

Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata

Riassunto

Obiettivo. Si descrivono i risultati di una ricerca finalizzata a esplorare la sintomatologia e i segnali di rischio correlati alla presenza di esperienze traumatiche in un campione di minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità socioeducative nel territorio milanese. Lo strumento utilizzato è stato la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio, costruita con modalità partecipata e multi-professionale all'interno di un tavolo di lavoro che ha coinvolto l'équipe Migranti del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano, l'Ufficio di Pronto Intervento del Comune di Milano, le comunità socioeducative del territorio e alcune agenzie del terzo settore. Risultati. Sono emerse correlazioni significative tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia anamnestica e nella storia migratoria dei minori e la presenza di segnali di rischio psicopatologico, soprattutto nell'area del comportamento (relazioni conflittuali, ipervigilanza e controllo, difficoltà nel sonno) e più limitatamente nell'area dell'adattamento al nuovo contesto. L'intensità di tali connessioni sembra variare in base al paese d'origine e appare più forte per chi ha vissuto più esperienze traumatiche. Conclusioni. Lo studio evidenzia la presenza di una significativa vulnerabilità e fragilità nei minori stranieri non accompagnati che hanno vissuto esperienze traumatiche precedenti e concomitanti al viaggio migratorio.

Parole chiave: minori stranieri non accompagnati, trauma, segnali di rischio psicopatologici, etnopsichiatria, équipe multiprofessionale.

Abstract

Objective: This study aimed to explore the symptoms and risk signals related to the presence of traumatic experiences within a group of unaccompanied foreign minors living in socio-educational communities in the Milan area. The instrument used for this purpose was the Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (Risk Sign Observation Grid), created through a shared and inter-professional method involving members of Migranti clinicians team of the Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano, the Emergency Response Office of the Municipality of Milan, the local socio-educational communities and some other agencies. Results: The results showed significant correlations between the presence of traumatic experiences in the personal history and the migration process, and the presence of psychopathological risks, mainly referring to behaviors (such as conflictual relations, hypervigilance and control, sleep disorders) and adapting to the new environment. Conclusions: The study confirms and highlights the presence of significant vulnerability and fragility in unaccompanied foreign minors who have experienced traumatic experiences in their history and during the migratory travel.

Key words: unaccompanied foreign minors, trauma, psychopathology risk signals, ethnopsychiatry, multi-professional team.

Introduzione

Il presente lavoro mira a indagare e approfondire le relazioni tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) e le modalità di adattamento al nuovo contesto e di comportamento. Le analisi sono state svolte su un campione di minori inseriti in diverse comunità socioeducative¹ in convenzione con il Comune di Milano e i dati sono stati raccolti tramite la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio nei MSNA (GOSR), compilata dalle équipe educative delle comunità.

Per minore straniero non accompagnato si intende “un soggetto minorenne privo di cittadinanza italiana o di altri stati dell’Unione Europea, il quale non avendo provveduto a una richiesta di asilo politico, è presente per qualsiasi circostanza sul territorio dello Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto suo responsabilità legale, assistenza e rappresentanza” (Norma Regolamentare del Comitato per i Minori Stranieri, DPCM 535/99, art. 9).

Tra gennaio 2011 e dicembre 2019 sono sbarcati in Italia 83.619 minori stranieri non accompagnati (Dipartimento per le Libertà civili e l’Immigrazione – Ministero dell’Interno, 2019). Il loro numero è cresciuto di 6 volte tra il 2011 (4.209) e il 2016 (25.846), per poi diminuire, in seguito alle mutate politiche di accoglienza dell’Italia, prima lentamente nel 2017 (15.731) e poi sensibilmente nel 2018 (3.536) e ancora di più nel 2019 (1.680). Anche se i numeri degli arrivi via mare sembrano essere tornati a livelli pre-2011, appare modificata la percentuale dei minori stranieri non accompagnati sul totale degli arrivi, che è cresciuta sensibilmente negli anni di grande picco di arrivi ed è rimasta costante anche negli ultimi anni: i minori stranieri non accompagnati erano il 6% del totale degli arrivi nel 2011, mentre dal 2016 al 2019 la proporzione è pari a circa 1 migrante su 6 (Ministero dell’Interno, 2019).

Grazie ai dati raccolti e censiti dalla Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di Integrazione attraverso il Sistema Informativo Nazionale dei Minori non Accompagnati relativi all’anno 2019, si possono fare alcune considerazioni in merito ai paesi di provenienza e alle caratteristiche demografiche dei minori presenti nel sistema di accoglienza in Italia (Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, 2019).

Dei 6.054 minori stranieri non accompagnati presenti in Italia a dicembre 2019, l’88% aveva 16 o 17 anni, percentuale in crescita rispetto agli anni precedenti (nel 2017 erano l’83,7%).

Per quanto riguarda il genere, sebbene vi sia sempre una netta prevalenza di maschi (pari al 94,8% nel 2019), è da notare un andamento altalenante della presenza femminile: il numero complessivo delle minori sole accolte è passato da 440 nel 2012 a 1.832 nel 2016 (il 7,6% del totale dei minori registrati nell’anno) per poi diminuire, coerentemente con il trend totale, negli ultimi anni arrivando a 317 minori ospitate in Italia nel 2019 (pari al 5,2%).

¹Strutture di accoglienza per minori con finalità educative e sociali assicurate in forma continuativa attraverso personale qualificato, accreditate dal Comune di Milano. Possono svolgere anche funzioni di pronto intervento o essere destinate a tipologie omogenee di utenza.

Per quanto riguarda i paesi di provenienza, Albania (27,7%), Egitto (8,8%), Pakistan (8,3%), Bangladesh (8,0%), Kosovo (5,4%) e Costa d'Avorio (4,7%) sono i più rappresentati e, considerate congiuntamente, queste sei cittadinanze rappresentano più della metà dei minori stranieri non accompagnati presenti in Italia (62,9%).

Guardando al territorio in cui si è svolta l'indagine, cioè la città metropolitana di Milano, al 31 dicembre 2018 risultavano inseriti nelle strutture di accoglienza 474 minori stranieri non accompagnati (ANPAL Servizi, 2018). Coerentemente con il dato nazionale, erano in prevalenza maschi (97,3%) e, nella maggioranza dei casi, prossimi alla maggiore età: l'86% ha tra i 16 e i 17 anni. Tra i minori ospitati nel Milanese si registra una maggiore incidenza di minori non accompagnati provenienti dal nord Africa rispetto al dato nazionale: tra le nazionalità più diffuse troviamo l'egiziana (24,9%), l'albanese (19,8%), la kosovara (8,9%) e la marocchina (8,0%), seguite da Tunisia (5,5%) ed Eritrea (5,1%).

Fattori di rischio per la salute mentale nei minori stranieri non accompagnati

I minori stranieri non accompagnati rappresentano una popolazione particolarmente fragile e soggetta a un alto rischio di disagio psichico, come descritto nella bibliografia più recente (Taurino et al., 2012; Caroppo, Del Basso e Brogna, 2014; Aragona, Mazzetti et al., 2013). Tale fragilità affonda le sue radici nell'incontro tra le caratteristiche della fase evolutiva propria dei MSNA e le caratteristiche dell'esperienza migratoria.

Le motivazioni che possono spingere i minori stranieri non accompagnati a lasciare il proprio paese d'origine sono molteplici: per esempio, la detenzione o la morte dei genitori o situazioni di povertà e di mancanza di sicurezza (Çelikaksoy e Wadensjö, 2015). Adolescenza e migrazione implicano esperienze di separazione dai legami affettivi familiari, dal proprio involucro culturale, e di riadattamento a un nuovo contesto. In letteratura viene evidenziato come una vulnerabilità comune alla maggior parte dei MSNA sia la separazione dalla propria famiglia. Questo è considerato da alcuni autori come uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di problemi psicologici futuri (Carlson, Cacciatore e Klimek, 2012; Fazel e Stein, 2002; Hassan et al., 2016). Quella dei minori stranieri non accompagnati è, in genere, un'esperienza di ripetute rotture, spesso traumatiche, precedenti e successive al viaggio migratorio, che si configura come un'esperienza di discontinuità e che prosegue, spesso amplificandosi, anche dopo l'arrivo in Italia, attraverso cambi di strutture di collocamento e di figure di riferimento e attesa di documenti. Altri fattori di rischio a cui sono sovente esposti questi minori riguardano l'essere vittime o testimoni di abusi e/o violenze fisiche e/o psicologiche, vivere in condizioni di estrema povertà e scarsa igiene, lo sfruttamento e l'allontanamento del minore da parte della famiglia stessa (Sourander, 1998; UNICEF-UNHCR, 2005; Fazel e Stein, 2002; UNICEF, 2016). Inoltre, viene sottolineato come talvolta i MSNA si trovino costretti, durante il viaggio o una volta raggiunto il Paese ospite, a prostituirsi per autosostentarsi (Charles e Denman, 2013).

Tutti questi fattori possono concorrere nel fornire al minore un'esperienza di frammentazione e discontinuità, ostacolando la possibilità di pensare a sé e al proprio progetto di vita. Viene osservata spesso una difficoltà a instaurare legami d'intimità e di fiducia e una conseguente distanza protettiva nelle relazioni che possono esprimersi attraverso atteggiamenti di ostentata autonomia (Taurino et. al., 2012). A questo, si aggiungono le difficoltà legate alle aspettative e ai mandati individuali e familiari, che spesso si traducono in forti pressioni, anche economiche, da parte dei genitori.

I fattori di rischio, nella storia anamnestica del minore, possono riferirsi a tre diversi momenti del percorso migratorio – precedente, inerente e successivo al viaggio – e si intersecano dinamicamente tra loro producendo linee evolutive differenti, caratterizzate da vari livelli di rischio.

A un primo livello, si colgono le caratteristiche inerenti alle condizioni del contesto di provenienza, che evolutivamente creano e plasmano l'involucro culturale del soggetto, responsabile delle diverse modalità relazionali, di elaborazione dei vissuti e di espressività emozionale. Tale involucro fornisce, in tal modo, la possibilità di utilizzare in modo efficace le teorie di interpretazione delle emozioni correlate alle esperienze di vita, che risultano meno efficaci e che necessitano di modificazioni nel processo di adattamento a un nuovo contesto di vita (Drozdek e Wilson, 2007). L'esperienza traumatica agisce frequentemente su più livelli e non si riferisce esclusivamente a quella subita in prima persona dal soggetto, ma anche a quella subita dai familiari e dalle figure significative, sia nel caso il soggetto vi assista sia che egli ne possa temere il verificarsi. Appare chiaro che, nel caso dei MSNA, il timore per le condizioni dei familiari o di altri nel paese di origine – per esempio in caso di guerra, disastri naturali o altre casualità – può agire come fattore di stress estremo (Caldarozzi, 2010).

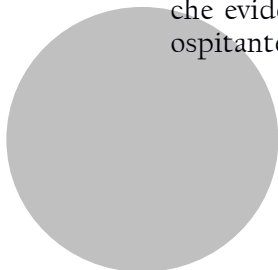
In secondo luogo, le condizioni del viaggio migratorio possono essere potenzialmente traumatiche per il soggetto, in particolare per i minori che viaggiano da soli. Se il viaggio è intrapreso in solitudine, il minore non può contare sulla condivisione dell'esperienza e delle sensazioni intense che questa suscita, trovandosi costretto a costruire un senso coerente di ciò che sta vivendo, e ad affrontare l'incertezza, la paura, la fame e il freddo, da solo (Finklestein e Zahava, 2009). Anche qualora il viaggio sia intrapreso con altri, è possibile che il minore riceva sostegno e aiuto da familiari o conoscenti, ma sono anche frequenti le situazioni in cui altri migranti sono costretti a scegliere di non occuparsi dei più deboli poiché devono salvaguardare la propria vita.

A un terzo livello si collocano i fattori di rischio propri del processo di adattamento nel paese di accoglienza e nel nuovo contesto sociale, culturale e relazionale. Arrivati nel paese straniero, i MSNA incontrano difficoltà nell'affrontare la perdita dei propri cari e degli usi e dei costumi a cui erano abituati, che erano associati al loro senso di appartenenza e identità (German, Gonzales e Dumka, 2009).

I vissuti traumatici e la sintomatologia trauma-correlata nei minori stranieri non accompagnati

Una metanalisi di El Baba e Colucci (2017) mette in luce come moltissimi studi abbiano riscontrato una forte prevalenza di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) nei MSNA (Jensen, Skårdalmo e Fjerme stad, 2014; Hodes et al., 2008). Diverse ricerche evidenziano una maggior frequenza di patologie psichiatriche (incidenza di PTSD) nei MSNA rispetto alla popolazione di minori non migranti (Huemer et al., 2009). Uno studio di confronto tra minori stranieri non accompagnati e adolescenti olandesi mostra un punteggio più elevato per ansia, depressione e PTSD nel primo gruppo (60%) rispetto al secondo (11,7%; Bean et al., 2006; Bean et al., 2007; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2011).

In particolare, cinque studi hanno riscontrato una prevalenza di PTSD tra i MSNA che va dal 36,7% (Derluyn, Mels e Broekaert, 2009) al 52,7% (Vervliet et al., 2014). Ancora, un altro studio ha riscontrato una prevalenza di diagnosi di PTSD che variava dal 19% al 30% del campione (Huemer et al., 2011; Jakobsen, Demott e Heir, 2014). Il PTSD risulta essere associato a problemi comportamentali, interpersonali ed emotivi, ad abuso di sostanze e al fallimento scolastico (Condor et al., 2015). Queste problematiche rappresentano il rischio maggiore per una fallita integrazione nella società e aumentano il rischio di sviluppare malattie croniche a causa dell'eccessivo stress; altri esiti associati al PTSD possono essere la presenza di pensieri intrusivi, difficoltà di attenzione e memoria, disturbi del sonno e interferenza con i processi di apprendimento (Perfect et al., 2016; DeSocio e Hootman, 2004). Per questi motivi è di fondamentale importanza diagnosticare correttamente questo disturbo, in modo da poterlo trattare tempestivamente (Salari et al., 2017). Inoltre, è stato dimostrato che i sintomi del PTSD tendono a persistere nel tempo (Tam, Houlian e Melendez-Torres, 2015). Oltre al PTSD, alcuni studi mettono in evidenza come il disturbo depressivo maggiore sia riscontrabile in comorbilità nella popolazione dei minori stranieri non accompagnati (Huemer et al., 2011; Jakobsen et al., 2014). Altri studi, in cui è stata utilizzata la scala HSCL (Hopkins Symptoms Checklist) per investigare i sintomi internalizzanti, hanno riscontrato nei MSNA rifugiati un'alta prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi, con punteggi significativamente maggiori rispetto alla popolazione di adolescenti originari del paese ospitante (Vervliet et al., 2014; Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014; Jensen et al., 2014). In uno studio (Hodes et al., 2008) si evidenzia che il contesto in cui sono inseriti nel paese ospitante e l'essere titolari o meno dello status di rifugiato predice l'andamento del disturbo depressivo. Tali risultati sono confermati da un'altra ricerca che evidenzia una relazione tra il PTSD e le condizioni di vita nel paese ospitante unite allo stato della richiesta d'asilo (Smid et al., 2011).



La co-costruzione dello strumento GOSR tramite un processo partecipativo

Il Progetto Migranti, nato a Milano nel 2008 grazie a finanziamenti di Regione Lombardia, ha permesso la costruzione di un tavolo di lavoro che ha coinvolto un'équipe dedicata della Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Policlinico (capofila del progetto), le comunità socioeducative della città di Milano, il servizio per minori stranieri non accompagnati del Centro delle Culture del Mondo² del Comune di Milano, il terzo settore, la ATS Milano Città Metropolitana. La creazione del tavolo è stata finalizzata a una presa in carico integrata³ dei minori stranieri non accompagnati con disagio psichico. Il modello di lavoro partecipativo del tavolo ha favorito una riflessione sui processi di adattamento al nuovo contesto di vita dei minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità socioeducativa, a partire dalla condivisione delle difficoltà specifiche di alcuni ragazzi che necessitavano di una presa in carico presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile. La multidisciplinarietà del tavolo ha consentito di condividere azioni specifiche a livello sia socioeducativo sia clinico, al fine di prevenire, per quanto possibile, situazioni di scompenso psichico o fallimenti nei percorsi di presa in carico, quali dimissioni dalle strutture, accessi in Pronto Soccorso a seguito di acuzie psichiatriche e/o ricoveri in strutture ospedaliere o drop-out dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

L'inserimento dei MSNA in comunità o in altre strutture rappresenta il momento dell'effettivo confronto del minore con il nuovo contesto socioculturale. Per tale motivo, un'osservazione attenta da parte delle équipe educative della struttura ospitante permette di cogliere precocemente l'espressione di fragilità psichiche che si possono manifestare sia in termini di blocchi evolutivi che in termini di agiti, lungo un continuum che va dalla difficoltà di adattamento all'acuzie psichiatrica. Al fine di agevolare la rilevazione tempestiva dei segnali di rischio in salute mentale nei minori ospiti in comunità socioeducative, è stato costruito all'interno del tavolo di lavoro lo strumento denominato Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR).

La GOSR si è inserita nel piano formativo dei Progetti dell'Area Migrazione, volto a una crescita professionale di tutti gli operatori nell'ambito multiculturale ed etnopsichiatrico. Lo strumento è stato quindi co-costruito all'interno di tale tavolo, a partire da una condivisione multidisciplinare dei diversi strumenti osservativi, con l'obiettivo di cogliere indici di disadattamento e/o disagio psichico, al fine di favorire l'invio precoce al servizio di neuropsichiatria.

² Già Pronto Intervento Minori del Comune di Milano, servizio di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, segnalati dalle forze dell'ordine o ad accesso spontaneo, ai fini della presa in carico delle situazioni e della formulazione di un progetto psico-socio-educativo a loro tutela.

³ Per presa in carico integrata si intende un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale in cui l'utente afferisce a una rete di servizi (psico-socio-educativi) che fanno riferimento al Protocollo operativo per la collaborazione tra comunità socioeducative, Comune di Milano, ATS Milano e Uonpia Policlinico per la presa in carico di MSNA che presentano sintomi di disagio psichico, del 2010.

La costruzione della griglia è partita da una prima fase di condivisione e discussione delle problematiche e dei fattori protettivi che possono presentare i minori stranieri non accompagnati; tale discussione ha permesso di condividere importanti osservazioni provenienti da vertici osservativi diversi (comunità servizio sociale, terzo settore, UONPIA); successivamente il tavolo ha esaminato i diversi strumenti osservativi in uso nelle comunità per la stesura del progetto educativo, alcune scale comportamentali utilizzate nella valutazione psicodiagnostica (Achenbach, 1991, American Psychiatric Association, 2000) e la bibliografia esistente (Baubet e Moro, 2009, Girelli e Achille, 2000) al fine di effettuare un confronto e una condivisione di spunti e suggerimenti utili alla costruzione della griglia stessa.

La struttura dello strumento permette l'individuazione di problematiche sia sul fronte esternalizzante, come l'espressione di aggressività e condotte antisociali, sia sul fronte internalizzante, come una possibile conflittualità interna che si può manifestare tramite blocchi, inibizioni, ritiro, ansia e depressione.

Obiettivo della GOSR è fornire, attraverso la compilazione a cura dell'équipe educativa della comunità in cui è inserito il minore, una fotografia del funzionamento del ragazzo rispetto ad alcune aree ritenute sensibili per la rilevazione di rischio psicopatologico.

La griglia GOSR

La GOSR, che permette di cogliere diverse sfaccettature del processo di crescita, si iscrive in tal modo nella co-costruzione di "un ambiente educativo" che possa fungere da organizzatore del mondo interno ed esterno, attraverso processi di identificazione con adulti di riferimento attenti e consapevoli ai bisogni e alle problematiche e attraverso la mediazione e l'accompagnamento alla cultura del paese ospitante (Ranchetti, 2015). Un ambiente così inteso assume una *valenza terapeutica*, sia grazie alle azioni del quotidiano nella comunità che hanno una funzione strutturante per il minore, sia grazie alla presenza di figure di riferimento significative che possano agevolare i processi di identificazione necessari per uno sviluppo psicologico più armonico (Taurino et al., 2012).

La GOSR fornisce una fotografia del funzionamento del ragazzo rispetto ad alcune aree ritenute sensibili alla rilevazione di segnali di rischio psicopatologico: non è uno strumento diagnostico, bensì osservativo. Per segnali di rischio psicopatologico si intendono quei fattori oggettivi e soggettivi che, nel loro insieme, favoriscono l'emergere di disagio mentale, compromettendo il corretto sviluppo dei minori e il loro adattamento ai diversi contesti di vita. La GOSR fornisce indicazioni su elementi di fragilità e problematicità nei ragazzi, agevolando un invio precoce all'équipe specialistica UONPIA, dove avviene una presa in carico psicodiagnostica e riabilitativa.

Le aree di cui si compone la GOSR rimandano all'individuazione di segnali di rischio psicopatologici riferiti a possibili problematiche legate all'area dell'adattamento al contesto di vita, alle relazioni sociali e al comportamento dei MSNA.

Lo strumento raccoglie inoltre informazioni sulla situazione attuale, con i collocamenti del minore e la loro durata, oltre ad alcune informazioni sulla storia anamnestica, quali le condizioni di viaggio e il mandato migratorio.

Esso è quindi organizzato nelle tre seguenti aree principali:

1. *Anamnesi*: rilevazione di alcuni elementi anamnestici, modalità del viaggio migratorio e condizioni di accoglienza nel paese ospitante;
2. *Adattamento al contesto di vita*: modalità relazionali con adulti e pari, rispetto delle regole del contesto, capacità progettuale;
3. *Comportamento*: rilevazione delle aree di funzionamento secondo criteri internalizzanti ed esternalizzanti.

I segnali di rischio indagati nella GOSR si riferiscono sia a fattori ambientali attuali e pregressi, alle condizioni di crescita (stili di attaccamento, alfabetizzazione ecc.), alla cultura di provenienza, all'integrazione culturale e al progetto migratorio (area anamnesi), sia ai comportamenti disfunzionali internalizzanti o esternalizzanti che hanno un impatto rilevante sui contesti di vita e sul funzionamento globale del minore.

Nella Tabella 1 vengono riportati i segnali di rischio nei MSNA considerati dalla GOSR, suddivisi nelle tre aree di indagine della griglia.

Tabella 1. Segnali di rischio considerati nella GOSR.

Area anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di fattori o eventi traumatici pregressi, relativi al viaggio e alle condizioni di accoglienza (compreso il numero di comunità socio-educative cambiate per dimissioni o espulsioni del minore) • Progetto migratorio non condiviso con la famiglia o forzato. • Condizioni gravose del viaggio migratorio (lunghezza temporale, quantità di tappe precedenti all'arrivo, numero di mezzi cambiati, mancanza di figure di riferimento). • Assenza di reti naturali sul territorio ospitante. • Scarsa scolarizzazione nel paese di origine. • Scarso livello di apprendimento della lingua italiana.
Area adattamento al nuovo contesto	<ul style="list-style-type: none"> • Progettualità futura assente o scarsa e scarso impegno nelle attività proposte. • Aderenza alle regole assente o scarsa. • Relazioni con pari e/o adulti conflittuali e assenza di relazioni stabili di riferimento.
Area comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e cura del sé dei propri spazi scarsa o assente. • Alterazioni nell'alimentazione, nel sonno e nella sfera sessuale. • Presenza di agiti aggressivi verbali, fisici, rivolti al sé e/o agli altri. • Impulsività e difficoltà di attenzione. • Presenza di pensieri fissi e ripetitivi. • Presenza di fobie, preoccupazioni eccessive e pensieri persecutori. • Pervasività di sentimenti di colpa e/o vergogna. • Oscillazioni nel tono dell'umore. • Somatizzazioni. • Abuso di sostanze.

Per valutare i segnali di rischio, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano ha definito tre indicatori sintetici relativi alle tre aree (anamnesi, adattamento e comportamento), più un quarto indicatore di rischio globale.

Considerando le distribuzioni di frequenza degli indicatori, sono state create delle fasce di rischio in cui collocare ciascun paziente, basate sul metodo delle deviazioni standard o punteggi z . Il metodo consiste nel convertire il valore grezzo di ciascuno dei tre indicatori in un punteggio z che rappresenta il numero di deviazioni standard dalla media.

Obiettivi e metodologia dell'indagine

I dati raccolti tramite la griglia GORS sono stati analizzati con l'obiettivo di verificare l'esistenza di correlazioni tra il vissuto di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio dei minori stranieri non accompagnati e le modalità di comportamento e di adattamento al nuovo contesto.

Ai fini dell'analisi proposta, per la definizione di esperienza traumatica si è fatto riferimento ai quattro item contenuti nell'area Anamnesi della GORS:

- condizioni stressanti o traumatiche nel paese di origine;
- esposizione a esperienze di separazione prolungata e/o lutti (precedenti alla migrazione);
- traumi fisici;
- condizioni fortemente traumatiche del viaggio migratorio.

Le analisi sono state svolte sui dati raccolti tra il marzo 2015 e il marzo 2018 su un campione di 125 MSNA inseriti in diverse comunità socioeducative in convenzione con il Comune di Milano. La GORS è stata compilata, per ogni soggetto del campione, a cura delle équipe educative delle comunità ed è stata inviata al Servizio UONPIA ai fini dell'elaborazione dei dati. Gli operatori delle comunità partecipanti al progetto sono coinvolti nel tavolo di lavoro e hanno condiviso un'esperienza decennale nelle formazioni dei progetti in ambito multiculturale, al fine di favorire un'osservazione quanto più possibile decentrata dal punto di vista culturale.

Descrizione del campione

Il campione è composto da:

- 77 minori non presi in carico dal Servizio UONPIA, per i quali la GORS è stata compilata a fini preventivi o di ricerca;
- 48 minori presi in carico dallo stesso Servizio, per i quali la GORS è stata inviata come allegato ai documenti richiesti per l'accesso alla UONPIA.

Tabella 2. Distribuzione dei MSNA per età.

ETÀ	%
13	0,8%
14	4,9%
15	13,0%
16	29,3%
17	48,8%
18	3,3%
TOTALE	100,0%

Per tutti i minori considerati, la compilazione della GOSR è avvenuta durante le attività di prassi del Servizio UONPIA ed è stata autorizzata dall'ente tutore, ovvero il Servizio Sociale del Comune di Milano, che aveva collocato in comunità i MSNA. Attualmente tali dati vengono raccolti durante le attività di prassi del Servizio UONPIA e con il consenso dell'ente tutore e delle strutture socioeducative invianti

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, descritte in Tabella 2 (vedi sopra), il campione è composto da 124 ragazzi e una sola ragazza e, in linea con il dato a livello cittadino e nazionale, da un'elevatissima percentuale di minori con età compresa tra i 15 e i 17 anni (91%).

Guardando alla nazionalità, risulta prevalente quella egiziana (48,4%), seguita da quella albanese (22,6%), quella kossovara (8,1%) e quella marocchina (5,6%). La categoria Altro, pari al 15,3% del campione, aggrega minori provenienti prevalentemente dai paesi dell'Africa subsahariana (non categorizzata nella costruzione della griglia).

Rispetto alla permanenza in Italia il 77% ha cambiato almeno una struttura: il 35% una, il 22% due strutture mentre il 10% ne ha cambiate almeno tre.

Tabella 3. Mandato migratorio.

Mandato migratorio	% di MSNA
Lavoro/ricerca di un miglioramento socio/economico	81%
Fuga/guerra/rifugiato politico/ecc.	12%
Viaggio programmato	12%
Studio	10%
Portato dai genitori	2%
Cure mediche	1%
Ricongiungimento	1%
Altro	4%

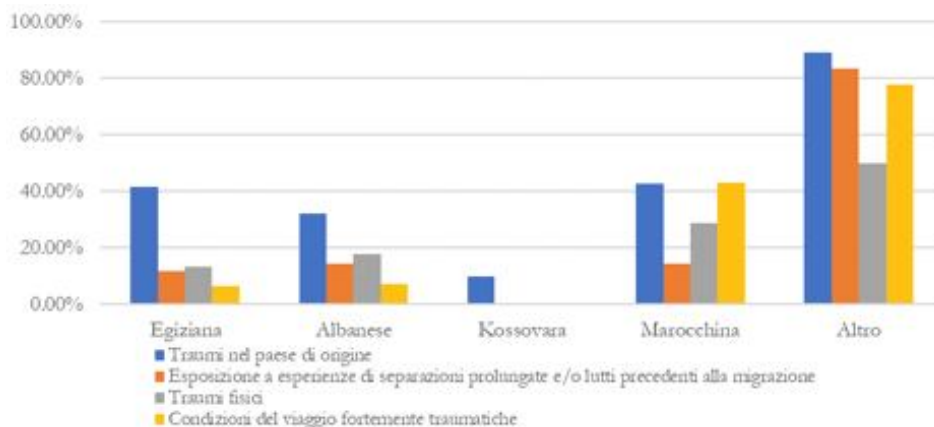
Nel cambiamento di struttura rientrano qui i casi di progressione del processo di accoglienza, di trasferimenti dovuti a esigenze organizzative o a complessità non previste e non dipendenti dal minore, e di incompatibilità del minore con la struttura. La durata del periodo di permanenza in Italia incide sul numero di strutture cambiate: oltre l'80% dei minori del campione è in Italia da almeno un anno e la permanenza media in una struttura al momento della compilazione della griglia, che avviene non prima di tre settimane dal primo inserimento in struttura, è di 1 anno e 4 mesi.

Dalla raccolta anamnestica svolta dalle équipes delle comunità emerge chiaramente come il progetto migratorio sia presentato dai minori come connesso alla ricerca di un miglioramento della condizione socioeconomica (81%; vedi Tabella 3 nella pagina precedente).

L'area anamnestica della griglia permette anche di individuare i punteggi relativi alle esperienze potenzialmente traumatiche, che, come già ricordato, si riferiscono per l'analisi proposta ai seguenti item: "presenza di traumi nel paese di origine"; "esposizione a esperienze di separazioni prolungate o lutti precedenti alla migrazione"; "avere subito traumi fisici"; "condizioni fortemente traumatiche del viaggio".

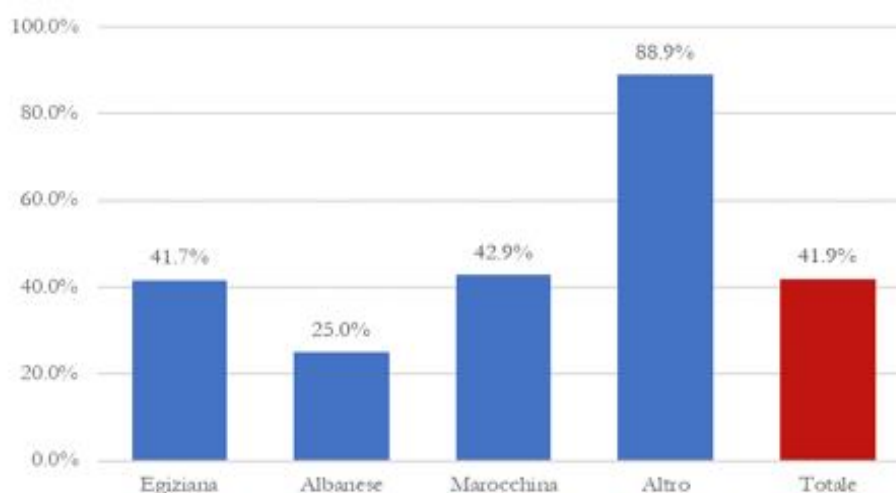
Tra queste, la condizione potenzialmente traumatica più ricorrente sembra essere legata al viaggio migratorio e interessa il 47% dei minori inclusi nell'analisi, seguita dalla presenza di esperienze potenzialmente traumatiche nel paese di origine, che riguarda il 44% dei MSNA. Risultano meno diffuse l'esposizione a separazioni prolungate o a lutti (23%) e la presenza di traumi fisici (20%).

Grafico 1. Quota di MSNA per tipologia di trauma e per paese di provenienza.



La distribuzione della presenza di condizioni traumatiche nel vissuto dei minori stranieri non accompagnati per paese di provenienza (vedi Grafico 1) restituisce un quadro piuttosto variegato: ai paesi di provenienza classificati nella voce Altro sono associati più alti livelli di diffusione delle condizioni traumatiche, indipendentemente dall'item preso in considerazione. Considerando che questa categoria, come già detto, ingloba per lo più minori prove-

Grafico 2. Quota di MSNA con presenza di molteplici fonti di trauma per paese di provenienza.



nienti dai paesi dell'Africa subsahariana, si può concludere che da questi paesi di provenienza derivino prevalentemente le condizioni traumatiche sopra descritte. La differenza più evidente si osserva, in media, rispetto alla condizione del viaggio: il 78% dei minori provenienti da un paese Altro ha subito condizioni di viaggio fortemente traumatiche, a fronte di valori significativamente più bassi osservati per gli altri paesi di provenienza (Marocco, 43%; Egitto e Albania, 7%).

Le differenze tra i paesi di provenienza dei MSNA rispetto ai vissuti traumatici si riflettono anche sulla presenza di un numero maggiore di fonti di trauma. Il Grafico 2 mostra la quota di minori per cui la raccolta anamnestica ha evidenziato la presenza di almeno due definizioni di condizione traumatica. Nel complesso, il 41,9% del campione ha dichiarato di avere vissuto esperienze traumatiche multiple. La distribuzione per paese di provenienza mostra nuovamente che alla categoria Altro è associata la percentuale più alta di presenze di esperienze traumatiche multiple (88,9%). Per i minori stranieri non accompagnati provenienti dall'Albania si osserva il tasso percentuale più basso (25%).

Analisi dei dati: modalità di comportamento e di adattamento al nuovo contesto nei MSNA e vissuto di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio

Nel presente paragrafo vengono presentati i risultati delle analisi di significatività dei differenziali di intensità dei comportamenti a rischio osservati tra i minori stranieri non accompagnati la cui storia anamnestica indica la presenza di un'esperienza traumatica (secondo le definizioni date nel precedente paragrafo) e quelli per i quali non vi è notizia di traumi pregressi. La prima area indagata comprende tutti gli item legati al comportamento dei minori all'interno delle strutture in cui sono inseriti; la seconda comprende gli item relativi all'adattamento al nuovo contesto.

Metodo di analisi e nota alla lettura delle tabelle

Per confrontare le modalità di adattamento al nuovo contesto e di comportamento in base alla presenza o meno di esperienze traumatiche, sono stati utilizzati tutti gli item compresi nelle aree Adattamento e Comportamento. Per ognuno degli item è stato assegnato: un punteggio minimo pari a 0, se la risposta non rappresenta segnale di rischio; un punteggio pari a 1, se la risposta rappresenta un segnale di rischio medio; un punteggio pari a 2, se la risposta rappresenta un segnale di rischio maggiore.

L'analisi è stata svolta separatamente per ogni definizione di esperienza traumatica, per cui sono stati definiti di volta in volta due gruppi: uno con esperienza traumatica nel proprio vissuto, uno senza esperienza particolarmente traumatica nel proprio vissuto. Quindi sono stati calcolati i valori medi per ciascun item delle aree Adattamento e Comportamento, procedendo poi a un confronto tra i gruppi con un test *t*. I confronti sono stati fatti considerando un livello di significatività del test pari a 5%.

Le tabelle presenti nel paragrafo comprendono, quindi, per ciascuna tipologia di esperienza traumatica, i valori medi di ciascun item osservati per i due gruppi di minori e le differenze tra i gruppi. Nelle tabelle sono rappresentati esclusivamente gli item, e quindi i comportamenti a rischio, per i quali le differenze sono risultate statisticamente significative a un livello di significatività del 5% ed essi sono ordinati in base alle differenze osservate tra i due gruppi in ordine decrescente.

È stata poi proposta un'analisi, tramite regressioni multiple, delle differenze negli effetti delle esperienze traumatiche sugli item delle aree Adattamento e Comportamento, utilizzando come fattore di controllo il paese di provenienza dei minori.

Relazione tra i segnali di rischio nell'area Comportamento e la presenza di esperienze traumatiche

Dall'analisi svolta emerge che la presenza di traumi nel paese di origine sembra essere associata in maniera statisticamente rilevante ad alcuni comportamenti considerati come fattori di rischio: in particolare alla presenza di tratti ossessivi (pensieri fissi e ripetitivi, eccessiva preoccupazione), di tratti persecutori (sospetto) e di disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento, incubi, tendenza a dormire più degli altri). Differenze significative si osservano anche rispetto ai cambi repentini di umore e ad alterazioni nella sfera dell'alimentazione (vedi Tabella 4 alla pagina seguente).

Anche l'esposizione a separazione prolungata e/o lutti precedenti alla migrazione sembra essere associata in maniera statisticamente rilevante al raggiungimento di punteggi più elevati di rischio per alcuni item dell'area Comportamento (vedi Tabella 5 alla pagina seguente). Tale relazione appare più forte per alcuni item riguardanti i disturbi del sonno (incubi e difficoltà nell'addormentamento) e la presenza di tratti ossessivi, quali l'aver pensieri fissi e ripetitivi. Altri per cui si rilevano differenze significative, seppur di minore intensità, afferiscono a tratti persecutori (sospetto) e disturbi del pensiero (allucinazioni visive e uditive).

Tabella 4. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e vissuto traumatico nel paese di origine; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Traumi nel paese di origine		
	No	Sì	Diff.
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.29	0.84	0.55*
È sospettoso	0.48	0.98	0.50*
Difficoltà nell'addormentamento	0.35	0.82	0.47*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.45	0.89	0.44*
Ha repentini cambiamenti dell'umore	0.42	0.83	0.41*
Incubi	0.13	0.49	0.36*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.49	0.85	0.36*
Assume solo alcuni cibi	0.41	0.74	0.33*
Si sente eccessivamente colpevole	0.04	0.36	0.32*
Tende a dormire di più degli altri ragazzi	0.32	0.60	0.28*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Tabella 5. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e l'esposizione a separazioni e/o lutti prima della migrazione; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione		
	No	Sì	Diff.
Incubi	0.15	0.75	0.60*
Difficoltà nell'addormentamento	0.44	0.93	0.49*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.44	0.86	0.42*
Ha paura di specifiche situazioni	0.21	0.57	0.36*
È sospettoso	0.63	0.96	0.33*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.58	0.89	0.31*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.58	0.86	0.28*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.09	0.36	0.27*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Il fatto di aver vissuto traumi fisici (vedi Tabella 6) sembra associarsi a segnali di rischio di maggiore intensità nell'area comportamento rispetto alle altre tipologie di traumi, evidenziando inoltre differenze più ampie in termini assoluti tra chi ha vissuto e chi non ha vissuto tali traumi. Questo dimostra come il trauma fisico abbia ripercussioni più forti, o probabilmente più visibili, sull'area del comportamento dei minori stranieri non accompagnati.

Tabella 6. *Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e la presenza di traumi fisici; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori 0 = "nessun rischio");*

Item dell'area comportamento	Traumi fisici		
	No	Si	Diff.
Incubi	0.16	0.83	0.67*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.43	1.00	0.57*
Difficoltà nell'addormentamento	0.43	0.96	0.53*
Tende a dormire di meno degli altri ragazzi	0.14	0.67	0.53*
Ha paura di stare da solo	0.15	0.54	0.39*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.58	0.96	0.38*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.58	0.96	0.38*
È sospettoso	0.65	1.00	0.35*
Ha paura di specifiche situazioni	0.24	0.55	0.31*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.09	0.38	0.29*
Rabbia verso se stesso	0.10	0.38	0.28*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Dalla Tabella 6 si evince che gli item più interessati dall'influenza della presenza dei traumi fisici sono sostanzialmente i medesimi riportati anche per gli altri traumi già analizzati: disturbi del sonno (incubi, difficoltà nell'addormentamento, tendenza a dormire poco), tratti ossessivi (pensieri fissi e ripetitivi e eccessiva preoccupazione), tratti persecutori (sospetto), disturbi del pensiero (allucinazioni visive e uditive). A questi però si aggiunge una relazione tra il trauma fisico e la paura di stare soli o di trovarsi in specifiche situazioni e l'espressione di rabbia verso sé stessi.

Come per la presenza di traumi fisici, anche alle condizioni migratorie traumatiche sono associati intensi segnali di rischio nell'area del comportamento.

Ancora una volta, si osserva un numero elevato di item discriminanti in maniera statisticamente significativa tra i due gruppi del campione, distinti in base alle condizioni del viaggio affrontato (vedi Tabella 7): oltre alle aree del comportamento viste sopra, quali i disturbi del sonno e la presenza di tratti ossessivi e paranoici, sono evidenti degli effetti significativi di tali traumi sull'area dell'attenzione, sulla presenza di tratti fobici e, soprattutto, sulla manifestazione della rabbia, sia verbale che verso gli oggetti e verso le persone.

Tabella 7. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e le condizioni fortemente traumatiche del viaggio; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Condizioni del viaggio fortemente traumatiche		
	No	Si	Diff.
Ha repentini cambiamenti dell'umore	0.38	0.85	0.47*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.32	0.78	0.46*
Difficoltà nell'addormentamento	0.36	0.80	0.44*
Ha paura di specifiche situazioni	0.09	0.51	0.42*
Rabbia verso oggetti	0.27	0.69	0.42*
È sospettoso	0.51	0.91	0.40*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.45	0.85	0.40*
Agisce senza riflettere o senza apparente considerazione per le conseguenze negative delle proprie azioni	0.80	1.17	0.37*
Rabbia verbale	0.58	0.93	0.35*
Incubi	0.12	0.47	0.35*
Assume solo alcuni cibi	0.40	0.72	0.32*
Non riesce a concentrarsi e/o a mantenere l'attenzione a lungo	0.80	1.10	0.30*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Complessivamente, le aree del comportamento su cui i traumi personali, fisici e del viaggio migratorio hanno un effetto significativo sono quelle del sonno, della presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione).

Non si rileva una relazione significativa tra il trauma (in tutte le accezioni viste sopra) e la sfera delle autonomie (cura di sé e dei propri spazi), la sfera della sessualità (linguaggi provocatori, promiscuità, erotizzazione e sessualizzazione delle relazioni), la sfera dell'alimentazione e il consumo di sostanze.

L'analisi fin qui proposta è stata replicata tenendo conto, come fattore di controllo, del paese di provenienza dei MSNA. Come visto nell'analisi descrittiva del campione, esistono differenze in termini di diffusione di esperienze traumatiche tra i vari paesi di provenienza. Emergono differenze anche nell'intensità dell'esperienza traumatica e, di conseguenza, anche nell'effetto che questa produce sui sintomi dell'area Comportamento. Per questo motivo è stata testata l'ipotesi che il paese di provenienza in cui si sono avuti traumi abbia un ruolo rilevante nel causare la portata del sintomo. Per farlo, è stata considerata la presenza di traumi negli specifici paesi di provenienza come variabile indipendente e i sintomi come variabili dipendenti. È stata quindi usata la tecnica delle regressioni multiple, che ci permette di individuare e analizzare la relazione tra una variabile dipendente e diverse variabili indipendenti.

Di seguito vengono presentate le tabelle con i risultati delle regressioni multiple svolte per ciascuna definizione di trauma.

All'interno di ogni tabella sono stati inseriti i risultati delle regressioni per le sole variabili dipendenti, ovvero gli item dell'area Comportamento, sulle quali l'effetto della condizione traumatica è significativamente diverso a seconda del paese di provenienza. Tutte le regressioni sono state costruite nel seguente modo: come variabili dipendenti sono stati considerati gli item dell'area Comportamento mentre come variabili indipendenti sono state utilizzate le singole definizioni di trauma più le interazioni tra la definizione di trauma e il paese di provenienza. I coefficienti su cui concentrare l'attenzione riguardano dunque le interazioni tra la presenza del vissuto traumatico e i paesi di provenienza. In tutte le regressioni, la situazione da considerare come riferimento per la lettura dei coefficienti è la presenza del vissuto traumatico congiuntamente alla categoria Altro quale paese di provenienza (1#Altro); come si è detto, i paesi che vi rientrano si trovano prevalentemente nell'Africa subsahariana.

Tabella 8. Regressioni tra vissuto traumatico nel paese di origine e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti	
	Incubi	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi
Traumi nel paese di origine	1.01***	1.25***
Traumi nel paese di origine#Paese di provenienza:		
0#Egiziana	0.18	0.38***
0#Kossovava	-0.05	0.17
0#Marocchina	-0.05	-0.05
0#Altro	-0.05	0.95
1#Albanese	-0.95	-1.20***
1#Egiziana	-0.74***	-0.47*
1#Kossovava	-1.06***	0.69***
1#Marocchina	-1.06***	-0.98***
1#Altro	(omesso)	(omesso)
_cons	0.05	0.05
Numero di osservazioni	123	123
Pseudo R-quadro	0.269	0.295

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Per quanto riguarda il vissuto traumatico nel paese d'origine, l'analisi di regressione evidenzia un impatto di tali esperienze traumatiche significativamente diverso a seconda del paese di provenienza sull'insorgere di incubi (Coef. = 1,01; $p < 0,001$) e sul non riuscire a evitare di avere pensieri fissi ripetitivi (Coef. = 1,25; $p < 0,001$), con un effetto della condizione traumatica più alto per i minori provenienti dall'area subsahariana (nostra categoria di riferimento) rispetto ai minori provenienti dagli altri paesi. Per quanto riguarda l'aver incubi, tutte le nazionalità registrano coefficienti di segno negativo rispetto alla categoria di riferimento, mentre l'effetto sul non riuscire a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi appare di segno negativo, rispetto alla categoria di riferimento, in tutte le nazionalità a eccezione dei minori provenienti dal Kosovo, che sembrano avere un effetto del trauma più marcato rispetto a quello dei provenienti dall'area subsahariana (Coef. = 0,69; $p < 0,001$).

L'analisi di regressione tra l'esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione e i sintomi dell'area comportamento ha evidenziato un effetto sull'aver paura di specifiche situazioni (Coef. = 0,85; $p < 0,001$); tale effetto è più elevato tra chi proviene dall'area subsahariana rispetto agli altri paesi di provenienza (Tabella 9).

Tabella 9. Regressioni tra l'esposizione a separazioni e/o lutti prima della migrazione e i sintomi nell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabile dipendente
	Ha paura di specifiche situazioni
Esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione	0.85***
Esperienze di separazione o lutti#Paese di provenienza:	
0#Egiziana	0.22*
0#Kossovata	-0.05
0#Marocchina	-0.05
0#Altro	-0.05
1#Albanese	-0.93***
1#Egiziana	-0.65*
1#Kossovata	
1#Marocchina	-0.93***
1#Altro	(omesso)
_cons	0.08
Numero di osservazioni	123
Pseudo R-quadro	0.179

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

L'interazione tra il vivere traumi fisici e il paese di provenienza sembra avere effetto su un maggior numero di sintomi dell'area Comportamento rispetto agli altri traumi analizzati: l'aver vissuto traumi fisici sembra infatti avere effetto sulla possibilità di sviluppare incubi, pensieri fissi e ripetitivi, paura di specifiche situazioni, sospetto e repentini cambiamenti di umore (vedi Tabella 10 per i coefficienti di regressione). Tale effetto è significativamente diverso a seconda del paese di provenienza: infatti, prendendo come categoria di riferimento chi ha avuto traumi e proviene dall'Africa subsahariana (1#Altro), i minori con trauma provenienti da Albania, Egitto e Marocco registrano tutti coefficienti di regressione negativi per tutti i sintomi riportati in tabella; questo evidenzia un effetto inferiore del trauma fisico rispetto alle variabili relative all'area Comportamento rispetto a quanto avviene per i minori appartenenti alla categoria di riferimento (vedi Tabella 10).

Tabella 10. Regressioni tra la presenza di traumi fisici e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti				
	Incubi	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	Ha paura di specifiche situazioni	È sospettoso	Ha repentini cambi dell'umore
Traumi fisici	1.38***	1.66***	0.91***	1.40***	1.07***
<i>Traumi fisici#Paese di provenienza:</i>					
0#Egiziana	0.19***	0.43***	0.16	0.54***	0.45***
0#Kossovava	0.00	0.36	0.14	-0.13	-0.08
0#Marocchina	0.00	-0.09	-0.09	-0.35***	-0.10
0#Altro	0.75**	1.04***	0.66	0.53	0.57**
1#Albanese	-0.98***	-1.75***	-1.00***	-1.35***	-1.38***
1#Egiziana	-0.63	-0.63*	-0.38	-0.89**	-0.63*
1#Kossovava					
1#Marocchina	-1.38***	-1.25***	-1.00***	-1.25***	-0.38
1#Altro	(omesso)	(omesso)	(omesso)	(omesso)	(omesso)
_cons	0.00	0.09	0.09	0.35***	0.30**
Numero di osservazioni	120	120	120	119	123
Pseudo R-quadro	0.355	0.355	0.184	0.255	0.184

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Infine, le condizioni del viaggio fortemente traumatiche risultano avere un effetto sullo sviluppo di incubi, la paura di specifiche situazioni e il non riuscire a evitare pensieri ripetitivi (vedi Tabella 11), e tale effetto risulta più elevato in chi proviene dall'area subsahariana rispetto ad altri paesi di provenienza: i coefficienti di regressione per i minori che hanno vissuto condizioni di viaggio fortemente traumatiche ma provengono da altri paesi risultano tutti significativi e con segno negativo, sebbene con intensità differenti (Tabella 11).

Tabella 11. Regressioni tra le condizioni fortemente traumatiche del viaggio e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti		
	Incubi	Ha paura di specifiche situazioni	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi
Condizioni del viaggio fortemente traumatiche	0.92***	0.85***	1.20***
Condizioni traumatiche del viaggio#Paese di provenienza:			
0#Egiziana	0.02	-0.03	0.32**
0#Kossovava	-0.08	0.12	0.32
0#Marocchina	-0.08	-0.08	0.17
0#Altro	0.67	0.17	1.17***
1#Albanese	-1.00***	-0.92***	-1.29***
1#Egiziana	-0.65**	-0.50**	-0.59**
1#Kossovava			
1#Marocchina	-1.00***	-0.93***	-1.29***
1#Altro	(omesso)	(omesso)	(omesso)
_cons	0.08	0.08	0.08
Numero di osservazioni	123	123	123
Pseudo R-quadro	0.245	0.202	0.239

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

La prima evidenza delle regressioni riguarda la sintomatologia dell'area Comportamento, rispetto alla quale si osservano differenze in base al paese di provenienza.

Gli item più ricorrenti sono:

- i disturbi del sonno e, in particolare, la presenza di incubi;
- la presenza di pensieri fissi e ossessivi;
- la presenza di tratti fobici e la paura di specifiche situazioni.

Anche gli altri item per cui si osservano differenze significative afferiscono all'ambito della sintomatologia internalizzante: cambiamenti di umore e tratti persecutori.

Rispetto a tale sintomatologia, le regressioni evidenziano non soltanto un impatto delle esperienze traumatiche (già discusso nella prima parte dell'analisi), ma anche una differenza significativa nell'impatto delle esperienze traumatiche a seconda del paese di provenienza dei minori. In dettaglio, la significatività dei coefficienti porta a concludere che per i minori provenienti dai paesi categorizzati nella voce Altro, tendenzialmente paesi dell'Africa subsahariana, l'effetto della condizione traumatica è più alto rispetto ai minori provenienti dagli altri paesi. In altre parole, per questi paesi non è più alta soltanto l'incidenza della condizione traumatica (come visto nel Grafico 2), ma anche l'intensità della stessa condizione, che a sua volta si riflette in un rischio mediamente più alto sulla sintomatologia descritta.

Un'ulteriore approfondimento analitico, proposto di seguito, riguarda la significatività dei differenziali di intensità dei comportamenti a rischio a seconda della presenza o meno di un'esperienza traumatica multipla, definita come presenza congiunta di almeno due definizioni di trauma tra quelle fin qui utilizzate. Un primo aspetto che emerge è legato al maggior numero di item per cui si osserva una differenza di intensità del rischio sulla base della presenza o meno di più fonti di trauma. Da un punto di vista quantitativo ciò indica che il vissuto multitraumatico riesce a discriminare maggiormente il campione rispetto ai livelli di rischio associati a ciascun item dell'area Comportamento (vedi Tabella 12).

Tabella 12. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e presenza di un vissuto multi-traumatico – valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = “nessun rischio”; 2 = “rischio elevato”).

Item dell'area comportamento	Presenza di più fonti di trauma		
	No	Si	Diff.
Difficoltà nell'addormentamento	0.33	0.9	0.57*
Incubi	0.06	0.62	0.56*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.31	0.85	0.54*
È sospettoso	0.51	0.98	0.47
Ha continui cambi dell'umore	0.41	0.87	0.46*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.47	0.88	0.41*
Difficoltà nel risveglio	0.42	0.79	0.37*
Ha paura di specifiche situazioni	0.14	0.5	0.36*
Agisce senza riflettere o senza apparente considerazione per le conseguenze negative delle proprie azioni	0.83	1.17	0.34*
Assume solo alcuni cibi	0.42	0.75	0.33*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.01	0.34	0.33*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.52	0.85	0.33*
Non riesce a concentrarsi e/o a mantenere l'attenzione a lungo	0.82	1.12	0.30*
Tende a dormire di meno degli altri ragazzi	0.12	0.4	0.28*
Tende a dormire di più degli altri ragazzi	0.34	0.61	0.27*
Si sente eccessivamente colpevole	0.08	0.35	0.27*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

In dettaglio, le aree del comportamento su cui il vissuto multitraumatico ha un effetto significativo sono sostanzialmente le stesse rispetto a quanto osservato con le analisi delle singole definizioni di trauma. Quello che qui cambia è il livello delle differenze, mediamente più alto rispetto a quanto visto sopra. Le aree interessate sono quelle del sonno, della presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione); coerentemente con quanto detto sopra, non si rilevano relazioni significative tra il vissuto multitraumatico e la sfera delle autonomie, della sessualità, dell'alimentazione e del consumo di sostanze.

Relazione tra i segnali di rischio nell'area Adattamento al nuovo contesto e la presenza di esperienze traumatiche

Considerando i differenziali osservati nell'intensità dei segnali di rischio nell'area dell'adattamento al nuovo contesto tra i minori stranieri non accompagnati con e senza traumi pregressi, non emerge una significatività rilevante delle relazioni tra presenza di traumi e segnali di rischio nell'adattamento al nuovo contesto.

La Tabella 13 mostra i soli item per i quali si osservano differenze significative, nell'area dell'adattamento al nuovo contesto, tra chi ha vissuto e chi non ha vissuto le varie esperienze traumatiche, a seconda della tipologia di trauma considerata.

Tabella 13. Relazione tra i sintomi dell'area di adattamento al nuovo contesto e la presenza di un vissuto traumatico – valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = “nessun rischio”; 2 = “rischio elevato”).

Item dell'area adattamento	Traumi nel paese di origine		
	No	Si	Diff.
È tendenzialmente oppositivo (con gli adulti)	0.42	0.71	0.29*
È selettivo nelle attività	0.8	1.07	0.27*
È sfidante e oppositivo alle regole	0.42	0.69	0.27*
Tende ad instaurare legami conflittuali	0.46	0.71	0.25*
Item dell'area adattamento	Traumi fisici		
	No	Si	Diff.
È selettivo nelle attività	0.85	1.22	0.37*
Item dell'area adattamento	Condizioni del viaggio fortemente traumatiche		
	No	Si	Diff.
È tendenzialmente oppositivo (con gli adulti)	0.38	0.75	0.37*
Ha un'idea realistica del proprio futuro	1.11	1.4	0.29*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Si nota come coloro che hanno subito dei traumi nel paese di origine siano maggiormente oppositivi con gli adulti, più selettivi nella attività, più oppositivi e sfidanti rispetto alle regole da rispettare, più propensi degli altri a instaurare relazioni conflittuali. Va sottolineato come l'intensità delle differenze osservate, seppur significativa, sia comunque inferiore a quanto osservato per l'area del comportamento.

Non si rilevano segnali di rischio nell'area Adattamento discriminanti tra i due gruppi di minori stranieri non accompagnati, definiti sulla base dell'esposizione a separazioni prolungate o a lutti nel paese di origine.

Una tendenza alla selettività delle attività proposte dal nuovo contesto è l'unico effetto significativo correlato alla presenza di traumi fisici.

Infine, guardando all'effetto delle condizioni traumatiche del viaggio migratorio sui segnali di rischio dell'area Adattamento, le uniche differenze significative riguardano il rapporto oppositivo nei confronti degli adulti e la capacità di pensare in maniera realistica al proprio futuro.

Come per l'area del Comportamento, è stata svolta l'analisi controllando per paese di provenienza e poi prendendo in esame la definizione di vissuto multitraumatico. I valori bassi osservati per le significatività delle relazioni non mutano, né controllando per paese di provenienza, né utilizzando come variabile discriminante la presenza di più fonti di traumi.

Al di là delle considerazioni desumibili dai valori contenuti nella Tabella 13, non sembra quindi possibile definire un pattern chiaro per le relazioni tra presenza di esperienze traumatiche e segnali di rischio nell'area dell'Adattamento al nuovo contesto.

Discussione e conclusioni

Il presente studio conferma quanto evidenziato dalla letteratura rispetto alla maggiore fragilità e vulnerabilità dei ragazzi che affrontano un viaggio migratorio da soli in adolescenza. È necessario premettere che l'analisi effettuata presenta alcuni limiti e criticità legati soprattutto alle caratteristiche dello strumento utilizzato. In primo luogo, la GOSR, essendo una griglia di osservazione descrittiva compilata dagli educatori delle comunità socioeducative, non è uno strumento autodescrittivo; tiene quindi conto del vertice osservativo del contesto educativo (équipe educative della comunità) e, per il momento, non comprende il punto di vista del ragazzo. In secondo luogo, lo strumento GOSR non è ancora stato validato esternamente e non è dunque al momento confrontabile con strumenti di altro tipo. Tali riflessioni hanno contribuito a procedere con ulteriori ricerche, attualmente in corso.

Inoltre, è in corso una integrazione dello strumento su alcune aree di funzionamento significative, quali un approfondimento sulle dipendenze e sull'utilizzo di sostanze.

Tenendo conto dei limiti sopra indicati, si può comunque affermare che, dai risultati emersi, il nostro campione di minori stranieri non accompagnati con vissuti traumatici presenta maggiori aspetti di problematicità,

e quindi di rischio psicopatologico, nell'area del comportamento rispetto all'area dell'adattamento a un nuovo contesto, e questo, sia per quanto riguarda gli aspetti relazionali, sia per quel che concerne il rispetto delle regole della struttura ospitante. In quest'ultima area si osservano in particolare problematiche relative alle difficoltà relazionali, quali opposizione alle regole e agli adulti, legami conflittuali, selettività nelle attività proposte.

Nei minori che hanno vissuto eventi stressanti e potenzialmente traumatici nelle storie di sviluppo e nei minori che hanno affrontato viaggi migratori particolarmente stressanti e potenzialmente traumatici si riscontra una presenza significativa di segnali di rischio legati a una possibile evoluzione verso tratti sintomatologici. In particolare, gli item maggiormente correlati con i vissuti traumatici risultano essere quelli riferiti a una sintomatologia su un versante internalizzante piuttosto che esternalizzante.

I minori del nostro campione con vissuti traumatici sono più propensi a sviluppare difficoltà nell'area del sonno, ovvero presenza di incubi o difficoltà nell'addormentamento, alimentazione sregolata, preoccupazioni eccessive e difficoltà di attenzione. Si riscontra, invece, una minore correlazione tra presenza di vissuti traumatici e tratti aggressivi, che appaiono significativi solo per i soggetti che hanno avuto esperienze traumatiche legate al viaggio migratorio.

Un ulteriore approfondimento riguardante le differenze nei MSNA con diversa nazionalità ha evidenziato la presenza di maggiori traumi e traumi multipli (presenti nella storia di sviluppo e nel viaggio migratorio) per la popolazione proveniente dalle zone dell'Africa subsahariana. Questa popolazione presenta, inoltre, una maggiore presenza di incubi, paure di specifiche situazioni e pensieri fissi.

Questa prima analisi dei dati raccolti attraverso lo strumento GOSR evidenzia, in linea con quanto sottolineato dalla letteratura, sia nell'area dell'adattamento al nuovo contesto sia in quella del comportamento segnali di rischio per i MSNA che hanno vissuti traumatici nella propria storia anamnestica e migratoria, a conferma della vulnerabilità di tale popolazione. I pattern comportamentali evidenziati fanno presumere che i vissuti potenzialmente traumatici e stressanti colti nella parte anamnestica svolgano un ruolo importante nel funzionamento del minore e nel suo adattamento al nuovo contesto di vita, andando ad aggiungere una complessità maggiore in situazioni già di per sé fragili. In molti casi, la configurazione dei sintomi presenti nei MSNA che presentano tali problematiche richiede un approfondimento diagnostico per valutare la presenza di un franco disturbo da stress post-traumatico o di diagnosi differenziali, sia con altri disturbi di adattamento, sia con altri quadri psicopatologici. Tuttavia, anche prima di un accesso ai servizi specialistici, un'osservazione attenta e condivisa sul minore da parte delle nuove figure di riferimento può rappresentare uno strumento prezioso per fornire interventi precoci e mirati e favorire un adattamento più armonico dei minori nel nuovo contesto di vita.

Ringraziamenti

Si ringrazia l'équipe dell'Area Migrazione, UONPIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico: dott.ssa Sofia Trezzi, dott.ssa Paola Maffei, dott.ssa Giulia Chitolina, dott.ssa Laura Marando, dott.ssa Laura Bernardini, dott.ssa Silvia Beghelli, dott.ssa Chiara Bellantoni, dott.ssa Chiara Zandrini, dott.ssa Chiara Fornoni, Dott.ssa Martina Vardaro, dott. Stefano Piccioni, dott. Moreno De Zolt Ponte, Ass. Soc. Franca Carminati, dott.ssa Giovanna Minniti, dott.ssa Eva Toccagni, dott.ssa Ginevra Torlasco, dott.ssa Francesca Bruno, dott.ssa Stefania Cristina. Si ringraziano la dott.ssa Dina Garroni e la dott.ssa Giovanna Pizzinato per l'importante contributo a tutto il lavoro di stesura della griglia.

Si ringraziano la dott.ssa Vittoria Ardino, presidente SISST, che forma e supervisiona la nostra équipe clinica, e i partecipanti al tavolo comunità socioeducative sulla cura del trauma e sui disturbi correlati al trauma .

Si ringraziano le comunità socioeducative che hanno partecipato attivamente alla costruzione dello strumento e in particolare: Fondazione Casa del Giovane La Madonnina, Istituti Milanesi Martinitt e Stelling (IMMES), Comunità Oklahoma ONLUS, Comunità KAYROS ONLUS, Fondazione Fratelli di San Francesco d'Assisi onlus, SOS Giovani onlus e tutte le comunità socioeducative in convenzione con il Comune di Milano che hanno partecipato al tavolo e alla compilazione e hanno dato un contributo importante nelle formazioni e supervisioni.

Si ringrazia il terzo settore e in particolare la Fondazione l'Aliante e la Cooperativa Terrenuove, che hanno contribuito alla discussione e alla stesura della GOSR all'interno del tavolo di lavoro.

Chi fosse interessato a visionare lo strumento e a un eventuale utilizzo, può fare richiesta inviando una mail a migrazione.npia@gmail.com.

Barbara Dal Lago, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Chiara Berrini, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Rossana Mazzoni, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Andrea Trapani, CODICI | Ricerca e intervento.

Cecilia Pennati, CODICI | Ricerca e intervento.

Francesco Fattori, CODICI | Ricerca e intervento.

Antonella Costantino, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014), *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Achenbach T. (1991), *Sistema per la valutazione multiassiale su base empirica: child behavior checklist- youth self-report- teacher's report-form ASEBA*, <https://emedea.it/medea/it/istituto-it/strumenti-aseba>
- ANPAL Servizi (2018), *La presenza dei migranti nella città metropolitana di Milano*, Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, www.integrazionemigranti.gov.it
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. e Geraci S. (2013), *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, “Annali dell'Istituto Superiore di Sanità”, 49, 169-175.
- Baubet T. e Moro M.R. (2009), *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koiné, Roma.
- Bean T., Eurelings-Bontekoe E., Mooijaart A. e Spinhoven P. (2006), *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, “Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research”, 33(3), 342-55.
- Bean T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. 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.
- J.M. Berry (1989), *The interest group society*, Scott Foresman, Glenview.
- Caldarozzi A. (a cura di), (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti silo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, Varigrafica Alto Lazio, Nepi.
- Carlson B.E., Cacciatore K. e Klimek B., (2012), *A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors*, “Soc. Work”, 57(3), 259-69.
- Caroppo E., Del Basso G. e Brogna P. (2014), *Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale*, “REMHU”, 43, 99-116.
- Celikakso A. e Wadensjö E. (2015), *Unaccompanied Minors and Separated Refugee Children in Sweden: An Outlook on Demography, Education and Employment*, IZA Discussion Papers 8963, IZA Institute of Labor Economics, <http://ftp.iza.org/dp8963.pdf>
- Charles L. e Denman K. (2013), *Syrian and Palestinian Syrian Refugees in Lebanon: the Plight of Women and Children*, “JIWS”, 14, 5.
- Connor D.F., Ford J.D., Arnsten A.F. e Greene C.A. (2015), *An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents*, “Clinical Pediatrics”, 54(6), 517-528.
- DeSocio J. e Hootman J. (2004), *Children's mental health and school success*, “J Sch Nurs”, 20, 189-96.
- Derluyn, I., Mels, C. e Broekaert, E. (2009), *Mental health problems in separated refugee adolescents*, “Journal of Adolescent Health”, 44, 291-297.
- Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, Ministero dell'Interno (2019), *Cruscotto statistico*, <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero>

- Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2019), *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio dati al 31 dicembre 2019*, www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Pagine/Dati-minori-stranieri-non-accompagnati.aspx
- Drozdek B. e Wilson J.P. (2007), *Voices of trauma: Treating Psychological Trauma Across Cultures*, Springer Science, New York.
- El Baba R. e Colucci E. (2017), *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.
- Fazel M., Reed R. V., Panter-Brick C. e Stein A. (2012), *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors*, "The Lancet", 379(9812), 266-282.
- Finklestein M. e Zahava S. (2009), *Cumulative Trauma, PTSD and Dissociation Among Ethiopian Refugees in Israel*, "Journal of Trauma and Dissociation", 10(1), 38-56.
- German M., Gonzales N.A. e Dumka L. (2009), *Familism Values as a Protective Factor for Mexican-origin Adolescents Exposed to Deviant Peers*, "Journal of Early Adolescence", 29(1), 16-42.
- Girelli C. e Achille M. (2000), *Da istituto per minori a comunità educative. Un percorso pedagogico di de-istituzionalizzazione*, Erickson, Trento.
- Harris M.E. e Falloot R.D. (2001), *Using trauma theory to design service systems*, Jossey-Bass.
- Hassan G., Ventevogel P., Jeeff-Bahloul H., Barkil-Oteo A. e Kirmayer L.J. (2016), *Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict*, "Epidemiol Psychiatr Science", 25(2), 129-41.
- Hodes M., Jagdev D., Chandra, N. e Cunniff A. (2008), *Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723-732.
- Huemer J., Karnik N. S., Voelkl-Kernstock S., Granditsch E., Dervic K., Friedrich M.H. e Steiner H. (2009), *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health", 3, 13.
- Jacobsen M., Demott M.A. e Heir T. (2014), *Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway*, "Clinical Pract Epidemiol Ment Health", 10, 53-8.
- Jensen T.K., Skardalsmo E.M.B. e Fjermestad K.W. (2014), *Development of mental health problems—a follow-up study of unaccompanied refugee minors*, "Child Adolesc Psychiatry Ment Health", 8, 29.
- Mueser K.T., Goodman L.B., Trumbetta S.L., Rosenberg S.D., Osher F.C., Vidaver R., Auciello P. e Foy D.W. (1998), *Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness*, "J Consult Clin Psychol", 66(3), 493-9.
- Ranchetti G. (2015), *Il percorso identitario degli adolescenti di origine straniera tra culture affettive e identità culturali*, FrancoAngeli, Milano.



- Perfect M.M., Turley M.R., Carlson J.S., Yohanna J. e Saint Gilles, M.P. (2016), *School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015*, "School Ment Health", 8, 7-43.
- Salari R., Malekian C., Linck L., Kristiansson R. e Sarkadi A. (2017), *Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care*, "Scandinavian journal of public health", 45(6), 605-611.
- Smid G.E., Lensvelt-Mulders G.J., Knipscheer J. W. Gersons, B.P. e Kleber R.J. (2011), *Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms*, "Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology", 40(5), 742-755.
- Sourander A. (1998), *Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors*, "Child abuse & neglect", 22(7), 719-727.
- Tam S.Y., Houlihan S. e Melendez-Torres G.J. (2015), *A systematic review of longitudinal risk and protective factors and correlates for posttraumatic stress and its natural history in forcibly displaced children*, "Trauma, Violence e Abuse", 4, 377-395.
- 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 risiedenti in comunità*, "Infanzia e Adolescenza", 11, 47-64.
- Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E. e Derluyn I. (2014), *Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors*, "European Child and Adolescent Psychiatry", 23, 337-46.
- Vervliet M., Meyer Demott M.A., Jakobsen M. e Broekaert E. (2014), *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, "Scandinavian Journal of Psychology", 55, 33-7.
- UNICEF-UNCHR (2005), *Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin*, Committee on the rights of the child, 39th session, 17 may-3 june 2005, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC6.pdf>
- UNICEF (2016), *Annual Results Report*, UNICEF Publications.
- Whitfield J.B., Gillespie N.A., Williams B., Heath A.C. e Martin N.G. (2005), *The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression*, "Psychological Medicine", 35(1), 101-11.