

riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Al momento, gli orientamenti che hanno evidenziato risultati interessanti con dati d'efficacia per la cura del PTSD nei MSNA (Demazure *et al.*, 2017) sono l'approccio sistemico e soprattutto la terapia cognitivo-comportamentale.

Trattamenti di terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

La rassegna di Demazure *et al.* (2017) presenta tutti gli interventi, rivelatisi efficaci, per i minori rifugiati, evidenziando che l'utilizzo della CBT, nelle sue diverse varianti, può produrre una remissione significativa di tutti i sintomi del PTSD e del lutto traumatico, rispetto ai gruppi di controllo. Questi interventi hanno portato a una riduzione dei sentimenti di solitudine e disperazione, alla normalizzazione delle reazioni dei minori rifugiati e a significative diminuzioni dei sintomi di PTSD, dei sintomi intrusivi e delle difficoltà comportamentali. La CBT contiene un ventaglio molto vasto d'interventi e protocolli per il trattamento del trauma psicologico tra cui la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) e la Narrative Exposure Therapy, efficaci anche con popolazioni di MSNA.

I vari modelli inclusi nella CBT (Foschino Barbaro e Mancini, 2017) procedono attraverso una prima fase orientata alla "stabilizzazione" ovvero al ripristino o alla creazione di un senso di sicurezza nel minore, attraverso lo sviluppo di capacità di autoregolazione emotiva e comportamentale; una seconda fase finalizzata all'esposizione e al processamento delle memorie traumatiche e una fase finale dedicata al consolidamento delle abilità apprese in itinere e alla promozione degli aspetti di resilienza.

La Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) di Cohen, Mannarino e Deblinger (2006) è il modello d'intervento psicoterapeutico per il trattamento dei disturbi trauma-correlati in età evolutiva, che vanta un'ampia mole di dati di efficacia, mostrandosi ugualmente valido per diversi target di popolazione e in diversi contesti di applicazione. La TF-CBT è stata testata sistematicamente e rigorosamente dagli autori, principalmente con giovani vittime di abusi sessuali. Questo modello è valido per i bambini di età compresa tra 3-18 anni ed è raccomandato per i giovani con traumi complessi, con comprovata efficacia per i minorenni rifugiati. L'implementazione di tale forma d'intervento favorisce, rispetto ad altri approcci terapeutici, un costante e significativo miglioramento della sintomatologia da PTSD, in particolare per i sintomi di evitamento e di attivazione fisiologica; moderata appare anche la riduzione degli stati depressivi, dei sintomi d'ansia e delle problematiche comportamentali associate. Le sue componenti sono riassunte dall'acronimo PRACTICE (psicoeducazione e abilità dei caregiver, rilassamento, modulazione affettiva, elaborazione cognitiva, narrazione del trauma, esposizione in vivo, sessione congiunta di minore/caregiver e miglioramento della sicurezza e delle competenze future). Lo studio di Unterhitzberger *et al.* (2019) ha coinvolto 26 minori rifugiati con 15 sedute di TF-CBT e con tre follow-up (post-intervento, dopo 6 settimane, e dopo 6 mesi); i risultati hanno mostrato che, sei mesi dopo, l'84% del campione presentava una remissione significativa di tutti i sintomi del PTSD. La rassegna di Murray *et al.* (2008) ha evidenziato l'elevata sensibilità culturale della TF-CBT e la possibilità di utilizzarla con i giovani rifugiati. È stato confermato che il livello dei requisiti linguistici può essere adattato al singolo paziente; quindi le competenze linguistiche limitate o il coinvolgimento dei mediatori culturali non dovrebbero essere un ostacolo all'utilizzo della TF-CBT.

La Narrative Exposure Therapy nella versione per l'età evolutiva (KIDNET) (Schacanr *et al.*, 2004; Neumer *et al.*, 2008) è un trattamento breve per la cura dei disturbi trauma-correlati derivanti dall'esposizione a stressor traumatici multipli, la maggior parte degli studi di efficacia sono stati condotti su campioni di minori esposti a esperienze di guerra e terrorismo. Attraverso l'ausilio di materiale ludico e illustrato, il terapeuta guida il minore nella ricostruzione della propria storia di vita affinché ne risulti, alla fine del percorso terapeutico, un raccolto coerente ed integrato. Gli anni di vita sono rappresentati da una corda: al bambino è richiesto di disegnare le principali esperienze vissute lungo la corda, utilizzando i sassi per le esperienze traumatiche e i fiori per indicare gli eventi positivi. Nel caso dei bambini rifugiati, quindi, non ci si limita a concentrarsi solo sulle esperienze avvenute nel loro paese di origine, ma anche sulle esperienze stressanti e potenzialmente

traumatiche nel paese ospitante affinché sia possibile elaborare tutti gli eventi traumatici che potenzialmente potrebbero causare i sintomi del PTSD. Esistono buone prove sull'efficacia della NET già per gli adulti rifugiati (McPherson, 2012; Robjant e Fazel, 2010) e della KIDNET per i minorenni rifugiati non accompagnati. In particolare nel follow-up a 6 mesi, i ragazzi del gruppo KIDNET hanno presentato miglioramenti nel funzionamento complessivo, con una riduzione dei sintomi di PTSD in tutti i cluster (intrusioni, evitamento attivo e passivo, e ipereccitazione) rispetto al gruppo di controllo.

Trattamenti basati su un approccio sistemico

In un approccio sistemico, le relazioni interpersonali all'interno di un gruppo (ad esempio famiglia, amici, colleghi, ecc.) sono considerate come parte della diagnosi di problemi psicologici e conflitti interpersonali. Questo approccio cerca di comprendere l'individuo in relazione al suo ambiente e si focalizza sulle modalità di comunicazione al suo interno. Gli obiettivi delle terapie sistemiche sono il miglioramento delle relazioni e dinamiche di gruppo, compreso il supporto reciproco. Quando i MSNA arrivano nel paese ospitante, si trovano molto spesso a dover affrontare relazioni con i gruppi di pari a scuola, con insegnanti e assistenti sociali che non hanno mai visto prima, senza il sostegno della loro famiglia. L'approccio sistemico garantisce spazi d'ascolto, ricostruendo le dinamiche e i valori familiari per affrontare le problematiche vissute a seguito dell'assenza della loro famiglia e dello shock culturale. I genogrammi, le foto e i giochi di ruolo sono alcuni degli strumenti che possono essere utilizzati per esplorare la storia di vita (Riedinger, 2017).

In una recente rassegna di Demazure *et al.* (2017) è stato presentato uno studio che ha utilizzato tecniche di terapia sistemica per creare un intervento di 10 sessioni su 12 minori rifugiati. Prima dell'intervento, il 75% dei partecipanti presentava alti punteggi di depressione, il 70% aveva punteggi elevati di alessitimia, e il 67% aveva bassi punteggi di autostima. Gli autori hanno riferito riduzioni significative nei punteggi di depressione e alessitimia e significativi aumenti della loro autostima.

7.6.7 Conclusioni

La condizione di vulnerabilità che caratterizza lo scenario di vita dei MSNA espone questa fascia di popolazione ad un maggiore rischio di sviluppare psicopatologie frequentemente non rilevate, ma comunque nella maggior parte dei casi non trattate. In particolare, il disturbo da stress post traumatico difficilmente viene riconosciuto e diagnosticato e, come afferma Ruth Lanius (2013) rappresenta un'epidemia sommersa, nonostante i dati disponibili della ricerca circa la sua diffusione. La sofferenza psicologica, mascherata da sintomi dissociativi e di evitamento nel tentativo di ridurre l'intensità, quali ad esempio l'apatia, il distacco emotivo, l'intorpidimento che sovente vengono scambiati per pigrizia, disinteresse, disimpegno o congelamento. La comprensione degli esiti dell'esposizione a esperienze traumatiche multiple impone di considerare la coesistenza di vulnerabilità e resilienza, come un doppio binario, un intreccio di danno e resistenza, in cui i sintomi traumatici, come una "resilienza paradossale", rappresentano l'unica possibilità di sopravvivenza pur se disfunzionale. È importante che tutte le figure coinvolte, dall'arrivo alla presa in carico, tutti i contesti in cui i ragazzi sono inseriti possano essere in grado di riconoscere fattori di rischio e di protezione, di identificare precocemente i significati dei comportamenti disfunzionali e del funzionamento traumatico e di contare tutti su una formazione transculturale. Vanno sempre considerate anche le implicazioni socio-politiche ed etico-filosofiche dell'assistenza e dell'integrazione sociale dei migranti vittime di violenza intenzionale. Le cure dei ragazzi che soffrono di patologie post-traumatiche richiedono un approccio complesso che tenga conto di diversi elementi: l'organizzazione dei servizi sociali e di salute mentale, la creazione di una rete assistenziale, le specificità degli interventi psicoterapeutici e il coinvolgimento in tutte le fasi d'intervento della figura del mediatore culturale. In quest'ottica, le comunità d'accoglienza, all'interno di una più ampia rete di servizi sociali e sanitari, potrebbero rappresentare i luoghi della rilevazione e dell'emersione dei bisogni e delle vulnerabilità, assicurando al tempo stesso, una costante azione educativa, di tutela e di costruzione del progetto di vita con il coinvolgimento attivo dei minori. Gli

operatori dei servizi della salute mentale dovranno adottare strumenti di intervento idonei ed efficaci, per pervenire a diagnosi corrette e impostare adeguati piani di intervento, basati sull'evidenza.

Bibliografia

AGIA, U. (2017). L'ascolto e la partecipazione dei minori stranieri non accompagnati in Italia. *Rapporto finale attività di partecipazione, 2018*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry*, 28(4), 307.

Gorffredo M. & Foschino Barbaro, M. G., Il trauma interpersonale infantile in (a cura di) Barbaro, M. G. F., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*, Franco Angeli, 2017.

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

Cismai (2020). Requisiti minimi per la presa in carico integrata dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), disponibile a <https://cismai.it/download/documento-requisiti-minimi-per-la-presa-in-carico-integrata-dei-minori-stranieri-non-accompagnati/>.

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). Treating survivors of child abuse: Psychotherapy for the interrupted life. Guilford Press.

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.

Demaria C. (2016) Intersezionalità e femminismo transnazionale tra costruttivismo, post-strutturalismo e 'performance' epistemologiche, in *Scienza & Politica*, vol. XXVIII, 54, p. 71-85.

Demazure, G., Gaultier, S., & Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), 447-466.

Fondazione, I. S. M. U. (2019). A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia. disponibile a https://www.unicef.it/Allegati/A_un_bivio_Report.pdf.

Hicks, J. A., & King, L. A. (2009). Positive mood and social relatedness as information about meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 471-482.

Foschino Barbaro, M. G., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli, 2017.

Goffredo M. & Foschino Barbaro, M. G., Il trauma interpersonale infantile in (a cura di) Barbaro, M. G. F., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*, Franco Angeli.

Lahad, M., & Leykin, D. (2015). The Integrative Model Of Resiliency: The" BASIC Ph" Model, Or What Do We Know About Survival?. *Resiliency: Enhancing coping with crisis and terrorism*, 119, 71.

Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2012). L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta. Roma: Giovanni Fioritti Editore.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.

McPherson, J. (2012). Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence?. *Research on Social Work Practice*, 22(1), 29-42.

Moro, M. R. (2003). Parents and infants in changing cultural context: Immigration, trauma, and risk. *Infant Mental Health Journal*, 24, 240-264.

Murray, L. K., Cohen, J. A., Ellis, B. H., & Mannarino, A. (2008). Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 585-604.

Neuner F., Catani C., Ruf M., Schauer E. et al. (2008), Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 3, 641-664.

Orsini, A. (2019). Sociologia della radicalizzazione. *Rivista di politica*.

PAHO - Pan American Health Organization (2005) Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents, disponibile a <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/708>.

Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4(1), 131.

Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D. (2017). Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 880-894.

- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039.
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2003). Are refugee children an at risk group? A longitudinal study of Cambodian adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 16(1), 67-81.
- Sayad, A. (2002). La doppia assenza. *Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, 44.
- Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5-6.
- Schauer E., Neuner F., Elbert T., Ertl V. et al. (2004), Narrative Exposure Therapy in Children: A Case Study, *Intervention*, 2, 1, 18-32.
- Schimmenti, V., D'Atena, P. (2008). Incontrarsi nelle differenze. Percorsi di integrazione. FrancoAngeli.
- Sharabany, R., Israeli, E. (2008). The dual process of adolescent immigration and relocation: From country to country and from childhood to adolescence. Its reflection in psychodynamic psychotherapy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 63, 137-162.
- Skriskandarajah, V., Neuner, F., & Catani, C. (2015). Parental care projects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problem. *BMC psychiatry*, 15(1), 203.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*, 405.
- Terres des Hommes (2017) Guida al Modello Faro: Salute Mentale e Supporto Psicosociale a minori migranti non accompagnati e a famiglie con bambini in prima accoglienza, disponibile a <https://terredeshommes.it/download/GuidaFARO-2017.pdf>.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American journal of orthopsychiatry*, 81(1), 1.
- Unicef & MDM Médecins du Monde (2018) Enea. Manuale operativo per la presa in carico psicosociale dei minori stranieri non accompagnati, disponibile a https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/enea-manuale_operativo.
- Unicef & Reach (2017) Children on the move in Italy and Greece. Report June 2017, disponibile a <https://www.unicef.org/eca/media/921/file/REACH%20report%202017.pdf>.
- Unterhitzberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 1-10.
- Villano, P. (2005). Minori due volte: i figli dell'immigrazione. In G. Speltini (a cura di), *Minori, disagio e aiuto psicosociale* (pp. 201-228). il Mulino.
- Ward, C. A., Bochner, S., & Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock*. Psychology Press.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Disponibile a <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

APPROFONDIMENTO: PROGETTO REGIONE PUGLIA DI RICERCA-AZIONE SULLA PRESA IN CARICO PSICO-SOCIO-SANITARIA DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI, PARTICOLARMENTE VULNERABILI, OSPITI NELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

Contesto

Nel maggio 2017 la Regione Puglia è stata interessata da un fenomeno importante di sbarchi di minori stranieri non accompagnati provenienti, in prevalenza, dal Nord Africa.

L'accoglienza di questi ragazzi, fortemente provati dall'esperienza traumatica del viaggio, ha determinato un impatto forte sull'intero sistema di accoglienza che, per quanto sensibile e qualificato, si è spesso sentito "inadeguato" a/per fornire risposte celeri e significative.

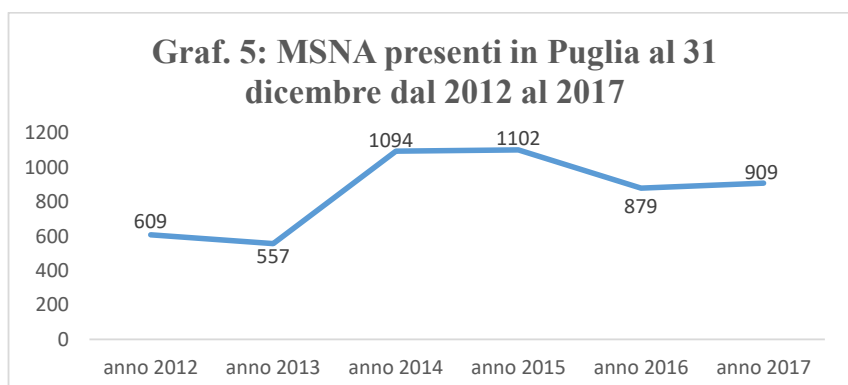
Da qui l'idea di mettere a punto in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria (AReSS) un progetto di ricerca-azione⁴⁷⁸, finalizzato all'osservazione del fenomeno, ai processi di presa in carico, secondo il modello definito dalle *LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETÀ*, approvate con D.G.R. n. 1878 del 30 Novembre 2016⁴⁷⁹.

Obiettivo del documento di Linee guida è proprio quello di garantire i diritti delle persone minori "contro ogni forma di violenza, maltrattamento, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, cognitivo, spirituale, morale e sociale e di fornire orientamenti organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento".

Le Linee Guida, rappresentano la cornice di riferimento per servizi e professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella tematica, forniscono indicazioni concrete e operative sulla presa in carico e promuovono un modello di intervento uniforme e ad alta integrazione socio sanitaria.

I numeri. I MSNA in Puglia dal 2011 al 2017

La Puglia ha vissuto, come le altre regioni d'Italia, l'emergenza Nord Africa a seguito della Primavera araba. Nel febbraio 2011 l'Italia dichiarò, infatti, lo stato di emergenza umanitaria in conseguenza del flusso straordinario di persone che arrivò nel nostro paese.



⁴⁷⁸ Carla Izzi, Irene Pellizzaro, (a cura di), *Report della Ricerca-azione per la presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA* (progetto AReSS – Servizio Minori, Famiglie e Pari Opportunità Regione Puglia)

⁴⁷⁹ <https://www.regione.puglia.it/web/pari-opportunita/contro-la-violenza-sui-minori>

I numeri sui MSNA in Puglia emergono anche da un'indagine nazionale sui "Minori fuori famiglia" promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze. L'indagine ha riguardato tutta la nazione e per la Puglia è stata condotta dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere in collaborazione con l'Ufficio Statistico della Regione Puglia che ha garantito il supporto tecnico per la raccolta, le metodologie di validazione, la stima e l'elaborazione dei dati raccolti.

Si tratta di una rilevazione che indaga il fenomeno dei minori fuori famiglia in Puglia attraverso la somministrazione di un questionario inviato a tutti i Comuni pugliesi⁴⁸⁰.

La ricerca ha interessato il 76% dei comuni pugliesi, una percentuale alta ma anche significativa perché sono stati restituiti i dati di tutti i comuni capoluogo unitamente ai comuni più grandi della regione. Dall'analisi è emersa, al 2017, la presenza di 2675 minori fuori famiglia di cui il 34,1% sono MSNA, un valore assoluto pari a 913 minori; si consideri che una proiezione sul totale dei comuni stima la presenza di 1032 MSNA sull'intero territorio regionale, un numero maggiore rispetto al dato al 2017 del MLPS.

La rilevazione conferma che si tratta di minori di sesso maschile per una percentuale di oltre il 93% e che la classe di età più diffusa è quella compresa tra i 15 e i 17 anni (91,4% dei casi).

La quasi totalità dei minori, con una percentuale pari al 96,1%, è accolta nelle strutture residenziali, nella quasi totalità comunità educative (84,3%), suddivisi per quasi un terzo nella provincia di Bari (29,3%), seguono Brindisi (23,8%), Taranto (23,5%) e Lecce (14,8%).

Le rilevazioni condotte nelle annualità 2018-2019 registrano un calo significativo delle presenze dei MSNA sul territorio pugliese.

Obiettivi e finalità del progetto

L'obiettivo primario che il progetto ha inteso percorrere, è mettere a sistema un processo di protezione che arrivi alla definizione di un sistema organico e integrato di presa in carico psico-socio-sanitaria attraverso l'individuazione precoce dei segni di disagio dei MSNA.

Un processo, quindi, che ha come obiettivo la tutela dei diritti fondamentali del minore migrante solo, la tutela e promozione della salute, il raggiungimento del suo benessere fisico, sociale e psicologico. Si tratta dunque di implementare un modello efficace ed efficiente di presa in carico precoce, integrato e multidisciplinare in grado di rispondere all'esigenza di garantire la piena emersione, valutazione, trattamento, e cura psicosociale del MSNA.

La finalità dell'implementazione di un modello operativo di presa in carico precoce delle vulnerabilità, è quella di promuovere e rafforzare le capacità istituzionali dei soggetti coinvolti nella presa in carico, per favorirne l'integrazione e assicurarne la tutela della salute. Mirare dunque ad una *governance* più efficace per garantire il pieno accesso ai servizi socio sanitari offerti, la piena integrazione sociale, ovvero il pieno riconoscimento dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione Italiana primi fra tutti il diritto alla salute.

Il percorso operativo proposto tiene conto dell'evoluzione legislativa recente (Legge n. 47 del 2017), delle esperienze operative dei vari attori sociali e sanitari coinvolti nel sistema di accoglienza, nonché della DGR Puglia 1878/2016 sulla presa in carico dei minorenni vittime di violenze e maltrattamenti e delle Linee di indirizzo nazionali e sovranazionali in materia di vulnerabilità dei MSNA. Si è cercato, dunque, di definire un

⁴⁸⁰ Ufficio Statistico Regione Puglia, (2019), *I minori fuori famiglia e quelli stranieri non accompagnati, in Puglia, Anno 2017*, Focus n.3/2019:

https://www.regione.puglia.it/documents/359604/516486/I+MFF+E+MSNA+IN+PUGLIA_Focus+n+3_2019.pdf

sistema da co-costruire in forma inter-istituzionale attraverso la definizione di politiche, prassi e procedure uniformi, mirate e specifiche. Il presente report illustra le modalità con cui sono state condotte le attività progettuali, fornendo uno spaccato del percorso di lavoro, delle metodologie utilizzate, della condivisione di dati e strumenti con gli attori istituzionali e del mondo dell'università e della ricerca, con i quali sono stati condivisi gli obiettivi e le finalità del progetto.

Il progetto MSNA ha mutuato dalle Linee Guida Regionali le fasi dell'intervento per garantire anche a questo particolare target di minorenni tutte le fasi di intervento atte alla tutela e alla protezione della salute globale del minore stesso, attraverso la rilevazione, la valutazione, la cura e il trattamento del trauma per le violenze subite.

Infatti, è proprio grazie al modello ecologico di intervento⁴⁸¹ e all'approccio sistemico relazionale⁴⁸² previsto dalle Linee Guida, che si è sperimentato e adattato uno specifico percorso di individuazione precoce delle vulnerabilità e fragilità dei MSNA con lo scopo di prevenire l'insorgere di psicopatologie e definendo così una presa in carico globale e tempestiva del minore, garantendo in tal senso, la sua effettiva e piena integrazione nel nuovo contesto di vita in cui esso si trova.

Il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, rappresenta un insieme coordinato ed integrato degli interventi socio-sanitari finalizzati sia a prevenire o rimuovere la situazione di vulnerabilità psicologica/psicopatologica in cui questi si trova, sia a promuovere il benessere del minore straniero non accompagnato.

Il percorso operativo prevede, infatti, il coinvolgimento specifico, oltre che degli attori socio sanitari individuati dalle linee guida regionali, anche degli operatori della comunità di accoglienza, promotori e conservatori del benessere del MSNA, riconoscendone le professionalità, la valenza educativa e sociale, il quotidiano lavoro volto all'integrazione sociale. Si tratta di un processo complesso che implica l'azione sinergica di diversi attori per garantire una adeguata gestione di ogni singolo caso e una riduzione del rischio di vittimizzazione secondaria, delle conseguenze sulla sfera emotiva e relazionale che scaturiscono dall'interazione tra la vittima e il sistema delle istituzioni. Ma è chiaramente necessario per creare le premesse materiali, sociali e psicologiche di integrazione del MSNA nel nuovo contesto di vita e si inserisce all'interno di un percorso riparativo atto a favorire l'adeguata ripresa del processo evolutivo del minore, riducendo così i rischi di uno sviluppo patologico.

Gli Attori della presa in carico dei MSNA

In questo processo la *Comunità Di Accoglienza* rappresenta il luogo dove avviene l'emersione del bisogno, e, attraverso il lavoro quotidiano degli operatori, ha la funzione di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità. La *Comunità di Accoglienza* persegue l'obiettivo di assicurare una costante azione educativa, assistenza e tutela, gestione della quotidianità ed organizzazione della vita, attraverso il coinvolgimento dei minori in tutte le attività di espletamento della vita quotidiana come momento a forte valenza educativa, stesura di progetti educativi individualizzati, gestione delle emergenze, socializzazione e animazione⁴⁸³. La comunità di accoglienza gioca dunque un ruolo centrale e strategico nel garantire azioni protettive, di contenimento e rafforzamento, nell'individuazione e nell'emersione precoce, nella successiva valutazione di eventuali vulnerabilità e nel contribuire alla realizzazione di un piano terapeutico assistenziale di cura. Infatti, la comunità di accoglienza ha la regia del patrimonio documentale del MSNA, ne custodisce la storia personale, anche eventuali esperienze traumatiche; ed è proprio grazie al bagaglio di informazioni, raccolto durante l'accoglienza, che la comunità garantisce l'acquisizione di informazioni utili a ricostruire la storia personale, il

⁴⁸¹ World Health Organization (2006), *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*.

⁴⁸² Bateson, G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

⁴⁸³ Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n. 4 e s.m.i, attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19.

viaggio migratorio, la posizione giuridica, la situazione sanitaria ed a tracciare lo stato di salute psico-fisico del MSNA. L'individuazione precoce dei segnali di malessere ed eventualmente dei disturbi post traumatici da stress rappresentano dunque il primo step per rispondere celermente al benessere psico-fisico del minore straniero non accompagnato, oltre a garantire la sua piena integrazione nel contesto di accoglienza. La struttura di accoglienza, nel percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità garantisce:

- attività di prevenzione delle vulnerabilità attraverso un setting accogliente, rispettoso delle esigenze e delle specificità del minore nonché una relazione di fiducia ed empatica per favorire l'adattamento;
- interventi di natura protettiva del MSNA di forte intesa con il Servizio Sociale Professionale, sviluppando percorsi socio educativi personalizzati;
- attenta e precoce individuazione di possibili vulnerabilità e fragilità dei MSNA attraverso l'osservazione attenta e l'ascolto partecipato;
- raccolta dati del MSNA dopo i primi 30 gg di permanenza in struttura e nell'arco dell'accoglienza attraverso gli strumenti per la rilevazione e l'emersione delle vulnerabilità (Allegato A e Allegato B);
- tempestivo invio condiviso con il tutore e il Servizio Sociale Professionale, all'Equipe Integrata Multidisciplinare territoriale;
- elaborazione del progetto educativo individuale (PEI) in collaborazione con il minore, il servizio sociale professionale, il tutore, ivi presente e in sinergia con gli attori coinvolti nella valutazione, trattamento e cura delle vulnerabilità;
- attuazione del PEI, con particolare attenzione nell'implementazione dello stesso soprattutto nel monitoraggio del suo stato di benessere sociale, psicologico e fisico;
- attività di monitoraggio, in sinergia con gli altri attori deputati alla presa in carico precoce delle vulnerabilità, con l'uso degli strumenti messi a disposizione per la rilevazione ed emersione delle vulnerabilità e gli altri strumenti presenti in struttura (diario di comunità, equipe interne, attività ludiche ecc...).

Nello specifico si individuano tre livelli di presa in carico dei MSNA, ognuno dei quali corrisponde ad una equipe di operatori che realizzano, in sinergia tra loro, il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA:

I livello: Equipe integrate multidisciplinari territoriali.

Le equipe integrate multidisciplinari per la presa in carico e gli interventi relativi alla prevenzione e al contrasto del maltrattamento e della violenza, presenti in ogni ambito, effettuano diagnosi di trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazioni di maltrattamento, incuria, violenza e/o altre esperienze sfavorevoli. Nello specifico percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA, tali Equipe territoriali, rappresentano il primo livello in quanto esse sono in grado di certificare la vulnerabilità del minore e predisporre un piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato atto al superamento della situazione problematica.

Tenuto conto della composizione minima prevista, tali equipe possono, in base alla specificità del caso, avvalersi della competenza di altri professionisti per esempio mediatori culturali, individuati da short list presenti nei Comuni Pugliesi, e/o operatori socio sanitari che grazie all'esperienza e alla formazione specialistica fanno già parte dell'equipe di II livello.

L'accesso al primo livello di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA avviene su richiesta dell'equipe della comunità, che in raccordo con il Servizio Sociale Professionale ed il tutore, ivi presente, richiede una valutazione diagnostica.

Per migliorare, supportare e implementare gli interventi e le azioni proprie dell'Equipe integrata Multidisciplinare Territoriale, l'equipe della comunità di accoglienza metterà a disposizione gli strumenti di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità (Allegato A e allegato B).

Nello specifico, tra i compiti previsti⁴⁸⁴ dell'Equipe Integrata Multidisciplinare territoriale, si menzionano:

- Accoglienza delle richieste di valutazione della vulnerabilità da parte dell'equipe della comunità di accoglienza del MSNA e analisi del rischio.
- Consulenza agli operatori delle strutture di accoglienza che ne fanno richiesta per la valutazione della situazione delle vulnerabilità dei minori stranieri non accompagnati.
- Continuo scambio e confronto di competenze e saperi con gli altri attori coinvolti nella presa in carico.
- Professionalità specifiche (individuate anche all'interno delle equipe per l'accertamento della minore età, presenti in tutte le Asl Pugliesi) ritenute importanti per la definizione del percorso di presa in carico del MSNA.
- Momenti di formazione-informazione all'equipe della comunità, che ne fa richiesta, previo precedenti accordi.
- Co- progettazione e co- costruzione del PEI con gli altri attori coinvolti nell'accoglienza e nella tutela del MSNA, con particolare attenzione al progetto di intervento terapeutico.
- Assistenza psicologica e gestione spazio attrezzato per l'ascolto, gli interventi e le azioni da attivare.
- Monitoraggio e verifica delle azioni e degli interventi messi in atto per il MSNA.

Il livello: Centri specialistici per la cura del trauma interpersonale

L'accesso del MSNA al Centro per la cura del trauma interpersonale avviene su richiesta dell'equipe integrata multidisciplinare territoriale. Esso rappresenta il punto di riferimento e di supporto all'equipe Integrate Multidisciplinari territoriali e tra le sue funzioni è prevista l'attività di presa in carico di casi complessi. Le Linee guida regionali prevedono che il centro specialistico qualificato per la diagnosi e la cura del trauma venga individuato su base provinciale (almeno uno per ogni ASL), attualmente presente e già operativo in quattro delle sei ASL pugliesi.

Oltre alle funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle equipe integrate multidisciplinari territoriali, con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, costruzione e realizzazione del piano degli interventi psicoterapici, il centro si avvale anche di altre competenze professionali individuate secondo la specificità del caso.

Inoltre, per garantire la funzione di supervisione il centro partecipa ad audit clinici trimestrali promossi dal Centro di riferimento Regionale individuato nell'equipe GIADA, presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale pediatrico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico- Giovanni XXIII di Bari.

⁴⁸⁴ "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età". D.G.R. 1878/2016

III livello: Centro di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi precoce e la cura delle condizioni di violenza all'infanzia.

Come definito dalle Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età e citato in precedenza, il III Livello, nonché il Centro di Riferimento Regionale è individuato nell'equipe GIADA, (*Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati*), che opera dal 2000 presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico di Bari, AOU Policlinico-Giovanni XXIII. L'acronimo GIADA evidenzia la centralità dell'approccio globale, interdisciplinare e intersettoriale al fenomeno complessivo della violenza all'infanzia in cui l'integrazione e la sinergia tra servizi, enti ed associazioni, rappresenta la metodologia operativa in grado di comprendere adeguatamente la complessità di tale condizione.

GIADA è composta da un'equipe funzionale costituita da un dirigente psicologo come responsabile scientifico, quattro Psicologi/Psicoterapeuti, un Assistente Sociale, un medico legale, un medico della direzione sanitaria e medici specialisti in pediatria, neonatologia, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia, una infermiera professionale. Il Centro di Riferimento Regionale coordina un network regionale, costituito da una rete di servizi sociali, sanitari, territoriali ospedalieri e del terzo settore, articolata su tre livelli di intervento per la rilevazione precoce, la presa in carico e la cura di sospetti casi di violenza in tutto il territorio regionale.

Il Centro, grazie alla capillare rete costituita e alle alte e differenti professionalità presenti, svolge e garantisce le seguenti funzioni:

- assistenza psicologica, pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni
- consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici
- attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia
- accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età
- gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico
- ricerca e formazione di base e specialistica
- comunicazione, sito Web www.giadainfanzia.it
- audit clinici
- accertamento socio-sanitario dell'età dei presunti MSNA.

L'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria.

Questo intero sistema multi professionale, che da tempo si è fortificato nel territorio pugliese, crea le premesse per garantire un'alta specializzazione che permette, nelle situazioni di vulnerabilità accertate e complesse una efficace e tempestiva presa in carico, nello specifico, dei MSNA, a tutela del loro superiore interesse.

In conclusione, il percorso di presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA s'inserisce come già detto, all'interno del percorso di presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e violenza ma anche in un processo evolutivo dei servizi e degli interventi a favore dei MSNA che ha visto, e vede, la Regione Puglia impegnata nel promuovere e sostenere progettualità sperimentali di diversa natura e livello, tutte orientate a migliorare non solo la qualità delle accoglienze ma, soprattutto, la qualità degli interventi socio sanitari di sostegno ai MSNA con finalità anche di prevenzione.

Gli strumenti per l'attività di rilevazione ed emersione delle vulnerabilità dei MSNA

I due strumenti per la rilevazione ed emersione delle vulnerabilità predisposti nell'ambito del progetto e messi a disposizione delle strutture di accoglienza, per far emergere e rilevare lo stato di benessere del MSNA, non sono dispositivi diagnostici o terapeutici ma strumenti "sentinella" che hanno lo scopo di allenare l'osservazione dell'equipe della comunità e registrare l'andamento e l'adattamento al nuovo contesto di vita.

L'*Allegato A*⁴⁸⁵ è composto da una griglia osservativa che raccoglie alcuni dati di carattere sanitario ed alcuni indicatori riconducibili a situazioni di fragilità del MSNA⁴⁸⁶. Questo strumento ha lo scopo di registrare dati utili all'operatore della struttura e di conseguenza all'equipe della comunità per monitorare lo stato di benessere del MSNA nell'arco dell'accoglienza. La prima compilazione viene effettuata dagli operatori dell'equipe dopo un periodo di osservazione misurabile in 30 giorni dall'inserimento in struttura e le successive a cadenza semestrale. Inoltre, i dati possono essere raccolti attraverso altri strumenti di raccolta dati presenti in struttura (p.e. diario giornaliero, cartella personale, PEI) o reperiti anche attraverso altri operatori socio sanitari (p.e. educatori di pregresse accoglienze, insegnanti ecc....).

L'*Allegato B*⁴⁸⁷ è una raccolta dati osservativa, relativa a 4 profili del MSNA: socio demografico, migratorio, giuridico e comunitario.

Lo scopo di questo strumento è quello di: fare emergere precocemente eventuali vulnerabilità/fragilità; mirare al benessere psico-socio-sanitario del MSNA; condividere le informazioni emerse con gli altri attori socio-sanitari coinvolti nell'intero percorso di accoglienza e di integrazione del MSNA; sviluppare possibili percorsi integrativi del MSNA nel contesto comunitario; supportare la comunità nella definizione di un progetto psico socio sanitario individuale e condiviso. La raccolta dati dell'allegato B avviene nell'intero arco temporale dell'accoglienza del MSNA in comunità.

Le informazioni acquisite rappresentano elementi di valutazione in itinere e in fase di *follow up* da parte delle equipe di comunità e dall'equipe di primo livello, così come definito nelle linee guida regionali e inoltre possono essere confrontabili nei diversi momenti di accoglienza del MSNA in struttura.

Lo strumento è compilato dagli operatori dell'equipe di comunità e i dati possono essere raccolti sulla base: dell'osservazione partecipata, dell'interazione quotidiana con il MSNA, degli altri strumenti operativi che la Comunità utilizza (diari quotidiani, relazioni, ecc.) e, infine, da dati derivanti da eventuali esperienze di accoglienza pregresse.

Nell'osservazione del minore e nella successiva compilazione degli strumenti vengono inoltre suggeriti eventuali e possibili focus di interesse per porre nuovamente l'attenzione su particolari aspetti riconducibili a sintomi da stress post traumatico, causati dalla precarietà del viaggio e non solo (condizioni igienico sanitarie e di sicurezza, sovraffollamento sulle imbarcazioni, naufragio ecc..) e dalla capacità di resilienza e adattamento dello stesso al nuovo contesto di vita (comunitario, scolastico ecc..).

Le buone prassi nella regione Puglia: dalla ricerca alla presa in carico. L'approccio transculturale dell'equipe GIADA

Sebbene l'immigrazione in Italia non sia più un fenomeno emergenziale, la popolazione dei migranti e la popolazione straniera residente in Italia sono in continua espansione ed esprimono bisogni di salute

⁴⁸⁵ Cfr. allegato A, "Dati sulla salute per l'emersione delle vulnerabilità"

⁴⁸⁶ Per la costruzione dell'Allegato A si è preso spunto, modificandolo, dal Questionario Protect (strumento di screening per la rilevazione di sintomi posttraumatici).

⁴⁸⁷ Cfr. allegato B "Scheda Anamnestica e profilo del MSNA"

diversificati e specifici. GIADA dal 2011 pertanto, ha accolto la sfida della multiculturalità, adeguando la risposta di cura e assistenza dei minori stranieri attraverso specifici protocolli.

Al fine di qualificare l'assistenza sociosanitaria a questa fascia di popolazione sono stati garantiti percorsi formativi specifici con l'obiettivo di rendere le risposte di cura sempre più coerenti con le prospettive culturali, epidemiologiche, psicosociali e organizzative riferibili alla condizione di salute degli immigrati.

Nella formazione specialistica regionale in particolare, organizzata su mandato della Regione Puglia in partenariato con il Cismai (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia) realizzata nel 2019 in ottemperanza alle "Linee Guida regionali" (DGR .1878 del 30/11/2016), una particolare attenzione è stata dedicata alla presa in carico dei bisogni di salute dei minorenni stranieri non accompagnati, delle vittime di tratta e di Mutilazioni Genitali Femminili (MGF).

In collaborazione con l'AReSS Puglia e UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati) sono stati realizzati percorsi specifici sulla violenza nei confronti delle popolazioni rifugiate e richiedenti asilo, con un particolare focus sulla violenza sessuale e di genere (VSG) sugli uomini.

All'interno di questa cornice, GIADA ha definito un percorso per la rilevazione precoce delle vulnerabilità psicologiche dei MSNA, e con Alessandro Taurino, Professore Associato di Psicologia Clinica dell'Università di Bari - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, ha strutturato un'indagine esplorativa⁴⁸⁸ sullo stato di benessere degli MSNA inseriti in comunità di accoglienza. Tale studio ha previsto la collaborazione delle scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Bari (AIPC) e di Lecce (APC).

La ricerca esplorativa condotta ha inteso esplorare due precise aree di indagine:

- a) rilevare le condizioni psicologiche dei minori stranieri non accompagnati inseriti in contesti di comunità in tre diversi momenti (ingresso in comunità-t1, dopo sei mesi-t2 e dopo un anno-t3);
- b) conoscere il modello teorico-metodologico di riferimento dei contesti di accoglienza di tipo residenziale in cui i MSNA sono inseriti.

Relativamente alla prima area, l'obiettivo specifico è stato quello di rilevare lo stato psicologico dei MSNA, esplorando, più approfonditamente, la presenza di sintomi riferibili al PTSD, problematiche internalizzanti/esternalizzanti e tendenze dissociative nel campione preso in esame, verificando, altresì, la relazione, riscontrata in letteratura, tra la condizione di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo del PTSD e/o di sintomi ad esso correlati.

La rilevazione della condizione psicologica in tre specifici momenti (ingresso in comunità, dopo sei mesi e dopo un anno) ha lo scopo di verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative relativamente alla presenza di sintomi inerenti o associati al PTSD in funzione del tempo di permanenza in comunità.

Relativamente alla **seconda area**, l'obiettivo è stato quello di conoscere i contesti residenziali di accoglienza, non solo dal punto di vista delle variabili strutturali (tipologia di contesto, caratteristiche dell'equipe, etc.), ma soprattutto dal punto di vista del modello teorico-metodologico assunto rispetto agli interventi terapeutico-riabilitativo.

Il campione è composto da 33 minori (età media 15 anni), residenti in strutture di accoglienza che rientrano

⁴⁸⁸ Gruppo di lavoro:

Università degli Studi di Bari: Alessandro Taurino (responsabile scientifico) e Domenico Laera

Ospedale Pediatrico di Bari: Maria Grazia Foschino Barbaro e Grazia Tiziana Vitale

AIPC Bari: Roberta Cicchelli, Alessandra Sgaramella, Leonarda Valentina Vergatti (Tutor)

APC Lecce: Francesco Mancini

nella progettualità ex-SPRAR, oggi SIPROIMI. Un numero considerevole di soggetti (circa l'80%) proviene dal continente africano. Rispetto alla fede religiosa, il 90% dichiara di essere musulmano, solo tre soggetti sono cristiani ed uno è di fede evangelica.

La maggior parte dei soggetti dichiara di essere in fuga dal proprio paese di provenienza prevalentemente a causa di guerre o persecuzioni. L'esperienza traumatica pre-migratoria più frequente concerne le condizioni di vita precarie, seguite dalla perdita di uno o entrambi i genitori e dalle privazioni.

Tra le esperienze traumatiche migratorie preminenti vi sono maltrattamento fisico, violenza assistita, tortura, privazione di acqua e di cibo e detenzione.

I fattori maggiormente stressanti associati alle esperienze traumatiche post-migratorie sono i cambiamenti di abitudini e le difficoltà di adattamento nel nuovo contesto sociale.

Il report finale della ricerca-azione illustra gli strumenti utilizzati per la valutazione del funzionamento psicologico dei MSNA partecipanti all'indagine e presenta un'articolata restituzione dei risultati preliminari con riferimento alla prima area indagata.

Tra gli strumenti operativi e i protocolli indagati e descritti nel Report del progetto di ricerca-azione, da segnalare sia il *Percorso operativo per l'accertamento sociosanitario dell'età* messo a punto dalla Commissione GIADA, che il *Percorso operativo per le minorenni vittime di Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)* strutturato sempre da GIADA presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, quale percorso assistenziale specifico ispirato alle Linee Guida Riconoscimento Precoce Mutilazioni Genitali Femminili o altre pratiche dannose, della Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento Pari Opportunità (2017)⁴⁸⁹.

⁴⁸⁹ http://www.pariopportunita.gov.it/?post_type=news&p=407

8. I DIRITTI DEI BAMBINI E DELLE FAMIGLIE NEL QUADRO DELLE RISORSE DISPONIBILI

8.1 LA DISPONIBILITÀ DI RISORSE, E NON SOLO

L'insieme di interventi che vengono messi in campo dai servizi socio sanitari ed educativi del territorio nazionale per la protezione dei minori, per interventi di tutela, di sostegno delle famiglie, per la valorizzazione ed il recupero delle competenze genitoriali, volti al rientro in famiglia dei minori allontanati per ragioni di protezione e tutela, di prevenzione degli allontanamenti, sono nella pratica concreta condizionati da un insieme variabile di elementi, che qui vale la pena delineare, nelle loro dimensioni essenziali:

- risorse disponibili: risorse umane, strumentali ed economiche;
- dimensione dei fenomeni, evoluzione delle problematiche e nuove problematiche emergenti;
- presenza e stabilità di tutte le figure professionali necessarie e presso tutti i servizi indispensabili per una buona presa in carico;
- scelte politiche: priorità di intervento, destinazione delle risorse: scelte che sono condizionate dalle risorse disponibili e che comportano valutazioni sulle diverse problematiche presenti/emergenti sui territori, sugli interventi attivabili e/o da attivare...
- presenza di linee di indirizzo ed indicazioni organizzative ed operative che consentano di mettere in campo tutti gli strumenti e tutte le soluzioni disponibili, in una parola di aprire la cassetta degli attrezzi, una cassetta completa che metta a disposizione, di volta in volta, la soluzione giusta, in quel momento, per quel bambino e per la sua famiglia.

Certamente il percorso più recente, in termini di messa a disposizione delle Regioni e dei territori di linee di indirizzo, di strumenti di soft law, ma anche di risorse dedicate al sostegno di progettualità specifiche e la destinazione chiara e precisa di quote delle risorse del cd. fondo indistinto delle politiche sociali, hanno mutato fortemente negli ultimi anni (indicativamente dal 2012/2013, ma con maggior forza negli ultimi 3 anni) il quadro di riferimento, consentendo la disponibilità di maggiori risorse, di maggiori strumenti, la possibilità dell'attivazione di nuovi (reddito di cittadinanza) e di rinnovati strumenti (linee di indirizzo per il sostegno delle famiglie vulnerabili, evoluzione e sistematizzazione del programma PIPPI), per l'attivazione di interventi precoci, di sostegno concreto nell'ambito di progettualità nelle quali i beneficiari sono i primi protagonisti con i quali si costruiscono i percorsi, fin dal loro inizio e nelle loro fasi, di attuazione e di verifica.

Negli anni più recenti, inoltre, abbiamo assistito ad un profondo mutamento del quadro di riferimento, all'avvio, prima in forma di sperimentazione, poi di misura strutturale, del Reddito di Cittadinanza, con la definizione di livelli essenziali di assistenza e di precisi obiettivi di servizio, tra cui (nell'ambito del RdC) l'attivazione di almeno un intervento a favore delle famiglie con bambini della fascia 0/3 anni, in continuità con quanto stabilito dai piani nazionali per la prevenzione sugli interventi per i "primi mille giorni", fino all'istituzione della cd. Quota Servizi del Fondo per la lotta alla povertà ed all'avvio della sperimentazione degli interventi per i cd. care leavers: percorsi di sostegno verso una vita autonoma ed indipendente, per i ragazzi e le ragazze in uscita dai percorsi di accoglienza fuori dalla famiglia di origine.

8.2 SERVIZI ED INTERVENTI NELL'AREA MINORI E FAMIGLIE: GLI STRUMENTI PIÙ RECENTI

Nella precedente relazione, si faceva riferimento quale unico strumento per la lettura la mappatura dei sistemi regionali di interventi e servizi, al Nomenclatore Interregionale degli Interventi e servizi sociali, elaborato nell'ambito del CISIS.

Ora, per lo specifico tema oggetto della presente relazione, è possibile fare riferimento, più nello specifico, a due strumenti di soft law approvati attraverso specifiche Intese in Conferenza Unificata:

- le linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni, approvate in Conferenza Unificata il 14.12.2017;
- le linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità, approvate anch'esse in Conferenza Unificata, il 21.12.2017.

Nelle linee di indirizzo in materia, il carattere della **“Residenzialità”** viene distinto tra **“familiare”** (servizio di piccole dimensioni caratterizzata dalla presenza di una coppia o di uno o due adulti che svolgono funzioni genitoriali) e **“comunitaria”** (servizio di dimensioni variabili a seconda dell'area di utenza caratterizzata dalla presenza di operatori sociali, socio-sanitari o educatori e da un'organizzazione di tipo comunitario).

Il carattere della **“Funzione di protezione sociale”** svolta:

- *accoglienza di emergenza*: ha la funzione di rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti e temporanei di ospitalità e tutela per evitare l'esposizione a particolari fattori di rischio, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate da parte dei Servizi sociali territoriali;
- *prevalente funzione tutelare*: comprende osservazione sociale, accompagnamento sociale e supporto all'autonomia;
- *socio-educativa*: tutela e assistenza educativa di carattere professionale a bambini temporaneamente allontanati dalla famiglia;
- *educativo-psicologica*: con finalità educative, terapeutiche e riabilitative per bambini in situazione di disagio psico-sociale e con disturbi di comportamento. È volta al recupero psico-sociale ed è a integrazione sanitaria.

Il carattere della *Cura sanitaria* può assumere diversi livelli di intensità a seconda dei casi.

Il **“mix”** tra i diversi livelli, caratteristiche e funzioni determina l'individuazione di sette tipologie di servizi residenziali per minorenni, la cui classificazione è espressamente ripresa dal Nomenclatore:

Definizione struttura	Descrizione struttura
Comunità Familiari per minori	Presidio residenziale che accoglie minori di anni 18 e che si caratterizza per la convivenza continuativa e stabile di un piccolo gruppo di minori con due o più operatori specializzati, che assumono ruoli identificabili con figure genitoriali di riferimento in un percorso socio-educativo, nel rispetto dei bisogni e delle esigenze rispondenti alle varie fasce di età.
Comunità socio educative	Presidio residenziale a carattere educativo, rivolto prevalentemente a preadolescenti e adolescenti sprovvisti di figure parentali idonee a seguirli nel processo formativo. L'assistenza è fornita da educatori professionali che esercitano in quel contesto la loro specifica professione in forma di attività lavorativa. Ogni educatore esercita la propria funzione su un piccolo gruppo di ospiti (generalmente inferiore a 12) ed è tenuto a rispettare dei turni lavorativi che garantiscano la presenza costante di almeno un adulto per ogni gruppo di minori.
Alloggio ad alta autonomia	Presidio residenziale di ridotte dimensioni, a bassa intensità assistenziale, accoglie ragazzi con gravi problemi di relazione con le famiglie, o privi delle stesse, senza valide figure di riferimento e bisognosi di un nuovo rapporto affettivo ed educativo. Accoglie minorenni alle soglie della maggiore età, o giovani adulti (fino a 21 anni) che presentano disagi esistenziali e nevrosi del carattere, (disturbo alimentare, disturbo comportamentale, disturbo del carattere, alcoolismo, invalidità, cronicità...), sintomatologia che evidenzia la necessità di un programma di emancipazione dalla famiglia di origine.
Servizi di accoglienza per bambino genitore	È una struttura di accoglienza a tutela del nascituro o del bambino e del suo genitore. Ospita di norma nuclei formati dal bambino e dal suo genitore. È caratterizzata dalla presenza di educatori professionali e dalla presenza di spazi idonei per i nuclei accolti.
Strutture di pronta accoglienza per minori	È una struttura residenziale, per minori in situazioni di emergenza, che provvede alla tempestiva e temporanea accoglienza di essi quando si trovano in situazione di abbandono o di urgente bisogno di

	allontanamento dall'ambiente familiare. Il limite massimo dei minori può essere temporaneamente elevato qualora sia necessario accogliere ragazzi per i quali non sia momentaneamente possibile una alternativa.
Comunità multiutenza	È una struttura residenziale con il compito di accogliere persone prive di ambiente familiare idoneo, tra cui temporaneamente anche bambini ed adolescenti di età compresa tra zero e diciassette anni.
Comunità educativo e psicologica	Comunità caratterizzata per la capacità di accoglienza di minori in condizioni di disagio, con gravi problemi comportamentali o patologie di carattere psichiatrico. La Comunità fornisce prestazioni psico-terapeutiche. Si caratterizza per essere ad integrazione sociosanitaria.

A chiusura della trattazione relativa alle diverse tipologie di strutture, le linee di indirizzo nazionali richiamano espressamente che la continua evoluzione delle esigenze e dei bisogni dei bambini e delle loro famiglie richiede che anche il sistema dell'accoglienza residenziale sia disponibile a ricercare e sperimentare, nell'ambito di regole chiare e garanzie per la tutela degli ospiti, soluzioni innovative, raccomandando espressamente alle amministrazioni regionali di programmare, sperimentare, e regolamentare propriamente, esperienze di innovazioni nell'accoglienza residenziale per i bambini tenendo conto delle prospettive e delle esperienze di tutti gli attori partecipanti al sistema dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale/diurna per minorenni.

In questa direzione alcune Regioni si sono mosse in relazione all'accoglienza dei Minori stranieri non accompagnati, e, nei mesi più recenti, per l'individuazione di soluzioni di accoglienza adeguate nel periodo dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Le Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità riprendono ed estendono la valenza progettuale del programma PIPPI, avviato all'inizio degli anni 2010 in alcune città italiane e successivamente esteso in numerosi territori di tutte le regioni e province autonome, con la finalità del sostegno alla genitorialità fragile e vulnerabile, e l'obiettivo prioritario di sostenere la genitorialità positiva, per favorire la crescita dei bambini e dei ragazzi nella propria famiglia.

8.3 L'ANDAMENTO RECENTE DEL FONDO NAZIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI

La situazione di instabilità economica, aggravatasi con l'esordio della pandemia da covid-19, hanno visto un incremento delle difficoltà esistenti e l'emersione di bisogni nuovi, espressi da categorie di persone e di famiglie tradizionalmente poco abituate a rivolgersi ai servizi per chiedere aiuto.

I principali canali da cui provengono le risorse finanziarie necessarie per il sostegno alla rete dei servizi sociali territoriali, compresa la realizzazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza, sono: il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), erogato dallo Stato alle Regioni e Province Autonome e quindi ridistribuito agli enti locali; i fondi regionali per l'assistenza sociale assegnati ai Comuni; le risorse finanziarie proprie dei Comuni.

A tali fondi, inoltre, si aggiungono fondi "dedicati" la cui erogazione è variabile, ma che negli ultimi anni ha assunto, come si può evincere dalla tabella sotto riportata, nella maggior parte dei casi, carattere sempre più stabile ed incrementale.