

**Disagio psichico e bisogni educativi speciali dei minori non accompagnati (MNA). Storie e prospettive educative in uno studio di casi multipli<sup>1</sup>**

**Psychic distress and special educational needs of unaccompanied minors (UM). Stories and educational perspectives in a multiple case study**

Andrea Traverso  
Professore associato  
Università degli studi di Genova

Eleana Marullo  
Insegnante di sostegno  
Liceo delle Scienze Umane P. Gobetti, Genova

**Sommario**

Nonostante la diminuzione di MNA in Italia, le problematiche di natura psicologica e psichiatrica evidenziano disagi profondi che si manifestano all'interno dei servizi (educativi e scolastici) in modo violento (nei comportamenti, nella relazione, nella comunicazione inter-personale e intra-personale). I MNA giungono in Europa dopo un percorso lungo e pericoloso, portano un bagaglio pesante, fatto di esperienze traumatiche che prima e durante il loro tragitto si sono sedimentate sul corpo e nella mente. Quel bagaglio può essere reso ancora più gravoso dall'esperienza che vivono dopo il loro arrivo, in un paese straniero senza punti di riferimento e con la sensazione di un progressivo allontanamento da casa. Nell'articolo si esplorano le dimensioni e manifestazioni del trauma nei MNA, in particolare del Disturbo da Stress Post-traumatico e della Sindrome Dissociativa.

Il contributo è sostenuto da una ricerca condotta come studio di casi multipli, utile a discutere le ricadute nei processi di inclusione; di efficacia degli interventi educativi e di costruzione di relazioni fondate sulla fiducia e sul riconoscimento della solidarietà umana.

**Parole chiave:** minori non accompagnati, progetto di vita, disagio psichico, bisogni educativi speciali, infanzia, diritti.

**Abstract**

Although the decrease of UM in Italy, psychological and psychiatric problems show deep discomforts that manifest themselves within the services (educational and scholastic) in a violent way (in behaviour, relationship, inter-personal and intra-personal communication). The UMs arrive in Europe after a long and dangerous journey, carrying a heavy baggage, made of traumatic experiences that before and during their journey have settled on body and mind. That baggage can be even more burdensome from the experience they live after their arrival, in a foreign country without reference points and with the feeling of a progressive departure from home. The article explores the dimensions and manifestations of trauma in UMs, in particular Post-Traumatic Stress Disorder and Dissociative Syndrome.

The contribution concludes with the presentation of a research conducted as a multiple case study, useful to discuss the relapses in inclusion processes; the effectiveness of educational interventions and the building of relationships based on trust and recognition of human solidarity.

**Keywords:** unaccompanied minors, life project, psychic distress, special educational needs, childhood, rights.

**1. MNA: diritti, impegni e presenza**

L'adozione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite della *Dichiarazione di New York per rifugiati e migranti* (A/RES/71/1)<sup>2</sup> obbliga gli Stati membri a vigilare su possibili violazioni dei diritti e a perseguire politiche di contrasto al razzismo, alla xenofobia e alla tratta di esseri umani. Inoltre, impegna ad attivare azioni specifiche in favore di uomini e donne rifugiati e migranti: garanzia di cure ambulatoriali e ospedaliere, assistenza medica, profilassi, diagnosi e cura di malattie infettive, diritto all'istruzione e obbligo scolastico per i minori.

La Dichiarazione punta la sua attenzione, e quelle delle Agende di tutti i Governi, soprattutto alle condizioni di vita e alla tutela dell'infanzia, nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (1989). In particolare verso tutte le persone in situazioni di vulnerabilità, incluse le donne a rischio, i bambini (specialmente quelli non accompagnati o separati dalle loro famiglie), i membri di minoranze etniche e religiose, le vittime della violenza, le persone anziane, le persone con disabilità, le persone discriminate su qualsiasi base, le popolazioni indigene, le vittime della tratta di esseri umani e le vittime dello sfruttamento e degli abusi nel contesto del contrabbando di migranti (punto 2.2).

I MNA sono a tutti gli effetti considerati *infanzia* (Traverso, 2018; Granata e Granata, 2019), da proteggere con interventi sociali e azioni educative che abbiano come obiettivi la salvaguardia delle libertà fondamentali di tutti i bambini rifugiati e migranti, indipendentemente dal loro status, tenendo sempre in primo piano l'interesse superiore del bambino. In particolare, ai bambini non accompagnati e a quelli separati dalle loro famiglie per garantire la salute di base, l'istruzione e lo sviluppo psicosociale. Tutti i bambini dovranno essere scolarizzati entro pochi mesi dall'arrivo (punto 2.11; poi riaffermato al punto 3.19).

In Italia il dibattito sulla protezione dei minori è tenuto vivo dall'impegno civile e sociale di Unicef che invita ripetutamente la comunità internazionale, e con essa in particolare il nostro paese, a rafforzare gli impegni per sei azioni specifiche a supporto dell'infanzia (considerando specialmente i bambini/ragazzi rifugiati, sfollati e migranti):

- proteggere i minori rifugiati e migranti da violenze e sfruttamento, in modo particolare quelli non accompagnati;
- porre fine alla detenzione dei minorenni migranti o richiedenti asilo, proponendo soluzioni alternative;
- operare in favore delle famiglie, per sostenerle, aggregarle, proteggendo i loro figli, al fine di garantire il loro riconoscimento legale;
- assicurare a tutti i bambini opportunità educative, accesso ai servizi sanitari e ad altri servizi sociali di base;
- promuovere azioni che intervengano sulle (reali, N.d.A.) cause dei movimenti di massa di rifugiati e migranti;
- promuovere iniziative formative e informative per contrastare la xenofobia, la discriminazione e l'emarginazione (cfr. UNICEF, 2020)<sup>3</sup>.

In Italia è la Legge 47/2017 (*Legge Zampa*) a tracciare una linea di attenzione ben precisa sul tema. All'articolo 2 si dà chiara definizione dei MNA:

Il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione Europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

Tuttavia, il sistema normativo italiano (dall’approvazione del D.L. 113/2018) mostra incongruenze che hanno impatti non trascurabili sui servizi: le permanenze sono spesso prolungate, a causa di un numero insufficiente di posti nelle strutture di seconda accoglienza e per la carenza di risorse utili alla gestione e all’accompagnamento; molte situazioni di commistione minori-adulti che rischiano di perpetuare situazioni di prevaricazione e forti condizionamenti; la criticità dei percorsi di alfabetizzazione e di avvicinamento al mondo del lavoro; la mancanza di strutture e interventi specifici per le vittime di tratta, siano essi maschi o femmine.

Da un punto di vista più generale, invece, concordiamo con il collega Agostinetto quando afferma che i MNA «non hanno sostanzialmente voce, risultando – a tutti gli effetti, anche sul piano giuridico – interamente *dipendenti* dalla nostra capacità o volontà di accogliere le istanze di cui sono portatori» (Agostinetto, 2018, p. 47). In questi anni, nonostante l’attenzione e lo sviluppo di competenze interculturali (Portera, 2013; Reggio, Santerini, 2014) sembrano mancare, almeno per quanto riguarda l’opinione pubblica e la politica, sguardi decentrati e «punti di vista parziali» (Granata, 2014, p. 79) capaci di leggere il fenomeno in maniera non orientata.

Dopo un periodo di crescita esponenziale (Fondazioni ISMU, 2019) il numero dei MNA in Italia è drasticamente diminuito (lasciando tuttavia scoperti alcuni problemi ben più rilevanti, tra tutti il più evidente: che fine fanno i molti minori che sembrano essere spariti nel nulla?). A fronte del calo complessivo restano sostanzialmente invariati i rapporti tra maschi e femmine (+2,1% di maschi) e la ripartizione in fasce d’età. L’87,8% dei MNA sono ragazzi tra i 16 e i 17 anni, ormai prossimi a percorsi di autonomia e avvio al mondo del lavoro, con conseguenti ripercussioni su processi di precoce adultizzazione (Agostinetto, 2017, p. 443) e sulle carriere scolastiche e formative (Giusti, 2017; Scardigno, Manuti, Pastore, 2019).

Rispetto alle provenienze, invece, si registra un ulteriore aumento dei minori di origine albanese (da 22 % a 29,8 %), egiziana (da 8,7 % a 11,1 %) e una diminuzione dei minori provenienti dalla Costa d’Avorio (da 6,5% a 4,1 %) e dal Gambia (da 5,2 % al 2,5 %).

|         | 30 giugno 2019 |        | 30 aprile 2020 |        |
|---------|----------------|--------|----------------|--------|
| totale  | 7.272          |        | 5.111          |        |
| maschi  | 6.778          | 93,2 % | 4.870          | 95,3 % |
| femmine | 494            | 6,8 %  | 241            | 4,7 %  |

Tab. 1: I MNA accolti in Italia (dati aggiornati al 30 aprile 2020. Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020).

|             | 30 aprile 2020 | %     |
|-------------|----------------|-------|
| < 7 anni    | 17             | 0,3%  |
| 7 - 14 anni | 238            | 4,7%  |
| 15 anni     | 369            | 7,2%  |
| 16 anni     | 1.297          | 25,4% |
| 17 anni     | 3.190          | 62,4% |

Tab. 2: Età dei MNA accolti in Italia (dati aggiornati al 30 aprile 2020. Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020).

I minori che arrivano in Italia migrando dal proprio paese di origine per sfuggire a guerre persecuzioni, condizioni di estrema povertà (per scelta personale, forzatamente o per un progetto familiare più ampio al quale restare agganciati durante i lunghi periodi di permanenza nei paesi ospitanti, Di Rosa et al., 2019) vivono esperienze eticamente e moralmente non sostenibili per la loro età. Molti di loro (88%) denunciano di avere subito violenze fisiche durante il viaggio: pestaggi, ferite da arma da fuoco o da taglio, bruciate, privazione di acqua e cibo (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2019); molti sono vittime o testimoni di violenze sessuale (84% delle donne e 44% degli uomini).

Tutti questi episodi creano forti disagi, spesso trasformati in disturbi del comportamento e della psiche dei molti giovani in viaggio; in equilibrio tra l'orrore del quotidiano e la paura del futuro.

## 2. MNA, disagio e sistemi di cura

Il riconoscimento dello status di rifugiato può consentire l'accesso a percorsi privilegiati, che offrono strumenti per il superamento dei traumi e l'inserimento in comunità. Ma se nella fase preparatoria dell'*iter* è destinata grande attenzione ai trascorsi, spesso dolorosi, dei minori, successivamente al sistema di accoglienza mancano le risorse materiali o professionali per prendere in carico gli effetti post traumatici.

Oltre alle problematiche inclusive legate al contesto di accoglienza, insistono le questioni legate alle differenze culturali. Chi si sposta da un luogo a un altro, attraversando lingue e culture differenti, va incontro alla sofferenza che Moro definisce la «sindrome dell'esiliato» (Goussot, 2011), che si manifesta frequentemente tra gli stranieri immigrati: i sintomi sono disorientamento, senso di abbandono e impotenza; la persona che cambia il proprio contesto si trova priva della rete del sistema di affetti e rappresentazione simbolica condivisa. Quello che *a casa* era chiaro e comprensibile nonché condiviso, viene messo in discussione e smette di funzionare. Chi emigra deve imparare a gestire le molteplici appartenenze, in un assetto dinamico, in continua evoluzione, di meticciamiento.

A questa sofferenza si aggiunge, per i MNA, l'aspetto traumatico del viaggio, affrontato in solitudine e senza figure adulte di riferimento, spesso in fuga da violenze e persecuzioni. Il disagio psichico che questi vissuti possono provocare, nel modello sanitario occidentale viene accolto accentuando il lato biomedico rispetto a quello sociale e culturale; ci si trova quindi a non riconoscere né saper gestire tutte le variabili relative all'idea di malattia e di cura che sono portate dai minori: si corre quindi il rischio dell'iper-medicalizzazione di aspetti che sono, in realtà, culturali. Va inoltre tenuta presente la difficoltà di comunicare efficacemente con psicologi, medici, personale infermieristico, e di comprendere una terapia senza la mediazione del proprio sistema culturale di provenienza.

Qualora i MNA vivano un disagio psichico o una condizione fisica che richieda una diagnosi oppure una certificazione sanitaria, il percorso è molto complesso. Prima di tutto, la normativa non chiarisce chi debba/possa intraprenderlo. In seconda battuta, l'accesso ai servizi senza un permesso di soggiorno e senza conoscenza della lingua è quasi impossibile. Qualora il minore riesca a svolgere la visita neuro-psichiatrica, non ci sono strumenti adatti, dal punto di vista linguistico e culturale, per un accertamento di natura sanitaria: pesa molto, nel settore, la mancanza di mediatori e di una profonda conoscenza dell'approccio al disagio mentale in altre culture; sarebbe invece necessaria una visione eco-sistemica e globale.

La sofferenza, fisica o psichica, che i MNA portano nel proprio viaggio, pone di fronte a un altro rischio, quello che Devereux (1973) definì come *riduzione unidimensionale*

dell'identità, cioè la «tendenza a identificare se stesso o l'altro con una [sola, Nda] dimensione del suo essere storico e socio-culturale» (Goussot, 2011, p. 26); a questo rischio sono esposti non solo i MNA, ma anche chi è coinvolto nella relazione educativa e rischia di assolutizzare solo un aspetto della personalità: spesso si tende a far coincidere la persona coi propri trascorsi dolorosi, perdendo gli aspetti di crescita e di potenzialità.

### 3. Il trauma migratorio dei MNA

Le migrazioni dei minori, di per sé, sono un evento traumatico che, spesso, si somma a traumi precedenti in una situazione di particolare vulnerabilità (Armani, 2018). Le circostanze in cui esso si sviluppa possono essere classificate in (Costella, Furia, e Lanti 2011):

- *traumi pre-migratori*, dovuti all'esposizione a situazioni di pericolo o deprivazione senza responsabilità umana (fame, carestie, epidemie) oppure a eventi di abuso o pericolo dovuti all'azione umana (maltrattamento subito o visto, sfruttamento, persecuzioni, violenze fisiche o sessuali, assassinio dei genitori, perdita di affetti e familiari, vessazioni, torture);
- *traumi migratori*, che si sono verificati da quando il minore ha intrapreso il viaggio fino al suo arrivo. In questo caso le situazioni sono eterogenee, anche in conseguenza dei diversi paesi di provenienza: la partenza improvvisa o imposta, la permanenza forzata e prolungata in campi profughi, la detenzione, la malnutrizione, il viaggio pericoloso e disagiata, respingimenti, aggressioni subite o essere stati testimoni della morte dei compagni;
- *traumi post-migratori*, questi ultimi sono strettamente collegati alle condizioni di prima e seconda accoglienza nel paese di arrivo, alla cultura e alle politiche di integrazione/inclusione, a eventuali conseguenze dell'adattamento in un paese culturalmente distante, alla condizione precaria di alloggio e lavoro, alla discriminazione alla marginalizzazione, al mancato accesso ai diritti fondamentali, all'isolamento.

#### *Gli effetti del trauma*

Il termine *trauma* deriva dal verbo greco *τιρώσκω*, *tiròsko*, *ferire*. Papadopoulous ha proposto un'etimologia concorrente, dal verbo *τέρω*, *tèiro* ossia *strofinare*, *cancellare*, portando in luce un secondo aspetto, di cesura e possibile palingenesi (Losi e Papadopoulos, 2004); le persone sottoposte a trauma esprimono spesso spontaneamente il bisogno di guardare alla vita in modo nuovo.

La doppia etimologia individua due tipologie di risposte all'evento traumatico, quella di *vulnus*, ossia di ferita con esito doloroso e quella – meno nota ma comunque documentata in letteratura – di crescita. Quest'ultima categoria, detta anche sviluppo attivato dall'avversità (*Adversity Activated Development AAD*) (Losi e Papadopoulos, 2004) comprende tutte le possibili conseguenze positive innescate dal trauma.

Per quanto riguarda, invece, gli effetti negativi, non esiste un'oggettiva traumaticità degli eventi ma ritorna come costante la sensazione di impotenza in chi subisce il trauma; si perde il controllo e il significato degli eventi, si scatenano emozioni incontenibili e disgreganti. Il corpo risponde con reazioni fisiologiche volte ad attivare uno stato di allerta, per preparare la persona alle uniche reazioni possibili per tutelare la propria incolumità: la lotta o la fuga.

La reazione è differente da persona a persona; entrano in gioco variabili personali, relazionali e relative alle circostanze in cui gli eventi si sono verificati (Costella, Furia e Lanti, 2011).

### *I disturbi psichiatrici da trauma: PTSD e disturbi dissociativi*

Tra i disturbi psichiatrici che possono derivare dall'esposizione ad un trauma vi è il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), i cui criteri diagnostici per adulti, adolescenti e bambini sopra i sei anni, sono definiti nel DSM-5.

Secondo il Manuale, alla base del disturbo vi è l'esposizione, diretta o indiretta, a un evento traumatico (A) che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale. Sono individuati quattro *cluster* diagnostici (B-E)<sup>4</sup>, che devono essere manifestati per almeno un mese con un disagio significativo in tutte le aree del funzionamento.

La diagnosi di PTSD può essere meglio specificata se c'è compresenza di de-personalizzazione, ossia la costante sensazione di non essere in contatto con se stessi, e de-realizzazione, ossia la sensazione di irrealtà del mondo circostante. Il PTSD è presente anche nella classificazione ICD 11<sup>5</sup> (W.H.O., 2019), che aggiunge, tra gli effetti del trauma, la modifica permanente della personalità (ICD 11 – F62.0 *Enduring personality change after catastrophic experience*).

Nell'ambito delle conseguenze di un trauma, vi sono anche i disturbi dissociativi, contraddistinti da un'involontaria fuga dalla realtà, indotta da uno scollamento tra la coscienza, i pensieri, la memoria, l'identità, da leggere come una modalità di controllo delle memorie traumatiche mediante il distacco.

Gli studi concordano sul fatto che la dissociazione sia una strategia di *coping* utile alla sopravvivenza, che si attiva per proteggere da un'esperienza vissuta come pericolosa e stressante, e quindi viene riproposta anche fuori dall'evento traumatico causando, col tempo, la riduzione della capacità di *problem solving*, insieme a un senso di inquietudine e di confusione.

### *Correlazione tra trauma migratorio e sviluppo di disturbi psichiatrici*

La presenza di traumi psichiatrici in vittime di traumi gravi, tra i quali può essere compresa la detenzione, è quasi una costante (Caldarozzi, 2010). Una ricerca internazionale sulla detenzione nei centri di *accoglienza* o di identificazione ha individuato gravi conseguenze sulla salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, siano essi adulti, adolescenti o bambini:

Given the well-documented vulnerability of asylum seekers as a result of experience of trauma prior to arrival, a number of clinicians have expressed concern that detention increases mental health difficulties in adult and child asylum seekers, and have called for an end to such practices (Robiant, Hassan, e Katoma 2009, p. 307).

Nel campione si è riscontrata un'alta incidenza del PTSD, di disturbi d'ansia, di reazioni depressive, spesso accompagnate da idee suicide e da altri disturbi; la presenza di un trauma pre-migratorio è stato riscontrato in chi ha sviluppato PTSD, mentre per quanto riguarda gli altri disturbi psichiatrici, la detenzione o il trattenimento forzato sono stati la causa traumatica scatenante.

Le ricerche effettuate in Italia sulla correlazione tra trauma migratorio e sviluppo di disturbi psichiatrici nei MNA sono poche. La prima è stata condotta tra il 2011 e il 2012 su 34 adolescenti stranieri non accompagnati, di sesso maschile, ospitati in una comunità della provincia barese, per verificare l'incidenza di PTSD e Disturbo Acuto da Stress<sup>6</sup> (DAS) tra i minori, e di valutare la valenza terapeutica della comunità (Taurino et al., 2012). Quasi tutti i partecipanti avevano dichiarato di aver subito violenza fisica e psicologica fuggendo dalla guerra e da conflitti nel paese di origine.

Secondo gli autori della ricerca, la permanenza in comunità, col suo ambiente protettivo, ha una funzione regolativa che incide in senso terapeutico sui vissuti traumatici, mentre l'emersione dei sintomi dopo una permanenza superiore a sei mesi è letta come conseguenza della creazione di una relazione significativa dal punto di vista emotivo con le figure educative (*Ibidem*).

In una comunità di MNA, sempre in provincia di Bari, una ricerca, pubblicata nel 2018, ha studiato l'incidenza dei disturbi psichiatrici, in particolare PTSD e sindromi dissociative. Il campione comprendeva in questo caso 17 minori, 16 maschi e una femmina, con una conoscenza rudimentale ma sufficiente dell'italiano. Sono stati evidenziati sintomi di disagio psichico internalizzante (somatizzazione, ansia, depressione) o esternalizzante (impulsività, aggressività, ostilità) in quasi tutti i partecipanti. I risultati sono stati superiori al *cut off* nella quasi totalità dei casi anche per la sintomatologia dissociativa.

In questo caso, il disagio psichico risulta manifestato con maggiore frequenza e intensità dai soggetti più grandi, in Italia da più tempo: il trauma post-migratorio sembra incrementare sensibilmente il disagio psichico. Gli autori parlano, in merito a ciò, di «ri-traumatizzazione» ossia di «ripristino dell'esperienza traumatica attraverso l'attivazione di nuovi eventi sperimentati nella vita post-migrazione» (Pepe e Toma, 2018, p. 382).

Le difficoltà nel periodo post-migratorio, insieme alla condizione di vulnerabilità sperimentata durante il periodo di accoglienza, possono rinnovare il vissuto traumatico primario. La perdita della rete di relazioni, degli usi, costumi e abitudini della cultura di appartenenza, oltre che alle difficoltà di adattamento nel contesto sociale del paese di destinazione, accresce la possibilità di sviluppare PTSD e manifestazioni dissociative durante tutta la vita.

#### **4. I bisogni educativi speciali dei MNA**

I MNA sono una categoria relativamente nuova per il sistema scolastico, e costituiscono una sfida educativa complessa. Di solito accedono a scuola, ai CPIA (Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti) o alla scuola secondaria di I grado. I primi sono percepiti come ambienti di apprendimento più accoglienti, in cui i loro bisogni educativi sono riconosciuti ed è possibile avanzare di classe a seconda del progredire della lingua. Per contro, le classi purtroppo sono affollatissime (30-40 persone) ed è difficile mettere in atto una didattica individualizzata e personalizzata. Dal momento che i MNA spesso sono portatori di esiti post-traumatici, è possibile che formulino pensieri persecutori, motivo per cui i contesti affollati non sono generalmente una soluzione adatta al loro inserimento a scuola.

Quando invece i ragazzi frequentano la scuola secondaria di I grado (e poi di II grado), l'inserimento risulta più difficile e aumenta il rischio di dispersione: il loro disagio si esprime attraverso manifestazioni di tipo comportamentale.

Nel definire i caratteri peculiari dei BES dei minori non accompagnati, l'esperienza di dolore nel loro bagaglio esperienziale riveste un ruolo importante; dalle interviste ad alcuni docenti raccolte in una ricerca effettuata in diversi CPIA siciliani emerge che:

pretendiamo l'attenzione e la presenza, ma con queste problematiche, è faticoso tenere l'attenzione perché una minima cosa gli riporta alla mente un trauma. L'apprendimento ne risente. Occorre sempre fare programmi individualizzati che tengano conto di queste componenti (Di Rosa, Gucciardo, Argento e Leonforte, 2019).

Esiste poi una barriera, dovuta alla variabilità della frequenza di questi ragazzi che possono essere trasferiti di struttura da un giorno all'altro, vanificando percorsi costruiti nel tempo e a fatica; Nel caso raggiungano la maggiore età durante il percorso di formazione, possono poi scegliere di interromperlo per intraprendere un'attività lavorativa. Questo aspetto è vissuto con molta difficoltà e frustrazione anche dai docenti.

Più cresce la burocrazia e si affinano gli strumenti tecnologici a scuola, più la difficoltà di frequenza può ostacolare l'attuarsi di un progetto di vita: ne è un esempio il registro elettronico, che attesta in modo inequivocabile le presenze e impedisce così il superamento dell'anno scolastico o il conseguimento del diploma a chi non raggiunge quelle minime necessarie, in assenza di un certificato medico che permetta una deroga. Prima che il registro elettronico entrasse in vigore, il passaggio dell'anno scolastico era valutato dal consiglio di classe, che aveva maggiore libertà e responsabilità nel decidere<sup>7</sup>.

Altre barriere legate al contesto sono la numerosità delle classi, la carenza di mezzi, la lontananza tra scuola e comunità e l'interferenza tra la frequenza e altre esigenze personali e culturali dei ragazzi.

Passando dall'aspetto contestuale a quello di contenuto, è frequente la presenza di minori analfabeti o non scolarizzati, che hanno frequentato solo una *madrassa* oppure non sono mai entrati in una scuola avendo sempre lavorato in campagna. Per loro è necessario partire dall'impugnatura della penna, dai pregrafismi, dall'alfabeto.

Spesso anche il dover stare seduti costituisce una costrizione insopportabile per ragazzi non scolarizzati (o con esiti da PTSD): secondo la ricerca siciliana citata in precedenza (Di Rosa, Gucciardo, Argento e Leonforte 2019), la soluzione migliore è quella di fare lezione in piedi. Si privilegia, in questi casi, l'uso della forma orale, che permette ai minori di superare il *gap* comunicativo che, reiterando una sensazione di chiusura e impotenza, sortisce effetti ri-traumatizzanti.

Nel considerare i bisogni educativi dei MNA, non si può tralasciare il fatto che il progetto di vita spesso debba fare i conti con diversi aspetti, quali la scarsità dei mezzi di cui il sistema accoglienza dispone e la standardizzazione delle procedure. I ragazzi, dopo la necessaria alfabetizzazione, sono di solito indirizzati a progetti di avviamento professionale che possano farli accedere prima possibile al mondo del lavoro, ma che trascurano i desideri e le aspirazioni, nonché le potenzialità dei singoli. A pesare c'è naturalmente il fattore economico, anche per la pressione della famiglia che può aver investito cifre considerevoli per finanziare il viaggio del minore o che comunque richiede un sostegno economico a distanza. I ragazzi stessi hanno bisogno di essere percepiti come soggetti in grado di produrre reddito, per giustificare il loro viaggio di fronte alla comunità del paese di origine.

Una questione molto pratica che emerge dall'esperienza dei CPIA e dai resoconti degli educatori, è il rapporto dei minori con il cellulare: spesso durante il loro viaggio avere uno smartphone carico e funzionante è stato determinante per sopravvivere in condizioni estreme; è stato un supporto per muoversi e orientarsi in Paesi sconosciuti, per cercare informazioni e per creare rete. Se il numero di ore trascorse al cellulare è in linea con gli adolescenti italiani (Di Rosa et al., 2019), si segnala la tendenza ad un ripiegamento depressivo sullo smartphone: lo strumento da una parte diviene la soluzione più praticabile



alle difficoltà e alla solitudine, dall'altra dà adito ad un isolamento che allontana sempre di più l'inclusione sociale.

## 5. La ricerca

Per contestualizzare le problematiche prima espresse è stata condotta una ricerca descrittiva<sup>8</sup> utilizzando il modello degli studi di caso multipli che aveva come obiettivo quello di indagare i vissuti e le condizioni di malessere dei MNA attraverso le testimonianze di un campione di convenienza di cinque operatori, insegnanti ed educatori dei servizi educativi e scolastici della Coop Il Cesto, del CPIA Medio Levante, di Arci Solidarietà e della Comunità La Salle, tutti operativi nel territorio del Comune di Genova.

Prima di presentare le cinque storie che sostengono la riflessione sulle peculiarità del rapporto tra disagio psichico, bisogni educativi speciali e intervento educativo, possiamo dare risalto ad alcuni temi *core* emersi dall'analisi categoriale delle interviste non strutturate somministrate *face to face*.

*Il trauma matura spesso nel periodo pre-migratorio*, nel paese di origine ma durante il viaggio i ragazzi vengono esposti a plurimi eventi traumatici che spesso li segnano profondamente, sino a portare a forme di dipendenza. Il Sert è interessato in via diretta e massiccia dal fenomeno ma la struttura non ha la capacità di assorbire i minori stranieri non accompagnati che vi si rivolgono.

*Chi ha grossi problemi psichiatrici non frequenta i percorsi scolastici e fatica a trovare spazi di libertà di pensiero*. Spesso non ci sono neppure gli spazi e le strutture per permettere una presa in carico del disagio psichiatrico: un'educatrice riferisce il caso di un ragazzo eritreo, già detenuto nelle carceri libiche, con esiti da shock post-traumatico per le violenze subite, che non poteva sentire parlare in arabo. Ogni volta che gli capitava di sentire quella lingua manifestava un malessere molto intenso; contemporaneamente si era verificata l'emergenza Nord Africa in comunità erano arrivati molti ragazzi di origine maghrebina. Sopravvissuti ad un viaggio sui barconi, avevano visto morire affogati i loro compagni durante un naufragio, ed erano traumatizzati. Non potevano fare a meno di parlare continuamente tra loro notte e giorno, e riguardare i video del naufragio. La situazione così risultava esplosiva, con due fattori di trauma intenso subito alle spalle e l'impossibilità effettiva di una convivenza.

Resta molto *difficile l'accesso ad una diagnosi oppure ad una certificazione sanitaria* nel caso il minore manifesti disagio o sofferenza psichica, o semplicemente difficoltà in ambito scolastico. Qualora, dietro presentazione di richiesta da parte del medico curante, la comunità riesca a condurre il ragazzo o la ragazza ad una visita neuropsichiatrica, non ci sono strumenti adatti, dal punto di vista linguistico e culturale, utili ad un approfondimento di natura sanitaria.

Per ogni caso di disagio manifestato dal minore bisogna *mettere in atto una visione ecosistemica e globale* che includa la visione della malattia nella sua cultura di provenienza. Questo risulta particolarmente evidente nel caso dei malesseri di minori provenienti dall'Africa sub-sahariana. Spesso si presenta la questione del voodoo o della presenza del Jin, con cui i ragazzi spiegano o leggono il disagio psichico. Un'educatrice riferisce del caso di un ragazzo con un'ernia ombelicale, convinto di avere un serpente nella pancia: il malessere non può essere trattato solo dal punto di vista medico, tralasciando gli aspetti culturali. Per avviare un percorso di cura in quel caso è stata necessaria una mediazione culturale.

*A volte i minori arrivano in Italia già con una disabilità* (intellettiva, fisica o sensoriale) con cui sono partiti o che hanno acquisito durante il viaggio. Quello che accomuna

i resoconti degli educatori, in questo caso, sono le difficoltà del percorso che permettono il riconoscimento di diritti e tutele necessarie per conservare l'autonomia. Nel caso della disabilità intellettiva, a quanto riferito dall'insegnante intervistata, non c'è nulla da fare, eccetto l'adozione di strumenti compensativi e misure dispensative più adatte. Si tratta spesso di giovani che permangono a lungo nei servizi mettendo alla prova gli educatori per le difficoltà etico-morali derivate dalla convivenza forzata (dinamiche di gruppo molto forti, gerarchie interne rigide, prevaricazione e bullismo: «la violenza è il modo in cui hanno imparato a risolvere i conflitti: nella loro costruzione identitaria, il modello a cui si rifanno è quello del crimine albanese; ascoltano cantanti rap albanesi che esaltano il crimine e la violenza» (intervista 1). Le problematiche e i disagi psichici dei minori albanesi in genere sono dovute al senso di abbandono e sradicamento che provano, vivendo da soli e lontani dalla famiglia, in un ambiente culturale differente. Durante le interviste sono state raccolte cinque storie che rappresentano possibili traiettorie educative di lettura del fenomeno, utili a condividere motivazioni, riflessioni e prospettive di intervento.

M. ragazzo tunisino, 17 anni, è stato solo un mese in comunità, un tempo troppo breve per capire di che natura fosse il suo disagio psichico. A quanto detto dai genitori, era stato diagnosticato come ADHD in Tunisia e seguiva una cura farmacologica. Si era allontanato dalla casa materna dopo la separazione dei genitori, quando la madre aveva trovato un compagno. Dopo la fuga da casa, aveva vissuto in strada per due anni, in Tunisia, di seguito giunto in Italia. Appena portato in comunità aveva voluto chiamare padre, madre e nonni, dimostrando di avere comunque ancora la famiglia come punto di riferimento.

Era dipendente da alcol e sostanze. In comunità aveva un comportamento molto fisico, molto energico. Nei contesti strutturati sapeva comportarsi, mentre in gruppo perdeva il controllo: prendeva gli oggetti e i vestiti degli altri e non riusciva a mantenere un atteggiamento adeguato in comunità. Nel momento cruciale della sua permanenza, una notte non è tornato: è rimasto in giro e si è ubriacato. La polizia locale lo ha fermato e lui ha avuto una reazione aggressiva. Mentre era in ambulanza, ha provato a prendere la pistola dalla fondina dell'agente. Come conseguenza, è stato ricoverato in SPDC. Il giorno dopo gli educatori sono andati a prenderlo e lo hanno riportato in comunità ma, senza avvertire preventivamente gli educatori, la polizia si è ripresentata il pomeriggio seguente e lo ha prelevato per foto-segnalarlo. M. si è spaventato moltissimo in seguito a questo episodio: la notte stessa è scappato e ha fatto perdere le sue tracce, tornando sulla strada. È stato in Germania e in Danimarca poi, un mese dopo, si è ripresentato in comunità. Dal momento che non c'era posto, è stato inserito in una comunità a (nome di città). M. aveva un problema complesso, di iperattività, vissuto personale e dipendenza. Nell'inserimento a scuola si impegnava tantissimo; andava anche in palestra. Aveva cicatrici su tutto il corpo, cadeva spesso, aveva uno scarso controllo dei movimenti e ci vedeva poco. Rompeva molte cose. Aveva uno spesso strato di calli sotto i piedi per il tempo passato per strada. La prima settimana in regime di prima accoglienza era rimasto abbastanza tranquillo; riusciva a leggere il contesto; in altre situazioni era invece incontrollabile. Nel gruppo assumeva il ruolo del giullare e faceva finta di parlare lingue che non conosceva. Non si sa se la comunità lo avrebbe potuto seguire: ci sarebbe stato bisogno di un altro tipo di struttura. C'era stato un primo incontro di presa in carico con uno psicologo, interrotto dall'episodio della polizia e del ricovero in SPDC. Era rimasto molto provato da questo episodio, lo aveva vissuto come un nuovo trauma.

**Scheda 1:** estratto storia 1

A., ragazzo pakistano, 17 anni e richiedente asilo, di etnia Shangar, una minoranza discriminata del Kashmir pakistano. Partito a 12 anni da solo, ha fatto il viaggio a piedi; non si giunti a capire i motivi della partenza ma, seguendo i suoi racconti, si è potuto ricostruire che è stato molti anni tra Iran, Turchia, Grecia; non ha avuto più contatti con la famiglia dalla partenza. Appare fragile e proviene da un'altra comunità dove è stato spesso vittima di furti da parte dei ragazzi albanesi. Mostra tratti paranoici ed è soggetto a episodi di ansia intensa (due giorni dopo il suo arrivo ha fatto i bagagli ed è tornato senza dire nulla nella sua vecchia comunità). Manifesta necessità di chiarire le condizioni del contesto e di essere rassicurato dall'educatore, giustificando le sue parole con la frase «A world that is oppressive»; teme continuamente di poter subire del male.

A. va volentieri a scuola, al CPIA e alla scuola pomeridiana, impegnandosi molto. Sta per fare un'esperienza di formazione professionale in un ambiente protetto, che ha intrapreso con esitazione perché temeva di venire sfruttato come gli è già successo durante il suo viaggio. È stato rassicurato, e questo gli è bastato. Il suo progetto prosegue abbastanza bene ma a volte appaiono tratti ansiosi e paranoici, forse esito di PTSD.

**Scheda 2: estratto storia 2**

B. 16 anni, ragazzo afghano. Scappato dopo la morte del padre, ucciso per essersi opposto ai ribelli talebani, è stato spinto a partire dalla madre che temeva per la sua incolumità. Ha lasciato in patria la madre e un fratello minore. Affronta un lunghissimo viaggio a piedi, dall'Afghanistan. Arrivato in Croazia, viene messo in carcere e subisce maltrattamenti e violenze. Riesce poi ad arrivare a T. (Nome di città) e da lì prende un bus per V. (nome di città). Arrivato alla frontiera, viene bloccato e portato al CAS. Lì viene effettuata una pratica di ricongiungimento con i familiari a L. (Nome di città); in attesa che il provvedimento divenga effettivo, viene ospitato in comunità, a G. (Nome di città). Viene seguito da uno psicologo durante la sua permanenza a Ventimiglia, senza tuttavia conseguire alcuna diagnosi o certificazione. Manifesta numerose difficoltà: impossibilità di dormire a causa di incubi ricorrenti (ragione per cui gli vengono prescritti psicofarmaci) e preoccupazione per la madre e il fratellino. Viene coinvolto frequentemente in risse e colluttazioni e manifesta comportamenti devianti, come l'abuso di sostanze.

È un ragazzo intelligente e di grande sensibilità. Durante la sua permanenza a Genova ha frequentato il CPIA, ma ha sviluppato un rapporto conflittuale coi docenti, arrivando a litigare con loro, e ha interrotto la scuola.

**Scheda 3: estratto storia 3**

L., ragazza ivoriana, 17 anni. Arrivata a G. (Nome di città) con la nave Fulgosi, è stata vittima di tratta e trattenuta a lungo in Libia; è entrata nel progetto dell'ospedale per le vittime di tratta ed è stata messa sotto protezione molto stretta, a causa dei suoi trascorsi. Appena la protezione si è allentata e ha cominciato ad andare a scuola da sola, è scappata per raggiungere una persona conosciuta sui social quando era in Libia. Si è ripresentata a B. (Nome di città), a uno sportello per richiedenti asilo, ed è stata riportata a G. (Nome di città). A scuola va molto bene, è seguita da una psicologa dell'ospedale. Non manifesta segni evidenti di difficoltà o disagio, anche se la sua condizione di vittima di tratta la espone a rischi altissimi, anche perché probabilmente in obbligo di saldare il debito contratto per il viaggio.

**Scheda 4: estratto storia 4**

S., ragazzo algerino con tratti persecutori e deliranti, che fa uso di crack e sostanze, ha avuto una diagnosi di disturbo psichiatrico; prende farmaci che non fanno effetto. Continua ad attuare tentativi di suicidio, a prendere gli psicofarmaci e a usare il crack; si presenta spesso, portato o autonomamente, al pronto soccorso in piena crisi di panico.

In un caso così grave, in cui il disagio è medicalizzato e trattato con farmaci ma non si riesce ad avere un intervento di rete e una presa in carico globale del malessere del ragazzo, il maggior supporto è la presenza e la collaborazione degli altri ragazzi, che fanno da mediazione e da elemento regolatore del suo comportamento.

**Scheda 5: estratto storia 5**

## Conclusioni

Il quadro teorico presentato e l'analisi dei dati testuali emersi dalle interviste confermano una sostanziale difficoltà del sistema di accoglienza a prendersi carico del disagio psichico dei MNA a causa della mancanza di mezzi, di risorse, di una formazione specifica e di una scarsa limitatezza della mediazione culturale. Prevale l'attuazione di interventi standardizzati a discapito di interventi personalizzati utili a valorizzare i desideri e i talenti di ciascuno e ciascuna. Le difficoltà di pervenire ad una diagnosi rallenta molto le possibilità di costruire contesti di reale autonomia e potenzialmente delle competenze, all'interno delle comunità di accoglienza e negli altri contesti di vita. Il personale educativo, scolastico e dei servizi territoriali fatica a trovare sponde utili per la costruzione di progetti educativi che possano sostenere i complessi, precari (e spesso non espliciti) progetti di vita personali. Provengono da lontano, non sono sempre chiari, devono essere *tradotti* per poter essere compresi in tutto il loro spessore culturale.

La necessità è dunque quella di rilanciare patti di solidarietà (Deluigi, 2017) che non siano più da ascrivere solamente ai luoghi formali e non formali dell'educazione ma che richiedano l'adesione e la collaborazione anche dei contesti informali, prima fra tutte la famiglia (Cadei, 2012; Granata, 2018), nucleo spontaneo di accoglienza e cooperazione e dell'opera solidale dei singoli, di ogni appartenente ad un'idea di globale che traduciamo ogni giorno in relazioni.

## Note

<sup>1</sup> L'intero lavoro è frutto di un'elaborazione collettiva dei due autori, tuttavia Andrea Traverso è autore del primo, del quinto paragrafo e delle conclusioni, Eleana Marullo è autrice del secondo, del terzo e del quarto paragrafo.

<sup>2</sup> Per un approfondimento si veda: [www.unhcr.org/newyorkdeclaration](http://www.unhcr.org/newyorkdeclaration) [consultato il 13/05/20].

<sup>3</sup> Per un approfondimento si veda fonte: <https://www.unicef.it/doc/7009/unicef-su-dichiarazione-di-new-york-sui-rifugiati-e-i-migranti.htm#> [consultato il 13/05/20].

<sup>4</sup> I 4 cluster diagnostici sono: B. Esperienze legate alla sensazione di rivivere il trauma in modo intrusivo, attraverso ricordi ricorrenti e involontari, incubi, flashback dissociativi e prolungati stati di disagio psicologico; C. Costante evitamento di stimoli legati all'evento traumatico: ricordi, pensieri o sensazioni oppure persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni legate al trauma; D. Pensieri o tono dell'umore negativo, innescati o peggiorati a seguito del trauma; E. Marcate alterazioni nell'*arousal* e nella reattività associati, che hanno inizio o peggiorano dopo il trauma.

<sup>5</sup> 6B40 Post traumatic stress disorder: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808> [consultato il 18/05/20].

<sup>6</sup> Secondo il DSM IV. Il Disturbo Acuto da Stress si presenta con la medesima sintomatologia del PTSD, con l'unica variante dei tempi e della durata di essa: in caso di DAS i sintomi appaiono entro 4 settimane dall'evento traumatizzante e sono avvertiti per un periodo da 2 giorni a 4 settimane. Qualora persistano più a lungo, si rientra nella categoria di PTSD (Taurino et al., 2012).

<sup>7</sup> Quanto riportato è tratto dall'intervista somministrata a Federica Costa, ex insegnante e vicepresidente del CPIA Levante a Genova.

<sup>8</sup> La ricerca su campo e la raccolta dati sono da attribuirsi ad Eleana Marullo.

## Bibliografia

- Agostinetto L. (2017), *Minori stranieri non accompagnati e richiedenti asilo*. In M. Fiorucci, F. Pinto Minerva, A. Portera (a cura di), *Gli alfabeti dell'intercultura*, Pisa, ETS Edizioni, pp. 439-454.
- Agostinetto L. (2018), *Nello sguardo degli altri. Intercultura e minori stranieri non accompagnati oggi*. In S. Polenghi, M. Fiorucci e L. Agostinetto (a cura di), *Diritti. Cittadinanza. Inclusione*, Lecce-Brescia, Pensa MultiMedia, pp. 47-60.
- Armani S. (2018), *Benessere e intercultura. Nuove prospettive per favorire l'inclusione di malati e disabili migranti*, Milano, FrancoAngeli.
- Cadei L. (2012), *Minori stranieri non accompagnati. Bisogni relazionali e strumenti educativi*. In D'Aniello (a cura di), *Minori stranieri. Questioni e prospettive d'accoglienza per l'integrazione*, Lecce-Brescia, Pensa MultiMedia, pp. 89-108.
- Caldarozzi A. (a cura di) (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati problemi aperti e strategie di intervento*, Fondazione Cittalia, Anzi Ricerche.
- Costella P., Furia A. e Lanti M. (a cura di) (2011), *Dignitas. Manuale operativo per ridurre le vulnerabilità e promuovere le risorse del sistema asilo*, Fondo Europeo per i rifugiati (fonte: <http://defenceforchildren.it/files/manuale-dignitas-smallsize.pdf>) (consultato il 19/04/20).
- Deluigi R. (2017), *Sentieri pedagogici e spazi accoglienti. Minori di origine straniera e intrecci educativi nel territorio*. In I. Loiodice e S. Ulivieri (a cura di), *Per un nuovo patto di solidarietà. Il ruolo della pedagogia nella costruzione di percorsi identitari, spazi di cittadinanza e dialoghi interculturali*, Bari, Progedit, pp. 290-297.
- Devereux G. (1973), *Saggi di Etnopsichiatria generale*, tr. it. Roma, Armando, 2007.
- Di Rosa R.T., Guicciardo G., Argento G. e Leonforte S. (2019), *Leggere, scrivere, esserci. Bisogni formativi e processi di inclusione dei minori stranieri non accompagnati*, Milano, FrancoAngeli.
- Fondazione ISMU (2019), *A un bivio la transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia, Report di ricerca UNICEF, UNCHR, OIM*, Roma, Fondazione ISMU.
- Giusti M. (2017), *Adolescenti, scuola secondaria ed educazione interculturale*. In I. Loiodice e S. Ulivieri (a cura di), *Per un nuovo patto di solidarietà. Il ruolo della pedagogia nella costruzione di percorsi identitari, spazi di cittadinanza e dialoghi interculturali*, Bari, Progedit, pp. 256-264.
- Goussot A. (2011), *Bambini stranieri con bisogni speciali*, Roma, Aracne.
- Granata A. (2014), *La competenza "interpretare le culture"*. In P. Reggio e M. Santerini (a cura di), *Le competenze interculturali nel lavoro educativo*, Roma, Carocci, pp. 69-79.
- Granata A. (2018), *Minori felicemente accompagnati. Il soggiorno in famiglia come fattore di resilienza e orientamento. Uno studio di caso*. In A. Traverso (a cura di), *Infanzie movimentate. Ricerca pedagogica e progettazione nei contesti di emergenza per minori stranieri non accompagnati*, Milano, FrancoAngeli, pp. 128-143.
- Granata A. e Granata E. (2019), *Teen immigration. La grande migrazione dei ragazzi*, Milano, Vita e Pensiero.
- Losi, N. e Papadopoulos, R. (2004). *Post-conflict Constellations of Violence and the Psychosocial Approach of the International Organization for Migration (IOM) in Book of Best Practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery*. International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery, Rome, Dec. 3-4, 2004.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2019), *I minori stranieri non accompagnati in Italia, Report di monitoraggio*, Giugno 2019, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), *Report mensile minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 30 aprile 2020*, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Pepe I. e Toma E. (2018), *Negletti e/o invisibili? Le radici del fenomeno odisseo dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), tra esposizione ad eventi traumatici ed alterazioni del funzionamento psichico*. In Toma E. (a cura di), *Economia, istituzioni etica e territorio. Casi di studio ed esperienze a confronto*, Milano, FrancoAngeli, pp. 374-404.
- Portera A. (a cura di) (2013), *Competenze interculturali. Teoria e pratica nei settori scolastico-educativo, giuridico, aziendale, sanitario e della mediazione culturale*, Milano, FrancoAngeli.
- Reggio P. e Santerini M. (a cura di) (2014), *Le competenze interculturali nel lavoro educativo*, Roma, Carocci.
- Robiant K., Hassan R. e Katoma C. (2009), *Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review*. In «British Journal of Psychiatry», Vol. 194, n. 4, pp. 306-312.
- Scardigno F., Minuti A. e Pastore S. (2019), *Migranti, rifugiati e università. Prove tecniche di certificazione*, Milano, FrancoAngeli.
- Taurino A., Vergatti L.V., Colavitto T., Dal Castello E., Bastianoni P. e Godelli S. (2012), *I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità*. In «Infanzia e Adolescenza», Vol. 11, n. 1, pp. 48-64.
- Traverso A. (a cura di) (2018), *Infanzie movimentate. Ricerca pedagogica e progettazione nei contesti di emergenza per minori stranieri non accompagnati*, Milano, FrancoAngeli.
- UNCHR (2016), *New York Declaration*, [www.unhcr.org/newyorkdeclaration](http://www.unhcr.org/newyorkdeclaration) (consultato il 23/04/20).
- World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019)* <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808> (consultato il 19/04/20).