traumi (in classi)	Intensità PTSD			Totale
	M-A	M-B	NO	
Meno di 4	2 40,0%	3 60,0%	0 0,0%	5 100,0%
4-5	4 57,1%	2 28,6%	1 14,3%	7 100,0%
6-8	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	5 100,0%
<i>Totale</i>	8 47,1%	6 35,3%	3 17,6%	17 100,0%

3.3.4 Quarto obiettivo

Differenti studi longitudinali mostrano come vi siano dei cambiamenti nelle tipologie di SLE più frequenti in relazione alla presenza di disturbi psicopatologici sviluppati. Al fine di ricavare informazioni rilevanti sul tipo di evento traumatico più frequentemente registrato nei differenti periodi migratori, è stata operata un'aggregazione ad hoc tra la copresenza dei singoli fattori di rischio al fine di facilitarne la registrazione e disporre dell'intera categoria di esperienze traumatiche di riferimento. Nello specifico tale operazionalizzazione è stata così predisposta:

In riferimento al periodo pre-migratorio:

- Eventi traumatici afferenti alla sfera familiare/extrafamiliare
 - a) Perdita di uno o entrambi i genitori

- b) Morte violenta di uno o entrambi i genitori
- c) Perdita di relazioni affettive
- Eventi traumatici relativi alla sfera sociale e ad episodi di guerra
 - d) Disastri ambientali
 - e) Violenza correlata con la guerra
 - f) Persecuzioni
- Eventi traumatici interpersonali
 - g) Deprivazioni
 - h) Umiliazioni/costrizioni
 - i) Maltrattamento fisico
 - j) Violenza assistita
 - k) Condizioni di vita precarie

Rispetto alla fase migratoria:

- Eventi traumatici legati all'abbandono del territorio di origine
 - a) Partenze forzate ed improvvise
 - b) Sradicamento traumatico dalla cultura di appartenenza e dalla figura di accudimento
- Eventi traumatici psico-fisici subiti durante il viaggio
 - c) Aggressioni
 - d) Altre esperienze traumatiche durante il viaggio (maltrattamento fisico, violenza assistita, privazione di acqua e cibo, detenzione, condizione di fissa dimora).

In relazione al periodo post-migratorio

- Eventi traumatici legati alla assenza di contatti con la famiglia di origine
 - a) Assenza di contatti con la famiglia di origine
- Eventi traumatici legati alle difficoltà di adattamento ed inserimento nel paese ospite)
 - b) Cambiamenti di abitudini e stili di vita
 - c) Difficoltà di adattamento nel nuovo contesto sociale
 - d) Difficoltà di accesso alle informazioni
- Eventi traumatici legati ad aspettative irrealistiche.
 - e) Aspettative irrealistiche

In particolare, tra i 17 soggetti intervistati, il 94,1 % è stato vittima di eventi traumatici prima di intraprendere il viaggio, il 76,4 % nel corso del viaggio ed infine l'82,3 % durante l'inserimento nel nuovo contesto (tabb. 27, 28, 29). Le esperienze traumatiche più frequentemente registrate prima di lasciare il proprio paese di origine sono state: l'aver subito violenza correlata con la guerra (18,8%) (n=3) e l'essere stati esposti a condizioni di vita precarie (75 %) (n=12) (tab. 27).

Tab. 27 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo l'aggregazione degli eventi traumatici subiti durante il periodo pre-migratorio

<i>Eventi traumatici subiti durante il periodo pre-migratorio</i>	<i>Risposte</i>	<i>%</i>
	<i>N</i>	
<i>Eventi traumatici afferenti alla sfera familiare/extrafamiliare</i>		
a) perdita di uno o entrambi i genitori	2	12,5%
b) morte violenta di uno o entrambi i genitori	1	6,2%
c) perdita di relazioni affettive	2	12,5%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico afferente alla sfera familiare</i>	5	31,3%
<i>Eventi traumatici relativi alla sfera sociale e ad episodi di guerra</i>		
d) Disastri ambientali	1	6,2%
e) violenza correlata con la guerra	3	18,8%
f) persecuzioni	1	6,2%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico relativo alla sfera sociale e ad episodi di guerra</i>	4	25,0%
<i>Eventi traumatici intrapersonali</i>		
g) deprivazioni	1	6,2%
h) umiliazioni/costrizioni	1	6,2%
i) maltrattamento fisico	1	6,2%
j) violenza assistita	2	12,5%
k) condizioni di vita precarie	12	75%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico intrapersonale</i>	14	87,5%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico pre-migratorio</i>	16	94,1%

NB: Essendo la variabile a risposta multipla, le % da considerare sono quelle rispetto ai casi. Pertanto, la somma delle percentuali è superiore a 100,0

Gli eventi stressanti maggiormente riscontrati durante il percorso migratorio sono stati: l'aver subito partenze forzate ed improvvise (53,8%) (n=7) e l'assenza di figure di riferimento oltre che dell'appartenenza alla propria cultura (53,8 %) (n=7) (tab. 28). Parallelamente alle esperienze traumatiche vissute nel paese nativo e durante il percorso migratorio, è stata rilevata un'elevata presenza di fattori di rischio nella vita post-migrazione, tra questi quelli che si presentano con maggior frequenza sono: la perdita di contatti con la famiglia di origine (57,1 %) (n=8), i cambiamenti nelle abitudini e negli stili di vita riscontrati nel paese ospite (50,0 %) (n=7), le difficoltà ad adattarsi al nuovo contesto sociale (37,7%) (n=5) ed infine l'elaborazione di aspettative irrealistiche (35,7%) (n=5) (tab. 29).

Tab. 28 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo l'aggregazione degli eventi traumatici subiti durante il periodo migratorio

<i>Eventi traumatici subiti durante il periodo migratorio</i>	<i>Risposte N</i>	<i>%</i>
Eventi traumatici legati all'abbandono del territorio di origine		
a) Partenze forzate ed improvvise	7	53,8%
b) Sradicamento traumatico dalla cultura di appartenenza e dalla figura di accudimento	7	53,8%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico legato all'abbandono del territorio di origine</i>	<i>10</i>	<i>71,4%</i>
Eventi traumatici psico-fisici subiti durante il viaggio		
c) aggressioni	2	15,4%
d) altre esperienze traumatiche durante il viaggio (maltrattamento fisico, violenza assistita, tortura, privazione di acqua e cibo, detenzione, condizione di senza fissa dimora)	6	46,2%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico psico-fisico durante il viaggio</i>	<i>8</i>	<i>57,1%</i>
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico nel periodo post-migratorio</i>	<i>13</i>	<i>76,4%</i>

NB: Essendo la variabile a risposta multipla, le % da considerare sono quelle rispetto ai casi. Pertanto, la somma delle percentuali è superiore a 100,0.

Tab. 29 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati, secondo l'aggregazione degli eventi traumatici subiti durante il periodo post-migratorio

<i>Eventi traumatici subiti durante il periodo post-migratorio</i>	<i>Risposte N</i>	<i>%</i>
Eventi traumatici legati all'assenza di contatti con la famiglia di origine		
a) Assenza di contatti con la famiglia di origine	8	57,1%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico assenza di contatti con la famiglia di origine</i>	<i>8</i>	<i>57,1%</i>
Eventi traumatici legati alle difficoltà di adattamento e di inserimento nel paese ospite		
b) cambiamenti di abitudini e stili di vita	7	50,0%
c) difficoltà di adattamento nel nuovo contesto sociale	5	35,7%
d) difficoltà di accesso alle informazioni	1	7,1%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico legato alle difficoltà di adattamento e di inserimento nel paese ospite</i>	<i>9</i>	<i>64,3%</i>
Eventi traumatici legati ad aspettative irrealistiche		
e) aspettative irrealistiche	5	35,7%
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico legato ad aspettative irrealistiche</i>	<i>5</i>	<i>35,7%</i>
<i>Totale soggetti che hanno subito almeno un evento traumatico post-migratorio</i>	<i>14</i>	<i>82,3%</i>

NB: Essendo la variabile a risposta multipla, le % da considerare sono quelle rispetto ai casi. Pertanto, la somma delle percentuali è superiore a 100,0.

3.3.5 Quinto obiettivo

L'ultimo obiettivo si propone di verificare la mutevolezza degli esiti a lungo termine correlati alla psicopatologia prendendo in esame la variabilità del continuum di tre ambiti di comprensione: il vissuto pre-migratorio, del viaggio e della vita nel paese di accoglienza. Parallelamente alle esperienze traumatiche vissute nel proprio paese di origine, è stata rilevata un'alta prevalenza di disturbi nella vita post-migrazione, dunque l'accumulazione di esperienze di tale portata comporta un aumentato rischio di sviluppare PTSD e sintomi ad esso correlati anche nel paese ospite, con conseguente problematicità nell'integrazione sociale.

Tab. 30 – Distribuzione, in v.a. e %, dei soggetti intervistati secondo la presenza di eventi traumatici subiti durante il periodo pre-migratorio, migratorio e post-migratorio

Periodo	Presenza eventi traumatici		Totale
	Sì	No	
Pre-migratorio	16	1	17
	94,1	5,9	100,0
Migratorio	13	4	17
	76,5	23,5	100,0
Postmigratorio	14	3	17
	82,4	17,6	100,0

Tab. 31 – Distribuzione % del variabile oggetto di indagine "Intensità PTSD", tra coloro che hanno subito almeno un trauma Pre-migratorio, Migratorio o Post-migratorio

Periodo dell'eventuale trauma	Intensità PTSD			Totale
	M-A	M-B	NO	
Periodo Pre-migratorio	8	5	3	16
	50,0%	31,2%	18,8%	100,0%
Periodo Migratorio	7	3	3	13
	53,8%	23,1%	23,1%	100,0%
Periodo Post-migratorio	7	4	3	14
	50,0%	28,6%	21,4%	100,0%

In particolare, emerge come sia il livello di intensità del PTSD sia la morbidità psichiatrica associata alla presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti diagnosticati nei MSNA si siano instaurati in maniera rilevante prima dell'insediamento post-migrazione (50,0%) (tab. 31); (87,5%) (tab. 32) ma anche durante il percorso migratorio (53,8%) (tab. 31); (84,6%) (tab. 32) mentre, per le altre categorie di disagio psichico inerenti alla presenza di sintomi dis-

sociativi, è la permanenza e l'insediamento nei centri di accoglienza e più in generale nel paese ospite, ad aver agito come fattore di rischio prevalente per lo sviluppo dei sintomi (92,2%) (tab. 33).

Tab. 32 – Distribuzione % del variabile oggetto di indagine “Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti”, tra coloro che hanno subito almeno un trauma Pre-migratorio, Migratorio o Post-migratorio

<i>Periodo dell'eventuale trauma</i>	<i>Presenza sintomi internalizzanti ed esternalizzanti</i>		<i>Totale</i>
	<i>Sì</i>	<i>No</i>	
Periodo Pre-migratorio	14 87,5%	2 12,5%	16 100,0%
Periodo Migratorio	11 84,6%	2 15,4%	13 100,0%
Periodo Post-migratorio	12 85,7%	2 14,3%	14 100,0%

Tab. 33 – Distribuzione % del variabile oggetto di indagine “Presenza sintomi dissociativi”, tra coloro che hanno subito almeno un trauma Pre-migratorio, Migratorio o Post-migratorio

<i>Periodo dell'eventuale trauma</i>	<i>Presenza sintomi dissociativi</i>		<i>Totale</i>
	<i>Sì</i>	<i>No</i>	
Periodo Pre-migratorio	14 87,5%	2 12,5%	16 100,0%
Periodo Migratorio	12 92,3%	1 7,7%	13 100,0%
Periodo Post-migratorio	13 92,2%	1 7,8%	14 100,0%

4. Discussione

I risultati della presente indagine, nonostante i limiti metodologici evidenziati, quali la scarsa numerosità campionaria, relativamente al primo obiettivo, hanno evidenziato complessivamente nel campione la presenza di sintomatologia riconducibile al PTSD, ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e allo sviluppo di tendenze dissociative, difatti, il livello di disturbi psichici supera il cut-off indicativo per la presenza di disagio psicopatologico. Tale risultato resta in linea con le aspettative confermando come l'impatto potenzialmente traumatico e stressante del processo migratorio minorile rappresenti un fattore di rischio psicopatologico che conduce a problematicità più o meno severe e a specifici quadri clinici come il Disturbo Post-Traumatico da Stress e sintomi dissociativi. I successivi obiettivi, invece, avevano lo scopo di verificare possibili relazioni di influenza esistenti tra le variabili di interesse, ovvero fra le variabili indipendenti o predittive (dati anamnestici, fattori motivazionali, ti-

pologia, numero e fasi degli eventi potenzialmente traumatici vissuti nei differenti percorsi migratori) e le variabili dipendenti o risultato (sintomatologia riferibile al PTSD e disturbi psicopatologici) e le eventuali differenze statisticamente significative ad esse associate. In linea di massima, i risultati delle analisi esplorative effettuate hanno evidenziato una insufficiente correlazione tra le variabili in questione. Tale esito deriva dalle avverse condizioni di campionamento connesse alla scarsa valutazione e disponibilità delle strutture di accoglienza rispetto all'opportunità di coinvolgere i minori nel progetto di ricerca. Uno studio basato su un campione troppo piccolo, infatti, non solo non permette di generalizzare i risultati della ricerca ma sottrae la possibilità di rilevare associazioni e lampanti differenze significative inducendo a rigettare l'ipotesi di partenza e costringendo ad affermare che differenze, nella realtà importanti e reali, siano statisticamente non significative. A partire da queste considerazioni e seppur in presenza dei limiti sopraesposti, l'indagine ha evidenziato in base alla variabile anamnestica "età dei soggetti" raggruppata in classi nella condizione di presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti ed in generale del livello di disagio psichico accusato dai minori, un'associazione significativa secondo la quale sono i soggetti più grandi (18-19 anni) giunti da minorenni nel paese ospite, a presentare una maggiore quota di sofferenza psichica. La validità di tale risultato viene supportato, seppur non da un punto di vista strettamente statistico sia dall'associazione tra il punteggio complessivo riferito alla somministrazione dell'SCL-90-R e del DIS-Q e il periodo di permanenza in Italia, difatti sono i partecipanti che risiedono da più tempo in comunità (da uno a due anni) a presentare un punteggio medio superiore; sia dalla maggiore presenza di sintomi di medio-alta entità riconducibili al PTSD tra gli adolescenti piuttosto che nei soggetti minorenni. Tali risultati suggeriscono come gli attributi personali (periodo di permanenza in Italia-età) dei MSNA influenzano l'insorgenza ed il decorso del PTSD dopo l'insediamento nel paese ospite. A conferma di ciò, l'indagine sulle variabili "avvenimenti traumatici sperimentati nella vita post-migrazione" e "presenza di sintomi dissociativi" ha fornito contributi rispetto alla supposizione che l'evento traumatico post-migratorio rappresenti il principio vulnerabile su cui si alimenta un disagio psichico. Tale tendenza può essere spiegata attraverso il costrutto di "ritraumatizzazione" che fa riferimento al ripristino dell'esperienza traumatica attraverso l'attivazione di nuovi eventi sperimentati nella vita post-migrazione. Difatti, dall'analisi effettuata, è emerso come i MSNA intervistati non solo abbiano dovuto subire esperienze traumatiche gravi prima della partenza e/o durante il viaggio, ma come dopo l'arrivo in Italia la loro condizione di vulnerabilità associata alle difficoltà post-migrazione li abbia esposti ad ulteriori ritraumatizzazioni. Tali eventi fungono da fattori patogeni perché riattivano il vissuto traumatico originario al quale vengono associati (è emerso co-

me siano proprio le tendenze dissociative, in cui l'individuo, invaso da stimoli scatenanti, immagini, ricordi, vividi o sfumati, agisca come se l'evento traumatico si stesse ripresentando in tutta la sua drammaticità, a manifestarsi maggiormente durante la permanenza e l'insediamento nei centri di accoglienza e più in generale nel paese ospite). Dunque, è possibile concludere che una volta giunti in terra straniera, avere più esperienze di questo tipo come far fronte alla perdita delle figure di riferimento, degli usi, costumi e abitudini che erano affiliati alla loro cultura di appartenenza, oltre che alle difficoltà di adattamento nel nuovo contesto sociale, comporti un aumentato rischio di sviluppare sintomi dissociativi e PTSD nell'arco di vita e rispetto ad un maggior periodo di permanenza nel paese ospite. Fattori individuali quali la maggiore età, la fase di sviluppo e il più lungo periodo di insediamento in Italia hanno una rilevanza assoluta, sia rispetto all'insorgenza psicopatologica sia rispetto all'effetto patogeno esercitato dai fattori di rischio a cui si è esposti nella fase post-migrazione. Per quanto concerne, invece, il rapporto tra il numero di esperienze potenzialmente traumatiche vissute dai minori e l'insorgenza di sindromi patologiche, i dati hanno riportato che il numero di SLE costituisca un fattore di rischio statisticamente significativo per la presenza di sintomi dissociativi ma non per lo sviluppo di PTSD e di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti ad esso correlati, a conferma del fatto che il più forte predittore per la diagnosi di disagio psicologico sia riconducibile al maggior numero di eventi traumatici a cui i minori sono stati esposti.

5. Conclusioni

I risultati riportati sono da considerarsi preliminari e richiedono ulteriori esplorazioni metodologicamente controllate. Studi futuri potranno contribuire a chiarire questi aspetti attraverso un'impostazione differente, ovvero, attuando un confronto tra MSNA, minori accompagnati e minori non migranti sia rispetto alle tipologie e al numero di esperienze traumatiche potenzialmente vissute sia in relazione alla frequenza di psicopatologie al fine di verificare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative tra i tre gruppi presi in esame. Inoltre, dopo aver appurato l'importanza di estendere il campione di riferimento, un ulteriore presupposto basilare per la messa a punto di tale indagine consisterebbe, eventualmente, sia nel ricorso ad un secondo campione di soggetti, un gruppo di controllo, al fine di offrire un punto di paragone per verificare l'efficacia della variabile indipendente presa in analisi, sia nella realizzazione di uno studio longitudinale allo scopo di rilevare attraverso un follow up in funzione del periodo di permanenza in comunità (ingresso in comunità, dopo sei mesi e dopo un anno) se vi siano cam-

biamenti nella frequenza delle patologie psichiche nei MSNA e dunque se l'inserimento in comunità favorisca una riduzione o, al contrario, una cronicizzazione dei sintomi correlati al PTSD. In ogni caso, si tratta di dati che dovrebbero sollecitare le istituzioni educative verso una maggiore e tempestiva attenzione nei confronti del funzionamento psichico dei minori stranieri non accompagnati, mirando alla realizzazione di un contesto che possa ridurre l'impatto dei fattori di rischio precedentemente illustrati attraverso un intervento riparativo, garantendo una maggiore facilità di adattamento ed inserimento nel nuovo contesto sociale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 ed.
- Attar, A.; Benini, M. e Bracalenti, R. (2008). I minori stranieri non accompagnati: problematiche e modalità di gestione. Uno sguardo comparato alle esperienze di Francia, Germania e Spagna. *Difesa sociale*, 1, 31-50.
- Bichi, R., (2008). *Separated children. I minori stranieri non accompagnati*. Milano: FrancoAngeli.
- Caldarozzi, A. (a cura di)(2010). *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*. Roma: Fondazione Italia-Anci ricerche.
- Campani, G.; Lapov, Z. e Carchedi, F. (2002). *Le esperienze ignorate. Giovani migranti tra accoglienza, indifferenza e ostilità*. Milano: FrancoAngeli, 2002.
- Campani, G. e Salimbeni, O. (Eds.) (2006). *La fortezza e i ragazzini. La situazione dei minori stranieri in Europa*. Milano: FrancoAngeli.
- Derluyn, I.; Mels, C. e Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of adolescent health*, 44(3), 291-297.
- Derogatis, L.R. (1979). Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Lyndhurst, NJ: NCS Pearson.
- Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione. (2017, agosto 31). *Report di Monitoraggio – I minori stranieri non accompagnati*. Roma.
- Eidelberg, L. (1967). *Encyclopedia of psychoanalysis*. Toronto: Mc Millan.
- Fazel, M.; Wheeler, J. e Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7.000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia: fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro scientifico editore.
- Gupta, M.A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of Psychiatry*, 23, 1.
- Kessler, R.C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry*, 68, Suppl 2, 10-19.

- McFarlane, A.C. e Yehuda, R. (2009). Resilienza, vulnerabilità e il decorso delle reazioni posttraumatiche. In R. Williams (ed.), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Cortina, 239-268, 239-267.
- Medici Senza Frontiere (2016). *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*. Roma: Medici Senza Frontiere.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017). *Report mensile sui minori stranieri non accompagnati in Italia*. Roma, dicembre 2017.
- Ministero dell'Interno (2017, dicembre 22), *Sbarchi e accoglienza dei migranti: tutti i dati*. Roma.
- Navarra, D. (2011). Disturbo Post-Traumatico da Stress. *Psicoterapeuti in-formazione*, 8, 3-38.
- Robertson, M.; Humphreys, L. e Ray R. (2004). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *J Psychiatr pract*, 10 (2): 106-18
- Save the Children (2017). *Children come first, intervento in frontiera - IV Dossier I minori migranti in arrivo via mare*. Roma, luglio-settembre 2017.
- Save the Children (2017). *Atlante dei minori stranieri non accompagnati in Italia*. Roma: Save the Children.
- Segatto, B.; Di Masi, D. e Surian, A. (2018). *L'ingiusta distanza. I percorsi dei minori stranieri non accompagnati dall'accoglienza alla cittadinanza*. Milano: FrancoAngeli.
- Taliani, S. e Vacchiano, F. (2006). *Altri corpi: antropologia ed etnopsicologia della migrazione*. Milano: Unicopli.
- Taurino, A.; Vergatti, L.V.; Colavitto, M.T.; Bastianoni, P.; Godelli, S. e Del Castello, E. (2012). I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità. *Infanzia e adolescenza*, 11(1), 47-64.
- Trombini, G. (1994). *Introduzione alla clinica psicologica*. Bologna: Zanichelli.
- UNHCR (2017), *Operational portal, desperate journeys*. Roma: UNHCR.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., e Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914.
- Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Van der Kolk, B.A. e McFarlane, A.C. (Eds.) (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Vervliet, M.; Lammertyn, J.; Broekaert E. e Derluyn I. (2013). Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 23(5):337-46.
- Wagner, H.R.; Burns, B.J.; Broadhead, W.E.; Yarnall, K.S.H.; Sigmon, A. e Gaynes, B.N. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychological medicine*, 30(6), 1377-1390.