



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D2000020002**



3 4 7 6

Richiedenti asilo, vulnerabilità e strade d'accoglienza

Strumenti per la rilevazione precoce
delle vulnerabilità nel lavoro
con richiedenti asilo e rifugiati

Capofila:



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo

Partner di Progetto:



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola



Comune
di Bologna



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona



dimora d'abramo
Società Cooperativa Sociale e di Solidarietà

A cura di: prof. Rabih Chattat, Ludovica Rosati e Agnese Pierobon
Con il contributo di: Sara Perugini, Anna Tondelli e Marco Aicardi
In collaborazione con: Prefettura di Bologna, Ausl Bologna, Ausl Imola, Comune di Bologna, ASP Bologna,
Oltre la Strada e Ass. M.I.T. ONLUS

Indice

Come si è sviluppato il toolkit per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	5
Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE- Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza	6
Partenariato	7
Obiettivi	8
Destinatari	9
Attività progettuali	9
Risultati attesi	11
Strumento per la rilevazione delle vulnerabilità.....	12
Vulnerabilità: aspetti teorici e cornice di riferimento	13
Concetto di vulnerabilità.....	13
Healthy migrant o vulnerabile?.....	16
Fasi della migrazione e rischio di vulnerabilità	17
Nel Paese di origine	18
Durante la migrazione	19
Nel Paese ospitante	19
Fattori di rischio, fattori protettivi e vulnerabilità in rifugiati e richiedenti asilo	21
Fattori di rischio	22
Fattori protettivi e risorse individuali.....	23
Target specifici con particolari vulnerabilità.....	24
Minori.....	24
Donne.....	25
LGBTQIA+	27
Caregiver	27
Rifugiati che necessitano di assistenza	27
Strumento per la rilevazione precoce del rischio di vulnerabilità	29
Processo di costruzione	29
Ricerca bibliografica.....	29
Prima bozza dello strumento	29
Incontri e feedback	30
Versione operativa dello strumento.....	30
Formazione operatori	31
Validazione	32
Campione di ricerca	32
Équipe operativa.....	32
Modalità di sperimentazione	33

Analisi dei dati.....	34
Risultati.....	35
Utilizzo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità.....	40
Chi può utilizzare lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	40
A chi si rivolge lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	40
Quando utilizzare lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	40
Scopo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	40
Modalità di utilizzo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità	41
Attraverso lo strumento.....	43
Guida generale alla compilazione.....	43
Scheda anagrafica	44
Minori	44
Donne	47
LGBTQIA+	49
Caregiver	50
Violenza, traumi, tortura, tratta, sfruttamento.....	50
Salute fisica e mentale.....	52
Necessità di assistenza e livello di autonomia	54
Area legale.....	54
Gruppi sociali	55
Risorse personali e/o di rete	56
Check list breve	57
Profili di rischio	58
Indirizzario dei servizi in rete sul territorio.....	60
Buone prassi per l’inserimento di peer educator a supporto dell’emersione delle vulnerabilità	67
Tema 1: Chi è un peer?	68
Tema 2: Come scegliere un peer?	69
Tema 3: Competenze del peer.....	70
Tema 4: Cautele	71
Tema 5: Modalità di ingaggio.....	72
Conclusione	73
Allegati	74
Bibliografia	90

Come si è sviluppato il toolkit per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Il *toolkit* per la rilevazione precoce del rischio di vulnerabilità tra i richiedenti asilo e rifugiati è stato ideato con l'intento di fornire agli operatori dell'accoglienza degli strumenti di facile e rapido utilizzo per consentire la tempestiva e pronta emersione di eventuali soggetti fragili, prima che la situazione di vulnerabilità si conclami. L'obiettivo è quello di potenziare la capacità degli operatori dell'accoglienza nella rilevazione precoce del rischio, rendendo disponibile una cassetta degli attrezzi (*toolkit*) per meglio conoscere, comprendere e rilevare i bisogni.

La "cassetta degli attrezzi" contiene:

- un approfondimento sullo stato dell'arte della letteratura riguardante la vulnerabilità e il rischio ad essa correlati, partendo dal presupposto che la conoscenza di teorie e studi sulle migrazioni forzate possa offrire maggiori capacità di lettura del fenomeno;
- uno strumento completo per lo screening delle vulnerabilità delle persone accolte sul territorio, strutturato come modalità di supporto per la conduzione di colloqui, come strumento per l'individuazione dei profili di rischio o come cartella per la sistematizzazione delle informazioni;
- un indirizzario, ovvero i contatti e le indicazioni dei servizi facenti parte della rete che opera nel territorio di Bologna e Imola che possono essere attivati laddove si incontrino situazioni che necessitano una presa in carico;
- una mini-guida per il lavoro con i *peer*, ovvero operatori pari in grado di favorire, grazie alla loro condizione di prossimità con l'utenza, l'emersione di potenziali vulnerabilità.

Questo lavoro di ricerca, sperimentazione e analisi e collegamento tra servizi è stato realizzato nell'ambito di un progetto sostenuto con i fondi FAMI, denominato S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte di accoglienza.

Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE- Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza

Nel 2019, a seguito di uno studio di fattibilità rispetto ai bisogni e alle necessità del territorio bolognese ed imolese, è emersa la necessità di potenziare la rete dell'accoglienza attiva sul territorio attraverso azioni di *capacity building* relative all'emersione delle vulnerabilità degli ospiti dei sistemi di prima e seconda accoglienza e della relativa presa in carico. La Prefettura UTG di Bologna in co-progettazione con il Comune di Bologna, l'AUSL di Bologna, l'AUSL di Imola e l'Università di Bologna, al fine di dare risposta ai bisogni e alle necessità del territorio, ha partecipato al I Sportello della Circolare 2020 per la presentazione di proposte progettuali finalizzate a migliorare, in termini di efficacia ed efficienza, i livelli di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi pubblici ed amministrativi rivolti ai cittadini di Paesi terzi, tramite il Fondo Asilo Migrazione Integrazione (FAMI) 2014-2020 pubblicato dal Ministero dell'Interno.

In particolare, il Fondo Asilo Migrazione Integrazione (FAMI) è uno strumento finanziario istituito con Regolamento UE n. 516/2014 con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno (asilo, integrazione e rimpatrio) e supportando gli Stati membri per perseguire i seguenti obiettivi¹:

- rafforzare e sviluppare tutti gli aspetti del sistema europeo comune di asilo;
- sostenere la migrazione legale verso gli Stati membri in funzione del loro fabbisogno economico ed occupazionale e promuovere l'effettiva integrazione dei cittadini di Paesi terzi nelle società ospitanti;
- promuovere strategie di rimpatrio eque ed efficaci negli Stati membri, contribuendo a contrastare l'immigrazione illegale e ponendo particolare attenzione al carattere durevole del rimpatrio e alla riammissione effettiva nei paesi di origine e di transito;
- migliorare la solidarietà e la ripartizione delle responsabilità fra gli Stati membri, soprattutto quelli più esposti ai flussi migratori e alle domande di richiesta asilo, attraverso una cooperazione pratica.

Il Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE è stato co-progettato secondo con due obiettivi generali derivanti dall'analisi del contesto e dei suoi bisogni specifici:

1. Consolidare e potenziare le competenze della Prefettura e degli attori pubblici coinvolti nella gestione della prima e seconda accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale, con l'obiettivo di implementare la capacità di osservazione, di individuazione, rilevazione ed emersione delle vulnerabilità dell'utenza.
2. Assicurare la corretta e tempestiva interazione tra tutti i soggetti pubblici che si occupano dell'accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale allo scopo di garantire l'unità familiare, il contrasto dei fenomeni di marginalità sociale ed illegalità e assicurando una presa in carico adeguata, anche sanitaria, attraverso il tempestivo e continuo flusso di informazioni tra gli attori della rete.

Gli obiettivi di progetto mirano a costruire un assetto operativo competente nell'offrire una risposta integrata ai bisogni e alle necessità del territorio rispetto alla presa in carico della vulnerabilità degli ospiti dei sistemi di prima e seconda accoglienza. Al fine di definire e pianificare procedure operative, il progetto si è posto l'obiettivo di costruire attraverso il partenariato di progetto, una solida rete di *Governance* composta da Enti Pubblici e Privati del territorio che a vario titolo si occupano di accoglienza. L'esperienza nella gestione di interventi a favore di migranti ha permesso di costruire

¹ <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/fondi-europei/fondo-asilo-migrazione-e-integrazione-fami>

sinergie di lavoro complementari anche ad altre azioni progettuali presenti sul territorio, come ad esempio Progetto Start-ER, Progetto iCARE, Progetto CURAR-SI, Progetto RE-SOURCE, ecc., permettendo la realizzazione di azioni sostenibili, trasmissibili e replicabili anche al termine di progetto, oltre all'adozione di procedure operative condivise.

Partenariato

Il Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE è costituito da un partenariato variegato che ha messo insieme enti con differenti competenze e ruoli, con l'obiettivo di creare sinergie territoriali atte a promuovere azioni replicabili rispetto alla presa in carico delle vulnerabilità di migranti.

Capofila di progetto è la Prefettura di Bologna con ruolo di coordinamento e orientamento strategico delle attività progettuali attraverso: il presidio dei tavoli istituzionali della rete, l'organizzazione degli eventi di apertura e chiusura di progetto e il coordinamento della predisposizione di eventuali ulteriori protocolli per l'allargamento della rete.

Fanno parte del partenariato di progetto:

- Università di Bologna, a cui è stato affidato il coordinamento scientifico del progetto, le attività di formazione agli operatori, l'elaborazione e la sperimentazione del modello di rilevazione delle competenze e delle vulnerabilità, attraverso l'uso dello strumento di rilevazione delle vulnerabilità e l'implementazione di focus group; in modo tale da favorire la costruzione di procedure operative per la presa in carico tarate sulla dimensione territoriale;
- Comune di Bologna, in qualità di responsabile della mappatura dei progetti, è stato incaricato del mantenimento della rete attraverso la piattaforma web (appositamente realizzata) e della diffusione dei risultati;
- ASP Città di Bologna, con il compito di effettuare valutazioni psicosociali e curare le richieste d'ingresso dal territorio nei circuiti di accoglienza;
- AUSL Bologna e AUSL Imola, con il compito di mettere in pratica le competenze psicologiche e psichiatriche interculturali e di gestire le problematiche legate alle criticità correlate alla salute mentale. In tal senso, le AUSL hanno anche provveduto a formare gli operatori in termini di gestione e tutela della salute psico-fisica;
- Cooperativa Sociale Dimora D'Abramo, partner trasversale, ha provveduto a gestire l'ambito amministrativo, monitorare le attività, coordinare la comunicazione e il raccordo con il territorio e i partner e, infine, mettere a disposizione della rete l'esperienza e le competenze socioeducative, giuslavoristiche e di mediazione linguistico-culturale ai fini dell'implementazione delle attività di progetto.

Per garantire la direzione strategica e l'implementazione delle attività di progetto, capofila e partner hanno collaborato con l'obiettivo di costruire una solida rete di *Governance* territoriale, al fine di creare una connessione tra gli Enti Pubblici e Privati che a vario titolo si occupano di integrazione, accoglienza e in generale di migrazione.

Nel corso delle annualità di progetto la connessione tra il progetto e la rete territoriale ha permesso di dare concretezza alla strategia di progetto attraverso il supporto alla realizzazione di attività, strumenti, sperimentazioni e materiali, in modo tale che gli aspetti tecnici del progetto fossero in linea con le tempistiche e producessero i risultati attesi.

Si annoverano quali componenti della rete di *Governance*:

- Gli Enti Gestori dei sistemi di prima e seconda accoglienza sul territorio di Bologna e Imola;
- Le Pubbliche Amministrazioni Comunali;
- I Distretti Sanitari;
- Gli Enti Gestori del Progetto Regionale "Oltre la Strada" facente capo al Comune di Bologna;
- Il Movimento Identità Trans (MIT) di Bologna.

In conclusione, è utile sottolineare che tutto il progetto è sostenuto da una modalità di azione incentrata sulla rete di partenariato e sulla potenziale estensione della stessa coinvolgendo anche le Forze dell'Ordine, la Commissione Territoriale per la richiesta di protezione internazionale, l'Ufficio Immigrazione della Questura e l'Ispettorato del Lavoro, in modo da assicurare l'adozione di decisioni condivise attraverso il contributo prezioso e qualificato di ogni soggetto coinvolto, ciascuno per la propria specificità.

Obiettivi

Il Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE sulla base dell'analisi di contesto svolta, si è posto due obiettivi generali circoscritti e congruenti ad azioni di *Capacity Building*:

1. Consolidare e potenziare le competenze della Prefettura UTG di Bologna e degli attori pubblici coinvolti nella gestione della prima accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale, implementando la capacità di osservazione, di precoce individuazione, rilevazione ed emersione delle vulnerabilità dell'utenza straniera attraverso uno screening efficace e una corretta interpretazione degli indicatori di rischio che possono riprodursi in forme di disagio sociale o patologia, sia durante la fase di permanenza dei richiedenti protezione internazionale nei CAS, sia, in generale, al momento della richiesta di accesso alle misure di accoglienza presso gli sportelli territoriali.
2. Assicurare la corretta e tempestiva interazione tra tutti i soggetti pubblici che si occupano di richiedenti asilo, garantendo l'unità familiare, contrastando i fenomeni di marginalità sociale e illegalità, assicurando, se necessario, una presa in carico adeguata attraverso il tempestivo e continuo flusso di informazioni tra gli attori della rete.

Si affiancano agli obiettivi generali, obiettivi specifici determinati sulla base dell'analisi dei fabbisogni territoriali:

- Potenziare le capacità di analisi e di gestione della Prefettura delle situazioni circa il momento di richiesta di accesso del richiedente asilo alla misura di accoglienza, oltre che durante la permanenza in CAS, in modo da predisporre interventi psico-sociali più efficaci ai fini della tutela della persona e più razionali in termini di ottimizzazione della spesa pubblica;
- Creare un'equipe multidisciplinare specializzata nella gestione delle vulnerabilità pronta ad intervenire in via sperimentale nei CAS su casi specifici e su segnalazione della Prefettura;
- Realizzare un *toolkit*, ovvero una "cassetta degli attrezzi" per l'identificazione e gestione delle competenze e vulnerabilità di tutti gli ospiti, consentendo altresì agli Enti Gestori di individuare tra gli stessi ospiti del CAS persone in grado di svolgere il ruolo di mediatori di contesto;
- Attivare ed implementare le attività di rete tra i servizi pubblici territoriali in grado di assicurare un percorso appropriato per la gestione e la cura dei soggetti vulnerabili, con particolare

attenzione alla presa in carico sanitaria, alla tratta e allo sfruttamento lavorativo;

- Sostenere la Prefettura, in caso di ricovero di pazienti per patologie psichiatriche, nel proficuo reinserimento delle persone nella struttura di accoglienza.

Destinatari

Le attività di progetto si sono rivolte ad operatori pubblici e privati che lavorano all'interno dei sistemi di prima e seconda accoglienza della Città metropolitana di Bologna. Nel corso del progetto gli operatori hanno beneficiato del supporto conoscitivo e professionale dell'equipe multidisciplinare formata dai rappresentanti dei partner, permettendo loro di individuare le diverse forme di vulnerabilità e migliorare la capacità di tutelare pienamente i Richiedenti e i Titolari di Protezione Internazionale, garantendo la proficua interazione del tessuto di accoglienza. Il Progetto si è rivolto, altresì, a funzionari, amministrativi e assistenti sociali in servizio presso l'Area IV ter della Prefettura di Bologna, al fine di migliorare le capacità di osservazione e di intervento relative allo stato dei richiedenti asilo e, in particolare, delle persone vulnerabili, strutturando percorsi personalizzati anche in vista dell'elaborazione di nuove e più efficaci prassi e strategie di gestione. Considerando, infatti, le diverse modalità di accesso alle strutture di accoglienza sul territorio di Bologna, rappresentate da ingressi cc.dd. da sbarco, rintracci sul territorio provinciale e da ingressi cc.dd. Dublino, la presenza di un significativo numero di beneficiari con percorsi migratori traumatici con la necessità di accedere a misure di accoglienza specifiche si è ritenuto necessario agire sul potenziamento della capacità di precoce intercettazione delle situazioni di vulnerabilità integrando in questo modo altre azioni sviluppato sul territorio. A tal proposito, le attività progettuali hanno visto come destinatari indiretti un gruppo sperimentale eterogeneo (uomini, donne, minori, anziani e LGBTQIA+) di 100 richiedenti asilo ospiti dei CAS e dei SAI della Città Metropolitana di Bologna, ponendo particolare attenzione a:

- persone con fragilità psicologiche in seguito a vissuti traumatici o violenti;
- persone con psicopatologie psichiatriche che necessitano di reinserimento nei CAS a seguito di ricoveri in strutture sanitarie;
- persone a rischio in termini di persecuzioni, discriminazioni o minacce in merito a orientamento sessuale e/o identità di genere;
- persone vittime di tratta di esseri umani finalizzata alla prostituzione o allo sfruttamento sessuale;
- persone vittime di sfruttamento lavorativo.

Nello specifico i beneficiari sono stati soprattutto selezionati presso quei centri dove minore è risultata la capacità di osservazione dell'Ente Gestore in base al rapporto ospiti/operatori; infatti, è all'interno di essi che una individuazione tempestiva può consentire la costruzione di una più efficace risposta attraverso la rete dei diversi soggetti che a vario titolo intervengono nel trattamento delle vulnerabilità.

Attività progettuali

Il partenariato, nel corso delle annualità, ha implementato differenti attività progettuali interconnesse con la professionalità dei soggetti, pubblici e privati coinvolti sulla base della loro esperienza nella presa in carico di migranti vulnerabili. Il Progetto è stato composto da 5 fasi collegate tra loro per una durata iniziale di 24 mesi, poi prorogata per altri 6 mesi per un totale di 30 mesi.

FASE 1 - Preparatoria

- Costruzione del *board* di progetto composto dai rappresentanti dei partner pubblici e privati, al fine di pianificare incontri e attività di natura istituzionale e operativa;
- Analisi del contesto di riferimento e individuazione delle dimensioni utili allo sviluppo degli strumenti, attraverso una mappatura dei CAS e SAI della Città Metropolitana di Bologna, rispetto a indicatori relativi a: accoglienza, territorio, ambito giuridico-legislativo, salute fisica e mentale, occupazione, situazione personale e sociale e percorsi dedicati a soggetti/categorie vulnerabili. Tale attività è stata realizzata grazie ad un'attenta analisi della letteratura e delle esperienze progettuali disponibili sul territorio e tramite interviste agli operatori degli Enti Gestori coinvolti.

FASE 2 - Operativa e Sperimentale

- Elaborazione degli strumenti per la valutazione delle capacità e dei bisogni dei richiedenti asilo in ingresso nel territorio di Bologna e Imola, attraverso un lavoro congiunto di tutti i partner guidati dal Coordinatore Scientifico, in modo tale da individuare sia i rischi sia le potenzialità del target migranti e facilitare l'attivazione di risposte adeguate;
- Formazione degli operatori (personale dei CAS e personale della Prefettura) all'utilizzo degli strumenti identificati per l'analisi di bisogni, competenze e vulnerabilità dei richiedenti asilo in base all'impiego di una modalità "*learning by doing*" in cui gli operatori, affiancati da esperti afferenti agli enti partner, hanno potuto sviluppare la loro modalità di agire e utilizzare gli strumenti stessi, fungendo anche da eventuali "formatori" per i colleghi. Tutto ciò, anche al fine di produrre mensilmente alla Prefettura un report esaustivo e standardizzato dei casi vulnerabili e dei percorsi individualizzati attivati nei CAS. Ai fini della valutazione di questi incontri formativi, sono stati utilizzati schede di rilevazione e questionari sul grado di soddisfazione dell'offerta erogata;
- Mettere in pratica e sperimentare l'utilizzo degli strumenti su 100 persone, attraverso un'attività di consulenza diretta da parte dell'equipe multidisciplinare di progetto, che è intervenuta con attività di *screening* programmate all'interno delle strutture di prima e seconda accoglienza del territorio;
- Attivazione di azioni di supporto sociopsicologico delle forme di vulnerabilità riscontrate nel lavoro nei CAS e SAI, attraverso il diretto coinvolgimento dei partner competenti (AUSL Bologna e AUSL Imola) in modo da assicurare il tempestivo e continuo raccordo con i servizi sociosanitari territoriali, informando la Prefettura sul percorso di cura intrapreso.

FASE 3 - Monitoraggio e modellizzazione degli interventi

- Verificare che le procedure attivate nelle strutture coinvolte per facilitare l'emersione delle situazioni di vulnerabilità dei richiedenti protezione internazionale siano state effettivamente applicate dagli operatori dei CAS, secondo le modalità emerse in fase di formazione;
- Individuazione, tramite il contributo fornito da psicologi e mediatori, dei criteri per poter individuare eventuali figure "*Peer*" in grado di svolgere una funzione di mediazione e interfaccia tra operatori e ospiti delle strutture di accoglienza;
- Confronto tra i partner, nell'ambito di tavoli tecnico-operativi, sui casi affrontati al fine di verificare l'efficacia degli strumenti.

FASE 4 - Azioni di potenziamento e supporto ai servizi della Prefettura

(fase trasversale all'intero progetto)

- Supporto alla Prefettura nella valutazione dei requisiti per l'accesso all'accoglienza dei richiedenti asilo presenti sul territorio che si rivolgono allo sportello protezioni internazionali di ASP Città di Bologna, standardizzando una procedura di ingresso che, anche attraverso il coinvolgimento della Questura, faccia particolare riferimento ai casi vulnerabili e ai nuclei familiari;
- Collaborazione con la Prefettura nell'elaborazione di una relazione mensile standardizzata sui servizi di accoglienza erogati nei CAS;
- Supporto alla Prefettura, nel caso di ricoveri dei richiedenti asilo, nella gestione del paziente nel percorso di dimissione e rientro in CAS;
- Supporto alla Prefettura nell'elaborazione di strumenti e strategie che garantiscano il contrasto e la prevenzione di sfruttamento lavorativo e tratta;
- Realizzazione di uno strumento informatico (sito web) per la diffusione di strumenti e prassi, al fine di garantire l'interoperabilità e complementarità di tutte le progettualità del territorio.

FASE 5 - Restituzione dei risultati e divulgazione

- Realizzazione di eventi di presentazione del progetto e dei risultati;
- Realizzazione del presente "toolkit" che rimarrà in uso alla Prefettura e sarà reso fruibile agli Enti Gestori e ai partner, oltre ad essere pubblicato sul sito.

Risultati attesi

Il Progetto FAMI Prog. 3476 S.EM.P.RE è stato co-progettato con lo scopo di contribuire a migliorare le competenze di chi si occupa quotidianamente della gestione dei sistemi di prima e seconda accoglienza, agendo da differenti punti di vista, ma mantenendo come punto fermo la necessità di creare e mantenere una comunicazione e uno scambio di informazioni costanti tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, Enti Gestori e associazionismo. La creazione di una rete di *Governance* di soggetti altamente qualificati in termini di gestione di prima e seconda accoglienza, dotati delle specifiche competenze per la precoce individuazione ed intercettazione del disagio sociopsicologico, ha permesso di implementare percorsi di integrazione personalizzati, costituendo, ad oggi, il principale risultato del Progetto, articolato in:

- Formazione di operatori rispetto alla precoce rilevazione dei rischi, alla valorizzazione delle competenze e all'individuazione dei bisogni dei migranti;
- Attivazione di una equipe multidisciplinare di supporto al personale della Prefettura, agli operatori del servizio di accoglienza e agli operatori dei CAS e dei SAI nella relazione con gli utenti migranti vulnerabili;
- Messa a punto di un toolkit per individuazione, interpretazione e gestione del disagio sociopsicologico dei richiedenti asilo, a disposizione degli operatori anche oltre il termine del Progetto;
- Standardizzazione di un report mensile dell'Ente Gestore per il monitoraggio dei casi vulnerabili, in ottica di elaborazione di percorsi proporzionati alle esigenze degli ospiti;
- Attivazione di una rete di *Governance* (n. 3 reti connesse tra loro) e di procedure operative per:
 1. Segnalazione dal territorio dei richiedenti asilo ai fini dell'ingresso in accoglienza;

2. Emersione delle situazioni di tratta e sfruttamento sulla base degli indicatori emersi dalle attività progettuali.

Strumento per la rilevazione delle vulnerabilità

Lo strumento per la rilevazione precoce delle vulnerabilità è stato sviluppato dall'Università di Bologna per rispondere all'esigenza di individuare tempestivamente i soggetti maggiormente fragili e che necessitano di sostegno. Attraverso la creazione di questo strumento si è voluto rispondere alla necessità di raccogliere e sistematizzare le informazioni che riguardano richiedenti asilo e rifugiati al fine di poter tempestivamente individuare i soggetti maggiormente fragili. Questo, consente l'attivazione precoce della rete dei servizi territoriali che potranno quindi offrire una pronta risposta.

Per la costruzione dello strumento il team dell'università di Bologna ha portato avanti contestualmente la ricerca teorica sul concetto di vulnerabilità e di intervento precoce e un confronto con gli operatori dell'accoglienza per raccogliere suggerimenti e intercettare le esigenze di coloro che saranno i fruitori finali dello strumento.

Vulnerabilità: aspetti teorici e cornice di riferimento

Alla fine del 2021, come riportato dal rapporto della *United Nations High Commissioner of Refugees* (UNHCR), le persone costrette a lasciare la propria dimora abituale (*forcibly displaced*) sono circa 94.7 milioni². In particolare, tale dato include:

- rifugiati: migranti che rientrano nei parametri individuati dalla Convenzione di Ginevra, ossia coloro che "a causa di un fondato timore di subire persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un particolare gruppo sociale o partito politico" scappano dal proprio Paese alla ricerca di una condizione di maggior sicurezza;
- richiedenti asilo: migranti in attesa della definizione del proprio *status* e quindi dell'esame della loro istanza di protezione internazionale;
- sfollati interni: migranti che, pur essendo stati costretti a lasciare il loro luogo di residenza abituale, trovano rifugio all'interno del proprio Paese di origine;
- apolidi: coloro che sono privi di cittadinanza in alcun Paese.

La situazione degli spostamenti forzati è un fenomeno in costante mutazione e crescita³ che, legato spesso alle vicissitudini geopolitiche globali, si impone con urgenza nelle agende politiche dell'Europa in quanto meta tendenzialmente preferita per la migrazione (7,8 milioni di migranti nel 2020)⁴. In particolare, l'Italia, assieme a Spagna e Grecia, costituisce, ad oggi, uno dei Paesi con il più alto numero di arrivi e richieste di asilo (56.000 domande nel 2021) d'Europa⁵. In particolare, nel nostro territorio, il tema dell'accoglienza assume, già a partire dagli anni '90, un carattere di grande rilievo per la politica, portando alla messa a sistema di specifici programmi di accoglienza e integrazione. Tali flussi migratori, come riportato in molti studi⁶, mettono a dura prova non solo i sistemi politici, sociali e umanitari italiani ed europei, ma anche, e soprattutto, le istituzioni sanitarie sovraccaricate nel rispondere alle esigenze di salute fisica e psicologica dei migranti. Allo stesso tempo però, gli interventi per promuovere la salute pubblica nei contesti dell'accoglienza di migranti e rifugiati rappresentano un importante beneficio per l'intero processo di integrazione nel Paese ospitante. Esaminando la letteratura dedicata, infatti, i rifugiati sono una popolazione particolarmente vulnerabile dal punto di vista sia fisico sia mentale, in quanto maggiormente esposta a diversi fattori di rischio come episodi di violenza, guerra, tortura, ma anche povertà, discriminazioni, conflitti familiari ed esposizione a infezioni, malattie sessualmente trasmissibili e disturbi muscolo-scheletrici⁷. Da ciò deriva un'alta incidenza tra i migranti di sindromatologie psicopatologiche ansioso-depressive (35%) e disturbo post-traumatico da stress (30%)⁸, in relazione ad una maggiore probabilità di sviluppare malattie croniche e ipertensione⁹. In particolare, il rischio di vulnerabilità tende ad aumentare notevolmente in caso di minori, donne in gravidanza, membri della comunità LGBTQIA+ e persone a rischio di violenza per appartenenza a particolari gruppi etnici o sociali¹⁰. Da tali dati si evince l'importanza di poter agire attraverso interventi preventivi precoci, incoraggiando le comunità e le istituzioni locali ad assumersi la responsabilità collettiva della salute psico-fisica dei migranti attraverso un approccio multi-agenzia che coinvolga l'intero terzo settore.¹¹⁻¹²⁻¹³

Concetto di vulnerabilità

Per meglio comprendere a cosa faccia riferimento il termine *vulnerabilità*, si ritiene opportuno analizzare brevemente i diversi approcci sviluppati sull'argomento assieme alle sue evoluzioni nel tempo, considerando che la definizione di questo concetto è tutt'altro che univoca.

In generale, la vulnerabilità è spesso definita come un aumento del rischio di incorrere in danni fisici, emotivi o per violazione di un diritto e/o una ridotta capacità di proteggersi da essi (Rogers W.,

Mackenzie C., Dodds S., 2012)¹⁴.

Partendo da un punto di vista etimologico, il termine rimanda alla radice latina *vulnus*, ossia ferita, ed è proprio partendo da tale derivazione che Fineman¹⁵ (2008), Hoffmaster¹⁶ (2006), MacIntyre¹⁷ (1999), Ricoeur¹⁸ (2007) e Turner¹⁹ (2006) hanno inteso la vulnerabilità come una condizione ontologica dell'essere umano derivante dalla sofferenza intrinseca all'essere incarnati in un corpo. Il fatto stesso di essere incarnati in un corpo espone l'uomo al rischio di malattie, al decadimento fisico, all'invecchiamento e all'ineluttabilità della morte. Inoltre, anche la condizione di essere sociale, che pone l'uomo in un rapporto di interdipendenza con gli altri, può renderlo contemporaneamente dipendente e vulnerabile alle azioni altrui.

Nello specifico, Havrilla²⁰ (2017) ribadisce l'importanza di considerare la vulnerabilità come un costrutto multidimensionale e complesso costituito da diversi aspetti, difficili da isolare, in quanto in stretta relazione dinamica con fattori individuali e sociali. Anche Rosee e Killien²¹ (1983) hanno analizzato la vulnerabilità da differenti punti di vista, focalizzandosi sulla distinzione tra il concetto di rischio, inteso come una funzione dell'ambiente, e il concetto di vulnerabilità intesa come una funzione individuale legata a fattori intrinseci e acquisiti. A tal proposito, è possibile pensare alla salute come derivante dall'interazione tra l'individuo e l'ambiente.

Un'altra concettualizzazione esauriente è quella di Rogers, Mackenzie e Dodds²² (2012) che teorizzano una tassonomia della vulnerabilità, distinguendone tre diverse tipologie spesso intrecciate fra loro:

1. intrinseca: vulnerabilità che deriva dalla corporeità e dalla natura sociale e affettiva dell'uomo, variando a seconda di molteplici fattori come l'età, il genere, lo stato di salute ed eventuali disabilità. La resilienza e la capacità di affrontare le avversità, nonché la rete sociale, sono elementi che possono influenzare il grado di vulnerabilità intrinseca.
2. situazionale: vulnerabilità dipendente dal contesto e causata o aggravata dalla situazione personale, sociale, politica, economica o ambientale di una persona e/o dall'appartenenza ad un gruppo sociale. Proprio per la sua stretta interdipendenza con fattori esterni e situazionali, può essere una condizione transitoria, di breve o lunga durata.
3. patogena: vulnerabilità determinata da quelle azioni che, anziché essere di supporto, possono esacerbare vulnerabilità preesistenti o generare nuove vulnerabilità. Può derivare da relazioni disfunzionali caratterizzate da mancanza di rispetto, pregiudizio o abuso e/o da contesti sociopolitici caratterizzati da oppressione, dominazione, repressione, ingiustizia, persecuzione o violenza politica.

Tale classificazione, ponendo l'accento su aspetti intrinseci, situazionali e patogeni della vulnerabilità, consente di gettare le basi per il nostro approfondimento sulla condizione dei rifugiati e dei richiedenti asilo, una popolazione che per definizione è esposta ad eventi esacerbanti eventuali pregresse vulnerabilità intrinseche e che può trovarsi, in determinate fasi della migrazione, esposta a

14 Rogers W., Mackenzie C., Dodds S., (2012), *Why bioethics needs a concept of vulnerability*, International Journal of Feminist Approaches to Bioethics

15 Fineman M., (2008), *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*. Yale Journal of Law and Feminism

16 Hoffmaster B., (2006), *What does vulnerability mean?* Hastings Center Report

17 MacIntyre A., (1999), *Dependent rational animals: Why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court

18 Ricoeur P., (2007), *Autonomy and vulnerability*. In Reflections on the Just, trans. Dave Pellauer, Chicago: University of Chicago Press

19 Turner B. S., (2006), *Vulnerability and human rights*. University Park, PA: Penn State University Press

20 Havrilla E., (2017), *Defining Vulnerability*. Madridge J Nurs

21 Rose M.H., Killien M., (1983), *Risk and vulnerability: a case for differentiation*. Adv. Nurs. Sci., 1983

22 Rogers W., Mackenzie C., Dodds S., (2012), *Why bioethics needs a concept of vulnerability*. Int J Fem Approaches Bioethics

condizioni di vulnerabilità situazionale. A dare rilievo a tale considerazione è un importante lavoro di Aday (1994), il quale ha identificato alcune popolazioni vulnerabili per definizione, tra cui madri e bambini ad alto rischio, persone con malattie croniche e disabili, malati di AIDS, persone con problemi di salute mentale, persone che abusano di alcol o sostanze, persone con tendenze suicide o omicide, famiglie abusanti, senz'atetto, immigrati e rifugiati. Nello specifico, tra queste diverse popolazioni, è doveroso sottolineare come i rifugiati costituiscano un gruppo ben distinto rispetto ad altri gruppi "traumatizzati" a causa della peculiarità delle esperienze traumatiche vissute durante la fuga, così come dello stress legato al processo di acculturazione nel Paese ospitante²³. Considerando, infatti, la loro storia spesso traumatica, la frequente sintomatologia di PTSD ma anche, e soprattutto, l'importanza rivestita dal possedere i documenti adeguati al soggiorno regolare; per i rifugiati e i richiedenti asilo è necessario estendere il concetto di vulnerabilità affermando che i criteri sufficienti a definirla non tengano in considerazione solo la possibilità di essere feriti o lesi fisicamente e/o psicologicamente, ma anche il loro status legale, la loro storia personale spesso frammentata, il loro stile di vita, le caratteristiche di personalità e la capacità di resilienza. Tale target rappresenta quella classe di migranti che "necessariamente" devono lasciare il loro Paese e i loro affetti con il timore di non poter più fare ritorno; non hanno possibilità di scelta in quanto l'alternativa comporta spesso violenze, torture e, in alcuni casi, morte certa. A ciò si aggiunge, inoltre, il senso di non appartenenza, il disagio psicologico legato alla difficoltà di riconoscersi e di essere riconosciuto in un Paese straniero in cui i limiti linguistici, culturali e sociali sembrano invalicabili. Gran parte del loro malessere, infatti, nasce spesso dal timore di non sentirsi parte del Paese ospitante, di poter essere rimpatriati non ottenendo i documenti necessari al soggiorno regolare e vivendo, quindi, con la paura di non riuscire a adattarsi ed integrarsi nel contesto che li accoglie.

A tal proposito, è importante porre l'attenzione sull'importanza della presa in carico di queste situazioni, incentivando l'accessibilità ai servizi pubblici. Nel linguaggio comune, infatti, il termine vulnerabilità viene usato per riferirsi ad una situazione che espone una persona a "rischi maggiori di danno" e, in quanto tale, bisognosa di "cure, supporto e protezione speciale"²⁴. Secondo la letteratura analizzata, solo adottando strategie di mediazione che possano rendere i servizi più sensibili alle specificità culturali e valorizzando il vissuto delle persone con un particolare focus sugli aspetti pratici, è possibile garantire la messa in atto di approcci integrati e multidisciplinari che possano rispondere in maniera tempestiva alle esigenze specifiche di rifugiati e richiedenti asilo e facilitare forme di resilienza.

Nello stesso sistema di accoglienza per richiedenti asilo sono stati realizzati dei progetti specializzati per l'accoglienza e il sostegno di persone portatrici di specifiche vulnerabilità: persone disabili o con problemi di salute (fisica e mentale), minori non accompagnati, vittime di tortura, nuclei monoparentali, donne sole in stato di gravidanza. Si tratta quindi di considerare ampie fasce di popolazione sulla base di specifici fattori di rischio²⁵, anche se spesso rimane sommerso un grande numero di casi i quali, pur non presentando ancora sintomatologia evidente, non vengono riconosciuti e di conseguenza presi in carico.

A tal proposito, è necessario attuare una valutazione accurata e complessiva dei fattori di rischio che possono predisporre una persona a sviluppare particolari disagi o difficoltà, che siano esse di natura fisica, psicologica o comportamentale, e dei fattori protettivi che possono avere, invece, un ruolo compensativo e favorire il benessere complessivo della persona. Ciò che è importante sottolineare è il fatto che riscontrare un rischio di vulnerabilità non è sinonimo della presenza di un problema conclamato, ma di una condizione predisponente l'insorgenza di problematicità.

23 Aday L.A., (1994), *Health status of vulnerable populations*. Annu. Rev. Public. Health

24 UNHCR & IDC, 2016

25 <https://www.retesai.it/la-storia/>

Healthy migrant o vulnerabile?

Le caratteristiche di eterogeneità e diversificazione dei migranti sul nostro territorio, ma in generale in tutta Europa, fanno dell'immigrazione un fenomeno particolarmente complesso da inquadrare, da molti punti di vista. Si pensi ad esempio alla distinzione tra migranti "economici", ossia coloro che scelgono di lasciare il proprio Paese per trovare condizioni di vita migliori, e migranti "forzati" che fuggono da diverse situazioni e condizioni problematiche. Si tratta, infatti, di una distinzione molto vaga, considerando che in molti contesti di provenienza la possibilità di scegliere implica comunque la fuga e, la fuga stessa, esprime di per sé una legittima aspirazione a una vita migliore sia dal punto di vista della tranquillità personale sia dal punto di vista economico. A tal proposito, Baglio e coll.²⁶ (2017) sottolineano la necessità di considerare l'immigrazione come un insieme eterogeneo, multifattoriale, dinamico e, per questo, difficilmente classificabile, dove "l'attribuzione alle diverse categorie non si risolve in questioni tutto-o-niente, ma si gioca lungo un *continuum* di appartenenza secondo una logica "fuzzy" in cui nulla può essere separato dal resto". Secondo tale visione, le categorie spesso applicate all'immigrazione (migrante economico/forzato, migrante regolare/irregolare etc.) possono mantenere una certa utilità dal punto di vista della governabilità, ma perdono costantemente coerenza se applicate rigidamente per la comprensione dei fenomeni sanitari, non tenendo in considerazione i percorsi di vita e le traiettorie migratorie spesso principali determinanti della salute. Il tema della salute dei migranti è stato oggetto di numerosi studi e ricerche, volte a comprendere quale sia l'effettiva condizione di salute della popolazione migrante, considerando nello specifico i diversi fattori influenti, i rischi effettivi di vulnerabilità e somiglianze e differenze rispetto alla popolazione autoctona.

Diversi studi hanno evidenziato il cosiddetto "*healthy migrant effect*"²⁷ ("effetto migrante sano"), ossia l'ipotesi che i migranti presentino condizioni di salute in media migliori di quelle della popolazione autoctona in quanto, una sorta di selezione naturale all'origine spingerebbe a partire dal proprio Paese solo chi è in buone condizioni di salute psicofisica. In particolare, tale dato sembra esser comprovato dalla bassa occorrenza di patologie infettive di importazione tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese (circa il 10% dei pazienti visitati). Rispetto a tale considerazione, è importante rilevare che emergono dati contrastanti in base al Paese di destinazione: negli Stati Uniti, in Canada e in Australia si registra una maggiore evidenza a favore delle migliori condizioni di salute dei migranti, rispetto ai dati raccolti sulla popolazione immigrata in Europa²⁸. Ad incidere su tale discrepanza possono essere vari elementi: i diversi Paesi di origine dei migranti (Nielsen S.S., Krasnick A., 2010)²⁹, le condizioni di salute della popolazione autoctona, la durata e gli imprevisti del viaggio migratorio e, infine, la durata della permanenza nel Paese ospitante, in quanto più essa si allunga più le condizioni di salute dei migranti e della popolazione locale tendono ad essere considerate assimilabili (Biddle N., Kennedy S., McDonald J.T., 2007)³⁰.

Un altro meccanismo che agisce sulla considerazione della salute dei migranti e che opera, in questo caso, alla fine del progetto migratorio, è quello che viene definito "effetto salmone". In diversi studi, condotti principalmente negli Stati Uniti, risulta un tasso di mortalità sistematicamente più basso dei migranti rispetto alla popolazione autoctona, soprattutto se in relazione a condizioni di malattia grave. Sembrerebbe, infatti, che ci sia un'alta tendenza dei migranti anziani a fare ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati, per trascorrere lì il tempo che rimane da vivere, causando però

26 Caroppo, E., Del Basso, G., & Brogna, P. (2014). Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 22, 99-116

27 Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. Seminars in cell & developmental biology, 77, 144-152

28 Moullan Y., Jusot F., (2014), *Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?* European Journal of Public Health, Vol. 24, Supplement 1

29 Nielsen S.S., Krasnick A., (2010), *Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review.* Int J Pub Health

30 Biddle N., Kennedy S., McDonald J.T., (2007), *Health assimilation patterns amongst Australian immigrants.* Econ Rec

una sotto-notificazione di decessi della popolazione straniera sul territorio. A tal proposito, infatti, sia l'“effetto migrante sano” sia l'“effetto salmone” agiscono mantenendo complessivamente alto lo stato di salute dei migranti, dando poco spazio all'azione di quei fattori di rischio legati alla precarietà e allo svantaggio socioeconomico. Per riparare a ciò, alcuni studi hanno introdotto un ulteriore elemento di valutazione, ossia “effetto del migrante esausto” che si determina quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano a concretizzarsi nel Paese d'accoglienza. È opportuno rilevare che non sempre il diritto di accesso alle cure da parte dei migranti è sufficiente a garantire livelli di salute adeguati, in quanto nella pratica permangono spesso barriere culturali, organizzative e discriminatorie. A tale considerazione, si aggiunge il fatto che la salute non venga spesso percepita dai migranti come una priorità e che le terapie eventualmente da seguire, siano vissute come d'intralcio al progetto migratorio il più delle volte orientato al lavoro e all'aiuto economico delle famiglie nel Paese d'origine.

Accanto a queste teorie e ragionando sempre in termini di rischio di vulnerabilità psicofisica dei migranti, vanno tenute presenti anche le difficoltà che conducono spesso queste persone a lasciare il proprio Paese, quelle che incontrano durante il percorso migratorio e, infine, quelle vissute nel Paese di arrivo.

Considerando i rifugiati e i richiedenti asilo come il principale target di progetto, si ritiene doveroso effettuare un discrimine rispetto al resto della popolazione migrante, in quanto essi costituiscono quella classe di migranti che spesso deve lasciare “necessariamente” la propria patria e i propri affetti con il timore di non poter più fare ritorno a causa di situazioni di guerra, persecuzione, discriminazione religiose e/o etniche, insicurezza e pericolo che li spinge a fuggire e a cercare altrove la salvezza. Per definizione, quindi, i rifugiati lasciano il proprio Paese a seguito di eventi in diversa misura traumatici che li espongono a fattori di rischio per la loro salute psicofisica prima, durante e dopo la migrazione, incontrando spesso barriere anche per accedere ad una appropriata assistenza una volta che si sono stabiliti nel Paese ospitante (Giacco D., Laxhman N., Priebe S., 2018)³¹.

In particolare, Krystal Henry e coll. (1988) hanno condotto uno studio in cui riconoscono l'insorgere di gravi disturbi somatopsichici in soggetti esposti ad esperienze traumatiche: sopravvissuti ai campi di concentramento, vittime di abuso sessuale, vittime di tortura, sopravvissuti di guerra etc. Tuttavia, non esiste un metodo oggettivo che possa quantificare la traumaticità di un evento e l'eventuale vulnerabilità conseguente, ma lo si può studiare solo attraverso il vissuto soggettivo dell'individuo analizzando l'effetto del trauma a livello cognitivo, somatico, psichico e relazionale.

La vulnerabilità nei migranti può quindi essere analizzata sia da una prospettiva diacronica, ossia tenendo in considerazione l'esposizione al rischio nelle diverse fasi del percorso migratorio, sia secondo una prospettiva sincronica, andando ad individuare gli elementi personali, biografici e sociali che espongono maggiormente al rischio i rifugiati.

Fasi della migrazione e rischio di vulnerabilità

Il passato, il presente e il futuro del migrante sono parte di un percorso che non procede in modo lineare e che presenta come momento fondamentale quello della migrazione. L'evento migratorio, infatti, produce un cambiamento netto e repentino nel senso del sé di chi lo vive e nei rapporti interpersonali, condizionando il modo di approcciarsi alla realtà e provocando effetti rispetto ai giudizi, alla regolazione degli affetti, alle difese, etc. La sofferenza dei migranti si dipana, muta e si sviluppa attraverso la sequenza spazio-temporale dei loro spostamenti e anche dopo mesi o anni nel Paese ospitante, permanendo e alimentando, da un lato, i vissuti di perdita, nostalgia e mancanza per i

31 Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144-152

luoghi e le persone lasciati indietro; dall'altro, il tormento per non sentirsi ancora integrati. Numerose ricerche in tale ambito hanno riscontrato un'alta incidenza di sintomi da stress post-traumatico, ansia, depressione, abuso di sostanze e ideazione suicidaria tra i migranti (Oppedal et al., 2004; Pumariega et al., 2005), spesso connesse a problemi e disturbi legati al processo di acculturazione, traumi, discriminazione, razzismo, xenofobia³² e altri accadimenti che caratterizzano di frequente le tre fasi della migrazione: pre-migratoria, migratoria e post-migratoria³³. A tal proposito, non esiste un modo oggettivo per quantificare la natura traumatica dell'evento migratorio, in quanto l'intensità della sofferenza muta da individuo a individuo come risultante dell'intreccio di numerose variabili legate alle caratteristiche soggettive e alle esperienze vissute³⁴.

Nel Paese di origine

A volte, la decisione di partire dal proprio Paese viene presa d'improvviso, spesso a ridosso del momento della partenza stessa, generando inevitabilmente spaesamento e disagio.

I rifugiati, per definizione, lasciano il proprio Paese per sfuggire a contesti dove le condizioni sono altamente sfavorevoli, spesso caratterizzate da guerra, persecuzione e difficoltà economiche; anche se l'urgenza del viaggio e l'intensità dei vissuti di lutto e abbandono vissuti sono strettamente dipendenti dalle motivazioni alla base della scelta di partire.

Nello specifico, possiamo ricondurre le motivazioni alla base della migrazione a cinque macrosfere:

1. personale/familiare: progetto di emancipazione e miglioramento delle proprie condizioni e prospettive di vita;
2. politica: fuga da guerre, instabilità politica, regimi, persecuzioni, torture e incarcerazione;
3. economica: disoccupazione e povertà;
4. sociale: discriminazioni, violenza, criminalità e terrorismo;
5. culturale: insofferenza per le tradizioni e i modelli culturali considerati restrittivi.

Nella maggior parte dei casi, però, la decisione di migrare comprende aspetti afferenti a più di una di queste sfere, lasciando sottendere una profonda complessità dell'esperienza migratoria e aumentando il rischio che la vulnerabilità dei migranti che intraprendono il viaggio possa trasformarsi da stato potenziale a fragilità reale.

L'esperienza pre-migratoria dei rifugiati è spesso caratterizzata da un'esposizione diretta o indiretta a situazioni di guerra, distruzione, tortura, morte, arruolamenti forzati e violenza; a cui tipicamente si sommano anche altre condizioni, quali povertà, difficoltà economiche, scarsità di cibo e acqua, di una casa e di altri bisogni di base. Numerosi studi confermano, infatti, che una multipla esposizione a eventi traumatici, che sia dello stesso tipo o differenti, si associa ad una maggior probabilità di sviluppare sintomi di PTSD³⁵.

32 Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of health and social behavior*, 193-207

33 Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., & Nordenfelt, L. (2010). The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *The International journal of social psychiatry*, 56(1), 74-93

34 De Jong J.T., Komproe I.H., Van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., van De Put W., Somasundaram D., (2001), *Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings*

35 Shrestha N.M., Sharma B., Van Ommeren M., Regmi S., Makaju R., Komproe I., Shrestha G.B., De Jong J.T., (1998), *Impact of torture on refugees displaced within the developing world – symptomatology among bhutanese refugees in Nepal*, JAMA

Durante la migrazione

Anche il periodo del “viaggio” migratorio rappresenta spesso per il migrante un momento particolarmente difficoltoso, in quanto costellato di difficoltà, eventi traumatici e continui imprevisti. In particolare, da uno studio di Crepet, Rita, Reid, Van den Boogaard, Deiana, Quaranta, Barbieri, Bongiorno e Di Carlo (2017), emerge che una percentuale compresa tra il 60% e il 90% dei migranti rischiano l’esposizione a eventi potenzialmente traumatici, sia nel Paese di origine sia durante il percorso migratorio³⁶. Nello specifico, se consideriamo l’evento del viaggio preso in sé stesso, il livello di stress correlato è strettamente dipendente dall’intreccio delle numerose variabili che lo caratterizzano; prime di tutte l’elevato tasso di rischio, le situazioni di drammaticità scaturite dagli imprevisti, i soprusi e le violenze, i mezzi di trasporto utilizzati e la presenza o meno di familiari o amici al seguito.

Ad esempio, basti pensare all’immaginario comune del migrante africano che, per raggiungere le coste europee, si affida a trafficanti senza scrupoli che, pronti a intercettare la loro disperazione, propongono viaggi altamente rischiosi su barconi insicuri e sovraffollati in cambio di laute ricompense in denaro o, peggio, di prestazioni lavorative e/o sessuali in condizioni di schiavitù. Oppure, ancora, ai migranti che affrontano la cosiddetta “rotta balcanica” e che, entrando in contatto con trafficanti e *smuggler*, affrontano il viaggio nascondendosi in vani tecnici dei treni, in angusti anfratti dei camion o camminando per lunghi tratti in sentieri nascosti e insidiosi. In particolare, in un recente studio sulle cliniche per la salute mentale gestite da Medici Senza Frontiere in Serbia³⁷, emerge che fino ad un terzo dei migranti sono stati vittime di eventi violenti in modo ricorrente come stupro, violenza fisica, estorsione ed esposizione a condizioni estremamente insalubri.

A ciò si aggiunge spesso anche il rischio di detenzione nelle frontiere di quei Paesi di transito che puniscono rigidamente la migrazione irregolare. Purtroppo, ciò può accadere ripetutamente in base alla rotta che si affronta, andando a stratificare le esperienze traumatiche. Le prigioni, infatti, sono note per essere istituzioni inclini alla violenza ed è stato riscontrato che alcuni centri di detenzione amministrativa presentano una politica della violenza/tortura spesso più aggressiva delle prigioni civili, a causa del mancato rispetto dei diritti tradizionalmente riconosciuti ai detenuti³⁸.

Nel Paese ospitante

Dopo la migrazione, all’arrivo nel Paese ospitante i migranti spesso incontrano ulteriori difficoltà e le condizioni di vita risultano spesso precarie, aumentando il rischio di sviluppare disturbi depressivi, ansia e stress³⁹. L’insediamento nel nuovo paese implica, infatti, una radicale rivoluzione in tema di abitudini, ruoli familiari, interazioni e modalità comunicative, spesso in associazione a difficili condizioni di vita, isolamento sociale, disoccupazione e conseguente difficoltà nel processo di acculturamento. Sebbene non sia raro che i migranti provino un’euforia iniziale all’arrivo nel Paese ospitante, tale fase è spesso aleatoria lasciando spazio a sentimenti depressivi e senso di smarrimento. A tal proposito, infatti, se per processo di acculturazione si intende quel processo dinamico che i migranti esperiscono mentre si adattano alla cultura del nuovo Paese e che prevede un lento cambiamento culturale e psicologico rispetto allo spostamento da una cultura ad un’altra⁴⁰; Berry (1997) intende

36 Crepet, A., Rita, F., Reid, (2017). A. et al. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health* 11, 1

37 Arsenijevic J., Schillberg E., Ponthieu A., et al., (2017), *A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to northern Europe*. *Confl Heal*

38 Esposito F., Ornelas J., Arcidiacono C., (2015), *Migration-related detention centers: the challenges of an ecological perspective with a focus on justice*. *BMC Int Health Hum Rights*

39 Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144-152

40 D.L., J.W. Berry, (2010), *Acculturation: when individuals and groups of different cultural backgrounds meet*, *Perspect. Psychol. Sci.* 5

per "stress acculturativo" l'esperienza di quell'insieme di eventi stressanti, associati al processo di acculturazione, che possono portare a stati di malessere e difficoltà psicologica. L'acculturazione è, infatti, un processo multidimensionale che comporta cambiamenti in molti aspetti della vita di un migrante, metabolizzabili spesso con minore elasticità e maggiore difficoltà in base all'età e, soprattutto, alla cultura di origine. Nello specifico, come evidenziato da alcuni teorici⁴¹, i valori culturali incidono in modo evidente quando la cultura di appartenenza presenta pratiche e credenze che variano esponenzialmente rispetto agli usi e costumi del Paese ospitante. La cultura, infatti, non consiste meramente di comportamenti e pratiche variabili che un gruppo riconosce di possedere e con cui si riconosce e si confronta quotidianamente, ma anche di quelle nascoste, implicite, intangibili. Ciò si palesa nei migranti all'arrivo in un nuovo Paese, quando l'orizzonte culturale cambia e sono forzatamente immersi in un nuovo contesto. Questo, sommato alle altre difficoltà elencate precedentemente, può rappresentare un ulteriore ostacolo e richiedere tempo ed energie per poter essere superato. Un particolare ambito in cui la cultura rappresenta, spesso implicitamente, un elemento di rilievo fondamentale è quello della salute. Nonostante i tentativi di standardizzare e oggettivare il concetto di salute e di benessere, le credenze culturali rimangono ancora saldamente radicate. Questo rende ancor più complesso affrontare il tema del benessere dei migranti nel Paese di accoglienza, rendendo necessaria una riflessione su cosa, anche culturalmente, significhi la migrazione e l'integrazione in un nuovo contesto. Sebbene le migrazioni possano migliorare significativamente la qualità della vita, la transizione forzata da una cultura ad un'altra può produrre contemporaneamente opportunità e vulnerabilità.

In generale, nel processo sfaccettato e multiforme dell'acculturazione, i fattori di maggiore stress riguardano le barriere comunicative, linguistiche e culturali, i cambiamenti nei ruoli e nelle responsabilità familiari, i traumi legati al percorso migratorio, il basso livello di supporto familiare con conseguente vissuto di separazione da familiari significativi, la tutela o la regolarizzazione dello status giuridico e la percezione, se non l'esperienza, di atteggiamenti ed episodi di razzismo e discriminazione. Nello specifico, per i migranti forzati tale processo è particolarmente difficile da affrontare, proprio perché spesso la decisione di partire e la meta da raggiungere non hanno le sembianze di una vera e propria scelta, ma si sono imposte come necessità.

I rifugiati da poco giunti nel Paese di accoglienza, possono incontrare difficoltà a ricostruire una rete sociale e pertanto trovarsi a vivere una condizione di isolamento e mancanza di rapporti⁴², di disoccupazione e difficoltà a trovare lavoro, incrementando così lo scaturire di problemi di natura fisica e/o psicologica⁴³. Alcuni studi hanno però dato rilievo agli elementi a contrasto di questi fattori di rischio legati al processo di acculturazione, rintracciandoli nelle dinamiche attraverso cui la cultura d'origine viene tutelata e preservata, seppur circoscrivendola a particolari ambiti e contaminandola. La chiave è il senso di appartenenza che ne deriva, facilitando i rapporti familiari e comunitari e fungendo da fattore protettivo in quanto, agendo sui processi di ridefinizione identitaria, riesce ad attenuare le dimensioni conflittuali.

41 Napier, A. D. et al., (2014), *Culture and health*, The Lancet, Volume 384, Issue 9954

42 Montgomery E., Foldspang A., (2008), *Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees*, European Journal of Public Health

43 Priebe S., Giacco D., El-Nagib R., (2015), *Public Health Aspects of Migrant Health: a Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region*, WHO Europe

Fattori di rischio, fattori protettivi e vulnerabilità in rifugiati e richiedenti asilo

Le ricerche sul tema descritte in precedenza sottolineano che la popolazione migrante, nella sua complessità, è intrinsecamente vulnerabile a causa delle esperienze di fatica, scontro, rinuncia, stravolgimento delle abitudini e prospettive, vissute prima, durante e dopo il viaggio migratorio. Secondo lo studio di Zannoni (2020), solo coniugando individualità, vulnerabilità e potenzialità è possibile attuare delle progettazioni adeguate a rispondere ai bisogni di richiedenti asilo e rifugiati, intervenendo, nello specifico, sulla soggettività del singolo individuo in modo da identificare fattori di rischio e valorizzare potenzialità e risorse.

A tal proposito, qui di seguito verranno analizzati i diversi fattori di rischio che agiscono esacerbando le vulnerabilità di richiedenti asilo e rifugiati, mettendo in risalto gruppi specifici ritenuti particolarmente esposti a problematicità: minori, donne, LGBTQIA+, caregiver e anziani e/o disabili. Infine, verranno discussi e analizzati anche i fattori protettivi in quanto, agendo da sostegno della resilienza individuale, essi influenzano la vulnerabilità soggettiva e attenuano i fattori di rischio.

In generale, diversi studi riconoscono la precarietà della salute psicofisica della popolazione migrante, sottolineando la sua vulnerabilità allo sviluppo di disturbi mentali e patologie croniche. Nello specifico della salute mentale, lo studio di Fazel, Wheeler e Danesh (2005) riporta una prevalenza di PTSD e altri disturbi psichiatrici circa dieci volte superiore nei migranti rispetto alla popolazione generale, causata spesso dalla miriade di esperienze traumatiche e fattori di rischio a cui essi sono esposti. Tali tassi di prevalenza variano spesso da ricerca a ricerca a causa dei diversi contesti esaminati, delle diverse nazionalità dei rifugiati e delle metodologie di studio differenti. Da ciò è possibile evincere come la salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo sia naturalmente influenzata da diversi fattori quali: età, genere, paese di provenienza, durata del viaggio, paese di accoglienza, gruppo etnico etc. In particolare, da alcuni studi⁴⁴⁻⁴⁵, emerge che i fattori legati alle esperienze post-migratorie siano più rilevanti nell'influenzare la salute mentale rispetto a quelli legati alle esperienze pre-migratorie. Nello specifico, in una metanalisi⁴⁶ condotta su 26 studi che coinvolgono 15 Paesi sono stati rilevati, in richiedenti asilo e rifugiati, i seguenti tassi di prevalenza: 31,46% per il PTSD, 31,5% per la depressione, 11% per i disturbi d'ansia e 1,51% per le psicosi.

Come sottolineato in precedenza, anche la salute fisica di rifugiati e richiedenti asilo risulta essere spesso compromessa a causa di un'alta tendenza a sviluppare malattie croniche come diabete, ipertensione e obesità⁴⁷; malattie infettive come epatite e tubercolosi⁴⁸; disturbi muscoloscheletrici e lesioni; malattie cardiovascolari⁴⁹; malattie gastrointestinali e malattie sessualmente trasmissibili⁵⁰. In particolare, da alcuni studi⁵¹ specifici, si evince come tali malattie siano presenti già prima del viaggio migratorio, anche se spesso la persona non ne ha una consapevolezza o non segue nessuna terapia a riguardo. In altri casi invece, molte malattie si sviluppano durante il viaggio migratorio⁵² a causa dell'esposizione a situazioni di violenza e di luoghi spesso insalubri.

44 Vallejo-Martín, M., Sánchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 480

45 Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

46 Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 17(9): e1003337

47 Kumar GS, Beeler JA, Seagle EE, Jentes ES. (2021). Long-Term Physical Health Outcomes of Resettled Refugee Populations in the United States: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health*

48 Harris, M., & Zwar, N. (2005). Refugee health. *Australian family physician*, 34(10)

49 Khan, F., & Amatya, B. (2017). Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(2), 353-367

50 Affronti, M., Affronti, A., Pagano, S. et al. (2013). The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Intern Emerg Med* 8, 561-566

51 Harris, M., & Zwar, N. (2005). Refugee health. *Australian family physician*, 34(10)

52 *Ibidem*

In conclusione, tali considerazioni sulla salute sia fisica sia psichica di rifugiati e richiedenti asilo vengono spiegate dal ridotto accesso all'assistenza sanitaria e ai servizi pubblici specialistici, principalmente a causa di credenze diverse sulla salute, barriere linguistiche e comportamenti individuali spesso sminuanti nei confronti dei sintomi provati.

Fattori di rischio

Un'ampia letteratura⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶ si è incentrata sullo studio di fattori di rischio situazionali sperimentati prima e durante il viaggio migratorio da richiedenti asilo e rifugiati, in termini di traumi, violenza, tortura e situazioni di *trafficking*. Dalle diverse testimonianze raccolte, molte persone parlano di una esposizione spesso reiterata a situazioni di violenza, morte, detenzione, costrizione al combattimento⁵⁷, tortura e rapimento. Inoltre, molto frequenti, sono anche le situazioni di *trafficking*, il quale consiste nel traffico di esseri umani finalizzato a differenti scopi: lavorativo per diversi settori come agricoltura e edilizia, sfruttamento di carattere sessuale, accattonaggio e affidamento a trafficanti per poter intraprendere il viaggio migratorio in cambio di un pagamento in denaro o di una prestazione lavorativa⁵⁸⁻⁵⁹. A ciò si aggiungono anche i sentimenti e le emozioni legate allo scappare dal proprio Paese d'origine⁶⁰, alla separazione da familiari e amici⁶¹⁻⁶², e le difficoltà economiche spesso presenti sia prima sia dopo la migrazione⁶³. Come sottolineato in precedenza, l'esposizione a tali fattori di rischio situazionali comporta condizioni di salute precarie a causa dell'alta tendenza nello sviluppare sintomatologie psicopatologiche e malattie croniche, le quali impattano negativamente su relazioni, memoria e capacità lavorative⁶⁴.

Un altro importante fattore di rischio situazionale, riguardante principalmente la vita post-migratoria e quindi il contesto di accoglienza, è costituito dalla discriminazione subita nel Paese ospitante. In particolare, in uno studio, Kirmayer e collaboratori (2011) hanno rilevato come l'essere vittima di stigma, discriminazione e razzismo costituisca uno dei fattori che determinano emozioni intense come paura, rabbia, tristezza e solitudine, aumentando considerevolmente i livelli di stress e la probabilità di incorrere in sintomatologie depressive e disagio psicologico. In particolare, uno studio⁶⁵ esplorativo condotto nei Paesi Bassi ha rilevato che la maggior parte della popolazione rifugiata e/o richiedente asilo è sottoposta a continue discriminazioni nel Paese ospitante, legate spesso al colore della pelle, alla cultura e/o usi e costumi, ma anche alla paura della popolazione autoctona rispetto

53 *Ibidem*

54 Ibrahim, H., & Hassan, C. Q. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms resulting from torture and other traumatic events among Syrian Kurdish refugees in Kurdistan region, Iraq. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 241

55 Hameed, S., Sadiq, A., & Din, A. U. (2018). The Increased Vulnerability of Refugee Population to Mental Health Disorders. *Kansas journal of medicine*, 11(1), 1-12

56 Crepet, A., Rita, F., Reid, (2017). A. et al. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health* 11, 1

57 *Ibidem*

58 Busza, J., Castle, S., & Diarra, A. (2004). Trafficking and health. *BMJ*, 328(7452), 1369-1371. 9

59 Wilson, A. P. (2011, September). Trafficking risks for refugees. Presentation for 2011 Interdisciplinary Conference on Human Trafficking, Lincoln, United States of America

60 Ibrahim, H., & Hassan, C. Q. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms resulting from torture and other traumatic events among Syrian Kurdish refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Frontiers in psychology*, 8, 241

61 Harris, M., & Zwar, N. (2005). Refugee health. *Australian family physician*, 34(10).

62 Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297-303

63 Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144-152

64 Kira, I., Shuwiekh, H., Al Ibrahim, B., & Aljakoub, J. (2021). The Mental and Physical Health Effects of Torture: The Role of Identity Salience as a Pathway to Posttraumatic Growth and Healing: The Case of Syrian Refugees and IDPs. *Psychology*, 12(11), 1825-1847

65 Strijk, P. J., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 47(1), 48-55

a fenomeni quali criminalità e terrorismo. Inoltre, alcuni autori⁶⁶⁻⁶⁷, hanno individuato gruppi specifici particolarmente soggetti a discriminazione nel Paese di accoglienza: rifugiati e richiedenti asilo di origine araba, donne sigle madri di figli piccoli e LGBTQIA+. Infine, è importante sottolineare che gli episodi di discriminazione e il timore di essere perseguitati possono essere presenti già a partire dal Paese di origine e, spesso, costituiscono la motivazione principale della fuga; soprattutto quando sono legate all'appartenenza a specifici gruppi etnici, religiosi, politici o sociali⁶⁸.

Oltre a fattori di rischio situazionali legati quindi ai contesti di vita pre, durante e post migrazione; quando si parla della salute di rifugiati e richiedenti asilo, considerevoli sono anche i fattori di rischio individuali come età, genere, Paese di provenienza, gruppo etnico e orientamento sessuale, e i fattori sociodemografici. In particolare, i fattori come competenze linguistiche, livello di scolarizzazione e status socioeconomico possono esercitare una considerevole influenza sulla salute fisica e mentale di tale target. Secondo alcune revisioni⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹ le barriere linguistiche sono spesso associate a sintomatologie ansioso-depressive, impedendo l'accesso ai servizi sociali e sanitari e comportando difficoltà a sfruttare opportunità lavorative e/o trovare un alloggio adeguato alle esigenze soggettive. Anche i livelli di istruzione costituiscono un fattore importante per la salute di rifugiati e richiedenti asilo; infatti, secondo alcune ricerche, alti livelli di scolarizzazione sono spesso associati a un buono status socioeconomico che, una volta effettuato il viaggio migratorio, tende ad essere perduto nel Paese ospitante. Infatti, i richiedenti e i rifugiati con alti livelli di istruzione si ritrovano spesso a dover vivere in alloggi istituzionali affollati e poco igienici e a lavorare in contesti precari e sfruttanti. Ciò costituisce spesso un cambio radicale dello status socioeconomico precedente, comportando un livello di salute psicofisica peggiore rispetto a quei rifugiati che provengono già da situazioni di semi-povertà o povertà.

Ultimo, ma non per questo meno rilevante, fattore di rischio per la salute di richiedenti asilo e rifugiati riguarda la "violenza dell'incertezza"⁷², ossia l'incertezza legata allo status legale a causa dei lunghi tempi di attesa per ricevere i documenti necessari alla regolarizzazione del soggiorno nel Paese ospitante.

Fattori protettivi e risorse individuali

Quando si parla di immigrazione e della complessità insita in essa, è utile ragionare in termini di fattori di rischio e fattori di protezione, in linea con la definizione di vulnerabilità e resilienza proposta dall'OIM (2019). In tema di rifugiati e richiedenti asilo, i fattori protettivi più rilevanti per quanto riguarda la loro salute sono stati individuati in: possibilità di accesso a opportunità lavorative adeguate al fine di raggiungere uno status socioeconomico sufficiente, opportunità di uscire dai centri di accoglienza istituzionali in modo da trovare alloggi permanenti e privati⁷³. Inoltre, anche un continuo studio e apprendimento della lingua del Paese ospitante e l'opportunità di instaurare relazioni sociali

66 Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

67 Golembe, J., Leyendecker, B., Maalej, N., Gundlach, A., & Busch, J. (2021). Experiences of minority stress and mental health burdens of newly arrived lgbtq* refugees in germany. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(4), 1049-1059

68 Pittaway, E., & Bartolomei, L. (2001). Refugees, race, and gender: the multiple discrimination against refugee women. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 19(6), 21-32

69 Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

70 Kaur, H., Saad, A., Magwood, O., Alkhateeb, Q., Mathew, C., Khalaf, G., & Pottie, K. (2021). Understanding the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: a systematic review using GRADECERQual. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(2), E681-E692

71 Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967

72 Phillimore, J., & Cheung, S. Y. (2021). The violence of uncertainty: Empirical evidence on how asylum waiting time undermines refugee health. *Social Science & Medicine*, 282, 114154

73 Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612

tra connazionali e/o con la popolazione autoctona costituiscono importanti risorse per la salute di rifugiati e richiedenti asilo⁷⁴. In particolare, una importante ricerca effettuata nel 2012⁷⁵ per indagare il livello di resilienza nei rifugiati e richiedenti asilo, ha rilevato l'importanza di non considerare solo le esperienze traumatiche quando si discute sulla salute di tale target, ma anche le qualità personali intese come ottimismo, determinazione, volontà di integrarsi e autostima, la religione e il supporto sociale. In particolare, il supporto sociale sembra essere il fattore protettivo più influente in termini di contrasto alle vulnerabilità, in quanto prendere parte ad attività familiari, comunitarie e religiose e poter condividere con altri rifugiati le esperienze traumatiche vissute permette di sentirsi meno soli⁷⁶⁻⁷⁷. In altre parole, il sostegno sociale agisce emotivamente e strumentalmente sull'equilibrio e il benessere di rifugiati e richiedenti asilo e, inoltre, sembra avere una relazione negativa diretta con l'esperienza di discriminazione⁷⁸. Alcuni autori, infatti, hanno rivelato come la percezione delle discriminazioni vissuta da rifugiati e richiedenti asilo nel Paese di accoglienza è spesso mediata dal livello di supporto sociale⁷⁹.

Target specifici con particolari vulnerabilità

Minori

Sebbene malessere e disagio psicofisico riguardino tutti i richiedenti asilo e i rifugiati con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale, è necessario rivolgere particolare attenzione ai minori in quanto classe di migranti particolarmente vulnerabile⁸⁰⁻⁸¹.

In particolare, Fazel e Stein (2002) hanno individuato differenti fattori di rischio per la salute dei minori rifugiati differenziandoli in:

- fattori parentali: PTSD nei genitori, depressione materna, tortura, morte e disoccupazione dei genitori, separazione dai genitori e sottostima del livello di stress da parte dei genitori;
- fattori individuali: età, genere, esposizione a eventi traumatici sia come vittima sia come testimone, difficoltà linguistiche, problemi fisici, sintomatologia post-traumatica;
- fattori ambientali: tempo di attesa per lo status giuridico, povertà, isolamento culturale, tempo trascorso nei campi profughi e nei centri di accoglienza istituzionali.

Un altro aspetto importante e che costituisce un ulteriore fattore di rischio per i minori rifugiati, riguarda il viaggio migratorio svolto in solitaria. Secondo diversi autori⁸², infatti, i minori stranieri non accompagnati (MSNA) sperimentano spesso maggiori situazioni di violenza e trauma rispetto ai

74 Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

75 Hutchinson, M., & Dorsett, P. (2012). What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice. *Journal*

76 Shishehgar, S., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Green, A., & Davidson, P. M. (2017). Health and so-cio-cultural experiences of refugee women: an integrative review. *Journal of immigrant and minority health*, 19(4), 959-973

77 Strijk, P. J., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 47(1), 48-55

78 Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187

79 Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Adv Med Sociol*, 19, 173-204

80 Zannoni, F. (2020). Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione. *Journal of Health Care Education in Practice*, 2(1)

81 UNHCR & IDC. (2016). Vulnerability Screening Tool. Identifying and addressing vulnerability: a tool for asylum and migration system

82 Höhne, E., van der Meer, A. S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2020). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-15

minori che migrano con familiari o adulti significativi e, una volta arrivati nel Paese di accoglienza, sono più soggetti a difficoltà di adattamento in termini linguistici, culturali e sociali. Ciò si riversa necessariamente sul loro livello di salute psichica e fisica a causa del fatto che devono affrontare tutte le problematiche legate al viaggio migratorio e al processo di acculturazione da soli e senza alcuna protezione da parte della famiglia. In particolare, è utile sottolineare che uno studio⁸³ ha rilevato che la salute di MSNA può presentarsi ancora più complessa e delicata se ci troviamo di fronte a minori rifugiati di genere femminile.

In generale, ragionando in termini di intervento, è utile pensare di convogliare ai servizi sanitari e psicologici che si occupano di minori rifugiati, anche i servizi di tipo socioeducativo in modo da poter implementare delle modalità d'intervento che possano rispondere ai loro bisogni primari a tutto tondo attraverso l'ascolto, la cura, l'apprendimento di competenze, la socializzazione e il perseguimento di sani stili di vita e di pensiero⁸⁴. Vi è, infatti, l'esigenza di prendersi carico delle differenti conseguenze negative in cui i minori rifugiati possono incorrere, in quanto le problematiche di salute psicofisica presenti nell'infanzia e/o nell'adolescenza tendono a ripercuotersi nell'età adulta, originando una catena di vulnerabilità e svantaggio che inizia spesso con difficoltà scolastiche per poi peggiorare in comportamenti e attività devianti che conducono ad un basso status socioeconomico⁸⁵. Ragionando in termini transgenerazionali, è importante rendersi conto che i bambini e i ragazzi con importanti vulnerabilità diverranno adulti e genitori con difficoltà che, in condizioni di povertà e precarietà lavorativa, predisporranno i loro stessi figli ad un simile destino di fragilità sociale e sanitaria. Agire, quindi, in modo tempestivo e mirato sulle problematiche dei minori rifugiati, valorizzando anche le loro risorse individuali, può provare a garantire loro una vita migliore, evitando che le disuguaglianze culturali, sociali ed economiche si perpetuino e impattino negativamente di generazione in generazione lungo la loro storia familiare.

Donne

Secondo un dato raccolto dal Centro Statistico IDOS (2018), il 48% di tutti i migranti internazionali è costituito da donne, le quali, così come gli uomini, migrano per differenti motivi tra cui il miglioramento delle opportunità lavorative, la fuga da contesti familiari e sociali insicuri, emancipazione etc. Ragionando in termini di vulnerabilità, sembra che solo il fatto di appartenere al genere femminile predisponga maggiormente a situazioni di fragilità; infatti, rispetto agli uomini, le donne migranti hanno maggiore possibilità di subire violenza fisica, psicologica e sessuale durante il viaggio migratorio. Una metanalisi effettuata su rifugiati e richiedenti asilo, sottolinea come il 20% delle donne migranti subiscono violenza, dato questo spesso sottostimato a causa delle difficoltà delle vittime a condividere tali esperienze traumatiche⁸⁶. In particolare, un dato agghiacciante riportato dall'OIM (2017), rivela che nel 2016 l'80% delle donne nigeriane registrate nei principali CAS e porti di sbarco europei sono state identificate come potenziali vittime di tratta sessuale e destinate, quindi, a lavorare nei mercati del sesso di tutta Europa. In questi casi, sembra essere più adeguato parlare di violenza di genere piuttosto che di "semplice" violenza sessuale⁸⁷⁻⁸⁸; in quanto semplicemente il fatto

83 Nasiroğlu, S., & Çeri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2941

84 La Marca, A., Portera, A., Catarci, M. (2015). *Pedagogia interculturale*. Brescia: La Scuola

85 Perreira, Krista & Ornelas, India. (2011). *The Physical and Psychological Well-Being of Immigrant Children*. The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation.

86 Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., ... & Singh, S. (2014). The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS currents*, 6

87 Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive health matters*, 24(47), 18-26

88 Freedman, J., Crankshaw, T. L., & Mutambara, V. M. (2020). Sexual and reproductive health of asylum seeking and refugee women in South Africa: understanding the determinants of vulnerability. *Sexual and reproductive health matters*, 28(1), 1758440

di intraprendere il viaggio da sole o solo con figli piccoli predispone le donne migranti a situazioni particolarmente pericolose in cui vengono spesso adescate da trafficanti senza scrupoli che, approfittando della loro disperazione o della loro fretta nel lasciare il proprio Paese di origine, promettono passaggi e servizi di trasporto in cambio di ingenti somme di denaro e/o prestazioni lavorative, spesso a sfondo sessuale. Oltre ad un maggiore rischio di incorrere in situazioni di violenza, altri fattori di rischio che possono presentarsi prima, durante e dopo il viaggio migratorio e che incidono maggiormente sulla salute delle donne rifugiate e/o richiedenti asilo riguardano:

- fattori legati al genere come gravidanza, cura dei figli, discriminazione di genere, violenza domestica e mutilazioni genitali femminili⁸⁹⁻⁹⁰⁻⁹¹⁻⁹²;
- fattori socioeconomici come disoccupazione, barriere linguistiche, alloggi precari e inadeguati e separazione familiare⁹³.

Per tali motivi, le donne hanno maggiore possibilità, rispetto agli uomini, di incorrere in sintomatologie di tipo psichiatrico come depressione, ansia generalizzata, disturbi del sonno, ideazioni suicidarie, PTSD e somatizzazioni⁹⁴⁻⁹⁵. Inoltre, una revisione della letteratura⁹⁶ punta l'attenzione anche su altre conseguenze legate alle violenze subite dalle donne rifugiate o richiedenti asilo; come ad esempio, conseguenze fisiche, come lesioni, dolore cronico, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmissibili e maggiore rischio di dipendenza, e conseguenze socioculturali, come pregiudizi, stigma, senso di colpa e vergogna. In particolare, una ricerca di Freedman, Crankshaw e Mutambara (2020) ha evidenziato come le donne non siano necessariamente e intrinsecamente più vulnerabili degli uomini, ma sono le circostanze sociali, politiche ed economiche a creare contesti in cui rischiano maggiori conseguenze per la loro salute psicofisica.

Infine, ragionando in termini di interventi, è utile attenzionare l'esigenza di un sostegno particolare e diversificato per le donne migranti da parte dei vari servizi; in quanto, sebbene presentino differenti vulnerabilità e problematicità, le donne rifugiate sembrano mostrare una grande capacità di recupero e di fronteggiare le avversità. Goodman, Vesely, Letiecq e Cleaveland (2017) descrivono, a tal proposito, due tipologie di processi di *coping* e resilienza che agiscono in favore della salute delle donne rifugiate e/o richiedenti asilo:

- processi interni come rielaborazione delle esperienze migratorie traumatiche anche grazie alla condivisione con donne che hanno vissuto le stesse problematiche; ma anche riappropriazione della propria vita attraverso la propensione ad impegnarsi attivamente nel lavoro e in attività d'integrazione sociale e acculturamento.
- processi esterni come il sostegno sociale da parte dei servizi pubblici dedicati, della famiglia,

89 Shishehgar, S., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Green, A., & Davidson, P. M. (2017). Health and so-cio-cultural experiences of refugee women: an integrative review. *Journal of immigrant and minority health*, 19(4), 959-973

90 Schweitzer, R. D., Vromans, L., Brough, M., Asic-Kobe, M., Correa-Velez, I., Murray, K., & Lenette, C. (2018). Recently resettled refugee women-at-risk in Australia evidence high levels of psychiatric symptoms: individual, trauma and post-migration factors predict outcomes. *BMC medicine*, 16(1), 1-12

91 Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

92 Pittaway, E., & Bartolomei, L. (2001). Refugees, race, and gender: the multiple discrimination against refugee women. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 19(6), 21-32

93 Shishehgar, S., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Green, A., & Davidson, P. M. (2017). Health and so-cio-cultural experiences of refugee women: an integrative review. *Journal of immigrant and minority health*, 19(4), 959-973

94 Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and ado-lescents. *Clinical Psychology Review*, 83, 101930

95 Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26

96 Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26

degli amici, della comunità religiosa e/o di altri rifugiati connazionali o conosciuti del Paese di accoglienza.

LGBTQIA+

Ad oggi purtroppo non esiste un'ampia letteratura che indaghi le problematiche specifiche di migranti appartenenti alla comunità LGBTQIA+. Alcune ricerche⁹⁷ che si sono occupate in generale della salute delle persone LGBTQIA+, sottolineano come esse siano maggiormente soggette a vulnerabilità e disparità più gravi, rispetto alla popolazione generale, dal punto di vista della salute. A tal proposito è possibile evincere come l'essere lesbiche, *gay*, bisessuali, *transgender*, *queer*, intersessuali, asessuali, etc. incida negativamente sulla vulnerabilità dei rifugiati e richiedenti asilo esponendoli a maggiori esperienze di violenza, discriminazione e disparità. Spesso, infatti, l'orientamento sessuale e/o l'identità di genere costituiscono i principali motivi per i quali una persona appartenente alla comunità LGBTQIA+ decide di fuggire dal proprio Paese di origine, in quanto in alcune culture e società tali tematiche sono ancora oggi motivo di abusi, torture o condanne a morte. Un altro importante fattore di rischio che incide negativamente sulla salute dei rifugiati LGBTQIA+ riguarda il perpetuarsi anche nel Paese ospitante delle discriminazioni omofobe e transfobiche da parte della popolazione autoctona, in quanto rifugiati in primis ma anche in quanto appartenenti alla comunità LGBTQIA+, sia da parte di altri rifugiati⁹⁸⁻⁹⁹.

Caregiver

La ormai accurata letteratura che si è occupata di indagare la salute psicofisica dei *caregiver*, riporta da anni come l'impegno costante dedicato ad una persona cara anziana o malata possa mettere a dura prova l'equilibrio psico-fisico dei *caregiver*, così come i rapporti all'interno del loro nucleo familiare e la rete delle relazioni. Prendersi cura di una persona cara impatta fortemente a livello fisico, emotivo, relazionale ed economico comportando in alcuni casi malessere generale, solitudine, affaticamento e disagio psicologico. A tal proposito, è facile pensare come il fenomeno del *caregiving* associato alla condizione di rifugiato aumenti considerevolmente le vulnerabilità personali, rischiando maggiormente di incorrere in conseguenze negative sulla salute come disturbi del sonno, depressione, ansia, senso di isolamento sociale¹⁰⁰ etc. Inoltre, i rifugiati e i richiedenti asilo che si occupano di familiari o persone care malate e/o anziane, incorrono spesso in difficoltà legate alle barriere linguistiche, le quali tendono a limitare l'accesso a servizi sanitari specialistici, opportunità lavorative e alloggi più adeguati¹⁰¹.

Rifugiati che necessitano di assistenza

Condizioni di anzianità, disabilità, malattia grave e/o invalidante o di generale necessità di assistenza, costituiscono fattori di rischio e di vulnerabilità intrinseca in termini di salute fisica e psicologica. Entrando in tema migrazione, gli anziani sono spesso riluttanti a lasciare le proprie case e

97 Silberholz, E. A., Brodie, N., Spector, N. D., & Pattishall, A. E. (2017). Disparities in access to care in marginalized populations. *Current opinion in pediatrics*, 29(6), 718-727

98 Golembe, J., Leyendecker, B., Maalej, N., Gundlach, A., & Busch, J. (2021). Experiences of minority stress and mental health burdens of newly arrived lgbtq* refugees in germany. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(4), 1049-1059

99 Alessi, E. J., Kahn, S., & Chatterji, S. (2016). 'The darkest times of my life': Recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child abuse & neglect*, 51, 93-105

100 Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060

101 Bešić, E., & Hochgatterer, L. (2020). Refugee families with children with disabilities: Exploring their social network and support needs. A good practice example. *Frontiers in Education*, 5, 61

il proprio Paese d'origine, e anche qualora costretti a causa di guerre o eventi naturali catastrofici, tendono ad essere gli ultimi a partire. In particolare, secondo un dato raccolto dall'UNHCR (2021), ad oggi, gli anziani rifugiati sono circa l'8,5% mentre si riscontrano tassi di disabilità, intesa in senso ampio, che variano dal 3 al 10%¹⁰². Una volta affrontato il viaggio migratorio, le persone anziane e/o disabili presentano spesso bisogni urgenti e particolari vulnerabilità connesse a difficoltà nella mobilità o nella vista, malattie croniche, limitazioni fisiche, disagio psicologico e un livello di salute generale significativamente basso¹⁰³. Inoltre, ad aggravare la loro condizione già intrinsecamente vulnerabile, si aggiunge anche la separazione dalla famiglia o l'isolamento forzato in strutture sanitarie specialistiche¹⁰⁴.

102 Khan, F., & Amatya, B. (2017). Refugee health and rehabilitation: challenges and response. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(5), 378-384. <https://doi.org/10.2340/16501977-2223>

103 *Ibidem*

104 UNHCR, 2021

Strumento per la rilevazione precoce del rischio di vulnerabilità

Lo strumento è stato sviluppato da un team di lavoro del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna ed è il risultato di un lavoro di analisi di letteratura scientifica ma anche di costante confronto con le realtà in prima linea nell'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, oltre che con le istituzioni e i servizi del territorio di Bologna e Imola. Si è scelto pertanto di valorizzare le competenze che l'impegno sul campo aggiunge alle conoscenze teoriche e di interpellare le persone che nel territorio di riferimento quotidianamente incontrano richiedenti asilo e rifugiati.

Di seguito verranno descritte sinteticamente le diverse fasi che hanno portato alla creazione dello strumento così come viene presentato oggi, ovvero nella sua versione finale.

Processo di costruzione

Ricerca bibliografica

In un primo momento, è stato fondamentale raccogliere informazioni dalla letteratura internazionale già esistente sul tema della vulnerabilità, dei fattori di rischio e dei fattori protettivi. Per fare questo sono state consultate varie banche dati, in particolare PubMed, PsychInfo, Google Scholar, ricercando articoli recenti con spunti sui temi d'interesse, prendendo in esame *systematic reviews*, *scoping literature reviews* e *studies*. I criteri utilizzati nella ricerca dei paper sono stati l'ambito di studio, ossia rifugiati, richiedenti asilo, minori stranieri non accompagnati etc., e il focus sui fattori di rischio predisponenti allo sviluppo della vulnerabilità.

Accanto a questo sono stati presi in esame i report sviluppati dalle principali agenzie internazionali NGOs e sono stati presi in rassegna altri strumenti attualmente disponibili per la valutazione dei profili di rischio tra i richiedenti asilo e i rifugiati (IOM, EASO, UNHCR, ...).

La ricerca di letteratura ha avuto un ruolo preponderante di orientamento nella fase iniziale senza mai esaurirsi davvero, ma accompagnando tutte le fasi della costruzione dello strumento.

In particolare, è emerso che la maggior parte delle ricerche prese in esame tengono conto dell'impatto dei diversi fattori di rischio sul benessere psicologico e psichiatrico e valutano la correlazione tra fattori di rischio e l'insorgenza di quadri clinici. Il rischio di vulnerabilità, così come viene indagato da questo strumento, rappresenta, invece, un costrutto più complesso e sfaccettato, composto da dimensioni che afferiscono ad ambiti eterogenei e che concernono sia condizioni di salute e benessere psicofisico, sia elementi di contesto quali la situazione relazionale, lavorativa, abitativa e legale.

Prima bozza dello strumento

Una volta raccolte le informazioni disponibili dalla letteratura scientifica, è stato possibile costruire una prima bozza dello strumento che tenesse presenti le tematiche principali che riguardano i migranti forzati. Si è optato per uno strumento suddiviso in diversi domini, ciascuno dei quali si colloca su una diversa scheda e si focalizza su un ambito preciso di interesse. Alcuni domini sono peculiari di una parte dei rispondenti e indagano tematiche specifiche quali Donne, LGBTQIA+ e *Caregiver*, mentre i restanti sono trasversali per tutti i target (per una trattazione più accurata delle diverse schede, vd. Attraverso lo strumento: guida all'utilizzo di schede e indicatori, p. 58).

Per ogni dominio sono stati individuati molteplici sottodomini e dimensioni specifiche, ossia categorie che vadano a focalizzare alcuni aspetti cruciali per quell'ambito. Si è scelto, inoltre, di inserire items

che si riferissero sia a potenziali fattori di rischio sia a fattori protettivi, proprio per poter studiare quali effetti questi possano avere sul benessere della persona. Per supportare gli operatori nella somministrazione dello strumento, sono stati inseriti dei descrittori per facilitare la comprensione delle dimensioni specifiche e la loro rilevazione.

Un altro elemento caratteristico dello strumento è stata la scelta di inserire una parte relativa alle tematiche legali, considerando che anche queste possano avere un impatto nella vulnerabilità del richiedente.

In generale, lo scopo è stato creare uno strumento il più possibile esaustivo delle tematiche portate dai rifugiati, che potesse fungere da guida e da stimolo per gli operatori del settore offrendo un ampio spettro di situazioni che contribuiscono alla vulnerabilità.

Incontri e feedback

La prima bozza dello strumento è stata condivisa con gli enti gestori del territorio bolognese e imolese per raccogliere *feedback* e suggerimenti. In particolare, è stato chiesto loro di leggerla con attenzione, in vista di un incontro di discussione e confronto, in cui referenti, psicologi e operatori sono stati invitati a partecipare in modalità online. In tutto si sono svolti 3 incontri, utilizzando il *metodo Delphi*, che consiste nel chiedere ad esperti del tema di riflettere, correggere e integrare le successive versioni che vengono sviluppate.

Lo scopo di questa importante fase di ricerca è stato quello di coinvolgere i futuri fruitori dello strumento fin dalla sua creazione, al fine di rendere lo strumento quanto più possibile rispondente alle loro esigenze operative, comprensibile da coloro che lo utilizzeranno nella pratica quotidiana pur restando aderente alle basi scientifiche su cui poggia.

A tal proposito, durante gli incontri gli operatori coinvolti hanno avuto la possibilità di esprimere le loro idee, le quali sono state puntualmente raccolte e considerate nella fase di stesura definitiva. È stato molto interessante aprire un confronto con gli operatori delle strutture, poiché questa fase ha aperto un canale di comunicazione tra il team di ricerca e gli operatori, consentendo un costante confronto, una conoscenza e un arricchimento reciproco che ha poi caratterizzato tutta la fase sperimentale.

Versione operativa dello strumento

Partendo dagli spunti raccolti durante gli incontri con gli operatori, si sono apportate delle modifiche allo strumento, sia di tipo formale sia contenutistico.

In primo luogo, accogliendo l'input degli operatori, si è scelto di creare una sezione separata per i minori che potesse essere esaustiva di tutte le aree da indagare, pur rimanendo uno strumento unico e compatto. Tutti gli item relativi al target dei minori sono stati raccolti quindi in una sola scheda, che rappresenta di fatto lo strumento da utilizzare per questo target.

Una modifica molto importante ha riguardato le domande esplorative: molti operatori avevano interpretato i quesiti come item di un questionario da leggere e sottoporre testualmente ai beneficiari durante la somministrazione dello strumento. Questa modalità però non è quella ottimale per un corretto utilizzo dello strumento, il quale prevede la somministrazione non tanto in forma di questionario quanto in modalità discorsiva e dialogica. Pertanto, si è scelto di riformulare gli item, definendoli descrittori operativi, ossia input (modalità di presentazione) che possano facilitare la comprensione, esortando gli operatori a personalizzare la modalità da utilizzare durante la somministrazione,

adattandola alle esigenze del soggetto e del contesto. Questa scelta presuppone una grande fiducia nella relazione instaurata tra il beneficiario e l'operatore e la capacità di quest'ultimo di declinare lo strumento nel contesto.

In particolare, è stato molto interessante raccogliere le puntualizzazioni di operatori che lavorano con target specifici, proprio perché questo ha consentito di andare più nel dettaglio di alcuni aspetti. Ad esempio, sono state estremamente utili le considerazioni portate da operatori impegnati con il target femminile o con persone con problemi di dipendenza, in quanto hanno offerto lo spunto per esplorare ulteriormente queste aree.

Un altro aspetto importante portato dagli operatori è stato quello della complessità di gestione delle diverse schede. Per ovviare a questo inconveniente si è deciso di inserire nella parte iniziale una tavola dei contenuti, in cui si spiega in modo semplice e intuitivo quali schede sono da compilare per ciascun target attraverso la sintetizzazione dei contenuti di ciascuna scheda, così da orientare l'operatore nella fruizione.

Formazione operatori

Seguendo il *metodo Delphi* per la co-costruzione dello strumento, sono stati nuovamente interrogati gli operatori dei contesti di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo presenti sul territorio di Bologna. Nello specifico, sono stati realizzati dei percorsi formativi presso il Dipartimento di Psicologia dell'Alma Mater Studiorum, destinati ad operatori sanitari dell'azienda USL di Bologna e Imola, assistenti sociali dello sportello protezione internazionale dell'ASP di Bologna, operatori del servizio "Oltre la strada" e operatori di differenti professioni afferenti agli enti gestori della rete di governance di progetto. Gli incontri, condotti dall'Università di Bologna, si sono focalizzati sulla trasmissione delle conoscenze teoriche e applicabili relative allo strumento di rilevazione del rischio di vulnerabilità. In particolare, una volta presentato nel dettaglio il progetto, sono state esplicitate le fondamenta teoriche basate sulla letteratura scientifica inerente ai fattori di rischio e di protezione per la vulnerabilità ed è stato trasmesso lo strumento nella versione che, fino a quel momento, si considerava la più completa e utilizzabile.

La formazione si è configurata come un momento di riflessione comune, in grado di stimolare l'intera platea a lavorare in sinergia verso un obiettivo comune: ottimizzare lo strumento e renderlo sempre più fruibile e utile nei contesti di accoglienza. Le riflessioni sono state ampie, non solo afferenti idee e stimoli sulla rilevazione precoce del rischio di vulnerabilità ma anche sull'implementazione dei servizi che si occupano del target di interesse. In sede di formazione sono emersi rimandi e solleciti rispetto alle dimensioni e agli item dello strumento che, successivamente, sono stati valutati dall'équipe di progetto e inseriti, laddove ritenuti adeguati, per l'obiettivo finale.

Secondo la filosofia del progetto, infatti, lo scambio continuo con gli esperti del settore che operano quotidianamente nel territorio di riferimento è fondamentale e necessario per giungere a una versione dello strumento che possa diventare davvero di supporto al lavoro nei contesti di accoglienza. In quella stessa sede gli operatori hanno suggerito l'utilizzo dello strumento anche come cartella completa di informazioni, da tenere in struttura e da compilare ad opera dell'intera équipe di lavoro.

Validazione

La fase successiva, una volta che lo strumento è giunto alla sua versione operativa, è stata quella di validazione, ossia di sperimentazione su un campione selezionato di beneficiari. Si è trattato di una fase molto complessa e delicata, che ha visto la collaborazione di vari servizi: Università di Bologna, AUSL Bologna e Imola, Coop. Sociale Dimora D'Abramo e i relativi enti gestori delle strutture di accoglienza CAS, SAI e MSNA del territorio.

Campione di ricerca

La Coop. Sociale Dimora D'Abramo si è occupata di mappare i beneficiari accolti sul territorio di Bologna e Imola e di condividere i dati raccolti con i partner del progetto. Da progetto era stata condivisa l'ipotesi di intercettare 100 beneficiari, suddivisi in specifiche categorie: uomini adulti, donne adulte, minori accompagnati e non accompagnati, anziani, LGBTQIA+. Per esigenze metodologiche, il campione è stato diviso in un gruppo di controllo e un gruppo sperimentale, nel caso specifico rispettivamente tra "soggetti che hanno già una presa in carico da parte dei servizi del territorio" e dunque sono considerati vulnerabili e "soggetti che non sono conosciuti ai servizi". In altre parole, sono state considerate come "prese in carico" tutte quelle persone che, al momento della sperimentazione, avevano all'attivo dei percorsi specialistici strutturati: percorsi di supporto psicologico o psichiatrico, percorso di accompagnamento alla nascita, prese in carico ambulatoriali, percorsi anti-tratta, prese in carico al servizio M.I.T Movimento Identità Transessuale, etc.

È stato scelto questo criterio in quanto si è considerato l'essere "preso in carico da un servizio" come indicatore di una vulnerabilità riconosciuta e accolta da un servizio. In particolare, sono state escluse le prese in carico di tipo sociale presso ASP, poiché nei centri di accoglienza SAI e nelle strutture per minori, a tutti i beneficiari viene assegnato un assistente sociale dal progetto e, quindi, l'afferenza a tale servizio non rappresenterebbe un elemento discriminante per individuare situazioni di maggiore vulnerabilità.

Il gruppo sperimentale comprende 50 beneficiari che non hanno una presa in carico, ossia soggetti che non hanno sviluppato particolari vulnerabilità oppure casi per cui non sono stati ancora attivati i servizi, dunque in attesa. Si è cercato di rendere i due gruppi omogenei per presenza numerica di donne, uomini, minori, anziani, LGBTQIA+.

Si rimanda all'allegato 1 per l'approfondimento sulle caratteristiche del campione.

Équipe operativa

Per la fase sperimentale si è costituita un'équipe multidisciplinare di progetto che ha operato contestualmente sui territori di Bologna e Imola, con professionisti afferenti a molteplici partner.

L'équipe era composta da una psicologa e ricercatrice dell'Università di Bologna, psicologhe, psichiatre e antropologhe delle aziende USL di Bologna e Imola e operatrici legali e sociali della Coop. Dimora D'Abramo. Il team di lavoro, formato ad hoc sul tema, ha operato nelle strutture di ricezione per rifugiati e richiedenti asilo con cui preventivamente venivano presi accordi di collaborazione. Laddove ritenuto necessario, è stato coinvolto un mediatore linguistico culturale afferente al servizio interno della Coop. Dimora D'Abramo.

In specifici contesti, ovvero quando gli operatori di struttura segnalavano beneficiari con tematiche relative all'orientamento sessuale o all'identità di genere, sono stati coinvolti gli operatori dello sportello migranti dell'associazione M.I.T.

Tutti i partner hanno ritenuto utile e costruttivo fornire vari vertici di osservazione del fenomeno migratorio con la partecipazione delle diverse professionalità. La complessità e la ricchezza dell'équipe hanno permesso di riflettere il punto di osservazione intrinseco dello strumento: descrivere ogni soggetto e i relativi vissuti in maniera complessa, analizzando differenti posizioni e svariate dimensioni.

Modalità di sperimentazione

Lo strumento è stato sperimentato sul campione di beneficiari selezionato all'interno delle strutture di accoglienza gestite dagli Enti gestori, cercando di mantenere attiva l'ipotesi di rappresentare varie condizioni.

Il coinvolgimento degli operatori dell'accoglienza è stato fondamentale non solo per raccogliere e sistematizzare le informazioni di cui erano già in possesso, ma anche per discutere i casi in modo più approfondito. Tale passaggio ha consentito loro di consolidare la conoscenza dello strumento per la rilevazione della vulnerabilità, trasmessa durante il percorso di formazione, di cui discusso precedentemente, e negli incontri stessi di validazione. L'utilizzo in prima persona dello strumento, in sinergia con gli operatori di progetto che lo hanno sviluppato, ha consentito agli operatori una trasmissione diretta del *know how* e, al contempo, la loro responsabilizzazione nel ruolo di condivisione delle conoscenze con il resto dell'équipe di struttura.

Nell'ambito del progetto, questa fase prevede i seguenti obiettivi: raccogliere i dati, ossia le informazioni in modo da validare lo strumento di rilevazione dei rischi, trasmettere le modalità di utilizzo dello stesso e diffondere un'ottica di osservazione dei soggetti richiedenti asilo che risulti ricca e complessa, in quanto composta da dimensioni che, nell'operatività quotidiana del lavoro, tendono talvolta a sfuggire a causa della necessità di parcellizzazione che il lavoro in strutture di accoglienza richiede. La presenza di professionisti formati in senso interculturale afferenti ai servizi presenti nel territorio ha permesso, in molti casi, di riflettere sui quadri emersi e di ipotizzare progettazioni o concretizzare prese in carico dirette, oltre che di fornire brevi consulenze sul tema. Le prese in carico sono state principalmente di tipo psicologico, psichiatrico, ostetrico, ginecologico e/o tramite il servizio M.I.T.

Gli incontri, pur con delle rare eccezioni, sono stati strutturati in due momenti che rappresentano due modalità di utilizzo dello strumento:

- una fase *indiretta*, costituita da un incontro di presentazione tra gli operatori di progetto e l'équipe di struttura in cui, in seguito ad una presentazione del beneficiario o della beneficiaria in questione, si compilava il questionario di rilevazione precoce dei rischi con le informazioni a disposizione. La compilazione svolta in maniera corale ha permesso a tutti gli operatori di discutere il caso e raccogliere molteplici spunti di riflessione. Inoltre, in tale fase, l'équipe di progetto ha cercato di plasmare il proprio operato sulle modalità di lavoro degli operatori di struttura; difatti, a seconda anche dei tempi di permanenza dei beneficiari in quella specifica struttura, è stato possibile compilare lo strumento in maniera più o meno completa.
- una fase *diretta*, caratterizzata dall'incontro con la beneficiaria o il beneficiario in modo da conoscere meglio gli aspetti personali rimasti inesplorati e raccogliere le informazioni per completare il profilo iniziato nella fase precedente. In particolare, l'équipe operativa ha dedicato una prima parte dell'incontro a presentarsi al beneficiario, illustrando in breve gli scopi del progetto, chiarificando eventuali dubbi e, infine, procedendo con la spiegazione e la firma del consenso informato alla trattazione privata dei dati.

Il colloquio, ove possibile, è stato condotto dagli operatori di struttura per favorire l'instaurazione di

un clima di maggior fiducia, in modo da permettere una libera esplorazione delle tematiche dello strumento rimaste in sospeso. In questa fase, sono stati gli operatori di struttura a fornire la cornice di lavoro entro cui muoversi: alcuni operatori hanno preferito porre domande dirette, seguendo in maniera precisa i descrittori dello strumento, altri invece hanno proceduto "a braccio", cercando di focalizzare il dialogo sulle aree di vulnerabilità. In alcuni casi, per svariate motivazioni, gli operatori hanno deciso di non affrontare specifici argomenti che sono state segnate sullo strumento come informazioni non disponibili.

Vi sono state delle situazioni in cui è stato necessario modificare la struttura pensata per gli incontri. La prima eccezione è stata fatta nel caso di minori, poiché molti operatori di strutture MSNA hanno deciso di non voler esporre il minore al colloquio e alla conoscenza di professionisti esterni. Infatti, a seguito di molteplici richieste su questa stessa linea, si è valutato di proporre l'alternativa di poter sperimentare soltanto in fase indiretta. Inoltre, anche alcuni beneficiari adulti hanno deciso di prestare il loro consenso solo per la compilazione indiretta dello strumento, non autorizzando il colloquio. Come con i minori, in questi casi si è deciso di procedere soltanto con la prima fase. Durante tutto il percorso di validazione si è cercato di mantenere un *modus operandi* flessibile e non ortodosso così da poter collaborare al meglio con le varie strutture. Ciò è stato possibile grazie alla capacità dello strumento di prestarsi a molteplici utilizzi.

Analisi dei dati

Una volta conclusa la fase sperimentale, ovvero raggiunto il numero complessivo di 100 strumenti compilati tra i diversi target di beneficiari, si è avviata la fase di analisi dei dati.

Per le analisi statistiche si è utilizzato il Software JASP, versione 0.16.3 (Intel).

Le analisi svolte mirano a rilevare le frequenze e i valori di correlazione tra i diversi descrittori; a tale scopo è stato utilizzato il test del *Chi Squared (Chi Quadro)* e il relativo valore di significatività (*p-value*) per valutare la dipendenza tra due variabili e il coefficiente *Phi* per misurare la forza di associazione tra due variabili nominali.

Si evidenzia che per alcune schede il numero dei rispondenti era troppo esiguo per poter svolgere le analisi delle correlazioni. In particolare, le analisi statistiche per la scheda dei minori (N=13), quella delle donne (N= 35), quella LGBTQA+ (N= 8) e *caregiver* (N= 25) sono state svolte solo a livello descrittivo.

In un primo momento, si è scelto di confrontare i descrittori che rappresentano i fattori di rischio individuati dallo strumento con la sussistenza o meno di una presa in carico da parte di un servizio sanitario o psicologico/psichiatrico. Da questa prima analisi è emersa una forte correlazione tra l'essere in carico a un servizio e le dimensioni della salute fisica e psicologica. Ciò risulta coerente con il fatto che le prese in carico considerate sono di tipo sanitario o psicologico/psichiatrico e quindi dettate dall'emersione di una sintomatologia in tal senso.

Si è scelto quindi di indagare quali sono i fattori che maggiormente si associano a sintomi fisici o psichici, allo scopo di individuare i soggetti che, pur non avendo ancora manifestato una sintomatologia, presentino una o più condizioni predisponenti.

Si sono svolte quindi le analisi per indagare le correlazioni tra tutti i descrittori e quelli relativi alla salute psicologica e fisica.

Da questo confronto sono emersi dati importanti che hanno consentito di individuare quei fattori di rischio che correlano maggiormente e più frequentemente con sintomi fisici o psicologici.

È stato possibile, quindi, per ciascun indicatore calcolare la frequenza con cui lo stesso si associa a sintomi psicologici e la frequenza con cui un sintomo psicologico compare in associazione ad altri fattori di rischio. Gli items individuati sono quelli che hanno una maggior probabilità di associarsi a sintomatologie e quindi vulnerabilità. Si è scelto di definire questi item come “*red flag*”, segnali di allerta, che possono catturare l’attenzione dell’operatore rispetto ad una possibile condizione di vulnerabilità e sollecitare maggiore attenzione o cura. La stessa procedura è stata utilizzata per individuare i cosiddetti “*fattori protettivi*”, ovvero quelle condizioni che, laddove presenti, possono mitigare l’impatto dei fattori di rischio.

La lista dei “*red flag*” individuati, che comprende indicativamente un item per ciascun sottodominio o dimensione specifica, rappresenta l’insieme degli elementi più salienti, ovvero quelli che di per sé, se presenti e non mitigati da fattori protettivi, dovrebbero far scattare l’allerta agli operatori.

Per rispondere ad un’esigenza operativa di rapidità di screening, espressa in più sedi dagli operatori dell’accoglienza e dei servizi, si è deciso di raggruppare i “*red flag*” in un’unica scheda, che è stata definita *check list* breve. Questa consente di focalizzare l’attenzione sui fattori di maggior rischio e, a seconda della situazione, possono orientare verso l’invio ai servizi o anche ad un approfondimento utilizzando la versione estesa dello strumento. La scelta dipenderà dal contesto e dalle necessità operative.

Allo scopo di rendere più intuitivo e condiviso il sistema di individuazione dei soggetti maggiormente vulnerabili, oltre che a facilitare l’emersione dei casi di vulnerabilità, si è scelto di suggerire dei profili di rischio, ovvero differenziare la soglia di allerta sulla base dei punteggi ottenuti nella *check list*.

Per suddividere le fasce di rischio, si sono confrontati i punteggi ottenuti dai beneficiari del gruppo sperimentale, con l’obiettivo di creare una partizione che rappresentasse, coerentemente alle condizioni di vulnerabilità di ciascuno, un livello di rischio. Si sono quindi distinti tre livelli di rischio: lieve, moderato e alto, sulla base della sommatoria tra i fattori di rischio e quelli protettivi.

Si è quindi verificato che i beneficiari con un livello di rischio alto fossero effettivamente coloro i quali risultano in carico ai servizi, riscontrando una buona attendibilità.

Risultati

Il campione di 100 persone si suddivide a sua volta in 87 adulti e 13 minori. In totale 5 minori non sono in carico mentre 8 sono seguiti da un servizio specialistico¹⁰⁵.

Sesso	Non in carico	In carico	Totale
Maschi	4	5	9
Femmine	1	3	4
Totale	5	8	13

Rispetto al target dei minori, trattandosi di un numero molto limitato di soggetti, non è stato possibile svolgere analisi statistiche e correlazioni allo scopo di indagare l’associazione tra fattori di rischio e vulnerabilità. Nonostante questo, si ritiene che lo strumento costruito possa essere utilizzato come scheda di raccolta informazioni e per l’individuazione di alcuni aspetti da attenzionare, ad esempio in sede di colloquio. Gli items inseriti, infatti, trovano ampio riscontro nella letteratura sul tema della

¹⁰⁵ Non sono stati considerate le prese in carico di tipo sociale perché a tutti i minori stranieri viene assegnato un assistente sociale di riferimento e questo avrebbe inficiato il dato.

vulnerabilità tra i minori stranieri (vd. Approfondimento pag. 31). La sperimentazione sul campione, svolta in collaborazione con gli operatori delle strutture, ha restituito un dato sull'utilità operativa, trovando riscontri positivi da parte degli operatori.

Per il target adulti, invece, il campione si compone di 87 persone, di cui 47 uomini, 35 donne e 5 LGBTQIA+.

In totale 47 persone risultano essere in carico ai servizi e 40 non lo sono.

Sesso	Non in carico	In carico	Totale
Maschi	23	24	47
Femmine	17	23	40 ¹⁰⁶
Totale	70	47	87

Per quanto riguarda le analisi, una considerazione a parte va dedicata alle schede dedicate ai target vulnerabili, ovvero donne, LGBTQIA+ e *caregiver*. Queste, infatti, indagando tematiche peculiari per questi target, sono state compilate da un numero esiguo di soggetti, non rendendo di fatto possibile un'analisi *ad hoc*. Nonostante questo, come per i minori, gli item sono stati sperimentati nella pratica dagli operatori che hanno partecipato alla fase sperimentale e anche da professionisti specializzati in queste. Sono stati inclusi nella rete di governance del progetto servizi quali M.I.T. e Oltre La Strada, proprio allo scopo di potersi confrontare e approfondire tali argomentazioni con uno sguardo specifico sulle tematiche dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere e della tratta/sfruttamento.

Nella creazione della *check list*, si è deciso di considerare tra gli elementi che concorrono alla definizione del profilo di rischio anche l'appartenenza a questi *target*; tale interpretazione risulta supportata dalla letteratura sulla vulnerabilità e trova conferma nell'esperienza degli operatori che si sono incontrati durante la sperimentazione.

Rispetto alle restanti schede, si è proceduto invece con analisi statistiche più dettagliate, volte ad individuare quali fossero gli item che possono essere considerati maggiormente predittivi per il rischio di vulnerabilità.

Come anticipato nei precedenti paragrafi, in un primo momento, per l'analisi dei dati si è ricercata la correlazione tra la sussistenza di una presa in carico e i vari descrittori presi in esame. Si è deciso di considerare significativi i valori di $p \leq 0.200$. Tale soglia di significatività consente di delineare delle "tendenze", ovvero di tratteggiare possibili scenari in riferimento alla vulnerabilità.

Dalle prime analisi è emersa una solida correlazione tra i diversi descrittori della salute fisica e psichica con la presa in carico da parte dei servizi specialistici. In particolare, l'essere preso in carico dai servizi risulta correlato significativamente con la presenza di malattia fisica, malattia fisica grave, frequenti ricoveri in ospedale, malattie sessualmente trasmissibili, con la presa in carico da parte dei servizi.

Rispetto alla sfera della salute psichica, i descrittori che evidenziano una correlazione positiva significativa con la presa in carico sono i seguenti: scarsa cura di sé e igiene personale, conversazione difficile / stato confusionale, pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche, con-

106 Sono incluse 5 persone trans MtoF

vinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, comportamento inopportuno o bizzarro, compromissione del funzionamento quotidiano, autolesionismo, scatti di rabbia, ritiro sociale / apatia, deflessione del tono dell'umore¹⁰⁷, disturbi alimentari o condotte alimentari irregolari, *body pain*.

A fronte di una correlazione con quasi tutti i descrittori della scheda sulla salute, emerge una scarsa correlazione con le altre schede, in particolare con quella relativa a violenza, tortura e tratta, che nella letteratura vengono sempre riportate come particolarmente associate alla vulnerabilità. Risulta, infatti, una correlazione significativa solo per gli items: costretta a esercitare violenza sugli altri, situazione di minaccia subita durante il viaggio migratorio, vittima di spostamenti forzati.

Alla luce di questi primi risultati, si può affermare che la presa in carico rappresenta un indicatore di manifesta sintomatologia fisica e psichica. Per poter indagare il rischio di vulnerabilità, ovvero intercettare le vulnerabilità prima che queste siano manifeste, si è ritenuto necessario andare all'origine della sintomatologia, ovvero indagare se esistono associazioni tra la sintomatologia manifesta di tipo fisico e psichico e i descrittori, ovvero i fattori di rischio. Per fare questo si sono analizzate le correlazioni tra ciascun descrittore e i descrittori della salute fisica e psichica.

Rispetto alla salute fisica si rileva che l'esposizione a violenza fisica o sessuale, l'essere vittima di episodi di tortura nel presente o nel passato o essere stati detenuti si associano alla comparsa di un maggior numero di sintomi fisici, rispettivamente 6, 5 e 6. In particolare, tutte tre le suddette condizioni si associano alla presenza di malattie gravi, di segni fisici di violenza e malattie sessualmente trasmissibili. Gli stessi items, riferiti alla salute psicologica, hanno un impatto minore. Il benessere psichico sembra infatti maggiormente compromesso qualora vi siano familiari vittime di tortura (si associa con 8 sintomi psichici), o la persona sia stata costretta ad esercitare violenza sugli altri (7). Entrambi, se confrontati con l'essere stati vittime in prima persona (vittima di tortura nel presente o nel passato 1 ed esposta a violenza fisica e sessuale 4) denotano un'incidenza molto maggiore, lasciando supporre che l'impatto della violenza subita possa essere meno significativo rispetto a quello della violenza esercitata su terzi o sulla famiglia. Per entrambe questi aspetti emerge una correlazione con aspetti inerenti alla sfera dissociativa, quali avere convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze e comportamenti inopportuni o bizzarri, con disturbi del sonno, quali alterazioni del ritmo sonno veglia, incubi, e infine con il ritiro sociale. Anche l'essere stato vittima di minaccia sembra avere un forte impatto sia da un punto di vista della salute fisica che psichica, associandosi con un totale di 8 sintomi, che includono la malattia fisica grave e i frequenti ricoveri in ospedale, così come i segni fisici di violenza, ma anche i disturbi alimentari, il cosiddetto *body pain* e le alterazioni del ritmo sonno/veglia.

I descrittori della tratta non hanno rilevato un'incidenza elevata ma, nonostante questo, sono stati inclusi tra quelli che abbiamo definito come "*red flag*", in virtù della letteratura scientifica a supporto, così come di un possibile *bias* nelle risposte: pur essendo tematiche trasversali ad entrambi i generi, hanno una caratterizzazione tipicamente femminile. Il campione di ricerca del presente studio si compone di maschi e femmine e pertanto potrebbe essere stato sottostimato l'impatto della tratta.

Rispetto all'area della necessità di assistenza va evidenziato il fatto che solo pochi rispondenti presentano limitazioni o disabilità e che questa sembra avere un impatto su alcuni aspetti della salute psichica, in particolare la scarsa cura di sé, le difficoltà nell'orientamento rispetto allo spazio e al tempo e gli scatti di rabbia.

Alcuni aspetti che sono stati inclusi nella dimensione dell'autonomia si associano significativamente con aspetti del benessere psichico. In particolare, la scarsa cura di sé e l'igiene personale¹⁰⁸, si as-

107 Item aggiunto nella versione definitiva sulla base della letteratura ma non incluso in quella sperimentale.

108 Nella versione sperimentale dello strumento l'item era formulato al positivo (cura di sé e igiene personale) e mostrava una correlazione inversa significativa.

sociano con i seguenti *item* del benessere psicologico: conversazione difficile / stato confusionale, orientamento rispetto al tempo o allo spazio, pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche, convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, autolesionismo, scatti di rabbia e disturbi alimentari. Anche la scarsa autonomia nell'assunzione della terapia si associa con 8 descrittori del benessere psicologico, ovvero conversazione difficile / stato confusionale, orientamento rispetto al tempo o allo spazio, pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche, convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, comportamento inopportuno o bizzarro sporadico, compromissione del funzionamento quotidiano, scatti di rabbia, autolesionismo e *body pain*.

Rispetto all'area legale, si è potuto osservare come l'essere richiedenti asilo di lungo periodo si associ con 6 descrittori di sintomi nella sfera psichica, quali scarsa cura di sé e igiene personale, conversazione difficile / stato confusionale, convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, comportamento inopportuno o bizzarro, scatti di rabbia e ritiro sociale apatia. Nonostante questa frequenza significativa, si è scelto di non includere questo item nella *check list* poiché il concetto stesso di "lungo periodo" è in contrasto con le tempistiche di somministrazione affinché la rilevazione del rischio possa definirsi precoce. Rimane importante invece considerare questo item come aspetto da attenzionare nella versione integrale dello strumento, da utilizzarsi anche per un follow up a distanza di qualche mese.

Rispetto alla scheda dei gruppi sociali, ovvero quella in cui ci si focalizza sulle discriminazioni legate all'appartenenza a specifici gruppi, emerge un'alta frequenza di associazioni con sintomi psichici e fisici nelle dimensioni correlate agli aspetti personali imprescindibili, sia nel Paese di origine che di accoglienza.

Oltre a questo, si evidenziano numerose correlazioni tra le discriminazioni legate all'orientamento sessuale e fattori di rischio per la sfera della salute fisica e psichica. In particolare, i sintomi che presentano una correlazione significativa sono: malattia fisica grave, frequenti ricoveri in ospedale, segni fisici di violenza, malattie sessualmente trasmissibili, pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche, compromissione del funzionamento quotidiano, disturbi del sonno o alterazioni del ritmo sonno veglia, incubi ricorrenti, autolesionismo, scatti di rabbia e disturbi alimentari o condotte alimentari irregolari. Lo stesso tipo di discriminazioni sembrano avere un impatto meno forte nel paese di accoglienza, forse per una maggior apertura rispetto a tematiche di genere e appartenenza a minoranze LGBTQIA+.

Un'altra differenza sensibile tra gli aspetti discriminatori più salienti riguarda la religione. È un tema che non mostra un'elevata frequenza di associazioni significative nel Paese di origine (3 per tutta la dimensione), mentre nel Paese di accoglienza si evidenziano ben 21 correlazioni distribuite tra i vari descrittori che compongono la dimensione, che riguardano sia aspetti di salute fisica che psichica. Questo dato lascia pensare che i rispondenti si percepiscano discriminati per aspetti legati alla loro religione in Italia, condizione che invece non riscontravano nel proprio Paese d'origine.

Inoltre, l'ultima scheda dello strumento prende in esame i fattori protettivi. Dal confronto tra le associazioni significative con i descrittori emerge che le opportunità di crescita personale e professionale sembrano giocare un ruolo significativo come fattore protettivo, poiché si sono riscontrate 4 associazioni con le condizioni presentate dai descrittori operativi, tra cui la cura di sé e l'igiene personale e le restanti correlazioni inverse con la compromissione del funzionamento quotidiano (eccesso di paura, umore depresso.), gli scatti di rabbia e l'assenza di malattia fisica.

L'essere inclusi e avere buoni rapporti con la comunità di connazionali pare avere una grande rilevanza per gli aspetti del benessere psicologico, evidenziando che in 6 situazioni emergono correlazioni significative tra l'assenza di questa caratteristica e disturbi della sfera psichica, tra cui

pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche, convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, disturbi del sonno o alterazioni del ritmo sonno veglia, incubi ricorrenti (con forte impatto emotivo e ripercussioni nella quotidianità), autolesionismo, ritiro sociale e apatia.

Infine, l'adesione alle attività proposte o offerte rappresenta un ulteriore elemento in grado di favorire il benessere della persona, come emerge dalla frequenza di correlazioni significative negative con sintomatologie di carattere psichico o fisico. Si riscontra un'associazione tra l'adesione alle attività proposte o offerte e la cura di sé, mentre una correlazione inversa con la conversazione difficile / stato confusionale, le convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze, la compromissione del funzionamento quotidiano (eccesso di paura, umore depresso..), i disturbi del sonno o alterazioni del ritmo sonno veglia, gli incubi ricorrenti (con forte impatto emotivo e ripercussioni nella quotidianità), autolesionismo, scatti di rabbia, ritiro sociale / apatia.

Utilizzo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Chi può utilizzare lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità è stato ideato per poter essere utilizzato da qualsiasi professionista che operi nel settore dell'accoglienza, a prescindere dalla formazione e dall'ambito di competenza. Esso, infatti, può essere utilizzato anche da operatori sociosanitari dell'AUSL o da altri soggetti istituzionali impegnati nell'ambito dell'accoglienza come, ad esempio, operatori prefettizi o assistenti sociali dell'ASP. È destinato a chiunque sia interessato ad avere un profilo complesso di una persona migrante, in ottica di rilevazione delle vulnerabilità.

A chi si rivolge lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità può essere somministrato a qualsiasi migrante si trovi nella condizione di richiedente asilo, rifugiato o irregolarmente soggiornante. Può essere utilizzato anche con soggetti minori, accompagnati o meno.

Quando utilizzare lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Lo strumento in questione mira ad ottenere un profilo di rischio di sviluppare vulnerabilità ma anche di vulnerabilità emerse relative ad uno specifico soggetto.

Riflettendo nell'ottica di un virtuoso sistema di *welfare* del paese accogliente, l'ideale sarebbe sostenere l'emersione delle vulnerabilità prima che esse si strutturino e si concludano, così da fornire una risposta in termini di progettazioni e prese in carico che sia quanto più preventiva e contenitiva della condizione di rischio. Pertanto, ai fini della rilevazione del rischio si consiglia di utilizzare lo strumento nella fase di ingresso nella struttura; in particolare, la fase di sperimentazione e la letteratura in merito ci permettono di collocarlo in un range temporale ideale di 3-6 mesi. La *check list* di *screening* veloce è stata creata proprio per cercare di fornire uno strumento agile e di rapido utilizzo agli operatori che hanno l'esigenza di inquadrare e quantificare il rischio di un soggetto all'arrivo; si rammenta che tale *check list* non rappresenta un quadro completo del beneficiario e dunque sarebbe auspicabile approfondire le aree di rischio, compilando le sezioni estese.

Gli operatori che vorranno beneficiarne potranno decidere di utilizzarlo come riterranno più opportuno, in base alle necessità, valutandone l'utilità contestuale. Alcuni operatori potranno utilizzare lo strumento come guida per un colloquio di conoscenza all'ingresso nella struttura, in altri casi, invece, potrà servire per sistematizzare informazioni già in possesso relative ad ospiti di lunga data ed eventualmente individuare aree da esplorare. Lo strumento può essere aggiornato in diversi momenti laddove emergano degli aspetti nuovi o che non sono mai stati esperiti in precedenza dal beneficiario. Ulteriori momenti di utilizzo, su cui è stato possibile riflettere con i partner in questi mesi e che necessitano di approfondimento, potrebbero essere i primi colloqui dello sportello protezione internazionale dell'ASP di Bologna oppure le segnalazioni al gruppo vulnerabilità e migranti di AUSL Bologna.

Scopo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Lo strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità è stato costruito allo scopo di consentire

uno *screening* del rischio di vulnerabilità tra i beneficiari delle strutture di accoglienza, prestando attenzione ai fattori di rischio e di protezione, prima che la condizione della persona richieda un intervento da parte dei servizi. Questa modalità potrebbe facilitare una tempestiva presa in carico dei soggetti più fragili, sia da parte dell'equipe della struttura di accoglienza sia, eventualmente, da parte del sistema dei servizi a cui sarà segnalato.

Lo strumento non è pensato per scopi diagnostici o valutativi in senso stretto, piuttosto mira a facilitare il riconoscimento della presenza di alcuni fattori che potrebbero essere considerati un rischio di vulnerabilità. Qualora si avesse interesse nel designare un quadro diagnostico approfondito e non un profilo potenziale di rischio si rimanda a valutazioni postume, segnalando il soggetto ai servizi sociosanitari del territorio.

Modalità di utilizzo dello strumento per la rilevazione del rischio di vulnerabilità

Come più volte segnalato al lettore, lo strumento di rilevazione si presta a molteplici modalità di utilizzo. Alcune tra queste sono state ipotizzate dagli ideatori dello strumento, altre sono state co-costruite grazie allo scambio e alla collaborazione con gli operatori.

È possibile comunque riassumere due principali metodi di utilizzo: quello definito *diretto* e quello definito *indiretto*.

Con la forma diretta intendiamo la possibilità di utilizzare lo strumento come traccia semi strutturata di conduzione di un colloquio con una beneficiaria o un beneficiario, che sia adulto o minore. Gli *item* presenti nello strumento non sono delle domande da porre per come si leggono ma intendono essere suggerimenti di aspetti da attenzionare. Sta all'operatore decidere se porre delle domande specifiche e dirette oppure se lasciare libero il dialogo, focalizzando l'attenzione su alcune aree e mantenendo la traccia mentale dello strumento. È a discrezione dell'operatore scegliere il modus operandi, il linguaggio e la terminologia con cui farlo.

Con la forma indiretta, invece, si intende l'utilizzo dello strumento da parte di uno o più operatori dell'accoglienza, allo scopo di raccogliere e sistematizzare le informazioni in possesso rispetto ad un beneficiario. In questo caso l'équipe può procedere con una compilazione corale che stimola la riflessione sui casi oppure si può beneficiare della conoscenza che ogni operatore ha del proprio settore di lavoro e compilare lo strumento in base alle dimensioni tematiche. Ad esempio, l'operatore legale potrebbe compilare la sezione legale e condividere il questionario con l'équipe, in modo tale da trasmettere informazioni su quella parte che, magari in altri casi, sarebbe rimasta sconosciuta agli altri operatori. Successivamente lo psicologo potrebbe compilare la sezione dedicata al benessere, fornendo così informazioni utili anche ai colleghi. Si intuisce già la possibilità di un'ulteriore modalità di utilizzo, suggerita come utile soprattutto dagli operatori dell'accoglienza; non una somministrazione ai fini di ottenere un profilo di rischio ma una raccolta di informazioni, come se si trattasse di una cartella personale del beneficiario in questione, potenzialmente da condividere fra tutti i professionisti che partecipano alla presa in carico su uno stesso beneficiario. Il beneficio sarebbe la possibilità di fare esperienza di una cartella clinica e di monitoraggio condivisa tra più servizi.

Le modalità non sono da intendersi come alternative, anzi, molto spesso possono essere complementari e sovrapporsi. Ad esempio, un operatore potrebbe scegliere di compilare lo strumento in forma indiretta e in un secondo momento approfondire le aree rimaste inesplorate in occasione di un colloquio specifico. Potrebbe anche avvenire che un operatore utilizzi lo strumento come guida per un primo colloquio conoscitivo (forma diretta) e decida in un secondo momento di integrare alcune aree magari troppo delicate per essere affrontate in un colloquio conoscitivo, a mano a mano che

emergono (forma indiretta).

Lo strumento include una *check list* di *screening* veloce, sviluppata per rispondere all'esigenza degli operatori che talvolta si trovano in condizioni di non avere un tempo e uno spazio adeguati a riflettere in maniera più ampia sulle condizioni di un soggetto, a causa del carico di lavoro quotidiano, oppure semplicemente perché intendono avere un orientamento veloce rispetto al rischio potenziale della persona che si trovano di fronte. La *check list* può essere intesa come una versione breve o ridotta dello strumento completo che, però, risulta strettamente correlata allo stesso. Dai punteggi attribuiti sulla *check list* emergono quelli che sono i profili di rischio (punteggio 0/1 = rischio lieve, punteggio 2/3/4 rischio moderato, punteggio 5/6/7 rischio alto) di cui si tratterà meglio nel paragrafo dedicato. Dunque, l'utilizzo diventa circolare: un operatore potrebbe decidere di seguire l'impostazione dello strumento e completare tutte le sezioni per poi arrivare ad attribuire un livello di rischio tramite la *check list* oppure, in mancanza di tempo, potrebbe optare per la compilazione della *check list* e successivamente completare il profilo di rischio con la compilazione delle sezioni estese. Potrebbe anche succedere che, qualora emergesse un rischio in una specifica area tramite la compilazione della *check list*, l'operatore potrebbe approfondire con la corrispondente sezione e cercare di osservare il fenomeno in maniera articolata. Si potrebbe dire che la *check list* deriva dallo strumento completo ma non lo sostituisce in quanto, per le esigenze operative del lavoro quotidiano, tende a riassumere e categorizzare fenomeni in realtà molto complessi e di per sé difficili da rilevare.

Attraverso lo strumento

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di descrivere e approfondire gli aspetti relativi alla compilazione dello strumento, alle sezioni, ai sottodomini e ai vari descrittori operativi. Come ampiamente esplicitato nel corso del manuale, tale strumento si propone di prendere in esame i rischi potenziali che i rifugiati e i richiedenti asilo potrebbero esperire in tutte le aree di vita. Si attraverseranno tutte le sezioni dello strumento, illustrandone le peculiarità, per l'ordine in cui il lettore ne prende visione.

Guida generale alla compilazione

Lo strumento si apre con una scheda anagrafica comune a tutti, adulti e minori.

Per quanto riguarda l'utilizzo con *beneficiari adulti*, si incontrano molteplici sezioni che approfondiscono gli aspetti relativi alle violenze e alle torture, la salute fisica e mentale, l'autonomia e la necessità di assistenza, l'area legale, le discriminazioni e le risorse personali o contestuali. Tali sezioni si compilano per ogni beneficiario adulto. Vi sono inoltre schede differenziate per target specifici ovvero *donne*, beneficiari con tematiche *LGBTQIA+* e *caregiver* poiché definiti dalla letteratura in merito intrinsecamente vulnerabili, ovvero portatori di alto rischio di vulnerabilità. Tali sezioni vengono compilate *soltanto* se il soggetto cui facciamo riferimento esperisce le suddette tematiche. Per quanto riguarda i *minori* (minori accompagnati e non), invece, tutte le aree di potenziale vulnerabilità sono state convogliate in una sezione specifica che conclude lo strumento in un'area differenziata e che esclude, quindi, la compilazione delle restanti parti.

Alla fine, vi è una *check list* utile all'ottenimento del profilo di rischio, dato dalla sommatoria dei fattori di rischio e dei fattori protettivi individuati.

Escludendo la scheda anagrafica, ogni sezione si compone di sottodomini, ovvero tematiche generali che espongono i soggetti a vulnerabilità e relative dimensioni specifiche di rischio e descrittori operativi, ovvero descrizioni dettagliate utili a collocare i vari fenomeni.

La relazione fra gli item è gerarchica ma circolare: i descrittori hanno la funzione di esplicitare il rischio potenziale e di attenzionare, agli occhi dell'operatore, aree di vulnerabilità. L'uso principale dei descrittori ha la funzione di facilitare la comprensione degli aspetti "pratici" relativi all'esperienza del beneficiario, al fine di facilitare l'individuazione del sottodominio di riferimento. La *ratio* che precede l'utilizzo da parte degli operatori consiste nella possibilità di immaginarsi il soggetto per le tematiche di cui la scheda tratta. È consigliabile leggere tutte le parti della scheda, focalizzarsi sui descrittori operativi e apporre il relativo SI/NO in base alla presenza o all'assenza di quella determinata condizione. ND sta ad indicare che l'informazione non è disponibile, perché in quel momento non ancora in possesso dell'operatore. Se, all'interno di un sottodominio, compare almeno un SI allora l'operatore appone una croce anche sul relativo sottodominio, per indicare che il soggetto in esame presenta un potenziale indicatore di vulnerabilità relativo a quell'area. Se, invece, non ci sono SI in corrispondenza dei descrittori operativi il relativo sottodominio rimane non barrato e quindi il beneficiario non presenta elementi di vulnerabilità in quella specifica area.

Come si anticipava facendo riferimento a una relazione circolare, può capitare che alcuni descrittori possano trarre il lettore in inganno se non contestualizzati all'interno del proprio sottodominio. Prendiamo ad esempio il sottodominio "donna in gravidanza o nel periodo del puerperio": anche se alcuni item potrebbero sembrare di interesse anche di donne non in gravidanza o puerpere (es: *supporto familiare*) comunque non vanno barrati, riferendosi specificatamente a quella situazione specifica della donna.

Si consiglia di leggere tutta la scheda poiché potrebbe anche capitare di non considerare uno specifico sottodominio di interesse del soggetto in esame ma di scoprire, scorrendo i vari descrittori operativi, che vi sono condizioni che potrebbero potenzialmente rappresentare un rischio di vulnerabilità in quell'area.

Scheda anagrafica

La scheda anagrafica prevede la raccolta delle principali informazioni sociodemografiche del beneficiario. Oltre alle classiche informazioni anagrafiche reperibili anche dai documenti personali, viene esplorata la dimensione familiare, la presenza di eventuali figli, la sistemazione abitativa sul territorio, la dimensione del lavoro e il livello di scolarità. Infine, vi è un accenno alla situazione familiare alla partenza, ovvero una breve descrizione del contesto familiare in cui il soggetto si trovava nel momento della partenza.

La scheda anagrafica prevede delle risposte non strutturate e ha lo scopo di raccogliere informazioni che fungono da cornice al profilo di vulnerabilità che si approfondisce nello strumento.

È consigliabile apporre anche la data di compilazione e il nome dell'operatore che se ne è occupato, così da lasciare dei riferimenti per successive aggiunte oppure per monitoraggi a distanza di tempo.

Minori

La prima scheda che compone lo strumento si rivolge al *target* dei minori, ovvero ragazzi di età compresa tra i 14 e i 18 anni. Trattandosi di minorenni si ricorda che è necessario che il genitore o il tutore autorizzino alla raccolta di dati relativi allo stesso oppure che sia presente nella struttura di riferimento la delega agli operatori.

MINORE NON ACCOMPAGNATO (MSNA)

Sono inclusi tutti i minori che svolgono il viaggio migratorio da soli o che una volta giunti in Italia siano separati dai genitori per motivi differenti dalla separazione giuridica.

- Esposizione a rischi: questa dimensione indaga se il minore abbia svolto il viaggio migratorio da solo, come primo fattore di rischio.
- Area Legale: in questa dimensione si va a definire la condizione giuridico-amministrativa del minore straniero non accompagnato e quindi se in possesso di: permesso per affido, per minore età, "doppio binario" (quando il minore, oltre al permesso legato all'età, fa richiesta asilo) o infine se è titolare di protezione internazionale o complementare. Come fonte di vulnerabilità è importante anche rilevare l'eventuale condizione di incertezza del mantenimento della regolarità al raggiungimento della maggiore età, mentre può essere un fattore tutelante la possibilità per il minore di avere parenti, anche in altri Stati UE, con cui poter fare un ricongiungimento (*Family Reunification*) e quindi tutelarli maggiormente poiché affidato alla famiglia (secondo le normative in vigore).

MINORE ACCOMPAGNATO

Questo sottodominio fa riferimento a minori accompagnati, ovvero giunti in Italia con almeno un genitore oppure arrivati per motivi di *family reunification*.

STATO DI SALUTE FISICA E PSICHICA

Questa dimensione trasversale prende in esame le principali condizioni relative alla salute fisica e mentale. Gli *item* vanno ad attenzionare potenziali vulnerabilità, non si tratta, quindi, di valutazioni diagnostiche *tout court*.

- Salute fisica: si descrivono quadri patologici di natura prettamente organica, tra cui *segni di malattia e di violenza (cicatrici, bruciature, ematomi...)*, anche se valutati tramite osservazione dall'operatore e non raccontati dal beneficiario, *malattie sessualmente trasmissibili*. Infine, va evidenziato il caso in cui al minore sia già stata fatta una *diagnosi di malattia*.
- Salute psichica: raccoglie alcuni descrittori che fanno riferimenti ad aspetti psicologici e comportamentali. Per la compilazione è sufficiente l'osservazione da parte dell'operatore delle condotte e degli stati di disagio del minore. Si rilevano, in particolare, eventuali problematiche di *salute mentale riscontrate in passato* e comportamenti autolesivi, quali *segni di autolesionismo, disturbi alimentari o condotte alimentari irregolari*. Si richiede di evidenziare, qualora presenti, *preoccupazioni o timori eccessivi e deflessione del tono dell'umore*. Aspetti di divergenza dal normale sviluppo quali *regressione, ritardo nel parlare o nello sviluppo cognitivo*. Infine, una particolare attenzione viene dedicata alla sfera della socialità e alla gestione dell'ira, ovvero rilevando *scatti di rabbia, comportamenti antisociali, condotte devianti e ritiro sociale o apatia*.

MINORE A RISCHIO DI SUICIDIO

- Minore a rischio di suicidio: Si indagano eventuali *ideazioni o tentativi suicidari* avvenuti nel presente o nel passato.

MINORE A RISCHIO DI DIPENDENZA

- Rapporto con sostanze, alcol, farmaci o dipendenze comportamentali: in questo caso si presenta un gradiente di utilizzo di sostanze e alcol. Si valuta la modalità di utilizzo che il beneficiario presenta: *uso occasionale* (sporadico e conviviale), *uso regolare* (frequente) e *abuso* (se pervade la quotidianità della sostanza o il ricorso a quantitativi eccessivi). Inoltre, vengono menzionate le *dipendenze comportamentali*, adducendo a un utilizzo massiccio e permeante del cellulare, giochi online, gioco d'azzardo, pattern di dipendenza da acquisti ecc. e la *familiarità* rispetto ai temi della dipendenza.
- Consapevolezza: si raccolgono informazioni sulla consapevolezza del beneficiario rispetto al tema.

MINORE A RISCHIO DI VIOLENZA PER L'ORIENTAMENTO SESSUALE O L'IDENTITÀ DI GENERE

In questo caso si esplorano le tematiche relative all'orientamento sessuale che, in taluni casi, potrebbero esporre il soggetto al rischio potenziale di discriminazione o violenza.

- Relazioni sociali: si differenziano le modalità con cui le persone degli ambienti circostanti sono venute a conoscenza dello specifico orientamento sessuale del soggetto: *coming out*, se il minore ha intenzionalmente e consapevolmente comunicato o dichiarato il proprio orientamento sessuale o *outing*, se terze persone hanno reso pubblico l'orientamento sessuale del minore in assenza del suo consenso.
- Contesto: questa dimensione specifica mira ad esplorare l'eventuale accettazione delle tematiche esposte da parte della famiglia e lo stigma esperito nel paese di origine e in quello di accoglienza.

MINORE VITTIMA DI MINACCIA / VIOLENZA / TRAUMI / TORTURA

- Minaccia: questa dimensione specifica si concentra sul tema della minaccia, intesa come atteggiamento intimidatorio o imposizioni contrarie alla volontà, basate su il timore di un imminente danno o pericolo. Si individuano tre dimensioni temporali, una per ciascun descrittore operativo (*situazione di minaccia o violenza subita nel Paese di origine, situazione di minaccia o violenza subita durante il viaggio migratorio, situazione di minaccia o violenza subita nella Paese di accoglienza*). Risulta molto importante individuare eventuali situazioni di minaccia, tenendo presente che anche l'esposizione alla minaccia nel passato rappresenta un fattore di rischio importante.
- Condizioni di sicurezza: si indagano situazioni quali l'essere *vittima di tortura*, essere stato *forzato a partecipare ad atti di tortura su terzi* e infine *aver familiari vittime di tortura*. La tortura viene intesa nella sua accezione letterale ovvero come coercizione fisica o morale allo scopo di estorcere confessioni o dichiarazioni. Si tratta di una pratica purtroppo ancora molto diffusa, nonostante sia vietata dal diritto internazionale. Altro aspetto da attenzionare è l'aver *assistito a forme di violenza*, ovvero pur non essendo la vittima diretta, essere stato spettatore di forme di grave violenza.
- Detenzione: la dimensione della detenzione riguarda un minore che sia stato detenuto / isolato in passato. La detenzione si riferisce quindi a periodi di restrizione della libertà personale, con la reclusione in contesti di prigionia, sia in carceri, che centri di detenzione amministrativa.

MINORE VITTIMA DI TRATTA / SFRUTTAMENTO

Questa dimensione si concentra su varie dimensioni dello sfruttamento, a partire dalla minaccia fino alla tratta.

- Tratta / trafficking: questa dimensione specifica si focalizza sul tema della tratta, intesa come *"il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'ospitare o l'accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità, dando oppure ricevendo somme di denaro o benefici al fine di ottenere il consenso di un soggetto che ha il controllo su un'altra persona, per fini di sfruttamento. Per sfruttamento si intende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione o altre forme di sfruttamento sessuale, lavoro o servizi forzati, la schiavitù o pratiche analoghe alla schiavitù, l'asservimento o l'espianto di organi¹⁰⁹;"*. I descrittori operativi di questa dimensione tratteggiano quindi il profilo di una persona *vittima di tratta intesa come vittima di tratta di tipo sessuale, vittima di spostamenti forzati e altre situazioni di trafficking*.

RISCHI GENERE SPECIFICI

- Tematiche femminili: in questo caso si considerano i fattori correlati alle MGF ovvero se la minore è stata vittima di mutilazioni genitali femminili, l'IVG dunque l'interruzione volontaria di gravidanza effettuata nel passato o in tempi più recenti, se la minore si trova attualmente in stato di gravidanza e se l'eventuale gravidanza è frutto di violenza.

DIMENSIONI TRASVERSALI

Le seguenti dimensioni riguardano tutti i minori ed esplorano aree trasversali quali:

- Programmi terapeutici: questa dimensione indaga modalità di cura che potrebbero esporre il minore a rischi. Pratiche di cura che afferiscono alla sfera della medicina culturale (*cure tradizionali*) o altre forme di terapia non in linea con indicazioni mediche (*programma di cura auto*

109 <https://www.osservatoriointerventitratta.it/en/che-cose-la-tratta-di-esseri-umani/>

prescritto).

- Autonomia: questa dimensione indaga aspetti relativi all'autonomia del minore, che ovviamente dovranno essere commisurati all'età e alla fase dello sviluppo. I descrittori indagano in particolare aspetti quali la scarsa *cura di sé* e la *conoscenza lingua italiana*.
- Relazioni significative: questa dimensione indaga la presenza di relazioni familiari. Si prende in considerazione il caso in cui il minore sia orfano di uno o entrambi i genitori, ma anche la *relazione di accudimento* instaurata con i genitori o i *caregiver*, ovvero se questa si valuta come inadeguata o di scarso supporto.

RISORSE PERSONALI E CONTESTUALI

In questa parte si raccolgono diverse dimensioni considerate come fattori protettivi attinenti alle seguenti aree:

- Legale: il minore accompagnato segue il percorso giuridico dei/l genitori/e con cui è in Italia. Pertanto, si deve valutare se il minore si trova in una situazione legale sicura e stabile grazie alla condizione genitoriale.
- Economico: se il minore può attingere da adeguate risorse economiche, provenienti da svariate aree (*pocket money* della struttura ove risiede, risorse economiche familiari, introiti provenienti da tirocini e/o borse di studio ecc....).
- Professionale/scolastico: se il minore frequenta la scuola oppure ha un lavoro di tipo continuativo, se beneficia di supporto scolastico e attività di dopo scuola e infine se si valuta che possano esserci opportunità di crescita personale e professionale per lo stesso.
- Partecipazione: se il minore pratica attivismo relativamente a varie tematiche oppure se fa parte di associazioni specifiche (Croce Rossa, scout, MIT o altre associazioni LGBTQIA+ ecc....); se il minore accoglie positivamente le proposte che gli operatori o gli adulti di riferimento gli prospettano.
- Relazionale: in questo caso si esplorano le relazioni di cui il minore potrebbe beneficiare dunque se sono presenti familiari in Europa (ma comunque fuori dall'Italia), se vi sono figure di riferimento adulte oltre agli operatori della struttura (figura dell'adulto accogliente, tutore comunale, allenatore sportivo, ecc.), se il minore è inserito in una rete di pari e se è in una relazione sentimentale stabile.
- Compliance: in questo caso si considera l'adesione che il minore attiva rispetto ad eventuali percorsi psicologici o psichiatrici e l'adesione ad eventuali programmi terapeutici, se prescritti.
- Contesto: infine si valuta, per osservazione dell'operatore, se il contesto abitativo in cui il minore è inserito è adeguato in base alle specifiche caratteristiche e necessità dello stesso.

Donne

La prima sezione target che prevede un alto rischio di vulnerabilità è quella dedicata alle donne.

VIAGGIO MIGRATORIO

Una donna che compie un viaggio migratorio da sola è maggiormente esposta a rischi, in particolare se ha con sé anche minori.

GRAVIDANZA E PUERPERIO

Tale sottodominio riguarda soltanto la condizione della donna che si trova in stato di gravidanza o di puerperio (un anno dopo il parto). Le dimensioni specifiche di tale dominio intendono analizzare:

- Stato di salute: in cui si esplorano i rischi di salute specifici di questi periodi di vita e l'eventuale presa in carico da parte di servizi dedicati, ad esempio il Consultorio Familiare. Si specifica se la donna è in gravidanza, se si trova nel post-parto e se la gravidanza è o è stata a rischio.
- Contesto: in cui si cerca di reperire informazioni sul contesto in cui la donna vive in questo particolare periodo di vita, affinché si possano valutare eventuali esposizioni a violenze. Si menziona la gravidanza se frutto di violenza, lo scarso supporto familiare e l'inadeguatezza del contesto di vita.

MADRE SINGLE

Condizione di una donna che ha in carico i propri figli e non può contare sul supporto (emotivo, economico, di gestione ecc.) del padre dei minori.

MADRE DI FIGLI LONTANI

Si potrebbe pensare alla casistica più comune: una donna che, compiendo un viaggio migratorio, si allontana dai propri figli che vengono accuditi da parenti o amici nel paese di origine. I figli, però, potrebbero trovarsi anche nei paesi di transito del viaggio migratorio, sul territorio europeo o addirittura nel paese di arrivo. Inoltre, potrebbe capitare che la donna venga allontanata, per decisione terza, dai figli: è il caso in cui vengano predisposti decreti di allontanamento oppure di adozione. Le due condizioni sono accomunate dalla distanza che la donna esperisce rispetto ai propri figli.

DONNA VITTIMA DI MGF

Nel caso delle mutilazioni genitali femminili, pratiche tradizionali che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o lesioni agli stessi per scopi non medici, vengono presi in esame come rischi l'evitamento o il rifiuto palese delle visite ginecologiche, la condivisione della tradizione e la mancanza di informazioni rispetto alla possibilità di svolgere interventi chirurgici riparativi.

IVG

Per IVG intendiamo la condizione di una donna che interrompe volontariamente la propria gravidanza, regolata in Italia dalla Legge 194/78. Si intende collocare il fenomeno: se avvenuto nel paese di origine o in quello di arrivo.

DONNA VITTIMA O A RISCHIO DI VIOLENZA

Le dimensioni interne del costrutto generale della violenza vengono approfondite nei successivi campi, pertanto in questo caso si considerano degli specifici contesti di rischio per la donna: se vive o ha vissuto in ambienti domestici o comunitari a rischio, se è o è stata vittima di intimidazioni durante le attività quotidiane, se è o è stata vittima di abusi da parte di familiari e parenti e se ha vissuto o vive violenza inserita in una cornice di potere e controllo sbilanciati, ovvero se la violenza è agita da persone influenti per la stessa o che avrebbero dovuto proteggerla.

LGBTQIA+

Tale sezione va utilizzata soltanto se l'operatore osserva che il soggetto esperisce tematiche specifiche relative all'orientamento sessuale e all'identità di genere. L'orientamento sessuale è il modo di relazionarsi agli altri e di provare attrazione sessuale e/o romantica verso altre persone. L'orientamento sessuale non coincide con il genere: sono due aspetti distinti che, però, possono combinarsi tra loro in molteplici modi. L'identità di genere è un costrutto culturalmente inteso che si configura come la percezione che ogni soggetto ha di essere maschio o femmina.

PERSONA A RISCHIO PER L'ORIENTAMENTO SESSUALE

In questo caso si esplorano le tematiche relative all'orientamento sessuale che, in taluni casi, potrebbero esporre il soggetto al rischio di violenza. Nel dettaglio si differenziano le modalità con cui le persone degli ambienti circostanti sono venute a conoscenza dello specifico orientamento sessuale del soggetto:

- *Coming out*: se la persona ha intenzionalmente e consapevolmente comunicato o dichiarato il proprio orientamento sessuale.
- *Outing*: se terze persone hanno reso pubblico l'orientamento sessuale di un soggetto in assenza del suo consenso.

LESBICA/GAY

In tal caso si prende in esame l'orientamento sessuale di tipo omosessuale; si compila tale sezione se il soggetto prova attrazione per soggetti del proprio sesso o del proprio genere.

BISEX

Si identifica come bisessuale una persona attratta sessualmente da più generi.

TRANS

La dimensione trans riguarda le persone che vivono uno scostamento tra identità di genere e sesso biologico. Trans è l'abbreviazione di *transgender*, termine utilizzato per indicare gli individui la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. Come già esplicitato, il concetto di transizione è legato all'identità di genere e non dipende dall'orientamento sessuale. In questa dimensione si esplora se il soggetto ha utilizzato terapie ormonali o si è sottoposto ad interventi chirurgici di transizione nel paese di origine, nel paese di accoglienza o in entrambi. In maniera simile si raccolgono le informazioni rispetto alla comprensione e alla consapevolezza che la persona ha dell'*iter* giuridico di adeguamento dei dati anagrafici, anche se non è stata ancora fatta richiesta legale di modifica.

QUEER

È un concetto ombrello che racchiude all'interno di esso tutti quei soggetti che si discostano dalle esperienze eterosessuali e *cisgender* ma che non intendono identificarsi tramite etichette o definizioni che la cultura offre in materia di orientamento sessuale e di identità di genere.

INTERSEX

Termine utilizzato per descrivere una serie di condizioni mediche per cui una persona nasce con

cromosomi, genitali e/o caratteristiche sessuali secondarie che non corrispondono alla definizione tipica di fenotipo maschile o femminile.

ASEXUAL

Un soggetto che non prova attrazione sessuale verso altre persone si identifica come asessuale. Nonostante ciò, tale individuo potrebbe comunque provare attrazione romantica, emotiva, affettiva o relazionale verso altri. L'asessualità si distingue dal celibato, che è l'astensione deliberata dall'attività sessuale.

Le dimensioni trasversali si compilano per tutti i casi finora discussi e intendono esplorare la dimensione del rifiuto dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere da parte della famiglia, lo stigma vissuto nel paese di origine e nel paese ospitante e, infine, se la migrazione è stata compiuta principalmente per motivazioni legate a tematiche LGBTQIA+.

Caregiver

Questa sezione si compila soltanto se il soggetto preso in esame si configura come *caregiver*, ovvero persona che si prende cura di familiari (vi deve essere un legame di parentela) con disabilità, di anziani oppure di minori.

FAMILIARI CHE CURANO DISABILI

In questo caso si descrive l'eventuale scarsa consapevolezza che il *caregiver* ha della disabilità del familiare, le preoccupazioni per il futuro e lo stigma culturale.

FAMILIARI CHE CURANO ANZIANI

Se un individuo si trova ad accudire un familiare anziano.

FAMILIARI CHE CURANO MINORI

Se la relazione con il minore, nella maggior parte dei casi un figlio, non è adeguata e sufficientemente buona. L'operatore, cioè, in base alle osservazioni, valuta se la relazione di attaccamento si può configurare come un rischio. Inoltre, si considera il timore per un'eventuale separazione, formale o dovuta alle circostanze.

Le dimensioni trasversali si compilano per tutti i casi finora descritti e si occupano di presentare gli aspetti contestuali relativi alla cura: il disequilibrio del carico di cura verso il familiare, dunque la mancanza di spazio personale e la scarsa cura di sé, se vi sono difficoltà nella vita quotidiana e di conseguenza se la persona necessitasse di supporto professionale per lo stato di *caregiver* (esempio: supporto psicologico alla genitorialità). Infine, si considera se il soggetto in questione è l'unico ad essere incaricato, formalmente o informalmente, della cura del familiare.

Violenza, traumi, tortura, tratta, sfruttamento

Tale scheda si configura come la prima sezione comune a tutto il target adulti. In questo caso si entra nel vivo di una tematica che connota dolorosamente il vissuto di molti richiedenti asilo, ovvero la violenza subita dalla maggior parte di essi, sotto diverse forme. Proprio per i temi che affronta, si tratta di una scheda che va compilata con estrema delicatezza, trovando la modalità adatta per ciascun ospite per esplorare le aree elencate.

PERSONA VITTIMA DI VIOLENZA / TRAUMI / TORTURA / DETENZIONE

Le dimensioni specifiche di questo sottodominio sono proprio le diverse possibili forme di violenza.

- Minaccia: questa dimensione specifica si concentra sul tema della minaccia, intesa come atteggiamento intimidatorio o imposizioni contrarie alla volontà, basate su il timore di un imminente danno o pericolo. Si individuano tre dimensioni temporali, una per ciascun descrittore operativo (*situazione di minaccia o violenza subita nel Paese di origine, situazione di minaccia o violenza subita durante il viaggio migratorio, situazione di minaccia o violenza subita nella Paese di accoglienza*). Risulta molto importante individuare eventuali situazioni di minaccia, tenendo presente che anche l'esposizione alla minaccia nel passato rappresenta un fattore di rischio importante.
- Violenza: i descrittori operativi di questa dimensione specifica riguardano sia la concreta esposizione a forme di violenza fisica o sessuale, ma anche la sola esposizione al rischio di essere esposta a violenza. In questa dimensione andrà indagato il rischio o l'esposizione in tutto l'arco di vita. Un tema molto delicato riguarda l'essere stato costretto ad esercitare violenza sugli altri, un descrittore che racchiude non solo la coercizione ad agire contro la propria volontà, ma anche il doverlo fare ai danni di altri.
- Tortura: la tortura viene intesa nella sua accezione letterale ovvero come coercizione fisica o morale allo scopo di estorcere confessioni o dichiarazioni. Si tratta di una pratica purtroppo ancora molto diffusa, nonostante sia vietata dal diritto internazionale. I descrittori operativi di questa dimensione rimandano a diversi scenari, ovvero l'essere vittima di episodi di tortura in prima persona, ma anche il caso in cui la persona sia stata forzata a partecipare ad atti di tortura o che abbia familiari vittime di tortura. Tutti i descrittori fanno riferimento ad eventi accaduti durante tutto l'arco di vita.
- Matrimonio forzato: fa riferimento alla pratica, ancora diffusa in alcuni contesti, in cui una persona viene indotta a sposarne un'altra, contro la propria volontà. Non va confuso con il caso del matrimonio combinato, in cui i familiari o terzi si assumono un ruolo di guida nella scelta del *partner*, senza ledere però la volontà dell'interessato.
- Detenzione: la dimensione della detenzione riguarda una persona che sia stata detenuta / isolata in passato. La detenzione si riferisce quindi a periodi di restrizione della libertà personale, con la reclusione in contesti di prigionia, sia in carceri, che centri di detenzione amministrativa.

PERSONA VITTIMA DI SFRUTTAMENTO / TRATTA

Questo sottodominio indaga i temi dello sfruttamento, sia esso lavorativo o sessuale e della tratta. Va sottolineato che sono ambiti da esplorare non solo per le donne, poiché, pur essendo fenomeni con una maggiore incidenza sulla popolazione femminile, lo sfruttamento e la tratta riguardano anche gli uomini o le persone LGTQIA+. Si è anzi riscontrato che spesso tra gli uomini c'è una forma di maggior pudore nell'esternare questo tipo di problemi; proprio per questo è importante che l'operatore sia guidato a prestare un'attenzione specifica a questi aspetti, focalizzandosi tra gli altri sui descrittori operativi individuati.

In particolare, in questo sottodominio vengono individuate le seguenti dimensioni specifiche:

- Lavoro nero / sfruttamento lavorativo / altro: questa dimensione esplora la condizione lavorativa nel presente e nel passato. In particolare, si focalizza sulle possibili forme di sfruttamento nel presente o nel passato (*in passato sfruttata, minacciata, malpagata e Attualmente sfruttata da un punto di vista lavorativo*), facendo riferimento alle situazioni di lavoro nero e/o condizioni

minacciose o retribuzione non corrispondente alle responsabilità, all'impegno e alle ore di lavoro. Infine, un item indaga l'eventuale presenza di un regolare contratto di lavoro (*attualmente impiegata con un contratto di lavoro*).

- **Tratta/trafficking:** questa dimensione specifica si focalizza sul tema della tratta, intesa come "il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'ospitare o l'accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità, dando oppure ricevendo somme di denaro o benefici al fine di ottenere il consenso di un soggetto che ha il controllo su un'altra persona, per fini di sfruttamento. Per sfruttamento si intende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione o altre forme di sfruttamento sessuale, lavoro o servizi forzati, la schiavitù o pratiche analoghe alla schiavitù, l'asservimento o l'espianto di organi¹¹⁰;" I descrittori operativi di questa dimensione tratteggiano quindi il profilo di una persona vittima di tratta intesa come sfruttamento ai fini sessuali, di spostamento forzato e di altre situazioni di trafficking, ovvero non a scopo sessuale, ma forme analoghe alla schiavitù, asservimento, trapianto di organi, e infine le *persone costrette a collaborare ad attività di tratta / trafficking / smuggling*.

La scheda si conclude con le dimensioni trasversali, da compilare per i beneficiari che appartengono ad entrambi i *target*. Vengono descritti eventuali condizionamenti legati a rituali tradizionali (ad esempio il rituale nigeriano *juju*) e dinamiche di controllo e potere da parte di conoscenti relativi alla rete sociale, familiare o religiosa.

Salute fisica e mentale

Questa scheda si compila nel caso di beneficiari adulti. Prende in esame le principali condizioni relative alla salute fisica e mentale. Si rammenta al lettore che gli *item* vanno ad attenzionare potenziali vulnerabilità, non si tratta di valutazioni diagnostiche *tout court*.

PERSONA CON PROBLEMI DI SALUTE FISICA

- **Stato di salute fisica:** si descrivono quadri patologici di natura prettamente organica, suddivisi in quadri di malattia generica e quadri di malattia grave (es: con aspetti di cronicità, dimensioni invalidanti ecc.). Si raccolgono informazioni sui ricoveri, sui segni fisici di violenza (anche se valutati tramite osservazione dall'operatore e non raccontati dal beneficiario), sulle malattie sessualmente trasmissibili e sulla tubercolosi. Nel caso degli ultimi due quadri enunciati si appone la croce sul SI anche se vissuti in passato e attualmente in remissione.
- **Consapevolezza:** si esplora la dimensione della mancata consapevolezza rispetto al proprio stato di salute fisica.

PERSONA CON PROBLEMI DI SALUTE PSICHICA/MENTALE

- **Stato di salute psichica/mentale:** in tal caso si descrivono aspetti psicologici e comportamentali. Per la compilazione è sufficiente l'osservazione da parte dell'operatore delle condotte e degli stati di disagio del beneficiario. Si osserva la scarsa cura di sé e l'igiene personale, la conversazione difficile in senso strutturale e non riferita a barriere linguistiche, lo stato confusionale, l'orientamento rispetto al tempo e allo spazio, tenendo conto delle possibili difficoltà all'arrivo. Inoltre, si descrivono sintomatologie come convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze non supportate da tratti culturali o temperamentali, comportamenti bizzarri sporadici o persistenti e pregressi ricoveri con connotazione psichiatrica. Tra gli elementi relativi al sonno si trovano i disturbi specifici e gli incubi ricorrenti che impattano sulla quotidianità.

110 <https://www.osservatoriointerventitratte.it/en/che-cose-la-tratta-di-esseri-umani/>

Viene esplorata l'eventuale compromissione del funzionamento quotidiano causata da stati psicologici come eccesso di paura, ansia ecc., ovvero condizioni di disagio tali da limitare alcune aree di vita del beneficiario. Si rilevano aspetti nel versante depressivo, cioè deflessione del tono dell'umore e apatia o ritiro sociale. Vengono descritte condotte lesive per l'individuo e per gli altri: autolesionismo, scatti di rabbia, disturbi alimentari e condotte alimentari irregolari non correlate a motivazioni etico/religiose. Infine, si prende in esame il *body pain*, ovvero il malessere fisico generalizzato a base non organica (es: mal di testa, mal di pancia...) lamentato spesso dai migranti.

PERSONA A RISCHIO DI SUICIDIO

Si indagano eventuali ideazioni o tentativi suicidari avvenuti nel presente o nel passato.

PERSONA A RISCHIO DI CONDOTTE DEVIANTI

Quest'area indaga aspetti relativi a condotte che violano norme trasversali o della struttura, convenzioni sociali o infrangono la legge. Qualora gli operatori ne fossero a conoscenza, è molto importante selezionare i descrittori pertinenti. I descrittori esplorano aspetti legati alla *microcriminalità*, con riferimento a piccoli crimini e atti di vandalismo, *condotte devianti*, ovvero tese a infrangere le comuni regole comportamentali e *comportamenti antisociali*, laddove le ostilità siano rivolte ad altre persone.

PERSONA A RISCHIO DI DIPENDENZA

- Rapporto con sostanze, alcol farmaci o dipendenze comportamentali: in questo caso si presenta un gradiente di utilizzo di sostanze e alcol. Si appone la croce valutando la modalità di utilizzo che il beneficiario presenta: uso occasionale (sporadico e conviviale), uso regolare (frequente) e abuso (se pervade la quotidianità dello stesso con conseguenze nefaste). Inoltre, vengono menzionate le dipendenze comportamentali, adducendo a un utilizzo massiccio e permeante del cellulare, giochi online, gioco d'azzardo, pattern di dipendenza da acquisti ecc.
- Consapevolezza: si raccolgono informazioni sulla scarsa consapevolezza del beneficiario rispetto al tema come fattore di rischio.

Tra le dimensioni trasversali, da compilare per tutti, si annoverano le seguenti dimensioni:

- Salute psicosessuale: in questo caso si esplora la scarsa consapevolezza e la scarsa conoscenza rispetto alle tematiche relative all'educazione affettiva e sessuale e se il soggetto vive una sessualità promiscua, connotata da rapporti a rischio e non protetti.
- Programmi terapeutici: questa dimensione indaga modalità di cura che potrebbero esporre il soggetto a rischi. Si parla di pratiche di cura che afferiscono alla sfera della medicina culturale (*cure tradizionali*) o altre forme di terapia non in linea con le prescrizioni mediche o sanitarie (*programma di cura auto prescritto*).

Necessità di assistenza e livello di autonomia

In questa sezione si indagano le autonomie e le singolari necessità di assistenza del richiedente asilo.

PERSONA CON LIMITAZIONE/DISABILITÀ

- Area limitazione: si descrivono le aree di eventuale limitazione o disabilità inerenti alla vista, l'udito, la comunicazione (in senso strutturale e non relativamente alla lingua parlata), la mobilità e la sfera intellettuale/cognitiva.
- Consapevolezza: come per molte altre aree finora incontrate, si raccolgono informazioni rispetto alla scarsa consapevolezza che il soggetto ha delle proprie eventuali limitazioni.

ANZIANI

Per anziani ci si riferisce a soggetti che hanno più di 65 anni. In questo caso si descrive la mancanza di supporto familiare per l'anziano in esame.

Le dimensioni trasversali vengono compilate per tutti i beneficiari e predispongono aspetti di autonomia correlati con la scarsa cura di sé, con la conoscenza insufficiente della lingua italiana e le autonomie relative all'accesso ai vari servizi di riferimento e alle indicazioni terapeutiche; dunque se il soggetto ha bisogno di essere accompagnato per raggiungere i servizi di riferimento e se ha bisogno di essere supervisionato nell'assunzione di medicinali o per eseguire correttamente le indicazioni terapeutiche.

Area legale

In questa scheda si vuole valutare l'eventuale rischio connesso ad una precaria situazione di regolarità sul territorio. La sezione è dedicata ai soli cittadini adulti, con uno spazio dedicato ai neomaggiorenni, ovvero coloro i quali hanno tra i 18 e i 20 anni e sono entrati in Italia da minori, in quanto il loro iter giuridico può essere sensibilmente differente.

Per i cittadini minorenni, i quali si rammenta non possono essere espulsi, è presente un dominio dedicato nella sezione dedicata ai minori.

Per gli adulti i sottodomini sono due, che si escludono vicendevolmente, ovvero regolarmente soggiornante o irregolarmente soggiornate. Vediamoli di seguito.

PERSONA REGOLARMENTE SOGGIORNANTE

Vi rientrano i cittadini che sono, al momento della compilazione dello strumento, regolarmente soggiornanti in Italia, quindi in possesso di un permesso di soggiorno, o di una ricevuta del permesso di soggiorno. Nella dimensione dello status giuridico si approfondisce il tipo di situazione giuridico-amministrativa del cittadino, ovvero il motivo del soggiorno:

- Titolare di Protezione Internazionale: coloro ai quali è stata riconosciuta la protezione di tipo Asilo Politico o Protezione Sussidiaria, anche se non ancora in possesso di permesso di soggiorno.
- Titolare di Protezione Complementare: la protezione che non è di tipo internazionale, ma è di tipo nazionale umanitaria (motivi umanitari, casi speciali, protezione speciale, a prescindere da eventuali cambi di nome).
- Richiedente asilo: coloro che sono ancora in attesa di una decisione sulla loro richiesta; questa

fase comprende tutta la durata del procedimento di esame della domanda, dal deposito della richiesta di protezione internazionale (Modello C3) fino all'esaurimento delle vie legali di eventuale impugnazione della decisione.

- Dublinante (in attesa che venga deciso lo Stato competente): Dublinante si rimane fino alla decisione dello Stato competente dell'esame della domanda. Anche in caso si presenti ricorso avverso la decisione dell'unità Dublino si rimane Dublinante. Solo quando viene determinato lo Stato competente (es. l'Italia), allora il soggetto diverrà "Richiedente Asilo" in quel paese.
- Titolare di pds non correlato alla protezione internazionale: vi rientrano i titolari di quei permessi che sono stati rilasciati non sulla base della richiesta asilo (es. affido/ motivi familiari).
- Domanda di protezione internazionale: si esamina l'iter di chi è ancora in fase di valutazione della domanda di asilo.
- Soggiorno: va qui valutato il rischio di perdita della regolarità in un prossimo futuro. Posto che tutti i migranti possono essere soggetti a tale situazione di "perdita" del permesso di soggiorno, qui si chiede solo di indicare i casi in cui sia realmente possibile una condizione irregolarità a breve.

PERSONA IRREGOLARMENTE SOGGIORNANTE

Questo Sottodominio è riservato a chi non è in possesso di regolare titolo di soggiorno al momento della compilazione dello strumento. È presente solo una dimensione specifica "Contesto giuridico", che presenta due descrittori:

- A rischio di espulsione/rimpatrio coatto
- Ha fatto domanda di regolarizzazione /Sanatoria /Prot. internazionale

NEOMAGGIORENNE

Come si diceva poc'anzi, è il sottodominio dedicato a chi è entrato da minorenni e ha tra i 18 e 20 anni. Le dimensioni specifiche si basano solo su "Status Giuridico", con le indicazioni dei diversi tipi di permessi di soggiorno che possono avere tali cittadini, e "Soggiorno", ovvero la valutazione del mantenimento della regolarità sul territorio.

Gruppi sociali

Questa sezione si focalizza su aspetti legati alle discriminazioni, siano esse avvenute nel Paese di origine o nel Paese di accoglienza. Per questo motivo, la scheda si compone di due sottodomini "speculari", ovvero composti delle stesse dimensioni specifiche e degli stessi descrittori operativi. Il primo sottodominio dovrà essere compilato qualora la persona sia stata **vittima di discriminazioni nel Paese di Origine** e il secondo per le persone **vittime di discriminazione nel Paese di accoglienza**.

Di seguito si elencheranno le dimensioni specifiche e i rispettivi descrittori, tenendo presente che durante la compilazione andrà sempre tenuto presente l'aspetto temporale, ovvero quando la persona è stata esposta a discriminazione.

- Personale: si indaga se la persona ha *usi e costumi difficili da mantenere*, o l'eventuale esposizione a *discriminazione per aspetti personali imprescindibili*, quali ad esempio il colore della pelle o per *tematiche di genere*, come ad esempio il fatto stesso di essere donna.
- Familiare: indaga discriminazioni intrafamiliari, ovvero la condizione di una persona esposta

a discriminazione da parte della famiglia, ad esempio a causa delle proprie scelte sentimentali.

- Opinione: questa dimensione fa riferimento alle discriminazioni legate ad aspetti *correlate alla propria opinione, appartenenza a partito politico o mobilitazione civile*. Si includono quindi tutti gli aspetti di possibile discriminazione ideologica, per militanza politica o civile o semplicemente opinione e pensiero.
- Orientamento sessuale / Identità di genere: questa dimensione si riferisce alle persone *esposte a xenofobia o altre discriminazioni correlate all'appartenenza LGBTQIA+*, quindi coloro che per il solo fatto di appartenere a questa minoranza, siano trattati in modo diverso o vengano loro precluse alcune opportunità, fino ad arrivare a forme di violenza esplicita.
- Etnia / Casta / Tribù: l'appartenenza etnica è oggetto di questa dimensione. Viene indagata in primo luogo la possibile presenza di *segni esteriori visibili*, quali scarificazioni tribali, utilizzo di indumenti caratterizzanti o simboli religiosi; oltre a questo si indaga se la persona sia esposta a *xenofobia o ad altre discriminazioni correlate alla sua appartenenza etnica*, ovvero a forme di esclusione e trattamenti differenti correlati all'appartenenza ad una particolare etnia, casta o tribù, connotati quindi per comunanza di lingua, cultura, tradizioni e memorie storiche, stanziata tradizionalmente su un determinato territorio.
- Religione: in modo analogo alla precedente dimensione, questa indaga la presenza di *segni esteriori visibili*, associabili in questo caso all'appartenenza ad un particolare gruppo religioso. Anche in questo caso, i segni esteriori possono riguardare indumenti, simboli religiosi, acconciature o qualsiasi altro tipo di connotazione esteriore. Un altro aspetto che viene rilevato è l'eventuale *conversione religiosa* e infine *l'esposizione a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla appartenenza religiosa*.
- Professionale: questa dimensione si focalizza *sull'esposizione a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla professione*, quindi, a forme di esclusione correlate alla professione o ad aspetti lavorativi.

Risorse personali e/o di rete

La sezione finale ribalta la prospettiva del rischio che il lettore ha assunto nella compilazione di tutto lo strumento poiché in questi casi si menzionano i fattori protettivi; si tratta di aspetti che attenuano il rischio e contribuiscono a favorire il benessere dell'individuo.

RISORSE PERSONALI E CONTESTUALI

- Legale: se il beneficiario comprende sufficientemente la complessità e le tappe del proprio iter giuridico e se ha una condizione sicura e discretamente stabile dal punto di vista legale, ovvero è titolare di un permesso o ha ottenuto l'asilo.
- Economica: se il beneficiario dispone di risorse economiche complessive sufficienti provenienti dal progetto, da contesti lavorativi o familiari.
- Professionale: se il soggetto lavora in maniera continuativa e se si prospettano, per lo stesso, occasioni di crescita personale e professionale (corsi di formazione di vario genere, stage, contesti associativi o di volontariato).
- Partecipazione: se il beneficiario pratica attivismo o prende parte ad associazioni specifiche (Croce Rossa, MIT o altre associazioni LGBTQIA+ ecc.) e se accoglie positivamente le indica-

zioni degli operatori in merito ad opportunità di supporto o ludiche.

- **Relazionale:** se il soggetto è incluso in una rete di connazionali, intesa in senso trasversale, nel paese di accoglienza o nel paese di origine, oppure se è parte di una rete di persone che vivono nel territorio di accoglienza (esclusi i beneficiari connazionali). Potrebbero essere amici, colleghi, conoscenti di vario tipo. Inoltre, si rileva se il soggetto è in una relazione sentimentale stabile.
- **Compliance:** in questo caso si valuta l'adesione come fattore protettivo in diversi campi di applicazione: nelle prese in carico psicologiche o psichiatriche e nell'attenersi alle indicazioni terapeutiche prescritte. Inoltre, si valuta anche l'adesione ai percorsi di tutela per le vittime di tratta, laddove emergesse tale vissuto.
- **Contesto:** se il soggetto vive in un contesto abitativo adeguato sulla base delle personali necessità e dei bisogni. L'ultimo item descrive la collocazione del beneficiario in un ambiente protetto, ovvero se è inserito in struttura *ad hoc*, in base alla necessità di maggiore attenzione su alcune condizioni specifiche: ad esempio un SAI DMDS, una struttura protetta per vittime di tratta, una struttura specifica per soggetti trans, un centro antiviolenza.

Check list breve

Un secondo strumento della cassetta degli attrezzi è la *check list* breve, tale scheda non era prevista nella prima versione dello strumento ma è stata implementata a seguito del confronto con gli operatori che sollecitavano la possibilità di rilevare e livellare il rischio, in modo tempestivo ed agile, così da orientare il lavoro con quello specifico beneficiario. La compilazione della stessa può precedere (in ottica di screening veloce) oppure seguire (per arrivare all'ottenimento dei profili di rischio) la compilazione dello strumento integrale. Nel primo caso l'operatore procede rilevando, con l'uso dei descrittori operativi, la condizione riconoscibile nel soggetto di cui si tratta. Sulla falsa riga delle sezioni precedenti, se è presente almeno un descrittore operativo si considera la vulnerabilità sul relativo sottodominio. Nel secondo caso, invece, a seguito della compilazione di tutte le sezioni dello strumento si riportano gli *item* evidenziati sulla scheda *check list* così da procedere agilmente all'individuazione del profilo di rischio.

I sottodomini, inclusi nella checklist, si differenziano in 7 aree di rischio e 1 area di risorse. La presenza di una determinata condizione afferente al sottodominio equivale ad un punteggio uguale a 1. Nel caso dei rischi i vari punteggi vengono sommati così da ottenere un profilo di rischio; a tale profilo di rischio viene, invece, sottratta l'eventuale presenza del sottodominio relativo alle risorse.

L'operazione descritta porta a un punteggio complessivo (range da -1 a 7) che permette di collocare la persona in una delle seguenti tre fasce di rischio:

- Punteggio complessivo -1, 0, 1: **LIVELLO DI RISCHIO LIEVE**
- Punteggio complessivo 2, 3, 4: **LIVELLO DI RISCHIO MODERATO**
- Punteggio complessivo: 5, 6, 7: **LIVELLO DI RISCHIO ALTO**

Si riporta un caso esemplificativo per spiegare il funzionamento della *check list*. Si può ipotizzare il caso di una donna *single*, senza figli a carico, che abbia trascorso un periodo di detenzione durante il viaggio migratorio. In questo caso andrà indicato nella *check list* sia l'"Appartenenza a specifici gruppi", ovvero l'essere donna e quindi intrinsecamente più esposta ad alcuni rischi, sia l'essere vittima di detenzione. Nel caso in cui la donna abbia anche una patologia grave (es. Diabete) e lamenti difficoltà a dormire, insonnia e incubi ricorrenti, andranno indicati questi ulteriori aspetti nella dimen-

sione della salute fisica e psichica. Se la donna non ha alcuna grave limitazione o disabilità, nonché presenta una buona cura di sé e autonomia nell'assunzione delle terapie, non andrà indicato nulla nel dominio "Necessità di assistenza", così come se non riferisce di aver subito discriminazioni per aspetti personali intrinseci o legate alla religione. Per controbilanciare i fattori di rischio, andranno quindi indagati eventuali fattori protettivi, come ad esempio la partecipazione ad attività e programmi offerti o l'essere inclusa e non in conflitto con la comunità di connazionali. Dopo aver compilato la *check list*, andranno quindi sommati i punteggi dei fattori di rischio (4) a cui andrà sottratto 1 punto per avere anche dei fattori protettivi ovvero di resilienza. Il profilo che ne deriva avrà un punteggio di 3, che si classifica secondo la scala come rischio moderato. Come risulta chiaro dall'esempio, la versione breve dello strumento restituisce un'immagine poco dettagliata, in cui vengono evidenziati alcuni elementi chiave (*red flag*), che però necessitano di un ulteriore approfondimento, tramite le schede integrali.

Ogni livello di rischio corrisponde a possibili azioni da introdurre che successivamente verranno descritte nel dettaglio.

Profili di rischio

Come preannunciato l'operatore che intende orientarsi nel lavoro con i beneficiari può utilizzare i profili di rischio che emergono tramite la compilazione dello strumento e, in particolare, della scheda *check list* breve.

La collocazione del soggetto cui si fa riferimento in uno dei profili di rischio permette all'operatore di visionare delle ipotesi di lavoro con lo stesso e conseguentemente di pianificare e realizzare delle azioni che hanno lo scopo ultimo di promuovere il benessere della persona, in linea con la visione esplicitata nel Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025 dell'Emilia-Romagna oltre a supportare la persona nel preservare o migliorare il proprio equilibrio.

- **LIVELLO DI RISCHIO LIEVE:** in questo caso la scheda ha riportato come punteggi -1, 0 oppure 1. Anche nel caso in cui non vi fossero punteggi di rischio occorre collocare il fenomeno all'interno del target di riferimento ovvero richiedenti asilo e rifugiati, che per definizione, presenta vulnerabilità intrinseche; alla luce di questo risulta poco aderente alla realtà definire un soggetto totalmente non a rischio, dunque si potrebbe parlare di rischi commisurati. Nel caso del rischio lieve le indicazioni potrebbero essere quelle di monitorare il soggetto all'interno della struttura ove si trova ad essere accolto, nel suo vivere quotidiano e a distanza di tempo.
- **LIVELLO DI RISCHIO MODERATO:** in questo caso la scheda ha riportato come punteggi 2, 3 o 4. Il rischio non è immediato ma vi sono aspetti concreti che rendono il soggetto vulnerabile; forse vi è un rapporto non particolarmente sbilanciato fra rischi e risorse oppure il soggetto esperisce dei fattori di rischio non particolarmente numerosi. Per rendere comprensibile questo livello si potrebbe parlare di un "equilibrio precario" che andrebbe sostenuto; la persona è stata esposta ad alcune situazioni di rischio e richiederebbe supporto per potere gestire le conseguenze. In questo caso bisognerebbe lavorare nella direzione di riequilibrare i poli dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, cercando di compiere azioni specifiche che vanno ad implementare le risorse. Si potrebbe lavorare nel contesto della struttura di accoglienza oppure in maniera estesa sul territorio, proponendo nuove opportunità di crescita personale e professionale oltre che nuove formule di integrazione. L'obiettivo dell'operatore che si trova di fronte ad un beneficiario collocato nella fascia di rischio moderato è quello di ridurre i rischi potenziali favorendo l'*empowerment* della persona, attraverso il suo personale modo di stare al mondo. Si potrebbero ipotizzare attività individuali o gruppali, progettazioni territoriali, mo-

menti ludici o di sostegno con gli operatori, riflessioni specifiche su quelle che sono le risorse che la persona potrebbe introdurre. Nel caso del rischio moderato o lieve le azioni progettuali riguardano la prevenzione primaria, secondaria o terziaria.

- **LIVELLO DI RISCHIO ALTO:** Questo livello è inerente coloro che hanno punteggi di 5, 6 o 7. La persona è stata esposta a numerose esperienze che possono avere compromesso il suo equilibrio. In conseguenza di ciò la persona si avvicina molto o coincide con il rischio conclamato: si tratta di alto rischio per la salute fisica o psicologica, rischio derivante da gravi traumi o violenze esperiti, grosse limitazioni all'autonomia, aspetti specifici di discriminazione. In tal situazione i fattori di rischio sono talmente elevati da non essere bilanciati con le risorse oppure le stesse sono completamente assenti. L'indicazione è quella di cercare una risposta tempestiva di contenimento per far ridurre la probabilità di una situazione di crisi conclamata che richiederebbe un intervento complesso ed articolato: è auspicabile la segnalazione e la conseguente attivazione sistemica dei servizi socio-sanitari a supporto del beneficiario. In seguito, il lettore troverà delle schede informative relative ad alcuni servizi presenti sul territorio bolognese e imolese che potrebbero essere attivati in queste circostanze. In ogni caso, qualora non fosse stato già fatto, si raccomanda di approfondire soprattutto le aree risultate a rischio per conoscere le sfaccettature della condizione di rischio e per accompagnare il processo di eventuale presa in carico con un quadro informativo completo della persona.

Indirizzario dei servizi in rete sul territorio

Gli aspetti che un operatore dell'accoglienza deve tenere a mente ogni giorno sono molteplici; l'utenza richiede un sostegno importante, specialmente nella fase iniziale, che deve diventare propulsore di inserimento e di parziale autonomia dei cittadini sul territorio.

Nelle fasi iniziali di contatto, i beneficiari appaiono confusi e sopraffatti da flussi informativi continui, diversi e molteplici, fonti controverse di cui spesso non si fidano. La modalità di comunicazione in tal senso deve avvenire quindi in modo empatico ma risoluto, autorevole ma comprensivo.

Ovvero, i cittadini vanno ascoltati, vanno capiti i loro bisogni e vanno orientati verso tutto ciò che può loro sostenere nel percorso, dove orientarsi assume il significato letterale di *"Ritrovarsi, raccapezzarsi, avere le idee chiare in una situazione, di fronte a problemi da risolvere, ecc., e quindi anche stabilire la via giusta da seguire [...]"*¹¹¹.

L'operatore che a vario titolo si interfaccia con il cittadino straniero o vulnerabile sa che prima di qualsiasi intervento mirato e specifico va fatta comprendere la motivazione per la quale si agirà in un determinato modo.

Dare informazioni corrette e correlate ad un senso, pertanto, diventa la base su cui poggiare ogni azione futura.

Se il cittadino conosce può: identificare, comprendere, scegliere, agire. Conoscere pertanto consente di accedere a servizi, riconoscerli e trarne profitto.

Il cittadino avrà molte persone che gli diranno come comportarsi o cosa fare, spesso, come si accennava precedentemente, anche in modo non del tutto esatto; in queste condizioni il beneficiario è facile che si senta perso in un mondo di cui non conosce i limiti, le risorse, le consuetudini e le leggi. Nel cercare di procedere secondo una retta via, i migranti possono maturare la sensazione di essere "rimbalzati" da ufficio a un altro senza nessun livello di risoluzione concreto dei problemi.

È allora in questa situazione che la figura dell'operatore diviene di un'assoluta rilevanza. Gli operatori, infatti, devono avere strumenti di divulgazione di informazioni corrette, provate, oggettive, basate sulla realtà o sulla conoscenza del territorio e delle normative.

Ci si potrà, con ogni probabilità, scontrare con quanto il migrante ha saputo da un connazionale, da un amico o nel luogo di culto. Ebbene in questi casi non bisogna andare a screditare la rete di sostegno personale del cittadino, perché questo andrà a minare la relazione di fiducia alla base di un qualsiasi rapporto anche futuro, con il rischio di perdere l'aggancio al migrante e quindi perdere il contatto, bensì far comprendere che i flussi informativi sono molteplici, che ognuno può aver avuto esperienze differenti, ma che in quel momento l'operatore è lì per il caso specifico di quel migrante, per dare lui/lei informazioni circa il suo percorso, e che il suo sostegno mira a cercare di trovare la strada corretta che possa dare la massima soddisfazione al suo bisogno presentatogli.

Molti dei cittadini che si incontrano sono parte di un sistema di accoglienza territoriale o lo sono stati. Questo può favorire il procedimento, in quanto la relazione che si crea tra beneficiario e operatore dell'accoglienza facilita di molto il passaggio informativo. La conoscenza reciproca, il sostegno all'integrazione, il supporto nell'accesso dei servizi, fanno dei progetti di accoglienza la prima finestra che permette al cittadino straniero di affacciarsi al nuovo paese ospitante; inoltre, in caso il beneficiario ottenga risultati favorevoli per il suo percorso, si creerà una base fiducia difficilmente scardinabile, anche verso i servizi territoriali.

Negli anni, poi, i sistemi di accoglienza hanno costantemente migliorato la qualità del processo di lavoro con le persone, si pensi solo alla costante crescita professionale della figura del mediatore lin-

¹¹¹ Da Vocabolario Treccani – visitato il 10/10/2022

guistico- culturale, che oggi gioca un ruolo così fondamentale nel lavoro, che non è più prescindibile, o alla crescita di figure mediche specializzate in migrazioni e benessere dei migranti.

È possibile affermare che si stia tendendo sempre più alla creazione di un supporto olistico e psico-sociale, che sia di aiuto e supporto, ma anche di *follow up*. Per provare a fare un esempio, si pensi a una donna appena arrivata nel centro, che lamenta un forte dolore addominale; la cittadina viene incontrata da un operatore che le fissa un appuntamento dal medico curante, ma non vengono rilevati problemi. Le viene prescritta una visita specialistica e un leggero trattamento farmacologico, ma anche in tal caso lo specialista non ravvisa nulla. La cittadina continua a non stare bene. Si rifà un passaggio con la mediazione, durante il quale la cittadina esprime anche un disagio dovuto alla motivazione per cui è partita dal suo paese. Si fa un accesso dallo psicologo, che ravvisa una vulnerabilità e valuta di fare un passaggio con gli sportelli comunali per le vittime di tratta. La cittadina, dopo aver fatto tutti i passaggi, inizia a sentirsi più sostenuta e giova di questi incontri; pertanto, con cadenza fissata vede lo psicologo e le operatrici dello sportello. In tutto questo il centro di accoglienza denota un miglioramento del suo umore e della l'adesione alle progettualità a lei offerte.

Questa è una storia inventata che, però, riprende situazioni non così rare.

È importante prestare attenzione a quante siano le figure coinvolte, come tra loro lavorino, che ci siano prese in carico che non si esauriscono con una valutazione del caso, ma che continuano nel tempo, che l'operatore del Centro sia a conoscenza dei passaggi e favorisca l'adesione al trattamento della cittadina e la sostenga, che la cittadina ravvisi un beneficio e che si stia affidando agli specialisti; infine che ci sia un miglioramento del suo umore e quindi, di conseguenza, della sua qualità della vita.

La multidisciplinarietà dell'offerta di prestazioni accresce e migliora le possibilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini stranieri.

Vi è anche un maggiore uso di servizi nati *ad hoc* in conformità ai bisogni espressi dall'utenza. Se il territorio ospitante è recettivo alle necessità, allora sorgeranno prestazioni che garantiranno un maggior benessere, una presa in carico che possa, nel lungo periodo, giovare a tutta la comunità, non solo a chi ha usufruito del servizio.

Tutto questo è possibile quando si conosce il territorio in cui si opera, quando vi sono rapporti di scambio tra i soggetti e, soprattutto, la catena di lavoro è ben definita. All'emergere di un eventuale bisogno, fa seguito un colloquio operativo finalizzato ad inviare la persona al servizio più opportuno. Il servizio darà quindi un *feedback* rispetto agli interventi da mettere in atto. Alla comparsa di un nuovo bisogno la catena si ripeterà ciclicamente.

La consapevolezza delle reti territoriali sostiene questo meccanismo procedurale, che funzionerà al meglio se codificato in modo univoco tra le parti coinvolte.

Riprendendo quanto descritto nel capitolo dedicato a pag.2, il progetto FAMI S.EM.P.RE ha provato ad agire in modo strutturale, agendo trasversalmente su più aree e avvicinando tra loro i sistemi e i servizi. Le istituzioni si prestano come generatrici di processi di coinvolgenti tutte le realtà, fino ad arrivare agli enti gestori, i quali vengono coinvolti attivamente nella creazione dei processi operativi, con il fine unico di creare una rete di connessione e di sostegno per i cittadini migranti e vulnerabili.

Con lo scopo di sostenere il flusso divulgativo, si è pensato di raccogliere le informazioni di contatto degli sportelli delle realtà del territorio che formano la prima rete di sostegno per affrontare le vulnerabilità, al fine di supportare gli operatori nell'attività di orientamento e nella divulgazione di informazioni corrette.

Sportello Accesso di Protezioni Internazionali - ASP

- Sede operativa: Via del Pratello 53 - 40122, Bologna
- Orari e modalità di accesso: aperto al pubblico con Accesso diretto senza appuntamento nei seguenti giorni: lunedì, martedì, venerdì dalle ore 9 alle ore 11. Mentre riceve per appuntamento il giovedì dalle ore 9 alle ore 13.
- Contatti telefonici e/o mail: Tel. 0516201946 - mail: accesso.protezioni@aspbologna.it
- Cosa può offrire il servizio per rifugiati e richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità specifica:

Lo sportello di Accesso Protezioni offre i seguenti servizi:

- Segretariato sociale/Orientamento servizi territorio/Valutazione e Analisi del bisogno.
- Presa in carico di I Livello (bisogni primari di salute, scuola, formazione, corso italiano, contributi UT, Abbonamenti TPER...)
- Consulenza/assistenza legale in merito alla richiesta di Protezione Internazionale
- Segnalazione alla Prefettura o al Servizio Centrale SAI per accesso alle misure di accoglienza ai sensi della L.142/2015
- Passaggio ad una presa in carico di II livello da parte dello Sportello al servizio sociale UO Protezioni Internazionali

Al fine di migliorare e rendere più efficace il servizio offerto sono stati attivati e sono ancora in corso una serie di incontri volti ad attuare una lettura del territorio e del contesto per creare sinergia ed implementare il lavoro di rete in particolare con la Grave emarginazione adulta (Gea); con l'associazione Dimora D'Abramo; con la Caritas; con Oltre la strada per ciò che concerne le segnalazioni di emersione del vissuto di tratta e con il Servizio sanitario regionale nonché con le varie associazioni operanti nel settore socio sanitario.

AUSL Bologna - Gruppo vulnerabilità e migranti

- Sede operativa: Casa della Salute Porto Saragozza, locali ex-Centro C.A.S.A., via Sant'Isaia 90 - 40123 Bologna
- Contatto mail: servizio.vulnerabilitaemigranti@ausl.bologna.it
- Cosa può offrire il servizio per rifugiati e richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità specifica:

Coerentemente con gli Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale, a dicembre 2021 l'AUSL di Bologna ha avviato il Gruppo Migranti e Vulnerabilità (GMV), gruppo multidisciplinare stabile di professionisti sociosanitari impegnato nella tutela e promozione della salute della popolazione immigrata, con particolare attenzione alle persone con condizioni di vulnerabilità. La costruzione del servizio prevede il coinvolgimento di professionisti afferenti ai diversi Dipartimenti organizzativi dell'AUSL e include le realtà del terzo settore. Obiettivo finale è la facilitazione nell'accesso ai servizi già esistenti e l'istituzione di percorsi sociosanitari dedicati, a bassa soglia e culturalmente orientati, inseriti nel servizio pubblico e rivolti alla popolazione vulnerabile, senza discriminazioni né distinzione in base allo status giuridico, al fine di ridurre le barriere d'accesso. Le attività svolte sono:

- la progettazione di un polo multidisciplinare per le vulnerabilità, capace di svolgere una prima valutazione e presa in carico finalizzata all'inserimento nella rete dei servizi anche in collaborazione con il terzo settore
- la creazione di un Ambulatorio Migranti per lo svolgimento delle prime visite per RTPI
- l'avvio di percorsi sociosanitari per la popolazione vulnerabile e RTPI segnalata con apposita scheda
- la partecipazione al gruppo regionale Vulnerabilità e Migranti.

AUSL Imola

- Sede operativa: Ospedale Vecchio - Via Amendola 8
- Orari e modalità di accesso (se previsti): lunedì su appuntamento
- Contatti telefonici e/o mail: equipestarter2@gmail.com
- Cosa può offrire il servizio per rifugiati e richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità specifica:

L'esperienza dell'Equipe Fami SEMPRE, che evolverà in una "Equipe Fami" stabile interna all'AUSL, così come espressamente indicato dalla Regione Emilia Romagna, si configura come un Servizio nato da un lavoro d'equipe multidisciplinare dapprima denominato "Start-ER", successivamente "EQUIPE ICARE" e in ultimo "FAMI S.EM.P.RE.", dedicato alla clinica della popolazione RTPI. I beneficiari individuati infatti sono le persone che il Fondo Sociale Europeo dei diversi F.A.M.I erogati nel tempo, riconosce come tali. Il progetto originario si è costruito sul dispositivo specifico dell'etnoclinica e sull'adozione della sua metodologia di lavoro con i migranti. La molteplicità di professionalità di cui gradualmente l'equipe si è arricchita, con specifiche competenze interculturali sempre garantite, la rende in grado di rispondere alla complessità che caratterizza tale popolazione, attraverso la valutazione, la consultazione (tre incontri di *assessment*) e la presa in carico psicologica se necessario. La pluralità di vertici di osservazione permette di produrre ragionamenti sulle vulnerabilità specifiche e le sofferenze già conclamate di questa tipologia di utenza, unitamente a continue riflessioni e confronti con la rete dell'accoglienza e con altri professionisti dei Servizi, in un'ottica di sistema. A tal scopo e per favorire la circolazione di conoscenze specifiche e sensibilità' transculturali, l'equipe stessa svolge un importante ruolo di raccordo tra i professionisti della Salute Mentale, i Servizi del Consultorio, l'Ospedale e altri Servizi territoriali nonché gli Enti Gestori incaricati dell'accoglienza dei migranti, favorendo e rinforzando continuamente il lavoro in rete, nell'esclusivo interesse della cura e del benessere della popolazione migrante accolta nel nostro territorio.

Movimento Identità Trans – MIT / Sportello Migranti LGBTQI+ Sarah Hegazi

- Sede operativa: Via Polese 22 - Bologna
- Orari e modalità di accesso: Aperto al pubblico con accesso libero
Lunedì, mercoledì, venerdì dalle 10 alle 16 / martedì e giovedì dalle 10 alle 14
- Contatti: Tel/Fax: +39 051 271666 - mail: sportello.sarahhegazi@mit-italia.it o info@mit-italia.it
- Cosa può offrire il servizio per rifugiati e richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità specifica:

Il MIT Movimento Identità Trans, attraverso un'accoglienza accorta e sensibile sotto il profilo umano e professionale, offre *empowerment*, calore, vicinanza, coraggio, stima e fiducia che sono necessari alle persone LGBTQIA+, in primis alle persone trans, ad affrontare al meglio il loro delicato percorso di vita. I nostri servizi di accoglienza sono gratuiti e aperti in particolare a tutte le persone trans e *non binary native*, migranti, rifugiati, richiedenti asilo, apolidi e di seconda generazione. Presso l'accoglienza è attivo lo sportello "SARAH HEGAZI" LGBTQIA+, finalizzato alla promozione e alla difesa dei diritti delle persone migranti. Il servizio si occupa di:

- Sostegno durante il percorso della protezione internazionale (dal primo accesso all'ottenimento di PDS e Titolo di Viaggio, preparazione dei documenti necessari, le relazioni e la memoria per la commissione territoriale, prenotazioni ed accessi ai servizi legali, sanitari ecc.)
- Sostegno per l'ottenimento di CDI, Tessera Sanitaria, Codice Fiscale
- Accompagnamenti ai servizi pubblici (Questura, CT, Comune, Servizi Sanitari, ASP, Colloqui)
- Accesso al supporto psicologico (Consultorio MIT)
- Accesso al supporto endocrinologico
- Supporto legale
- Sostegno durante la ricerca di opportunità di lavoro, corsi lavorativi e corsi di lingua,
- Le attività sociali, gli eventi, gli incontri per le persone LGBTQI+ ed LGBTQI+friendly

Progetto Oltre la Strada – Comune di Bologna

- Progetto coordinato dal Comune di Bologna. Enti gestori:
 - **Ass. Casa delle donne per non subire violenza** (per donne maggiorenni)
tel. 3357849373 oltrelastradabologna@casadonne.it
 - **Ass. Comunità Papa Giovanni XXIII** (per uomini e donne maggiorenni)
tel. 3482488143
 - **Ass. Mondodonna** (per donne maggiorenni)
tel. 3371201876
 - **Coop. Sociale Società Dolce** (per minori)
- Contatti telefonici e/o mail: silvia.lolli@comune.bologna.it e giulia.tedeschi@comune.bologna.it (SOLO per i servizi e per richiedere valutazioni di potenziali vittime)
- Cosa può offrire il servizio per rifugiati e richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità specifica:

Emersione da condizioni di grave sfruttamento e/o tratta per fini sessuali, lavorativi, accattonaggio o attività illecite; fuoriuscita da condizioni di grave sfruttamento e/o tratta; presa in carico; percorso di autonomia.

* NOTA BENE

Tutti i riferimenti riportati sono validi alla data di pubblicazione del presente manuale.

Buone prassi per l’inserimento di peer educator a supporto dell’emersione delle vulnerabilità

Stando all’obiettivo di progetto del WP3-Monitoraggio e modellizzazione degli interventi: “*individuazione di figure peer con funzione di mediazione e interfaccia tra operatori e ospiti delle strutture*”, tra luglio e settembre 2022 sono stati organizzati quattro momenti di scambio e riflessione sulla possibilità di inserimento nel sistema della figura del peer, che hanno visto coinvolte diverse realtà del territorio impegnate nel sistema di accoglienza. In particolare, tali incontri sono stati realizzati attraverso una modalità di *focus group* che, grazie all’attenta conduzione degli psicologi dell’Università di Bologna, ha permesso una discussione aperta e condivisa circa le modalità attraverso le quali è possibile pensare all’eventuale implementazione di figure peer nelle strutture di accoglienza.

Nello specifico, infatti, il *focus group* è una tecnica di ricerca qualitativa che grazie ad un gruppo di lavoro eterogeneo e specifico circa il tema da discutere, permette di generare dati attraverso la discussione del gruppo stesso che, interagendo, produce sistemi di senso collettivamente costruiti e indaga il modo in cui si formano, vengono messi in discussione e possono cambiare i diversi punti di vista, le opinioni, gli atteggiamenti, i discorsi e le rappresentazioni (A. Frisina, 2010). Ciò che viene raccolto, quindi, non riguarda specifici dati numerici ma esperienze, emozioni, sensazioni e idee dei partecipanti circa il tema in discussione; in modo tale che si trasformino, grazie anche al supporto di un moderatore (o moderatori), in esperienza collettiva, riproduzione sociale della conoscenza e rigenerazione continua d’interazione.

Abitualmente si tratta di incontri di circa due ore che coinvolgono gli “*esperti per esperienza*”, cioè coordinatori, operatori, mediatori, psicologi, assistenti sociali, legali e altre figure che, a vario titolo, risultano coinvolte nella tematica oggetto di indagine. Il numero dei partecipanti varia tra 6 e 10.

In seguito ad una attenta analisi del territorio realizzata dall’Università di Bologna in collaborazione con la Cooperativa Dimora D’Abramo, sono state individuate quattro realtà differenti sulla base della loro esperienza specifica nell’ambito dell’accoglienza:

- Coop. Sociale Dimora D’Abramo: realtà con esperienza pluriennale nell’accoglienza di migranti sul territorio reggiano che partecipa a tale progetto in qualità di partner;
- Progetto Shelt(H)er (Associazione MondoDonna Onlus, Coop. Sociale Società Dolce e ASP): équipe di un progetto territoriale dedicato alle donne senza fissa dimora e focalizzato sull’individuazione di “figure sentinelle” che, opportunamente formate, siano in grado di rilevare in maniera precoce dinamiche e segnali di maltrattamento di genere. A tal proposito, l’assonanza di modus operandi e di obiettivi tra il progetto FAMI S.EM.P.RE e tale realtà, ha reso la stessa interessante rispetto ad un lavoro esplorativo sui *peer*;
- CAS Mattei (Coop. Sociale Arca di Noè): realtà rappresentativa dell’accoglienza straordinaria su Bologna per la portata della struttura, il numero di ospiti accolti e la rappresentanza di realtà afferenti alla rete di governance di progetto. A tal proposito, è stata considerata come una realtà in cui provare a riflettere sugli effetti e le conseguenze della presenza di una figura *peer* che possa rilevare segnali di vulnerabilità precoci in un contesto in cui la proporzione fra operatori e beneficiari è ampia e le aree professionali risultano polarizzate;
- Coop. Sociale Società Dolce: il Settore Fragilità ha implementato un percorso di inserimento di figure nate inizialmente come *peer* e che in seguito hanno assunto l’incarico di operatori a tutti gli effetti. Tale esperienza diretta di messa a sistema di figure nate come *peer* ha reso la riflessione con gli operatori utile per un lavoro esplorativo.

Il risultato dei *focus group* offre dei suggerimenti e delle indicazioni su quelli che sono gli aspetti principali da considerare nel caso una realtà fosse orientata ad attivare figure di *peer*. Le tematiche emerse, infatti, sono da considerarsi come specchio delle diverse esperienze dei partecipanti, dei diversi contesti d'intervento e delle diverse dinamiche intrinseche alle realtà coinvolte negli incontri.

La modalità di analisi permette di individuare le tematiche principali, collegate ai diversi aspetti da considerare per la scelta e l'impiego della figura di *peer* nei vari contesti. Occorre sottolineare che quanto verrà presentato richiede un adattamento alle specifiche esigenze. Per facilitare la comprensione, i risultati sono stati riassunti in tabelle nelle quali, per ogni tema evidenziato, vengono riportati una breve descrizione della specifica caratteristica e una sentenza (frase letterale) che fa riferimento alle affermazioni degli operatori coinvolti nel *focus group*.

I titoli dei temi che verranno descritti sono proposti dal *team* di lavoro e hanno la funzione indicativo sul contenuto del tema.

A conclusione dell'analisi sono stati individuati 5 temi:

1. Chi è un *peer*?

In questo ambito verranno riportati i suggerimenti riguardanti le caratteristiche della persona che potrebbe svolgere questo ruolo.

2. Come scegliere un *peer*?

Questo tema fa riferimento a come orientarsi per selezionare la figura del *peer*.

3. Competenze del *peer*.

Riguarda le competenze necessarie per lo svolgimento del ruolo di *peer*.

4. Cautele.

Questo tema rappresenta quelle che possono essere considerate barriere o potenziali rischi correlati all'implementazione della figura.

5. Modalità di ingaggio.

Questo tema riguarda la tipologia di rapporto da instaurare tra l'ente e la figura del *peer* individuata.

Tema 1: Chi è un *peer*?

Chi è un <i>peer</i> ?	Caratteristica	Esemplificazione
Beneficiario senior, ex beneficiario	Lunga esperienza	<i>"Nello specifico, si può parlare di un peer interno al contesto di lavoro quando esso è individuato e/o opera nella stessa struttura in cui vive. In questo caso, individuare una peer in un beneficiario senior, ossia un ospite della struttura che avendo già trascorso diverso tempo nel sistema di accoglienza può essere preso come punto di riferimento dagli altri ospiti".</i>
Operatore residente volontario	Persona che svolge attività o a contatto con i beneficiari	<i>"Le operatrici notturne e anche le ragazze [accolte] vivono dentro la struttura. [...] per questa ragione in questo senso sono peer, nel senso che vivono lì e quindi certe dinamiche che loro vivono un operatore non le vive".</i>

Considerando i quattro *focus group*, la maggior parte dei partecipanti ha discusso su chi possa adempiere al ruolo di *peer*. In particolare, l'aspetto che è parso più rilevante riguarda il fatto che la figura *peer* possa essere interna o esterna al contesto di lavoro a seconda delle specifiche esigenze della struttura di accoglienza. A tal proposito, i vari partecipanti hanno discusso sulla possibilità di selezionare come *peer* un beneficiario *senior*, un operatore residente, un ex beneficiario e/o un volontario esterno. Un ultimo aspetto, emerso in un solo *focus group* ma che risulta trasversale alla discussione di chi possa essere un *peer*, è il genere. In base a specifici contesti, infatti, alcuni interlocutori hanno espresso l'esigenza di valutare con cura la scelta di *peer* di genere maschile o femminile.

Tema 2: Come scegliere un *peer*?

Come scegliere?	Caratteristiche	Esemplificazione
Emersione spontanea	Riconosciuto da altri come punto di riferimento	<i>"qua secondo me in forma spontanea si manifestano queste figure di peer soprattutto quando arrivano in gruppo, o c'è un ragazzo nuovo e c'è una persona che è già presente all'interno del campo, magari della stessa provenienza o comunque condivide la dimensione linguistica che gli faccia un po' da ponte rispetto a quelle che sono la struttura o anche le regole informali"</i>
Selezione	Adeguato al contesto di lavoro Emotivamente solido Competente	<i>"io escluderei dal ruolo di peer persone che agiscono in maniera indiscriminata il loro potere"</i>
Referenze	Garanzie nel processo di selezione	<i>"avere un interlocutore che garantisca le persone che vengono segnalate, cioè non buttatevi sul mercato, non prendete il primo che capita insomma; perché c'è bisogno di una garanzia sia per te che parti perché ti trovi una persona che non conosci eccetera sia per la persona che arriva"</i>

Nell'interazione tra i diversi partecipanti, considerando i quattro *focus group* realizzati, sono emerse spesso le modalità con cui è possibile selezionare un *peer*. In base ai diversi contesti, alcuni interlocutori hanno parlato di emersione spontanea, ossia, soprattutto nelle strutture in cui sono accolti un numero consistente di ospiti, alla possibilità di pensare alla scelta dei *peer* tra quei beneficiari già riconosciuti dagli accolti come punti di riferimento per motivi personali e/o competenze specifiche. In altri contesti, invece, può risultare necessario scegliere figure *peer ad hoc* rispetto alle esigenze della struttura, considerando quindi la valutazione di specifici criteri di inclusione ed esclusione. Infine, in un solo *focus group* è emersa anche la possibilità di affidarsi ad una filiera di garanti che, fungendo da filtro, possa aiutare le strutture di accoglienza a selezionare eventuali figure *peer* adeguate alle esigenze lavorative delle strutture stesse.

Tema 3: Competenze del peer

Competenze del peer	Caratteristiche	Esemplificazioni
Competenze linguistiche	Conoscenza italiano e/o lingua veicolare	<i>"è più probabile che una persona che parla una lingua veicolare possa essere utilizzato come peer"</i>
Competenze relazionali	Flessibilità e capacità di adattamento, gestione delle emergenze Affidabilità e credibilità Saper orientare	<i>"Il tema è la relazione, bisogna essere predisposti alla relazione con l'altro" "C'è bisogno anche della lettura delle vulnerabilità giusta che a volte manca anche nelle comunità." "deve essere una persona credibile quindi la credibilità per la donna o l'uomo che si trova davanti deve essere fondamentale e che questa credibilità sia data dalla possibilità che la sua esperienza di vita si sovrapponga a quella della persona che quindi ci siano dei punti di contatto è poco importante, perché deve essere la persona a riconoscerla come una persona credibile" "per quanto ci riguarda, bisogna avere chiaro che aiutare non significa sostituirsi non significa che la mia esperienza necessariamente deve essere la tua esperienza. [...] noi sappiamo che nei nostri settori la relazione d'aiuto è funzionale a un rafforzamento e anche il riprendersi il diritto di decidere di sé stesse"</i>
Autonomia	Emancipazione e crescita personale	<i>"coinvolgere le persone e dare degli strumenti tali per cui uno davvero si costruisce un percorso in autonomia che si allarga da quella che è la rete dalla quale proviene, [...] con la possibilità di, come dire, far proseguire la persona dopo con la parte di inserimento lavorativo"</i>
Formazione	Teorica e pratica Conoscenza dei servizi	<i>"un piccolo modulo di formazione a cui la persona può partecipare che gli fornisca delle competenze di base, [...] competenze digitali piuttosto che competenze relazionali [...] un po' la rete come funzionano i servizi, come funzionano e una parte proprio più esperienziale loro; quindi, che cosa pensano del loro ruolo. [...] una formazione un po' prima, durante e un momento di chiusura."</i>
Assonanza culturale	Conoscenza e comprensione delle differenze culturali Capacità di rapportarsi alle differenze culturali	<i>"il punto è più che rapporto ha, che mondo culturale porta, come si rapporta col proprio mondo culturale e che disponibilità ha a rapportarsi con un mondo culturale altro. Quindi rispetto alla provenienza o al bagaglio culturale che la persona porta, il tema è più come sta nel suo bagaglio culturale e come sta nel confrontarsi con un bagaglio culturale differente. Quindi è più connesso a questo che alla connessione di lingua di provenienza"</i>

Le interazioni e gli scambi di idee ed esperienze durante i quattro *focus group* si sono concentrati principalmente nel delineare le competenze che un *peer* dovrebbe avere al fine di poter adempiere a tale ruolo. In particolare, ciò che è stato condiviso da quasi tutti gli interlocutori nei diversi incontri sono state alcune necessità:

- che il *peer* abbia competenze specifiche e utili al ruolo ricoperto,

- che esso sia formato e/o che riceva un’adeguata formazione,
- che una figura *peer* sia e venga riconosciuta dagli ospiti della struttura e dagli operatori come affidabile e credibile,
- che venga valutata con attenzione la provenienza culturale della figura *peer*,
- che esso, nonostante il suo incarico, mantenga una certa autonomia personale investendo su sé stesso ed evitando di costruire la propria identità attorno al ruolo di *peer* limitando così le proprie opportunità di crescita e di carriera,
- che il *peer* abbia un ruolo transitorio e temporaneo, ossia un incarico circoscritto nel tempo.

Tali requisiti, infatti, sono stati messi in rilievo dai diversi partecipanti in quanto ritenuti necessari al contrasto della disinformazione, spesso presente nei contesti di accoglienza, e funzionali alla possibilità che il *peer* funga da figura di orientamento, aiuto e supporto ai beneficiari.

Di contro, in un solo *focus group* è emersa la possibilità di valutare per l’incarico di *peer* quegli ospiti o ex ospiti delle strutture di accoglienza che presentino particolari vulnerabilità, in modo tale da poter dare loro maggiore valore e riconoscimento. Ragionando in questi termini, infatti, si è ipotizzato che così facendo si possa fornire agli ospiti più fragili l’opportunità di acquisire maggiori competenze e aprirsi maggiori possibilità di autonomia e crescita personale.

Tema 4: Cautele

Cautele	Caratteristiche	Esemplificazioni
Potere	Rischio di disuguaglianze, confine ospite operatore	<p><i>“un peer può fare il peer nella struttura nel quale è accolto? Si è sempre pensato di no perché il peer chiaramente per ruolo, identità ha un potere, gli strumenti che gli altri accolti non hanno e quindi, come se la gioca? Nell’orario in cui non è peer diventa un accolto ordinario?”</i></p> <p><i>“io ho visto dei peer salvare la situazione che si stava creando dal punto di vista relazionale, comportamentale con altri ospiti proprio perché facevano parte del loro e in quel momento lì l’identità si sposta più dall’altra parte; così come ho visto il contrario, cioè ho visto dei peer far saltare per aria delle situazioni e fare da polveriera proprio perché facevano parte del noi... quindi è l’equilibrio, è veramente molto molto delicato rispetto a come una persona decide di giocare il proprio ruolo”.</i></p>
Discriminazione	Attitudine e approccio alle diversità	<p><i>“secondo me un peer, una peer non può essere una persona che discrimina, cioè che discrimina in base alla razza, che discrimina in base all’orientamento religioso, in base all’orientamento sessuale e cioè nel senso che da questo punto di vista deve essere necessariamente allineato con il mandato, mi viene da dire, prima politico e poi sociale dell’equipe [...]. una capacità deve essere quella dell’assenza del giudizio.”</i></p>
Pettegolezzi	Riservatezza e rispetto	<p><i>“se ho qualche difficoltà e qualcosa e qualche informazione gira si crea un problema e i ragazzi ci tengono molto alla privacy, alla segretezza delle cose, dei documenti. [...] il rischio è che possono diffondersi dei pettegolezzi, delle storie che non fanno vivere la persona tranquilla nel centro perché le camere sono numerose”</i></p>

In tutti i *focus group* si è discusso circa i limiti e le conseguenze che l'implementazione di figure *peer* può comportare, tenendo sempre in considerazione gli specifici contesti di lavoro. In particolare, la maggior parte dei partecipanti ha parlato delle difficoltà che possono emergere rispetto alla detenzione di potere da parte della figura *peer*, aprendo differenti discussioni sulla possibilità che, a causa di ciò, si possano creare disuguaglianze tra gli ospiti, mettere in discussione il confine operatore-ospite, generare nel *peer* eventuali aspettative rispetto ad un trattamento diverso da parte degli operatori della struttura o richieste di giovare di privilegi rispetto agli altri ospiti e incorrere in situazioni di discriminazione alimentando pettegolezzi e pregiudizi. In particolare, alcuni partecipanti hanno espresso perplessità circa la possibilità che un *peer* abbia effettivo potere sugli altri ospiti, soprattutto in quei contesti caratterizzati da un'alta numerosità di ospiti, in quanto tale condizione potrebbe innescare un iperinvestimento nella figura del *peer* da parte degli altri ospiti, caricandolo così di impegni e responsabilità che potrebbero andare oltre il proprio ruolo ed appesantirlo da un punto di vista emotivo. In particolare, alcuni interlocutori hanno approfondito la questione parlando di come tale situazione possa anche innescare dinamiche di aiuto in cui però non viene incentivata la possibilità di crescita e di sviluppo di nuove competenze negli ospiti bisognosi, ma si determina un meccanismo per cui il *peer* si sostituisce al beneficiario.

Tema 5: Modalità di ingaggio

Modalità di ingaggio	Caratteristiche	Esemplificazione
Riconoscimento formale	Chiara definizione del mandato/contratto	<p><i>"dovrebbe essere una figura riconosciuta ed esserci trasparenza, se messo a sistema con formazione questo implica un riconoscimento."</i></p> <p><i>"la cosa interessante che negli anni abbiamo fatto, che abbiamo messo a sistema negli anni è stato il fatto di contrattualizzare tutti gli operatori anche quelli notturni [...] l'aspetto interessante sia il fatto di inserirli nel gruppo di lavoro non solo a livello di partecipare all'equipe, partecipare alle riunioni e avere un ruolo chiaro ma anche dal punto di vista del avere un contratto che altrimenti si rischia di tenere la persona poi a un livello più vicino a quello dei beneficiari piuttosto che a quello della equipe operativa mentre per noi la figura dell'operatore e infatti non usiamo più peer educator, non più peer operator perché è in disuso dal nostro punto di vista, è un operatore a tutti gli effetti"</i></p>
Riconoscimento informale	Occasionale, non continuativo	<p><i>"nel quotidiano anche a me capita di fare riferimento a una persona rispetto ad un'altra perché è più facile comunicare con lui e far trasmettere il messaggio agli altri per esempio. Questo però è funzionale in modo sporadico e non come un punto di riferimento"</i></p>

Per evitare di incorrere in eventuali rischi o di sentirsi schiacciati dai diversi limiti che una figura *peer* può avere, in tutti i *focus group* si è discussa la questione dell'adeguato riconoscimento di tale ruolo e soprattutto della necessità di una definizione chiara del mandato. In particolare, in base alle diverse realtà incontrate e, di conseguenza, in base ai diversi contesti di lavoro, i partecipanti si sono interrogati su due tipi di possibili riconoscimenti: uno formale e uno informale. A tal proposito, i partecipanti hanno discusso la possibilità che il *peer* possa essere considerato parte integrante o

meno dell'equipe di lavoro, valutando la possibilità di contrattualizzare o riconoscere solo informalmente tale figura ma mantenendo fronte comune sulla necessità che esso prenda parte a momenti di supervisione e monitoraggio. In due *focus group* su quattro, infatti, è stato sottolineato come in alcuni contesti di lavoro non sia possibile pensare ad un riconoscimento formale della figura *peer* a causa di particolari dinamiche intrinseche all'organizzazione della struttura di accoglienza e/o aspetti contestuali come, ad esempio, la mancanza di risorse. In tali contesti, alcuni partecipanti hanno optando così per la possibilità di dare ai *peer* incarichi occasionali, circoscritti o di affiancare tale figura ai mediatori in quanto professionalità già bene inserita nei contesti di accoglienza.

Conclusione

In conclusione, crediamo che il messaggio utile da estrapolare da questo lavoro complesso sia cercare di suggerire o, meglio, attenzionare una modalità di pensiero, un ragionamento quando si ipotizza l'implementazione di figure *peer* all'interno di strutture di accoglienza. Coerentemente con le modalità d'impostazione di questo scritto, ci sembrano molto chiare ed esauritive le parole di una delle partecipanti ai *focus group*:

*"il senso è permettersi anche di non cercare un protocollo unico che guidi, ma sviluppare quelle competenze che ti permettono di andare a protocollare il ragionamento; **il tema è protocollare il ragionamento non la prassi** perché poi è chiaro che se tu protocolli la prassi poi perdi la soggettività, potrai fare questo, questo e questo, ma dopo sei mesi quello che hai scritto non ha più senso perché le persone cambiano, le beneficiarie cambiano, le necessità cambiano, il sistema cambia [...] quindi **protocollare la prassi non ha senso mentre protocollare il ragionamento ti aiuta a ottenere, a concordare un modo di stare** però [sappiamo] purtroppo che protocollare il ragionamento è difficile".*

Allegati

Allegato 1 – Distribuzione dettagliata del campione

Soggetti in carico		Soggetti non in carico	
58		42	
Uomini	Donne	Minori	
58	42	13	
Minori accompagnati		MSNA	
5		8	
LGBTQIA+		Anziani	
58		42	
BOLOGNA		Soggetti non in carico	
Associazione ArciSolidarietà		4	
Antoniano Onlus		1	
Coop. Sociale CIDAS		10	
Coop. Sociale Open Group		7	
Coop. Sociale Arca di Noè		31	
Coop. Sociale Società Dolce		5	
Associazione MondoDonna Onlus		16	
Coop. Sociale Domani		3	
Coop. Sociale Libertas Assistenza		6	
Coop. Sociale Piazza Grande Onlus		2	
IMOLA		Soggetti non in carico	
Coop. Sociale CIDAS		4	
Associazione Trama di Terre		1	
Coop. Sociale Solco Prossimo		3	
Coop. Sociale Arca di Noè		6	
Accolti in CAS		Accolti in SAI (ordinari, vulnerabili, MSNA)	
67		33	

Allegato 2 – Strumento di rilevazione del rischio di vulnerabilità



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Scheda Anagrafica

In questa scheda anagrafica si raccolgono le principali informazioni sulla persona, sullo stato civile e familiare, scolarità e conoscenza linguistica, oltreché informazioni sull'accesso alle strutture sanitarie in Italia; si tratta di una sezione comune a tutti i target.

Nome					
Cognome					
Altro nome/Soprannome					
Data di nascita					
Età (anni)					
Luogo di nascita					
Sesso	M		F		Altro
Religione					
Gruppo etnico					
Nazionalità					
Lingua madre					
Stato civile					
Figli	NO		SI		
Figlio 1	Nome	Cognome	Età	Accudito da	
Figlio 2	Nome	Cognome	Età	Accudito da	
Figlio 3	Nome	Cognome	Età	Accudito da	
Figlio 4	Nome	Cognome	Età	Accudito da	
Figlio 5	Nome	Cognome	Età	Accudito da	
Da quanto tempo in Italia					
In possesso di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Codice Fiscale	Tessera sanitaria TEAM	Tessera sanitaria STP		
Sistemazione abitativa					
Occupazione attuale					
Occupazioni precedenti					
Scolarità nel Paese di origine					
Scolarità nel Paese di accoglienza					
Situazione familiare alla partenza					
Data di compilazione					
Nome dell'operatore					

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Minori

Questa sezione è interamente dedicata agli ospiti minori, focalizzandosi sulle specifiche necessità che questi manifestano rispetto agli adulti. Se l'ospite è maggiorenne questa sezione non deve essere compilata. Questa scheda è esaustiva di tutti i sottodomini, le dimensioni specifiche, dimensioni trasversali e descrittori operativi che individuano aspetti peculiari, sia dei minori non accompagnati che dei minori accompagnati. I sottodomini vanno ad indicare una prima distinzione tra minore straniero non accompagnato e minore straniero accompagnato, individuando poi delle dimensioni specifiche per ciascuno. Successivamente sono indicate alcuni sottodomini trasversali che si riferiscono a dimensioni comuni sia ai MSNA che i minori accompagnati. **Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.**

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
MSNA	Esposizione a rischi	Viaggio Migratorio da solo			
		Pds Affidamento			
	Area Legale	Pds Minore Età			
		Doppio Binario			
		Titolare di Protezione Internazionale			
		Titolare di Protezione Complementare			
		Condizione di incertezza sul mantenimento della regolarità			
Possibilità di family riunificazioni					
Minore accompagnato					
Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Stato di salute fisica e psichica	Salute fisica	Segni di violenza (cicatrici, bruciate, ematomi...)			
		Segni di malattia			
		Malattie sessualmente trasmissibili			
		Diagnosi di malattia già conclamata			
	Salute psichica	Problematiche di salute psichica in passato			
		Segni di autolesionismo			
		Disturbi alimentari o condotte alimentari irregolari			
		Preoccupazioni o timori eccessivi			
		Deflessione del tono dell'umore			
		Regressioni			
		Ritardo nel parlare o nello sviluppo cognitivo			
		Scatti di rabbia			
		Comportamenti antisociali			
		Condotte devianti			
Ritiro sociale o apatia					
Minore a rischio di suicidio		Ideazione suicidaria nel presente o nel passato			
		Tentativi di suicidio nel presente o nel passato			
Minore a rischio di dipendenza	Rapporto con sostanze, alcol, farmaci o dipendenze comportamentali	Uso occasionale di sostanze o alcol			
		Uso regolare di sostanze o alcol			
		Abuso pervasivo nella quotidianità di sostanze, alcol o farmaci			
		Dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza da internet...)			
	Familiari con problemi legati alle dipendenze				
Consapevolezza	Scarsa consapevolezza rispetto al tema della dipendenza				

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
LGBTQIA+	Relazioni sociali	Coming out			
		Outing			
	Contesto	Rifiuto da parte della famiglia			
		Stigma nel Paese di origine			
Stigma nel Paese ospitante					
Minore vittima di violenza / traumi / tortura	Minaccia	Situazione di minaccia o violenza nel Paese di origine			
		Situazione di minaccia o violenza durante il viaggio migratorio			
		Situazione di minaccia o violenza nel Paese ospitante			
	Condizioni di sicurezza	Esposizione a situazioni di minaccia			
		Vittima di tortura			
		Forzato a partecipare ad atti di tortura su terzi			
		Familiari vittime di tortura			
Violenza assistita					
Detenzione	Detenuto / isolato in passato				
Minore vittima di tratta / sfruttamento	Tratta / trafficking	Vittima di tratta di tipo sessuale			
		Vittima di spostamenti forzati			
		Altre situazioni di trafficking			
Rischi genere specifici	Tematiche femminili	Minore vittima di MGF			
		IVG			
		Minore in gravidanza			
		Gravidanza frutto di violenza			
Dimensioni trasversali	Programmi terapeutici	Cure tradizionali			
		Programma di cura auto prescritto			
	Autonomia	Scarsa cura di sé			
		Conoscenza dell'italiano insufficiente			
	Relazioni significative	Orfano di uno o entrambi i genitori			
Scarso accudimento da parte di genitori/caregivers nel presente o nel passato					
Risorse personali e contestuali	Legale	Situazione sicura e stabile dal punto di vista legale			
	Economico	Adeguate risorse economiche			
	Professionale / scolastico	Lavoro continuativo / frequenza a scuola continuativa			
		Supporto scolastico e attività di dopo scuola			
		Opportunità di crescita personale e professionale			
	Partecipazione	Attivismo e associazionismo			
		Adesione alle opportunità offerte o proposte			
	Relazionali	Presenza di familiari in Europa (fuori dall'Italia)			
		Presenza di figure di riferimento oltre agli educatori			
		Presenza di una rete di pari			
		Relazione sentimentale stabile			
	Compliance	Adesione al percorso di supporto psicologico / psichiatrico			
		Adesione alle indicazioni terapeutiche			
Contesto	Vive in un contesto abitativo adeguato				

Note:



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Donne

In questa sezione vengono presi in considerazione i sottodomini che riguardano esclusivamente le donne. Questo target, infatti, presenta caratteristiche peculiarità e un elevato rischio di vulnerabilità.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Viaggio migratorio	Esposizione a rischi	Viaggio migratorio da sola			
		Viaggio migratorio da sola con minori a carico			
Gravidanza e puerperio	Stato di salute	Gravida			
		Puerpera			
		Gravidanza a rischio			
		Rifiuto della presa in carico socio-sanitaria			
	Contesto	Gravidanza frutto di violenza			
		Scarso supporto familiare			
Contesto di vita inadeguato					
Madre single					
Madre di figli lontani	Contesto	Figli accuditi da un familiare / amico			
		Figli allontanati o dati in adozione			
Donna vittima di MGF		Evitamento delle visite ginecologiche			
		Condivisione della tradizione			
		Mancanza di informazioni rispetto ad interventi chirurgico-riparativi			
IVG		IVG prima dell'arrivo in Italia			
		IVG dopo l'arrivo in Italia			
Donna vittima o a rischio di violenza	Contesto e relazioni	Vive o ha vissuto in contesti domestici o comunitari a rischio			
		Vittima di violenze e intimidazioni durante le attività quotidiane			
		Vittima di abusi sessuali intrafamiliari (incesto...)			
		Violenza da parte di persone influenti o che avevano ruolo di proteggerla			

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

LGBTQIA+

Questa sezione deve essere compilata laddove la persona presenti questioni relative all'identità di genere. Gli operatori dovranno quindi compilare questa sezione solo se la persona appartiene a questo target, che presenta alcune caratteristiche e un rischio di vulnerabilità specifico.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona a rischio per l'orientamento sessuale	Relazioni sociali	Coming out			
		Outing			
Lesbica / Gay					
Bisex					
Trans	Transizione	Interventi / terapie per la transizione effettuati nel Paese d'origine			
		Interventi / terapie per la transizione effettuati nel Paese ospitante			
		Comprensione iter legale/giuridico di adeguamento dei dati anagrafici			
Queer					
Intersex					
Asexual					
	Dimensioni trasversali	Descrittori operativi	SI	NO	ND
	Contesto	Rifiuto da parte della famiglia			
		Stigma nel Paese di origine			
		Stigma nel Paese ospitante			
		Immigrato nel contesto attuale per motivi legati a questo tema			

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Caregivers

Questa sezione si rivolge ai migranti che si prendono cura di familiari, anziani, disabili o minori e indaga le dimensioni di rischio di vulnerabilità che essi possono incontrare.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Familiari che curano disabili		Scarsa consapevolezza della disabilità			
		Preoccupazioni per il futuro			
		Stigma culturale sulla disabilità			
Familiari che curano anziani					
Familiari che curano minori	Relazione	Relazione di attaccamento insicura			
		Timore di una eventuale separazione			
	Dimensioni trasversali	Descrittori operativi	SI	NO	ND
	Contesto	Mancanza di spazio personale			
		Scarsa cura di sé			
		Difficoltà nella quotidianità			
		Necessità di risorse professionali (operatori socio-sanitari / psicologi)			
		Unico incaricato dell'accudimento			

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Violenza - Traumi - Tortura - Sfruttamento - Tratta

Questa sezione si rivolge a tutti gli adulti ed entra nel merito dei domini legati alla violenza, ai traumi alla tortura, allo sfruttamento e alla tratta. Si rivolge quindi a eventi traumatici che possono riguardare sia uomini che donne, nonostante alcuni di essi possano avere una prevalenza per genere.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona vittima di minaccia, violenza, tortura, detenzione	Minaccia	Situazione di minaccia subita nel Paese di origine			
		Situazione di minaccia subita durante il viaggio migratorio			
		Situazione di minaccia subita nel Paese ospitante			
	Violenza	Esposta al rischio di violenza			
		Esposta a violenza fisica o sessuale			
		Costretta a esercitare violenza sugli altri			
	Tortura	Vittima di episodi di tortura			
		Forzata a partecipare ad atti di tortura su terzi			
		Familiari vittime di tortura			
	Matrimonio forzato	Costretta a sposare una persona contro la propria volontà			
Detenzione	Detenuta / isolata in passato				
Persona vittima di sfruttamento lavorativo / tratta	Lavoro nero / sfruttamento lavorativo / altro	In passato sfruttata, minacciata, malpagata			
		Attualmente sfruttata dal punto di vista lavorativo			
	Tratta / trafficking	Vittima di tratta di tipo sessuale			
		Vittima di spostamenti forzati			
		Vittima di altre situazioni di trafficking			
		Costretta a collaborare ad attività di tratta / trafficking / smuggling			
Dimensioni trasversali					
Dimensione sociale e relazionale	Condizionamenti legati a rituali, credenze o per motivi religiosi				
	Controllata da persone della sua rete sociale, familiare, religiosa				

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Salute fisica e mentale

Questa sezione tratta i temi relativi alla salute mentale e fisica, individuando alcuni sottodomini specifici e altri trasversali a tutti. L'operatore avrà quindi modo di scorrere le dimensioni e individuare tra i descrittori operativi quelli che definiscono la condizione del migrante.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona con problemi di salute fisica	Stato di salute fisica	Malattia fisica			
		Malattia fisica grave			
		Frequenti ricoveri in ospedale			
		Segni fisici di violenza (cicatrici, bruciate, ematomi...)			
		Malattie sessualmente trasmissibili			
		Tubercolosi			
	Consapevolezza	Scarsa consapevolezza dello stato di salute fisica			
Persona con problemi di salute psichica	Stato di salute psichica	Scarsa cura di sé e igiene personale			
		Conversazione difficile / stato confusionale			
		Scarso orientamento rispetto al tempo o allo spazio			
		Pregressi ricoveri per problematiche psichiatriche / psicologiche			
		Convinzioni irrealistiche e incrollabili di fronte alle evidenze			
		Comportamento inopportuno o bizzarro			
		Compromissione del funzionamento quotidiano (eccesso di paura, umore depresso..)			
		Disturbi del sonno o alterazioni del ritmo sonno veglia			
		Incubi ricorrenti (con forte impatto emotivo e ripercussioni nella quotidianità)			
		Autolesionismo			
		Scatti di rabbia			
		Ritiro sociale, apatia			
		Deflessione del tono dell'umore			
	Disturbi alimentari o condotte alimentari irregolari				
Body Pain					
Consapevolezza	Scarsa consapevolezza dello stato di salute psichica				
Persona a rischio di suicidio		Ideazione suicidaria nel presente o nel passato			
		Tentativi di suicidio nel presente o nel passato			

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona a rischio di condotte devianti		Microcriminalità			
		Condotte devianti			
		Comportamenti antisociali			
Persona a rischio di dipendenza	Rapporto con sostanze, alcol, farmaci o dipendenze comportamentali	Uso occasionale di sostanze o alcol			
		Uso regolare di sostanze o alcol			
		Abuso pervasivo nella quotidianità di sostanze, alcol o farmaci			
		Dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza da internet...)			
	Familiari con problematiche legate alle dipendenze				
	Consapevolezza	Scarsa consapevolezza dello stato di salute fisica			
	Dimensioni trasversali	Descrittori operativi	SI	NO	ND
	Salute psicosessuale	Scarsa consapevolezza rispetto alla sfera affettiva e sessuale			
		Rapporti sessuali promiscui e non protetti			
	Programmi terapeutici	Cure tradizionali			
		Programma di cura auto prescritto			

Note:



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Necessità di assistenza e livello di autonomia

In questa sezione vengono analizzate le necessità di assistenza e il livello di autonomia del migrante. Questa scheda deve essere compilata per tutti i target. Nella prima parte della scheda vengono individuati alcuni sottodomini specifici, mentre la seconda parte individua dimensioni trasversali a tutti i target.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona con limitazione / disabilità	Area limitazione	Vista			
		Udito			
		Comunicazione			
		Mobilità			
		Intellettuale			
	Consapevolezza	Scarsa consapevolezza delle proprie limitazioni / disabilità			
Anziani (over 65)	Situazione familiare	Mancanza di supporto della rete familiare			
	Dimensioni trasversali	Descrittori operativi	SI	NO	ND
	Autonomia	Scarsa cura di sé			
		Conoscenza dell'italiano insufficiente			
		Necessità di accompagnamento a eventuali servizi di riferimento			
		Necessità di supervisione nell'assunzione della terapia			

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D2000020002**

Area Legale

Questa sezione indaga aspetti relativi all'area legale. In essa si raccolgono informazioni relative allo status giuridico del migrante, ritenendo che anche questo possa avere delle ricadute in termini di rischio di vulnerabilità.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona regolarmente soggiornante <i>(se neomaggiorenni andare al sottodominio dedicato)</i>	Status giuridico	Titolare di Protezione Internazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Titolare di Protezione Complementare *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Richiedente asilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c.d. Dublinante (in attesa che venga deciso lo Stato competente) **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Titolare di pds non correlato alla protezione internazionale (es. affido / mot. familiari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domanda di protezione internazionale	Domanda di Protezione appena formalizzata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Richiedente asilo di "lungo periodo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sofferenza per la lunghezza dell'iter giuridico della richiesta asilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Incertezza sul proseguo del percorso legislativo della richiesta asilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Domanda reiterata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soggiorno	Condizione di incertezza sul mantenimento della regolarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irregolarmente soggiornante	Contesto giuridico	A rischio di espulsione / rimpatrio coatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fatto domanda di regolarizzazione / sanatoria / prot. internazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neomaggiorenne (compilare se tra i 18 e i 20 anni ed entrato da minorenni)	Status giuridico	Pds Affidamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pds Attesa lavoro / Lavoro sub / Studio (anche se in richiesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Titolare di Protezione Internazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Titolare di Protezione Complementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Richiedente asilo (o intenzionato a richiedere prot. internazionale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soggiorno	Condizione di incertezza sul mantenimento della regolarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dimensioni trasversali	Descrittori operativi	SI	NO	ND
		Procedimenti penali in atto / reati ostativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Provenienza da Paese Sicuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c.d. Dublinante di ritorno (ingresso in Italia disposto da Unità Dublino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Da intendersi come la protezione che non è di tipo internazionale (asilo politico / sussidiaria) ma è di tipo nazionale umanitaria (motivi umanitari, casi speciali, protezione speciale – a prescindere da eventuali cambi di nome).

** Dublinante si rimane fino alla decisione dello stato competente dell'esame della domanda. Anche se si è presentato ricorso (avverso la decisione dell'unità Dublino) si rimane soggetti al Reg. Dublino.

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D2000020002**

Gruppi Sociali

Questa sezione si incentra sul tema dei “Gruppi sociali”, sia nel Paese di origine che in quello di accoglienza, intesi come potenziali elementi che espongono la persona a discriminazioni. Si tratta di una sezione trasversale a tutti i target. **Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.**

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Persona vittima di discriminazioni nel Paese di origine	Personale	Usi e costumi difficili da mantenere			
		Esposta a discriminazione per aspetti personali imprescindibili			
		Esposta a discriminazione per tematiche di genere			
	Familiare	Esposta a discriminazione da parte della famiglia			
	Opinione	Esposta a discriminazioni correlate alla propria opinione, appartenenza a partito politico o mobilitazione civile			
	Orientamento sessuale / Identità di genere	Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate all'appartenenza LGBTQIA+			
	Etnia / Casta / Tribù	Segni esteriori visibili			
		Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua appartenenza etnica			
	Religione	Segni esteriori visibili			
		Conversione religiosa			
Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua appartenenza religiosa					
Professionale	Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua professione				
Persona vittima di discriminazioni nel Paese di accoglienza	Personale	Usi e costumi difficili da mantenere			
		Esposta a discriminazione per aspetti personali imprescindibili			
		Esposta a discriminazione per tematiche di genere			
	Familiare	Esposta a discriminazione da parte della famiglia			
	Opinione	Esposta a discriminazione correlate alla propria opinione, appartenenza a partito politico o mobilitazione civile			
	Orientamento sessuale / Identità di genere	Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alle tematiche LGBTQIA+ subite nel Paese di origine			
	Etnia / Casta / Tribù	Segni esteriori visibili			
		Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua appartenenza etnica			
	Religione	Segni esteriori visibili			
		Conversione religiosa			
Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua appartenenza religiosa					
Professionale	Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alla sua professione				

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

**PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D20000020002**

Risorse personali e contestuali

Questa sezione denominata "Risorse personali e contestuali" raccoglie alcuni elementi che rappresentano le risorse di cui dispone il migrante e che potrebbero attenuare il rischio e favorire il benessere. Si tratta di sottodomini comuni a tutti i target e pertanto deve essere compilata per tutti gli adulti.

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Dimensioni specifiche	Descrittori operativi	SI	NO	ND
Risorse personali e contestuali	Legale	Conoscenza e comprensione dell'iter giuridico / amministrativo			
		Situazione sicura e stabile dal punto di vista legale			
	Economica	Risorse economiche			
	Professionale	Lavoro regolare			
		Opportunità di crescita personale e professionale			
	Partecipazione	Attivismo e associazionismo			
		Adesione alle attività proposte o offerte			
	Relazionale	Buoni rapporti e inclusione nella comunità di connazionali			
		Buoni rapporti e inclusione nella rete del territorio			
		Relazione sentimentale stabile			
	Compliance	Adesione ai percorsi di supporto psicologico / psichiatrico			
		Adesione alle indicazioni terapeutiche			
		Adesione ai percorsi di tutela per le vittime di tratta			
	Contesto	Vive in un contesto abitativo adeguato			
		Inserita in ambiente protetto			

Note:

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Prefettura di Bologna
Ufficio Territoriale del Governo



Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON3 Capacity Building – Circolare Prefetture 2020 – I Sportello

PROG-3476 - S.EM.P.RE - Sostegno all'EMersione delle vulnerabilità attraverso il Potenziamento della REte dell'accoglienza
Prefettura di Bologna - CUP F39D2000020002

Check list

Si rammenta che sia i sottodomini che i descrittori operativi vanno barrati con una crocetta (x) negli appositi spazi retinati.

Sottodomini	Descrittori operativi	
Target specifici	Donna	
	LGBTQIA+	
	Caregiver	
Vittima di minaccia, violenza, tortura, detenzione	Minaccia subita nel Paese di origine	
	Esposta a violenza fisica o sessuale	
	Familiari vittime di tortura	
	Detenuta / isolata in passato	
Vittima di sfruttamento lavorativo / tratta	Vittima di tratta di tipo sessuale	
	Vittima di altre situazioni di trafficking	
Salute fisica	Malattia fisica grave	
	Segni fisici di violenza (cicatrici, bruciate, ematomi...)	
	Malattie sessualmente trasmissibili	
Salute psichica	Compromissione del funzionamento quotidiano (eccesso di paura, umore depresso...)	
	Disturbi del sonno o alterazioni del ritmo sonno veglia	
	Incubi ricorrenti (con forte impatto emotivo e ripercussioni nella quotidianità)	
	Scatti di rabbia	
	Ritiro sociale, apatia	
Necessità di assistenza	Limitazione o disabilità	
	Scarsa cura di sé	
	Necessità di supervisione nell'assunzione della terapia	
Discriminazioni	Discriminazione personale subita nel Paese di origine	
	Discriminazione personale subita nel Paese di accoglienza	
	Esposta a xenofobia o altre discriminazioni correlate alle tematiche LGBTQIA+ subite nel Paese di origine	
	Discriminazione religiosa subita nel Paese di accoglienza	
Risorse personali e contestuali	Opportunità di crescita personale e professionale	
	Adesione alle attività proposte o offerte	
	Buoni rapporti e inclusione nella rete di connazionali	
Punteggio finale		

Capofila: Prefettura UTG di Bologna

Partner di Progetto: Università degli Studi di Bologna; AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna; ASP Città di Bologna e Dimora d'Abramo SCS

Bibliografia

- IAday L.A., (1994), Health status of vulnerable populations. *Annu. Rev. Public. Health*
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). *Caregiver burden: a clinical review*. *Jama*, 311(10), 1052-1060
- Affronti, M., Affronti, A., Pagano, S. et al. (2013). The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Intern Emerg Med* 8, 561–566
- Alessi, E. J., Kahn, S., & Chatterji, S. (2016). 'The darkest times of my life': Recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child abuse & neglect*, 51, 93-105
- Arsenijevic J., Schillberg E., Ponthieu A., et al., (2017), A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to northern Europe. *Confl Heal*
- Asylum Information Database, 2022
- Baglio, G., Di Palma, R., Eugeni, E., & Fortino, A. (2017). Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute. *Epidemiol Prev*, 41(3-4), 57-63.
- Beneduce R., (2008), Undocumented bodies, burned identities: refugees, sans papiers, harraga—when things fall apart. *Social Science Information Sur Les Sciences Sociales*
- Bešić, E., & Hochgatterer, L. (2020). Refugee families with children with disabilities: Exploring their social network and support needs. A good practice example. *Frontiers in Education*, 5, 61
- Biddle N., Kennedy S., McDonald J.T., (2007), Health assimilation patterns amongst Australian immigrants. *Econ Rec*
- Blackmore et al., 2020; Hameed, Sadiq & Din, 2018; Harris & Zar, 2005
- Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 17(9): e1003337
- Busza, J., Castle, S., & Diarra, A. (2004). Trafficking and health. *BMJ*, 328(7452), 1369-1371
- Caroppo, E., Del Basso, G., & Brogna, P. (2014). Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 22, 99-116
- Crepet, A., Rita, F., Reid, (2017). A. et al. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health* 11, 1
- De Jong J.T., Komproe I.H., Van Ommeren M., El Masri M., Araya M, Khaled N, van De Put W., Somasundaram D., (2001), Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings
- Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17
- Elshahat, S., & Moffat, T. (2021). Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-17

-
- Esposito F., Ornelas J., Arcidiacono C., (2015), Migration-related detention centers: the challenges of an ecological perspective with a focus on justice. *BMC Int Health Hum Rights*
- Facincani, M. (2021). Donne in movimento: le richiedenti asilo vittime di tratta, tra disuguaglianze strutturali e vulnerabilità indotte. *AG About Gender-Rivista internazionale di studi di genere*, 10(20)
- Fineman M., (2008), *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*. *Yale Journal of Law and Feminism*
- Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive health matters*, 24(47), 18-26
- Freedman, J., Crankshaw, T. L., & Mutambara, V. M. (2020). Sexual and reproductive health of asylum seeking and refugee women in South Africa: understanding the determinants of vulnerability. *Sexual and reproductive health matters*, 28(1), 1758440
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144-152
- Golembe, J., Leyendecker, B., Maalej, N., Gundlach, A., & Busch, J. (2021). Experiences of minority stress and mental health burdens of newly arrived lgbtq* refugees in germany. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(4), 1049-1059
- Hameed, S., Sadiq, A., & Din, A. U. (2018). The Increased Vulnerability of Refugee Population to Mental Health Disorders. *Kansas journal of medicine*, 11(1), 1-12
- Harris, M., & Zwar, N. (2005). Refugee health. *Australian family physician*, 34(10)
- Havrilla E., (2017), *Defining Vulnerability*. *Madridge J Nurs*
- Hoffmaster B., (2006), *What does vulnerability mean?* *Hastings Center Report*
- Höhne, E., van der Meer, A. S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2020). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-15
- <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/fondi-europei/fondo-asilo-migrazione-e-integrazione-fami>
- <https://www.retesai.it/la-storia/>
- <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>
- <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>
- Hutchinson, M., & Dorsett, P. (2012). What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice. *Journal*
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297-303
- Ibrahim, H., & Hassan, C. Q. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms resulting from torture and other traumatic events among Syrian Kurdish refugees in Kurdistan region, Iraq. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 241
- IOM, 2019;
-

-
- Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26
- Kaur, H., Saad, A., Magwood, O., Alkhateeb, Q., Mathew, C., Khalaf, G., & Pottie, K. (2021). Under-standing the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: a systematic review using GRADECERQual. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(2), E681-E692
- Khan, F., & Amatya, B. (2017). Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(2), 353–367
- Kira, I., Shuwiekh, H., Al Ibrahim, B., & Aljakoub, J. (2021). The Mental and Physical Health Effects of Torture: The Role of Identity Salience as a Pathway to Posttraumatic Growth and Healing: The Case of Syrian Refugees and IDPs. *Psychology*, 12(11), 1825-1847
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967
- Kumar GS, Beeler JA, Seagle EE, Jentes ES. (2021). Long-Term Physical Health Outcomes of Resettled Refugee Populations in the United States: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health*
- La Marca, A., Portera, A., Catarci, M. (2015). *Pedagogia interculturale*. Brescia : La Scuola
- MacIntyre A., (1999), *Dependent rational animals: Why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court
- Montgomery E., Foldspang A., (2008), *Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees*, *European Journal of Public Health*
- Moullan Y., Jusot F., (2014), *Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?* *European Journal of Public Health*, Vol. 24, Supplement 1
- Napier, A. D. et al., (2014), *Culture and health*, *The Lancet*, Volume 384, Issue 9954
- Nasıroğlu, S., & Çeri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2941
- Nielsen S.S., Krasnick A., (2010), *Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review*. *Int J Pub Health*
- Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of health and social behavior*, 193-207
- Pandolpho S., (2008), *The knot of the soul: postcolonial conundrums, madness, and the imagination*. In DelVecchio Good MJ, Hyde ST, Pinto S, Good BJ. *Postcolonial disorders*. Berkeley: University of California Press
- Pavli A., Maltezou H., (2017), *Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe*. *J Travel Med*
- Perreira, Krista & Ornelas, India. (2011). *The Physical and Psychological Well-Being of Immigrant Children*. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*. 21. 195-218. 10.2307/41229017.
- Phillimore, J., & Cheung, S. Y. (2021). The violence of uncertainty: Empirical evidence on how asylum waiting time undermines refugee health. *Social Science & Medicine*, 282, 114154
-

-
- Pittaway, E., & Bartolomei, L. (2001). Refugees, race, and gender: the multiple discrimination against refugee women. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 19(6), 21-32
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612
- Priebe S., Giacco D., El-Nagib R., (2015), Public Health Aspects of Migrant Health: a Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region, WHO Europe
- Ricoeur P., (2007), *Autonomy and vulnerability*. In *Reflections on the Just*, trans. Dave Pellauer, Chicago: University of Chicago Press
- Rogers W., Mackenzie C., Dodds S., (2012), Why bioethics needs a concept of vulnerability, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*
- Rose M.H., Killien M., (1983), Risk and vulnerability: a case for differentiation. *Adv. Nurs. Sci.*
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 83, 101930
- Schweitzer, R. D., Vromans, L., Brough, M., Asic-Kobe, M., Correa-Velez, I., Murray, K., & Lenette, C. (2018). Recently resettled refugee women-at-risk in Australia evidence high levels of psychiatric symptoms: individual, trauma and post-migration factors predict outcomes. *BMC medicine*, 16(1), 1-12
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187
- SD.L., J.W. Berry, (2010), Acculturation: when individuals and groups of different cultural backgrounds meet, *Perspect. Psychol. Sci.* 5
- Shishehgar, S., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Green, A., & Davidson, P. M. (2017). Health and socio-cultural experiences of refugee women: an integrative review. *Journal of immigrant and minority health*, 19(4), 959-973
- Shrestha N.M., Sharma B., Van Ommeren M., Regmi S., Makaju R., Komproe I., Shrestha G.B., De Jong J.T., (1998), Impact of torture on refugees displaced within the developing world – symptomatology among bhutanese refugees in Nepal, *JAMA*
- Silberholz, E. A., Brodie, N., Spector, N. D., & Pattishall, A. E. (2017). Disparities in access to care in marginalized populations. *Current opinion in pediatrics*, 29(6), 718-727
- Strijk, P. J., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 47(1), 48-55
- Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Adv Med Sociol*, 19, 173–204
- Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., & Nordenfelt, L. (2010). The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *The International journal of social psychiatry*, 56(1), 74–93.
- Turner B. S., (2006), *Vulnerability and human rights*. University Park, PA: Penn State University Press
- UNHCR & IDC. (2016). *Vulnerability Screening Tool. Identifying and addressing vulnerability: a tool for asylum and migration system*
-

Vallejo-Martín, M., Sánchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806

Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., ... & Singh, S. (2014). The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS currents*, 6

Wilson, A. P. (2011, September). Trafficking risks for refugees. Presentation for 2011 Interdisciplinary Conference on Human Trafficking, Lincoln, United States of America

Zannoni, F. (2020). Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione. *Journal of Health Care Education in Practice*, 2(1).

