



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO di SCIENZE della SALUTE  
Prof. Umberto Dianzani

Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica  
Presidente: Prof. Gianni Bona

TESI DI LAUREA

PROBLEMI DI SALUTE  
TRA I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI  
OSPITATI NELLE STRUTTURE DI PRIMA ACCOGLIENZA:  
UNA REVISIONE BIBLIOGRAFICA.

Relatore:

Emilia Comolli

Candidato:

Vittoria Buccella

Matricola: 20006899

Anno Accademico 2015/2016

# Indice

Abstract .....	I
Introduzione.....	II
1. Minori stranieri non accompagnati.....	1
1.1 Dati e statistiche circa i MSNA nell'Unione Europea e in Italia.....	1
1.2 Riferimenti legislativi e normativi .....	3
1.3 Organizzazione dell'accoglienza dei MSNA in Italia.....	6
2. Il ruolo dell'infermiere pediatrico .....	9
3. Obiettivo della tesi .....	10
4. Materiali e metodi .....	11
5. Risultati.....	18
6. Discussione .....	29
7. Conclusioni.....	35
Bibliografia e sitografia .....	39
Allegato: tabella di estrazione dati.....	III

## Abstract

**Introduzione:** i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) presenti in Italia costituiscono una popolazione vulnerabile, per la quale è stato impostato un Sistema Nazionale di Accoglienza Specifico (SPRAR), il cui obiettivo fondamentale è garantire un'assistenza sanitaria completa.

**Obiettivo:** individuare i principali problemi di salute tra i MSNA accolti nei centri di prima accoglienza per fornire un quadro completo al personale sanitario.

**Materiali e metodi:** è stata eseguita una revisione della letteratura sulle banche dati *Pubmed* e *Cochrane* ed è stata fatta una lettura critica degli articoli rispondenti ai criteri di inclusione.

**Risultati:** sono stati analizzati 13 articoli dai quali è risultato come i MSNA siano vulnerabili per lo sviluppo di psicopatologie (PTSD, ansia e depressione), come siano maggiormente esposti a eventi stressanti, come queste problematiche non si riducano nel tempo e come abbiano una ridotta possibilità di accesso alle strutture sanitarie. Si riscontrano elevati livelli di bisogni sanitari non supportati.

**Discussione e conclusioni:** l'assistenza sanitaria fornita ai MSNA non è adeguata: il numero di psicopatologie non diminuisce nel tempo e aumentano le esperienze stressanti. È necessaria una maggiore collaborazione tra strutture d'accoglienza e personale sanitario, con la presenza di quest'ultimo all'interno dei centri d'accoglienza. È richiesta una maggiore conoscenza riguardo l'argomento da parte del personale sanitario per poter fornire una migliore assistenza a questa popolazione all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

**Parole chiave:** minori stranieri non accompagnati, minori, rifugiati, problemi di salute, salute mentale

**Key words:** *unaccompanied refugee children, minors, refugees, health problems, mental health.*

## Introduzione

Questo elaborato nasce con lo scopo di analizzare il rischio di sviluppo di patologie fisiche e mentali tra i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) che vengono accolti nei Centri di prima accoglienza, ricercando tutte le evidenze presenti in letteratura su questo tema: quali sono le patologie più frequenti, come vengono individuate, qual è il loro decorso e quale sia il rapporto tra i MSNA e i servizi di assistenza sanitaria.

L'idea di questo lavoro è scaturita dalla consapevolezza del numero sempre maggiore di MSNA che arrivano nel nostro Paese e delle difficili condizioni in cui essi devono vivere.

I MSNA costituiscono un gruppo estremamente vulnerabile per lo sviluppo di problemi di salute, basti pensare alle condizioni in cui compiono il viaggio per giungere in Italia che sono stremanti sia da un punto di vista fisico (a causa delle scarse condizioni igieniche, disidratazione, malnutrizione, ferite e violenze) che mentale (a causa del distacco dai genitori, la responsabilità di mantenere le aspettative riposte dalla famiglia, assistere o subire violenze sia prima che durante il viaggio, la perdita di famigliari, amici o compagni di viaggio, il disorientamento e la paura del futuro). Perciò all'arrivo nei centri di accoglienza, questi ragazzi sono incredibilmente fragili e risulta necessaria una presa in carico globale del minore, che purtroppo non è sempre possibile, in particolar modo per quanto riguarda l'aspetto sanitario.

Inoltre nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali con le quali i MSNA possono entrare in contatto per i più svariati bisogni di salute, non sempre è presente personale informato circa le condizioni, i diritti e le esperienze vissute dai MSNA. Non risulta quindi possibile per questo personale assistere in modo adeguato il minore.

L'obiettivo di questa revisione bibliografica è quello di descrivere le attuali condizioni di vita dei minori stranieri non accompagnati ospitati nei centri di prima accoglienza individuando quali sono i principali problemi di salute che essi si trovano ad affrontare e come vengono gestiti, così da poter sensibilizzare il personale sanitario circa l'argomento e da fornire le informazioni necessarie per poter permettere un'assistenza completa anche verso questa popolazione.

## 1. Minori stranieri non accompagnati.

La Risoluzione del Consiglio d'Europa del 26 giugno 1997 definisce i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) come: "i cittadini di Paesi terzi di età inferiore ai 18 anni che giungono nel territorio degli Stati membri non accompagnati da un adulto per essi responsabile in base alla legge o alla consuetudine e fino a quando non ne assuma effettivamente la custodia un adulto per essi responsabile ..." ovvero "i minori, cittadini di Paesi terzi, rimasti senza accompagnamento successivamente al loro ingresso nel territorio degli Stati membri"<sup>1</sup>.

Nel Regolamento dello Stato italiano viene fornita la definizione di "minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova in Italia privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano"<sup>2</sup>.

Oltre ai minori completamente soli, rientrano in tale definizione anche i minori affidati di fatto ad adulti (compresi parenti entro il quarto grado) che non ne siano tutori o affidatari in base a un provvedimento formale, in quanto questi minori sono comunque privi di rappresentanza legale in base alla legge italiana.

### 1.1 Dati e statistiche circa i MSNA nell'Unione Europea e in Italia

Il numero di minori stranieri non accompagnati che giungono nei Paesi membri dell'Unione Europea è aumentato in modo continuo negli ultimi anni. Tra il 2008 e il 2013 il numero di MSNA richiedenti protezione internazionale nei Paesi membri dell'UE è oscillato entro i limiti fissi di 11.000 e 13.000 ragazzi, mentre nel 2014 è raddoppiato raggiungendo i 23.150 ragazzi fino poi a quadruplicare nel 2015 raggiungendo il numero di 88.265 minori non accompagnati richiedenti protezione internazionale<sup>3</sup>.

La maggior parte dei MSNA richiedenti protezione internazionale è di sesso maschile (91%), di cui il 57% di età compresa tra i 16 e 17 anni, il 29% tra 14 e 15 anni e il

---

<sup>1</sup> Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea del 26 giugno 1997 sui minori non accompagnati, cittadini di paesi terzi (97/C 221/03)

<sup>2</sup> DPCM del 9 dicembre 1999, n. 535, Regolamento concernente i compiti del comitato per i minori stranieri, a norma dell'articolo 33, commi 2 e 2-bis, del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, art.1

<sup>3</sup> Eurostat, *Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Almost 90 000 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2015. Slightly more than half are Afghans.*, 2 Maggio 2016

13% di età inferiore ai 14 anni. Per quanto riguarda il Paese di provenienza la maggior parte dei MSNA richiedenti asilo in UE è originario dell'Afghanistan (51%), della Siria (16%) e dell'Eritrea (6%)<sup>4</sup>.

L'Italia risulta essere il Paese con la maggiore percentuale di MSNA rispetto al numero totale di minori (il 56,6% del totale dei minori richiedenti protezione internazionale in Italia è giudicato essere un MSNA), seguito da Svezia (50,1%) e Norvegia (48,7%)<sup>5</sup>.

Per quanto riguarda in particolare la situazione italiana, il numero di MSNA è in continuo aumento: infatti se nel 2008 in Italia si contavano 575 MSNA richiedenti protezione internazionale, nel 2015 il numero ha raggiunto i 4.070 ragazzi<sup>6</sup>. Al 31 dicembre 2015 il numero totale di MSNA (richiedenti protezione internazionale o non) presenti sul territorio italiano è di 11.921 ragazzi, dato in riduzione rispetto all'andamento crescente dell'anno precedente (tra 2013 e 2014 c'è stato un aumento da 6.319 a 10.536 mentre tra 2014 e 2015 da 10.536 a 11.921)<sup>7</sup>, mentre alla data del 31/07/2016 risultano presenti e censiti 12.708 MSNA<sup>8</sup>.

I MSNA che giungono in Italia provengono prevalentemente da Egitto (23,1%), Albania (12%) e Eritrea (9,9%)<sup>9</sup>. Mentre se si ricercano i MSNA che richiedono protezione internazionale in Italia si nota come i Paesi di origine più frequenti siano: Gambia (29%), Nigeria (14%) e Senegal (11%)<sup>10</sup>, a differenza dell'andamento europeo.

---

<sup>4</sup> Eurostat, *Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Almost 90 000 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2015. Slightly more than half are Afghans.*, 2 Maggio 2016

<sup>5</sup> *idem*

<sup>6</sup> Eurostat, [http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pco\\_de=tps00194](http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pco_de=tps00194), 30/08/2016, ultima consultazione il 01/09/2016

<sup>7</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio. Dati al 31 dicembre 2015.*

<sup>8</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione Divisione II, *Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 31 luglio 2016.*

<sup>9</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio. Dati al 31 dicembre 2015.*

<sup>10</sup> Eurostat, *Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Almost 90 000 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2015. Slightly more than half are Afghans.*, 2 Maggio 2016

Per quanto riguarda la distribuzione dei MSNA sul territorio italiano, la Regione Sicilia accoglie il maggior numero di MSNA (40,1% del totale), seguita da Calabria (7,8%) e Lombardia (7,1%) mentre la Regione Piemonte è situata al 10° posto (con il 2,9%)<sup>11</sup>.

A favore dei MSNA non richiedenti protezione internazionale, nel 2015 in Italia sono state richieste all'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) 432 indagini familiari legate alla possibilità di rimpatrio assistito (di cui il 53,5% svolte in Albania), di queste solamente 17 hanno avuto un esito positivo e hanno riscontrato l'accordo del minore tramutandosi in provvedimenti per il rimpatrio volontario assistito<sup>12</sup>.

Per quanto riguarda la collocazione dei minori dopo il primo soccorso, l'89,3% dei MSNA è accolto all'interno di strutture d'accoglienza mentre il 5,7% è collocato presso privati (informazioni riguardanti il restante 5% non sono disponibili).

Sul territorio italiano sono presenti 1.012 strutture di accoglienza per MSNA, di queste 47 si trovano nella regione Piemonte. L'82% di queste strutture è autorizzato o accreditato da un ente pubblico e ospita l'84,5% dei MSNA, il restante 15,5% dei MSNA è invece accolto in strutture non autorizzate/non accreditate<sup>13</sup>.

A partire dal 20 marzo 2015 sono state create delle strutture di accoglienza temporanea finanziate dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), ovvero delle "strutture ad alta specializzazione, di attività di accoglienza temporanea rivolta ai minori stranieri non accompagnati", nelle quali, tra il 20 marzo e il 31 dicembre 2015, sono stati accolti 2.000 minori<sup>14</sup>.

## 1.2 Riferimenti legislativi e normativi

Ai MSNA si applicano le norme previste dalla legge italiana in materia di assistenza e protezione dei minori. Tra cui, le norme riguardanti il collocamento in luogo sicuro del minore che si trovi in stato di abbandono<sup>15</sup>, l'affidamento del minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo a una famiglia o a una comunità e l'apertura della tutela per il minore i cui genitori non possano esercitare la potestà<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione Divisione II, *Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 31 luglio 2016*.

<sup>12</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio. Dati al 31 dicembre 2015*.

<sup>13</sup> *idem*

<sup>14</sup> *idem*

<sup>15</sup> Codice Civile, art. 403

<sup>16</sup> Codice Civile, artt. 343-segg; Legge 184/83, art. 3

Ogni MSNA deve essere segnalato: alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, al Giudice Tutelare e alla Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (se non presenta domanda di asilo). La segnalazione del MSNA può essere effettuata da qualsiasi persona, infatti "chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età"<sup>17</sup> e, nel caso specifico dei MSNA, si sottolinea l'obbligo da parte di pubblici ufficiali, incaricati di pubblico servizio e enti che svolgono attività sanitaria e di assistenza, di segnalare immediatamente la presenza di un minore non accompagnato e di fornirgli tutte le informazioni necessarie per la procedura di richiesta di protezione internazionale<sup>18</sup>. Ciò differisce da quanto accade per lo straniero maggiorenne non in regola con le norme di soggiorno, al quale l'accesso alle strutture sanitarie non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui ci sia obbligo di referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano<sup>19</sup>. Infatti per gli operatori sanitari il divieto di segnalazione deve ritenersi prevalente al reato di soggiorno illegale e al conseguente obbligo di denuncia<sup>20</sup>.

Le basi per lo sviluppo della normativa inerente i diritti e l'assistenza dei MSNA sono fondate su quanto scritto nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, carta fondamentale per la tutela di tutti i minori (migranti o non), il cui concetto emergente è che il principio guida di tutte le decisioni relative ai fanciulli deve essere "l'interesse superiore del minore", perciò ogni misura adottata per la tutela del fanciullo deve essere attentamente ponderata in base alle necessità di quel determinato minore<sup>21</sup>. Inoltre rimarca il concetto di "non discriminazione" secondo il quale i diritti sanciti dalla Convenzione devono essere applicati indistintamente a tutti i minori<sup>22</sup>.

Questi concetti vengono ripresi dal principale testo regolamentante la gestione dei minori stranieri in Italia, cioè il Decreto Legislativo 286/98, anche detto Testo Unico dell'Immigrazione, oltre che da tutte le norme riguardanti l'argomento. Dalle quali deriva che:

- i minori stranieri presenti sul suolo italiano hanno diritto all'inespellibilità, non possono cioè essere espulsi dal territorio nazionale se non per motivi di ordine

---

<sup>17</sup> Legge n.184/1983, art. 9

<sup>18</sup> Direttiva del Ministero dell'Interno sui minori non accompagnati richiedenti asilo, 7 marzo 2007

<sup>19</sup> Decreto Legislativo 286/98, art. 5, comma 5

<sup>20</sup> Decreto Legislativo 286/98, art. 10 bis

<sup>21</sup> Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, art.3, 20 novembre 1989, New York

<sup>22</sup> Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, art.2, 20 novembre 1989, New York



pubblico e sicurezza dello Stato e salvo il diritto a seguire il genitore o l'affidatario espulsi<sup>23</sup>.

- per i MSNA non richiedenti asilo si può manifestare la particolare situazione del “rimpatrio assistito”<sup>24</sup>. Questo provvedimento comporta il riaffidamento del minore alla famiglia o alle autorità responsabili del Paese di origine e la proposta al minore di un progetto di reinserimento (scolastico, lavorativo ecc.) e può essere adottato solo se, in seguito a un’indagine nel Paese d’origine del minore e a una valutazione della sua situazione specifica, si ritiene opportuno, al fine di garantire il diritto all’unità familiare, attuare il rimpatrio. Il procedimento si configura come una tipologia di allontanamento dello straniero non coercitiva: è perciò necessario prendere in considerazione la volontà del minore. Le indagini per la valutazione di un possibile rimpatrio assistito iniziano entro 60 giorni dalla segnalazione della presenza di un MSNA (che non ha effettuato la richiesta di asilo) e vengono svolte da Organizzazioni Non Governative convenzionate con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- i MSNA che temono di subire persecuzioni nel loro Paese, per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le proprie opinioni politiche hanno diritto a presentare domanda di asilo. La richiesta di asilo viene esaminata dalla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato, che nel corso del procedimento ascolta il minore e il suo tutore. Durante questo periodo il minore ottiene un permesso di soggiorno per richiesta di asilo e, se la Commissione riconosce al minore lo status di rifugiato, questo viene trasformato in permesso per asilo. Se invece la Commissione rigetta la domanda di asilo, si può chiedere un permesso per motivi umanitari, qualora il rimpatrio non sia opportuno.
- tutti i MSNA hanno diritto, per il solo fatto di essere minorenni, a ottenere un permesso di soggiorno per minore età<sup>25</sup>. Questo permesso però dovrebbe essere rilasciato nel caso in cui non vi siano le condizioni per rilasciare un altro tipo di permesso (per affidamento, per motivi familiari, ecc.)<sup>26</sup>. Il permesso di soggiorno per minore età potrà essere convertito in permesso di soggiorno per affidamento, in seguito ad un provvedimento di “non luogo a

---

<sup>23</sup> T.U. 286/98, art. 19 e art. 31, comma 4

<sup>24</sup> T.U. 286/98, artt. 33; D.P.C.M. 535/99, Circolare del Ministero dell’Interno del 9/4/2001

<sup>25</sup> D.P.R. 394/99 art. 28

<sup>26</sup> Circolare del Ministero dell’Interno del 23/12/1999

provvedere al rimpatrio” e successivo provvedimento di affidamento del Tribunale per i Minorenni, che potrà a sua volta essere trasformato in permesso di studio o di lavoro al compimento dei 18 anni. La domanda di permesso di soggiorno per il minore non accompagnato deve essere presentata da chi esercita i poteri tutelari sul minore: da un tutore (se è stato nominato), dal legale rappresentante dell’istituto o comunità o Ente locale (se non è stato nominato un tutore, ma il minore è collocato in un istituto o comunità o è comunque assistito dall’Ente Locale) o da un parente (se non è stato nominato un tutore e il minore non è collocato in un istituto o comunità come ad es. molti minori affidati di fatto a un parente). La richiesta di protezione internazionale invece può essere effettuata anche dal MSNA che non abbia ancora un tutore<sup>27</sup>.

- tutti i minori stranieri, anche se privi di permesso di soggiorno, hanno diritto a essere iscritti a scuola e a ottenere i titoli conclusivi dei corsi di studio terminati positivamente. Ai minori stranieri si applicano le stesse norme in materia di lavoro che si applicano ai minori italiani (tenendo conto del fatto che solo i minori titolari di permesso per affidamento, per motivi familiari, per protezione sociale o per asilo possono lavorare).
- Il diritto alla salute e all’accesso all’assistenza sanitaria è un diritto di tutti i minori, indipendentemente dalla loro nazionalità e dalla loro regolarità di soggiorno<sup>28</sup>.

### 1.3 Organizzazione dell’accoglienza dei MSNA in Italia.

Per l’accoglienza degli stranieri rifugiati, è stato istituito il Sistema di Protezione per i Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) il quale “ha come obiettivo principale la (ri)conquista dell’autonomia individuale dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e umanitaria accolti, intesa come una loro effettiva emancipazione dal bisogno di ricevere assistenza (in questi termini si parla di *accoglienza emancipante*)”<sup>29</sup>. Questo servizio si occupa dell’accoglienza e inserimento nella società di tutti i soggetti migranti (adulti, nuclei familiari, minori accompagnati e non), ma è stato individuato come il sistema nazionale per l’accoglienza di tutti i minori stranieri non accompagnati.

---

<sup>27</sup> Decreto 25/2008, art. 26

<sup>28</sup> Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, 20 novembre 1989, New York

<sup>29</sup> SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitari, aggiornamento settembre 2015

Relativamente all'accoglienza dei MSNA è stata stabilita l'attivazione di strutture governative di primissima accoglienza ad alta specializzazione, che accolgano i minori in fase di primo rintraccio e la previsione di un'accoglienza di secondo livello di tutti i minori stranieri non accompagnati nell'ambito del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati<sup>30</sup>.

I servizi garantiti nei progetti territoriali dello SPRAR sono: assistenza sanitaria e sociale, attività multiculturali, inserimento scolastico dei minori, mediazione linguistica e interculturale, orientamento e informazione legale, servizi per l'alloggio, per l'inserimento lavorativo e per la formazione<sup>31</sup>. Per la realizzazione di questi servizi è richiesta una fitta rete territoriale che coinvolge tutti gli attori locali a sostegno dei singoli servizi legati all'accoglienza, oltre la presenza nei centri di un'équipe multidisciplinare e interdisciplinare, con competenze e capacità eterogenee<sup>32</sup>, così che "le persone che lavorano nei centri di accoglienza abbiano una formazione adeguata alle funzioni che esercitano nelle strutture di assistenza"<sup>33</sup>.

Data la vulnerabilità dei MSNA, sono imposte delle regole specifiche riguardo le strutture di accoglienza dedicate appositamente a questo gruppo: le strutture possono essere di tipo "famigliare" (prevedono un numero massimo di 6 utenti) oppure di tipo "comunitario" (un massimo di 10 utenti) e devono garantire;

- assistenza e protezione, attraverso personale formato e competente;
- uno spazio educativo adeguato che possa riprodurre un ambiente familiare;
- l'allestimento di spazi per il tempo libero, il gioco e lo studio;
- la possibilità di avere uno spazio proprio da personalizzare;
- la presenza di educatori specializzati che hanno il ruolo primario del nell'impostazione, gestione e supervisione di un progetto educativo individualizzato per ciascun minore;
- un rapporto tra operatori/utenti 1 a 3;
- la presenza di almeno un operatore durante la notte;
- la presenza di mediatori e interpreti qualificati;
- attività di animazione sociale, anche con personale esterno;

---

<sup>30</sup> "Piano operativo nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari" approvato in Conferenza Unificata il 10 luglio 2014

<sup>31</sup> SPRAR, Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2015

<sup>32</sup> SPRAR, Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitari, aggiornamento settembre 2015

<sup>33</sup> DL 30 maggio 2005, n.140, art. 9 comma 3

- un’assistenza psico-sociale qualificata, basata su un approccio attento alla cultura del minore e sensibile alle differenze di genere, attraverso una stretta collaborazione con i locali servizi socio-sanitari, con i quali è possibile concludere accordi e protocolli che possono prevedere anche uno scambio di competenze e di aggiornamenti reciproci tra progetto e servizi del territorio<sup>34</sup>.

L’accesso al servizio sanitario e l’effettivo esercizio del diritto alla salute rappresentano una fase fondamentale del percorso di accoglienza.

Nonostante già previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989, il diritto alla salute per i MSNA in Italia è stato pienamente raggiunto solamente nel 2012 quando si è stabilito che anche per i “minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso di permesso di soggiorno” è obbligatoria l’iscrizione al SSN<sup>35</sup>, la quale permette la fruibilità di tutti i servizi proposti (cosa che precedentemente era garantita solamente ai minori con permesso di soggiorno).

Nelle strutture è necessario che l’équipe multi-disciplinare, avvalendosi del supporto dei servizi locali, garantisca la presa in carico sanitaria all’interno del progetto personalizzato di accoglienza. Per fare ciò è importante individuare uno o più referenti per gli aspetti sanitari di ogni utente, che diventino il punto di riferimento per il soggetto e per l’équipe. La figura di un referente per la salute consente di percepire, comprendere, interpretare e valutare nel modo più adeguato possibile i reali bisogni di carattere sanitario ed essere in grado di sostenere e accompagnare l’utente in un percorso di tutela della salute ad hoc<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2015

<sup>35</sup> Accordo Stato – Regioni, 20 dicembre 2012

<sup>36</sup> SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2015

## 2. Il ruolo dell'infermiere pediatrico

L'infermiere pediatrico quale "operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica [...] partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente e della famiglia; identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formula i relativi obiettivi; pianifica, conduce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico pediatrico; partecipa ad interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia che della comunità, alla cura degli individui sani in età evolutiva nel quadro di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei neonati e dei soggetti di età inferiore ai 18 anni affetti da malattie acute e croniche, alla cura degli individui in età adolescenziale nel quadro dei programmi di prevenzione e supporto socio – sanitario"<sup>37</sup>.

All'interno di questa definizione del ruolo e delle responsabilità dell'infermiere pediatrico fornita dal Profilo Professionale rientra l'assistenza dei MSNA, in quanto soggetti di età inferiore ai 18 anni, potenzialmente vulnerabili, per i quali sono necessari importanti interventi di educazione sanitaria e di prevenzione oltre che di identificazione dei bisogni e di assistenza verso i neonati e coloro già affetti da patologie acute o croniche.

Nel Codice Deontologico si può notare come, nella definizione delle responsabilità dell'infermiere pediatrico, si parli sempre di "persona" senza prendere mai prendere in considerazione la differenza tra minori italiani o stranieri, in regola o meno con il permesso di soggiorno. Infatti "La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"<sup>38</sup> e "l'infermiere riconosce la

---

<sup>37</sup> Ministro della Sanità, Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico, Decreto ministeriale 17 gennaio 1997 n.70

<sup>38</sup> IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, art.3, 10 gennaio 2009

salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione”<sup>39</sup>

L’articolo 4 sottolinea l’importanza di una presa in carico globale anche del minore straniero in quanto “l’infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona”<sup>40</sup>.

Perciò dalle indicazioni che si riscontrano nel Codice Deontologico rientra nel ruolo dell’infermiere pediatrico l’assistenza ai MSNA e di conseguenza l’interessamento che l’infermiere deve avere nei confronti delle condizioni di salute di questa popolazione, in particolare per la sua maggiore vulnerabilità rispetto ai gruppi di coetanei.

### 3. Obiettivo della tesi

L’obiettivo di questa tesi è quello di indagare quali sono i bisogni di salute dei MSNA nei Centri di prima accoglienza, così da poter fornire al personale sanitario un quadro della situazione in cui vivono i MSNA e dei rischi di salute ai quali sono maggiormente esposti, per poter permettere una migliore assistenza sanitaria.

---

<sup>39</sup> IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere pediatrico, art.6, 10 gennaio 2009

<sup>40</sup> IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere pediatrico, 10 gennaio 2009

## 4. Materiali e metodi

Per la stesura di questo elaborato è stata effettuata una revisione della letteratura presente sulle banche dati.

È stata svolta una ricerca preliminare attraverso i motori di ricerca *Google* e *Google Scholar*, utilizzando termini liberi. Si è potuto accedere a siti di diverse associazioni quali *Terredeshommes*, *West* e *Sprar*, oltre ai siti *Istat* e *Eurostat* al fine di esaminare la tematica e di reperire dati aggiornati riguardanti la situazione attuale dei migranti in Italia.

È stato utilizzato il metodo PICO (Problem/population, Intervention, Comparison e Outcome), ottenendo il seguente “PIO”:

P: minori stranieri non accompagnati (MSNA).

I: analisi dei principali problemi di salute a cui sono esposti i MSNA.

O: fornire al personale sanitario un quadro della situazione di salute dei MSNA all'interno dei centri di accoglienza.

È stato formulato il seguente quesito di ricerca:

- Quali sono i principali problemi di salute ai quali sono esposti i minori stranieri non accompagnati nei centri di prima accoglienza?

In seguito è stato possibile condurre una ricerca bibliografica sulle banche dati *Pubmed* e *Cochrane*, utilizzando le seguenti parole chiave: *unaccompanied refugee children, minors, refugees, health problems e mental health*.

I termini sono stati combinati tra loro attraverso l'operatore booleano “AND” così da poter ottenere diverse stringhe di ricerca.

Le stringhe di ricerca sono state più volte variate nel corso della ricerca.

Le stringhe che hanno prodotto risultati rilevanti per la revisione sono:

- “unaccompanied minor”
- *Unaccompanied refugee children AND health problems*
- *Unaccompanied refugee minors AND mental health*
- (*"Minors"[Mesh] AND "Refugees"[Mesh]*)

È stato inserito il limite di data di pubblicazione entro i 10 anni a 3 delle 4 stringhe (*“unaccompanied minor”*, *unaccompanied refugee children AND health problems* e (*"Minors"[Mesh] AND "Refugees"[Mesh]*), mentre per la stringa *unaccompanied refugee minors AND mental health* non è stato posto questo limite in quanto si sarebbero eliminati articoli pertinenti e ancora attuali nonostante la data di pubblicazione. In questo caso è stato inserito quale criterio di inclusione la data di pubblicazione degli articoli dopo il 2005.

Le stesse stringhe di ricerca sono state utilizzate sulla banca dati *Cochrane* ma non sono stati reperiti articoli, pertanto la revisione è stata svolta unicamente sulla banca dati *Pubmed*.

Nella successiva selezione degli articoli oltre al limite temporale, sono stati utilizzati specifici criteri di inclusione ed esclusione, esposti nella seguente tabella.

### Criteri di inclusione

- Età 0 - 18 anni
- Minori stranieri non accompagnati
- Problemi di salute
- Studio svolto in Europa
- Presenza di abstract
- Presenza di testo completo in lingua inglese

### Criteri di esclusione

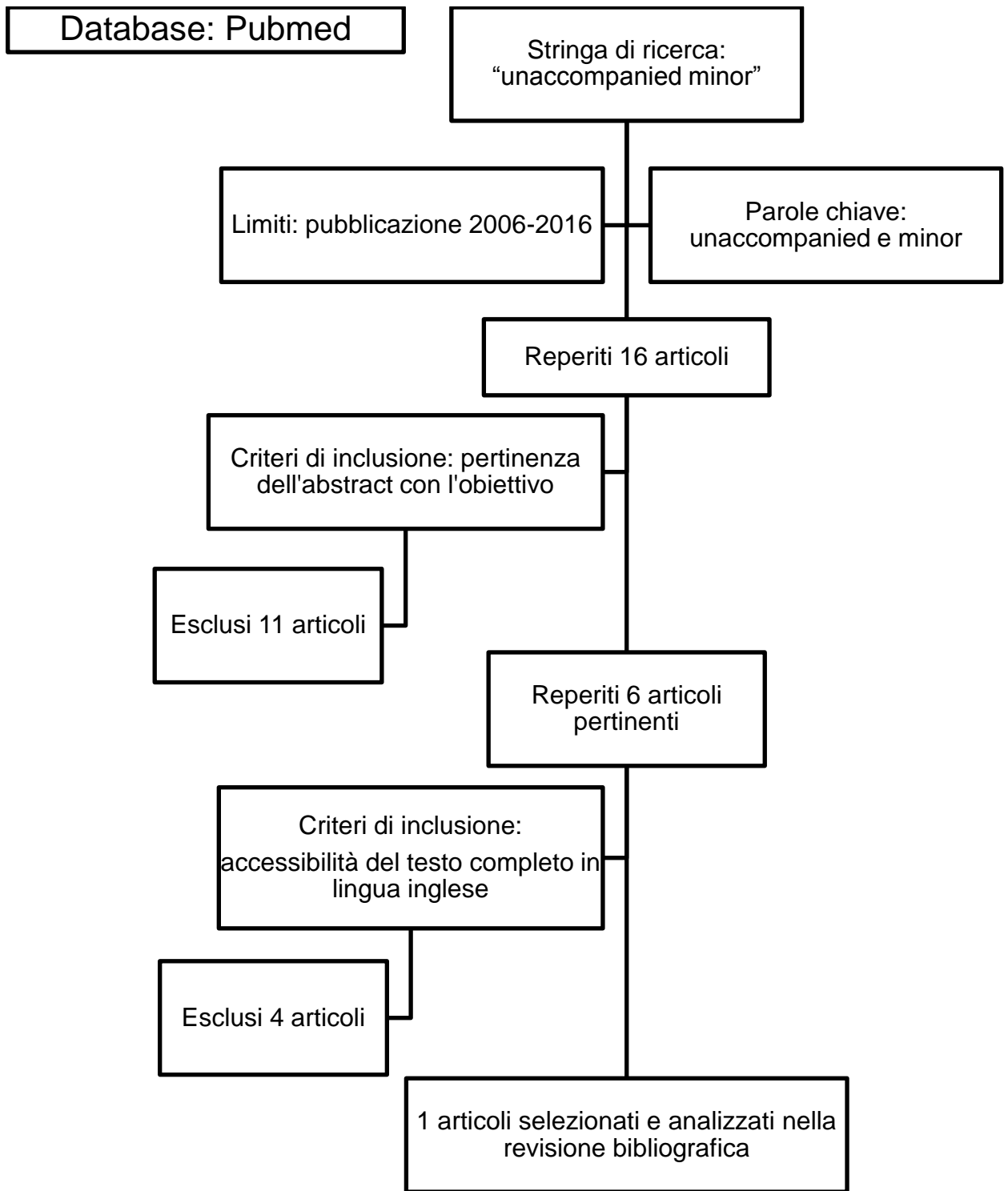
- Problemi legali o di assegnazione dell'età
- Studio svolto in Paese non europeo

Il totale degli articoli analizzati per la revisione bibliografia è di 13 articoli.

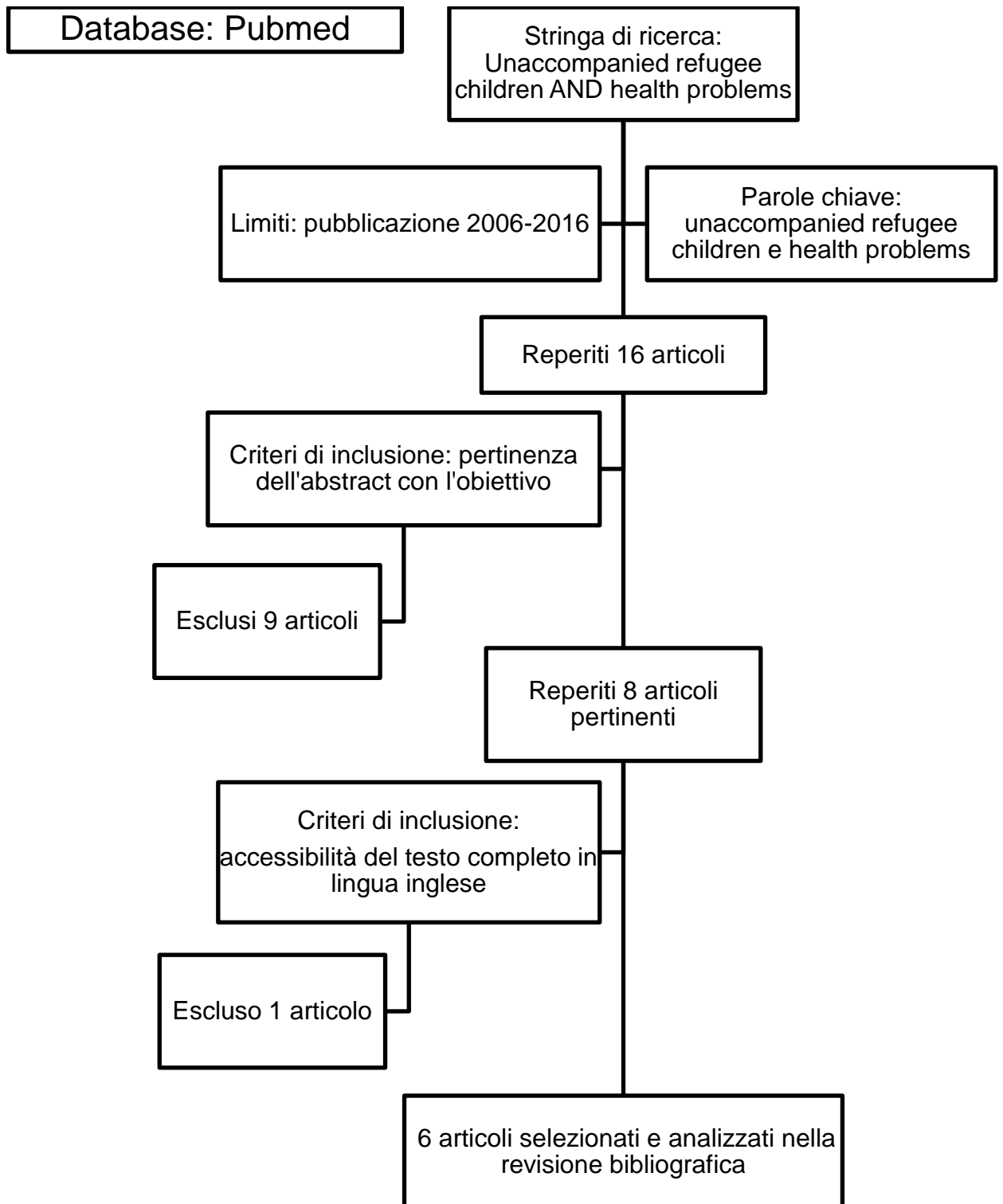
Nelle pagine seguenti sono riportate le *flow-chart* indicanti il percorso di ricerca e selezione degli articoli svolto per ogni stringa di ricerca.



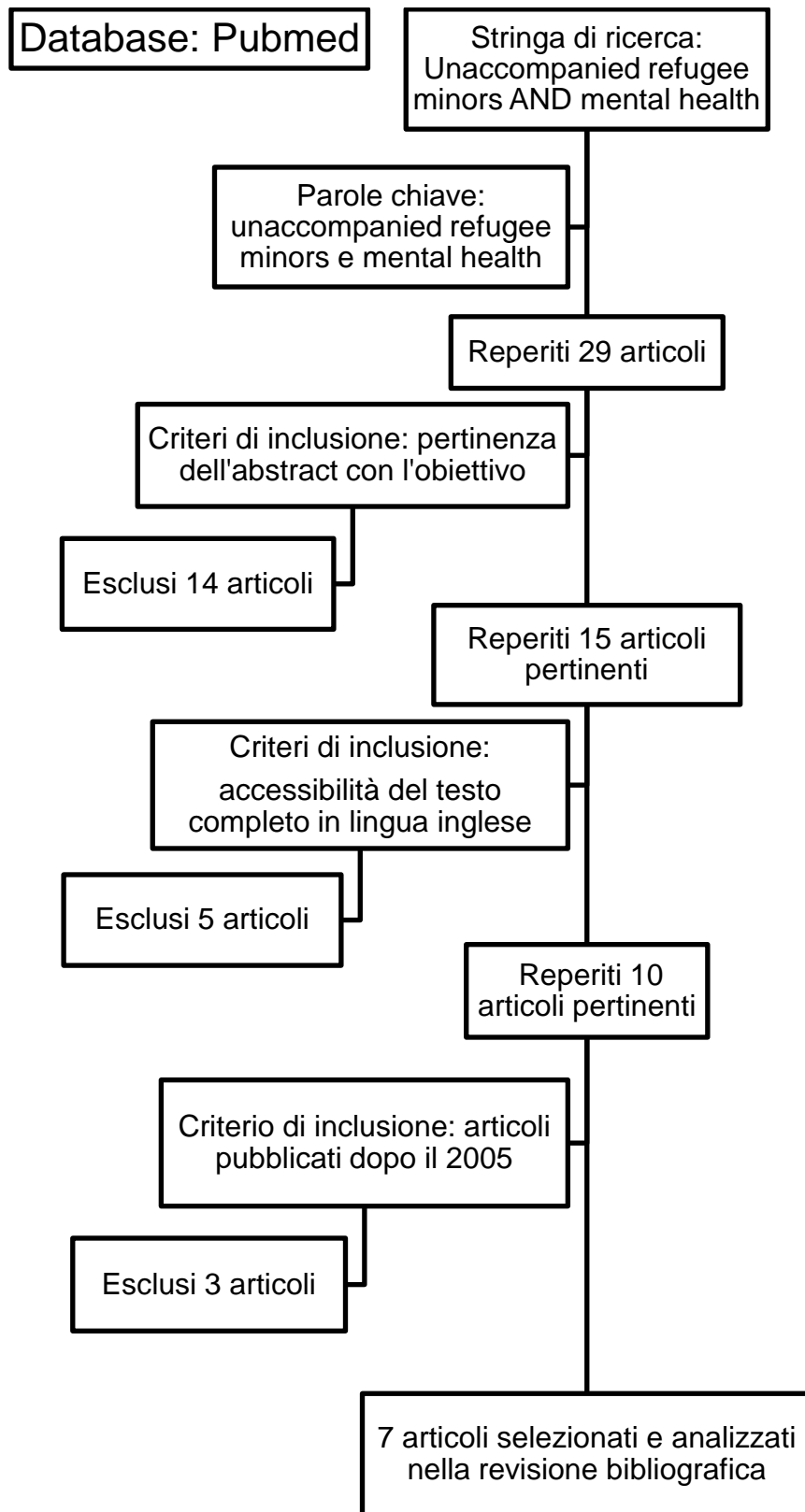
Flow chart di ricerca e selezione dati



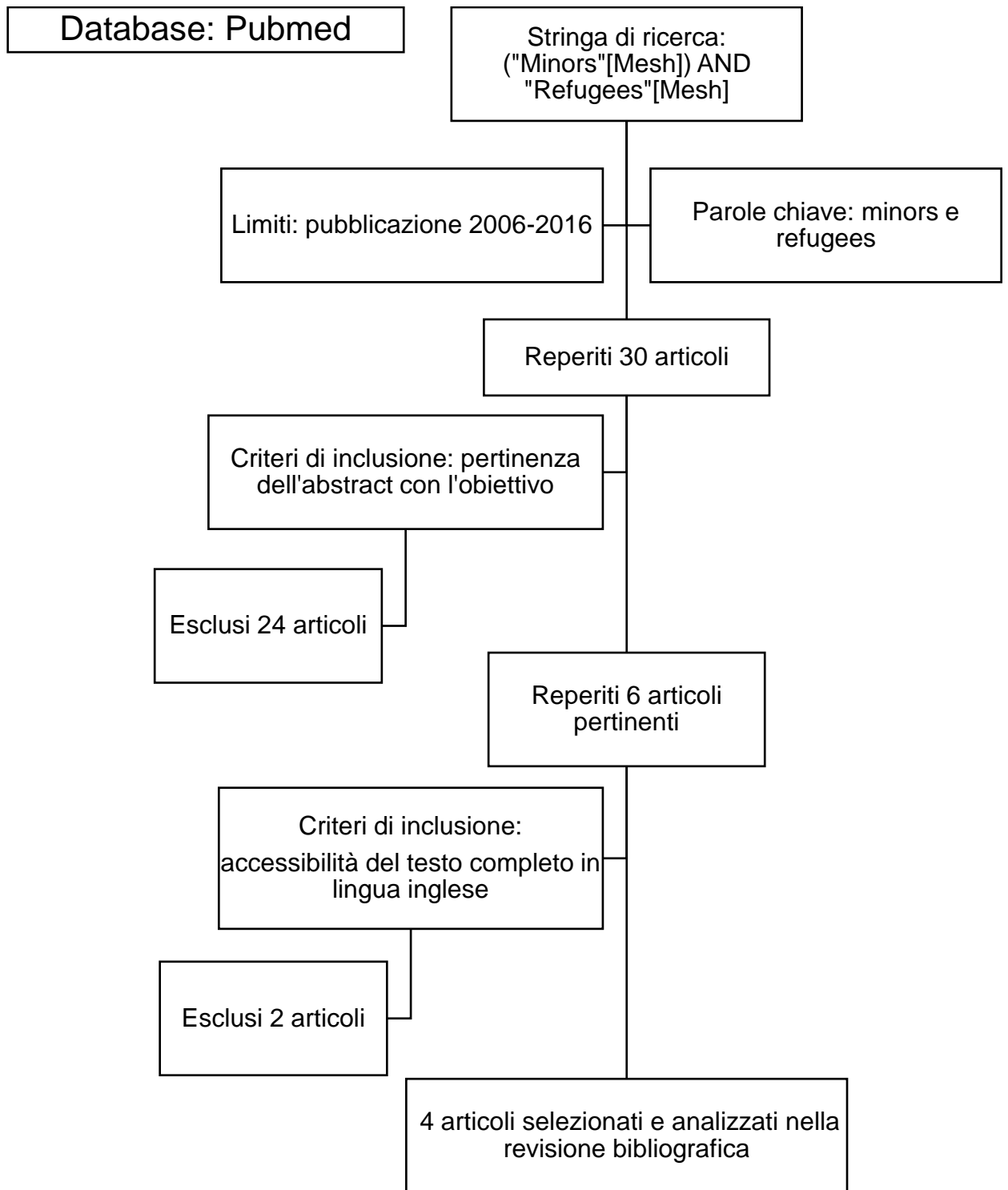
Flow chart di ricerca e selezione dati



Flow chart di ricerca e selezione dati



Flow chart di ricerca e selezione dati:



## 5. Risultati

I 13 articoli analizzati per la revisione bibliografica sono stati pubblicati tra il 2006 e 2015, su 11 riviste scientifiche differenti.

Dall'analisi degli articoli selezionati dalla letteratura emergono principalmente 4 aree di indagine relative ai problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati:

- I. Frequenza delle patologie psichiatriche e prevalenza della sindrome da stress post-traumatico (PTSD)
- II. Esposizione a esperienze traumatiche (SLE) e correlazione tra esse e le diverse patologie mentali
- III. MSNA e minori accompagnati/minori non migranti
- IV. Accesso ai servizi di salute mentale

### **I. Frequenze delle patologie psichiatriche e prevalenza della sindrome da stress post – traumatico (PTSD)**

Dagli articoli individuati, si rileva come la maggior parte degli autori si siano soffermati sull'analisi dei disturbi psichiatrici da cui sono affetti i MSNA e come essi abbiano sottolineato la maggiore frequenza di PTSD.

In 10 articoli sono stati trovati dati riguardanti la frequenza del disturbo da stress post- traumatico rispetto ad altri disturbi mentali. Tra questi, gli articoli di Michelson (2009)<sup>41</sup> e Wiese (2007)<sup>42</sup> si riferiscono a studi comparativi all'interno dei quali vengono confrontati dati di minori rifugiati/richiedenti asilo accompagnati dalla famiglia e quelli non accompagnati.

In tutti gli studi analizzati, il PTSD è risultato essere il disturbo psichiatrico più frequente, tranne nello studio di Derluyn (2007)<sup>43</sup> in cui la patologia più rappresentata risulta essere la depressione, per la quale il 47% della popolazione presa in esame ha superato il limite del range borderline della *Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents* (HSCL – 37A), mentre il 44,4% ha superato il limite borderline della scala *Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire* (RATS) per il PTSD, seguiti poi da problemi emozionali (41%), dall'ansia (37.3%), da problemi tra

---

<sup>41</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>42</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

<sup>43</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

pari (36,6%), da problemi comportamentali (13,6%), dall'iperattività (9,7%) e dai comportamenti pro – sociali (8,2%).

Inoltre, in questo studio sono ricercati i fattori protettivi o sfavorevoli alla salute mentale: è risultato come il sesso femminile sia un fattore sfavorevole, infatti le ragazze hanno ottenuto un punteggio più elevato rispetto ai maschi in quasi tutte le sotto-scale dei problemi internalizzanti<sup>44</sup>.

È stata rilevata una correlazione tra il posto di residenza e patologie quali depressione e problemi esternalizzanti, con un maggior punteggio per coloro che vivono presso i centri in grande scala, e una correlazione tra il periodo trascorso nel paese ospitante (che nel caso di questo studio risulta essere il Belgio) e i punteggi per PTSD e sintomi intrusivi (nei minori che vivono in Belgio da più di due anni sono stati riscontrati punteggi più bassi per PTSD e nella scala dei sintomi intrusivi).

L'età non è risultata essere un fattore influente sullo sviluppo dei disturbi mentali: nonostante sia presente una maggiore frequenza di sintomi depressivi nei ragazzi tra i 17/18 anni.

Inoltre da questo studio risulta essere presente un buon accordo tra la percezione degli adolescenti e degli operatori, nonostante gli operatori abbiano rilevato maggiori punteggi per i problemi esternalizzanti e comportamentali rispetto a quelli percepiti dai ragazzi, si è invece notata una maggiore difficoltà da parte del personale nell'individuare i problemi internalizzanti.

Non viene riportata una maggiore frequenza di PTSD neppure nello studio comparativo di Michelson (2009)<sup>45</sup>, infatti PTSD e i disturbi dell'ansia (di ogni tipo) risultano essere ugualmente frequenti: in entrambi i casi l'85% della popolazione sottoposta allo studio risulta affetta (seguiti dai disturbi depressivi, 76% dei partecipanti affetto).

Nello studio comparativo di Wiese (2007)<sup>46</sup> si rileva come l'associazione tra PTSD e ansia sia la patologia più frequente con il 97% della popolazione presa in esame affetto da una o da entrambe le patologie, seguiti dai disordini della relazione (50%), disordini depressivi (47%), ritardo mentale/disturbi pervasivi dello sviluppo (24%),

---

<sup>44</sup> Il termine "problemi internalizzanti" include: ansia, depressione, disturbi somatici e comportamenti di rifiuto e ritiro sociale. Mentre il termine "problemi esternalizzanti" include: disturbi della condotta, il disturbo oppositivo provocatorio, i problemi di concentrazione e i comportamenti aggressivi. Definizione tratta da Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>45</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>46</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

disturbo di personalità borderline (22%), psicosi (15%), disturbi somatici (14%) e dai disturbi comportamentali e dello sviluppo (entrambi al 2%).

Lo scritto di Völkl-Kernstock (2014)<sup>47</sup> non riporta i dati riguardanti le frequenze dei singoli disturbi ma riscontra una correlazione positiva tra la scala di rilevazione dell'ansia e la diagnosi di PTSD che invece non è stata trovata con la depressione. Infine si è rilevato come le ragazze siano più soggette rispetto ai maschi a sviluppare PTSD ( $p = 0.038$ ).

Dalla revisione bibliografica di Huemer<sup>48</sup> del 2009 risulta come i MSNA siano un gruppo molto vulnerabile per lo sviluppo di disturbi mentali e come il PTSD sia la patologia con maggiore frequenza. Si rileva come siano fattori influenti il genere femminile (le ragazze risultano più frequentemente colpite da patologie psichiatriche) e l'età: minore è l'età e maggiori sono i problemi psichiatrici (a differenza di Derluyn<sup>49</sup> che non ha riscontrato differenze significative legate all'età) e il tipo di abitazione/condizioni di vita (come anche sottolineato da Derluyn<sup>50</sup>). Infine i risultati di questa revisione sostengono che il numero e la severità di psicopatologie da cui sono affetti i MSNA non si riduca con il tempo trascorso nel nuovo Paese (follow – up a 12 mesi), volgendo verso la cronicizzazione dei disturbi.

La cronicizzazione delle patologie psichiatriche viene successivamente confermata anche dagli studi longitudinali di Vervliet (2013)<sup>51</sup> e Jakobsen (2014)<sup>52</sup>.

Il primo infatti non rileva cambiamenti significativi nelle condizioni psicologiche né nella frequenza delle patologie psichiatriche nei tre diversi momenti di rilevazione (all'arrivo in Belgio e poi a distanza di 6 e 18 mesi) durante i quali si conferma una maggiore frequenza del PTSD (all'arrivo le percentuali sono del 48% per PTSD, 26% per l'ansia e 33% per la depressione, a 6 mesi di distanza del 43%, 24% e 25% mentre a 18 mesi 41%, 27% e 26%). Da questo studio si riscontra inoltre come le ragazze siano significativamente più inclini a manifestare sintomi intrusivi (il punteggio medio delle ragazze nella scala RATS è di 14,55 mentre dei ragazzi è di

---

<sup>47</sup> Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, *Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa*, Neuropsychiatry, 2014

<sup>48</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>49</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>50</sup> *idem*

<sup>51</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>52</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014



12,64), le femmine hanno anche ottenuto un maggiore punteggio rispetto ai maschi per tutte le sotto-scale, anche se con valori non statisticamente significativi (p value non riportato).

Il secondo studio mostra come la condizione di stress posttraumatico non cambi in modo significativo nei due diversi momenti di rilevazione, cioè all'arrivo in Norvegia e 4 mesi più tardi. Inoltre da questa ricerca risulta che il PTSD è la patologia psichiatrica più frequente nel gruppo di ragazzi non accompagnati, con il 30,6% dei partecipanti affetti da questo disturbo secondo i criteri di diagnosi imposti dal DSM – IV. Seguono poi il disturbo depressivo maggiore (9,4%), l'agorafobia e il disordine distimico (entrambi 4,4%), il disordine d'ansia generalizzato (3,8%), fobie specifiche (3,1%), disturbi dell'umore con aspetti depressivi legati alla propria condizione medica generale (2,5%), ansia sociale (1,9%) e attacchi di panico (0,6%). Il 41,9% dei MSNA analizzati ha manifestato tutti i criteri per soddisfare almeno una patologia psichiatrica riconosciuta<sup>53</sup>.

Lo studio svolto nel 2015 da Jensen<sup>54</sup> conferma che il PTSD è la patologia psichiatrica predominante nei MSNA (54% dei MSNA entro i range di una possibile diagnosi di PTSD). In questo studio sono state ricercati diversi possibili fattori influenti, che però non sono risultati essere significative se non per una differenza di genere che vede le ragazze maggiormente a rischio.

Una prevalenza del PTSD tra i disturbi psicologici dei MSNA è stata rilevata anche dallo studio di Sanchez-Cao (2012)<sup>55</sup>, in cui il 66% dei minori risulta ad alto rischio di sviluppare PTSD, mentre il 12% è ad alto rischio per la depressione e l'11% ha superato il range borderline nel punteggio totale dei disturbi psicologici in generale (SDQ).

Infine anche dallo studio di Vervliet (2014)<sup>56</sup> risulta una preponderanza del PTSD in tutti i gruppi di minori stranieri non accompagnati indagati nel periodo immediatamente successivo all'arrivo nel Paese ospitante: il 52,7% del gruppo totale risulta affetto da PTSD, mentre il 44,1% da depressione e il 38,3% da ansia. Dall'analisi di questi dati è stato anche riscontrato come non ci siano differenze

---

<sup>53</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014

<sup>54</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>55</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>56</sup> Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014

significative per i problemi di salute mentale tra gruppi di ragazzi di età diverse e tra coloro i cui genitori sono entrambi vivi o meno.

## II. Esposizione a esperienze traumatiche (SLE) e correlazione con le diverse patologie mentali

Degli articoli analizzati nella revisione 11 trattano l'argomento degli Stressful Life Events (SLE), cioè degli eventi stressanti e possibilmente traumatizzanti, vissuti dai minori rifugiati o richiedenti asilo, indagandone la frequenza e cercando una possibile correlazione tra SLE e patologie mentali.

Dagli articoli di Derluyn (2007)<sup>57</sup>, Sanchez-Cao (2012)<sup>58</sup> e Keles (2015)<sup>59</sup> non è stato possibile reperire le frequenze dei singoli eventi stressanti tra la popolazione. Si evidenzia però come il numero di esperienze traumatiche a cui sono stati esposti i ragazzi influisca significativamente sui punteggi delle sotto-scale dell'ansia e della depressione (HSCL – 37 A), della sotto-scala per i problemi emozionali (SDQ), sul punteggio totale per i sintomi di PTSD e come ci sia una correlazione tra SLE e problemi di condotta e del comportamento pro-sociale (SDQ)<sup>60</sup>. Risulta inoltre come 7 sia il numero medio totale di eventi stressanti vissuti dai ragazzi, di cui il 62,3% ha vissuto una situazione di combattimento e il 20% ha assistito o subito un abuso sessuale/stupro<sup>61</sup> e come le esperienze traumatiche legate alla guerra, i disagi giornalieri generali e quelli associati all'acculturazione siano collegate alla depressione<sup>62</sup>.

Lo studio di Jakobsen (2014)<sup>63</sup> rileva come il 96,3% dei minori abbia vissuto almeno un evento stressante. Inoltre è stato chiesto ai 49 ragazzi affetti da PTSD quale fosse il peggiore "evento vissuto" scatenante la loro patologia: il più frequente è stato un

---

<sup>57</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>58</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>59</sup> Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B, *Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles*, Ethnicity & Health, 2015

<sup>60</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>61</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>62</sup> Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B, *Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles*, Ethnicity & Health, 2015

<sup>63</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014

“evento minacciante la vita” (32,6%), seguito da “assistere a una violenza su altri” (22,4%) e infine da “esperienze di prigionia” (20,4%).

Lo studio di Jensen (2015)<sup>64</sup> conferma elevati livelli di SLE nei MSNA (in media 5,5 eventi ciascuno). Si ricercano le possibili connessioni tra gli SLE e i punteggi ottenuti nelle scale di valutazione dei disagi mentali: gli SLE sono risultati essere correlati con la scala HSCL totale e con la parte dei problemi internalizzanti (sotto-scale HCSL per ansia e depressione) mentre non con la parte dei problemi esternalizzanti. Infine risulta esserci una connessione anche tra gli SLE e il PTSD. Dai dati analizzati non si riscontra una connessione significativa tra sesso e età e numero di esperienze traumatiche vissute.

Una correlazione positiva tra gli SLE e patologie quali ansia, depressione e PTSD è stata rilevata dallo studio di Vervliet (2014)<sup>65</sup> nel quale, oltre agli elevati livelli di SLE nei MSNA, si è valutato come l'età e il fatto che i genitori siano ancora vivi o meno non influenzi il numero di SLE vissuti dai ragazzi.

Una stretta connessione tra il numero di eventi traumatici a cui sono stati esposti in MSNA e la frequenza di PTSD è stata riscontrata anche da Völkl-Kernstock (2014)<sup>66</sup>, il quale afferma inoltre che i maschi sono maggiormente esposti a eventi traumatici rispetto alle ragazze, nonostante le minori sviluppino più frequentemente PTSD.

Nello studio longitudinale di Vervliet (2013)<sup>67</sup> si ricercano le frequenze dei singoli eventi stressanti all'arrivo, a 6 e a 18 mesi e si nota come le esperienze stressanti influiscano su tutte le scale analizzanti la salute mentale dei ragazzi e come il totale delle esperienze traumatiche e delle patologie mentali non diminuisca nel tempo, anche se ci sono dei cambiamenti nelle tipologie di eventi più frequenti. Si nota come nella rilevazione degli SLE a 6 mesi si abbia un aumento di tutti i parametri tranne “morte di una persona cara” e “situazione di pericolo”, che si riducono, e “importanti cambiamenti nella famiglia”, che risulta invariato. Alla rilevazione a 18 mesi invece tutti i parametri sono in riduzione tranne “separazione involontaria dalla famiglia”,

---

<sup>64</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>65</sup> Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014

<sup>66</sup> Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, *Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa*, Neuropsychiatrie, 2014

<sup>67</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

“morte di una persona cara”, “situazione di pericolo” e “situazioni di pericolo per qualcun altro” che risultano in lieve aumento.

Da questa ricerca, si riscontra come un'influenza ancora più marcata sui disturbi mentali è quella esercitata dagli stress quotidiani a cui sono esposti i ragazzi, i quali tendono ad aumentare con il tempo, in particolare le esperienze di discriminazione, stress sociale, stress materiale e la preoccupazione circa la residenza.

Wiese (2007)<sup>68</sup> riporta come il 54% del gruppo totale analizzato dal suo studio abbia riferito da una a tre esperienze traumatiche, il 37% abbia riportato quattro o più esperienze traumatiche e come nessuno dei MSNA abbia riferito “nessun evento traumatico”.

In ultimo la revisione bibliografica di Huemer (2009)<sup>69</sup> conferma il fatto che i MSNA siano esposti ad un elevato numero di SLE, indagando l'influenza dell'età (maggiore è l'età, maggiore è il numero di SLE vissuti) e non riscontra variazioni significative nel numero di SLE nel tempo.

### **III. MSNA e minori accompagnati/minori non migranti**

Dei 13 studi analizzati, Ramel (2015)<sup>70</sup>, Michelson (2009)<sup>71</sup>, Wiese (2007)<sup>72</sup> e Bean (2006)<sup>73</sup> hanno fornito studi comparativi che mettono in risalto le differenze presenti tra i due gruppi analizzati (MSNA e minori accompagnati o MSNA e minori non migranti).

Lo studio Ramel (2015)<sup>74</sup> esegue un confronto tra MSNA e minori accompagnati riguardo ai dati reperiti dalla clinica psichiatrica di Malmö. Da questi dati si nota come i MSNA abbiano ricevuto più ricoveri per patologie psichiatriche e più ricoveri involontari rispetto ai minori accompagnati.

---

<sup>68</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

<sup>69</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>70</sup> Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015

<sup>71</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>72</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

<sup>73</sup> Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006

<sup>74</sup> Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015

La differenza di ricoveri involontari però svanisce se si prende in considerazione la composizione dei due gruppi: infatti il gruppo di MSNA è composto principalmente da maschi e in entrambi i gruppi il genere maschile ha riportato un maggior numero di ricoveri involontari rispetto a quello femminile. Questo fattore evidenzia come la differenza di ricoveri involontari tra i due gruppi non è statisticamente significativa. Risulta che i MSNA manifestino più comportamenti autolesionisti e suicidari dei minori accompagnati (76% rispetto al 58% dei minori accompagnati).

Le differenze nelle diagnosi sui due gruppi non sono risultate significative tranne per una maggiore frequenza di disturbi neurotici, disturbi legati allo stress e disturbi somatoformi: 76,8% nei MSNA rispetto al 30,7% nei minori accompagnati.

Dallo studio di Michelson (2009)<sup>75</sup> risulta come i due gruppi analizzati (MSNA e minori accompagnati) abbiano frequenze di psicopatologie simili. Le uniche differenze significative sono state riscontrate nella frequenza di PTSD e di lutti (maggiori nei MSNA con, rispettivamente, 85% e 96% a confronto del 66% e 48% nei minori accompagnati) e nei problemi di condotta (maggiori nei minori accompagnati con il 28% rispetto al 9% dei MSNA).

Sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda la frequenza e i tipi di eventi stressanti a cui sono esposti i minori: i MSNA risultano essere esposti a più tipi di trauma rispetto ai minori accompagnati (quali isolamento, tortura, stupro, assistere ad un omicidio e omicidio o scomparsa di un membro della famiglia).

Da questa indagine si evince come i MSNA siano maggiormente isolati e abbiano più problemi ad adattarsi alla società di accoglienza. Sono stati anche ricercati i percorsi fatti dai minori per giungere ai Servizi di Salute Mentale e la loro frequenza alle sessioni. È risultato come i MSNA siano principalmente seguiti dai servizi sociali, mentre i minori accompagnati da personale medico, e come i primi abbiano un maggior numero di assenze alle sessioni terapeutiche.

Infine sono state riscontrate delle differenze nei tipi di trattamenti ai quali sono sottoposti i due gruppi di minori.

Un confronto tra MSNA e minori accompagnati viene fatto anche dallo studio di Wiese (2007)<sup>76</sup> nel quale si confrontano il numero e il tipo di esperienze traumatiche vissute dai ragazzi: i MSNA sono maggiormente esposti a SLE per quanto riguarda

---

<sup>75</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>76</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

la separazione dalla famiglia, violenza fisica, minaccia di morte, assistere ad un omicidio, tortura, maltrattamenti, prigionia e abuso sessuale rispetto ai minori accompagnati. Si analizzano le problematiche correlate a disturbi psichiatrici, nelle quali si ha una maggiore frequenza nei MSNA per: difficoltà della regolazione di sonno e alimentazione, sentimenti depressivi, allucinazioni e disturbi somatici mentre nei minori accompagnati si manifesta con maggiore frequenza un ritardo dello sviluppo. Infine si confrontano le frequenze di diagnosi psichiatriche: maggiore frequenza di diagnosi di depressione, di disturbo borderline della personalità, di disturbo psicotico e di disturbi della relazione nei MSNA mentre nei minori accompagnati vengono più frequentemente diagnosticati i disturbi dell'apprendimento e dello sviluppo.

Lo studio di Bean (2006)<sup>77</sup> invece attua un confronto tra un gruppo di MSNA e un gruppo di adolescenti olandesi dal quale risulta che i MSNA abbiano punteggi più elevati per i disturbi internalizzanti (quali ansia e depressione) e per il PTSD, mentre per i disturbi esternalizzanti (quali problemi comportamentali e della condotta) gli adolescenti olandesi hanno ottenuto un punteggio maggiore. Inoltre i MSNA hanno vissuto il doppio di SLE rispetto ai coetanei olandesi. È stato anche rilevato come la severità dei problemi psicologici dei MSNA che hanno dichiarato un bisogno o che utilizzano i Servizi di Salute Mentale superi quella dei ragazzi olandesi nella stessa situazione. Il 57,8% dei MSNA dello studio ha manifestato un bisogno di aiuto professionale, rispetto al 8,2% degli adolescenti olandesi. Nonostante ciò i contatti con i Servizi di Salute Mentale sono ridotti al 12,7% dei MSNA mentre arrivano al 16,1% degli adolescenti olandesi, inoltre i MSNA manifestano una maggiore presenza di bisogno di supporto non riconosciuto e una maggiore disponibilità verso le cure mentali.

Un maggiore frequenza di patologie psichiatriche (con prevalenza di PTSD) e di esposizione a SLE per i MSNA rispetto ai minori accompagnati/minori non migranti viene confermata anche dalla revisione bibliografica di Huemer (2009)<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006

<sup>78</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

#### IV. Accesso ai servizi di salute mentale

Tra gli argomenti trattati dagli autori dei 13 articoli analizzati emerge, tra le problematiche di assistenza ai minori stranieri non accompagnati, una difficoltà all'accesso delle cure, in particolare a quelle della salute mentale.

Sanchez-Cao (2012)<sup>79</sup> riporta che solamente il 17% dei minori interpellati dallo studio è in contatto con i Servizi di Salute Mentale mentre il 66% di questi ragazzi ha superato il limite nel punteggio per il PTSD e il 12% per la depressione.

In questo studio si sono ricercati i fattori maggiormente predittivi per il contatto con i Servizi di Salute Mentale che sono risultati essere i sintomi depressivi e la maggiore lunghezza del periodo trascorso nel Paese ospitante (c'è una maggiore presenza nei Servizi di minori che si trovano a Londra da più tempo rispetto ai nuovi arrivati, nonostante i bisogni di supporto psicologico sia molto elevati in entrambi i momenti).

Nonostante il PTSD sia più frequente della depressione, nei Servizi di Salute Mentale si ha un maggior numero di minori affetti da depressione, da questo si evince come il PTSD non venga riconosciuto dagli operatori e nemmeno dai ragazzi o come comunque non venga percepito come una vera patologia e che perciò non venga adeguatamente trattata.

Non risulta esserci una connessione tra gli eventi traumatici subiti e la frequenza di contatto con i Servizi di Salute Mentale. Si rileva quindi in generale un alto livello di bisogni psicologici non supportati.

Lo studio comparativo di Michelson (2009)<sup>80</sup> invece analizza il percorso compiuto dai ragazzi per entrare in contatto con i Servizi di Salute Mentale, il numero di assenze e il tipo di terapie che svolgono, confrontandole con un gruppo di minori accompagnati. Tutti i MSNA sono in contatto, a diversi livelli, con i servizi sociali: il 53% è stato indirizzato ai Servizi da questi ultimi, mentre il 18% dai Servizi di Salute Mentale dei centri di accoglienza, solo il 6% da personale medico e il 22% da altre figure (infermieri dell'ostello, fondazioni mediche o Refugee Council).

Durante la ricerca di Bean (2006)<sup>81</sup> il 57,8% dei MSNA ha riferito di avere un bisogno di aiuto professionale per i problemi psicologici, questa percentuale non è

---

<sup>79</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>80</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>81</sup> Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006

pienamente rispecchiata dalle percezioni dei tutori e degli insegnanti che seguono i ragazzi, secondo i quali rispettivamente solo il 21% e il 30% dei minori ha bisogno di supporto. Nonostante ciò solo il 12,7% dei MSNA è in contatto con un Servizio di Salute Mentale (di cui l'11,7% è stato indirizzato ai servizi dai tutori). Da questa statistica risulta anche che il 48,7% della popolazione in studio abbia un bisogno non dichiarato di aiuto professionale. In totale si rileva come solo nel 6,3% dei casi c'è stato un accordo tra percezione dei MSNA, tutori e insegnanti riguardo il bisogno di supporto psicologico.

I punti più cruciali che hanno indotto i ragazzi a percepire un bisogno di aiuto professionale sono il numero di esperienze stressanti e il livello della sintomatologia: la gravità della sintomatologia dei disturbi e il numero e la gravità degli SLE sono infatti significativamente maggiori in coloro che hanno riportato un bisogno di aiuto o utilizzano i servizi.

Da questa indagine risulta come la giovane età e avere almeno un membro della famiglia presente nello stesso Paese siano dei fattori protettivi. Un fattore predittivo dell'uso dei Servizi di Salute Mentale è il tempo trascorso nel Paese ospitante (maggiore è il tempo, maggiore è la possibilità di accesso ai servizi).

Ramel (2015)<sup>82</sup> analizza la presenza di MSNA in una struttura psichiatrica svedese, da cui risulta che il 76% dei MSNA visitati ha manifestato comportamenti autolesionisti o suicidari e l'86% ha mostrato sintomi legati allo stress per il processo di richiesta di asilo. Infine è stato individuato come, nonostante il PTSD sia una delle patologie più frequenti tra i MSNA, questa raramente sia stata la causa di ammissione in clinica.

La revisione della letteratura di Huemer (2009)<sup>83</sup> conferma che i MSNA, a causa delle loro condizioni di vita e delle barriere linguistiche e culturali, abbiano un accesso limitato alle cure mentali o comunque non ricevano l'assistenza adatta.

---

<sup>82</sup> Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015

<sup>83</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health



## 6. Discussione

Gli studi esaminati per questa revisione sono stati tutti condotti in Paesi Europei, non sono pervenuti studi condotti in Italia. L'unico articolo italiano reperito tratta della tematica in modo generale senza soffermarsi su uno studio specifico né su informazioni dettagliate riguardanti i MSNA, perciò non è stato possibile includerlo nell'analisi di questa revisione.

Dalla revisione bibliografica condotta emerge che i MSNA sono un gruppo particolarmente vulnerabile verso lo sviluppo di problemi di salute.

La loro condizione è particolarmente svantaggiosa se si considera il fatto che essi sono sia minori soli sia rifugiati/richiedenti asilo.

Si rileva come la maggior parte della letteratura, dedicata in modo specifico ai MSNA, si incentri unicamente sui problemi di salute mentale.

Per quanto riguarda questi disturbi da tutti gli articoli analizzati è risultato come le patologie più frequenti siano: PTSD, ansia e depressione. Nella maggior parte degli studi<sup>84,85,86,87,88,89</sup> il PTSD è risultata essere la patologia psichiatrica più frequente nei gruppi di MSNA.

L'unico tra gli studi analizzati, che ha posizionato il PTSD al secondo posto come frequenza, è lo studio di Derluyn (2007)<sup>90</sup> dal quale risulta essere più frequente la depressione (47%) rispetto al PTSD (44,4%): questo dato è probabilmente legato al fatto che la maggior parte dei ragazzi di questo studio ha un'età superiore ai 16 anni e, dato che la depressione è più frequente nei ragazzi di età compresa tra i 17 e i 18 anni rispetto alle altre fasce d'età, ne consegue come in questo gruppo la depressione si rilevi con maggiore frequenza.

---

<sup>84</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>85</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014

<sup>86</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>87</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>88</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>89</sup> Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014

<sup>90</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

Nella maggior parte di questi studi sono anche stati ricercati dei fattori sfavorevoli, cioè quelle caratteristiche proprie dell'individuo che correlano statisticamente una maggiore probabilità di sviluppare una malattia psichiatrica. Sono stati valutati diversi fattori (genere, età, luogo di residenza, tempo dall'arrivo nel nuovo Paese e presenza di genitori viventi o meno) ma l'unico dato concorde è la differenza di genere<sup>91,92,93,94,95</sup>: le ragazze hanno mostrato punteggi significativamente maggiori in quasi tutte le scale di rilevazione dei problemi di salute mentale (principalmente in quelle dei bisogni internalizzanti ed in particolar modo per il PTSD), ponendo quindi il genere femminile come fattore sfavorevole.

Tra gli altri fattori ricercati si trovano: l'età, che è risultata essere non influente sullo sviluppo di patologie mentali nella maggior parte degli studi<sup>96,97,98</sup> mentre nella revisione bibliografica di Huemer (2009)<sup>99</sup> si riporta come una minore età si associ a problemi psichiatrici più severi.

L'abitazione/posto di residenza, negli studi<sup>100,101</sup> è risultata essere influente, in quanto si presenta una maggiore frequenza di patologie psichiatriche nei ragazzi accolti in centri di larga scala.

Il tempo trascorso dal momento dell'arrivo nel nuovo Paese nello studio di Derluyn (2007)<sup>102</sup> è risultato essere un fattore influente mentre nello studio di Jensen

---

<sup>91</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>92</sup> Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, *Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied*

<sup>93</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>94</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>95</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>96</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>97</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>98</sup> Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014

<sup>99</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>100</sup> *Idem*

<sup>101</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

<sup>102</sup> Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007

(2015)<sup>103</sup> non è risultato essere significativamente correlato a nessun cambiamento nei sintomi.

Inoltre risulta come il fatto che i genitori dei MSNA siano vivi o meno non sia significativa per lo sviluppo di patologie mentali<sup>104</sup>.

Dato che gli studi longitudinali inerenti a questa tematica sono poco numerosi, non si è potuto ottenere un dato statisticamente significativo riguardo i gruppi di *follow – up* di MSNA. Nonostante ciò, dagli studi analizzati si è potuto osservare come non si manifestino dei cambiamenti significativi della condizione di salute mentale dei MSNA nel tempo. Infatti dalle ricerche effettuate, si rileva come non ci siano dei cambiamenti nei punteggi per lo stress psicologico generale e per il PTSD al momento dell'arrivo nel Paese ospitante e dopo 4 mesi<sup>105</sup> e come i problemi di salute mentale non cambino significativamente al momento dell'arrivo, a 6 mesi o a 18 mesi dopo l'accoglienza in Belgio, in tutti i momenti di rilevazione i punteggi delle diverse scale di misurazione sono risultati sempre elevati<sup>106</sup>. Ne deriva perciò una cronicizzazione dei disturbi psichiatrici che affliggono i MSNA al momento dell'arrivo nel Paese ospitante.

Il fatto che i MSNA siano più vulnerabili rispetto a minori accompagnati e ai coetanei non rifugiati per lo sviluppo di patologie psichiatriche, è stato rilevato da tutti gli studi comparativi analizzati<sup>107,108,109,110</sup>, tranne che dall'articolo di Michelson (2009)<sup>111</sup> che ha riscontrato come i livelli di psicopatologie tra il gruppo di MSNA e il gruppo di minori accompagnati siano simili, con elevati livelli di depressione e ansia in entrambi

---

<sup>103</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>104</sup> Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014

<sup>105</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014

<sup>106</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>107</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry, 2007

<sup>108</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009

<sup>109</sup> Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015

<sup>110</sup> Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006

<sup>111</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2009

i gruppi, ma con una frequenza di PTSD più elevata nei MSNA e di problemi di condotta più elevata nei minori accompagnati.

Lo studio di Wiese (2007)<sup>112</sup> invece ha mostrato come ci sia un aumento significativo della sintomatologia nei MSNA rispetto ai minori con famiglie, anche se nei casi di disturbi della relazione, dell'apprendimento e dello sviluppo si ha una maggiore frequenza nei minori accompagnati. Questo dato può essere interpretato tenendo conto del fatto che questo tipo di disturbi non viene quasi mai menzionato dai ragazzi bensì dai tutori, e che quindi disturbi di questo genere possono non essere notati nei MSNA.

I MSNA sono, inoltre, a alto rischio di vivere esperienze stressanti e potenzialmente traumatizzanti (SLE). Diversi studi<sup>113,114,115</sup> hanno rilevato come i MSNA subiscano un numero medio di SLE molto elevato: il 54% da 1 a 3 SLE e il 37% più di 4 SLE<sup>116</sup>. Un'altra caratteristica che rende i MSNA un gruppo altamente vulnerabile è la loro difficoltà di accesso ai servizi sanitari. I MSNA mostrano infatti un elevato bisogno di aiuto psicologico da parte di personale sanitario che raramente viene supportato dai Servizi di Salute Mentale a causa di barriere burocratiche, linguistiche e culturali, oltre ad una difficoltà di continuità assistenziale legata ai frequenti spostamenti dei MSNA nei diversi centri di accoglienza. Nonostante il rischio per il 66% della popolazione di sviluppare PTSD e il 12% di depressione, solamente il 17% dei ragazzi è in contatto con i servizi<sup>117</sup>. Inoltre, nonostante sia la patologia più frequente in questa popolazione, il PTSD è raramente causa di trattamento presso i Servizi di Salute Mentale, a differenza della depressione, che pur essendo meno frequente del PTSD, è la principale causa di presa in carico del minore presso i servizi.

Questa difficoltà di accesso alle strutture sanitarie può essere legata a diversi fattori: sono presenti delle barriere burocratiche che rallentano la possibilità di accesso ai servizi di cura non urgenti ai MSNA, basti pensare alle problematiche legate alla

---

<sup>112</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

<sup>113</sup> *Idem*

<sup>114</sup> Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015

<sup>115</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>116</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry.

<sup>117</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e l'assenza (nella maggior parte dei casi) di documenti di riconoscimento validi.

Influente è anche il fatto che i MSNA vengono indirizzati meno frequentemente verso i Servizi di Salute Mentale dai tutori, rispetto quanto fanno i genitori verso i loro figli (migranti accompagnati o non migranti). Infatti per i tutori è più difficile individuare i comportamenti che potrebbero essere indice di disagio psicologico nel ragazzo, a causa della ridotta conoscenza del comportamento del ragazzo in condizioni di equilibrio psichico e a causa delle difficoltà relazionali tra operatore e minore. Perciò il disagio viene individuato solamente quando i segni sono ormai conclamati, quindi la diagnosi e le cure vengono iniziate in ritardo.

Un'altra barriera è determinata dalla cultura dei ragazzi e dal loro concetto di patologia psichiatrica: infatti spesso essi provengono da Paesi nei quali le malattie mentali sono ancora un vero e proprio tabù e dove i soggetti affetti da queste patologie vengono isolati e discriminati, perciò essi, nonostante siano consapevoli dei loro disagi psicologici, spesso si rifiutano di riconoscerli. Viene così di molto posticipata la diagnosi e, di conseguenza, anche la cura.

Ulteriore limite è dato dal fatto che i minori vengono frequentemente trasferiti dai diversi centri di accoglienza, soprattutto nel primo periodo dopo l'arrivo, cioè nel momento più critico, con maggiori difficoltà a comprendere il funzionamento burocratico nel nuovo centro, ad accettare i nuovi tutori e a creare un rapporto di fiducia con essi. Infine, per i ragazzi già in cura, si verifica la necessità di dover ricominciare il percorso terapeutico con nuovo personale sanitario, perdendo perciò la continuità fondamentale per la buona riuscita assistenziale.

Il mancato accordo tra i risultati ottenuti dai diversi studi riguardo ad alcune tematiche (quali ad esempio influenza dell'età, del periodo trascorso nel nuovo Paese ecc.) può essere legato alle diverse condizioni in cui sono state svolte le ricerche: infatti nonostante per questa revisione si sia scelto di prendere in considerazione solo gli studi svolti in Paesi Europei, si deve tenere conto del fatto che, sebbene ci siano delle leggi europee comuni per l'accoglienza e l'inserimento dei MSNA, delle differenze nazionali sono comunque presenti e influiscono sicuramente sulle condizioni di vita e quindi sulla salute dei migranti.

Non risulta quindi possibile attuare una generalizzazione dei risultati ottenuti perché, oltre ad essere stati svolti in Paesi diversi, gli studi analizzano popolazioni sostanzialmente diverse (differenze di età, sesso, Paese di origine, motivi di viaggio, percorso compiuto Paese ospitante e modalità di accoglienza).

Il limite di questa ricerca può proprio essere riscontrato nell'impossibilità di ottenere un numero abbastanza elevato di dati da studi eseguiti nella stessa realtà, e in particolar modo la mancanza di studi inerenti l'argomento svolti in Italia.

A questo si collega la scarsità di materiale inerente i MSNA presente in letteratura, nello specifico per quanto riguarda gli studi longitudinali e le revisioni bibliografiche, la cui causa può essere ricercata nella difficoltà nel garantire la continuità del rapporto con i minori nel tempo, necessaria per i *follow - up*.

Altro limite della revisione è determinato dalla qualità degli studi individuali data la mancata validazione ufficiale di una delle scale utilizzate per le misurazioni (DSSYR)<sup>118</sup>, oltre che dalla difficoltà nell'ottenere informazioni certe riguardanti i dati anagrafici dei minori (in particolare per quanto riguarda l'età) e dalla presenza di difficoltà linguistiche e culturali.

Da rilevare come sia presente l'impossibilità di analizzare gruppi in cui si abbia la stessa proporzione di maschi e femmine: quantità di maschi sempre superiore alle femmine, a causa del maggior numero di ragazzi che intraprendono il viaggio, fatto collegato al concetto secondo il quale i ragazzi avrebbero maggiori possibilità di sopravvivere al viaggio e di subire meno violenze delle femmine.

Inoltre è emersa l'impossibilità di analizzare gruppi in cui si abbia una distribuzione dei minori lungo tutte le fasce d'età interessate: età media elevata (>15 anni) a causa del fatto che a intraprendere i viaggi sono generalmente gli adolescenti che, giunti nel nuovo Paese, possono lavorare e mantenere la famiglia.

Infine ulteriori limiti della revisione sono l'elevato numero di mancate risposte o perdite di contatto con alcuni minori durante i *follow – up* e la raccolta di dati riferiti unicamente a una specifica categoria di MSNA che possono non essere considerati rappresentativi di tutta la popolazione<sup>119,120,121</sup>.

---

<sup>118</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>119</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>120</sup> Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

<sup>121</sup> Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015

## 7. Conclusioni

I risultati di questa revisione bibliografica mostrano chiaramente come l'assistenza fornita ai MSNA nei centri di prima accoglienza non sia ottimale: con il passare del tempo dal momento dell'arrivo nelle strutture, a differenza di quanto auspicabile, non si verifica una riduzione nella frequenza delle patologie psichiatriche<sup>122,123</sup> e nemmeno nelle SLE, anzi si ha un incremento degli stress giornalieri percepiti dai ragazzi<sup>124</sup>. Inoltre ai MSNA viene in parte negato il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria che dovrebbe essere loro garantito secondo la Convenzione di New York<sup>125</sup>, in quanto essi hanno una ridotta possibilità di accesso ai servizi sanitari e quindi una minore possibilità di cura<sup>126,127,128,129</sup>.

Nella realtà dei centri d'accoglienza la situazione è particolarmente difficile a causa della mancanza di fondi e di personale, della scarsa collaborazione tra i diversi Comuni e Regioni e dell'elevato numero di MSNA rispetto ai posti letto disponibili.

L'accoglienza non risulta perciò essere quella descritta dalla normativa e dalle linee guida SPRAR, infatti spesso i minori, dopo l'arrivo in Italia, si vedono costretti ad attendere giorni e, in alcuni casi, settimane sulla banchina o in rifugi improvvisati in attesa di un trasferimento in strutture d'accoglienza, non sempre adatte ad ospitare MSNA, nell'ulteriore attesa di un trasferimento in un centro specializzato. Questa situazione si verifica a causa della mancanza di un sistema nazionale di raccordo che permetta di individuare in tempo reale la disponibilità di posti d'accoglienza su tutto il territorio nazionale e perché non si ha una stretta collaborazione tra le singole

---

<sup>122</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>123</sup> Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014

<sup>124</sup> Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013

<sup>125</sup> Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, 20 novembre 1989, New York

<sup>126</sup> Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012

<sup>127</sup> Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009

<sup>128</sup> Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006

<sup>129</sup> Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health

Regioni e Comuni (questo determina una presenza eccessiva di minori in alcuni Comuni e Regioni rispetto ad altri)<sup>130</sup>.

Spesso i MSNA sono collocati in strutture nelle quali non si trova personale specializzato che possa attuare una presa in carico globale del minore, che vengono perciò ospitati nella Comunità per minori (non migranti), oppure nel caso in cui il personale specializzato sia presente il rapporto operatore/utenti è spesso superiore a quanto stabilito dalla legge (cioè 1 operatore ogni 3 minori) a causa del numero elevato. In entrambe le situazioni il personale può attuare solamente una presa in carico superficiale del MSNA e in queste condizioni i bisogni meno evidenti dei minori, quali alcuni bisogni di salute (in particolar modo di salute mentale), non riescono ad essere individuati prontamente né trattati adeguatamente e possono evolvere in situazioni croniche, con aggravamento delle condizioni fisiche, mentali e sociali del minore.<sup>131</sup>

Queste situazioni comportano una mancanza di stabilità, la quale lede ancora di più la salute psicologica e fisica dei ragazzi, già provati dal difficile viaggio, e può spingere il minore ad affidarsi ad altre reti per poter raggiungere il suo “obiettivo di fuga”, abbandonando così le strutture di accoglienza. È stato calcolato come un terzo dei MSNA non venga rintracciato durante il periodo di follow – up: tra gennaio e agosto 2015 sono sbarcati sulle coste italiane 9.699 MSNA, di questi 5.588 (57,6%) sono risultati irreperibili<sup>132</sup> dopo la prima registrazione<sup>133</sup>. Alla data del 31 dicembre 2015 risultano irreperibili in totale 6.135 MSNA sbarcati in Italia<sup>134</sup>.

Per evitare tutto ciò, oltre a dei cambiamenti governativi che migliorino le strutture di accoglienza, la quantità di fondi e la velocità delle pratiche burocratiche, occorre una maggiore conoscenza e comprensione del fenomeno da parte del personale d'accoglienza e sanitario.

Il personale operante nei centri d'accoglienza dovrebbe essere maggiormente formato riguardo i segni, i sintomi e il decorso delle patologie psichiatriche più

---

<sup>130</sup> Comunicato Terre des hommes, Minori stranieri, serve un'accoglienza diffusa, 11 luglio 2016 <http://terredeshommes.it/comunicati/minori-stranieri-emergenza-accoglienza/> , ultima consultazione il 01/09/16

<sup>131</sup> “Dalla parte di chi chiede asilo: Accoglienza, frontiere, respingimenti e #famedilibertà dalla rotta balcanica ai confini italiani.”, 14/09/2016

<sup>132</sup> Per irreperibili si intendono i minori stranieri non accompagnati per i quali è stato segnalato un allontanamento dalle strutture o dalle famiglie di accoglienza.

<sup>133</sup> Ministero del lavoro e delle Politiche sociali. [REPORT NAZIONALE MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI]. Dated September 2015. [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it). Ultima consultazione il 01/09/16.

<sup>134</sup> Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio. Dati al 31 dicembre 2015.



frequenti tra i MSNA, in modo da poter garantire un'individuazione precoce ed efficace dei soggetti potenzialmente a rischio di disturbo psichiatrico, un supporto del minore durante la presa di coscienza della propria malattia e durante l'avvicinamento ai Servizi di Salute Mentale e una migliore gestione del ragazzo durante il periodo del trattamento, così che al minore vengano fornite le stesse indicazioni sia da parte del personale operante nei centri sanitari che da quello operante nelle strutture d'accoglienza. Per assicurare il corretto passaggio di informazioni e di competenze è fondamentale che i centri di accoglienza siano in stretto contatto con gli enti sanitari locali, responsabili del trattamento dei minori, o meglio ancora che sia assicurata la presenza all'interno delle stesse strutture di accoglienza di operatori sanitari (cosa che attualmente in Italia non accade in quanto non previsto dalle linee guida SPRAR se non per strutture ospitanti "casi vulnerabili", quali persone vittime di tortura<sup>135</sup>).

La presenza all'interno dei centri di accoglienza di una figura sanitaria, quale quella dell'infermiere pediatrico, comporterebbe maggiori possibilità di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei minori e assicurerebbe una continuità assistenziale totale per i ragazzi trattati dall'ente sanitario. Inoltre l'infermiere diventerebbe un punto di riferimento per quanto riguarda l'assistenza sanitaria sia per i minori che per tutto il personale dell'équipe.

Dare un'impronta sanitaria al lavoro svolto all'interno dei centri di prima assistenza permetterebbe anche lo svolgimento di attività di prevenzione e di educazione sanitaria, fondamentali soprattutto nei primi momenti dell'accoglienza quando le condizioni di vita dei minori sono più difficili, e l'esecuzione di screening appostiti per le patologie psichiatriche più frequenti (oltre a quelli che vengono già fatti per le patologie infettive) da attuare nel primo periodo dell'accoglienza e con follow – up periodici, così da indagare i cambiamenti nella salute mentale dei ragazzi.

Per quanto riguarda il personale sanitario operante nelle strutture ospedaliere o territoriali che viene a contatto con MSNA (per un qualsiasi bisogno assistenziale) è auspicabile una maggiore conoscenza delle condizioni di vita, delle esperienze e patologie maggiormente frequenti in questo gruppo di ragazzi, per poter meglio comprendere e assistere i minori rispettandone i "valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona" come previsto dal Codice Deontologico<sup>136</sup>, così che si possa formare un rapporto di fiducia tra operatore e

---

<sup>135</sup> SPRAR, Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2015

<sup>136</sup> IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, art.4, 10 gennaio 2009

utente, un supporto completo al minore e una maggiore possibilità di buona riuscita del trattamento, oltre alla possibilità di individuazione di determinati segni e sintomi in pazienti in cura (per altre ragioni) che potrebbe portare ad una più rapida diagnosi e trattamento di patologie non conclamate, fondamentali per ridurre il rischio di cronicizzazione del disturbo.

Inoltre la conoscenza della normativa e delle linee guida per la gestione dei MSNA da parte del personale sanitario è fondamentale per permettere una presa in carico globale del minore che accede ai Servizi, in quanto solo in questo modo egli potrà essere indirizzato verso le strutture ed i Servizi adatti così da potere ottenere un'assistenza sanitaria completa alla quale ha diritto.

Per quanto riguarda le problematiche di accesso alle strutture sanitarie si potrebbe migliorare la situazione garantendo la presenza di mediatori culturali, una maggiore attività di informazione svolta dal personale nei centri di primissima accoglienza e una maggiore disponibilità del personale delle strutture e del personale sanitario a fornire indicazioni e supportare il minore nella presa di contatto con i servizi sanitari.

## Bibliografia e sitografia

1. Accordo Stato – Regioni, 20 dicembre 2012
2. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006
3. Circolare del Ministero dell'Interno del 23/12/1999
4. Codice Civile, art. 403
5. Codice Civile, artt. 343-segg; Legge 184/83, art. 3
6. Comunicato *Terre des hommes*, Minori stranieri, serve un'accoglienza diffusa, 11 luglio 2016 <http://terredeshommes.it/comunicati/minori-stranieri-emergenza-accoglienza/> , ultima consultazione il 01/09/16
7. Conferenza, “Dalla parte di chi chiede asilo: Accoglienza, frontiere, respingimenti e #famedilibertà dalla rotta balcanica ai confini italiani”, 14/09/2016
8. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, 20 novembre 1989, New York
9. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, art.2, 20 novembre 1989, New York
10. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, art.3, 20 novembre 1989, New York
11. D.P.R. 394/99 art. 28
12. Decreto 25/2008, art. 26
13. Decreto Legislativo 286/98, art. 10 bis
14. Decreto Legislativo 286/98, art. 5, comma 5
15. Derluyn I, Broekaert E, *Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents*, Ethnicity & Health, 2007
16. Direttiva del Ministero dell'Interno sui minori non accompagnati richiedenti asilo, 7 marzo 2007
17. DL 30 maggio 2005, n.140, art. 9 comma 3
18. DPCM del 9 dicembre 1999, n. 535, Regolamento concernente i compiti del comitato per i minori stranieri, a norma dell'articolo 33, commi 2 e 2-bis, del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, art.1

19. Eurostat, *Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Almost 90 000 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2015. Slightly more than half are Afghans.*, 2 Maggio 2016
20. Eurostat,  
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pco de =tps00194> , 30/08/2016, ultima consultazione il 01/09/2016
21. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009
22. IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, 10 gennaio 2009
23. IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, art.3, 10 gennaio 2009
24. IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, art.4, 10 gennaio 2009
25. IPASVI, Codice deontologico dell'infermiere pediatrico, art.6, 10 gennaio 2009
26. Jakobsen M, Demott M, Heir T, *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014
27. Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015
28. Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B, *Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles*, Ethnicity & Health, 2015
29. Legge n.184/1983, art. 9
30. Michelson D, Sclare I, *Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study*, Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009
31. Ministero del lavoro e delle Politiche sociali. [REPORT NAZIONALE MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI]. Dated September 2015.  
[www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it). Ultima consultazione il 01/09/16.
32. Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio. Dati al 31 dicembre 2015.*

33. Ministero del lavoro e delle scienze politiche sociali – Direzione Generale dell’immigrazione e delle politiche di integrazione Divisione II, *Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 31 luglio 2016.*
34. Ministro della Sanità, Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’infermiere pediatrico, Decreto ministeriale 17 gennaio 1997 n.70
35. Piano operativo nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari approvato in Conferenza Unificata il 10 luglio 2014
36. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*, Springerplus, 2015
37. Risoluzione del Consiglio dell’Unione Europea del 26 giugno 1997 sui minori non accompagnati, cittadini di paesi terzi (97/C 221/03)
38. Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, *Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children*, Child Health Care Development 2012
39. SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitari, aggiornamento settembre 2015
40. SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2015
41. T.U. 286/98, art. 19 e art. 31, comma 4
42. T.U. 286/98, artt. 33; D.P.C.M. 535/99, Circolare del Ministero dell’Interno del 9/4/2001
43. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, *Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors*, European Child & Adolescent Psychiatry, 2013
44. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, Scandinavian Journal of Psychology, 2014
45. Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, *Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa*, Neuropsychiatrie, 2014

46. Wiese EB, Burhorst I, *The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands*, Transcultural Psychiatry. 2007

## Allegato: tabella di estrazione dati

Autore, titolo, pubblicazione e anno	Disegno di studio	Popolazione	Strumento	Risultati
Jakobsen M, Demott M, Heir T, <i>Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway</i> , Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014	Studio osservazionale	160 richiedenti asilo non accompagnati di sesso maschile di età compresa tra 15 e 18 anni, accolti in Norvegia.	<i>Hopkins Symptom Checklist-25, Harvard Trauma Questionnaire Part IV, Stressful Life Events checklist</i>	Il 96.3% dei partecipanti ha vissuto almeno un evento stressante presente nella lista. Il 41.9% dei partecipanti ha soddisfatto tutti i criteri per la diagnosi di un disturbo psichiatrico (i più frequenti: PTSD, MDD, agorafobia e GAD).
Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmssen NH, <i>Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children</i> , Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015	Studio osservazionale	93 richiedenti asilo non accompagnati tra i 10 – 16 anni di età accolti in Norvegia (di cui 75 maschi e 18 femmine)	<i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents, Stressful Life Events measure, Child Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale.</i>	Tutti i bambini di questo gruppo hanno vissuto almeno un evento stressante e potenzialmente traumatico. Il 21.5% dei partecipanti ha manifestato la necessità di intervento psicosociale e il 37% combaciava con tutti i criteri per la diagnosi di PTSD. Dimostrando la necessità di una valutazione clinica del PTSD e dei disturbi dell'ansia fin dalla prima accoglienza.
Derluyn I, Broekaert E, <i>Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents</i> , Ethnicity & Health, 2007	Studio osservazionale	166 minori rifugiati non accompagnati accolti in Belgio e 124 assistenti sociali/ personale sanitario/ genitori affidatari che si prendono cura dei minori	<i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents, Strengths and Difficulties Questionnaire, Stressful Life Events scale, Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire, Child Behaviour Checklist, Strengths and Difficulties Questionnaire – parent version.</i>	Il 37.3% dei minori soffre di disturbi d'ansia, il 47% di disturbi depressivi, il 41% di problemi emozionali e il 36.6% di problemi nel comportamento tra pari. L'età non influisce sul tipo o sulla gravità del disturbo mentre il sesso, la struttura di residenza, il numero di esperienze traumatiche vissute e il periodo trascorso in Belgio sì. Il personale riesce ad individuare meglio i problemi esternalizzanti che quelli internalizzanti. Rilevata la necessità di uno screening per i principali disturbi all'arrivo nei centri, di un maggior numero e preparazione del personale e di una maggiore possibilità di accesso alle cure mentali.
Wiese EB, Burhorst I, <i>The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands</i> , Transcultural Psychiatry. 2007	Studio comparativo	129 bambini e adolescenti richiedenti asilo in Olanda presi in carico dal servizio psichiatrico (70 bambini con famiglia e 59 non accompagnati)	Questionario strutturato	I MSNA sono molto più a rischio dei minori accompagnati per quanto riguarda il numero di esperienze traumatiche e disturbi psichiatrici (i più frequenti: PTSD/disturbi dell'ansia, disturbi depressivi e problemi relazionali). Importanza di un trattamento psichiatrico precoce (principalmente per prevenire PTSD cronico), soprattutto per i MSNA, e di migliori condizioni per permettere un'efficace integrazione.

Autore, titolo, pubblicazione e anno	Disegno di studio	Popolazione	Strumento	Risultati
Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, <i>Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors</i> , European Child & Adolescent Psychiatry, 2013	Studio longitudinale	103 minori non accompagnati di età compresa tra i 14 e i 18 anni accolti in Belgio.	Questionario socio-demografico, <i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents</i> , <i>Stressful Life Events questionnaire</i> , <i>Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire</i> , <i>Daily Stressor Scale for Young Refugees</i> (non ancora validata)	I partecipanti hanno riportato punteggi alti per: esperienze traumatiche, ansia, depressione e sintomi internalizzanti, e il 48% dei minori all'arrivo in Belgio ha manifestato un grave punteggio per PTSD. Non risultano cambiamenti nel tempo per i problemi di salute mentale (cronicizzazione dei disturbi) né nel numero di esperienze stressanti giornaliere. Le esperienze traumatiche hanno un grande impatto sulla salute mentale. Le ragazze sono maggiormente a rischio. Necessità di regolari screening di follow-up e una risposta appropriata da parte del personale di accoglienza ai bisogni di salute mentale dei minori.
Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, <i>Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children</i> , Child Health Care Development 2012	Studio osservazionale	71 minori non accompagnati richiedenti asilo residenti a Londra	<i>Harvard Trauma Questionnaire</i> , <i>Impact of Event Scale</i> , <i>Birleson Depression Self-Rating Scale for Children</i> , <i>Strengths and Difficulties Questionnaire self-report version</i> , <i>Attitudes to Health and Services Questionnaire</i>	In media ogni partecipante ha sperimentato 7 eventi stressanti, 66% è ad alto rischio di sviluppo PTSD e 12 % di depressione mentre solo il 17% dei minori è in contatto con i servizi di salute mentale, di cui la maggior parte sono seguiti per problemi depressivi (PTSD poco riconosciuto). Necessità di garantire la possibilità di accesso ai centri di salute mentale e maggiore preparazione del personale delle comunità per il riconoscimento di questi disagi.
Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, <i>Mental health issues in unaccompanied refugee minors</i> , Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 2009	Revisione bibliografica	22 articoli (pubblicati tra il 1998/2008) analizzati	---	I MSNA sono molto più vulnerabili per i disturbi psichiatrici (principalmente per PTSD) rispetto alla popolazione normale o ai minori migranti accompagnati, inoltre hanno maggiori difficoltà d'accesso ai servizi di salute mentale. Il sesso femminile e l'età sono degli importanti fattori sfavorevoli. Si riscontra quanto gli studi riguardo ai MSNA siano poco numerosi.
Michelson D, Sclare I, <i>Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study</i> , Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2009.	Studio comparativo	78 minori rifugiati o richiedenti asilo nel Regno Unito accompagnati dalla famiglia o non, in cura presso delle cliniche specialistiche della salute mentale per minori rifugiati o richiedenti asilo.	Applicazione del <i>Young Refugee Mental Health Project</i> .	Tutti i MSNA sono presi in carico dai servizi sociali (mentre i minori accompagnati dal medico di famiglia), hanno un maggior numero di assenze nelle sedute, un maggiore isolamento sociale e un maggior numero di traumi subiti, nonostante ciò si hanno simili livelli di psicopatologie (tranne un incremento di PTSD e lutti per i MSNA) e non ci sono particolari differenze nella terapia (anche se i minori accompagnati ricevono più assistenza). Necessità di maggiore accessibilità ai servizi sanitari, di terapie più mirate e maggiore conoscenza da parte del personale sanitario della situazione dei MSNA



Autore, titolo, pubblicazione e anno	Disegno di studio	Popolazione	Strumento	Risultati
Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, <i>The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country</i> , Scandinavian Journal of Psychology, 2014.	Studio osservazionale	103 minori non accompagnati di età >14 anni arrivati in Belgio e 204 minori maschi non accompagnati di età tra i 15/18 anni arrivati in Norvegia.	Socio-demographic questionnaire, <i>Hopkins Symptom Checklist-37A</i> , <i>Stressful Life Events self-report questionnaire</i> , <i>Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire</i> (in Belgio), <i>Harvard Trauma Questionnaire</i> (in Norvegia)	A una settimana dall'arrivo, i MSNA riportano un elevato numero di esperienze traumatiche ed elevati punteggi in tutte le scale per la salute mentale (più frequenti: PTSD, ansia e depressione). Le esperienze traumatiche sono molto influenti sulla salute mentale, mentre non sembrano esserlo l'età o la morte dei genitori. Si rileva la necessità di supporto psicologico nella fase della prima accoglienza.
Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, <i>Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents</i> , Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006	Studio comparativo	920 rifugiati non accompagnati di 12 – 18 anni di età in Olanda, 557 tutori legali, 496 insegnanti e 1059 adolescenti olandesi.	<i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents</i> , <i>Stressful Life Events checklist</i> , <i>Reactions of Adolescents to Traumatic Stress</i> , <i>Mental Health Questionnaire for Adolescents/for Guardians/for Teachers</i> , <i>Child Behavioural Checklist</i> , <i>Teacher's Report Form</i> .	I MSNA hanno riportato punteggi più alti su tutte le scale (tranne HSCL-37 A per problemi esternalizzanti) e hanno espresso una maggiore necessità di aiuto psicologico rispetto al campione olandese, nonostante ciò solo il 12.7% dei MSNA è in contatto con i servizi di salute mentale. Risulta una discrepanza tra le opinioni dai ragazzi e quelle dei tutori/insegnanti. Il numero di eventi stressanti è un forte premonitore di necessità di cure mentali. Necessità di controlli periodici per valutare la salute mentale dei ragazzi, di istruire adeguatamente i caregivers e di migliorare le condizioni di vita per allievere gli stress giornalieri.
<b>Vökl-Kernstock S, Karnik N</b> , Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, <i>Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa</i> , Neuropsychiatrie, <b>2014</b>	Studio osservazionale	41 rifugiati non accompagnati di età 15 – 18 anni di origine africana residenti in Austria.	<i>UCLA PTSD Reaction Index for the DSM – IV</i> , <i>Scales for Children Afflicted by War and Persecution</i> .	Il 17% dei minori ha soddisfatto tutti i criteri per diagnosi di PTSD. Non è stata rilevata una diretta connessione tra PTSD e depressione mentre tra la frequenza di esposizione a traumi e PTSD si. Il 74% dei ragazzi afferma di sentirsi ancora in pericolo. Si rimarca l'importanza di valutazioni psicologiche, trattamenti personalizzati e maggiore qualità dei servizi.
Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B, <i>Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles</i> , Ethnicity & Health, 2015	Studio osservazionale	895 rifugiati di 13 – 18 anni non accompagnati in Norvegia.	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Adolescents</i> , <i>Youth, Culture and Competence Hassles Battery</i> ,	I disagi generali, i disagi legati all'acculturazione, il sesso femminile e l'esposizione a traumi di guerra sono significativamente associati alla depressione, mentre l'età e la lunghezza del periodo trascorso nel nuovo Paese no. È risultato come i due tipi di disagi (generali e dell'acculturazione) agiscono indipendentemente nell'influenzare la depressione nei MSNA.

Autore, titolo, pubblicazione e anno	Disegno di studio	Popolazione	Strumento	Risultati
Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA, <i>Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care</i> , Springerplus, 2015	Studio comparativo	261 pazienti del Child and Adolescent Psychiatry department di Malmo (Svezia) di 12 – 17 anni rifugiati/ richiedenti asilo (56 MSNA e 205 minori accompagnati) e 37 medici.	Questionario rivolto ai medici che hanno seguito i 261 ragazzi.	I MSNA vengono ricoverati più frequentemente dei minori accompagnati, con un maggior numero di ricoveri involontari e manifestano più comportamenti autolesionisti o suicidari. 86% dei MSNA sono stati ammessi con sintomi legati allo stress per la richiesta di asilo. La frequenza dei disturbi è più elevata nei MSNA ma le patologie sono sovrapponibili a quelle dei minori accompagnati. Necessario un addestramento professionale degli operatori dei centri e una riduzione dell'incertezza legata alla richiesta di asilo.

## Ringraziamenti

Innanzitutto vorrei ringraziare la relatrice di questa tesi, la Professoressa Comolli, per la sua guida sempre attenta durante la stesura, per tutto il tempo dedicato e il sostegno fornito.

Ringrazio la Dottoressa Marisa Bonino, Coordinatrice del Corso di Laurea, e le tutor Rosi, Roberta e Antonella per avermi accompagnata e sostenuta in questi tre anni.

Ringrazio i miei genitori senza i quali niente di tutto ciò sarebbe stato possibile.

Ringrazio tutta la mia famiglia e soprattutto mia sorella che mi hanno supportata e supportata anche nei momenti di sconforto.

Ringrazio tutti gli infermieri affiancatori, dai quali ho imparato moltissimo, in particolare Andrea che ha saputo spronarmi, adesso so che senza di lui non sarei riuscita ad arrivare fino a questo punto.

Ringrazio i compagni e i pazienti conosciuti in tirocinio che mi hanno aiutata a capire quali sono le cose veramente importanti.

Ringrazio tutti i miei amici più cari che nonostante i periodi senza vederci mi sono sempre stati accanto, grazie soprattutto alle due Marie, che mi hanno fatto ridere anche a distanza.

Ringrazio i compagni conosciuti in università senza i quali non sarei riuscita a superare le difficoltà (soprattutto emotive e burocratiche) di questi tre anni, che sono stati un appoggio sicuro e sono riusciti a rendere divertenti i periodi trascorsi lontani da casa, i lunghi viaggi in pullman e le lunghissime ore trascorse in aula.

Infine ringrazio me stessa per l'impegno e i sacrifici fatti per concludere questo percorso.