

Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale



PARTE
2

PER I FUNZIONARI DI PRIMA LINEA

Il 19 gennaio 2022 l'Ufficio europeo di sostegno per l'asilo (EASO) è diventato l'Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA). Tutti i riferimenti all'EASO, ai prodotti e agli organi dell'EASO si intendono come riferimenti all'EUAA.



Manoscritto completato nel settembre 2024.

L'Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA), o chiunque agisca in suo nome, declina ogni responsabilità per l'uso dei contenuti della presente pubblicazione.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2026

Print ISBN 978-92-9418-113-8 doi:10.2847/8043315 BZ-02-24-604-IT-C

PDF ISBN 978-92-9418-112-1 doi:10.2847/2394889 BZ-02-24-604-IT-N

© Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA), 2026

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Per qualsiasi uso o riproduzione di elementi che non sono di proprietà dell'EUAA, potrebbe essere necessaria l'autorizzazione diretta dei rispettivi titolari dei diritti. L'EUAA non è titolare del diritto d'autore in relazione ai seguenti elementi:

- copertina, foto, © pressmaster/stock.adobe.com;
- pagina 3, icone, © iStock.com/da-vooda;
- pagina 8, componenti delle icone © Prosymbols/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com, © nadiinko/stock.adobe.com, © Dawiyah/stock.adobe.com, © AHMAD/stock.adobe.com, © iStock.com/vasabii, © iStock.com/da-vooda, © lovemask/stock.adobe.com, © Sir.Vector/stock.adobe.com, © Editable line icons/stock.adobe.com
- pagina 13, © iStock.com/vasabii;
- pagina 17, © pressmaster/stock.adobe.com;
- pagina 20, © SkyLine/stock.adobe.com;
- pagina 22 e 30, © Halfpoint/stock.adobe.com;
- pagina 67, © Seventyfour/stock.adobe.com;
- pagina 73, © pressmaster/stock.adobe.com;
- pagina 77, icona, © IconKitty/stock.adobe.com;
- pagina 78, icona, © SkyLine/stock.adobe.com;
- pagine 79 e 80, icona, © Mykola/stock.adobe.com;
- pagina 80, icona, © NikWB/stock.adobe.com;
- pagina 81, icona, © FourLeafLover/stock.adobe.com;
- pagina 82, icona, © SkyLine/stock.adobe.com;
- pagina 83, icona, © Yurii/stock.adobe.com;
- pagine 84 e 85, icone, © adi_sena/stock.adobe.com; © Arafat/stock.adobe.com, © NikWB/stock.adobe.com, © puchongart/stock.adobe.com, © SkyLine/stock.adobe.com, © Tatah/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com.

Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale

**Parte II: guida pratica per l'attuazione del supporto psicosociale
e per la salute mentale – per i funzionari di prima linea**

Novembre 2024



Informazioni sulla guida

A che scopo è stata creata questa guida in tre parti?

L'Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA) ha recentemente promosso lo scambio di opinioni sul tema della salute e del benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale e su argomenti correlati quali la gestione degli incidenti critici, il benessere del personale e il consumo di droghe nel contesto dell'accoglienza ⁽¹⁾. L'obiettivo è di raccogliere informazioni su eventuali esigenze degli Stati membri dell'UE e dei paesi associati Schengen (paesi UE+) e garantire che l'EUAA sviluppi pacchetti di sostegno pertinenti per rispondere a tali esigenze. Ciò comprende l'assistenza su come migliorare l'offerta di supporto psicosociale per i richiedenti. La presente guida intende fornire uno strumento ai paesi UE+ e alla loro alta dirigenza al fine di creare le basi per un sistema di asilo che tenga conto della salute mentale e del benessere psicosociale nei rispettivi paesi e per favorire il costante supporto psicosociale e per la salute mentale per coloro che ne hanno bisogno.

Com'è stata creata questa guida in tre parti?

La presente guida è stata redatta con l'assistenza di diversi esperti di tutta l'UE, in Belgio (Fedasil), Germania (Psychosoziales Zentrum, St. Johannis), Grecia (Danish Refugee Council, Grecia) e Svezia (Swedish Migration Agency - Agenzia svedese per la migrazione). La sua stesura è stata supportata e coordinata dall'unità dell'EUAA che si occupa di vulnerabilità. Prima della sua stesura definitiva, la guida è stata sottoposta alla consultazione di un gruppo di riferimento composto da esperti di varie organizzazioni: la direzione generale della Salute e della sicurezza alimentare della Commissione europea, l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, l'Organizzazione internazionale per le migrazioni e la Federazione internazionale della Croce Rossa ⁽²⁾. Infine, prima dell'adozione, la guida è stata sottoposta all'esame e all'approvazione finale dei membri della rete di esperti in vulnerabilità dell'EUAA.

⁽¹⁾ EASO, *Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte I: norme e politica*, 2021; EASO, *Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte II: pacchetto di strumenti per il benessere del personale*, 2021; EASO, *Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte III: monitoraggio e valutazione*, 2021; EASO, «*The importance of early identification of signs of stress*» (L'importanza dell'individuazione precoce dei segnali di stress), YouTube, 22 settembre 2021; per la gestione degli incidenti critici, si veda EUAA, *Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception – A mapping of practices* (Gestione degli incidenti critici nel settore dell'asilo e dell'accoglienza – Una mappatura delle pratiche), 2022; sulla collaborazione con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) (ora Agenzia dell'Unione europea sulle droghe – European Union Drugs Agency, EUDA) sul consumo di droghe nel contesto dell'accoglienza, si veda EMCDDA (EUDA)-EUAA, *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs* (Operatori nei centri di accoglienza in Europa: una panoramica delle sfide e delle esigenze di supporto legate alle droghe), 2023.

⁽²⁾ Non tutte le parti della presente guida in tre parti dell'EUAA sono necessariamente in linea con la posizione dei membri del gruppo di riferimento.

A chi è destinata questa seconda parte della guida?

Questa parte si rivolge ai **capi squadra**, ai **coordinatori** e ai **funzionari di prima linea** che forniscono supporto psicosociale e per la salute mentale nei rispettivi contesti. La guida può inoltre essere di ausilio ai **responsabili delle politiche** che lavorano all'integrazione della salute e del benessere mentale nell'ambito dell'assistenza ai richiedenti protezione internazionale.

Come utilizzare la presente guida

Le tre parti della guida dell'EUAА in materia di salute mentale e benessere dei richiedenti protezione internazionale dovrebbero essere lette congiuntamente.

- La **Parte I** ⁽³⁾ della guida fissa il **quadro generale** per la realizzazione di un sistema di asilo che integri considerazioni di salute e benessere mentale. Si rivolge pertanto all'**alta dirigenza**.
- La **Parte II** è incentrata sugli **interventi** fondamentali per assicurare la salute e il benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale. Tratta di **come** attuare gli interventi di supporto psicosociale e per la salute mentale e si rivolge principalmente ai **funzionari di prima linea** e ai loro **capi squadra**.
- La **Parte III** ⁽⁴⁾ è un «**pacchetto di strumenti**» contenente strumenti pratici quali elenchi di controllo, considerazioni sulla salvaguardia e questionari per sostenere i **funzionari di prima linea** nel fornire supporto psicosociale e per la salute mentale.

In questa guida si utilizzano icone ricorrenti come specificato qui a destra.

Come si collega questa guida alla normativa e alla prassi nazionali?

La guida è uno strumento di convergenza informale; pertanto non è giuridicamente vincolante. Essa integra le strategie e gli interventi nazionali attuati nei paesi UE+ in materia di salute e benessere mentale nel settore dell'asilo.



Esempio.

Selezione di esempi pratici dei paesi UE+ per facilitare la comprensione.



Considerazioni.

Punti salienti, elementi aggiuntivi, garanzie, informazioni e opportunità.



Risorse e informazioni supplementari.

Materiali che integrano le proposte e facilitano l'ulteriore apprendimento dell'argomento trattato nel rispettivo capitolo.



Animazioni o filmati.

Animazioni o filmati che consentono una migliore comprensione dei contenuti e rafforzano la capacità di coloro che lavorano in prima linea.



Promemoria e azioni da intraprendere.

Collegamento ad altre informazioni pertinenti all'interno della guida per fornire un quadro complessivo o integrare le informazioni contenute nella pagina.

⁽³⁾ EUAА, *Salute mentale e benessere dei richiedenti protezione internazionale – Parte I. Configurare un sistema di asilo che tenga conto della salute mentale e del benessere – per l'alta dirigenza*, 2024.

⁽⁴⁾ EUAА, *Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III. Pacchetto di strumenti a sostegno di coloro che operano in prima linea*, 2024.



Come si collega questa guida ad altri strumenti dell'EUAA?

Questa guida in tre parti si collega ad altre iniziative e ad altri strumenti sviluppati dall'EUAA per integrare la vulnerabilità in tutte le sue attività, compreso il sostegno ai paesi UE+ e agli Stati membri nell'ambito del quale essa opera. La guida affianca i seguenti prodotti dell'EUAA:

- ▶ tre manuali sulla sofferenza psicologica accompagnati da istruzioni:
 - ▶ EUAA, [*How can I support my child during difficult times?*](#) (Come posso sostenere mio figlio nei momenti difficili?), giugno 2023;
 - ▶ EUAA, [*How can I deal with situations in which my parents seem sad, worried, or angry?*](#) (Come posso affrontare le situazioni in cui i miei genitori sembrano tristi, preoccupati o arrabbiati?), giugno 2023;
 - ▶ EUAA, [*How to handle situations when my friend or sibling is sad, angry or does dangerous things?*](#) (Come gestire le situazioni in cui un mio amico o fratello è triste, arrabbiato o fa cose pericolose?), giugno 2023;
- ▶ EUAA, «[**Psychological First Aid Video**](#)» (video sul pronto soccorso psicologico), YouTube, 26 giugno 2023, con le relative [istruzioni](#);
- ▶ Ufficio europeo di sostegno per l'asilo (EASO), [*Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health – A participatory approach supported by Member State authorities and civil society*](#) (Consultazioni con i richiedenti protezione internazionale sulla salute mentale – un approccio partecipativo con il sostegno delle autorità degli Stati membri e della società civile), dicembre 2021;
- ▶ EASO, «[**The importance of early identification of signs of stress**](#)» (L'importanza dell'individuazione precoce dei segnali di stress), YouTube, 22 settembre 2021;
- ▶ EASO, [*Mental health of applicants for international protection in Europe – Initial mapping report*](#) (Salute mentale dei richiedenti protezione internazionale in Europa – relazione di mappatura iniziale), luglio 2020.

Altri prodotti correlati:

- ▶ EUAA, [*Applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics*](#) (Richiedenti con diversi orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali), novembre 2024;
- ▶ EUAA, [*Guidance on Vulnerability in Asylum and Reception – Operational standards and indicators*](#) (Guida sulla vulnerabilità nei sistemi di asilo e di accoglienza: norme operative e indicatori), maggio 2024, in particolare pag. 55;
- ▶ EUAA, [*Strategy on Vulnerability*](#) (Strategia sulla vulnerabilità), dicembre 2023;
- ▶ EUAA, [*Portale «Let's Speak Asylum»*](#) (Parliamo di asilo), luglio 2023;
- ▶ EUAA, «[**Strumento per la valutazione delle esigenze particolari e della vulnerabilità**](#)», 2022;
- ▶ EUAA, «[**Strumento per l'individuazione delle persone con esigenze particolari**](#)», 2016.

Tutti gli strumenti pratici dell'EUAA sono pubblici e disponibili online sul sito web dell'Agenzia: <https://euaa.europa.eu/practical-tools-and-guides>. Si veda anche il catalogo dei corsi di formazione dell'EUAA: <https://euaa.europa.eu/training-catalogue> per moduli di formazione pertinenti sul tema della vulnerabilità.

Indice

Abbreviazioni	6
Introduzione	7
Informazioni su questa guida	8
Struttura della guida	9
Destinatari	9
Benessere del personale	10
Salute e benessere mentale e relativa terminologia	10
Integrare la salute e il benessere mentale dei richiedenti nelle attività quotidiane	12
Considerazioni su età, genere e diversità	14
1 Primo soccorso psicologico	17
Buone pratiche e materiali di supporto	21
2 Individuazione	22
Buone pratiche e materiali di supporto	28
3 Assistenza e gestione dei casi	30
Accesso all'assistenza sanitaria	30
Il processo di gestione dei casi	31
Buone pratiche e materiali di supporto	38
Minori non accompagnati	38
Richiedenti che presentano un disturbo mentale	42
Richiedenti vulnerabili e abuso di sostanze	46
Vittime di tortura	49
Richiedenti con ideazione suicida	52
I richiedenti e la violenza di genere	54
Richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC	59
Esigenze psicologiche dei richiedenti posti in stato di trattenimento	61
Terapia via internet	63
4 Psicoeducazione	67
Buone pratiche e materiali di supporto	71
5 Interventi comunitari	73
Buone pratiche e materiali di supporto	76
Allegato 1. Sintesi dei fattori che favoriscono buone condizioni di salute e benessere mentale	84
Riferimenti	86



Abbreviazioni

Abbreviazione	Definizione
EUAA	Agenzia dell'Unione europea per l'asilo
EUDA	Agenzia dell'Unione europea sulle droghe
Fedasil	<i>Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile</i> (autorità federale di accoglienza del Belgio)
IA	intelligenza artificiale
IASC	Comitato permanente di collegamento tra le agenzie
IFRC	Federazione Internazionale della Croce Rossa
LGBTIQ	persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali e queer
OIM	Organizzazione internazionale per le migrazioni
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	organizzazione non governativa
paesi UE+	Stati membri dell'Unione europea e paesi associati Schengen
PSP	primo soccorso psicologico
PTSD	disturbo da stress post-traumatico
SOGIESC	orientamento sessuale, identità di genere, espressione di genere e caratteri sessuali
UNHCR	Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati

Introduzione

Un **investimento iniziale** da parte dell'alta dirigenza nella fornitura di sostegno di base ma olistico richiede la presa in considerazione dei seguenti aspetti:

- **interventi a livello comunitario** per tutti i richiedenti dal momento dell'arrivo; e
- **assistenza mirata e specializzata** a coloro che ne hanno esigenza immediata.

Questo approccio contribuisce a evitare una crisi nel più lungo termine. Si tratta della tematica trattata in questa parte della guida.

Un **approccio multidisciplinare e interdisciplinare** durante l'intero percorso di asilo e accoglienza (arrivo, permanenza nelle strutture di accoglienza, proseguimento dell'integrazione e inclusione o preparazione al rimpatrio) è fondamentale per assicurare la prevenzione e rafforzare la resilienza. Questo approccio andrà a vantaggio di coloro che entrano nei paesi UE+, ma anche dei richiedenti che attendono una decisione sulla loro domanda, che si integrano nelle comunità di accoglienza o che sono in attesa di rimpatrio. Anche le autorità competenti in materia di accoglienza, le autorità accertanti e coloro che operano in prima linea e i partner beneficiano di un **approccio coordinato**. Questo approccio permette di semplificare la collaborazione e la comunicazione, consentendo di raggiungere in maniera più efficiente gli obiettivi in materia di salute e benessere mentale fissati da un'amministrazione.

Infine, coloro che lavorano in prima linea potrebbero risentire emotivamente delle storie e delle esperienze condivise dai richiedenti con cui lavorano. Coloro che lavorano in prima linea possono subire un **trauma secondario** o **vicario** quando i richiedenti raccontano le loro vicissitudini e traumi personali. L'esposizione ripetuta degli operatori di supporto ai racconti di eventi sconvolgenti o traumatici può avere nel tempo un impatto sulla loro salute e sul loro benessere mentale. È pertanto importante adottare una solida politica e un pacchetto di sostegno al benessere del personale ⁽⁵⁾ per evitare il rischio di traumi secondari e/o burnout dei dipendenti che operano in prima linea. Per maggiori informazioni sulla terminologia, fare riferimento al glossario nella [Parte I – Per l'alta dirigenza](#).

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità» ⁽⁵⁾.



Il **diritto alla salute** è universale ⁽⁷⁾. Ciò significa che i richiedenti hanno il diritto di essere messi in condizione di condurre una vita sana, il che facilita un'integrazione effettiva nelle comunità di accoglienza e consente loro di dare un contributo economico e sociale. Le stesse considerazioni valgono per i richiedenti per cui è previsto il rimpatrio.

La **Commissione europea ha sottolineato** il diritto alla salute per tutti in una comunicazione su un approccio globale alla salute mentale ⁽⁸⁾, in cui più in generale si esamina l'**importanza della consapevolezza** del fatto che una **migliore salute mentale** è al contempo un **imperativo sociale ed economico**.

La concomitanza o l'accumulo di fattori di stress durante l'intero processo di migrazione e in tutte le sue fasi critiche possono avere pesanti effetti sulla salute mentale e sul benessere dei richiedenti. Le fasi critiche comprendono il momento prima della partenza, lo sfollamento, il viaggio, il momento successivo all'arrivo e la permanenza nel paese o nei paesi ospitanti, l'integrazione o il rimpatrio. Queste fasi critiche possono incidere sui fattori di rischio e di protezione a cui i richiedenti sono esposti. Questi fattori di stress possono aggravare l'effetto psicologico di eventuali eventi destabilizzanti o traumatici che accadono prima della partenza o durante il viaggio.

È quindi fondamentale tenere conto dei **fattori individuali** e dei **determinanti sociali**, come i contatti del richiedente con la famiglia e la comunità, la disponibilità di un alloggio sicuro, la sua situazione economica e il suo livello di istruzione. Tutti questi fattori possono incidere, sia positivamente che negativamente, sul suo stato di salute.

⁽⁵⁾ Organizzazione mondiale della sanità (OMS), [Constitution of the World Health Organization](#) (Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità), pag. 1, entrata in vigore nel 1948.

⁽⁶⁾ Si veda anche la guida in tre parti dell'EUAA sul benessere del personale: EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte I: norme e politica](#), 2021; EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte II: pacchetto di strumenti per il benessere del personale](#), 2021; EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte III: monitoraggio e valutazione](#), 2021.

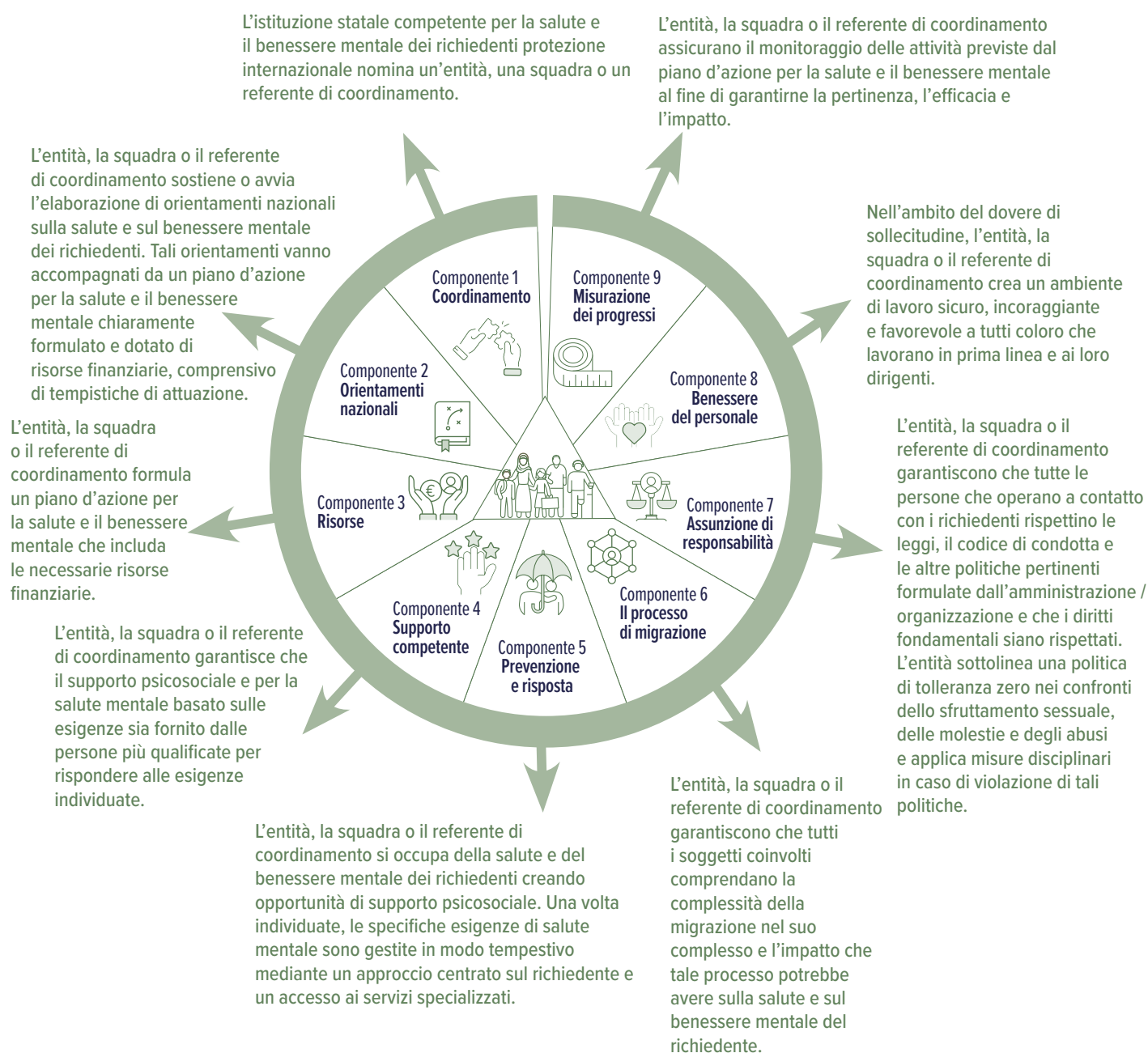
⁽⁷⁾ Per maggiori informazioni, cfr. Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani (OHCHR) e OMS, [The Right to Health – Factsheet 31](#) (Il diritto alla salute – Scheda informativa 31), giugno 2008; Consiglio economico e sociale (Ecosoc), [CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health \(Art. 12\)](#) [CESCR, Commento generale n. 14: il diritto allo standard di salute più elevato raggiungibile (articolo 12)], agosto 2000, che fa riferimento all'accessibilità, alla disponibilità, all'accettabilità e alla qualità dei servizi.

⁽⁸⁾ Commissione europea, [Comunicazione su un approccio globale alla salute mentale](#), giugno 2023.

Informazioni su questa guida

Integrare la salute mentale e il benessere dei richiedenti nel sistema di asilo e accoglienza dovrebbe essere parte integrante di una **strategia nazionale** in materia di salute e salute mentale, ove possibile. Questa integrazione è più sostenibile se attuata coinvolgendo attori interdisciplinari. Il quadro complessivo proposto nella **Parte I – Per l'alta dirigenza** per creare un sistema di asilo basato sulla salute mentale e il benessere, come stabilito, è composto da **nove componenti interconnesse di pari importanza**.

Figura 1. In breve: le nove componenti che formano un sistema di asilo basato sulla salute mentale e sul benessere



Fonte: EUAA.

Questa parte della guida in tre parti dell'EUA *Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale* fornisce ai funzionari di prima linea e ai loro superiori, in particolare, suggerimenti su **cosa** e **come** attuare le attività di prevenzione e su quale risposta basata sulle esigenze possa essere utile.

Le proposte contenute in questa parte integrano le raccomandazioni e i suggerimenti in materia di programmazione formulati da altri soggetti importanti nel settore della protezione internazionale e, in particolare, gli orientamenti sul supporto psicosociale e per la salute mentale del comitato permanente di collegamento tra le agenzie (IASC) ⁽⁹⁾.

Struttura della guida

In ciascuno dei cinque capitoli di questa parte, troverete una breve spiegazione su **cosa**, **quando**, **perché**, **dove** e **come** gli interventi e/o i concetti possono essere attuati. Queste informazioni sono integrate da **buone prassi** di 15 paesi UE+ ⁽¹⁰⁾ che potrebbero essere particolarmente interessanti per quei paesi che desiderano aggiungere interventi pertinenti ai loro piani d'azione esistenti in materia di salute mentale.

Questa guida **non** suggerisce di sostituire i meccanismi già in atto che sostengono i richiedenti in relazione alla loro salute, alla loro salute mentale e al loro benessere generale. Questa parte integra invece gli interventi esistenti e fornisce ulteriori idee.

Questa parte fornisce collegamenti a strumenti aggiuntivi, come gli elenchi di controllo, per facilitare l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale. Questi strumenti sono disponibili nella [Parte III – Pacchetto di strumenti](#).

Destinatari

I **destinatari** di questa parte sono: a) i **funzionari di prima linea** che sono in contatto diretto con i richiedenti e b) gli **specialisti** che attuano le attività di supporto psicosociale e per la salute mentale, compresi i capi squadra e i coordinatori di tali interventi. In particolare, la guida si rivolge alle autorità responsabili dell'accoglienza dei richiedenti. Ciò è dovuto al fatto che in molti paesi UE+ queste sono le autorità responsabili dell'avvio e dell'attuazione delle attività di prevenzione e risposta. Spesso queste autorità effettuano tali attività in collaborazione con altri attori, come le organizzazioni della società civile.

Tuttavia, la salute e il benessere mentale dei richiedenti devono essere presi in considerazione durante tutte le fasi critiche del percorso di asilo e accoglienza, dal momento dell'arrivo, durante la permanenza nelle strutture di accoglienza e fino all'integrazione e/o alla preparazione al rimpatrio. Pertanto, è necessario garantire il coordinamento e la collaborazione con i diversi attori, in particolare il settore sanitario, nonché con i responsabili della registrazione dei richiedenti all'arrivo al confine esterno dell'UE. Ciò dovrebbe essere garantito durante l'intero percorso di asilo, al fine di adottare un approccio efficace per mantenere la salute e il benessere mentale dei richiedenti.

⁽⁹⁾ IASC, [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#) (Linee guida dello IASC sulla salute mentale e sul supporto psicosociale in situazioni di emergenza), 2007.

⁽¹⁰⁾ Austria, Belgio, Cechia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Romania, Spagna, Svezia, Svizzera, Ungheria in questa parte (16 in totale). Per maggiori informazioni sulla Finlandia, si rimanda alla [Parte I – Per l'alta dirigenza](#).



Benessere del personale

Lavorare nel settore dell'asilo e dell'accoglienza richiede flessibilità a causa di un contesto di lavoro spesso mutevole. Essere in grado di gestire un elevato carico di lavoro e la capacità di far fronte a condizioni di lavoro difficili, lavorando anche con una popolazione in condizioni di grande sofferenza psicologica, può essere difficile. Si consiglia pertanto ai coordinatori delle équipes di mettere in atto misure per garantire il **benessere del personale** ⁽¹⁾.

Uno dei modi per prendersi cura di coloro che lavorano in prima linea è dare loro l'opportunità di partecipare a varie sessioni di **formazione**. Gli argomenti pertinenti includono come riconoscere i segni di sofferenza in sé e negli altri o come ridurre la tensione e gestire un incidente critico nel modo più efficace possibile. Quando un funzionario di prima linea si trova di fronte a un richiedente aggressivo, agitato o a rischio di atti di autolesionismo o suicidio, l'impiego di tecniche per ridurre la tensione può contribuire a garantire la sicurezza di tutti i soggetti coinvolti. Per maggiori informazioni sui temi relativi al **benessere del personale**, cfr. la [Parte I – Per l'alta dirigenza](#), sezione «**Componente 8. Benessere del personale**».

Salute e benessere mentale e relativa terminologia

In questa guida, la **salute mentale** è intesa come **parte integrante della salute**. Il termine **benessere** ha un significato più ampio e interconnesso con la salute fisica e mentale. Esso dipende anche da fattori quali l'assetto familiare, il modo in cui le persone sono state socializzate ed educate e il loro sistema di valori.

La **sofferenza psicologica** può essere causata da diversi eventi e situazioni di vita difficili. Fattori di stress persistente, come una patologia cronica, alcuni eventi della vita, come la perdita di una persona cara o la mancata attenzione dei genitori alle esigenze emotive di un figlio, possono contribuire allo stress psicologico. Analogamente, l'esposizione prolungata e ripetuta a eventi destabilizzanti e traumatici quali violenza sessuale, insicurezza politica, guerre, conflitti, violenze, torture, detenzione, discriminazioni e abusi – vissuti da molti richiedenti nel contesto dell'asilo e spesso legati a un contesto di povertà di lungo periodo – può contribuire ulteriormente alla sofferenza psicologica.

Più in generale, lo stress può innescare determinate reazioni nelle persone. Nel contesto dell'asilo, una persona potrebbe reagire in modi che potrebbero essere fraintesi come sintomi di un disturbo psichiatrico. Ad esempio, i richiedenti potrebbero sviluppare sintomi simili a quelli riscontrati nelle persone affette da depressione. La loro reazione allo stress, tuttavia, potrebbe essere semplicemente collegata alle loro circostanze attuali (ad esempio alloggi affollati e condizioni di vita disagiate). Se non affrontato, questo accumulo di stress può portare a disturbi mentali.

⁽¹⁾ Si veda anche la guida in tre parti dell'EUA sul benessere del personale: EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte I: norme e politica](#), 2021; EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte II: pacchetto di strumenti per il benessere del personale](#), 2021; EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte III: monitoraggio e valutazione](#), 2021.



Il **trauma** ⁽¹²⁾ può essere inteso come una **ferita psicologica** e il risultato di uno stress persistente che non è stato sufficientemente affrontato. Spesso è accompagnato dal senso di essere sopraffatti o dalla sensazione che la situazione sia più grande di quanto la persona possa gestire da sola. Inoltre, questi eventi sono spesso vissuti come potenzialmente letali. Le persone sentono di perdere il controllo sul momento.

Molti richiedenti mostrano una notevole resilienza e riescono a far fronte agli eventi negativi di cui sono stati testimoni, alle esperienze vissute e ai fattori di stress successivi all'arrivo. Occorre ricordare che persone diverse vivono gli stessi eventi con **livelli diversi di sofferenza psicologica**, a seconda della loro resilienza, predisposizione, percezione del supporto disponibile (anche psicosociale), percezione del grado di controllo sugli eventi e altri fattori simili.

In parole semplici, la **resilienza** è la capacità di **«riprendersi»**. È il processo e la riuscita nell'adattamento a esperienze di vita difficili o impegnative, in particolare attraverso la flessibilità mentale, emotiva e comportamentale e l'adattamento a richieste esterne e interne ⁽¹³⁾. Indipendentemente dalla condizione del richiedente, è importante sostenerlo il prima possibile per incoraggiarlo ad attivare la **propria forza**. È importante fornire un'assistenza continua più ampia che promuova il benessere generale. Questa guida promuove quindi un **approccio integrato** alla salute e al benessere mentale e riguarda sia gli interventi relativi alla **prevenzione** sia le **risposte** basate sulle esigenze.

⁽¹²⁾ La parola «trauma» proviene dal greco e significa «ferita». Lo psicologo Renos Papadopoulos suggerisce che la parola trauma potrebbe riferirsi a ciò che rimane (ad esempio i ricordi), ma anche ciò che persiste: Papadopoulos, R. K., *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development* (Sfollamento involontario: casa, trauma, resilienza e sviluppo attivato dalle avversità), prima edizione, Routledge, 2021; cfr. anche EUAA, *Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III. Pacchetto di strumenti per l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale*, 2024, sezione «Capire il trauma».

⁽¹³⁾ American Psychological Association, «[Resilience](#)» (Resilienza), sito web dell'APA, consultato il 12 agosto 2024.



Integrare la salute e il benessere mentale dei richiedenti nelle attività quotidiane

Il supporto alla salute e al benessere mentale dei richiedenti è più efficace quando i richiedenti che ne hanno necessità, **individuati tempestivamente**, ricevono un'**assistenza iniziale di base** e supporto tramite un **incontro umano**. Attività mirate come una visita medica e un esame delle vulnerabilità (ad esempio durante le attività di screening iniziali), seguite da valutazioni di follow-up, possono contribuire a individuare i richiedenti bisognosi. È importante promuovere la salute e il benessere mentale e organizzare sistematicamente attività al riguardo.

Ciò può essere fatto introducendo il primo soccorso psicologico (PSP) lungo tutto il percorso di asilo e accoglienza, rafforzando l'alfabetizzazione dei richiedenti in materia di salute mentale tramite la psicoeducazione, coinvolgendo i richiedenti nelle decisioni che li riguardano, creando opportunità per interventi comunitari e garantendo l'accesso all'assistenza e alla gestione dei casi per coloro che presentano disturbi più gravi.

Una volta che tali attività sono state integrate nell'ambito di un piano d'azione per la salute e il benessere mentale e sono state organizzate in modo tale da **completarsi e rafforzarsi** a vicenda, è possibile, nell'ambito delle stesse, incoraggiare i richiedenti a manifestare le loro difficoltà, contribuire all'individuazione precoce dei problemi ed evitare il rischio che si sviluppino disturbi più a lungo termine o più complessi.

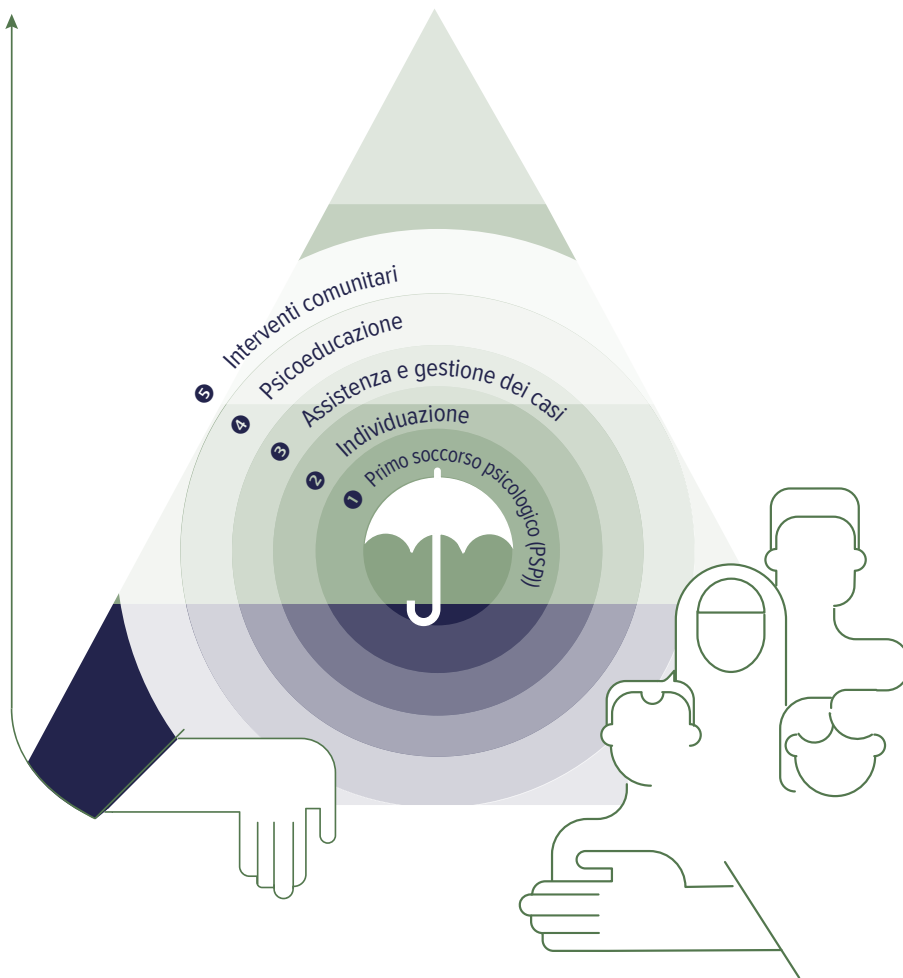
Gli interventi proposti in questa guida tengono conto della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale ⁽¹⁴⁾ e dei quattro livelli di intervento introdotti dallo IASC.

«Non ci basta sentirci dire che siamo stressati. Vogliamo essere ascoltati e vogliamo ottenere mezzi per gestire lo stress, tecniche che ci aiutino a eliminare le preoccupazioni e i pensieri negativi» – testimonianza di un richiedente che ha partecipato a una consultazione dell'EUAA sul tema della salute e del benessere mentale.

⁽¹⁴⁾ IASC, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (Linee guida dello IASC sulla salute mentale e sul supporto psicosociale in situazioni di emergenza), 2007, figura 1, pag. 12.



Figura 2. Cinque ambiti principali per promuovere un approccio integrato alla salute e al benessere mentale dei richiedenti



Fonte: EUAA, adattata da IASC, [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#) (Linee guida dello IASC sulla salute mentale e sul supporto psicosociale in situazioni di emergenza), 2007, pag. 12 e Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef), [Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)](#) [Linee guida operative sul supporto sociale e per la salute mentale basato sulla comunità nell'ambito umanitario: supporto a tre livelli per i minori e le famiglie (versione di prova sul campo)], 2018, pag. 15.

In sintesi, l'attuazione sistematica ed efficiente dei cinque interventi sui livelli 1 e 2 ridurrà la necessità di un'assistenza mirata e specializzata (livelli 3 e 4) per la maggior parte dei richiedenti. Infine, il [primo soccorso psicologico](#) è un concetto trasversale; l'[individuazione](#) dei richiedenti in difficoltà è un impegno continuo e può essere applicato a tutti i livelli della piramide MHPSS; l'[assistenza e gestione dei casi](#) corrispondono a tutti i livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale; la [psicoeducazione](#) è importante per tutti e quattro i livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale e gli [interventi comunitari](#) sono importanti ai fini della prevenzione delle problematiche (livelli 1 e 2), ma possono anche essere essenziali per sostenere il processo di trattamento e recupero (livelli 3 e 4).

Considerazioni su età, genere e diversità

Prima di attuare uno qualsiasi degli interventi di supporto psicosociale e per la salute mentale proposti in questa guida, è fondamentale prendere in considerazione l'età, il genere e la diversità ⁽¹⁵⁾ dei richiedenti e collegare queste considerazioni all'esigenza di promuovere la parità di genere, in particolare l'emancipazione delle donne e delle ragazze, e di promuovere l'interesse superiore dei minori. «Ogni persona è unica. Le differenze tra le persone, reali o percepite, possono diventare caratteristiche distintive che svolgono un ruolo centrale nel determinare le opportunità, le capacità, le esigenze e la vulnerabilità di un individuo» ⁽¹⁶⁾. Le esperienze di violenza e stress, passate e presenti, vissute dai richiedenti possono «avere un impatto non solo sull'individuo, ma anche sulla sua famiglia e, più in generale, sulle comunità e sulla società» ⁽¹⁷⁾.

I **rapporti familiari** potrebbero essere influenzati dal cambiamento del comportamento di un familiare. I genitori potrebbero non percepire più un reddito stabile per il sostentamento della famiglia (compresi i familiari rimasti indietro), il che può essere aggravato dalla difficoltà di trovare un impiego retribuito nel paese di asilo. Può essere quindi importante investire in attività che rafforzino l'unità del nucleo familiare, la genitorialità positiva e la possibilità di generare reddito.

I **ruoli di genere** sono spesso diversi nel paese di origine rispetto al paese ospitante, il che può influire sulle aspettative sociali dei richiedenti e sulla loro capacità di adattamento e gestione delle differenze; questa capacità può essere sostenuta fornendo piattaforme di scambio in fase iniziale sui valori e sulle leggi da seguire al riguardo. I ruoli di genere sono spesso problematici quando il capo famiglia (spesso di sesso maschile) non è più in grado di sostenere la famiglia finanziariamente, con il risultato che le donne assumono questo ruolo e spesso diventano l'unica fonte di reddito, il che può creare tensione all'interno delle famiglie.

I **bambini** sono a volte costretti ad assumere **ruoli genitoriali**, come prendersi cura dei fratelli più piccoli e aiutare in altre faccende domestiche. In alcuni casi, i figli devono fungere da interpreti per i loro genitori in quanto sono spesso gli unici della famiglia in grado di comunicare nella lingua locale perché sono stati iscritti a scuola nel paese ospitante. Questo può far sì che i genitori se ne servano come interpreti per riferire le loro esperienze ai fornitori di servizi. Gli argomenti in discussione potrebbero non essere appropriati per il bambino in quanto minore. Sebbene i minori siano intrinsecamente resilienti, la loro capacità in tal senso dipenderà dalla durata dell'esposizione a situazioni difficili e a violenza, dall'intensità di tali esperienze e dalla presenza di un sistema di supporto empatico nel paese ospitante.

Esperienze traumatiche quali **violenze sessuali** nel paese di origine, durante il transito o nel paese ospitante hanno un grave impatto sulle persone, indipendentemente dall'età o dal genere. Gli **uomini** vittime di violenze sessuali o sfruttamento sessuale sembrano sperimentare difficoltà diverse rispetto alle donne. Spesso gli uomini non si considerano vittime, ma semplicemente deboli o «non abbastanza uomini» per non aver impedito la violenza subita. Ciò può avere un enorme impatto negativo sul loro stato fisico e mentale. Gli uomini vittime di violenze sessuali

⁽¹⁵⁾ UNHCR, *Age, Gender and Diversity Policy* (Politica in materia di età, genere e diversità), 8 giugno 2011.

⁽¹⁶⁾ UNHCR, *Age, Gender and Diversity Policy* (Politica in materia di età, genere e diversità), 8 giugno 2011, pag. 1.

⁽¹⁷⁾ Payne-James, J., Beynon, J., e Vieira, D. (a cura di), *Monitoring Detention, Custody, Torture and Ill-treatment: A Practical Approach to Prevention and Documentation* (Monitoraggio della detenzione, della custodia, della tortura e dei maltrattamenti: un approccio pratico alla prevenzione e alla documentazione), prima edizione, CRC Press, 2017, <https://doi.org/10.1201/9781315211459>.



possono anche sperimentare una crisi della loro identità sessuale o un calo della libido ⁽¹⁸⁾. Gli uomini sembrano ancora più restii delle donne a raccontare le loro esperienze di violenza sessuale, a causa di forti sensi di colpa e di vergogna e di una cultura o di una religione che scoraggia l'esternazione di emozioni, paure o ansia generale da parte degli uomini ⁽¹⁹⁾.

Le **donne**, da parte loro, devono spesso affrontare non solo l'impatto psicologico delle violenze e abusi subiti, ma anche le implicazioni culturali della perdita della verginità, conseguenze fisiche quali una gravidanza indesiderata o l'impossibilità di avere figli, o altri effetti negativi legati alla salute riproduttiva. L'impatto delle malattie sessualmente trasmissibili è significativo sia per gli uomini sia per le donne.

I richiedenti con **orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali diversificati (SOGIESC)** ⁽²⁰⁾ potrebbero aver affrontato minacce e discriminazioni nel paese d'origine e potrebbero ora farvi fronte anche all'interno della comunità ospitante e della struttura di accoglienza in cui sono alloggiati. È importante che i funzionari di prima linea comprendano meglio i modi in cui i richiedenti sono stati socializzati ed educati nel paese d'origine a seconda del loro genere e come quindi affrontano il trauma, la perdita, l'angoscia e la frustrazione.

Le aspettative familiari verso coloro che sono stati mandati in Europa, spesso **giovani uomini single**, possono esercitare una forte pressione su di loro a diversi livelli (finanziario, emotivo). La preparazione all'invio di un membro della famiglia in questo viaggio con la speranza che sostenga coloro che sono rimasti in patria spesso comporta la raccolta da parte della famiglia di ingenti somme di denaro per mesi e persino anni prima della partenza, versate alle reti che sostengono di garantire un viaggio sicuro. Troppo spesso, tuttavia, le reti che organizzano il viaggio fanno parte di organizzazioni criminali collegate a contrabbandieri e trafficanti che, ove ci siano prestiti da rimborsare, esercitano pressioni sulla persona che ha raggiunto l'Europa e sulla famiglia in patria.

Dato che l'Europa accoglie molti giovani uomini single, un sostegno mirato per consentire loro ad esempio di adattare i propri **concetti socializzati di mascolinità**, che spesso si riferiscono al senso dell'onore e idee patriarcali, può contribuire a migliorarne l'integrazione nella routine quotidiana dei centri di accoglienza. Questi giovani uomini single a volte possono anche **sentirsi esclusi dalla vita della comunità**, poiché spesso sono alloggiati separatamente o non sono destinatari delle attività fornite dall'amministrazione, in quanto non sono considerati vulnerabili. Pertanto, andrebbe rafforzato il sostegno alle interazioni di questa categoria con i membri della comunità.

Inoltre, anche i **minori non accompagnati**, principalmente ragazzi adolescenti, fanno parte della categoria di persone inviate in Europa. All'interno di questa categoria vi sono anche ragazze che potrebbero essere esposte a diversi tipi di sfruttamento e abusi. Sono comuni le **pressioni dei coetanei** a partecipare ad attività potenzialmente criminali, in particolare tra i ragazzi, che possono vedere tali attività come un mezzo per procurarsi reddito. È pertanto fondamentale offrire fin dall'inizio una vita relativamente ordinaria (accesso all'istruzione, partecipazione ad attività sportive con i coetanei, accesso ad attività ricreative) a tutti i richiedenti, in particolare ai minori non accompagnati e separati ⁽²¹⁾, per allentare le tensioni e rafforzare la resilienza.

⁽¹⁸⁾ Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C. e al., «**Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries**» (Sopravvissuti maschi e LGBT alla violenza sessuale in situazioni di conflitto: una revisione realistica degli interventi sanitari nei paesi a basso e medio reddito), *Conflict and Health*, vol. 14, art. 11, 26 febbraio 2020.

⁽¹⁹⁾ The Humanium, «**Bacha Bazi – severe child abuse disguised as an Afghani custom**» (Bacha Bazi – Grave abuso sui minori mascherato da usanza afghana), 13 settembre 2022. Questo articolo descrive una tradizione afghana diventata un pretesto per la riduzione in schiavitù e abusi sessuali, in palese violazione dei diritti dei minori.

⁽²⁰⁾ EUAA, *Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception* (Guida pratica sui richiedenti con orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali diversificati – Accoglienza), 2024.



È importante investire nel ricongiungimento familiare, tenendo conto dell'interesse superiore del minore. Inoltre, va nominato un tutore legale per i minori arrivati senza un custode ⁽²²⁾ per garantire la tutela del loro interesse superiore durante tutto il processo. Ciò è particolarmente importante per coloro che sono prossimi alla maggiore età, in quanto la presenza di un custode può contribuire a garantire una transizione relativamente agevole verso l'età adulta.

È importante garantire che i richiedenti che hanno una forma di **disabilità** [ad esempio, fisica, psicologica, cognitiva o uditiva ⁽²³⁾] abbiano accesso all'assistenza e un'adeguata opportunità di comunicare le loro esigenze. Ciò vale in particolare perché queste persone potrebbero non avere i mezzi o la capacità di reagire rapidamente, comunicare e chiedere aiuto a causa delle loro condizioni. Ciò può renderli vulnerabili alla violenza, agli abusi e allo sfruttamento e non deve essere sottovalutato ⁽²⁴⁾.

È inoltre molto importante considerare le esigenze degli **anziani**, spesso trascurati nel contesto dell'asilo. Essi potrebbero aver visto i loro figli morire in patria o durante il viaggio e potrebbero ora essere soli o doversi prendere cura dei nipoti. Potrebbero risentire cognitivamente, fisicamente ed emotivamente delle esperienze passate oltre che dell'età e potrebbero avere difficoltà ad adattarsi a una nuova cultura o lingua. È fondamentale individuare le persone con esigenze particolari, in particolare quelle arrivate con persone a carico. È necessario tenere a mente le diverse fasi critiche e la complessità del processo di migrazione durante il lavoro. Occorre garantire l'esistenza di misure di protezione in tutto il percorso di asilo e accoglienza per consentire un'offerta di servizi completa e adeguata alle esigenze.

Cfr. [Parte I – Per l'alta dirigenza](#) sezione «Componente 6. Il processo di migrazione».

⁽²¹⁾ Cfr. una relazione del Belgio di Fournier, K., van Acker, K., Geldof, D. e Heyerick, A., «[Être enfant en centre d'accueil](#)» (Essere un bambino in un centro di accoglienza), 2023 (in francese), che si concentra sui minori e sulle famiglie richiedenti e su come promuoverne la salute e il benessere mentale.

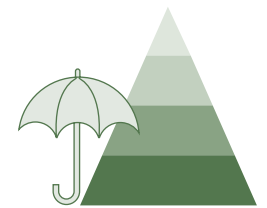
⁽²²⁾ Per maggiori informazioni su come sostenere i minori nell'accoglienza, cfr. il presente documento strategico di Fournier, K., van Acker, K. e Geldof, D., [Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres](#) (Rafforzare le opportunità per i minori accompagnati nei centri di accoglienza), 2022.

⁽²³⁾ Cfr. le linee guida elaborate da Fedasil (l'autorità federale di accoglienza, Belgio), Doof Vlaanderen e Fédération Francophone des Sourds de Belgique, [Guide – Accompagnement des demandeurs sourds et malentendants](#) (Guida – Assistenza ai richiedenti non udenti e ipoudenti), gennaio 2022. La guida, disponibile solo in francese, contiene informazioni generali sui richiedenti con deficit uditivo e sulle forme di comunicazione da loro utilizzate. La guida fornisce inoltre informazioni pratiche e concrete sugli ostacoli che questi richiedenti possono incontrare durante il viaggio, informazioni sull'uso di interpreti e raccomandazioni su come facilitare l'interazione; EUAA, [Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems](#) (Persone con disabilità nei sistemi di asilo e accoglienza), 2024.

⁽²⁴⁾ Global Protection Cluster, Gender-based Violence AoR, [Gender-based violence and disability inclusion fact sheet](#) (Scheda informativa sulla violenza di genere e sull'inclusione della disabilità), 2023.



Primo soccorso psicologico



Che cos'è il primo soccorso psicologico (PSP)?

Il **PSP** è un approccio utile in tutte le fasi del percorso di asilo e accoglienza nonché in tutti e quattro i livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale. Chiunque può fornire PSP ⁽²⁵⁾ in qualsiasi fase, purché abbia ricevuto una formazione di base su come leggere i segnali della sofferenza psicologica.

In generale, il **PSP** mira a individuare e a dare risposte il prima possibile alle persone in condizioni di sofferenza psicologica e a garantirne la sicurezza, promuoverne la calma, e cercare di confortarle il più possibile in una determinata situazione, verificare le loro esigenze e metterle in contatto con i servizi di assistenza più indicati.

⁽²⁵⁾ IFRC, Reference Centre for Psychosocial Support, [A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies](#) (Guida al primo soccorso psicologico per le società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa), Copenaghen, 2018.

**Tabella 1. Il PSP in breve**

Il PSP è...	Il PSP non è...
Assistenza e sostegno pratico e non invasivo	Una pratica riservata unicamente ai professionisti
Una valutazione delle esigenze e delle problematiche	Una consulenza psicosociale o psicoterapia
Assistere le persone a soddisfare i bisogni primari (cibo, alloggio, cure mediche, informazioni)	Una discussione dettagliata sull'evento che ha causato la sofferenza
Ascoltare le persone senza fare pressioni per farle parlare	Una richiesta di analizzare quanto accaduto o di mettere in ordine cronologico gli eventi
Dare conforto alle persone e aiutarle a trovare la calma	Fare pressione sulle persone affinché condividano i loro sentimenti e le loro reazioni a un evento
Aiutare le persone ad accedere a informazioni, servizi e sostegno sociale	Avere tutte le risposte alle domande o essere in grado di fornire tutto ciò di cui la persona ha bisogno

Fonte: Signpost, «[Psychological First Aid \(PFA\)](#)» [Primo soccorso psicologico (PSP)], sito web di Signpost Global, aggiornato a gennaio 2024.



Perché è utile il primo soccorso psicologico?

Il PSP è un mezzo per prendersi cura di coloro che ne hanno bisogno. Il PSP è un processo per fasi che semplicemente struttura competenze di aiuto di base e innate. In particolare all'arrivo, la sensazione iniziale di smarrimento può essere alleviata da un gesto o da una parola gentile, da alcune informazioni di base su dove andare e a chi chiedere aiuto a seconda delle esigenze, chiarimenti sulle fasi successive e il semplice riconoscimento che le cose non sono sempre facili. Un tale approccio umano di base può avere un forte impatto positivo e dare alla persona la sensazione di essere trattata con rispetto e di essere presa sul serio. È esattamente ciò che fa il PSP.

I richiedenti possono avere esiti migliori nel lungo periodo se:

- riconquistano un senso di controllo se in grado di prendersi cura di sé;
- hanno accesso al sostegno sociale, fisico ed emotivo;
- si sentono sicuri, connessi agli altri, calmi e fiduciosi ⁽²⁶⁾.

Tutto ciò può essere favorito dall'attuazione del PSP.

⁽²⁶⁾ IFRC, Reference Centre for Psychosocial Support, [A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies](#) (Guida al primo soccorso psicologico per le società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa), Copenhagen, 2018.



Qual è il momento migliore per fornire il primo soccorso psicologico?

Il PSP mira ad «aiutare le persone che sono state colpite da un evento critico molto recentemente». È pertanto meglio attuare il PSP al primo contatto con le persone in grave sofferenza. «Solitamente, questo avviene durante o immediatamente dopo l'evento critico. Tuttavia, potrebbe accadere giorni o settimane dopo, a seconda di quanto è durato l'evento e della sua gravità» ⁽²⁷⁾. Esaminando la situazione in Europa, in cui i richiedenti dopo l'arrivo sono spesso trasferiti da un luogo a un altro (ad esempio dalle isole al continente), il PSP può essere considerato utile in ogni fase dei trasferimenti organizzati.



A chi può essere utile il primo soccorso psicologico?

Il PSP è rivolto a «persone [...] che sono state di recente esposte a un grave evento critico» e si trovano in grave sofferenza. Sia i minori che gli adulti possono beneficiare di questo intervento. «Tuttavia, non tutti coloro che hanno vissuto un evento critico necessitano o desiderano ricevere il PSP». L'aiuto non deve essere imposto alle persone che lo rifiutano, ma coloro che forniscono PSP devono rendersi prontamente disponibili a coloro che desiderano un sostegno ⁽²⁸⁾.



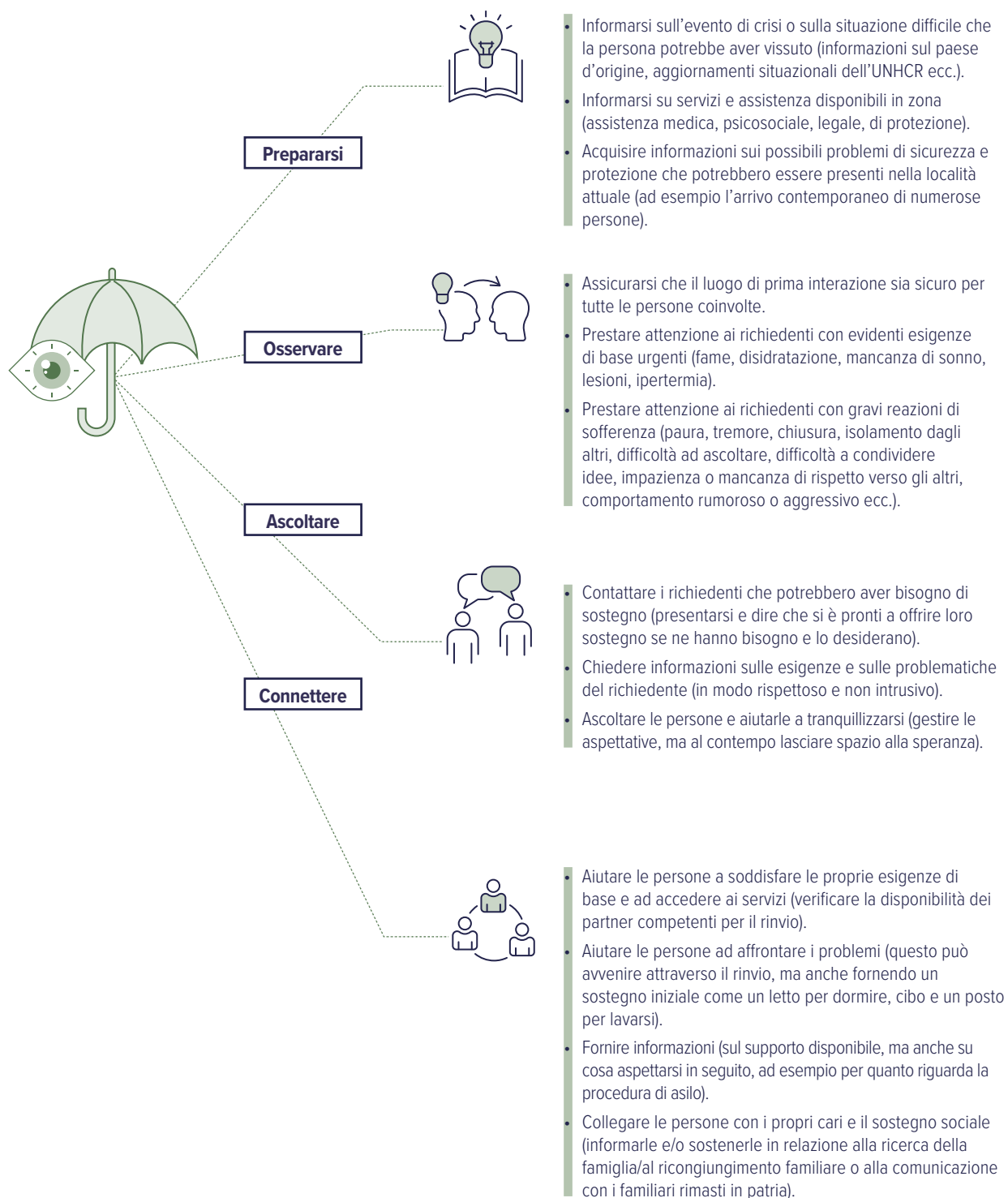
Come attuare gli interventi di primo soccorso psicologico e a chi vanno destinati

Il PSP rappresenta una serie di competenze di assistenza che possono essere fornite sia da professionisti sia da volontari con una formazione di base. Quando utilizzato nel settore umanitario, comprende quattro fasi principali: prepararsi, osservare, ascoltare e connettere. In breve, queste fasi evidenziano l'importanza dell'**osservazione** per individuare le persone bisognose di aiuto. Il PSP garantisce l'**empatia**, tramite l'**ascolto** rispettoso e attento della persona in modo da essere in grado di **indirizzare o collegare** la persona a un **follow-up pertinente** e appropriato sulla base delle principali esigenze e delle potenziali vulnerabilità individuate (ad esempio, cercare la famiglia, ricevere assistenza medica).

⁽²⁷⁾ OMS, *Primo soccorso psicologico: manuale per operatori sul campo*, 2011, pag. 5.

⁽²⁸⁾ OMS, *Primo soccorso psicologico: manuale per operatori sul campo*, 2011, pag. 4.

Figura 3. Le fasi di attuazione del PSP



Fonte: EUAA.



Buone pratiche e materiali di supporto

L'EUA ha realizzato un video animato sul PSP, accompagnato da istruzioni ⁽²⁹⁾. Il video intende essere un ausilio per coloro che conoscono e già forniscono il PSP per condividere il concetto di PSP con i nuovi arrivati, il personale paraprofessionale o i volontari. Nelle istruzioni, le sezioni «**Sofferenza e traumi**» e «**Spiegazione dei cinque principi**» illustrano in modo più dettagliato come fornire un'utile introduzione al concetto di PSP.

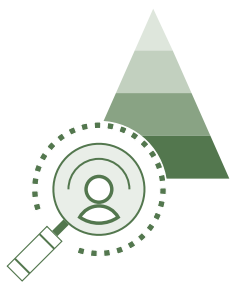
I referenti designati possono inserire il concetto di PSP come parte integrante di tutto il percorso di asilo e accoglienza. Il concetto di PSP è utile a tutti e **quattro i livelli** della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale. Il PSP è spesso collegato alla fase critica dell'**arrivo** e al momento in cui i richiedenti sono collocati nei centri di prima accoglienza. Può dunque essere utile che i funzionari di prima linea abbiano competenze in materia di PSP.



Fare riferimento ai materiali elaborati da altre principali parti interessate:

- Società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, *A Guide to Psychological First Aid* (Guida al primo soccorso psicologico), 2018;
- Save the Children, *Save the Children Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners* (Manuale di formazione di Save the Children sul primo soccorso psicologico per il personale che si occupa di minori), 2013, contenente orientamenti sugli aspetti da prendere in considerazione quando si lavora in presenza di minori;
- OMS, *Primo soccorso psicologico: manuale per operatori sul campo*, 2 ottobre 2011.

⁽²⁹⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» (video sul pronto soccorso psicologico), YouTube, 2023 e relative [istruzioni](#).



Individuazione



Cosa si intende per individuazione e perché è importante?

Per essere in grado di fornire le tutele e la protezione pertinenti, le garanzie procedurali e altri servizi adeguati alle vulnerabilità e/o alle esigenze particolari dei richiedenti, è innanzitutto necessario individuarne lo stato di bisogno. Una volta individuate le esigenze e le vulnerabilità intersezionali, le amministrazioni avranno la possibilità di fornire una risposta adeguata basata sulle esigenze. Una risposta tempestiva basata sulle esigenze può anche prevenire il deterioramento delle condizioni. L'individuazione dei richiedenti vulnerabili e delle persone con esigenze particolari è fondamentale ed è evidenziata nel patto sulla migrazione e l'asilo ⁽³⁰⁾ che pertanto la rende anche un obbligo giuridico.

⁽³⁰⁾ Commissione europea, «[Patto sulla migrazione e l'asilo](#)», maggio 2024.



Quando individuare le vulnerabilità e le esigenze particolari?

La **rilevazione iniziale** di condizioni mediche e di altre vulnerabilità **all'arrivo** alla frontiera, o durante la permanenza in un centro di arrivo/prima accoglienza, attraverso **verifiche mirate** (ad esempio controlli sanitari e delle vulnerabilità), è fondamentale per individuare i richiedenti con condizioni fisiche o mentali visibili o diagnosticate, al fine di fornire una risposta tempestiva e potenzialmente vitale e basata sulle esigenze. Queste prassi di individuazione sono fondamentali anche per rilevare malattie contagiose ed evitare una crisi sanitaria. Sebbene le condizioni di salute fisica possano essere al centro dell'attenzione di chi effettua le visite mediche durante lo sbarco o alla frontiera, o quando le persone vengono collocate nei centri di prima accoglienza, è importante sottolineare anche l'importanza di **prevenire il peggioramento del disagio psicologico**.

Le amministrazioni devono essere consapevoli del fatto che la maggior parte delle esigenze e delle vulnerabilità particolari, in particolare i problemi di salute mentale e altre **vulnerabilità invisibili** che possono affliggere i richiedenti, potrebbero non essere facilmente individuabili all'arrivo. Ciò può dipendere da vari fattori.

A seconda della vulnerabilità e delle esigenze, i richiedenti potrebbero:

- ▶ non avere una visione chiara della loro condizione (ad esempio richiedenti con condizioni mentali);
- ▶ provare vergogna e senso di colpa nel rivelare determinati problemi ed esperienze (particolarmente nei casi di violenza sessuale);
- ▶ temere ripercussioni sui familiari rimasti in patria (ad esempio nel caso di vittime di tortura);
- ▶ temere che la condizione vissuta possa influire sull'esito della loro domanda di protezione internazionale (ad esempio l'abuso di sostanze o una malattia cronica come l'infezione da HIV);
- ▶ affrontare barriere linguistiche in mancanza di interpreti competenti;
- ▶ sperimentare sofferenza psicologica all'arrivo dopo un viaggio traumatico;
- ▶ diffidare delle autorità che effettuano i controlli iniziali sulla salute e sulla vulnerabilità.

Tutti questi elementi possono ostacolare la tempestiva rivelazione di esigenze e vulnerabilità particolari. L'autorità di coordinamento dovrebbe pertanto sottolineare ai funzionari di prima linea e al personale di supporto in una fase successiva l'importanza di considerare l'**individuazione** delle vulnerabilità come un **impegno continuo** piuttosto che come una procedura una tantum da svolgere in un periodo molto limitato.

I punti elencati di seguito contribuiranno a facilitare l'individuazione tempestiva delle esigenze, il che in ultima analisi incide positivamente sulla procedura di asilo e aiuta i richiedenti a rimanere nel sistema dell'accoglienza:

- ▶ avere a disposizione strumenti **chiari** per individuare le vulnerabilità, comprese quelle invisibili, che integrino una serie di indicatori significativi;
- ▶ istruire coloro che operano in prima linea su **come utilizzare gli strumenti**, comprese le relative limitazioni (quali aspetti non possono essere individuati);
- ▶ integrare la visita medica e un esame delle vulnerabilità iniziali e la valutazione in fase di accettazione **nelle procedure quotidiane**, garantendo che siano eseguiti più di una volta per monitorare il benessere dei richiedenti;
- ▶ assicurare la **disponibilità di un numero sufficiente di specialisti adeguatamente formati ed esperti**, anche in materia di migrazione, a sostegno di tale processo;
- ▶ fornire ai richiedenti materiale informativo pertinente che li **incoraggi a rivelare di propria iniziativa** esigenze e vulnerabilità particolari.



Come individuare le condizioni di salute e altre vulnerabilità

In alcuni paesi, le visite mediche iniziali includono anche domande sulle vulnerabilità generali, tra cui le condizioni mentali e l'aderenza alle terapie, mentre in altri tali domande non sono previste. Quando queste domande sono comprese nell'individuazione precoce delle vulnerabilità, esse potrebbero includere:

- esperienze di tortura e altre forme di violenza (violenza di genere, violenza familiare);
- condizioni mentali, tra cui pensieri suicidi, disabilità fisiche e cognitive, problemi legati all'età (ad esempio, nel caso di persone anziane, se sono in grado di prendersi cura di sé stesse); e
- problemi di dipendenza.

Sebbene la maggior parte dei richiedenti non sia in grado di rivelare esperienze così delicate al momento dell'arrivo, a volte essi potrebbero essere disposti a condividere alcune informazioni una volta instaurato un ambiente sicuro e di fiducia. Può essere utile chiarire il motivo per cui queste informazioni sono importanti per le autorità, nonché la presenza di un esperto con sufficiente esperienza per interagire con i richiedenti in modo empatico e pacato.



A chi spetta individuare le vulnerabilità e le esigenze particolari?

L'individuazione precoce delle esigenze può essere effettuata da a) **funzionari** di prima linea che possono avere anche solo una **conoscenza limitata delle questioni legate alla vulnerabilità**, come le guardie di frontiera, che sono tuttavia importanti funzionari di primo contatto a questo proposito.

Inoltre, b) la **comunità di richiedenti**, una volta ricevuta una formazione di base (ad esempio PSP), può anche agevolare il processo di individuazione precoce, in particolare quando sono visibili esigenze come la sofferenza psicologica (ad esempio, la persona piange o appare molto irritata, agitata o confusa) e quando il contesto consente loro di segnalare in modo utile le esigenze dei loro pari ai funzionari competenti.

Ogni amministrazione dovrebbe tuttavia cercare di nominare c) **funzionari appositamente formati** per individuare le vulnerabilità e le esigenze particolari. Questi funzionari dovrebbero possedere competenze in materia di salute, vulnerabilità e protezione (ad esempio protezione dei minori, violenza di genere, vittime di tortura, tratta di esseri umani). Essi dovrebbero essere formati a sostenere le due categorie indicate alle lettere a) e b) e a considerare l'individuazione come un compito da svolgere su base continuativa.

Effettuare una valutazione dei rischi ⁽³¹⁾ sulle esigenze e sulle vulnerabilità specifiche dei minori non accompagnati ⁽³²⁾ in relazione alla tratta di esseri umani ⁽³³⁾ o ai rischi di fuga ⁽³⁴⁾. Ciò vale anche per la valutazione delle esigenze dei richiedenti che lasciano il sistema dell'accoglienza per essere integrati nella comunità ospitante o in vista del rimpatrio. I risultati possono indicare i passi successivi da compiere per la concessione della protezione.

⁽³¹⁾ Cfr. la sezione «[Il processo di gestione dei casi](#)».

⁽³²⁾ Cfr. la sezione «[Minori non accompagnati](#)».

⁽³³⁾ The Asia Foundation e National Anti Human Trafficking Taskforce: Sri Lanka, [Checklist to Identify Suspected Victims of Trafficking](#) (Elenco di controllo per identificare le presunte vittime della tratta), 2021.

⁽³⁴⁾ Fedasil, «[Prévenir les disparitions de Mena](#)» (Prevenire la scomparsa dei minori non accompagnati), 25 maggio 2023.



Qual è il passo successivo all'individuazione precoce di un richiedente con esigenze o vulnerabilità particolari?

La valutazione delle esigenze particolari è una valutazione sistematica della situazione del richiedente. Una valutazione delle esigenze particolari e delle vulnerabilità prende in considerazione la complessa intersezione di vulnerabilità, rischi e fattori di danno. Evidenzia inoltre i **fattori di protezione** e la **resilienza** di un individuo e dell'eventuale rete sociale e/o familiare su cui il richiedente può fare affidamento. Una valutazione completa e continua mira a comprendere le vulnerabilità e le esigenze particolari dei richiedenti e come affrontarle in modo olistico ⁽³⁵⁾.

La valutazione della vulnerabilità può sfociare nel rinvio per un supporto ulteriore nel caso in cui non possa essere fornito supporto diretto, che può includere interventi relativi a tutti e quattro i livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale. Tale rinvio spazia dal soddisfacimento di bisogni primari fino al trattamento specialistico da parte di un esperto, ad esempio uno psichiatra nel caso di un disturbo mentale. L'assistenza e il supporto sono più efficaci se inseriti in un processo di gestione del caso (si veda la sezione **3. «Assistenza e gestione dei casi»**). Ciò significa che una persona si occupa delle esigenze di un richiedente e coordina i rispettivi servizi fino a quando il richiedente sia in grado di farlo autonomamente.

Tutti i funzionari di prima linea e che sono in contatto diretto con i richiedenti devono essere in grado di effettuare **rinvii**. A tal fine, hanno bisogno di informazioni aggiornate sui partner che si occupano di rinvii nonché dei relativi recapiti per indirizzare le persone che ne hanno bisogno ai servizi di supporto appropriati.

Sintesi. Le vulnerabilità e le esigenze particolari possono emergere o essere individuate in qualsiasi fase del percorso di asilo. Sia i professionisti che i membri della comunità possono rilevare le esigenze imminenti. L'individuazione può avvenire in qualsiasi punto dei quattro livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale dello IASC.

In questa guida, per vulnerabilità si intende una situazione in cui si trova un richiedente a causa dell'età, del genere e di altri fattori personali. Alcuni di questi fattori possono riguardare l'appartenenza a uno specifico gruppo minoritario, condizioni di salute specifiche o le esperienze del richiedente. Questi fattori personali e ambientali possono anche mettere a rischio i richiedenti vulnerabili. È fondamentale mettere in atto le misure, le tutele e le garanzie necessarie per evitare danni, il peggioramento delle loro condizioni o l'emergere di nuove esigenze. Ad esempio, le donne richiedenti appartengono a una categoria vulnerabile a causa del loro genere e del fatto che le donne sono più esposte alla violenza, agli abusi e allo sfruttamento. Pertanto, la scelta di un alloggio adeguato è fondamentale per garantirne la sicurezza. Successivamente, è necessario monitorare continuamente la situazione delle donne richiedenti per prevenire (ulteriori) danni.

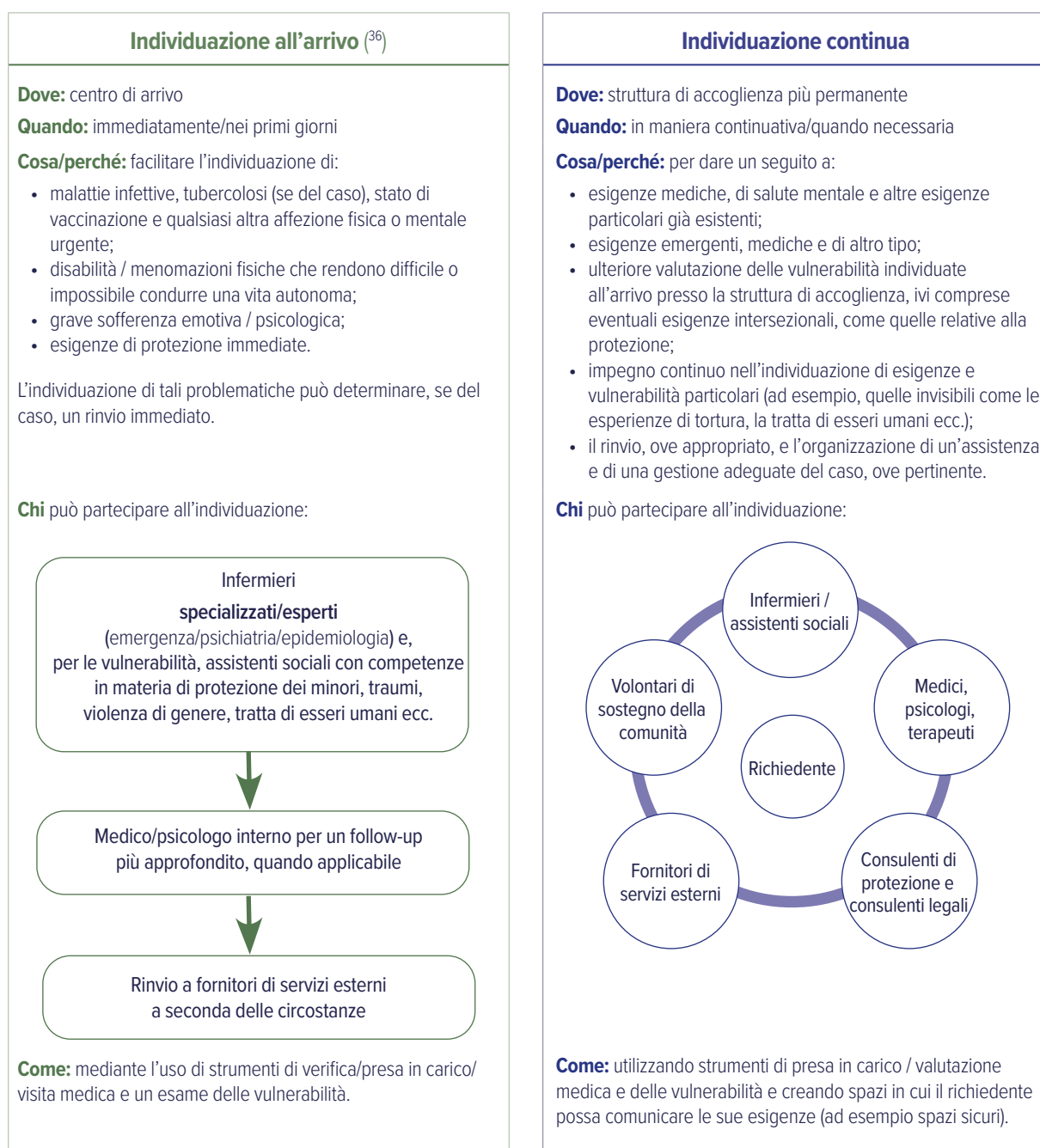
D'altro canto, un richiedente che ha un'esigenza particolare, può essere considerato in una situazione di vulnerabilità, ma non necessariamente. Ad esempio, una persona con una disabilità visiva potrebbe avere l'esigenza specifica di ricevere occhiali da lettura dalle autorità di accoglienza. Una volta ottenuti gli occhiali, tuttavia, la persona è in grado di badare a sé stessa e non ha bisogno di ulteriore supporto.

Esiste una differenza tra una risposta immediata a un bisogno e una risposta intenzionalmente ritardata. Coloro che operano in prima linea devono considerare il livello di urgenza di una risposta. L'individuazione delle esigenze è un'attività continua. Tuttavia la risposta dipenderà dal livello di urgenza dell'esigenza individuata.

L'individuazione di un'esigenza specifica o di una o più vulnerabilità non rappresenta la fine del processo. Può dare il via a processi che mirano a soddisfare l'esigenza specifica o la/le vulnerabilità nell'ambito di un approccio di gestione del caso (cfr. la sezione **3. «Assistenza e gestione dei casi»**) e a effettuare i rinvii necessari (cfr. la **figura 4** di seguito). La figura fornisce un esempio di flusso di lavoro sull'**individuazione precoce all'arrivo** in un paese e di come l'individuazione precoce si collega all'individuazione continua una volta che un richiedente sia stato collocato in una struttura di accoglienza più permanente.

⁽³⁵⁾ EUAA, «Strumento per la valutazione delle esigenze particolari e della vulnerabilità», 2023.

Figura 4. Individuazione di esigenze e vulnerabilità specifiche ai fini dell'erogazione del servizio




Le informazioni devono accompagnare il richiedente tenendo conto della privacy, della protezione dei dati e del consenso

Fonte: EUAA (adattato da un diagramma di flusso realizzato da Fedasil, Belgio).

⁽³⁶⁾ I punti di questa sezione possono interessare anche le autorità responsabili degli accertamenti sui cittadini di paesi terzi.



L'**individuazione** deve essere intesa come un **impegno continuo** e che richiede tempo. L'individuazione di un richiedente vulnerabile può essere effettuata in qualsiasi fase del percorso di asilo e da diversi soggetti che interagiscono con il richiedente (ad esempio familiari, insegnanti, assistenti sociali, personale medico, funzionari addetti all'accoglienza). Pertanto, sarà fondamentale che sia la comunità dei richiedenti sia gli operatori che li sostengono sappiano in generale chi contattare nel caso di esigenze particolari e come accedere a un sistema di rinvio completo che faciliti l'erogazione dell'assistenza appropriata e necessaria (per maggiori informazioni, cfr. la sezione [3. «Assistenza e gestione dei casi»](#)).

È fondamentale creare un **ambiente sicuro** e confortevole per i richiedenti e garantirne l'accesso a **funzionari qualificati** che abbiano i mezzi e il **tempo** per effettuare valutazioni efficaci della vulnerabilità. Ciò garantisce un approccio incentrato sul richiedente durante l'individuazione e il rispetto degli obblighi in materia di diritti fondamentali.

Tuttavia, soprattutto nei paesi di transito o nei grandi Stati membri dell'UE e nei paesi associati Schengen (paesi UE+) in cui l'identificazione potrebbe essere **centralizzata**, le autorità potrebbero avere solo **un'opportunità** di incontrare un richiedente. Pertanto, si raccomanda vivamente che le squadre di supporto all'arrivo nei diversi contesti siano **ben attrezzate** in termini di **competenze**, dispongano di **tempo sufficiente**, abbiano un ambiente di lavoro favorevole e possano coinvolgere, se necessario, altri specialisti. Ciò contribuirà a garantire un'efficace e precoce individuazione delle esigenze. In generale, le vulnerabilità possono essere segnalate da funzionari di prima linea con diversi livelli di competenza in relazione alle vulnerabilità e alle esigenze di protezione. Esistono vari modi per rilevare e individuare le vulnerabilità, ad esempio:

- il richiedente stesso le dichiara;
- un medico, un professionista della salute mentale e/o un funzionario preposto alla vulnerabilità pone alcune domande mirate per ottenere informazioni su specifiche vulnerabilità di tipo medico ed esigenze di protezione;
- attraverso documenti o prove forniti dal richiedente o dai suoi familiari che certificano una vulnerabilità o i suoi indicatori;
- la vulnerabilità è visibile (ad esempio gravidanza avanzata o disabilità fisica evidente, minore non accompagnato o persona anziana, comportamento insolito);
- mediante il primo soccorso psicologico fornito da personale di supporto formato a tutti i richiedenti nelle diverse fasi del percorso di asilo e accoglienza (cfr. la sezione [1. «Primo soccorso psicologico»](#)). Il personale di supporto formato (funzionari di prima linea) ha una conoscenza di base degli indicatori di sofferenza psicologica.

Gli strumenti pensati per i funzionari di prima linea che hanno **conoscenze limitate o nulle in materia di vulnerabilità ed esigenze particolari** (ad esempio la polizia dell'immigrazione), ma che sono comunque tenuti a contribuire all'individuazione durante un afflusso elevato, sono relativamente semplici da utilizzare. Tali strumenti possono facilitare la «segnalazione» di esigenze particolari. Tuttavia, va ricordato che molte delle vulnerabilità che i richiedenti presentano all'arrivo sono invisibili. Di conseguenza, quanto più i funzionari di prima linea sono formati a utilizzare questi semplici strumenti alla frontiera o in situazioni di alto afflusso/trasferimenti, tanto più sarà probabile che alcune delle vulnerabilità invisibili vengano rilevate precocemente. Ciò può includere l'individuazione di potenziali vittime di tortura e di persone che potrebbero aver subito violenza sessuale. Pertanto, è fondamentale sviluppare la capacità di tutti i soggetti coinvolti.



Un elenco di utili strumenti di formazione ed esercizi di rafforzamento delle capacità è fornito nella **Parte I – Per l'alta dirigenza**, «Allegato 4. Risorse per lo sviluppo di capacità in materia di supporto psicosociale e per la salute mentale».

Per ulteriori informazioni sulla **sensibilità culturale** e sui **fattori che favoriscono la salute mentale** si veda **Parte III – Pacchetto di strumenti**.

Per maggiori informazioni sul tema della **disabilità**, cfr. EUAA, **Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems** (Persone con disabilità nei sistemi di asilo e accoglienza), 2024 ed EUAA, **Safeguards for asylum applicants with disabilities** (Garanzie per i richiedenti asilo con disabilità), scheda informativa EUAA/IAS/2022/14, novembre 2022.



Buone pratiche e materiali di supporto



Strumenti. Individuazione

Individuazione precoce delle vulnerabilità e delle esigenze particolari

- EUAA, «[Strumento per l'individuazione delle persone con esigenze particolari](#)», 2016. Questo strumento si rivolge ai funzionari di prima linea con conoscenze limitate o nulle sulle vulnerabilità, per aiutarli a conoscere gli indicatori di vulnerabilità e i passi successivi necessari per garantire la sicurezza e la protezione dei richiedenti.
- Caritas internationalis, [Vers un traitement juste des réfugiés vulnérables](#) (Verso un equo trattamento dei rifugiati), dicembre 2017 (in francese).
- Lo strumento di screening per la salute mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati, [STAR-MH](#), sito web Star-MH, 2024 è uno strumento breve e semplice di screening della salute mentale in nove elementi, sviluppato per essere usato da operatori privi di competenze di salute mentale per individuare eventuali segni di PTSD (disturbo da stress post-traumatico) e il disturbo depressivo maggiore nei nuovi richiedenti asilo o rifugiati».
- Pathways to Wellness, [Refugee Health Screener - 15 \(RHS-15\)](#), 2012; è uno strumento per lo screening delle persone per la sofferenza emotiva e la salute mentale. Si noti che questo elenco di controllo non è destinato all'uso con i rifugiati.
- UNHCR, International Detention Coalition e Oak Foundation, [Vulnerability Screening Tool](#) (Strumento di screening delle vulnerabilità), 2016.

Valutazione approfondita delle vulnerabilità e delle esigenze particolari, compresa la salute mentale

- EUAA, «[Strumento per la valutazione delle esigenze particolari e della vulnerabilità](#)», 2022. Questo strumento sostiene in modo strutturato il personale specializzato nella valutazione delle esigenze particolari e nell'individuazione delle azioni future appropriate da intraprendere nell'interesse del richiedente.
- OMS, [Valutare la salute mentale, i bisogni e le risorse psicosociali – Strumenti di assessment per i contesti umanitari](#), 2012.
- Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, [Guidelines for the provision of remote psychosocial support for GBV survivors](#) (Linee guida per l'erogazione di servizi di sostegno psicosociale a distanza per i sopravvissuti alla violenza di genere), 2021, concepite come ausilio per i fornitori di servizi nei casi di evidente rischio di suicidio (ad esempio pensieri intrusivi negativi, pensieri suicidi, sentimenti di disperazione o comportamenti rischiosi).
- Fedasil (Belgio), Doof Vlaanderen e Fédération Francophone des Sourds de Belgique, [Guide – Accompagnement des demandeurs sourds et malentendants](#), gennaio 2022 (in francese). Questa guida aiuta a individuare le persone sorde e ipoudenti e a comprendere le loro preferenze di comunicazione. Le persone sorde e quelle ipoudenti che presentano domanda di protezione internazionale spesso sono spesso trascurate.

Alcuni paesi applicano il concetto di PSP per contribuire a individuare le esigenze e le vulnerabilità specifiche. Altre amministrazioni utilizzano meccanismi di autovalutazione, compresi i questionari, nell'ambito dell'individuazione. Quest'ultimo approccio può essere particolarmente utile nelle situazioni di afflusso di un numero elevato di richiedenti, in cui l'individuazione tempestiva delle persone con esigenze di salute mentale potrebbe essere altrimenti compromessa. I meccanismi di autovalutazione, sebbene utili in determinate circostanze per segnalare problematiche, non dovrebbero essere considerati l'unica modalità per individuare i richiedenti in stato di necessità. Questi meccanismi sono limitati e rischiano di escludere determinate categorie o determinati richiedenti (ad esempio persone analfabete e/o minori).



Francia

Il *Questionnaire Santé Mentale* (questionario sulla salute mentale) è utilizzato dall'Ufficio per l'immigrazione e l'integrazione nell'ambito del *Rendez-vous santé* (visita medica).

Il questionario è inteso come strumento di lavoro e può essere aggiornato. Questa valutazione viene effettuata solo su base volontaria. Coloro che la accettano ricevono indicazioni sulla sua finalità in una lingua che comprendono. I minori sono esenti. Il questionario è disponibile in 36 lingue, è conforme alle prassi in campo psichiatrico (limitatamente a diverse diagnosi psichiatriche preesistenti) ed è adattato a diverse procedure di screening medico generale.

Vantaggi principali: riduce la pressione sui funzionari di prima linea in presenza di un gran numero di nuovi arrivati da sottoporre allo screening. I funzionari privi di competenze psichiatriche sono in grado di segnalare almeno alcune problematiche. I risultati possono evidenziare a quali richiedenti dare la priorità nel follow-up.

In generale, le risposte sono legate a uno schema cromatico (verde – non legato a una diagnosi psichiatrica; ambra – richiede un consulto solo se l'affezione influisce sul funzionamento quotidiano del richiedente; rosso – rischio elevato di gravi disturbi mentali). Per le persone segnalate col rosso, il sistema informatico stampa automaticamente una lettera di rinvio allo psichiatra di riferimento, ove applicabile. Per rispettare gli obblighi di riservatezza, la lettera di rinvio indica solo la necessità di un consulto. I dati inseriti nel sistema sono resi anonimi e conformi al regolamento generale sulla protezione dei dati.

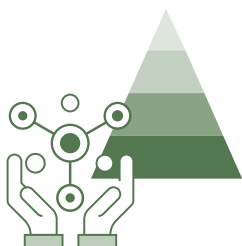
Cfr. la [Parte III – Pacchetto di strumenti](#), sezione «Liste di controllo, questionari e altri strumenti».



In alcuni casi, si potrebbe consigliare di riconsiderare le prassi nazionali relative alla condivisione di informazioni sui richiedenti in difficoltà. Tale riesame potrebbe includere il modo in cui si ottiene il consenso dei richiedenti alla condivisione di tali informazioni, ad esempio quando si rivela necessario un rinvio. Di norma sono trasmesse solo le informazioni necessarie a garantire un rinvio e un follow-up agevoli, sicuri ed efficaci. L'età, il genere e le diversità sono considerazioni trasversali.



- Per informazioni generali su come affrontare il tema della vulnerabilità cfr. anche EUAA, [Strategy on Vulnerability](#) (Strategia sulla vulnerabilità), 2024, sezione 4.2. «Identification, prevention, and response» (Individuazione, prevenzione e risposta).
- Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM), [The determinants of migrant vulnerability](#) (Determinanti della vulnerabilità dei migranti), parte 1, 2020.
- [Parte III – Pacchetto di strumenti](#), Sezione «Individuazione delle vulnerabilità e delle esigenze particolari».



Assistenza e gestione dei casi

Questa sezione si concentra sull'**accesso all'assistenza**, sulla procedura di **gestione dei casi** in cui l'assistenza è integrata e sull'**assistenza e gestione dei casi per richiedenti particolarmente vulnerabili** e categorie scarsamente servite.

Accesso all'assistenza sanitaria

Per soddisfare le esigenze dei richiedenti è necessario innanzitutto che esse siano state individuate. Di conseguenza, potrebbe essere offerta una combinazione di forme di supporto. Ciò può comprendere un sostegno finanziario e pratico, ad esempio l'agevolazione dell'accesso a determinati servizi forniti da esperti (ad esempio operatori sanitari), servizi di interpretazione e sostegno informale fornito dai membri della comunità. Il formato del sostegno varierà a seconda del contesto e delle esigenze individuate. In alcuni contesti, potrebbe essere necessario incrementare la disponibilità di forme di supporto mobile per assistere coloro che sono altrimenti più difficili da raggiungere. Ciò può avvenire sotto forma di squadre di supporto mobili che visitano le strutture di accoglienza in giorni specifici o di assistenti sociali che effettuano visite a domicilio in un contesto urbano. È importante porre l'accento sul coordinamento tra le entità.



Cosa significa assistenza nel contesto di questa guida?

A seconda del problema in questione e di altri fattori (ad esempio età, anamnesi medica e di salute mentale, livello di istruzione), alcuni richiedenti potrebbero aver bisogno di maggior supporto rispetto ad altri. Come per ogni popolazione, ci saranno individui con esigenze complesse che richiederanno l'accesso a vari servizi, tra cui un'assistenza mirata e specializzata.

L'obiettivo è di rendere autonomi i richiedenti in condizioni di sofferenza psicologica tramite l'assistenza che ricevono, il supporto formale (mirato) o informale (interventi basati sulla comunità/supporto fornito dai familiari) e a seconda delle loro esigenze. L'assistenza li aiuterà a gestire la propria vita quotidiana nel modo più autonomo possibile. Una volta che un'esigenza o varie esigenze intersezionali siano state individuate e valutate, se non possono essere affrontate immediatamente dal funzionario addetto, viene avviato un processo di rinvio e gestione dei casi per garantire una risposta o un'assistenza pertinente.

Ciò richiede la disponibilità di un **sistema di rinvio consolidato composto da diversi partner** in grado di fornire un supporto efficace. Ciò comprende, come minimo, l'assistenza sanitaria di base, la protezione (compresi i servizi sociali, l'alloggio, le forze dell'ordine), e iniziative di comunità in materia di supporto psicosociale, istruzione/occupazione e consulenza legale.



Si raccomanda vivamente di adottare un approccio olistico alla salute mentale che comprenda meccanismi di **supporto** sia **informali** (iniziative di supporto psicosociale guidate dalla comunità) che **formali** (assistenza mirata e specializzata).

L'entità di coordinamento in un determinato paese / contesto, responsabile per la gestione dell'attuazione degli interventi di supporto psicosociale e per la salute mentale, dovrebbe garantire la disponibilità di un'**équipe multidisciplinare di fornitori di servizi**. Tali fornitori dovrebbero coprire, come minimo, il settore della salute, della protezione e dell'istruzione. I loro servizi dovrebbero far parte di un meccanismo di riferimento consolidato. È inoltre fondamentale la mappatura e il rafforzamento delle iniziative di supporto psicosociale condotte dalle comunità presenti nello specifico contesto.

Il processo di gestione dei casi



Quali sono i vantaggi della gestione dei casi?

La gestione dei casi consente di affrontare in modo tempestivo e sistematico le esigenze dei richiedenti attraverso l'assistenza diretta o il rinvio ⁽³⁷⁾. Sebbene l'obiettivo generale della gestione dei casi sia quello di migliorare l'autonomia e l'indipendenza dei richiedenti, va ricordato che ogni richiedente avrà capacità e resilienza diverse per conseguire tale obiettivo. L'adozione di procedure operative formalizzate può contribuire a promuovere la qualità, la coerenza e il coordinamento dell'assistenza. I servizi di risposta dovrebbero sempre basarsi sulle esigenze dei richiedenti.

La gestione dei casi è un intervento trasversale. È utile per i richiedenti che presentano vulnerabilità varie e intersezionali, compresi quelli in condizioni di sofferenza psicologica o quelli con un disturbo mentale conclamato. I richiedenti che manifestano sofferenza o un disturbo mentale spesso si sentono ansiosi e troppo sopraffatti per agire in modo autonomo.

⁽³⁷⁾ Procedura mediante la quale le persone che necessitano di protezione internazionale e le persone vulnerabili beneficiano di un rinvio a organi e servizi specializzati ai fini di un sostegno adeguato. Glossario EUAA: n. IATE: [3620603](#).



Possono percepire di non avere il controllo o possono semplicemente non essere consapevoli del proprio disturbo. Farli affiancare da un responsabile del loro caso/assistente sociale incaricato di supportarli nel processo di accesso ai servizi può alleviare i sentimenti di ansia e andare a beneficio di questa categoria di richiedenti. A seconda del contesto locale, delle esigenze e delle circostanze del richiedente, possono essere attuati e/o combinati diversi modelli di erogazione dell'assistenza:

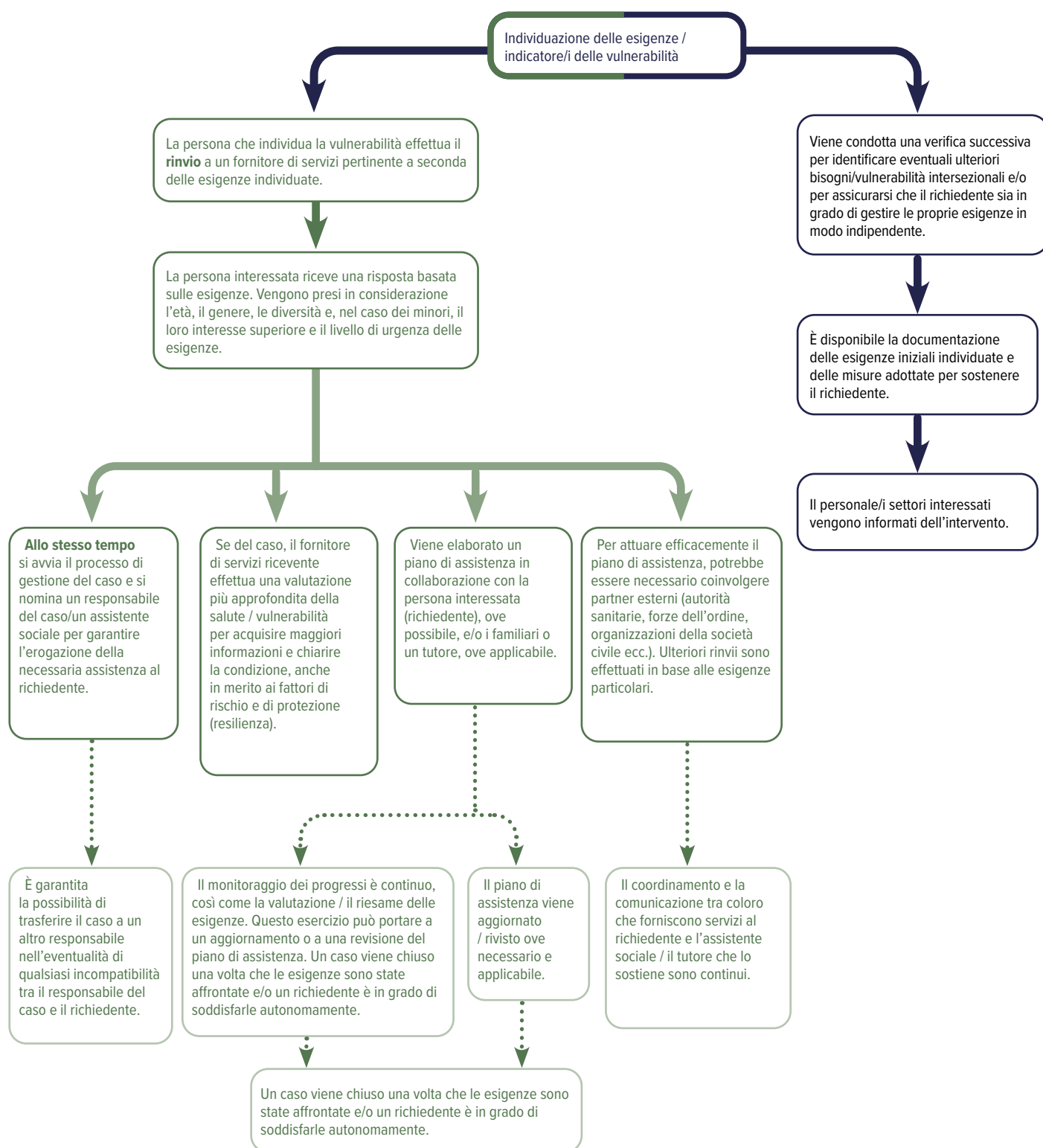
- il **modello di assistenza individuale** assegna al richiedente un funzionario esaminatore (nominato dalle autorità di accoglienza); questo approccio rafforza la fiducia ma può assorbire molte risorse;
- nel **modello di assistenza comunitaria**, i responsabili dei casi / gli assistenti sociali sono inseriti nella comunità dei migranti, consentendo un accesso diretto alla popolazione e una migliore conoscenza dei servizi disponibili;
- **modelli di prossimità / mobili** prevedono che i responsabili dei casi incontrino i richiedenti presso le loro abitazioni o in altri luoghi adatti; questi modelli sono utili quando i beneficiari non possono o non vogliono recarsi presso un centro di accoglienza;
- **gestione remota dei casi** via telefono o via internet (ad esempio per facilitare un follow-up regolare in un contesto in cui i richiedenti sono difficili da raggiungere o le risorse umane sono limitate, ed è pertanto difficile organizzare follow-up regolari di persona);
- **individuazione** di persone con esigenze particolari;
- effettuazione di una **valutazione del rischio** per determinare quale approccio / servizio sia nell'**interesse superiore** del richiedente, garantendo al contempo la **sicurezza** del responsabile del caso;
- analisi dei potenziali esiti qualora non venissero forniti i servizi;
- garantire che le **cure siano accessibili** / ricevute;
- **coinvolgere** i richiedenti e/o la famiglia nella pianificazione dell'assistenza;
- **monitoraggio** e **valutazione** dell'assistenza;
- **adeguamento del piano di assistenza** in base ai risultati del monitoraggio e della valutazione, se del caso.



Come attuare la gestione dei casi

La gestione dei casi viene normalmente effettuata a livello del singolo richiedente. Ciò significa che quando i funzionari di prima linea determinano il proprio ruolo diretto, è essenziale che riconoscano che ogni richiedente ha diversi livelli di capacità di agire in modo indipendente. Stabilire una relazione solida e di fiducia con ciascun richiedente è fondamentale, in quanto consente una valutazione più accurata delle sue capacità. Dopo aver valutato le capacità e le competenze del richiedente e altri fattori protettivi, viene formulato di conseguenza un piano di assistenza. Il piano si basa sulla valutazione delle caratteristiche del richiedente al fine di promuoverne una maggiore indipendenza e autodeterminazione, tenendo conto delle sue opinioni. Questo approccio promuove l'agentività e può contribuire a una migliore salute e benessere mentale.

Figura 5. Sintesi del processo di gestione del caso



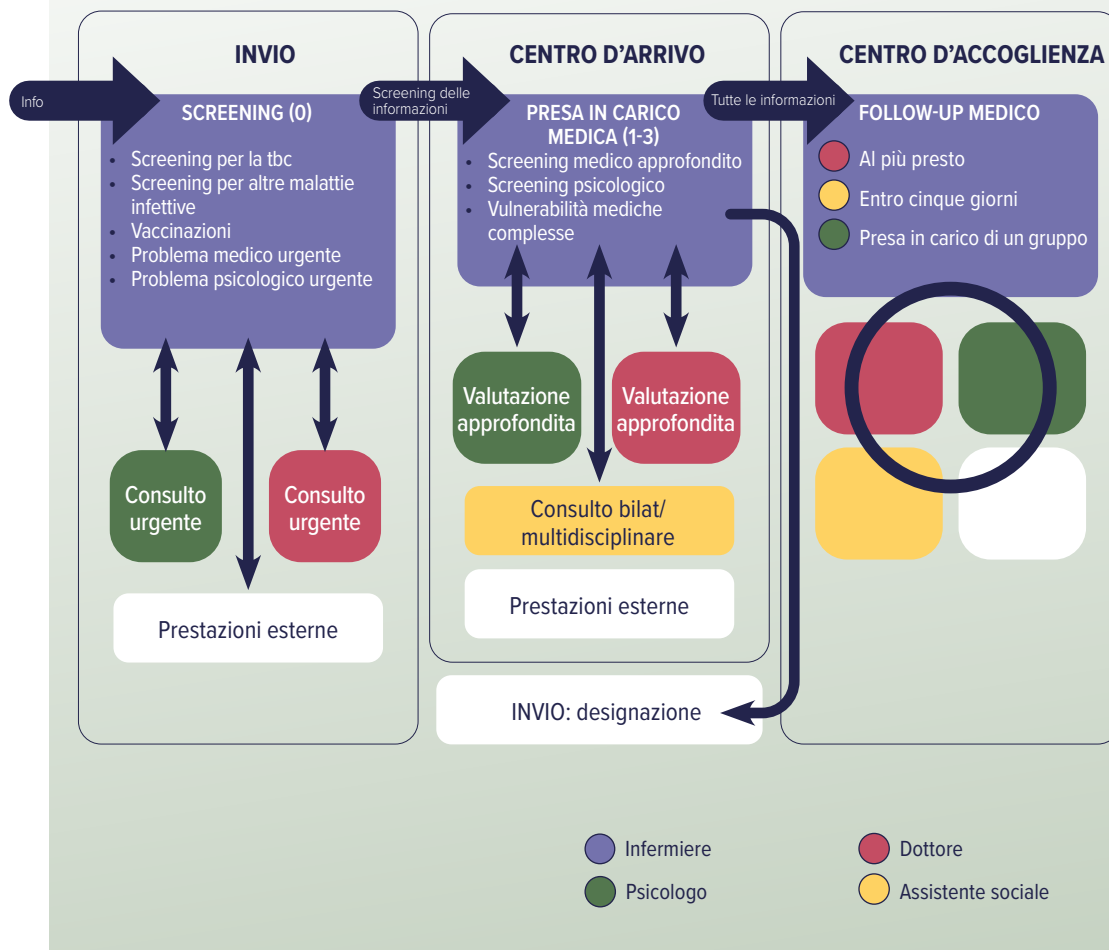
Fonte: EUAA.

Ogni paese UE+ ha un formato leggermente diverso per l'individuazione dei richiedenti con esigenze e vulnerabilità specifiche e il relativo follow-up. Il formato e il follow-up potrebbero anche dipendere dalla fase del percorso di asilo e accoglienza.



Belgio, Fedasil

Di seguito è riportato un semplice schema di un **flusso di lavoro** per fasi e delle figure professionali coinvolte **all'arrivo, nell'accoglienza iniziale** e durante la **permanenza nelle strutture di accoglienza**. Sono indicate le tempistiche per gli interventi (al giorno di arrivo 0; giorno 1-3; giorno 5) nonché i soggetti con cui coordinarsi a seconda della situazione.



L'elaborazione di un piano di assistenza richiede le seguenti componenti.

- **Valori.** Ogni persona è unica e ha il proprio sistema di obiettivi e valori. Allineare gli interventi al sistema di valori della persona per lavorare efficacemente al raggiungimento dei suoi obiettivi.
- **Stato cognitivo e atteggiamento.** Considerare lo stato mentale della persona, tra cui le percezioni, i ragionamenti, i giudizi, la mentalità e gli atteggiamenti. Una valutazione accurata dello stato cognitivo della persona consentirà di formulare un piano di intervento più appropriato.
- **Competenze.** Valutare in che misura la persona può utilizzare le proprie competenze cognitive e comportamentali per agire in modo autonomo.
- **Capacità e disponibilità ad accettare aiuto.** Valutare la disponibilità della persona ad accettare l'assistenza per il conseguimento degli obiettivi delineati nel piano di reinsediamento. Comprendere la sua volontà di cercare aiuto è fondamentale per un intervento efficace.



Chi gestisce il caso?

La gestione dei casi è generalmente fornita da personale qualificato, ad esempio assistenti sociali e funzionari addetti all'accoglienza con esperienza in materia di salute mentale, vulnerabilità e/o protezione. Durante tutto questo processo, l'addetto al caso dovrebbe chiedere assistenza e sostegno ai suoi supervisori. Va mantenuto un canale di comunicazione con i colleghi e, in certa misura, con il richiedente stesso. Le riunioni di discussione sul caso, volte a facilitare il processo di gestione dello stesso possono aiutare ulteriormente coloro che assistono i richiedenti in stato di necessità.



Perché è importante la valutazione dei rischi nell'ambito di un processo di gestione del caso?

«I responsabili dei casi dovrebbero effettuare valutazioni periodiche per individuare eventuali rischi per la sicurezza, l'incolumità e il benessere dei migranti vulnerabili e i rischi inerenti all'accesso o meno ai servizi» ⁽³⁸⁾. Tali valutazioni dovrebbero essere effettuate con la partecipazione attiva del richiedente vulnerabile. Se vengono individuati rischi, dovrebbero essere attuate strategie adeguate per mitigarli. I rischi possono essere legati allo stato di salute mentale di un richiedente, ma anche ad altre vulnerabilità intersezionali, ad esempio aver subito violenza sessuale o violenza da parte del partner, possibili ritorsioni da parte dei trafficanti di esseri umani, auto-trascuratezza o autolesionismo. I rischi individuati e le strategie per attenuarli dovrebbero essere inclusi nel piano di assistenza.

➔ **La valutazione dei rischi comprende:** la classificazione dell'urgenza e delle priorità d'intervento, la mappatura dei servizi disponibili, l'elaborazione e l'attuazione di piani assistenziali e il coordinamento con i fornitori di servizi. A seconda del numero e della gravità delle esigenze individuate, il livello di rischio può essere classificato in relazione alla necessità di intervento.

⁽³⁸⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse: Individual Case Management – Part 2* (Protezione e assistenza per i migranti vulnerabili alla violenza, allo sfruttamento e all'abuso. Gestione dei casi individuali – Parte 2), 2020.

Tabella 2. Valutazione del rischio e livello di urgenza nel processo di gestione di un caso

Livello di rischio	Parametro	Intervento	Esempi pratici
Rischio elevato: è necessario un follow-up urgente	Un'esigenza specifica, che richiede un'azione immediata. Più di tre esigenze particolari, che richiedono un intervento in tempi rapidi.	Una situazione di rischio grave e immediato per l'incolumità della persona richiede un intervento immediato e urgente / l'accesso immediato all'assistenza di emergenza/ psichiatrica. È necessario un follow-up quotidiano per garantire l'adozione di misure immediate.	Una richiedente che ha dichiarato di essere incinta a seguito di violenza sessuale e presenta pensieri suicidi/rischio di suicidio . Un richiedente con sintomi convulsivi (incoscienza, svenimento, convulsioni improvvise) di origine ignota . Un richiedente con tendenze autolesionistiche acute e abuso di farmaci o che costituisce un pericolo per gli altri , con sintomi psicotici (compresa la sintomatologia di «minaccia» – sensazione di essere perseguitati e minacciati). Un richiedente anziano disorientato e con comportamenti autolesionistici , potenzialmente indice di demenza . Un richiedente che presenta allucinazioni e deliri , potenzialmente indicativi di un disturbo psicotico (o di abuso di sostanze).
Rischio medio: è necessario un follow-up	Una o due esigenze particolari, che richiedono un intervento in tempi rapidi.	Un possibile rischio significativo per l'incolumità della persona, che richiede l'intervento entro un massimo di sette giorni. È necessario un follow-up settimanale per garantire l'attenuazione dei rischi imminenti.	Un richiedente che prova forte frustrazione (ad esempio a causa di una lunga attesa per la definizione del suo status giuridico / pratica per il permesso di lavoro ancora in sospeso), o che manifesta scarsa motivazione a fare qualsiasi cosa; richiedente che beve alcolici più spesso e litiga costantemente con i compagni di stanza. Un richiedente con cefalea persistente ricorrente e abuso di sostanze .
Basso rischio: non è necessaria una gestione del caso	Non è stata individuata alcuna esigenza particolare.	Nei casi in cui non vi siano rischi per l'incolumità della persona, le informazioni relative ai servizi pertinenti e alla consulenza dovrebbero comunque essere fornite tempestivamente entro due settimane se è necessario un intervento per affrontare esigenze particolari e ridurre la vulnerabilità.	Due genitori si rivolgono all'assistente sociale di un centro di accoglienza per avere consigli sulla genitorialità perché stanno sperimentando tensioni con il figlio adolescente e hanno notato che il suo comportamento è cambiato (è più chiuso, a volte non va a scuola ecc.). Un richiedente single, di sesso maschile, dichiara che l'alloggio è troppo rumoroso, per cui non riesce a dormire e si sente sempre più stanco e apatico.

Fonte: EUAA.

Durante l'erogazione del servizio, i responsabili dei casi sono tenuti a monitorare come evolve il piano assistenziale. A tal fine, è essenziale una comunicazione aperta e regolare con il richiedente per consentire un adeguamento del piano, se necessario. I metodi per sollecitare il feedback possono includere «questionari, cassette per i commenti, moduli online, gruppi di discussione, consultazioni formali o conversazioni tra il (richiedente) e i responsabili del caso o il supervisore» ⁽³⁹⁾.

⁽³⁹⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse: Individual Case Management – Part 2* (Protezione e assistenza per i migranti vulnerabili alla violenza, allo sfruttamento e all'abuso. Gestione dei casi individuali – Parte 2), 2020.



Il processo di pianificazione del caso dovrebbe iniziare tempestivamente e garantire che la valutazione delle vulnerabilità/delle esigenze/dell'interesse superiore sia portata a termine il prima possibile. Tuttavia, in caso di situazioni urgenti con un alto livello di rischio, è necessario intervenire immediatamente. Il piano assistenziale basato sulla valutazione dovrebbe includere obiettivi specifici e raggiungibili (senza creare aspettative irrealistiche) e azioni specifiche per rispondere alle esigenze e ai rischi individuati (ivi comprese azioni immediate e a breve, medio e lungo termine); dovrebbe inoltre specificare quando le misure saranno attuate e da chi.

Nell'ambito del processo di gestione dei casi occorre prendere in considerazione l'interesse superiore del minore ⁽⁴⁰⁾. È necessario formulare la procedura di interesse superiore specifica per i minori a rischio, che deve essere basata su procedure operative standard pertinenti e sicure ⁽⁴¹⁾.

I richiedenti sostenuti tramite la gestione del caso:

dovrebbero essere a conoscenza dei principi di gestione dei casi e di eventuali norme o codici di condotta per i responsabili dei casi. I responsabili dei casi sospettati di condotta non professionale o di mancato rispetto dei principi assistenziali dovrebbero essere oggetto di indagine ed essere passibili di misure disciplinari conformemente alle norme locali, ai codici disciplinari dei relativi albi professionali e alle politiche di protezione dei minori dell'organizzazione interessata ⁽⁴²⁾.

Vanno istituite procedure per consentire ai richiedenti vulnerabili di segnalare eventuali abusi da parte dei responsabili dei casi, compresi episodi di sfruttamento e abuso sessuale, in modo anonimo e riservato, al fine di garantire che ciò non influisca sull'assistenza e sul supporto che ricevono ⁽⁴³⁾. Fare riferimento alle nove componenti descritte nella [Parte I – per l'alta dirigenza](#), in particolare «Componente 7. Assunzione di responsabilità» e «Componente 8. Benessere del personale».

Sintesi. Un approccio integrato alla salute e al benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale prevede che l'autorità competente instauri un ambiente:

- in cui i richiedenti possano essere identificati in modo tempestivo e ricevere una risposta e un'assistenza basate sulle esigenze da parte di persone di supporto qualificate;
- che consenta interventi basati sulla comunità, assicurando che i membri della stessa acquisiscano la necessaria alfabetizzazione in materia di salute mentale attraverso la psicoeducazione, abbiano la capacità di organizzare la propria vita nel modo più autonomo possibile e cerchino di prevenire in modo proattivo la sofferenza mentale e i problemi di salute mentale.

Cfr. [figura 2. Cinque ambiti principali per promuovere un approccio integrato alla salute e al benessere mentale dei richiedenti](#).

⁽⁴⁰⁾ EASO, *Guida pratica sull'interesse superiore del minore nelle procedure di asilo*, 2019.

⁽⁴¹⁾ UNHCR, *Standard Operational Procedures for the Implementation of Best Interests Procedure for Children at Risk (BIP SOP)* [Procedure operative standard per l'attuazione della procedura relativa all'interesse superiore per i minori a rischio (BIP SOP)], 2018.

⁽⁴²⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse: Individual Case Management – Part 2* (Protezione e assistenza per i migranti vulnerabili alla violenza, allo sfruttamento e all'abuso. Gestione dei casi individuali – Parte 2), 2020, pag. 37.

⁽⁴³⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse: Individual Case Management – Part 2* (Protezione e assistenza per i migranti vulnerabili alla violenza, allo sfruttamento e all'abuso. Gestione dei casi individuali – Parte 2), 2020, pag. 37.



Buone pratiche e materiali di supporto

«Secondo la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Secondo il pilastro europeo dei diritti sociali, ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili» ⁽⁴⁴⁾.



Questa **guida promuove misure preventive** quali l'**individuazione precoce** delle esigenze e delle vulnerabilità e la fornitura tempestiva di sostegno. Ciò comprende, in particolare, il supporto attraverso la **psicoeducazione** in combinazione con i **servizi di assistenza comunitaria**. Tuttavia, ci possono essere situazioni in cui è necessario prendere in considerazione anche un'assistenza mirata e specializzata che integri tali servizi, onde prevenire un ulteriore deterioramento della situazione o coadiuvare la gestione di un'affezione mentale.

Minori non accompagnati

Soddisfare le esigenze dei minori è fondamentale per il loro benessere psicosociale, soprattutto in una situazione di crisi che sconvolge la loro vita. L'**assistenza** e il supporto **basati sulla comunità** ai minori non accompagnati ⁽⁴⁵⁾ sono fondamentali, dal momento che spesso i minori che arrivano in Europa si trovano ad affrontare una serie di sfide e circostanze difficili.

- ▶ Spesso subiscono la mancanza di custodi stabili, che impedisce la creazione di legami.
- ▶ Le perdite e il lutto sono comuni, ad esempio per la morte di persone care, la separazione dai loro custodi e la disgregazione della famiglia e della comunità.
- ▶ Per loro può essere difficile fidarsi dei custodi e/o dei tutori nominati a causa delle loro precedenti esperienze di perdita.
- ▶ L'incertezza sul futuro aumenta ulteriormente le difficoltà emotive.
- ▶ Alcuni potrebbero aver trascorso anni nel tentativo di raggiungere l'Europa e non aver avuto l'opportunità di ricevere un'istruzione formale. Potrebbero aver frequentato solo pochi anni di scuola e, di conseguenza, non aver avuto l'opportunità di proseguire gli studi.
- ▶ Le barriere linguistiche, le difficoltà di comunicazione e le differenze culturali pongono delle sfide.
- ▶ I problemi psicosociali e di salute mentale esistenti possono peggiorare a causa delle circostanze.
- ▶ Possono temere l'espulsione.
- ▶ Nonostante la separazione, a volte di anni, possono mantenere forti legami e un senso del dovere nei confronti dei genitori e della famiglia. Alcuni possono sentirsi in obbligo di sostenere finanziariamente i familiari rimasti in patria, anche per coprire eventuali spese da loro sostenute per finanziare il loro viaggio.

⁽⁴⁴⁾ [Comunicazione della Commissione](#) al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni su un approccio globale alla salute mentale, 7.6.2023, COM(2023) 298 final, pag. 3.

⁽⁴⁵⁾ Questa sezione si ispira al documento dell'Unicef, [Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States](#) (Migliori prassi per lavorare in presenza di minori migranti non accompagnati in contesti umanitari: guida per il personale e i volontari negli Stati Uniti), Unicef Programme Group, ottobre 2017.

Nonostante queste difficoltà, i minori non accompagnati dimostrano un'indipendenza e una resilienza notevoli, e ognuno di loro possiede risorse uniche che li hanno aiutati fino a quel punto. Il loro legame con la famiglia e gli amici in patria o la fede religiosa possono essere una fonte di conforto e di forza e dovrebbero essere alimentati.



Quali sono i segnali secondo i quali un minore potrebbe aver bisogno di maggiore attenzione e assistenza?

Di seguito è riportato un elenco di segnali comuni di sofferenza che i bambini e gli adolescenti richiedenti possono manifestare e che possono indicare che, oltre all'assistenza comunitaria (livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale), potrebbe essere necessaria un'**assistenza mirata** (livello 3) e, in certi casi, un'**assistenza specializzata** (livello 4) per mantenere e/o gestire la loro salute e il loro benessere mentale.

Segnali comuni di sofferenza tra i richiedenti bambini e adolescenti	
Emotivi	Le esperienze emotive che i bambini e gli adolescenti possono vivere includono dolore intenso, sentimenti di colpa o di rimpianto, emozioni travolgenti, disperazione, tristezza persistente, rabbia, irritabilità, ansia, panico e sbalzi d'umore. Altre emozioni comuni possono includere paura, insensibilità, distacco, depressione, tristezza e stati emotivi altalenanti. È importante riconoscere e parlare di queste emozioni per aiutare le persone a gestirle efficacemente.
Comportamentali	I bambini e gli adolescenti possono mostrare vari cambiamenti e reazioni comportamentali, tra cui l'isolamento, il distacco emotivo, la perdita di interesse per le attività, l'enuresi notturna, il pianto eccessivo, l'eccessivo bisogno di contatto o l'eccessiva indipendenza, il comportamento aggressivo, il rifiuto delle regole, l'autolesionismo, la sfida all'autorità e comportamenti a rischio come l'abuso di sostanze. Questi comportamenti possono indicare difficoltà emotive sottostanti, sentimenti autolesionistici o tentativi di affermare la propria indipendenza. Tali comportamenti vanno affrontati con supporto e interventi adeguati per garantire il benessere e la sicurezza di chi li manifesta.
Fisici	I bambini e gli adolescenti colpiti da circostanze difficili possono manifestare sintomi quali affaticamento, sonno disturbato, ipervigilanza, disagio fisico (come dolori e malesseri), aumento della frequenza cardiaca e cambiamenti dell'appetito o delle abitudini alimentari. Questi sintomi possono essere indicativi di un aumento dei livelli di stress e di sofferenza emotiva. È fondamentale riconoscere e affrontare queste manifestazioni fisiche dello stress per sostenere il benessere e la salute generale delle persone affette.
Cognitivi	I bambini e gli adolescenti che hanno vissuto situazioni difficili possono presentare sintomi quali pensieri o ricordi intrusivi di eventi angoscianti, incubi, difficoltà di concentrazione, frequente confusione o disorientamento, scarsa memoria. Possono anche subire un cambiamento della propria visione del mondo, filosofia di vita, convinzioni religiose e la perdita di fede. Inoltre, possono manifestare pensieri ricorrenti relativi a violenza, morte e morte violenta (compreso il suicidio) ⁽⁴⁶⁾. Questi cambiamenti psicologici e cognitivi evidenziano il forte impatto delle esperienze traumatiche sul loro benessere mentale e richiedono un supporto e un intervento attenti e adeguati.

⁽⁴⁶⁾ Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Migliori prassi per lavorare in presenza di minori migranti non accompagnati in contesti umanitari: guida per il personale e i volontari negli Stati Uniti), Unicef Programme Group, ottobre 2017, pag. 23.



Comunicare con i minori in difficoltà nell'ambito del supporto fornito

Quando si comunica con minori in difficoltà, è fondamentale interagire con loro con attenzione e delicatezza, riconoscendone la vulnerabilità sia fisica che emotiva. Alcuni suggerimenti principali per una comunicazione efficace sono riportati di seguito ⁽⁴⁷⁾.

- **Rispettare i loro confini.** Non fare pressione sui minori affinché parlino di argomenti che li mettono a disagio e non costringerli a parlare. Rispettare la loro decisione se si rifiutano di parlare di sé o hanno bisogno di più tempo per farlo.
- **Trattarli con rispetto.** Manifestare con i minori lo stesso livello di rispetto e onestà che si avrebbe con gli adulti. Evitare di fare promesse irrealistiche.
- **Essere sensibili.** Parlare con un tono premuroso e un linguaggio semplice che i minori possano capire facilmente.
- **Prestare loro piena attenzione.** Dedicare al minore tutta la propria attenzione nel comunicare mostrando di essere presenti e attenti.
- **Incoraggiarli a esprimersi.** Offrire ai minori la possibilità di esprimersi, ma evitare di costringerli a rivivere esperienze negative se non vogliono parlarne.
- **Incoraggiare una partecipazione significativa.** Creare per i minori opportunità di condividere le loro opinioni e punti di vista, anche su questioni che li riguardano. In questo modo si promuove l'autostima e si può dare ai minori la possibilità di esprimersi su temi importanti per loro.
- **Ascoltarli e rassicurarli.** Ascoltare i minori con comprensione e rassicurarli del fatto che le loro reazioni sono normali. Accogliere i loro sentimenti di paura, confusione, rabbia o colpa.
- **Essere pazienti.** Comprendere che le espressioni di frustrazione o rabbia potrebbero non essere dirette agli operatori personalmente ed essere pazienti con le loro emozioni.
- **Promuovere l'inclusività.** Mantenere una comunicazione libera da stereotipi, trattando tutti i minori con pari rispetto e considerazione.
- **Osservare e individuare i segnali di sofferenza.** Individuare segnali persistenti di sofferenza o comportamenti preoccupanti che possono richiedere un sostegno specializzato.
- **Età e adeguatezza culturale.** Prestare attenzione all'età del minore con cui si sta interagendo. Alcuni potrebbero sembrare molto maturi per la loro età. Ciò non significa che non abbiano bisogno di una risposta emotiva adeguata alla loro età. Al contempo, nell'interagire con loro si dovrà tenere in considerazione il loro contesto culturale di provenienza.

⁽⁴⁷⁾ Elenco adattato dal documento dell'Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Migliori prassi per lavorare in presenza di minori migranti non accompagnati in contesti umanitari: guida per il personale e i volontari negli Stati Uniti), Unicef Programme Group, ottobre 2017, pag. 25.



Tre elementi chiave ⁽⁴⁸⁾ per promuovere il **benessere dei minori** per i funzionari di prima linea (livelli 1 e 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale)

- **Sentirsi sicuri.** I minori devono sentirsi sicuri e protetti, sia fisicamente che emotivamente, nelle loro relazioni e nel loro ambiente. Creare un ambiente accogliente e sicuro (nel luogo in cui sono ospitati) può contribuire a infondere un senso di sicurezza nei bambini e negli adolescenti assistiti.
- **Stabilità e routine.** È importante garantire prevedibilità e coerenza nel loro ambiente sociale, emotivo e fisico. Essere una presenza costante e attenta può contribuire a infondere fiducia nei minori. Anche creare e mantenere una routine può contribuire al loro senso di stabilità. I minori dovrebbero avere una persona di fiducia con cui stare in contatto (ad esempio un tutore). Se possibile, i minori non dovrebbero essere trasferiti ripetutamente all'interno del paese ospitante, ma dovrebbero essere collocati il prima possibile in una situazione abitativa più permanente.
- **Accudimento.** I custodi svolgono un ruolo cruciale nel soddisfare le esigenze dei minori con sensibilità e coerenza. È essenziale ascoltare attivamente e rispondere alle esigenze particolari di ciascun minore. Creare opportunità di gioco, arte ed espressione libera può favorire un ambiente accogliente.

Oltre ai tre elementi cruciali di cui sopra, è importante prestare attenzione alla **comunicazione non verbale**. I minori potrebbero comunicare la loro sofferenza emotiva in modi diversi, piuttosto che attraverso la parola o l'espressione di preoccupazioni. Bisogna prestare attenzione, ad esempio, ai loro disegni, che possono rappresentare le loro paure. Va tenuto presente che **la salute e il benessere dei minori** comprendono molteplici aspetti. Essi includono:

benessere emotivo: positività, felicità, calma, pace, interesse per la vita; **benessere sociale:** capacità di impegno e partecipazione, unita a un senso personale di valore e appartenenza; e **benessere funzionale:** capacità di sviluppare competenze e conoscenze che aiutano la persona a prendere decisioni positive e a rispondere alle sfide della vita ⁽⁴⁹⁾.

Riconoscere queste esigenze, tra cui l'importanza dell'accesso all'istruzione (compreso l'accesso a programmi di apprendimento accelerati per coloro che hanno lacune nell'istruzione formale) e delle interazioni sociali, ad esempio creando spazi in cui bambini e adolescenti possano interagire con i loro coetanei, è fondamentale per il benessere e lo sviluppo generale dei minori. Questa consapevolezza è importante non solo per i funzionari di prima linea preposti all'accoglienza dei minori, ma anche per i custodi, i genitori affidatari e gli insegnanti ⁽⁵⁰⁾. Tutti questi professionisti dovrebbero essere coinvolti in attività di sensibilizzazione e aggiornamento sulle esigenze specifiche dei minori. Tutti i soggetti coinvolti dovrebbero sapere come garantire l'interesse superiore dei minori per aiutarli a realizzare al meglio le loro capacità nella situazione in cui si trovano.

⁽⁴⁸⁾ Questi tre elementi chiave sono stati ripresi dal documento dell'Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Migliori prassi per lavorare in presenza di minori migranti non accompagnati in contesti umanitari: guida per il personale e i volontari negli Stati Uniti), Unicef Programme Group, ottobre 2017, pag. 26.

⁽⁴⁹⁾ UNHCR e Luxembourg Aid & Development, *Designing safe digital mental health and psychosocial support (MHPSS)* (Progettazione di servizi digitali sicuri per la salute mentale e il supporto psicosociale), 2023, pag. 8.

⁽⁵⁰⁾ Inoltre, cfr. Commissione europea, *The Girl Who Kept Her Eyes Open – A book for children* (La bambina che teneva gli occhi aperti – Un libro per bambini), 14 novembre 2023, un ausilio didattico per gli insegnanti che lavorano con bambini migranti per parlare con loro delle difficoltà che potrebbero affrontare. Il libriccino è stato creato per i minori ucraini, ma può essere adattato.



Per maggiori informazioni sulla sofferenza psicologica nei bambini, negli adolescenti e nei genitori e su come affrontarla, consultare le tre guide tascabili dell'EUAA e le relative istruzioni:

- EUAA, [*How can I support my child during difficult times?*](#) (Come posso sostenere mio figlio nei momenti difficili?), giugno 2023.
- EUAA, [*How can I deal with situations in which my parents seem sad, worried, or angry?*](#) (Come posso affrontare le situazioni in cui i miei genitori sembrano tristi, preoccupati o arrabbiati?), giugno 2023.
- EUAA, [*How to handle situations when my friend or sibling is sad, angry or does dangerous things?*](#) (Come gestire le situazioni in cui un mio amico o fratello è triste, arrabbiato o fa cose pericolose?), giugno 2023.

Queste guide tascabili sono state sviluppate come strumenti di «auto-aiuto». Per l'uso durante le sessioni di sensibilizzazione di gruppo al tema della sofferenza psicologica, cfr. EUAA, [*Diffusione di materiale psicoeducativo sulla sofferenza psicologica tra genitori e minori – Istruzioni per i funzionari di prima linea – Lavorare nell'ambito dell'accoglienza*](#), 2023.

Per maggiori informazioni su come sostenere i minori durante il percorso di accoglienza, cfr. la [*Parte III – Pacchetto di strumenti*](#), sezione «Interazione con i richiedenti minori».

Richiedenti che presentano un disturbo mentale

Nel contesto dell'accoglienza, coloro che lavorano in prima linea riferiscono spesso di difficoltà nel gestire le seguenti situazioni: richiedenti che sembrano depressi, estremamente ansiosi o che potrebbero abusare di sostanze. È buona prassi per i funzionari di prima linea possedere una conoscenza di base dei temi della salute mentale e dei principali indicatori di un possibile disturbo psichiatrico come la depressione, PTSD o un disturbo da consumo di sostanze. Occorre ricordare, tuttavia, che un «disturbo» è considerato tale solo a seguito di una diagnosi da parte di uno psichiatra. Questo tipo di disturbo deve essere monitorato da operatori specializzati in materia. Di seguito sono riportati alcuni segni e sintomi comuni che, una volta osservati nei richiedenti, dovrebbero portare al rinvio a uno specialista per effettuare una valutazione medica.

Disturbi mentali	Segni e sintomi comuni
PTSD	Ricordi dolorosi ricorrenti e intrusivi; sogni legati all'evento o agli eventi traumatici ⁽⁵¹⁾ ; reazioni dissociative (ad esempio flashback); sofferenza psicologica prolungata; reazioni fisiologiche; evitamento di ricordi, pensieri o sentimenti dolorosi; incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento o degli eventi traumatici; stato emotivo negativo persistente (ad esempio paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna); calo dell'interesse a partecipare ad attività; incapacità di provare emozioni positive; problemi di concentrazione; comportamento autolesionistico; ipervigilanza; comportamento irritabile; disturbi del sonno.
Un disturbo dell'umore come la depressione	Umore depresso; diminuzione dell'interesse per la maggior parte o tutte le attività; significativo calo/aumento di peso; insonnia/ipersonnia; rallentamento psicomotorio; stanchezza o perdita di energia; sentimenti di inutilità o eccessivo senso di colpa; problemi di concentrazione o indecisione; pensieri ricorrenti di morte; ideazione suicidaria, pianificazione o tentativi di suicidio.
Disturbo psicotico, compresi tipi di schizofrenia, ad esempio paranoide, disorganizzata o catatonica	Sintomi psicotici come deliri (paranoici) e allucinazioni (ad esempio sentire voci); linguaggio disorganizzato; comportamento gravemente disorganizzato o catatonico ⁽⁵²⁾ ; sintomi negativi (ad esempio appiattimento affettivo).
Disturbo bipolare o disturbi psichiatrici correlati	«I disturbi bipolari e correlati sono disturbi episodici dell'umore definiti dalla comparsa di episodi o sintomi maniacali, misti o ipomaniacali. In genere, nel corso di questi disturbi, tali episodi si alternano a episodi depressivi o a periodi di sintomi depressivi». ⁽⁵³⁾ I sintomi del disturbo bipolare durante una fase maniacale possono includere: • sentirsi estremamente «su di giri» o euforici; • deliri di grandiosità; • aumentata creatività, energia e attività; • sonno molto ridotto o assente; • scarso appetito e perdita di peso; • pensieri accelerati, discorsi accelerati, interrompere le persone mentre parlano; • forte irritabilità, impazienza o aggressività; • attività sessuale o assunzione di rischi inappropriati; • abbigliamento più vistoso e riduzione delle inibizioni; • impulsività e scelte economiche o lavorative sbagliate; • fare dei piani grandiosi e non realistici; • scarsa concentrazione, facile distraibilità; • deliri, allucinazioni ⁽⁵⁴⁾.
Disturbi dovuti al consumo di sostanze	• Assunzione di sostanze in quantità maggiori e per un periodo di tempo più lungo di quanto voluto. • Costante desiderio di ridurre o regolare l'uso/tentativi falliti di smettere. • Necessità di tempo per riprendersi dopo l'ottenimento o l'utilizzo di sostanze. • Desiderio intenso e incontenibile di fare uso della sostanza. • Compromissione della capacità di adempiere ai principali obblighi sul luogo di lavoro, a scuola e a casa. • Problemi sociali o interpersonali dovuti all'uso di sostanze. • Abbandono di attività ricreative, sociali o professionali. • Uso di sostanze in ambienti fisicamente non sicuri e continuazione dell'uso nonostante la consapevolezza che può causare problemi. Assuefazione: necessità di dosi sempre più elevate per ottenere l'effetto desiderato. Astinenza: possibili sintomi di astinenza. Nota: i disturbi dovuti al consumo di sostanze possono riguardare l'abuso di alcol, cannabis, eroina, cocaina, oppiacei, anfetamine ecc.

Fonte: adattato dall'American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), quinta edizione (DSM-5).

⁽⁵¹⁾ EUAA, *Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III. Pacchetto di strumenti per l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale*, 2024, sezione «Capire il trauma».

⁽⁵²⁾ Royal College of Psychiatrists, definizione di «catatonìa», aprile 2022.

⁽⁵³⁾ OMS, *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopment disorders* (Descrizioni cliniche e requisiti diagnostici per i disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico dell'ICD-11), 2024.

⁽⁵⁴⁾ Gordon Private Hospital, «Bipolar Disorder – Mental health treatment for Bipolar Disorder in Sydney» (Disturbo bipolare – Trattamento per la salute mentale del disturbo bipolare a Sydney), sito web del Gordon Hospital, 2024.

In presenza di tali segnali o quando vi è il sospetto che ci sia «qualcosa che non va», **si raccomanda vivamente** di interpellare uno specialista della salute mentale e di effettuare un **rinvio**. Una valutazione approfondita da parte di un professionista della salute mentale può chiarire se esiste un disturbo psichiatrico o se i sintomi sono piuttosto una reazione emotiva allo stress. Il richiedente avrà bisogno di sostegno in entrambi i casi, ma il tipo di sostegno sarà diverso.



Quali interventi di supporto psicosociale e per la salute mentale possono essere utili per i richiedenti affetti da disturbi mentali?

Gli interventi di assistenza basati sulla comunità (livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) sono di grande beneficio per tutti i richiedenti e dovrebbero essere forniti a tutti. Sono utili anche per le persone affette da disturbi psichiatrici conclamati. Le attività descritte nella presente sezione, in particolare quelle legate alle arti creative, alla cucina e allo sport, possono aiutare i richiedenti a gestire determinate situazioni. Coinvolgere le persone affette da depressione lieve in queste attività regolari può accrescere la loro fiducia e aiutarle a organizzare meglio le loro giornate.

La creazione di spazi di **interazione con gli altri** favorisce più in generale il rafforzamento della salute e del benessere mentale e riduce il rischio di sviluppare meccanismi di difesa negativi come l'autolesionismo e l'abuso di sostanze. Adottare un pacchetto olistico di supporto psicosociale per questa categoria di richiedenti, che può includere anche il rafforzamento delle famiglie, ad esempio attraverso il ripristino dei legami familiari. È fondamentale sostenere i giovani e gli adulti nello sviluppo delle competenze sociali per migliorare le interazioni interpersonali e sostenere meglio il loro inserimento nella comunità.

Assistenza mirata (livello 3 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale): possono essere utili sessioni di consulenza individuale e/o di gruppo e supporto terapeutico, in particolare per quanto riguarda affezioni quali il PTSD, la depressione e i disturbi derivanti dal consumo di sostanze. Integrare questa assistenza con la psicoeducazione per aiutare i richiedenti a capire perché è importante mantenere la propria salute mentale e i benefici di alcuni servizi di supporto.

Assistenza specializzata (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale): diversi tipi di interventi psicoterapeutici possono favorire la gestione di un'affezione. Nel caso del PTSD, si potrebbe raccomandare la terapia cognitivo-comportamentale incentrata sul trauma, la terapia di testimonianza e la terapia di esposizione narrativa, nonché diversi tipi di farmaci (ad esempio antidepressivi, ansiolitici) o combinazioni di una determinata psicoterapia e di farmaci.



Paesi Bassi

Nel 2016, il progetto Resilience ⁽⁵⁵⁾ è stato avviato da Nidos e dal centro nazionale per i traumi psicologici ARQ Centrum'45 ⁽⁵⁶⁾, fondato nel 2007, per sostenere le persone affette da eventi traumatici e dallo stress correlato. Inizialmente rivolto a giovani eritrei, il progetto è stato successivamente ampliato a giovani siriani e afgani. Una caratteristica distintiva dell'intervento è la sua natura di azione sul campo, in cui il terapeuta, insieme a un mediatore interculturale, fa visita al giovane. L'incontro si svolge in un luogo scelto dal giovane, spesso presso la sua residenza, sfruttando il fatto che il terapeuta conosce bene le persone che operano nell'immediato ambiente di vita del giovane, come il tutore e il consulente residenziale. Un ruolo cruciale per il successo dell'iniziativa è stato svolto dai mediatori culturali, incaricati e formati specificamente per assistere i giovani e coadiuvare i terapeuti.



Belgio

L'università di Lovanio ha istituito un programma diurno per i richiedenti protezione internazionale e i rifugiati, denominato «Trauma care for refugee youth» (Assistenza ai giovani rifugiati vittime di trauma) ⁽⁵⁷⁾.

Su richiesta di Fedasil, la Croce Rossa delle Fiandre ha aperto un centro di consulenza intensiva per richiedenti asilo negli edifici del centro di accoglienza di Sint-Niklaas per questa categoria di beneficiari. Un massimo di 40 residenti possono soggiornarvi per tre mesi. Anche la Croce Rossa della Vallonia fornisce supporto intensivo alle persone con lievi problemi di salute mentale. La capacità massima è di 40 posti per famiglie o uomini / donne single. Il programma dura tre mesi ed è rinnovabile una volta.

Il progetto POZAH ⁽⁵⁸⁾ aiuta i richiedenti adulti affetti da gravi problemi psichiatrici che pertanto necessitano di assistenza e cure specifiche e specialistiche. Si tratta di una collaborazione tra l'ospedale psichiatrico Sint-Alexius e Fedasil. L'obiettivo è la massima integrazione nella società. I partecipanti sono assistiti da un gruppo multidisciplinare di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, responsabili dei casi, interpreti, infermieri ed esperti per esperienza diretta.

⁽⁵⁵⁾ Nidos (tutela per i rifugiati, Paesi Bassi), [«Resilience Project»](#) (Progetto Resilienza), sito web di NidosinEurope, consultato il 16 agosto 2024.

⁽⁵⁶⁾ ARQ National Trauma Center, [«The Organisation»](#) (L'organizzazione), sito web di ARQ, consultato il 16 agosto 2024.

⁽⁵⁷⁾ Centro psichiatrico universitario dell'università cattolica di Lovanio, [«Info for referrers – Trauma care for refugee youth»](#) (Informazioni per gli operatori che si occupano di rinvii – Assistenza ai giovani rifugiati vittime di trauma), sito web di upckuleuven, consultato il 16 agosto 2024.

⁽⁵⁸⁾ Claus, L., Schouler-Ocak, M., Braakman, M. H., Sabbe, B., Van Beuren, G. e al., [«Unlocking asylum seekers' voices: protocol of a mixed-method clinical study on the use of the cultural formulation interview with asylum seekers in Belgium»](#) (Far sentire la voce dei richiedenti asilo: studio clinico sull'utilizzazione del colloquio di formulazione culturale con i richiedenti asilo in Belgio), *Frontiers in Psychiatry*, 14: 1156803, 2023.



Richiedenti che presentano un disturbo psicotico come la schizofrenia

È importante considerare il contesto culturale ed etnico dei richiedenti affetti da un disturbo mentale. La manifestazione dei sintomi «può variare ed essere influenzata da codici culturali comuni, storie culturali o storie personali che hanno un ruolo importante nella formazione dell'identità e si esprimono come idee o convinzioni grandiose» ⁽⁵⁹⁾.

L'alterazione dell'umore è espressa in modo diverso nelle diverse culture. A volte vengono riferiti sintomi somatici per descrivere una sofferenza emotiva, compreso il «sentirsi giù». A seconda della cultura, l'uso di sintomi e parole può variare. Il motivo per cui una persona non condivide il fatto di sentirsi depressa e di poter avere bisogno di sostegno, ma piuttosto ricorre a spiegazioni fisiche per giustificare la propria condizione, potrebbe essere dovuto al timore di essere stigmatizzata.

Infine, la conoscenza della malattia potrebbe rappresentare un problema, così come lo stigma sociale. Bisogna essere attenti alla terminologia che si usa nel contesto di problemi di salute mentale, in quanto se si propone al richiedente un consulto con uno psicologo o uno psichiatra, egli può pensare di essere considerato «matto», il che può danneggiare la relazione di collaborazione con il funzionario di prima linea.



Per ulteriori informazioni sul trattamento adattato al trauma, si rimanda al *Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile* (CERDA, Centro di competenza per il benessere e la salute fisica dei rifugiati e dei richiedenti asilo) ⁽⁶⁰⁾.

Richiedenti vulnerabili e abuso di sostanze

«L'abuso di sostanze si riferisce all'uso dannoso o pericoloso di sostanze psicoattive, tra cui alcol e droghe illecite» ⁽⁶¹⁾, gioco d'azzardo e videogiochi. Secondo la Relazione europea sulla droga 2022 (EUDA, ex Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) ⁽⁶²⁾, la disponibilità e il consumo di droghe rimangono a livelli elevati in tutta l'UE.

Sebbene sia un problema più ampio, anche all'interno della società europea, il consumo di sostanze sembra costituire un problema anche per alcuni richiedenti protezione internazionale. Un recente studio congiunto condotto dall'EUA e dall'EUDA ⁽⁶³⁾ ha rilevato un consenso sul fatto che (il disturbo riguardante) l'uso di sostanze tra i richiedenti asilo al momento dell'arrivo è generalmente inferiore rispetto alle popolazioni ospitanti. Ciò può rispecchiare il comportamento relativo al consumo di sostanze nei loro paesi d'origine. Tuttavia, una volta arrivati in Europa i richiedenti sembrano essere più vulnerabili all'abuso di sostanze come meccanismo di difesa negativo in risposta alla complessità della migrazione e ai problemi che vivono. Essi possono

⁽⁵⁹⁾ OMS, *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopment disorders* (Descrizioni cliniche e requisiti diagnostici per i disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico dell'ICD-11), 2024, pag. 237; Stompe, T. et al. hanno esaminato gruppi di pazienti con diagnosi di schizofrenia nello stesso insieme di dati successivamente utilizzati da Bauer et al. Ricorrendo all'analisi discriminante, hanno sostenuto che una percentuale compresa tra il 15 % e il 30 % della sintomatologia psicotica esaminata nel loro studio fosse dipendente dalla cultura, e nello specifico il 16 % per le allucinazioni. Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian Jr, W. A., Deshpande, S. e al., «*Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions*» (Cultura e allucinazioni: panoramica e prospettive future), *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, giugno 2014.

⁽⁶⁰⁾ CERDA, *Guide to Working with refugees, a trauma informed approach* (Guida al lavoro con i rifugiati, un approccio consapevole ai traumi), 2022.

⁽⁶¹⁾ OMS, «*Health topics, substance abuse*» (Argomenti relativi alla salute, abuso di sostanze), sito web dell'OMS – Regione africana, consultato il 12 agosto 2024.

⁽⁶²⁾ EUDA, *Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi*, 2022.

⁽⁶³⁾ EUA e EUDA, *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs* (Professionisti che operano nei centri di accoglienza in Europa: una panoramica delle sfide e delle esigenze di sostegno legate alle droghe), 2023.

ricorrere a sostanze per far fronte a esperienze traumatizzanti, disoccupazione, povertà e perdita del sostegno familiare e sociale. Inoltre, il fatto che varie sostanze siano più facilmente accessibili in Europa rispetto ai paesi di origine dei richiedenti può indurli ad aumentarne l'uso nel tempo.

L'uso di sostanze ha molteplici implicazioni per i richiedenti interessati, in quanto ne danneggia la salute fisica e mentale, influisce negativamente sulle loro interazioni sociali e sui loro legami ed è causa di isolamento e di stigmatizzazione. Può anche influire negativamente sulle loro famiglie e sulla comunità. L'impatto dei fattori di stress successivi all'arrivo che inducono i richiedenti a cominciare a fare uso di sostanze sembra essere ancora sottovalutato. Vi è una **forte correlazione tra il trauma e l'uso di sostanze**. Quando l'uso inizia come «automedicazione», per alleviare sentimenti di dolore e perdita, vergogna e senso di colpa, può costituire una forma di difesa negativa.

Gli uomini giovani e single sono particolarmente vulnerabili allo svolgimento di attività legate all'uso di sostanze, così come i minori non accompagnati, che spesso si sentono impotenti e isolati per un periodo prolungato e provano estrema noia a causa della mancanza di attività o di coetanei con i quali passare il tempo. Di conseguenza, spesso devono affrontare problemi sociali, che aggravano l'isolamento. Gli esperti che hanno partecipato allo studio condotto dall'EUAA e dall'EUDA hanno osservato che a volte vi sono traffici di droga nelle vicinanze dei campi, il che facilita ulteriormente l'accesso a sostanze illecite.



Paesi Bassi – sessioni motivazionali durante il Ramadan



Per i giovani musulmani, il Ramadan è un periodo di digiuno e un momento in cui praticare la pazienza, l'umiltà e la spiritualità, coltivando pensieri puri e la riflessione. Durante questo periodo non si consuma alcol né si fa uso di droghe. Ciò rende il Ramadan un momento adatto per discutere la funzione e il ruolo dell'uso di sostanze nella vita di molti giovani. Durante il Ramadan, pertanto, i giovani si riuniscono una volta alla settimana per discutere. Le sessioni si svolgono alla fine della giornata e si concludono con un *Iftar* (il pasto che tradizionalmente interrompe il digiuno dopo il tramonto). L'obiettivo di queste sessioni è di rafforzare la motivazione interiore a una potenziale modifica del comportamento:

- sensibilizzare i giovani in merito ai loro talenti, alle loro ambizioni e ai loro obiettivi;
- incoraggiarli a esplorare i loro valori;
- prendere coscienza della discrepanza tra il loro comportamento attuale e le loro ambizioni finali.

Al termine dell'ultima sessione, i giovani interessati possono intraprendere un percorso personale. Il programma è avviato da Nidos (Istituto nazionale per la tutela dei minori non accompagnati) e si svolge in collaborazione con l'agenzia centrale neerlandese per l'accoglienza dei richiedenti asilo.



È utile fornire formazione supplementare ai funzionari che lavorano in prima linea con i richiedenti, ad esempio sui colloqui motivazionali e sul lavoro orientato alle soluzioni, per migliorare l'efficacia dell'interazione con i richiedenti.

Il coordinamento con le strutture di assistenza locali (servizi per le dipendenze) e la disponibilità di interpreti e mediatori culturali con le necessarie competenze culturali possono facilitare il contatto con le persone che hanno bisogno di aiuto. Investire nell'elaborazione di programmi di intervento a breve termine è particolarmente utile per intercettare i bisogni di minori non accompagnati che potrebbero presentare un problema di consumo di sostanze. I programmi più efficaci sembrano essere quelli basati sulla terapia cognitivo-comportamentale, sul colloquio motivazionale e sulla terapia incentrata sulle soluzioni.



- Il pacchetto di strumenti dell'EUDA riunisce strumenti e risorse utili per chiunque partecipi all'elaborazione di decisioni, opinioni e politiche in Europa in materia di prevenzione dell'uso di sostanze su basi scientifiche ⁽⁶⁴⁾. In particolare, il pacchetto di strumenti afferma che «la prevenzione ha più a che vedere con lo sviluppo positivo di bambini e adolescenti piuttosto che con il dissuadere gli adolescenti dall'uso di sostanze».
- Il manuale del Consiglio d'Europa ⁽⁶⁵⁾, che mira a fornire agli operatori del settore «le informazioni e le risorse di cui hanno bisogno per trattare e accogliere adeguatamente le esigenze dei rifugiati, dei migranti e degli sfollati interni nel contesto dei disturbi da uso di sostanze». Si rimanda in particolare al capitolo 4 sulla prevenzione.
- Il programma «Strong Families» (rafforzare le famiglie) realizzato dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine e dall'Università di Manchester ⁽⁶⁶⁾, che fornisce sostegno ai minori e ai loro genitori.
- Il centro fiammingo di competenza in materia di alcol, droghe illegali, farmaci psicoattivi, gioco d'azzardo e videogiochi (VAD) ⁽⁶⁷⁾, che ha prodotto diversi strumenti importanti a sostegno del lavoro sull'uso delle sostanze.
- **Parte III – Pacchetto di strumenti**, sezione «Richiedenti vulnerabili e abuso di sostanze».

Infine, è fondamentale l'approccio adottato dai dirigenti delle strutture di accoglienza in materia di uso di sostanze. C'è differenza tra l'affrontare il tema dell'uso di sostanze riducendo i rischi che le persone ospitate ne facciano uso e il sostenerle con un pacchetto di supporto psicosociale e per la salute mentale solido e integrato o semplicemente informarle che l'uso di droghe è vietato nel contesto di accoglienza introducendo un sistema di sanzioni. Sebbene in determinate situazioni di pericolo individuale e/o collettivo debbano essere fissati dei limiti, nella maggior parte dei casi è fondamentale adottare un approccio basato sulle esigenze e incentrato sul richiedente, con risposte adattate alla persona interessata.

⁽⁶⁴⁾ EUDA, «[Prevention toolkit](#)» (Pacchetto di strumenti per la prevenzione), aggiornato il 28 marzo 2023.

⁽⁶⁵⁾ Consiglio d'Europa, *Intercultural Responses to drug-related challenges for refugees, migrants and IDPS – Handbook for professionals working in the field of addictions with refugees, migrants, and internally displaced persons* (Risposte interculturali alle sfide connesse alla droga per i rifugiati, i migranti e gli sfollati interni – Manuale per i professionisti che lavorano nel campo delle dipendenze con rifugiati, migranti e sfollati interni), 2022.

⁽⁶⁶⁾ Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine e Università di Manchester, *Caring for your child in crisis situations* (Prendersi cura del proprio figlio in situazioni di crisi), 2020.

⁽⁶⁷⁾ VAD, «[Working on alcohol and drugs with asylum seekers and refugees](#)» (Lavorare sul tema dell'alcol e delle droghe con i richiedenti asilo e i rifugiati), 7 marzo 2019 (in neerlandese).

Vittime di tortura

Spesso, coloro che lavorano in prima linea ritengono che i segni della tortura e di altre forme di pene e trattamenti inumani e degradanti si manifestino con forti dolori fisici e lesioni visibili. Tuttavia, la tortura e gli abusi psicologici come l'umiliazione, la privazione del sonno e l'aver dovuto assistere ad esecuzioni finte o reali e ad altri atti orrendi lasciano cicatrici emotive. Se gli effetti di tali torture e abusi non vengono affrontati attraverso l'assistenza riabilitativa, possono avere un impatto a lungo termine sulla salute fisica e mentale e sul benessere delle vittime. Le conseguenze delle torture non solo minano la salute fisica e mentale delle vittime, ma possono anche avere ripercussioni emotive sui loro familiari. L'impatto può indurre sia la vittima sia i suoi familiari a ricorrere a forme di difesa negative e può limitarne la capacità di recupero.

La tabella che segue fornisce una sintesi di alcuni dei potenziali segni e impatti della tortura sulle persone ⁽⁶⁸⁾.

Segni comuni nelle vittime di tortura	
Psicologici	Sintomi quali flashback, incubi, ansia, insonnia, stanchezza, perdita di autostima e senso di colpa del sopravvissuto; disturbi psichiatrici come depressione e PTSD. Particolarmente importante nel contesto della tortura sessuale è la nudità forzata, che colpisce gravemente la salute mentale, in quanto una persona non è mai così vulnerabile e indifesa come quando è nuda. Negli uomini, le minacce di perdita di virilità e di conseguente perdita di rispetto nella società possono scatenare ansia. Dal canto loro, le donne possono essere esposte al rischio di gravidanza o temere la stigmatizzazione sociale per la perdita della verginità ⁽⁶⁹⁾ .
Sociali e comportamentali	• Difficoltà nelle interazioni sociali • Interruzioni dei rapporti coniugali e familiari • Incapacità di fidarsi • Isolamento
Fisici	I segni includono cicatrici, cefalea, dolori muscolo-scheletrici, dolori ai piedi, perdita dell'udito, dolori dentali, problemi visivi, dolori addominali, problemi cardiovascolari/respiratori, difficoltà sessuali, disabilità croniche, lesioni ai legamenti, danni neurologici ⁽⁷⁰⁾ e malattie sessualmente trasmissibili.
Cognitivi	Pensieri o ricordi intrusivi dell'atto di tortura, difficoltà di concentrazione, confusione, disorientamento e riduzione o perdita della memoria.

⁽⁶⁸⁾ The Center for Victims of Torture, «[Effects of torture](#)» (Effetti della tortura), 25 agosto 2023.

⁽⁶⁹⁾ Ufficio del Rappresentante speciale e coordinatore per la lotta alla tratta degli esseri umani, [Trafficking in Human Beings Amounting to Torture and other Forms of Ill-treatment](#) (La tratta degli esseri umani che costituisce tortura e altre forme di maltrattamento), Serie di documenti occasionali, n. 5, 2013.

⁽⁷⁰⁾ The Center for Victims of Torture, «[Effects of torture](#)» (Effetti della tortura), 25 agosto 2023.

Organizzare il supporto per le vittime di tortura

Una relazione di mappatura compilata dall'EUAА sulle vittime di tortura ⁽⁷¹⁾ osserva che i richiedenti e le vittime di tortura tendono a rivelare le loro esperienze ed esigenze relativamente tardi o addirittura a tacerle. La rivelazione avviene spesso solo al momento del colloquio personale nell'ambito della procedura di asilo.

Sono importanti la **psicoeducazione** e la **fornitura di informazioni** tempestive e pertinenti sulle modalità di accesso ai servizi specializzati, compresi quelli riabilitativi. Inoltre, un approccio umano ed empatico durante la procedura d'esame, compreso il colloquio personale, può aumentare la capacità e la volontà delle vittime di rivelare la loro esperienza.

Creare diversi momenti durante il percorso di asilo in cui le potenziali vittime di tortura possano comunicare quanto loro accaduto, anche all'arrivo. Pertanto, può essere utile porre domande atte a rivelare esperienze di tortura nel corso di una valutazione medica iniziale.

Mentre possono essere utili per le vittime la terapia farmacologica, i servizi di riabilitazione fisica e la psicoterapia, forniti nell'ambito dell'**assistenza specializzata** (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale), risultati promettenti sono stati conseguiti anche con la **terapia di testimonianza** (livelli 2-3), un intervento di breve durata pensato per migliorare il benessere delle vittime di tortura e violenza organizzata. Questa terapia consente alle vittime di condividere le loro storie ricevendo al contempo un supporto psicoterapeutico e basato sulla comunità. Cfr. la sezione «[Esempi di interventi di supporto basato sulla comunità](#)».

Esempi di interventi medici specialistici per **vittime di tortura affette da dolore cronico** e altre forme specifiche di dolore sono le terapie reumatologiche e neurologiche con diverse forme di gestione del dolore nonché i programmi di riabilitazione. Questo supporto è ancora più efficace se fornito nell'ambito di un **approccio terapeutico combinato** (assistenza specializzata e assistenza comunitaria).

È inoltre importante, nonché un loro diritto, informare i richiedenti e le presunte vittime di tortura della possibilità di partecipare a una **valutazione medico-legale-forense** (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) relativa alle torture subite, se pertinente per l'esame della loro domanda di asilo. La riservatezza e l'empatia nella gestione di questi richiedenti sono fondamentali. Per ulteriori informazioni, consultare il **protocollo di Istanbul** riveduto ⁽⁷²⁾.

Potrebbe essere utile **nominare referenti formati** e specializzati sul tema della tortura all'interno dell'amministrazione per sostenere il follow-up tempestivo e pertinente delle vittime con esigenze specifiche. Ciò vale sia nei contesti di accoglienza che per le autorità accertanti nel contesto del **colloquio personale**.



I richiedenti che necessitano di **cure reumatologiche** ⁽⁷³⁾ spesso sono affetti da dolori alla colonna vertebrale, e si è

⁽⁷¹⁾ EUAА, *Victims of torture – Identification, support and examination of claims* (Vittime di tortura – Identificazione, sostegno ed esame delle domande), marzo 2023.

⁽⁷²⁾ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Protocollo di Istanbul*, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante), Serie di formazione professionale n. 8/Rev. 2, 2022.

osservato che molti di loro hanno subito torture in passato. Risolvere le questioni emotive è fondamentale prima di affrontare gli obiettivi fisici della riabilitazione.

I programmi di riabilitazione su base psicologica, che includono **tecniche di rilassamento**, hanno registrato **risultati positivi** nel trattamento del dolore persistente, nel miglioramento della funzionalità e nella riduzione della sofferenza e dell'ansia. Fornire un approccio olistico alla riabilitazione è fondamentale anche per ridurre il rischio di automedicazione (ad esempio l'uso di tramadolo), una tendenza problematica che è stata osservata dagli esperti in alcuni paesi UE+. Ove possibile, coinvolgere i familiari di una vittima di tortura può contribuire a rafforzare i legami familiari, ridurre la stigmatizzazione e favorire la guarigione. Se il supporto medico accompagnato dal supporto psicosociale e per la salute mentale alle vittime di tortura è fondamentale nel loro percorso di recupero, l'assunzione di responsabilità e la giustizia sono altrettanto importanti per sostenere la loro riabilitazione.

Considerazioni importanti relative ai minori

La tortura viene spesso discussa nel contesto dei richiedenti protezione internazionale adulti, ma anche i minori possono esserne vittime. Ne possono aver fatto esperienza diretta, se essi stessi l'hanno subita, o indiretta, se è stata inflitta ai loro familiari. La tortura può avere un effetto destabilizzante sul processo di sviluppo dei minori non solo dal punto di vista psicologico ed emotivo, ma anche da quello fisico e sociale. L'impatto e le reazioni possono variare a seconda dell'età del minore, delle sue capacità cognitive, dell'ambiente di supporto e della durata dell'esposizione.

I minori potrebbero non manifestare ricordi di torture, ma potrebbero mostrare segni di ansia, irritabilità o ipervigilanza. Inoltre, i minori possono sviluppare sintomi di PTSD analogamente agli adulti. Gli adolescenti possono avere difficoltà a gestire emozioni e pensieri, e manifestare problemi comportamentali e relazionali. Possono anche regredire ⁽⁷⁴⁾ a livelli di sviluppo precedenti e perdere abilità già acquisite (ad esempio manifestando enuresi).

I minori che presentano sintomi allarmanti che suggeriscono che siano stati vittime di tortura, direttamente o indirettamente, devono essere indirizzati a un supporto specializzato, esaminati e trattati da professionisti della salute mentale qualificati. Ove possibile, familiari fidati dovrebbero essere coinvolti nel processo e sostenuti attraverso consulti sulla genitorialità. Gli interventi dovrebbero essere avviati il prima possibile per prevenire l'ulteriore evoluzione degli effetti del trauma e migliorare la a del minore ⁽⁷⁵⁾.

- European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture, *Refugee survivors of torture in Europe – Towards positive public*

policy and health outcomes (Rifugiati sopravvissuti alla tortura in Europa – Verso politiche pubbliche e risultati sanitari positivi), 2018.

- EUAA, *Victims of torture – Identification, support and examination of claims* (Vittime di tortura – Identificazione, sostegno ed esame delle domande), marzo 2023.
- Rete europea sulle migrazioni (REM), *Ad-Hoc Query on 2023.31 Practices and challenges in identifying victims of torture and ill-treatment in the context of international and temporary protection* (Domanda ad hoc relativa a 2023.31 Pratiche e sfide nell'individuazione delle vittime di tortura e maltrattamento nel contesto della protezione internazionale e temporanea), 2023
- Per ulteriori informazioni su un'offerta di sostegno olistica alle vittime di tortura, cfr. International Rehabilitation Council for Torture Victims, *Strategy 2022-2025* (Strategia 2022-2025), 2021.

Richiedenti con ideazione suicida

⁽⁷³⁾ Frank, A. O., De Souza, L. H. e Frank, C. A., «*Neck pain and disability: a cross-sectional survey of the demographic and clinical characteristics of neck pain seen in a rheumatology clinic*» (Dolore cervicale e disabilità: un'indagine trasversale sulle caratteristiche demografiche e cliniche del dolore cervicale riscontrato in una clinica reumatologica), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, pagg. 173-182, 2005.

⁽⁷⁴⁾ Unicef, *Psychological First Aid for children, adolescents and families experiencing trauma – Guide for First Responders* (Primo soccorso psicologico per bambini, adolescenti e famiglie che hanno subito una trauma – Guida per i primi soccorritori), 2021.

⁽⁷⁵⁾ OHCHR, *How can children survive torture?* (Come possono i minori sopravvivere alla tortura?), 2016.

Alcuni studi ⁽⁷⁶⁾ hanno utilizzato il termine «disperazione letale» per descrivere l'aumento del rischio di suicidio nei (richiedenti) a causa dell'accesso limitato ai servizi tradizionali, al sostegno finanziario, a un'assistenza sanitaria rispettosa delle esigenze culturali e ai diritti lavorativi ⁽⁷⁷⁾. Essi propongono un approccio di salute pubblica per affrontare la sofferenza e il rischio di suicidio nei richiedenti asilo, sollecitando il supporto immediato da parte di professionisti della salute mentale e, se del caso, la facilitazione del reinsediamento. Il suicidio e l'autolesionismo sono diffusi anche nei richiedenti protezione internazionale e in altri cittadini di paesi terzi in attesa di espulsione. Per attenuare il rischio di autolesionismo, ivi incluso quello legato all'ideazione suicidaria, è utile condurre uno screening per il rischio di suicidio.



Quali sono i principali campanelli di allarme di pensieri suicidi?

Coloro che lavorano in prima linea con i richiedenti dovrebbero prestare attenzione ai seguenti segnali di allarme, che costituiscono un elenco non esaustivo.

Segnali di allarme di possibili tendenze suicide

- **Parlare di suicidio** e affermazioni quali «mi ucciderò», «vorrei essere morto» o «vorrei non essere mai nato» possono essere indizi del fatto che il richiedente stia progettando di farsi del male. L'espressione del desiderio di morire deve essere presa sul serio.
- **Perdita di speranza** in merito alla propria situazione (in attesa della decisione sulla domanda di protezione internazionale) e maggiore propensione all'uso di sostanze (principalmente alcol / cannabis).
- **Accumulare** pillole, conservare lamette da barba, mostrare interesse per altre armi (coltelli, pistole ecc.) e cercare di impossessarsene.
- **Tendenza a isolarsi e ad allontanarsi** dagli amici, dalla famiglia e da altri contatti sociali, nonché interruzione degli hobby ecc.
- Aumento degli **sbalzi d'umore**, estremi alti e bassi, comportamenti rischiosi e tendenze generali all'autolesionismo.
- **Forte interesse ai temi della morte**, del processo di morte e/o della violenza.
- **Cambiamenti delle abitudini alimentari e del sonno**, quali perdita di appetito e perdita generale del sonno.
- Parlare di **fare testamento** o di vendere / donare i propri effetti personali.
- **Cambiamenti** del modo di interagire con le persone e della personalità.
- Dire che **presto nessuno dovrà più prendersi cura** di loro e prendere commiato da parenti e amici ⁽⁷⁸⁾.

Organizzare il supporto per i richiedenti con pensieri suicidi

⁽⁷⁶⁾ Procter, N. G., Kenny, A. M., Eaton, H. e Grech C., «[Lethal hopelessness: Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration](#)» (Disperazione letale: comprendere e rispondere al disagio e al deterioramento mentale dei richiedenti asilo), *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 27, n. 1, 2017.

⁽⁷⁷⁾ Laughton, F., «[About Suicide Screening, Referral and Imminent Harm in Washington State, 3 units \(325\)](#)», 2024, pag. 13, che cita Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A. e Fitzpatrick, S., «Preventing suicide in refugees and asylum seekers: a rapid literature review examining the role of suicide prevention training for health and support staff» (Prevenzione del suicidio tra i rifugiati e i richiedenti asilo: una rapida rassegna della letteratura che esamina il ruolo della formazione sulla prevenzione del suicidio per il personale sanitario e di supporto), *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 16, art. 24, 2022.

⁽⁷⁸⁾ Adattato dalle informazioni fornite dalla clinica Mayo, «[Suicide: What to do when someone is thinking about suicide](#)» (Suicidio: cosa fare quando qualcuno sta pensando al suicidio), 12 agosto 2023.

In generale, gli studi indicano che le **pratiche di intervento precoce** possono contribuire a **prevenire le malattie mentali e il suicidio** tra i richiedenti ⁽⁷⁹⁾.

Pertanto, coinvolgere strategicamente il prima possibile nel percorso di asilo e accoglienza **tutti** i richiedenti nelle attività basate sulla comunità (si veda il capitolo **«Esempi di interventi di supporto basato sulla comunità»** di questa guida e il livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) può rafforzare la resilienza. Per ridurre lo stress psicologico e il rischio di suicidio nei richiedenti, è importante fornire loro **informazioni** sui servizi a loro disposizione, ma anche su argomenti che facilitino la loro integrazione nel nuovo contesto, come informazioni sulla cultura locale, sui valori e sugli usi e costumi del paese ospitante, ecc. La competenza culturale è importante affinché i richiedenti si sentano più sicuri e preparati ad avviare il processo di integrazione e adattarsi al nuovo contesto.

Allo stesso tempo, anche i **funzionari che lavorano in prima linea** devono essere dotati delle competenze per:

- individuare alcuni dei segnali di allarme (vedi sopra);
- avere la capacità di fornire primo soccorso psicologico;
- fornire informazioni precise su dove indirizzare i richiedenti che necessitano di sostegno;
- avere accesso alle informazioni sui partner di rinvio in grado di erogare un supporto più mirato o specializzato (livello 3-4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) ai richiedenti in crisi.

Altri punti importanti:

- la formazione sulla prevenzione del suicidio si è dimostrata promettente nel migliorare la capacità di comprendere, individuare e gestire le tendenze suicide nei richiedenti che manifestano pensieri suicidi o sofferenza psicologica ⁽⁸⁰⁾;
- la formazione dei «gatekeeper» ⁽⁸¹⁾ è parte integrante degli approcci globali alla prevenzione del suicidio e si è dimostrata efficace in altri gruppi della popolazione;
- la presenza di specialisti qualificati in interventi di prevenzione del suicidio ⁽⁸²⁾ può ridurre la tendenza al suicidio nelle persone in difficoltà. Tale formazione dovrebbe concentrarsi sull'adeguatezza culturale, sull'uso dei servizi di interpretazione e sui vantaggi di affiancare servizi e gruppi culturali o spirituali ai servizi medici e psicologici tradizionali per affrontare efficacemente la prevenzione del suicidio;
- è importante che il personale di supporto si esprima con sensibilità e mostri competenza culturale;
- l'inclusione di esempi di casi reali e di giochi di ruolo nella formazione sulla prevenzione del suicidio per il personale sanitario addetto ai richiedenti può aumentarne il senso di competenza e la capacità di affrontare il disagio suicidario. La presenza nelle strutture di accoglienza di operatori sanitari e di altro personale di supporto a stretto contatto con i richiedenti può contribuire alla prevenzione degli incidenti attraverso il riconoscimento tempestivo dei segnali delle tendenze suicide;
- sebbene sia fondamentale preparare i funzionari di prima linea alla possibilità di incidenti critici ⁽⁸³⁾ compreso il suicidio, e a gestirli, renderli consapevoli del fatto che non tutti i richiedenti con pensieri suicidi possono essere «salvati» e dell'importanza di essere realistici può ridurre lo stress a cui sono sottoposti.



- UNHCR, *Planning for prevention and risk mitigation of suicide in refugee settings* (Pianificazione per la prevenzione e l'attenuazione del rischio di suicidio in contesti di rifugiati), versione di prova, 2023.
- IASC, *Addressing Suicide in Humanitarian Settings* (Affrontare il suicidio in contesti umanitari), 2022.
- Per maggiori informazioni sui richiedenti e sul rischio di suicidio, si veda la **Parte III – Pacchetto di strumenti**.

⁽⁷⁹⁾ Robinson, J., *«Early intervention and suicide prevention»* (Intervento precoce e prevenzione del suicidio), *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 2, n. 3, 2008, pagg. 119-211; Weine, S. M., *«Developing preventive mental health interventions for refugee families in resettlement»* (Sviluppo di interventi preventivi di salute mentale per le famiglie di rifugiati in fase di reinsediamento), *Family Process*, vol. 50, n. 3, 2011, pagg. 410-430.

⁽⁸⁰⁾ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L. e al., *«Suicide prevention training – improving the attitudes and confidence of rural Australian health and human service professionals»* (Formazione sulla prevenzione del suicidio: migliorare l'atteggiamento e la fiducia dei professionisti sanitari e dei servizi sociali delle zone rurali australiane), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 40, n. 1, 2018.

⁽⁸¹⁾ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M. e al., *«Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention»* (Breve formazione per gatekeeper sulla prevenzione del suicidio in una popolazione appartenente a minoranze etniche: un intervento controllato), vol. 16, 2016, pagg. 1-9.

⁽⁸²⁾ Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A. e Fitzpatrick, S., *«Preventing suicide in refugees and asylum seekers: a rapid literature review examining the role of suicide prevention training for health and support staff»* (Prevenzione del suicidio tra i rifugiati e i richiedenti asilo: una rapida rassegna della letteratura che esamina il ruolo della formazione sulla prevenzione del suicidio per il personale sanitario e di supporto), *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 16, art. 24, 2022.

⁽⁸³⁾ EUAA, *Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception – A mapping of practices* (Gestione degli incidenti critici nel settore dell'asilo e dell'accoglienza – Una mappatura delle pratiche), 2022.

I richiedenti e la violenza di genere

L'OMS stima che «in tutto il mondo, quasi una donna su tre, ossia il 30 %, è stata oggetto di violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner intimo o di una persona che non è un partner, o di entrambi» ⁽⁸⁴⁾. Oltre alle donne, possono essere a rischio anche i minori e le persone con SOGIESC diversificati, gli uomini e le persone con disabilità fisica o cognitiva.

Lo IASC definisce la violenza di genere come:

un termine generale per indicare qualsiasi azione dannosa perpetrata contro la volontà di una persona, fondata su differenze (di genere) tra donne e uomini. Comprende atti che infliggono danni o sofferenze fisici, sessuali o mentali, minacce di tali atti, coercizione e altre privazioni della libertà. Questi atti possono verificarsi in pubblico o in privato ⁽⁸⁵⁾.

Sebbene la violenza di genere sia un problema generale nei contesti di guerra, insicurezza prolungata, catastrofe naturale o sfollamento forzato, le popolazioni colpite sono particolarmente a rischio. In particolare, nel caso dei richiedenti protezione internazionale, che possono presentare uno status giuridico incerto, dipendenza dovuta alla mancanza di mezzi finanziari o di competenze linguistiche o esigenze particolari, alcune categorie potrebbero trovarsi in una posizione svantaggiata.

I cinque principali tipi di violenza di genere interconnessi ⁽⁸⁶⁾ sono la violenza fisica, psicologica, sessuale, socioeconomica e verbale (compreso l'incitamento all'odio).

Impatti dei diversi tipi di violenza di genere sulle persone	
Psicologici	Sintomi come ansia, flashback / incubi, sentimenti estremi di colpa e vergogna e suicidalità. Disturbi psichiatrici come depressione, PTSD e abuso di alcol e droghe.
Sociali e comportamentali	• Interruzioni delle relazioni coniugali e familiari e/o isolamento dalla famiglia/comunità, in particolare quando una donna rimane incinta a causa di uno stupro; la perdita della verginità può essere un'ulteriore causa di ostracismo per le vittime. • Il matrimonio forzato con l'autore della violenza sessuale, che può portare alla continuazione dopo l'arrivo in Europa della violenza domestica vissuta. • Incapacità di fidarsi. • Promiscuità. • Autolesionismo. • Isolamento.
Fisici	Possibili conseguenze includono gravidanze indesiderate, complicanze derivanti da aborti non sicuri, disturbo della libido nelle donne o impotenza negli uomini, infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV, ma anche ripercussioni sull'apparato neurologico, gastrointestinale, muscolare, urinario e riproduttivo, disturbi alimentari, autolesionismo (provocarsi tagli).
Cognitivi	Difficoltà di concentrazione, confusione e riduzione o perdita della memoria.
Problemi manifestati dalle vittime della tratta di esseri umani	• Segretezza e riluttanza a parlare di sé o dei propri bisogni per paura di ripercussioni. • Forte dipendenza da alcune persone, incapacità di prendere decisioni autonome. • Avere sul corpo tatuaggi delle gang o tentare di nascondersi. • Possedere articoli costosi come telefoni cellulari o vestiti. • I richiedenti minori potrebbero fingere di essere più grandi di quanto sono.

⁽⁸⁴⁾ OMS, «[Violence against women](#)» (Violenza contro le donne), 2024.

⁽⁸⁵⁾ IASC, [Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery](#) (Guida all'integrazione degli interventi in materia di violenza di genere nell'azione umanitaria. Riduzione del rischio, promozione della resilienza e sostegno alla guarigione), Global Protection Cluster, 2015, pag. 5.

⁽⁸⁶⁾ Consiglio d'Europa, «[Types of gender-based violence](#)» (Tipi di violenza di genere), sito web internazionale del Consiglio d'Europa, consultato il 30 agosto 2024.

Organizzare il supporto per i richiedenti che hanno subito violenza di genere

Ci vuole tempo prima che una vittima riveli di aver subito violenza di genere, in particolare se perpetrata da familiari o partner e se si tratta di violenza sessuale. Sarà cruciale dedicare tempo e impegno per instaurare un rapporto e rafforzare la fiducia.

Per alcuni richiedenti, la violenza, lo sfruttamento e gli abusi subiti in patria potrebbero essere stati il motivo che li ha spinti a lasciare il paese e cercare rifugio in Europa. Queste esperienze potrebbero rappresentare la componente principale della loro domanda di protezione internazionale. Per alcuni il sostegno psicologico per elaborare tali esperienze passate potrebbe essere essenziale. Altri potrebbero aver subito atti di violenza di genere durante il transito e/o nei paesi ospitanti; anch'essi richiederanno attenzione e sostegno. Gli interventi necessari possono variare di conseguenza (ad esempio, una persona che è stata violentata all'interno di una struttura di accoglienza avrà necessità di un'immediata assistenza medica e del coinvolgimento delle autorità di contrasto).

I funzionari di prima linea addetti alla violenza di genere dovrebbero ottenere informazioni relative ai paesi di origine e di transito delle popolazioni di cui si occupano. Ciò li aiuterà a capire se nel paese o nei paesi in questione:

- la violenza sessuale e di genere è comune;
- la violenza dovuta a conflitti armati è diffusa.

Di conseguenza saranno in grado di porre domande più mirate e di assistere con tatto il richiedente. Questo può essere l'approccio più efficace anche nella fase iniziale del percorso di asilo. Avere a disposizione queste informazioni può anche aiutare gli operatori delle autorità accertanti a fornire il giusto supporto ⁽⁸⁷⁾.

Quando sono necessari servizi di interpretazione, dare la possibilità di scelta è sempre una buona prassi, a prescindere dalla vulnerabilità o dalla potenziale esigenza particolare, ma diventa di vitale importanza nei casi di sospetta violenza sessuale.

Ulteriori punti da prendere in considerazione

- Elementi fondamentali includono la **psicoeducazione** e la sensibilizzazione dei richiedenti all'importanza che raccontino le loro esperienze per poter ricevere un'adeguata assistenza medica e psicologica. Ciò è particolarmente importante nei casi di violenza sessuale nel paese ospitante, quando la vittima potrebbe comunque beneficiare di una profilassi post-esposizione o della pillola del giorno dopo per evitare una gravidanza, entrambe da somministrare entro 72 ore dalla violenza subita.
- Un approccio umano, incentrato sulle vittime/sui sopravvissuti ⁽⁸⁸⁾ che garantisca la riservatezza incoraggerà chi ha subito violenza a parlarne apertamente.
- **L'assistenza di un medico** specialista per valutare potenziali conseguenze fisiche e psichiatriche (ad esempio ginecologo, pediatra, urologo, psichiatra o psicologo clinico) e, a seconda delle esigenze e del contesto, una psicoterapia individuale (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) possono essere necessarie per dare un sostegno olistico alle vittime di violenza sessuale.
- Possono essere indicate anche **sessioni di consulenza psicologica di gruppo** (livello 3 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) per aiutare i sopravvissuti a comprendere che non sono soli con tali esperienze e che possono riprendersi dopo averle vissute.
- La ripresa può essere sostenuta anche da **iniziative di comunità** (livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale), come gli esercizi di rilassamento o attività creative.
- **Creare spazi sicuri** ⁽⁸⁹⁾ ⁽⁹⁰⁾ dove donne e ragazze possano incontrarsi, scambiare le proprie esperienze, fare conoscenze e ricevere consulenza psicologica, ove necessario.
- Collegare le vittime/i sopravvissuti alla **consulenza legale/ai servizi legali**.
- Garantire l'accesso a un **rifugio** o a una casa protetta, se necessario, per rispondere alle esigenze di diversi gruppi di sopravvissuti alla violenza di genere (donne sole, donne con bambini, richiedenti con SOGIESC diversi).

I principi basilari nel lavoro con i sopravvissuti alla violenza di genere sono il rispetto, la non discriminazione, l'autodeterminazione e la dignità, la riservatezza, l'incolumità e la sicurezza. È importante che vi siano agenti di polizia adeguatamente formati nel supporto alle vittime della violenza di genere. La fiducia nelle autorità e in particolare nella polizia può essere un problema per le vittime / i sopravvissuti ⁽⁹¹⁾. Si rimanda agli orientamenti dello IASC per maggiori informazioni sull'integrazione degli interventi contro la violenza di genere nell'azione umanitaria ⁽⁹²⁾.

⁽⁸⁷⁾ Corte di giustizia dell'Unione europea, sentenza del 20 aprile 2023, [WS / Intervjuirashat organ na Darzhavna agentsia za bezhantsite pri Ministerskia savet](#), con l'intervento di: [Predstavitelstvo na Varhovnia komisar na Organizatsiyata na obedinenite natsii za bezhantsite / Bulgaria](#), causa C-621/21, EU:C:2023:314.

⁽⁸⁸⁾ IASC, [Definition & Principles of a Victim/Survivor Centered Approach](#) (Definizione e principi di un approccio incentrato sulla vittima/sul sopravvissuto), 2023.

⁽⁸⁹⁾ EUAA, [Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III. Pacchetto di strumenti per l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale](#), 2024, sezioni «Occuparsi di richiedenti vulnerabili» e «Spazi a misura di minore e spazi sicuri per donne e ragazze».

⁽⁹⁰⁾ EUAA, [Protecting women and girls in the asylum procedure](#) (Proteggere le donne e le ragazze nella procedura di asilo), scheda informativa 24, giugno 2024.

⁽⁹¹⁾ Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (FRA), [Underpinning victims' rights](#) (Sostenere i diritti delle vittime), febbraio 2023.

⁽⁹²⁾ IASC, [Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery](#) (Linee guida sull'integrazione degli interventi in materia di violenza di genere nell'azione umanitaria: ridurre il rischio, promuovere la resilienza e contribuire alla guarigione), 2015.



Belgio

Si stima che tra i migranti che arrivano in Europa, il 58 % delle femmine e il 38 % dei maschi abbiano subito violenze ⁽⁹³⁾. È quindi importante adottare un approccio integrato e olistico che vada dall'individuazione delle esigenze all'erogazione dei servizi, basato su un'efficace gestione dei casi. L'assistenza può includere interventi medico-legali, medici e psicologici. È stato realizzato e attuato un progetto per promuovere un'assistenza olistica inclusiva per i migranti vittime di violenza sessuale (INHeRE).

Il progetto INHeRE ⁽⁹⁴⁾, collegato all'International Centre for Reproductive Health Belgium (ICRH Belgium), un istituto di ricerca multidisciplinare presso l'Università di Gand, ha prodotto i seguenti strumenti utili ⁽⁹⁵⁾.



Svezia

L'agenzia svedese per la migrazione partecipa al forum di collaborazione denominato «National Method Support against Prostitution and Human Trafficking» (Supporto metodologico nazionale contro la prostituzione e la tratta di esseri umani) ⁽⁹⁶⁾, coordinato dall'agenzia svedese per la parità di genere. Il supporto metodologico è una risorsa strategica per lo sviluppo e la razionalizzazione della collaborazione diretta a contrastare la tratta di esseri umani. Alcuni esempi sono la tratta di esseri umani a fini di sfruttamento sessuale, prelievo di organi, arruolamento forzato, lavoro forzato o altre attività che pongono le persone in una situazione di vulnerabilità. Le autorità partecipanti sono l'agenzia svedese per la parità di genere, l'agenzia svedese per la migrazione, l'autorità svedese di polizia, i servizi sociali comunali e la procura nazionale svedese.

⁽⁹³⁾ International Centre for Reproductive Health Belgio, [«Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)»](#) [Assistenza olistica inclusiva per migranti vittime di violenza sessuale (INHeRE)], 1° novembre 2019 – 31 ottobre 2021.

⁽⁹⁴⁾ Il progetto INHeRE è stato attuato tra il 1° novembre 2019 e il 31 ottobre 2021. Il progetto ha sviluppato vari strumenti per aiutare coloro che lavorano in prima linea a fornire assistenza. Le attività comprendevano l'assistenza ai richiedenti vittime di tratta, con diverse caratteristiche (SOGIESC) e vittime di violenza sessuale. ICRH Belgio, [«Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)»](#) [Assistenza olistica inclusiva per le vittime migranti di violenza sessuale (INHeRE)], sito web dell'ICRHB, consultato il 10 settembre 2024.

⁽⁹⁵⁾ Cfr. Lamonaca, S., Vanhoutte, K., Linthout, L., De Schrijver, L., Clarke, V. e al., [Good practice tool for police hearings with migrant, applicant for international protection, refugee \(MAR\), trafficked, and LGBT+ victims of sexual violence](#) [Strumento di buone pratiche per i colloqui della polizia con migranti, richiedenti protezione internazionale, rifugiati (MAR), vittime di tratta e vittime LGBT+ di violenza sessuale], 2021; Keygnaert, I. e Linthout, L., [Triage Tool for identification, care and referral of victims of sexual violence at European asylum reception and accommodation initiatives](#) (Strumento di triage per l'individuazione, l'assistenza e l'indirizzamento delle vittime di violenza sessuale nelle iniziative europee di accoglienza e alloggio dei richiedenti asilo), 2021; Verelst, A., Szelei, N., Clarke, V., Boychenko, O., Linthout, L. e al., [Safe reporting framework for migrant victims of sexual violence](#), (Quadro normativo sicuro per la segnalazione dei casi di violenza sessuale nei confronti dei migranti), 2021; PAG-ASA, payoke, SÚRYA, [You are staying in Belgium, you do not have the Belgian nationality and you find yourself in one or more of these situations](#) (Risiedi in Belgio, non hai la cittadinanza belga e ti trovi in una o più delle seguenti situazioni), 2009, che fornisce informazioni alle presunte vittime della tratta di esseri umani; PAG-ASA, un'organizzazione della società civile, sostiene le vittime della tratta di esseri umani; cfr. in particolare la sezione sull'assistenza alle vittime.

⁽⁹⁶⁾ Swedish Migration Agency (agenzia svedese per la migrazione), [«What is the Swedish Migration Agency doing to combat abuse and crime?»](#) (Come sta agendo l'Agenza svedese per l'immigrazione per contrastare abusi e reati?), ultimo aggiornamento 14 giugno 2021.



Tratta di esseri umani

Se da un lato la tratta di esseri umani può riguardare chiunque, dall'altro è un fenomeno differenziato per genere ⁽⁹⁷⁾ ⁽⁹⁸⁾ in quanto le donne, gli uomini e i minori sono vittime della tratta per scopi diversi. Le vittime principali restano le donne ⁽⁹⁹⁾ e le ragazze, principalmente a fini di abuso e sfruttamento sessuale e di servitù domestica. Gli uomini sono vittime della tratta più che altro a scopo di lavoro forzato o di attività criminali ⁽¹⁰⁰⁾.

Ogniqualvolta un funzionario di prima linea sospetti che un richiedente sia vittima di tratta, deve mettersi in contatto con le agenzie di protezione e le parti interessate, garantendo sempre la sicurezza e la protezione della vittima. Se la vittima acconsente al rinvio all'unità anti-tratta della polizia, può essere assistita dai funzionari di prima linea. La tratta di esseri umani è un reato grave che viola i diritti fondamentali e la dignità delle persone.

I funzionari di prima linea possono contribuire all'individuazione tempestiva delle potenziali vittime della tratta e alla sensibilizzazione per ridurre il rischio che altre persone siano vittime della tratta, compresa quella effettuata con strumenti digitali (e-trafficking) ⁽¹⁰¹⁾. Approfondire le conoscenze nei settori della criminologia, della tratta di esseri umani e della cibersicurezza può inoltre consentire ai funzionari di affrontare efficacemente queste sfide dei nostri giorni.

Diversi attori, istituzionali e non, sono coinvolti a vario titolo nel processo di individuazione, e nei casi migliori collaborano alla protezione delle vittime di tratta con un approccio **multi-agenzia** e **multi-settoriale** ⁽¹⁰²⁾. Questo fin dalla fase di primo ingresso o di rintracciamento nel territorio, insieme alle prime misure di protezione della persona, anche per garantirne l'incolumità. L'individuazione delle vittime di tratta è un singolo processo che si compone di varie azioni ed è generalmente svolto da soggetti diversi, finalizzato alla graduale emersione di elementi/indicatori pertinenti. Può essere suddivisa in due fasi ⁽¹⁰³⁾:

- individuazione precoce / preliminare, finalizzata a una prima analisi delle circostanze che possono ragionevolmente indurre a concludere che la persona interessata sia o rischi di diventare vittima di tratta;
- individuazione formale, effettuata da persone qualificate e autorizzate, che mira a stabilire se la persona è vittima di tratta.

È fondamentale sottolineare che il fatto di essere vittima di tratta non pregiudica il diritto di una persona di chiedere asilo. Una vittima della tratta di esseri umani può avere un valido motivo per chiedere asilo. Ai cittadini di paesi terzi è concesso un periodo di riflessione ⁽¹⁰⁴⁾ per riprendersi e sfuggire all'influenza degli autori dei reati. Concedere un periodo di riflessione per riprendersi, garantendo l'accesso ai servizi sanitari e di salute mentale nonché alle informazioni pertinenti e alla consulenza legale per prendere una decisione in maniera consapevole è non solo importante ma anche un obbligo giuridico. In generale, un elemento importante per contrastare reati come la tratta di esseri umani è la collaborazione tra diversi enti e istituzioni governative.

⁽⁹⁷⁾ Consiglio d'Europa, [«Physical violence»](#) (Violenza fisica), sito web internazionale del Consiglio d'Europa, consultato il 10 settembre 2024.

⁽⁹⁸⁾ Unione europea: Consiglio dell'Unione europea, [Decisione quadro del consiglio 2002/629/GAI sulla lotta alla tratta degli esseri umani](#), luglio 2002.

⁽⁹⁹⁾ Eurostat, [«Prevalence of females involved in trafficking of human beings»](#) (Prevalenza di donne coinvolte nella tratta di esseri umani), 2015-2022, 24 gennaio 2024.

⁽¹⁰⁰⁾ Eurostat, [«10 093 registered victims of human trafficking in 2022»](#) (10 093 vittime della tratta di esseri umani registrate nel 2022), 24 gennaio 2024.

⁽¹⁰¹⁾ UNODC, [«Good Use and Abuse: The Role of Technology in Human Trafficking»](#) (Buon uso e abuso: il ruolo della tecnologia nella tratta di esseri umani), 2021.

⁽¹⁰²⁾ EUAA, [«Victims of human trafficking in asylum and reception»](#) (Vittime della tratta di esseri umani nell'asilo e nell'accoglienza), Aggiornamento della situazione, n. 21, agosto 2024.

⁽¹⁰³⁾ Danish Refugee Council nell'ambito del progetto Free2Link: [«Operational tools for prevention and early identification of potential victims of e-trafficking»](#) (Strumenti operativi per la prevenzione e l'identificazione precoce delle potenziali vittime della tratta online), 30 novembre 2020.

⁽¹⁰⁴⁾ [Commissione europea](#) sul periodo di riflessione.



Violenza di genere

- Lo strumento online IPSN dell'EUA⁽¹⁰⁵⁾ fornisce informazioni utili sulle esigenze particolari di varie categorie vulnerabili, tra cui le possibili vittime di violenza sessuale, ma anche le vittime della tratta di esseri umani.
- L'UNHCR ha investito tempo e risorse per realizzare orientamenti e assicurare le risorse per gli specialisti in materia di violenza di genere nonché per operatori non esperti⁽¹⁰⁶⁾.
- Lo IASC ha realizzato moduli di formazione sulla violenza di genere⁽¹⁰⁷⁾.
- Il lavoro dell'OIM sulla violenza di genere in situazioni di crisi⁽¹⁰⁸⁾.
- Si veda il Global Protection Cluster e la sua animazione⁽¹⁰⁹⁾ che introduce le 16 norme minime inter-agenzia sulla violenza di genere nella programmazione delle emergenze.
- Cfr. le norme sviluppate dall'OMS, dal Center for Disease Control statunitense, dal President's Emergency Plan for AIDS Relief statunitense e dal Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics⁽¹¹⁰⁾.
- Sul tema delle mutilazioni genitali femminili, cfr. gli orientamenti di Fedasil (Belgio) sulla valutazione dei rischi e sull'organizzazione dei rinvii in quest'ambito. *Stratégies Concertées, «Checklist à faire avant de saisir un service spécialisé (liste non exhaustive)»*, 2023, disponibile all'indirizzo https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/2023_DE%CC%81TECTOME%CC%80TRE_FR.pdf.

Tratta di esseri umani

- La strategia della Commissione europea⁽¹¹¹⁾ contro la tratta di esseri umani promuove una risposta olistica al reato, evidenziando nel contempo la dimensione di genere e l'importanza di prestare attenzione alle donne e ai minori.
- Cfr. la direttiva anti-tratta dell'UE⁽¹¹²⁾ che stabilisce norme comuni su come sostenere e proteggere i sopravvissuti alla tratta di esseri umani.
- L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC)⁽¹¹³⁾ e la sua iniziativa globale contro il traffico di esseri umani.
- L'OIM e il suo lavoro di individuazione delle vittime della tratta di esseri umani⁽¹¹⁴⁾.

Inoltre, si rimanda alle pubblicazioni riportate di seguito:

- i moduli di e-learning sulla tratta e e-trafficking realizzati nell'ambito del progetto Free2Link⁽¹¹⁵⁾;
- cfr. il Federal Migration Centre (Myria) e il suo approccio multidisciplinare alla lotta alla tratta di esseri umani⁽¹¹⁶⁾.

Per maggiori informazioni sul supporto psicosociale e per la salute mentale e su argomenti correlati, consultare anche la *Parte I – Per l'alta dirigenza*, Allegato 4. «Sviluppo delle capacità in materia di supporto psicosociale e per la salute mentale».

⁽¹⁰⁵⁾ EUA, «Strumento per l'individuazione delle persone con esigenze particolari», 2016.

⁽¹⁰⁶⁾ UNHCR, *Gender Equality Toolkit*, (Pacchetto di strumenti per la parità di genere), 2020.

⁽¹⁰⁷⁾ Consultare il sito web dello IASC.

⁽¹⁰⁸⁾ OIM, dipartimento Operazioni ed emergenze, *Institutional Framework for addressing gender-based violence in crisis situations* (Quadro istituzionale per la lotta alla violenza di genere in situazioni di crisi), 2018.

⁽¹⁰⁹⁾ IASC, animazione «Introducing the 16 Inter-Agency Minimum Standards for GBV in Emergencies Programming» (Introduzione alle 16 norme minime inter-agenzia sulla violenza di genere nella programmazione delle emergenze), 2021.

⁽¹¹⁰⁾ Jhpiego, Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti e OMS, *Gender-based violence facilitation guide, Standards for the provision of high-quality post-violence care in health facilities* (Guida all'assistenza nella violenza di genere – Standard per la fornitura di assistenza post-violenza di alta qualità nelle strutture sanitarie), 2022.

⁽¹¹¹⁾ Commissione europea, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia dell'UE per la lotta alla tratta degli esseri umani*, 2021-2025, Bruxelles, 14.4.2021, COM(2021) 171 final.

⁽¹¹²⁾ *Direttiva 2011/36/UE* del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2011, concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime, e che sostituisce la decisione quadro del Consiglio 2002/629/GAI (GU L 101 del 15.4.2011, pag. 1).

⁽¹¹³⁾ UNODC, *Toolkit to Combat Trafficking in Persons* (Pacchetto di strumenti per combattere la tratta di persone), 2006, sezione sul *periodo di riflessione* per maggiori informazioni e *indicatori della tratta*, Strumento 6.4; UNODC, *Human trafficking indicators* (Indicatori della tratta di esseri umani), 2008.

⁽¹¹⁴⁾ OIM, *Screening interview form of the International Organization for Migration for the identification of victims of trafficking* (Modulo per i colloqui di screening dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni per l'identificazione delle vittime di tratta), 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Project Free2Link è finanziato dall'UE mediante il programma Diritti, uguaglianza e cittadinanza (2014-2020) della Commissione europea. Il progetto è disponibile al seguente indirizzo: <https://free2link.eu/about-the-project/>.

⁽¹¹⁶⁾ Il Belgio ha adottato un approccio multidisciplinare, cfr. Myria – Federal Migration Centre, «A multidisciplinary approach» (Un approccio multidisciplinare), <https://www.myria.be/en/traff-and-smuggling/a-multidisciplinary-approach>.

Richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC

È importante sottolineare che le diverse caratteristiche SOGIESC non costituiscono una vulnerabilità o un'esigenza particolare di per sé. Tuttavia, i richiedenti LGBTIQ potrebbero avere esigenze particolari derivanti dalle loro caratteristiche SOGIESC. Per esempio, potrebbero essere stati isolati nella loro comunità di origine e questo potrebbe averli resi vulnerabili alla violenza e allo sfruttamento durante il viaggio. Tale vulnerabilità può persistere nel paese ospitante se il supporto non viene fornito tempestivamente.

I richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC potrebbero essere riluttanti a rivelare tale diversità durante il processo di registrazione. È pertanto fondamentale sottolineare loro che la loro privacy e riservatezza sono garantite durante l'intera procedura. I richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC potrebbero aver affrontato specifiche situazioni difficili, ad esempio: aver lasciato paesi in cui le relazioni consensuali tra persone dello stesso sesso costituiscono reato; aver offerto prestazioni sessuali a pagamento per guadagnarsi da vivere; aver subito violenza e sfruttamento. Alcuni richiedenti LGBTIQ potrebbero essere riluttanti a rivelare le loro caratteristiche SOGIESC al personale all'arrivo ma anche successivamente durante la permanenza nelle strutture di accoglienza, per paura di subire stigmatizzazioni, discriminazioni e abusi. Di conseguenza, potrebbero rinunciare a richiedere i servizi.

In questo contesto, è fondamentale che i funzionari di prima linea abbiano una conoscenza generale delle difficoltà relative a questo gruppo di richiedenti. Le autorità dovrebbero essere in grado di fornire loro un accesso sicuro alla consulenza psicologica e al sostegno tra pari, ad esempio facendo ricorso a volontari sul campo specializzati per le persone LGBTI e a organizzazioni specializzate della società civile (livello 3 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale), e di garantire l'accesso all'assistenza specializzata (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale) ⁽¹⁷⁾.



I funzionari di prima linea stessi possono nutrire pregiudizi nei confronti di alcuni gruppi minoritari. Ad esempio, alcuni potrebbero avere l'idea sbagliata che le persone LGBTIQ abbiano problemi di salute mentale. Pertanto, è essenziale formare il personale e gli interpreti sul tema dei richiedenti appartenenti a un gruppo minoritario, come quelli con diverse caratteristiche SOGIESC.

Si veda anche EUAA, [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception*](#) (Guida pratica sui richiedenti con orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali diversificati – Accoglienza), 2024.



Come favorire l'accesso all'assistenza specializzata per i richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC

Alcuni richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC potrebbero provare sofferenza psicologica a causa delle loro esperienze di abuso, omofobia o transfobia. Anni di discriminazione e abusi possono aumentare la probabilità di problemi di salute mentale e la necessità di un'assistenza mirata e specializzata. Altri richiedenti potrebbero presentare vulnerabilità intersezionali ed avere anche bisogno di assistenza medica.

⁽¹⁷⁾ UNHCR, [*Need to Know Guidance: Working with lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex and queer persons in forced displacement*](#) (Linee guida essenziali: occuparsi di persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali e queer nello sfollamento forzato), 2021.

**Segnali di sofferenza ed esigenze dei richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC**

Emotivi	Potrebbero aver subito o subire tuttora sofferenza psicologica a causa di esperienze di abuso, isolamento sociale e omofobia / transfobia. Alcuni potrebbero essere stati sottoposti a tentativi di «conversione» da parte delle loro famiglie e comunità. Ciò può averli indotti a mettere in discussione le loro caratteristiche SOGIESC. Di conseguenza, tra le emozioni che essi provano potrebbero manifestarsi rabbia, irritabilità, elevato livello di stress, ansia, segni di depressione, panico, oscillazioni dell'umore e sensi di colpa. È importante riconoscere e parlare di queste emozioni per aiutare le persone a gestirle efficacemente.
Comportamentali e sociali	Alcuni richiedenti potrebbero adottare comportamenti a rischio, ad esempio uso improprio / abuso di sostanze, promiscuità, autolesionismo, come procurarsi ferite da taglio, i tentativi di suicidio e l'isolamento sociale. Questi tipi di comportamento possono essere indizio delle loro difficoltà emotive e vanno affrontati con il supporto adeguato. Anche la mancanza di un'abitazione e la povertà possono essere segnali di tale sofferenza.
Fisici	Esempi di segni fisici di sofferenza includono cambiamenti nei ritmi di sonno, potenziali disturbi alimentari (inappetenza o iperalimentazione / obesità), infezioni sessualmente trasmissibili, ad esempio infezione da HIV o cancro della cervice derivante da infezione da papillomavirus umano. Per coloro che hanno iniziato una terapia ormonale potrebbero sorgere difficoltà aggiuntive, che devono essere prese in considerazione da chi fornisce supporto. È fondamentale riconoscere e affrontare queste manifestazioni fisiche di stress per sostenere il benessere e la salute generale delle persone ⁽¹¹⁸⁾ .

Fornire supporto ai richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC

Il sistema di rinvio esistente dovrebbe garantire l'accesso a operatori sanitari a conoscenza delle potenziali esigenze psicologiche e sanitarie di questo gruppo di richiedenti.

L'assistenza medica sensibile alle tematiche LGBTIQ potrebbe includere, ad esempio, cure di transizione, interventi chirurgici e terapie ormonali per i transgender, nonché **assistenza di medicina forense sensibile alle tematiche LGBTIQ** per le vittime di violenza sessuale. Entrambi questi tipi di assistenza dovrebbero essere messi a disposizione dei richiedenti LGBTIQ (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale).

Sebbene i richiedenti LGBTIQ non costituiscano **di per sé** un gruppo con esigenze particolari, essi possono essere a maggior rischio di tratta di esseri umani e sfruttamento sessuale. Ai fini della protezione, anche della salute mentale, può essere consigliabile **alloggiarli in rifugi** e/o coordinare l'assistenza con le unità anti-tratta e con i servizi medici e di supporto psicosociale e per la salute mentale.

Occorre **indirizzare** i richiedenti che si auto-identificano come LGBTIQ a organizzazioni della società civile specializzate nel fornire **supporto psicosociale** alle persone con diverse caratteristiche SOGIESC o fornire loro **informazioni** su tali organizzazioni (livelli 2-3 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale).



- Guida dell'EUAA sulle caratteristiche SOGIESC:
 - [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Information note*](#) (Guida pratica sui richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC: orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali – Nota informativa), 2024.
 - [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception*](#) (Guida pratica sui richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC: orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali – Accoglienza), 2024.
 - [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Cross-cutting elements*](#) (Guida pratica sui richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC: orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali – Elementi trasversali), 2024.
 - [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Examination procedure*](#) (Guida pratica sui richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC: orientamenti sessuali, identità di genere, espressioni di genere e caratteri sessuali – Procedura di esame), 2024.
- EUAA, [**«Applicants with diverse SOGIESC»**](#) (Richiedenti con diverse caratteristiche SOGIESC), informazione sul modulo di formazione, 2023.
- UNHCR, [***Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer Persons in Forced Displacement***](#) (Linee guida essenziali: occuparsi di persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali e queer nello sfollamento forzato), 2021.
- The Open Society Foundation e Negative/Positive, [**«Born Julius and Julia»**](#) (Nato Giulio e Giulia), un fumetto sviluppato per i giovani sulle caratteristiche SOGIESC. La storia descrive le difficoltà che una persona intersessuale può incontrare e il motivo per cui potrebbe aver dovuto lasciare il suo paese.

⁽¹¹⁸⁾ Bass, B. e Nagy, H., [**«Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients»**](#) (Competenza culturale nella cura dei pazienti LGBTQ), *National Library of Medicine*, ultimo aggiornamento 13 novembre 2023.

Esigenze psicologiche dei richiedenti posti in stato di trattenimento

I richiedenti che si trovano nei paesi UE+ potrebbero essere trattenuti dalle autorità per diversi motivi. Potrebbero essere trattenuti per un certo periodo per verificarne l'identità o la cittadinanza, nell'ambito del processo di rimpatrio o di una procedura di trasferimento transnazionale, o per motivi di sicurezza. Indipendentemente dal contesto, il trattenimento è la soluzione di ultima istanza e dovrebbe durare il meno possibile. Sebbene il trattenimento sia spesso organizzato al di fuori del sistema di accoglienza, in alcuni paesi le autorità di accoglienza forniscono servizi di supporto a coloro che si trovano in strutture di trattenimento.

Ciò che rende il trattenimento così critico è che, a seconda della situazione personale, della situazione nel paese di origine e della rotta migratoria seguita, le persone che arrivano in Europa hanno spesso subito forme di trattenimento prima dell'arrivo. Essere collocati in una struttura chiusa dopo aver già subito un'esperienza di trattenimento può avere un impatto devastante sulla salute e sul benessere mentale di una persona. Occorre pertanto fornire assistenza sanitaria nei centri di trattenimento. Le condizioni di salute mentale delle persone in strutture chiuse devono essere monitorate costantemente. Vanno adottate misure preventive per ridurre al minimo l'impatto negativo che il trattenimento può avere sulla salute e sul benessere mentale.

L'impatto del trattenimento sulla salute e sul benessere mentale dei richiedenti

Adulti

- Senso di disperazione.
- Intensificazione del senso di mancanza di controllo, che può portare ad ansia e depressione.
- Cambiamento del ritmo del sonno.
- Bassa tolleranza alla frustrazione, tendenza all'autolesionismo e aggressività verbale / fisica verso gli altri.
- Irrequietezza, difficoltà di concentrazione.
- Idee suicide.
- Trascuratezza nell'igiene personale e/o mancanza di possibilità di curare l'igiene personale, che può avere un impatto sul benessere della persona.

Organizzare il supporto per le persone trattenute

Adulti

- Esaminare i richiedenti trattenuti all'arrivo per determinarne lo stato di salute fisica e mentale e pertanto verificare se la hanno necessità di cure per problemi di salute mentale e/o malattia. Se vengono individuate vulnerabilità, si raccomandano alternative al trattenimento.
- Formare tutto il personale in contatto con le persone trattenute a riconoscere i principali segni di sofferenza psicologica e malattia mentale.
- Fornire ai richiedenti regolari trattenuti aggiornamenti sulla loro domanda di asilo, comprese le tempistiche previste.
- Dare accesso all'assistenza medica e psichiatrica, ove necessario, anche a fini preventivi.
- Mettere a disposizione piattaforme per la comunicazione in sicurezza con altre persone trattenute e con parenti o amici che risiedono fuori dal centro di trattenimento.
- Fornire un supporto psicosociale di comunità a bassa soglia per rafforzare la resilienza e coinvolgere i detenuti nelle attività quotidiane.
- Fare in modo che le persone trattenute si sentano riconosciute nella loro individualità e ascoltate da tutto il personale.
- Dare alle persone trattenute l'opportunità di passare quotidianamente del tempo all'aperto.
- Garantire l'accesso alle principali parti interessate quali l'UNHCR, i fornitori di servizi legali o altre ONG che forniscono servizi di salute mentale.



Trattenimento e salute e benessere mentale

I minori, in particolare quelli non accompagnati e separati dalla famiglia, non dovrebbero in linea di principio essere trattenuti per finalità legate all'immigrazione, indipendentemente dal loro status giuridico / migratorio o da quello dei loro genitori.

Il trattenimento di minori non può mai essere considerato nel loro interesse superiore ⁽¹¹⁹⁾. L'impatto del trattenimento sui minori è devastante per il loro benessere psicofisico. Può compromettere il loro sviluppo cognitivo, creare il rischio di sviluppare depressione e un disturbo d'ansia, causare insonnia, incubi ed enuresi notturna. Pertanto, ove possibile, devono essere organizzate alternative al trattenimento, come l'affidamento familiare, altre modalità di assistenza adeguate o alternative basate sul coinvolgimento. Cfr. anche la Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) ⁽¹²⁰⁾ e la Advocacy Series della task force delle Nazioni Unite sui minori privati della libertà ⁽¹²¹⁾.

In generale, mentre ai sensi dell'**articolo 5, paragrafo 1, lettera f), della Convenzione europea dei diritti dell'uomo** è possibile trattenere una persona a fini di espulsione e/o per impedirle di entrare illegalmente nel territorio, la necessità di sostenere i detenuti per prevenire malattie deve essere affrontata in modo tempestivo. Allo stesso tempo, devono essere fornite informazioni sulle tempistiche del trattenimento.

Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti ritiene che «il **trattenimento prolungato** dei migranti ai sensi della legislazione relativa agli stranieri **senza alcun limite di durata e senza prospettive precise di essere rimessi in libertà** possa facilmente essere considerato come un **trattamento inumano**» ⁽¹²²⁾.

Inoltre, si veda il pacchetto minimo di servizi di supporto psicosociale e per la salute mentale, una lista di controllo per una risposta efficace alle emergenze. Cfr. anche la sezione **4.2. «Provide mental health and psychosocial support to persons deprived of their liberty»** (Fornire supporto psicosociale e per la salute mentale alle persone private della libertà), su come fornire supporto psicosociale e per la salute mentale alle persone private della libertà.

-
- ⁽¹¹⁹⁾ EUAA, *Il trattenimento dei richiedenti protezione internazionale nell'ambito del sistema europeo comune di asilo – Analisi giuridica*, 2019; Corte europea dei diritti dell'uomo, sentenza del 5 aprile 2011, *Rahimi / Grecia*, ricorso n. 8687/08; Corte europea dei diritti dell'uomo, sentenza del 19 gennaio 2010, *Muskhadzhiyeva e altri / Belgio*, ricorso n. 41442/07; Corte EDU, sentenza del 12 ottobre 2006, *Mubilanzila Mayeka e Kaniki Mitunga / Belgio*; Corte europea dei diritti dell'uomo, sentenza del 19 gennaio 2012, *Popov / Francia*, paragrafi 91 e 119. L'UNHCR ritiene che il trattenimento non sia mai nell'interesse superiore del minore e che si dovrebbero fornire efficaci soluzioni alternative di assistenza. Posizioni analoghe sono state espresse dal Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e dal relatore speciale delle Nazioni Unite sulla tortura. Cfr. UNHCR, *UNHCR's position regarding the detention of refugee and migrant children in the migration context* (Posizione dell'UNHCR sul trattenimento di minori rifugiati e migranti nel contesto della migrazione), Division of International Protection, gennaio 2017.
- ⁽¹²⁰⁾ Corte europea dei diritti dell'uomo, *Unaccompanied migrant minors in detention* (Minori migranti non accompagnati in stato di trattenimento), scheda informativa, febbraio 2024.
- ⁽¹²¹⁾ United Nations Task Force on Children Deprived of Liberty, *End Immigration Detention of Children* (Mettere fine alla detenzione dei minori immigrati), Advocacy Brief, 2024.
- ⁽¹²²⁾ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, *Trattenimento dei migranti*, marzo 2017, pag. 2 (grassetto aggiunto).

Terapia via internet

Vari formati digitali di assistenza, come la terapia via internet, sono emersi come potenziale soluzione per affrontare il problema urgente della limitata accessibilità dell'assistenza a coloro che ne hanno bisogno, compresi i richiedenti asilo e i rifugiati. Molte persone esposte a eventi traumatici e destabilizzanti non ricevono trattamenti tempestivi basati sulle evidenze scientifiche a causa di varie barriere (ad esempio mancanza di disponibilità di specialisti, barriere linguistiche). Tuttavia, modalità di teleassistenza basate sulle moderne tecnologie possono contribuire a superare alcune di queste barriere e a fornire assistenza accessibile.

Il trattamento via internet si concentra sugli aspetti della formazione e dell'auto-aiuto e può contribuire a ridurre la stigmatizzazione associata alla ricerca di assistenza. Gli **interventi digitali affiancati dal supporto umano** si sono dimostrati superiori in termini di maggiore regolarità di utilizzo, minor tasso di abbandono e maggiore riduzione dei sintomi rispetto a quelli senza supporto umano. Gli interventi digitali sono complementari all'incontro umano diretto e non lo sostituiscono.



Svizzera

Sui SRK è una app della Croce Rossa svizzera ⁽¹²³⁾ per i rifugiati in Svizzera. Questa app, gratuita e disponibile in varie lingue, offre una combinazione di supporto (S), auto-aiuto non assistito (U) e informazioni (I). Fornisce accesso anonimo al supporto psicologico e psicosociale ai richiedenti asilo e ai rifugiati, con e senza problemi mentali, esposti a fattori di stress successivi all'arrivo. L'obiettivo principale è il miglioramento della loro qualità di vita e del loro benessere.

L'app si rivolge ai richiedenti asilo e ai rifugiati a partire dai 15 anni di età che vivono in Svizzera, indipendentemente dallo status di residenza, con particolare attenzione a quelli con un basso livello di istruzione. L'app Sui ha le seguenti caratteristiche.

- **Progettazione incentrata sull'utente.** Sviluppo dal basso.
- **Basata sulle evidenze.** L'intervento si basa su contenuti psicoeducativi ed esercizi che sono stati applicati con esito positivo con il gruppo destinatario in contesti analoghi.
- **Sicurezza.** È attribuita un'elevata priorità alla protezione e alla sicurezza dei dati.
- **Flessibilità.** Il servizio digitale può essere utilizzato in modalità indipendente, come intervento a sé stante o come servizio guidato.
- **Scalabilità.** L'intervento è scalabile per diverse categorie destinatarie e vari contesti all'interno e all'esterno della Svizzera, in quanto i contenuti e la struttura della piattaforma sono separati.

L'applicazione è stata realizzata sulla base di un software esistente della Freie Universität di Berlino e contiene nove moduli con informazioni sulla Svizzera (ad esempio procedura di asilo, status di residenza, ricongiungimento familiare, alloggio, sistema sanitario, lavoro/istruzione). Questi moduli informativi sono collegati a contenuti psicoeducativi di facile accesso e a esercizi psicologici (stress, esercizi audio, sonno, dolore cronico, risorse e regolazione delle emozioni). Gli utenti possono anche ricevere assistenza all'interno dell'app su richiesta tramite chat da guide non specializzate, anch'esse provenienti da un contesto migratorio e che parlano la lingua dell'utente.

⁽¹²³⁾ Croce Rossa svizzera, «app Sui SRK», disponibile all'indirizzo <https://www.migesplus.ch/en/sui>.

L'uso dell'intelligenza artificiale nel settore della salute e del benessere



Cos'è l'intelligenza artificiale?

L'International Business Machines (IBM) definisce l'intelligenza artificiale (IA) come segue.

«L'IA sfrutta i computer e le macchine per imitare le capacità di risoluzione dei problemi e decisionali della mente umana» ⁽¹²⁴⁾.

Secondo un gruppo di esperti di alto livello incaricato dalla Commissione europea, l'IA si riferisce a sistemi, basati esclusivamente su software o combinati con hardware, che sono:

concepiti da esseri umani e che, una volta assegnati un obiettivo complesso, agiscono nel mondo fisico o digitale percependo il loro ambiente attraverso l'acquisizione di dati, interpretando i dati strutturati o non strutturati raccolti, ragionando sulle conoscenze derivate da tali dati e decidendo l'azione o le azioni migliori da intraprendere per raggiungere l'obiettivo in questione ⁽¹²⁵⁾.

L'IA è entrata a far parte della nostra vita quotidiana (istruzione, alloggio, raccomandazioni sui servizi online ecc.). Le sue applicazioni stanno assumendo crescente rilievo anche nel campo della migrazione e della gestione dei rifugiati e dell'asilo. Alcuni esempi sono: a) l'identificazione biometrica (impronte digitali automatizzate e riconoscimento facciale), b) il rilevamento delle emozioni, c) la valutazione algoritmica del rischio e d) strumenti di IA per il monitoraggio, l'analisi e le previsioni in materia di migrazione ⁽¹²⁶⁾.



Quali sono i benefici e i limiti dell'IA nel settore sanitario?

L'uso delle tecnologie di IA nel settore sanitario è sempre più dibattuto. Alcuni ritengono che l'IA sia utile per l'individuazione o la valutazione di problemi di salute mentale. Alcuni fornitori di servizi sostengono che i sistemi di IA sono in grado di rilevare la depressione solo ascoltando alcune frasi di una persona e notano con grande sorpresa che il linguaggio o le parole utilizzate sono meno importanti del *modo* in cui la persona parla ⁽¹²⁷⁾. Altri progetti di ricerca si concentrano sullo screening di diversi biomarcatori che sono raccolti e analizzati per prevedere i problemi di salute mentale prima ancora che la persona ne sia consapevole ⁽¹²⁸⁾, o sulle applicazioni dell'IA nell'ambito della prevenzione del suicidio, come nel progetto STOP ⁽¹²⁹⁾. Un altro esempio è l'app Woebot ⁽¹³⁰⁾, che si concentra sull'assistenza alla salute mentale per gli adolescenti. I realizzatori dell'app sostengono che essa replichi il modo in cui i medici operano durante una sessione grazie a un'eccellente formulazione della conversazione e la modalità familiare degli smartphone che facilita il coinvolgimento degli adolescenti.

⁽¹²⁴⁾ Cfr. la definizione di IA dell'IBM, «[What is artificial intelligence?](#)» (Cos'è l'intelligenza artificiale?), aggiornata al 9 agosto 2024.

⁽¹²⁵⁾ Commissione europea, [A definition of AI: Main capabilities and scientific disciplines – Definition developed for the purpose of the deliverables of the High-Level Expert Group on AI](#) (Definizione di IA: principali capacità e discipline scientifiche – Definizione elaborata ai fini dei risultati tangibili del gruppo di esperti di alto livello sull'IA), Bruxelles, 18 dicembre 2018.

⁽¹²⁶⁾ Servizio Ricerca del Parlamento europeo, [Artificial intelligence at EU borders – Overview of applications and key issues](#) (L'intelligenza artificiale alle frontiere dell'UE, panoramica delle applicazioni e questioni chiave), 2021.

⁽¹²⁷⁾ Kesari, G., «[AI can now detect depression from your voice, and it's twice as accurate as human practitioners](#)» (L'intelligenza artificiale è ora in grado di rilevare la depressione dalla voce, con una precisione doppia rispetto ai medici), *Forbes*, 2021.

⁽¹²⁸⁾ Bello, C., «[Scientists are using fitness trackers and AI to detect depression with '80% accuracy'](#)» (Utilizzo da parte degli scienziati di fitness tracker e intelligenza artificiale per rilevare la depressione con una precisione dell'80 %), *Euronews*, 22 ottobre 2022.

⁽¹²⁹⁾ Mariscal, S., «[How AI and mental health combined could prevent depression](#)» (Come l'intelligenza artificiale e la salute mentale insieme potrebbero prevenire la depressione), *Neuroons*, 2021.

⁽¹³⁰⁾ L'app è disponibile su <https://woebothealth.com/>.

Vi sono tuttavia anche voci critiche sull'uso dell'IA per il supporto alla salute mentale; esse osservano che l'urgenza della crisi non deve portarci ad accettare una soluzione di qualità inferiore o inefficace ⁽¹³¹⁾.

L'IA come strumento utile nei centri di assistenza sanitaria in relazione a tre fattori principali:

- la mancanza di accesso e di disponibilità di professionisti della salute mentale (in termini di distanza);
- la mancanza, in alcuni casi, di un'assistenza di qualità omogenea, accessibile alla maggior parte delle persone che ne hanno necessità;
- il fatto che le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie siano ancora stigmatizzate, a volte dalla loro stessa famiglia o dalla società. Alcune persone si sentono più a loro agio a parlare con una macchina, poiché è meno probabile che nell'interazione essa mostri pregiudizi o discriminazioni come potrebbe fare un essere umano.

Mentre alcuni ritengono che fornire una psicoterapia via chatbot alle persone vulnerabili sia meglio che non fornire alcuna forma di terapia, vi è una reale preoccupazione che alcuni paesi si ritengano «soddisfatti» di questo servizio e in futuro riducano il numero di operatori di salute mentale impiegati. Questo approccio può cambiare la definizione di supporto alla salute mentale per i rifugiati, facendo sì che il nuovo standard minimo diventi l'offerta di chatbot di psicoterapia, impedendo potenzialmente ad alcuni rifugiati di ricevere un supporto più sostanziale, nonostante l'effettiva efficacia del supporto via chatbot debba ancora essere valutata.

È importante tenere presente che alcuni problemi di salute mentale manifestati dai richiedenti potrebbero essere stati causati da una **mancanza di incontro umano** durante il trattenimento prima dell'arrivo ⁽¹³²⁾ o da altri eventi destabilizzanti e traumatici verificatisi durante il processo di migrazione. L'incontro umano viene completamente a mancare se ci si concentra esclusivamente sulla tecnologia. È improbabile che si possa ovviare a questo limite semplicemente umanizzando l'aspetto esteriore dell'interfaccia tecnologica ⁽¹³³⁾.

Per quanto riguarda la stigmatizzazione, la consapevolezza e la psicoeducazione possono contribuire a ridurre il rischio di stigmatizzazione più in generale e, di conseguenza, a ridurre la necessità di ricorrere ai chatbot.



L'IA potrebbe presentare vantaggi, in particolare nel rispondere alla sofferenza psicologica e alle esigenze che emergono in una situazione di mancanza di servizi resi da operatori umani. Durante la pandemia di COVID-19 si è visto come l'accesso tramite la tecnologia a familiari, amici e servizi fosse estremamente utile per molti.

Tuttavia, l'incontro umano non può e non deve essere sostituito da una pura attenzione alla tecnologia in senso ampio ⁽¹³⁴⁾. Occorre ricordare l'impatto che l'isolamento può avere sulle persone e sulla loro salute mentale. Proprio la pandemia di COVID-19 ne è un recente esempio.

L'incontro fisico umano e la connessione sono pilastri fondamentali per la salute e il benessere mentale di chiunque, compresi i richiedenti.

⁽¹³¹⁾ Browne, G., «[The problem with mental health bots](#)» (Il problema dei bot dedicati alla salute mentale), *Wired*, 2022.

⁽¹³²⁾ Il progetto «ChildMove», Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M. e al., [The impact of flight experiences on the mental health of unaccompanied minors on the move](#) (L'impatto delle esperienze di fuga sulla salute mentale dei minori non accompagnati in viaggio), 2022. La relazione riguarda colloqui con i minori non accompagnati in viaggio relativi alla loro salute e benessere mentale.

⁽¹³³⁾ Meyer, N., Hammerschmidt, M. e Weiger, W., [AI and the Vulnerable](#) (L'intelligenza artificiale e le persone vulnerabili), 2022.

⁽¹³⁴⁾ UNHCR, [Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-Social Support \(MHPSS for Displaced and Stateless Adolescents\)](#) (Progettare un supporto digitale psicosociale e per la salute mentale sicuro per gli adolescenti sfollati e apolidi), 2023.



Come indicato nella sezione sulla comunità (cfr. «[Interventi comunitari](#)») nella maggior parte dei casi, piattaforme semplici ed economiche per la comunicazione e lo scambio tra i richiedenti (ad esempio spazi a misura di minore o spazi sicuri per donne e ragazze), combinate con una routine quotidiana e un supporto psicosociale di base, possono sostenere la salute e il benessere mentale e ridurre il rischio di deterioramento delle condizioni, rendendo così **superflui i sistemi di IA**. Infine, sarà fondamentale valutare caso per caso se l'IA possa essere la tecnologia giusta per sostenere una popolazione/persona vulnerabile per un certo periodo. Nell'utilizzare l'IA, le autorità dovrebbero tenere presenti le seguenti considerazioni di base ⁽¹³⁵⁾.

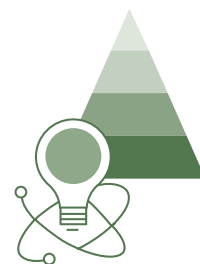
- ▶ Soppesare i benefici rispetto ai rischi. In generale, evitare l'IA, se possibile, rafforzando invece le iniziative di supporto comunitario.
- ▶ Utilizzare sistemi di IA basati sul contesto.
- ▶ Includere le comunità locali nelle iniziative di IA pianificate per migliorare la loro comprensione del motivo per cui l'IA viene utilizzata.
- ▶ Attuare sistemi di audit degli algoritmi.

La mancanza di garanzie chiare legate all'introduzione dell'IA e il potenziale (ab)uso dei dati personali e sulla salute condivisi online possono essere devastanti per alcuni gruppi vulnerabili, come i richiedenti protezione internazionale che arrivano in Europa.

⁽¹³⁵⁾ Il Digital Humanitarian Network e una relazione di Wright, J. e Verity, A., intitolata [Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Situations](#) (Principi dell'intelligenza artificiale per le popolazioni vulnerabili nei contesti umanitari), 2020.



Psicoeducazione



Che cos'è la psicoeducazione?

L'educazione implica che una persona «impari» ciò che è stato condiviso e sia in grado di utilizzare le informazioni condivise e le conoscenze acquisite. La psicoeducazione (come l'educazione sanitaria) significa pertanto **apprendere, comprendere e diventare consapevoli** di ciò che può incidere negativamente sulla propria salute e benessere mentale e su come essere più resilienti. Essa aiuta inoltre a comprendere come il corpo, la mente e le emozioni possano essere influenzati da diverse tensioni o fattori di stress e può fornire alcune semplici tecniche di auto-aiuto (ad esempio, esercizi di rilassamento per ridurre il senso di stress).



Perché avviare attività psicoeducative?

In generale, più una persona è informata e consapevole, più è probabile che sia in grado di prendere decisioni sane e affrontare con successo situazioni avverse. Ciò vale anche per i richiedenti. La psicoeducazione consente ai richiedenti di accedere a informazioni su un determinato tema, come il sonno, lo stress o simili. Allo stesso tempo, aiuta a tradurre le tecniche e le informazioni ricevute in azioni per affrontare e gestire il problema. La psicoeducazione rafforza l'alfabetizzazione in materia di salute mentale delle persone.

L'alfabetizzazione sulla salute mentale si riferisce alla capacità di:

- riconoscere i problemi di salute mentale;
- conoscere e comprendere i fattori di rischio e le cause;
- conoscere gli interventi di auto-aiuto;
- conoscere e comprendere l'aiuto professionale disponibile e come accedervi;
- avere atteggiamenti che aiutino a riconoscere i problemi e a cercare aiuto in modo appropriato;
- sapere come cercare informazioni adeguate sulla salute mentale ⁽¹³⁶⁾.

I richiedenti possono essere stati esposti a molti fattori di stress nel loro paese di origine, durante il viaggio (ad esempio violenza, separazione dai propri cari) o in diverse fasi del percorso di asilo e accoglienza (ad esempio perdita di sostegno sociale, discriminazione). Avere accesso sin dal momento dell'arrivo a informazioni accurate e affidabili sulla salute e sul benessere mentale, adattate alle esigenze individuali, può favorire l'alfabetizzazione in materia di salute mentale e costituisce una misura preventiva.



Chi svolge le attività psicoeducative?

La psicoeducazione può essere fornita da funzionari che lavorano in prima linea e che comprendono le esigenze di base e i potenziali effetti di una prolungata sofferenza psicologica (e di un trauma) sulla salute e sul benessere mentale. Questi professionisti sono in grado di riconoscere alcuni dei segni ⁽¹³⁷⁾, rispondere adeguatamente ai richiedenti con problemi di salute mentale, fornire un supporto empatico e non giudicante, rinviare la persona a professionisti della salute mentale, se necessario, e collegarsi con l'assistenza e la gestione dei casi, ove pertinente (per maggiori informazioni, cfr. la sezione «[Accesso all'assistenza sanitaria](#)»).



A chi può essere utile la psicoeducazione?

La psicoeducazione è utile per tutti. Può essere particolarmente importante per i richiedenti, in quanto potrebbero dover affrontare problemi di salute mentale legati alle loro esperienze di sfollamento forzato, traumi e reinsediamento. Essa fornisce ai richiedenti:

- informazioni culturalmente sensibili,
- adeguate dal punto di vista linguistico,
- basate su dati concreti sulla salute mentale.

I funzionari che lavorano in prima linea possono aiutarli a comprendere le loro esperienze e, di conseguenza, a gestire meglio la loro salute e benessere mentale. La psicoeducazione può inoltre contribuire a ridurre la stigmatizzazione relativa alle condizioni mentali e alle vulnerabilità intersezionali e incoraggiare i richiedenti a cercare il supporto di cui hanno bisogno. Di conseguenza, può incoraggiare le persone a parlare di sé.

⁽¹³⁶⁾ Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. e al., «[“Mental health literacy”: a survey of the public's capacity to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment](#)» (Alfabetizzazione in materia di salute mentale: un'indagine sulla capacità del pubblico di riconoscere i disturbi mentali e sulle loro convinzioni circa l'efficacia dei trattamenti), *The Medical Journal of Australia*, vol. 166, n. 4, 1997, pagg. 182-186; Canberra Health Literacy Hub, «[Mental health literacy](#)» (Alfabetizzazione in materia di salute mentale), consultato il 12 settembre 2024.

Fornire una psicoeducazione di base ai funzionari che lavorano per le amministrazioni in diversi ruoli, ma anche ai consulenti legali e alla comunità dei richiedenti, può creare una maggiore consapevolezza su come prevenire i problemi di salute mentale e coltivare il benessere.



Come consentire ai funzionari di attuare la psicoeducazione in modo efficace

Ulteriori competenze e conoscenze andrebbero fornite a coloro che introducono il supporto psicosociale e per la salute mentale ⁽¹³⁸⁾, a coloro che forniscono informazioni sui temi della salute fisica e mentale e a coloro che si occupano di psicoeducazione; tutti questi soggetti avranno bisogno di un certo livello di competenza. I funzionari che lavorano in prima linea dovrebbero ricevere formazione sugli argomenti elencati di seguito.

- **Supporto iniziale** e come individuare le esigenze di base e i problemi di salute mentale; il rinvio a risorse adeguate; la sensibilità culturale e l'assistenza consapevole riguardo ai traumi. L'erogazione di **supporto iniziale** può includere fornire educazione e risorse direttamente ai richiedenti per aiutarli a comprendere e gestire meglio la loro salute e benessere mentale (cfr. le buone pratiche descritte di seguito), nonché l'ascolto attivo, la capacità di effettuare un intervento in caso di crisi ⁽¹³⁹⁾ e il rinvio ai servizi appropriati. I meccanismi di riferimento dovrebbero essere fissati in un protocollo interno dell'organizzazione.
- Riconoscere i **principali segnali e sintomi** di problemi di salute mentale, quali ansia, depressione e psicosi, per aiutare a identificare i richiedenti che potrebbero aver bisogno di supporto per la salute mentale. È altresì importante conoscere le modalità di rinvio dei richiedenti a un adeguato supporto formale e informale, come i consulenti psicologici o le organizzazioni della comunità (cfr. anche la sezione «[Richiedenti che presentano un disturbo mentale](#)»).
- La **sensibilità culturale** ⁽¹⁴⁰⁾ è fondamentale per garantire un supporto affidabile ai richiedenti e per comprendere in che modo i fattori culturali possono incidere sulla salute mentale.
- **Assistenza consapevole riguardo ai traumi** ⁽¹⁴¹⁾ con le regole su cosa fare e cosa evitare per riconoscere l'impatto delle esperienze traumatiche sulla salute mentale e per creare un ambiente sicuro e incoraggiante per le persone che chiedono assistenza.
- È importante **considerare le vulnerabilità intersezionali**, ad esempio il possibile rapporto tra salute mentale e un problema di uso di sostanze.

È importante rafforzare la capacità dei funzionari di prima linea tramite la formazione ⁽¹⁴²⁾.

⁽¹³⁷⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» (video sul pronto soccorso psicologico), YouTube, 2023 e relative [istruzioni](#).

⁽¹³⁸⁾ IASC, [The mental health and psychosocial support minimum service package](#) (Il pacchetto minimo di servizi per il supporto psicosociale e per la salute mentale), 2022.

⁽¹³⁹⁾ EASO, [Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte II: pacchetto di strumenti per il benessere del personale](#), 2021, sezione 3.3. «Interventi di sostegno mirati connessi a incidenti critici» e allegati 9-12.

⁽¹⁴⁰⁾ Per maggiori informazioni cfr. EUAA, [Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III: pacchetto di strumenti per l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale](#), 2024, sezione «Sensibilità e competenza culturale».

⁽¹⁴¹⁾ I principi dell'assistenza consapevole riguardo ai traumi comprendono la promozione della sicurezza fisica e psicologica dei richiedenti, l'importanza delle relazioni e la necessità di tempo per instaurare un clima di fiducia, il supporto tra pari e la collaborazione tra il richiedente interessato, la sua famiglia e il funzionario di prima linea. Promuovere l'agentività e l'intersezionalità è fondamentale. Cfr. anche il capitolo 2 di: Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M. e Svetaz, M. V., «[Applying trauma-informed practices to the care of refugee and immigrant youth: 10 clinical pearls](#)» (Applicazione di pratiche consapevoli dei traumi alla cura dei giovani rifugiati e immigrati: 10 perle cliniche), *Children (Basel)*, 2019, vol. 6, n. 8, pag. 94.

⁽¹⁴²⁾ Per un elenco di corsi di formazione e opzioni di sviluppo delle capacità, cfr. EUAA, [Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte I: configurare un sistema di asilo che tenga conto della salute e del benessere mentale – per l'alta dirigenza](#), 2024, allegato 4.



Un elemento importante è l'alfabetizzazione in materia di salute mentale. La psicoeducazione deve quindi essere presa in considerazione a **tutti e quattro i livelli** della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale. Quando nel corso di attività psicoeducative vengono individuati richiedenti con esigenze particolari (ad esempio richiedenti con un problema di uso di sostanze), essi devono essere inviati a risorse interne / esterne, compreso, se del caso, il sostegno specializzato (livello 4 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale). Di norma ciò avviene con il consenso del richiedente, purché egli non costituisca un pericolo per sé o per gli altri.



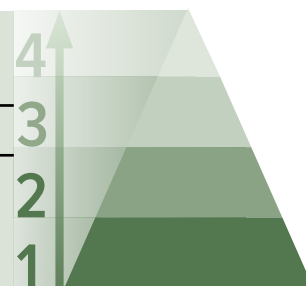
Anche le attività psicoeducative possono consentire di individuare richiedenti con esigenze particolari di salute mentale e psicosociali. Per evitare rinvii prematuri a uno specialista, adottare un approccio graduale all'assistenza ⁽¹⁴³⁾. Questo approccio garantisce che l'assistenza di salute mentale fornita risponda alle reali esigenze del richiedente, individuate tramite una valutazione della vulnerabilità e/o delle esigenze particolari. L'assistenza fornita può coprire l'intera gamma di interventi, quali:

- auto-aiuto;
- interventi a bassa intensità come misure di sostegno comunitario o supporto psicosociale digitale;
- assistenza specialistica mirata.

Questo approccio promuove un'assistenza incentrata sul richiedente e adotta il principio di utilizzare l'opzione di trattamento meno intensiva, concentrandosi sulle esigenze effettive del richiedente. Le esigenze possono cambiare. In questo caso, le misure e i trattamenti adottati dovranno essere modificati di conseguenza.

Inoltre, cfr. la [*Parte III – Pacchetto di strumenti*](#), sezione «Attuazione della psicoeducazione».

⁽¹⁴³⁾ IAWA Primary Health Alliance, [*WA Primary Health Alliance: Mental Health Framework*](#) (WA Primary Health Alliance: quadro sulla salute mentale), 2020.



Buone pratiche e materiali di supporto

Le attività psicoeducative possono essere attuate a tutti i livelli della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale. Per prevenire o attenuare i rischi di deterioramento di una condizione, può essere opportuno svolgere attività psicoeducative efficaci ai livelli 1 e 2.

I richiedenti che si trovano ad affrontare situazioni di sofferenza psicologica possono trarre beneficio dalla psicoeducazione. Si possono utilizzare diversi formati. A titolo di esempio si vedano i **tre formati di questo tipo** riportati di seguito.

- A. **Psicoeducazione di gruppo.** Funzionari formati tengono sessioni di gruppo per fornire informazioni sulle condizioni mentali, sulle opzioni terapeutiche e sulle risorse disponibili. Le sessioni possono svolgersi di persona o online e possono essere adattate a popolazioni specifiche o a specifici problemi. Anche la comunità dei richiedenti può essere formata e coinvolta in modo proattivo nell'organizzazione di attività psicoeducative tra pari, ad esempio attraverso incontri regolari nei centri di comunità.
- B. **Psicoeducazione individuale.** I funzionari di prima linea formati per operare come consulenti possono lavorare individualmente con persone affette da problemi di salute mentale per fornire loro sostegno e inviarle a servizi ulteriori che rispondano a determinate esigenze. Le sessioni di consulenza psicologica possono includere elementi di psicoeducazione per aiutare i richiedenti ad affrontare meglio la loro situazione.
- C. **Prodotti di auto-aiuto per i richiedenti.** I funzionari che lavorano in prima linea e con la comunità dei richiedenti possono fornire materiali stampati, come opuscoli, volantini o schede informative, che forniscono informazioni sulle condizioni mentali, sulle opzioni di trattamento (compresi gli strumenti online), ma anche su come evitare il peggioramento o l'insorgere stesso dei problemi di salute.

Questi materiali possono essere distribuiti anche durante le sessioni di psicoeducazione di gruppo (A) e individuale (B). I materiali dovrebbero includere, ove appropriato, problematiche intersezionali quali l'uso di sostanze e l'automedicazione, pensieri suicidi, esperienze di abusi sessuali o diverse caratteristiche SOGIESC, tecniche di riduzione dello stress e di rilassamento. A seconda del contesto, le tecniche introdotte nei materiali informativi possono essere messe in pratica e discusse insieme (in gruppo / nelle sessioni individuali) per una migliore comprensione.

Esempio A: progetti di psicoeducazione di gruppo

Mindfit ⁽¹⁴⁴⁾ è un intervento promosso nei Paesi Bassi che si concentra sulla psicoeducazione in fase precoce e mira a rafforzare la salute mentale e le competenze psicosociali nonché il senso di autonomia dei partecipanti. Le sessioni sono interattive e si propongono di sviluppare competenze come la capacità di riconoscere (segnali) problemi di salute mentale e come imparare a gestire lo stress.

Mind-Spring ⁽¹⁴⁵⁾ è un programma psicoeducativo di gruppo realizzato da e per richiedenti asilo e rifugiati e presentato nella lingua madre dei partecipanti. È sempre gestito da un formatore con un passato da rifugiato o da immigrato. Il programma non è terapeutico, ma piuttosto preventivo. Gli argomenti trattati includono la reazione naturale a una situazione anormale, lo stress, i sintomi dello stress e il circolo vizioso, come affrontare lo stress, la perdita e il lutto ecc. Al riguardo si veda anche un'associazione di beneficenza del Regno Unito, **Oasis** ⁽¹⁴⁶⁾, che ha tra le sue priorità il sostegno all'integrazione dei rifugiati e dei richiedenti asilo. Si veda anche il manuale realizzato dal Danish Refugee Council incentrato su Mind-Spring ⁽¹⁴⁷⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ Sito web di Mindfit, <https://www.mindfit.nl/>, consultato il 10 settembre 2024.

⁽¹⁴⁵⁾ L'ARQ è un Centro nazionale per il trauma psicologico con sede nei Paesi Bassi che si propone di aiutare le persone, le organizzazioni e le società a ridurre al minimo l'impatto psicosociale degli eventi traumatici. Cfr. in particolare ARQ, «**Mind Spring – Preventative intervention for and by refugees**» (Mind Spring – Intervento preventivo per e da parte dei rifugiati), 2004-in corso (in neerlandese).

⁽¹⁴⁶⁾ Per maggiori informazioni sulle attività psicoeducative preventive di gruppo, cfr. OasisCardiff, «**Mind-Spring**», consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁴⁷⁾ Consiglio danese per i rifugiati, **Manual – MindSpring for Young Adults, Group activities for and with refugee young adults: a preventative health resource** (Manuale – MindSpring per giovani adulti, attività di gruppo per e con giovani adulti rifugiati: una risorsa per la prevenzione sanitaria), 2021.

Esempio B: progetti di psicoeducazione individuale

Il progetto **ALIN** (workshop – lingua – inclusione – nuove tecnologie) (Lussemburgo) si rivolge ai beneficiari di protezione internazionale affetti da sofferenza psicologica e ai sopravvissuti alla tratta di esseri umani. Il progetto propone attività che possono aiutare le persone traumatizzate a evitare schemi di pensiero autodistruttivi, a rafforzare la creatività e a ristabilire l'autostima ⁽¹⁴⁸⁾.

De Kracht van Gedachten - vluchtelingen ⁽¹⁴⁹⁾ («Il potere dei pensieri – rifugiati») è un modulo costituito da quattro incontri basato sulla terapia razionale emotiva. La persona impara a riconoscere l'influenza dei pensieri (negativi) sul proprio umore e a coltivare pensieri più sani. Pensando in modo più realistico, la persona si sente più forte e può affrontare meglio i propri problemi.

Esempio C: prodotti di auto-aiuto per i richiedenti

Gli strumenti di auto-aiuto dell'**EUAA** per genitori, minori e il sostegno tra pari ⁽¹⁵⁰⁾ comprendono tre libriccini tascabili rivolti direttamente ai richiedenti. Forniscono suggerimenti e promemoria su come riconoscere la sofferenza psicologica e sostenere al meglio i genitori, i figli e gli amici che si trovano in tale situazione. I libriccini sono accompagnati da istruzioni per i funzionari di prima linea su come utilizzare la serie durante le sessioni di sensibilizzazione nell'ambito del supporto individuale o di gruppo.

Auto-aiuto per i sopravvissuti a traumi: un metodo di rilassamento molto efficiente (in 5 minuti) in modalità di auto-aiuto fino a quando non sarà disponibile un'assistenza professionale denominata **tecnica della libertà emotiva o trauma tapping** ⁽¹⁵¹⁾.

Gli **esercizi di respirazione e rilassamento** ⁽¹⁵²⁾ possono soddisfare esigenze particolari riducendo l'attivazione fisiologica. Possono aiutare i richiedenti con alti livelli di ansia.

Supporto per affrontare i pensieri intrusivi e le reazioni emotive intense utilizzando **strumenti di rilassamento** ⁽¹⁵³⁾ in varie lingue.

Sanadak ⁽¹⁵⁴⁾ è un intervento interattivo di auto-aiuto rivolto alle persone che hanno vissuto l'esperienza della condizione di rifugiati. È un sito web in lingua araba, ottimizzato per i dispositivi mobili e utilizzabile su qualsiasi smartphone.

Strategie di autoassistenza ⁽¹⁵⁵⁾ dell'OIM, principalmente rivolte ai richiedenti siriani di sesso maschile in Germania. Questo **strumento di auto-aiuto per affrontare problemi di disturbi del sonno e preoccupazioni** ⁽¹⁵⁶⁾ può essere utilizzato in autonomia dai richiedenti affetti e può aiutarli a capire perché la sofferenza psichica può avere un impatto sulla salute fisica e mentale e sul benessere. Si concentra sui ritmi del sonno (sonno disturbato) e su come affrontare il problema.



Paesi Bassi

Il progetto **Bamboo** ⁽¹⁵⁷⁾ è un programma di prevenzione dell'assistenza sanitaria psicologica per i richiedenti asilo. I richiedenti asilo imparano a migliorare la propria resilienza, a riconoscere lo stress e i problemi psicologici e a capire come chiedere aiuto a un professionista. Il programma **non si concentra sul trattamento di traumi**, disturbi mentali o problemi sottostanti, ma mira a potenziare fattori quali le risorse personali, le emozioni positive, le relazioni positive e l'autostima.

⁽¹⁴⁸⁾ Red Cross Europe, «[Healing by doing – promoting mental health among beneficiaries of international protection](#)» (Guarire agendo – Promuovere la salute mentale tra i beneficiari di protezione internazionale), consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁴⁹⁾ GGNet, «[De Kracht van Gedachten - vluchtelingen](#)» (Il potere dei pensieri – rifugiati), consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁵⁰⁾ EUAA, Istruzioni per i funzionari di prima linea – Lavorare nell'ambito dell'accoglienza sulla [Diffusione di materiale psicoeducativo sulla sofferenza psicologica tra genitori e minori](#), 2023.

⁽¹⁵¹⁾ Self-help for trauma, «[Benefits of Self Tapping](#)» (I benefici del tapping in autonomia), consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁵²⁾ Care4refugees fornisce esercizi di respirazione disponibili all'indirizzo <https://www.care4refugees.com/relax.html>.

⁽¹⁵³⁾ Gruppo per l'abolizione delle mutilazioni sessuali femminili (Belgio), «[A relaxation tool](#)» (Uno strumento di rilassamento), consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁵⁴⁾ L'app Sanadak («Ti chiamo») è disponibile in inglese, arabo e tedesco all'indirizzo <https://www.sanadak.de/>.

⁽¹⁵⁵⁾ OIM, [Self-Care Handbook for Syrian Men in Germany](#) (Manuale di autoassistenza per uomini siriani in Germania), 2021. Il manuale si basa sulle esperienze degli uomini siriani che vivono in Germania, integrate dalle prospettive di sorelle, madri, mogli e figlie.

⁽¹⁵⁶⁾ Agentschap Integratie & Inburgering, [Poor sleep, worry and stress – A guide for people with a migration background](#) (Sonno disturbato, preoccupazioni e stress – Una guida per le persone provenienti da un contesto migratorio), settembre 2019.

⁽¹⁵⁷⁾ GZA (Assistenza sanitaria per richiedenti asilo), «[Bamboo project](#)», sito web di Gzasielzoekers, 1° gennaio 2020 – in corso.



5

Interventi comunitari



Che cosa sono la comunità e un approccio basato sulla comunità?

«Ciò che rende la comunità una forma unica di sistemi umani è la **diversità** degli elementi che la compongono» ⁽¹⁵⁸⁾. Le comunità non sono costrutti stabili, in quanto si evolvono continuamente. Le persone che formano comunità nel contesto della migrazione presentano una ricchezza di differenze e analogie in termini di esperienze, «genere, estrazione socioculturale, capacità fisiche e mentali, etnia, lingua e religione / fede» ⁽¹⁵⁹⁾. Tutti questi elementi possono essere considerati una **risorsa** a sostegno della salute e del benessere mentale dei membri della comunità. L'approccio basato sulla comunità si riferisce al coinvolgimento dei membri della comunità, in diversi formati e con diversi obiettivi.

L'**approccio basato sulla comunità** è un modo partecipativo e inclusivo di **lavorare in partenariato** con la comunità dei richiedenti durante **tutte** le fasi del percorso di asilo e accoglienza e in **tutte** le fasi di un programma: valutazione delle esigenze, individuazione dei problemi e degli obiettivi, definizione delle priorità, progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione. Il coinvolgimento e la partecipazione possono essere proattivi, il che significa che i membri della comunità sono coinvolti nella pianificazione e nella progettazione delle attività e possono avviare e guidare attività che ritengono utili per loro. I membri della comunità possono anche partecipare alle attività pianificate, sviluppate e offerte dalle autorità in collaborazione con diversi partner.

⁽¹⁵⁸⁾ OIM e USAID, *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (Manuale sul supporto psicosociale e per la salute mentale basato sulla comunità in situazioni di emergenza e sfollamento), seconda edizione, 2022, pag. 323.

⁽¹⁵⁹⁾ Bedson, J. e Abramowitz, S., «*UNICEF minimum quality standards and indicators for community engagement*» (Standard minimi di qualità e indicatori Unicef per il coinvolgimento della comunità), 2020, pag. 6.



Perché un approccio basato sulla comunità è utile per la salute e il benessere mentale?

L'adozione di un approccio basato sulla comunità comporta un'ampia gamma di vantaggi. Può aiutare le comunità a prevenire autonomamente i problemi sociali e ad affrontare direttamente quelli che si presentano ⁽¹⁶⁰⁾, anche rispondendo a certe preoccupazioni in modo culturalmente appropriato invece di affidarsi solo ad attori esterni come i servizi forniti dalle autorità.

L'adozione di un approccio basato sulla comunità può quindi favorire quanto segue.

Responsabilizzazione della comunità: un processo attraverso il quale le persone riacquistano il controllo sulla propria vita e che può promuovere l'efficacia collettiva ⁽¹⁶¹⁾.

Senso di comunità: questo approccio agisce positivamente come fattore determinante della salute fisica e mentale ed è un atteggiamento di legame, fiducia reciproca e appartenenza, con gli altri membri del proprio gruppo o ambiente ⁽¹⁶²⁾ nonché conferisce la sensazione di non essere soli. Pertanto, può contribuire a prevenire una maggiore sofferenza, alterazione dei processi psicologici e un peggioramento delle malattie mentali. Infine, i legami sociali possono offrire alle persone un sostegno sociale e psicologico ⁽¹⁶³⁾.

Inoltre, un **senso di comunità** e il rafforzamento dei **rapporti di comunità** possono costituire **fattori protettivi** per le persone già affette da malattie mentali, in quanto ⁽¹⁶⁴⁾:

- ▶ forniscono calore emotivo e senso di appartenenza;
- ▶ contribuiscono a far sentire la persona un membro che influenza la propria comunità e ne è influenzato;
- ▶ aiutano la persona a soddisfare i propri bisogni fisici e psicologici attraverso le risorse esistenti (ad esempio celebrazione di tradizioni, leader della comunità).

L'approccio basato sulla comunità alimenta anche la **partecipazione dei membri della comunità**, che possono sostenere l'efficace attuazione, la partecipazione, l'impatto dei programmi di salute e il benessere mentale. La partecipazione della comunità ha maggiori probabilità di ripristinare nei richiedenti un senso di titolarità ⁽¹⁶⁵⁾ e di poter influenzare processi decisionali che incidono sulla loro vita. Pertanto, consente ai membri della comunità di essere gli agenti del proprio sviluppo e di realizzare il proprio potenziale. Questo approccio consente una maggiore comprensione del contesto socioculturale. Inoltre, può ridurre l'impegno di coordinamento da parte delle autorità e, a lungo termine, anche l'impegno di risorse umane e finanziarie, poiché alcune attività sono più efficaci quando sono guidate dalla comunità.

⁽¹⁶⁰⁾ Bedson, J. e Abramowitz, S., «[UNICEF minimum quality standards and indicators for community engagement](#)» (Standard minimi di qualità e indicatori Unicef per il coinvolgimento della comunità), 2020, pag. 9.

⁽¹⁶¹⁾ OMS, «[Health promotion – Track 1: Community empowerment](#)» (Promozione della salute – Percorso 1: responsabilizzazione della comunità), consultato il 2 settembre 2024.

⁽¹⁶²⁾ Offutt, D., «Reviving the Rules, Roles, and Rituals Of Resiliency» (Rilanciare le regole, i ruoli e i rituali della resilienza), *Theses and Dissertations, Curriculum and Instruction*, 32, 2020, pag. 60, https://uknowledge.uky.edu/edc_etds/32; McMillan, D. W. e Chavis, D., «[Sense of community: a definition and theory](#)» (Senso di comunità: definizione e teoria), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n. 1, 1986, pagg. 6-23.

⁽¹⁶³⁾ Kim, E. S. e Kawachi, I., «[Perceived neighbourhood social cohesion and preventive healthcare use](#)» (Coesione sociale percepita nel quartiere e ricorso alla prevenzione sanitaria), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n. 2, 2017, pagg. 35-40.

⁽¹⁶⁴⁾ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E. e Salzer, M. S., «[The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses](#)» (L'influenza del senso di comunità sul rapporto tra partecipazione alla comunità e salute mentale per le persone affette da gravi malattie mentali), *American Journal of Community Psychology*, vol. 47, n. 1, 2019, pagg. 163-175.

⁽¹⁶⁵⁾ Unicef, [Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)](#) [Linee guida operative sul supporto sociale e per la salute mentale basato sulla comunità nell'ambito umanitario: supporto a tre livelli per i minori e le famiglie (versione di prova sul campo)], 2020.

La **valorizzazione delle risorse** già esistenti in una comunità porta in prima linea la resilienza e l'agentività della comunità. Ciò aumenta le prospettive di sostenibilità degli interventi e promuove la titolarità da parte della comunità dei miglioramenti ottenuti. Il coinvolgimento diretto dei membri della comunità in attività che consentono loro di acquisire nuove competenze fornisce anche un senso di «normalità»: i richiedenti si impegnano a prendersi cura di sé e degli altri come facevano prima di essere costretti a fuggire.



Come introdurre o migliorare un approccio basato sulla comunità

L'**approccio basato sulla comunità** si collega principalmente ai **livelli 1 e 2** della piramide del **supporto psicosociale e per la salute mentale**. Richiede la comprensione e la considerazione delle dinamiche della comunità e di genere, dei rischi di protezione, delle risorse e dei punti di forza della comunità, compresa la conoscenza dei richiedenti appartenenti a un determinato gruppo culturale, sociale e di livello di istruzione (ad esempio i meno rappresentati e i più vulnerabili) e dei membri che potrebbero apportare cambiamenti; come avvalersi delle capacità, delle competenze e delle risorse esistenti dei richiedenti per mantenere la salute e il benessere mentale in modo adeguato dal punto di vista culturale, dell'età e del genere. Per poter attuare un approccio basato sulla comunità è necessaria una interazione effettiva con la comunità.

Anche gli interventi di supporto basato sulla comunità possono svolgere un ruolo cruciale nel trattamento e nel recupero dei richiedenti che necessitano di cure mirate e specializzate (**livelli 3 e 4** della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale). Cfr. la sezione [«Buone pratiche e materiali di supporto»](#).



A chi si rivolge l'approccio basato sulla comunità?

Questo approccio presta particolare attenzione alle persone vulnerabili ⁽¹⁶⁶⁾, come gli anziani, le persone con disabilità, i minori non accompagnati, le donne, le persone con problemi di salute mentale, ma anche le categorie sottorappresentate o emarginate e coloro che non hanno pari accesso alle cure e/o sono difficili da raggiungere.

Le esigenze delle categorie vulnerabili, emarginate e sottorappresentate spesso si sovrappongono a quelle dell'intera comunità. I diversi approcci per raggiungere ciascuna comunità dovrebbero coesistere ed essere rafforzati da eventuali approcci rivolti alla comunità più ampia.



- Includere la comunità fin dalle prime fasi di un intervento e di un programma (ad esempio nella fase di valutazione delle esigenze).
- Individuare e analizzare in modo approfondito le esigenze e le priorità della comunità, così come percepite dai suoi membri. Il processo decisionale relativo agli interventi dovrebbe fondarsi su dati olistici e basati su dati concreti.
- La progettazione e l'attuazione degli interventi dovrebbero essere direttamente correlate alle esigenze, alle aspettative e ai risultati preferiti della comunità.
- Gli interventi vanno adattati alle caratteristiche dello specifico contesto. Questo include le risorse e le limitazioni legate al contesto.
- La mancata inclusione di tutti i gruppi appartenenti a una comunità e la mancata considerazione delle loro particolari situazioni ed esigenze possono portare a ulteriori discriminazioni ed esclusioni sociali. Ciò, a sua volta, può aumentare la vulnerabilità di categorie specifiche e portare al loro sfruttamento. Pertanto, tutte le diverse categorie all'interno della comunità dovrebbero essere rappresentate in tutte le fasi di un intervento. Occorre prestare attenzione in particolare alla rappresentazione delle categorie vulnerabili.
- Il coinvolgimento delle comunità locali / ospitanti in attività personalizzate favorisce l'integrazione e una migliore comprensione reciproca e riduce il rischio di stigmatizzazione.
- Gli approcci e le pratiche esemplari basati sulla comunità si concentrano principalmente sulla fase di permanenza nel sistema di accoglienza e sul processo di integrazione. Tuttavia, esistono esempi di approccio basato sulla comunità anche nella fase di rimpatrio ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁶⁾ Non tutte le persone con esigenze particolari sono vulnerabili. Una persona con disabilità fisica potrebbe aver necessità di una sedia a rotelle. Una volta dotata di una sedia a rotelle, la persona è quindi mobile e la necessità è soddisfatta. Al contrario, una persona anziana potrebbe avere esigenze legate all'età e potrebbe essere più vulnerabile nel complesso, pur non presentando ancora un'esigenza particolare.

⁽¹⁶⁷⁾ OIM, *Voluntary Return and Reintegration: Community-Based Approaches* (Rimpatrio volontario e reintegrazione: approcci basati sulla comunità), 2018.



Buone pratiche e materiali di supporto

Partecipazione attiva della comunità dei richiedenti all'elaborazione del programma

Per consentire l'avvio efficace delle attività di supporto psicosociale e per la salute mentale, occorre chiedere il parere dei richiedenti sulle loro esigenze e su come affrontarle. Il lavoro sul tema della salute mentale richiede che l'insorgenza di qualsiasi potenziale stigmatizzazione sia affrontata con attenzione.

Coinvolgimento della comunità e valutazione delle esigenze

Valutazione della situazione. Coloro che lavorano in prima linea dovrebbero organizzare gruppi di discussione , se del caso, con categorie di richiedenti diversificate per comprendere i seguenti punti:	
Esempi di domande	Garanzie e misure da adottare
• Quali sono le principali esigenze legate alla salute e al benessere mentale? • Quali sono le priorità delle persone interessate (ad esempio le persone in difficoltà)? • Quali sono le attuali strategie di difesa e le capacità dei richiedenti in un determinato contesto? • Quali degli attuali servizi sono ritenuti utili e dovrebbero essere potenziati? Quali sembrano meno utili e perché? • Vi sono altri fattori di rischio potenziali o emergenti non ancora affrontati? • Vi sono membri della comunità richiedente che hanno l'interesse/le competenze per realizzare essi stessi una determinata attività di sostegno?	• Lo scopo dei gruppi di discussione dovrebbe essere comunicato in anticipo per garantire una partecipazione consapevole basata sul consenso (in particolare per i minori e i loro custodi). Ciò ridurrà il rischio di disagio, in quanto alcuni potrebbero temere che partecipare alla discussione possa influenzare l'esito della procedura di asilo. • Si consiglia la composizione omogenea dei gruppi, tenendo conto del genere, dell'età, della nazionalità, del contesto culturale / religioso e della composizione familiare per consentire una discussione aperta. • Si dovrebbe evitare di coinvolgere richiedenti in gravi condizioni di sofferenza o che stanno affrontando altre gravi condizioni fisiche o mentali nel periodo delle consultazioni, per ridurre il rischio di scatenare disagio. □ Le consultazioni dovrebbero quindi includere i richiedenti per i quali le squadre di prima linea non hanno identificato un problema di salute mentale acuto o grave. • Dovrebbe essere disponibile un'assistenza successiva alla riunione (follow-up psicosociale) se gli argomenti affrontati nel gruppo di discussione hanno innescato emozioni negative. • Quando si includono richiedenti di età inferiore ai 18 anni, è necessario coinvolgere un esperto in materia di protezione dei minori e garantire il consenso dei genitori/dei custodi. • Gli organizzatori del gruppo di discussione devono registrare il numero totale di partecipanti, nonché i dati relativi a genere, età media, istruzione, nazionalità (compresa l'apolidia) e composizione del nucleo familiare.

Valutazione in via prioritaria. I funzionari di prima linea che raccolgono le informazioni devono analizzare i risultati e individuare le eventuali questioni da affrontare in via prioritaria, giustificando tale scelta. L'analisi è legata alle seguenti domande.	• Quale tipo di prestazione di servizi sembra più importante in base alle discussioni? • Quali categorie devono essere considerate prioritarie / con maggiori esigenze? • Ci sono suggerimenti in termini di tempistica? • Ci sono eventuali suggerimenti in termini di formato delle attività da avviare per rispondere alle esigenze / problematiche individuate (ad esempio di persona, in un contesto di gruppo / individuale, online, materiale stampato, attività della comunità ecc.)? • Quali sono i rischi esistenti o potenzialmente emergenti condivisi dal gruppo/dai gruppi? Sono state suggerite azioni per prevenire o ridurre questi rischi?
---	--



Realizzazione degli interventi	• Occorre considerare l'intervento o gli interventi più sicuri, più realistici e più pertinenti con il massimo impatto per la comunità di richiedenti più ampia e integrare le attività/esigenze indicate dai richiedenti. Verificare se è accessibile un supporto basato sulla comunità, se sono state avviate attività di psicoeducazione, se viene fornita un'assistenza mirata e/o specializzata e se sono stati individuati fornitori di servizi (di protezione, servizi sociali, consulenza legale, applicazione della legge ecc.) ai quali effettuare rinvii quando necessario. Altre considerazioni da includere: • il rapporto costo-efficacia; • la disponibilità di un supporto qualificato nel contesto specifico; • il tempo a disposizione per l'avvio dell'attività; • la conoscenza di come accedere alle cure specializzate (compresi altri professionisti di medicina somatica) per le persone con importanti esigenze.
---------------------------------------	---



Feedback e apprendimento	• I funzionari di prima linea raccolgono il feedback della comunità sui servizi e integrano eventuali insegnamenti tratti nella progettazione di un piano d'azione per la salute e il benessere mentale aggiornato.
---------------------------------	---



L'**approccio basato sulla comunità** non coinvolge solo i richiedenti ma, laddove possibile, mira anche a coinvolgere **in modo proattivo la comunità ospitante e la popolazione dei rifugiati**. Questo approccio può portare a una migliore comprensione reciproca e ridurre la potenziale stigmatizzazione.

Si veda anche a il documento strategico dell'UNHCR dal titolo *Understanding community-based protection* (Capire la protezione basata sulla comunità) ⁽¹⁶⁸⁾ al riguardo e il lavoro dell'OMS sulla salute mentale nella comunità ⁽¹⁶⁹⁾ dal titolo *Guidance on community mental health services* (Orientamenti sui servizi di salute mentale nella comunità). Si rimanda anche al manuale articolato elaborato dall'OIM in collaborazione con l'USAID sul supporto alla salute mentale basato sulla comunità ⁽¹⁷⁰⁾.

Esempi di interventi di supporto basato sulla comunità

I Spazi di comunità

È fondamentale creare opportunità e piattaforme che consentano ai richiedenti di partecipare in sicurezza ad attività ricreative, educative o psicosociali ⁽¹⁷¹⁾. I funzionari di prima linea potrebbero anche collaborare con la comunità dei richiedenti nello sviluppo di strategie di sensibilizzazione e mobilitazione in materia di salute mentale in tali spazi creati per lo scambio al fine di coltivare e aumentare ulteriormente l'accessibilità e di raggiungere i richiedenti in difficoltà.

La partecipazione attiva dei richiedenti e il rafforzamento della loro agentività ne aumenta anche la capacità di proteggere sé stessi e gli altri in situazioni avverse e di sostenere un processo decisionale con cognizione di causa.

Creare spazi sicuri per i richiedenti

Spazi a misura di minore, come quelli istituiti dal Consiglio danese per i rifugiati (DRC) in Grecia, rispondono alle esigenze di protezione e psicosociali dei minori di età compresa tra i 6 e i 17 anni e sostengono i minori più piccoli nel contesto di crisi umanitarie. Gli spazi a misura di minore forniscono un ambiente temporaneo sicuro in cui i minori possono trovare un certo grado di normalità e avere accesso a operatori in grado di sostenere il loro benessere psicosociale e cognitivo in situazioni di estrema avversità ⁽¹⁷²⁾.

I **blue dots** (punti blu) ⁽¹⁷³⁾ sono un'iniziativa dell'Unicef in collaborazione con l'UNHCR rivolta principalmente ai rifugiati ucraini. I punti blu sono **spazi sicuri** ubicati in luoghi strategici, che forniscono sostegno pratico e informazioni ai minori e alle famiglie. Gli spazi a misura di minore mirano a offrire ai minori uno spazio di accoglienza per consentire loro di riposare, giocare e semplicemente essere bambini e ragazzi. L'idea è fornire assistenza (servizi e informazioni) in un luogo di facile accesso per chi ne ha bisogno.

People in Need (Persone in stato di necessità) è una ONG **ceca** che organizza **spazi a misura di minore** per i minori di età compresa tra i 4 e i 16 anni ⁽¹⁷⁴⁾. Organizza inoltre sessioni nelle scuole per informare in merito a questi spazi, che sono aperti gratuitamente a tutti i minori.



⁽¹⁶⁸⁾ UNHCR, *Understanding Community-based Protection* (Capire la protezione basata sulla comunità), Protection policy paper, 2016.

⁽¹⁶⁹⁾ OMS, *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches* (Orientamenti sui servizi di salute mentale nella comunità: promuovere approcci incentrati sulla persona e basati sui diritti), 2021.

⁽¹⁷⁰⁾ OIM e USAID, *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (Manuale sul supporto psicosociale e per la salute mentale basato sulla comunità in situazioni di emergenza e sfollamento) – seconda edizione, 2022.

⁽¹⁷¹⁾ Per maggiori informazioni sugli spazi a misura di minore o sugli spazi sicuri per le donne, cfr. EUAA, *Salute e benessere mentale dei richiedenti protezione internazionale – Parte III. Pacchetto di strumenti per l'attuazione del supporto psicosociale e per la salute mentale*, 2024.

⁽¹⁷²⁾ Consiglio danese per i rifugiati, «Greece: Need for spaces that are child-friendly and safe» (Grecia: necessità di spazi sicuri e a misura di bambino), 16 giugno 2023.

⁽¹⁷³⁾ Unicef, «What are the Blue Dots Hubs?» (Cosa sono i centri punti blu?), consultato il 10 settembre 2024.

⁽¹⁷⁴⁾ Per maggiori informazioni sulla ONG People in Need, cfr. il sito della Commissione europea, European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (Operazioni europee di protezione civile e di aiuti umanitari), «Armenia: Finding a safe space to play, learn and heal» (Armenia: trovare un luogo sicuro per giocare, apprendere e guarire), 10 febbraio 2022.

I Mentoring e sostegno tra pari

Il ricorso a **volontari** in qualità di mentori o consulenti psicologici tra pari rappresenta un'efficace tipologia di supporto a bassa soglia con un'angolazione molto umana e positiva. Pertanto, coinvolgere i richiedenti come fornitori di servizi o **mentori**, dopo aver dato loro una formazione di base, può incoraggiare il **sostegno tra pari** e mantenere, alimentare e promuovere la salute e il benessere mentale nella comunità.



Mentoring, supporto tra pari, supporto psicosociale

Il **progetto di mentoring** ⁽¹⁷⁵⁾ in **Grecia** è un progetto pilota (avviato dal segretariato speciale per la protezione dei minori non accompagnati con il sostegno dell'EUAA) che mira a fornire orientamento e responsabilizzazione ai minori non accompagnati attraverso una rete di mentori formati, basata sul supporto tra pari. La rete è costituita da ex minori non accompagnati e rifugiati che erano stati integrati nel sistema di istruzione greco e che hanno affrontato difficoltà e sfide simili.

Riferimenti

- Ministero della migrazione e dell'asilo (Grecia), [*National Strategy for the Protection of Unaccompanied Minors*](#) (Strategia nazionale per la protezione dei minori non accompagnati), 17 gennaio 2022.
- EUAA, [«Mentorship project – providing guidance and empowerment to UAMs in Greece \(long version\)»](#) [Progetto di mentoring – Fornire orientamenti e responsabilizzazione ai minori non accompagnati in Grecia (versione estesa)], YouTube, 2 agosto 2022 e Thema, [«Ministry of Migration: Video by the Mentors Group for teaching Greek to children from third countries»](#) (Ministero della migrazione: video realizzato dal gruppo dei mentori per l'insegnamento della lingua greca ai bambini provenienti da paesi terzi), 4 gennaio 2024.

Re-Generations ⁽¹⁷⁶⁾ è un progetto realizzato in **Italia, Spagna e Grecia** che mira a rafforzare l'integrazione sociale dei cittadini di paesi terzi arrivati di recente e a promuovere il contatto tra essi e la comunità ospitante. Il progetto si basa sull'idea di mentoring, nonché di responsabilizzazione e collaborazione tra giovani rifugiati e migranti (di età compresa tra i 18 e i 23 anni, inclusi ex minori non accompagnati) e tra cittadini / volontari dei paesi ospitanti ⁽¹⁷⁷⁾.

Problem management plus (PM+) ⁽¹⁷⁸⁾ è un **intervento psicologico a bassa intensità** per adulti e adolescenti di età superiore a 16 anni in stato di depressione, ansia o stress, che vivono in comunità colpite da avversità. Si tratta di un **programma in cinque sessioni** che integra aspetti della terapia cognitivo-comportamentale. Si concentra sull'insegnamento di abilità per affrontare problemi emotivi e pratici. Il valore innovativo di questo intervento è che può essere fornito da diverse persone, sotto forma di **sostegno tra pari** (ad esempio fornito da assistenti non professionisti appartenenti alla comunità dei richiedenti che hanno ricevuto nozioni di base sul PSP). Sono quindi comprese le persone prive di qualifiche formali in materia di consulenza o di salute mentale.

In **Grecia** il programma PM+ è attuato da EPAPSY (Associazione per lo sviluppo regionale e la salute mentale) ⁽¹⁷⁹⁾ per conto dell'UNHCR. EPAPSY forma i rifugiati come operatori psicosociali di comunità all'utilizzo di Problem Management Plus (PM+) e a fornire PSP e sostegno tra pari nella lingua dei nuovi arrivati. Essi operano sotto la supervisione di psicologi o assistenti sociali e fungono da raccordo tra le varie comunità di rifugiati e i fornitori di servizi professionali. Anche la popolazione di rifugiati ucraini beneficia degli interventi.

Il progetto «Stichting Nieuw Thuis Rotterdam» ⁽¹⁸⁰⁾ sostiene i rifugiati siriani e le loro famiglie a Rotterdam facilitandone l'accesso all'alloggio e ai percorsi di integrazione, utilizzando il metodo PM+.

⁽¹⁷⁵⁾ Commissione europea, sito web europeo sull'integrazione, [«The Mentoring Project: support unaccompanied children in Greece»](#) (Il progetto di mentoring: sostenere i minori non accompagnati in Grecia), data del progetto: 1° luglio 2021.

⁽¹⁷⁶⁾ Defence for Children International Italia, [«Re-generations: Mentoring per ragazzi migranti neo-maggiorenni»](#), durata del progetto, dicembre 2018 – maggio 2022; la pagina web dell'Association for the Social Support of Youth (Associazione per il sostegno sociale dei giovani) è disponibile all'indirizzo: <https://arsis.gr/en/home/>.

⁽¹⁷⁷⁾ Irabor, E., [«Social Mentoring Practices In Italy: An introduction to the Project ReGeneration»](#) (Pratiche di mentoring sociale in Italia: un'introduzione al progetto ReGeneration), European Mentoring Summit 2022, maggio 2022.

⁽¹⁷⁸⁾ OMS, [«Problem management plus \(PM+\): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity»](#) (Assistenza psicologica individuale per adulti con problemi di sofferenza nelle comunità esposte all'avversità), versione di prova dell'OMS, 1.1, 1° gennaio 2018.

⁽¹⁷⁹⁾ EPAPSY, Associazione per lo sviluppo regionale e la salute mentale, [«Community Based Intervention for Mental Health Care of Asylum-seekers and Refugees in Greece»](#) (Intervento comunitario per l'assistenza sanitaria mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati in Grecia), consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁸⁰⁾ Scaling up psychological interventions with Syrian refugees, STRENGTHS, [«Training Syrian refugees in delivering PM+»](#) (Formazione dei rifugiati siriani nella realizzazione del PM+), 23 maggio 2018.

I Attività creative e artistiche

La partecipazione a terapie e attività basate sull'espressione artistica, che devono essere condotte da psicoterapeuti, può aiutare gli sfollati a mantenere la loro identità culturale, soprattutto quando sentono che una parte di essa è andata persa o è in contrasto con la cultura del nuovo paese. Inoltre, l'arte, la musica, la danza e il teatro possono offrire alle persone l'opportunità di manifestare sentimenti negativi e traumi e fare affiorare le emozioni. L'arte può aiutare le persone a riconnettersi con il loro corpo. Attività creative e di espressione artistica quali laboratori musicali, concorsi di musica rock o cori interculturali fanno parte degli interventi attuati al livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale dello IASC. I livelli 3 e 4 si concentrano sui mezzi creativi utilizzati nell'ambito delle sessioni di consulenza e sull'utilizzo dell'arteterapia, della danzaterapia o della musicoterapia a fini di riduzione dei sintomi o di cura. Le attività ricreative e creative sono particolarmente utili quando si lavora con i minori.

Teatro

Cantieri Meticci è «una consolidata associazione culturale italiana che opera a Bologna da oltre un decennio. Essa si impegna a promuovere lo scambio e il dialogo interculturale, lo sviluppo della comunità e la partecipazione attiva dei migranti e rifugiati alla vita locale. Lo fa attraverso l'arte, in particolare il teatro» ⁽¹⁸¹⁾.

La compagnia teatrale Caritas Hellas ⁽¹⁸²⁾ sostiene l'integrazione dei rifugiati in **Grecia** attraverso il teatro.

Musica e danza

Vari paesi UE+ hanno attivato **iniziative legate alla musica e alla danza al di fuori** del contesto psicoterapeutico professionale, che sembrano produrre significativi benefici nella vita dei rifugiati e delle comunità locali.

- In **Germania**, a Francoforte, il progetto Bridges ⁽¹⁸³⁾ si rivolge a bambini, adolescenti e giovani adulti. Si basa sul principio che cantare e fare musica in gruppo rafforza il senso di comunità, il benessere mentale e la resilienza, l'interazione sociale e il rispetto reciproco.
- In **Grecia**, a Lesbo, Cantalaloun ⁽¹⁸⁴⁾ è un'iniziativa multiculturale creata per fornire lezioni di canto polifonico a tutti indipendentemente dal credo religioso, dalla lingua e dalle competenze musicali. L'insegnamento è in greco e in inglese e l'approccio comprende metodi di insegnamento che includono la comunicazione non verbale, come la «percussione corporea».
- In **Francia**, l'OUI 2 ⁽¹⁸⁵⁾ promuove lo sviluppo personale, umano e sociale attraverso la danza e il linguaggio corporeo. Inoltre, consente alle popolazioni vulnerabili di accedere a istituzioni culturali, tra cui il teatro dell'opera (Parigi), che altrimenti i richiedenti protezione internazionale difficilmente avrebbero l'opportunità di visitare.

Vi sono anche iniziative che utilizzano la **terapia** legata alla musica, alla danza e al movimento per lavorare con i richiedenti protezione internazionale e i rifugiati con esperienze traumatiche, anch'esse accolte positivamente dai partecipanti.

- Mateneen (Insieme) è un progetto di musicoterapia rivolto ai giovani rifugiati e richiedenti asilo in **Lussemburgo**. Il progetto mira a «ridurre lo stress e le preoccupazioni legati a ciò che i richiedenti asilo devono affrontare, comprese le condizioni pericolose dei loro viaggi migratori, la perdita dei loro punti di riferimento linguistici, culturali e materiali e la lontananza della loro famiglia» ⁽¹⁸⁶⁾.
- A Berlino, in **Germania**, il Centro per il trattamento delle vittime di tortura ⁽¹⁸⁷⁾ ha incluso l'arteterapia, compresa la musicoterapia e la terapia del movimento nei servizi del suo centro diurno per le vittime di tortura.
- In **Belgio**, Crea Thera international ⁽¹⁸⁸⁾ offre sessioni di musicoterapia per stimolare i bambini e aiutarli a entrare in contatto con se stessi e i loro coetanei.



⁽¹⁸¹⁾ Commissione europea, sito web europeo sull'integrazione, «[Cantieri Meticci: The Refugee Theatre Company](#)», data del progetto: 1° gennaio 2013.

⁽¹⁸²⁾ Global Compact sui rifugiati, «[Acting Project: theatre and refugee integration in Greece](#)», durata del progetto: novembre 2017 – marzo 2019.

⁽¹⁸³⁾ Bridges Musik, «[Bridges project – About us](#)» (Progetto Bridges – Chi siamo), 2024.

⁽¹⁸⁴⁾ Cantalaloun, «[Cantalaloun](#)», consultato il 19 agosto 2024, <https://cantalaloun.eu/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Opéra de Paris, «[OUI#2](#)», consultato il 19 agosto 2024, <https://play.operadeparis.fr/en/p/o-u-i-2>.

⁽¹⁸⁶⁾ Commissione europea, «[Luxembourg: Music therapy for refugees](#)» (Lussemburgo: musicoterapia per i rifugiati), sito web europeo sull'integrazione; Schmartz, C. e Majerus, A., «[Mateneen \[Together\] – a music therapy project for and with young refugees and asylum seekers in Luxembourg](#)» [Mateneen (Insieme) – un progetto di musicoterapia per e con i giovani rifugiati e richiedenti asilo in Lussemburgo], 2020.

⁽¹⁸⁷⁾ Zentrum Überleben (Centro per il trattamento delle vittime di tortura), «[Kreativ-, Musik-, und Bewegungstherapie](#)», sito web di Überleben, consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁸⁸⁾ Crea Thera International, «[Empowerment and connection through creative and therapeutic projects](#)», consultato il 10 settembre 2024.



Pittura

The Red Pencil Europe, Bruxelles, **Belgio**, «attraverso il processo creativo, le persone possono riprendere il controllo di una situazione incontrollabile, imparando nel contempo a esprimersi» ⁽¹⁸⁹⁾ attraverso l'arte. I minori potrebbero beneficiare particolarmente di attività di arteterapia.

Altri interventi

L'Agenzia EUAA fornisce liste di attività di supporto psicosociale per i minori richiedenti nell'ambito del suo sostegno operativo agli Stati membri. Le attività mirano a rafforzare la resilienza dei richiedenti e sono condotte da personale di sostegno qualificato con varie competenze in materia di vulnerabilità.

Per maggiori dettagli, cfr. [Parte III – Pacchetto di strumenti](#), sezione «**Interazione con i richiedenti minori**».

I Cucinare e mangiare insieme

Il cibo collega le persone ed è un modo per festeggiare le ricorrenze religiose o altre tradizioni. Preparare insieme i pasti e mangiare insieme non solo permette alle persone di trascorrere tempo insieme e conversare di vari argomenti, ma anche di conoscere la cultura di un'altra persona consumando i suoi cibi. Cucinare e mangiare insieme è una forma di comunicazione e dà un senso di normalità alle persone che condividono un pasto. Il processo di cucinare diventa un'occasione per scambiare conoscenze e usanze culturali e per creare ricordi legati alla produzione culinaria ⁽¹⁹⁰⁾.

Le persone arrivate nei paesi UE+ potrebbero aver sofferto di carenza di cibo in passato. Pertanto, preparare i pasti e consumarli insieme potrebbe essere un'attività ancora più preziosa, che dimostra loro che non soffrono più la fame. **Cucinare** è una chiara attività di supporto di comunità al **livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale**.



Cucinare e mangiare insieme

Über den Tellerrand (Guardare oltre il proprio piatto) ⁽¹⁹¹⁾, in **Germania** e **Austria**, gestisce una serie di progetti volti all'integrazione e alla partecipazione sociale dei rifugiati attraverso «incontri» che consentono relazioni e opportunità di scambio e di apprendimento reciproco. I progetti comprendono attività di gruppo, attività di mentoring e attività in tandem che connettono coppie di rifugiati con famiglie locali.

I progetti di cucina e coltivazione di ortaggi in comune realizzati da Pervolarides (coltivatori) ⁽¹⁹²⁾, in **Grecia**, hanno lo scopo principale di promuovere la solidarietà sociale e la sostenibilità.

A Zurigo, in **Svizzera**, il Movimento di Gastronomia Sociale è coordinato da Cuisine Sans Frontières ⁽¹⁹³⁾ in collaborazione con la cooperativa die Cuisine e con il sostegno finanziario della SV Foundation.

⁽¹⁸⁹⁾ The Red Pencil Humanitarian mission, «[What is creative arts therapy](#)», sito web di The Red Pencil, visitato il 20 agosto 2024.

⁽¹⁹⁰⁾ Marovelli, B. «[Cooking and Eating Together in London: Food sharing initiatives as collective spaces of encounter](#)», *Geoforum*, 2019.

⁽¹⁹¹⁾ Über den Tellerrand, «[Make the world a better plate](#)» (Rendere il mondo un piatto migliore), sito web di Über den Tellerrand, consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁹²⁾ The Greek Project, «[Links: People who care passionately about Greece – About us](#)», sito web di Greekproject, consultato il 19 agosto 2024.

⁽¹⁹³⁾ [Cuisine sans frontières](#), consultato il 19 agosto 2024, <https://cuisinesansfrontieres.ch/en/>.

I Attività sportive

Come le arti, anche lo sport e il gioco sono attività universali che possono creare legami, rafforzare la fiducia in sé, proteggere e migliorare la salute fisica e mentale delle persone, in particolare dei bambini e dei giovani. L'esercizio fisico e la pratica sportiva sono collegati a un aumento dei livelli di autostima, di autoefficacia generale e di soddisfazione rispetto al proprio corpo. Lo sport è considerato un fattore protettivo per i problemi di salute mentale quali depressione e ansia ⁽¹⁹⁴⁾. Ulteriori effetti sociali positivi sono stati riscontrati soprattutto nei bambini e negli adolescenti che partecipano agli sport di squadra. Questi effetti includono una minore ansia sociale, un minore isolamento sociale, il sostegno tra pari e la connessione sociale ⁽¹⁹⁵⁾. Lo **sport** è una chiara attività di supporto di comunità al **livello 2 della piramide del supporto psicosociale e per la salute mentale**.

Sport e giochi – vari progetti attuati in Europa

- Football: a glue that binds in Europe (Calcio: un collante che crea legami in Europa) ⁽¹⁹⁶⁾ (**Germania, Italia, Regno Unito**).
- Welcome through football (Benvenuti attraverso il calcio) ⁽¹⁹⁷⁾, in **Grecia**, è un progetto per bambini e giovani rifugiati che promuove il lavoro di squadra, le competenze comunicative, la socializzazione e l'interazione con la comunità ospitante.
- Rewins 2.0 ⁽¹⁹⁸⁾ include ragazze e donne rifugiate nello sport, promuovendone l'inclusione sociale e il senso di appartenenza. Promuove inoltre le pari opportunità nello sport e nell'istruzione, in quanto si rivolge a donne e ragazze appartenenti a tutti i contesti culturali e sociali. Progetti analoghi sono in corso nei Paesi Bassi ⁽¹⁹⁹⁾ e in Danimarca ⁽²⁰⁰⁾.
- Keeping children safe in sports (Garantire la sicurezza dei minori nello sport) ⁽²⁰¹⁾, un progetto di Terres des Hommes (**Grecia, Ungheria e Romania**), mira a promuovere politiche di protezione dei minori negli ambienti sportivi.
- La Federazione belga di cricket ⁽²⁰²⁾ (**Belgio**) promuove l'integrazione dei rifugiati e dei richiedenti asilo nelle squadre di cricket locali, incoraggiando in particolare la partecipazione dei minori.
- La **Federazione Calcistica Belga** ⁽²⁰³⁾ promuove e incoraggia l'inclusione a livello locale di rifugiati e richiedenti asilo attraverso il calcio.



⁽¹⁹⁴⁾ Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A. e Eime, R., «[The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the 'Mental Health through Sport' conceptual model](#)», *Systematic Reviews*, vol. 12, art. 102, 21 giugno 2023.

⁽¹⁹⁵⁾ Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. e Payne, W. R., «[A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport](#)», *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 10, art. 98, 15 agosto 2013.

⁽¹⁹⁶⁾ UNHCR e Goal Click, «[Football: a glue that binds in Europe](#)», consultato il 20 agosto 2024.

⁽¹⁹⁷⁾ UNHCR, «[Colorful football balls come to life bringing smiles to refugee children](#)», 14 luglio 2022.

⁽¹⁹⁸⁾ Farennet, «[Our work – EU projects](#)», consultato il 20 agosto 2024.

⁽¹⁹⁹⁾ Farennet, «[Our work – refugees and football](#)», consultato il 20 agosto 2024.

⁽²⁰⁰⁾ GirlPower, <https://www.girlpower.org.com/>, consultato il 20 agosto 2024.

⁽²⁰¹⁾ Progetto Terre des Hommes, «[Keeping children safe in sports](#)», consultato il 20 agosto 2024.

⁽²⁰²⁾ Cricket Belgium, [Fedasil Cricket Project](#), consultato il 19 agosto 2024, <https://cricket-belgium.com/fedasil-project/>.

⁽²⁰³⁾ Kraainem Football, «[We Welcome Young Refugees](#)», consultato il 20 agosto 2024..



I Formazione professionale e preparazione all'occupazione

L'impegno in attività quotidiane regolari e significative, nonché lo sviluppo di nuove competenze o la valorizzazione di quelle esistenti, favoriscono la salute mentale, evidenziano i punti di forza, aumentano la resilienza e alimentano l'autostima. La capacità di dare un contributo alla comunità ospitante aumenta ulteriormente l'indipendenza, l'integrazione e l'accettazione. I richiedenti possono contribuire in modo proattivo al sistema di previdenza sociale locale anziché rimanere dipendenti dai sussidi economici.

Informare i richiedenti già nelle prime fasi del percorso di accoglienza su ciò che è realistico ottenere nel paese ospitante (ad esempio i tipi di lavoro accessibili) e su cosa aspettarsi una volta ottenuto un permesso di lavoro, attenua la sofferenza psicologica e l'ansia. Di conseguenza, dare loro queste informazioni può creare speranza e aiutarli a restare fiduciosi durante i periodi di stress e di transizione.



Preparazione all'occupazione

Polaris 14 ⁽²⁰⁴⁾ è un'associazione **francese** che fornisce sostegno e orientamento professionale ai richiedenti asilo e ai beneficiari di protezione internazionale su come **prepararsi al lavoro / all'occupazione**. Il programma di workshop socio-professionali fornisce ai partecipanti un approccio strutturato alla definizione e alla costruzione dei loro progetti professionali, migliorando le loro capacità di presentazione e di connettersi con i potenziali datori di lavoro.

Tra gli altri argomenti, la Tent Partnership for Refugees promuove i vantaggi che le aziende possono trarre dall'assunzione di rifugiati. Uno studio condotto in **Germania** ha analizzato «le esperienze di 100 imprese tedesche di medie e grandi dimensioni che hanno assunto rifugiati» ⁽²⁰⁵⁾. I risultati sono stati estremamente positivi e hanno rilevato che l'88 % delle imprese assumerebbe nuovamente rifugiati in futuro. La relazione dello studio fornisce alle imprese indicazioni su come integrare al meglio i rifugiati.

I Inclusione sociale, integrazione e alloggio a prezzi accessibili

I centri di accoglienza sono spesso affollati e non sempre vicini ai servizi, come le scuole o i luoghi di lavoro. A volte, vengono realizzati senza aver prima consultato la comunità ospitante locale, il che può creare tensioni. Inoltre, è difficile che i richiedenti possano permettersi un alloggio indipendente, il che li costringe spesso a vivere in alloggi condivisi.

I richiedenti che dispongono di un alloggio privato senza un regolare contratto d'affitto potrebbero sperimentare difficoltà nell'accesso alle opportunità di lavoro, ai servizi sociali o all'assistenza sanitaria, in quanto potrebbero non avere la documentazione necessaria (contratto d'affitto). Per quanto riguarda la salute e il benessere mentale, studi recenti hanno indicato che l'ansia e la depressione sono più diffuse tra i bambini e gli adulti che affrontano l'insicurezza abitativa e la mancanza di una fissa dimora. Simili impatti negativi sono stati osservati sul benessere familiare, l'iscrizione e la frequenza scolastica e la salute.

⁽²⁰⁴⁾ Polaris (Francia), consultato il 20 agosto 2024, <https://polaris14.org/>.

⁽²⁰⁵⁾ Tent (Germania), «From a Refugee Crisis to a Job Engine, An Analysis of German Businesses' Experience in Refugee Integration», maggio 2022.

La ricerca conferma non solo che un alloggio adeguato è un indicatore fondamentale per un'integrazione efficace, ma anche che «affrontare il problema dell'alloggio come determinante sociale è importante per migliorare la salute e ridurre le disparità» ⁽²⁰⁶⁾, anche nella popolazione dei richiedenti asilo.

Alloggio, sistemazione indipendente e integrazione tempestiva

La carenza di alloggi nei **Paesi Bassi** è un problema da molti anni e i giovani / gli studenti rappresentano uno dei gruppi sociali che incontrano maggiori difficoltà nel reperire un **alloggio a prezzi accessibili**. Il progetto Startblok ⁽²⁰⁷⁾ è stato avviato nel 2016 come soluzione innovativa per fronteggiare l'aumento del flusso di richiedenti asilo nonché la mancanza di alloggi a prezzi accessibili per i giovani adulti dei Paesi Bassi. Il progetto opera su base continuativa.

CURANT ⁽²⁰⁸⁾ è un progetto del **Belgio**, concepito per offrire alloggio e servizi di supporto per l'istruzione, la formazione, l'occupazione, l'alloggio e la salute mentale dei giovani rifugiati attraverso un «sistema di abitazione in comune/mentoring» con giovani adulti belgi e un approccio basato sulla gestione del caso. Il progetto si basava sulla creazione di un **sistema «buddy»** (supporto tra pari) ⁽²⁰⁹⁾.

In **Francia**, Cinq Toits (Parigi) ⁽²¹⁰⁾ si riferisce a un **progetto abitativo** che promuove l'integrazione dei migranti ed è «concepito per fornire alle **persone** esiliate e **vulnerabili** non solo una casa, ma anche un luogo in cui guarire, incontrare e interagire con gli attori locali per infine trovare il loro posto nella società» ⁽²¹¹⁾.

Sempre in **Francia**, HUDA ⁽²¹²⁾ fornisce **soluzioni di emergenza** ai richiedenti asilo con vulnerabilità individuate, comprese le persone con diverse caratteristiche SOGIESC. HUDA è l'acronimo di habitat unito per la diversità e l'autonomia.



⁽²⁰⁶⁾ Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O. e Razum, O., «[Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries: Systematic Review](#)», *Public Health Reviews*, 4 maggio 2023.

⁽²⁰⁷⁾ Startblok Elzenhagen (Paesi Bassi), «[What is Startblok](#)».

⁽²⁰⁸⁾ Commissione europea, «[European Social Fund Plus – CURANT](#)» (Fondo sociale europeo Plus – CURANT), 11 maggio 2022.

⁽²⁰⁹⁾ Ravn, S., Van Caudenberg, R., Corradi, D., Mahieu, R., Clycq, N. e al., «[CURANT – Co-housing and case management for unaccompanied young adult refugees in ANTwerp](#)», Centre for Migration and Intercultural Studies, Università di Anversa, maggio 2018; Mahieu, R. e Van Caudenberg, R., «[Young refugees and locals living under the same roof: intercultural communal living as a catalyst for refugees' integration in European urban communities?](#)», *Comparative Migration Studies*, vol. 8, n. 12, 2020.

⁽²¹⁰⁾ Nature: Revealed Skills – Resilient Cities (Francia), «[Cinq Toits Paris](#)», consultato il 21 agosto 2024.

⁽²¹¹⁾ Merging – Integration for Migrants, «[Housing for immigrants and community integration in Europe and beyond: strategies, policies, dwellings and governance](#)», gennaio 2022.

⁽²¹²⁾ Habitat & Humanisme (Francia), «[Les centres de la Branche Urgence](#)», consultato il 21 agosto 2024.

Allegato 1. Sintesi dei fattori che favoriscono buone condizioni di salute e benessere mentale

Requisiti di base all'arrivo



PSP e conoscenze di base su come osservare e valutare una situazione, guardare e ascoltare per **individuare** le persone che hanno necessità di assistenza e collegare / indirizzarle a una risposta basata sulle esigenze, compresi i controlli medici / di vulnerabilità iniziali o una valutazione di follow-up.



Alloggio iniziale adeguato ⁽²¹³⁾ e, ove possibile, non in una struttura chiusa.



Accesso all'assistenza medica e sociale iniziale.



Fornitura di generi alimentari e non, come vestiti, articoli per l'igiene, utensili da cucina (anche per i richiedenti maschi single) ecc.



Parità di trattamento (tenendo conto dell'età, del genere e di altri fattori durante il processo).



Accesso alle informazioni pertinenti in questa fase (ad esempio servizi/diritti disponibili, fasi successive della procedura, modalità di accesso alla consulenza legale, supporto per la ricerca della famiglia ⁽²¹⁴⁾ ⁽²¹⁵⁾, informazioni sul ricongiungimento familiare ecc.).



Garantire l'accesso alla procedura pertinente (comprese altre forme di protezione, ad esempio nei casi di tratta di esseri umani).

Dopo il trasferimento in un alloggio più permanente



PSP e conoscenze di base su come osservare, guardare e ascoltare per **individuare** le persone che hanno necessità di assistenza e collegarle / indirizzarle a una risposta basata sulle esigenze. L'individuazione è un processo continuo.



Accoglienza basata sulle esigenze. Cfr. la *Guida dell'EUA alla condizioni di accoglienza* ⁽²¹⁶⁾ e la *Guida dell'EUA per i minori non accompagnati* ⁽²¹⁷⁾ e, se del caso, la preparazione per un alloggio indipendente.



Importanza di fornire psicoeducazione a tutti i richiedenti.



Assistenza e supporto formali e informali continui e gestione del caso offerti a tutti i richiedenti, ove necessario.



Promuovere l'accesso alle reti sociali e gli interventi di supporto basati sulla comunità e consentire ai richiedenti di entrare in contatto con la famiglia e i membri della comunità.



Accesso ad attività di comunità come il gioco, le arti, lo sport e la cucina può promuovere il benessere e la socialità.



Accesso a opportunità di sviluppo personale, ad esempio formazione professionale e attività di preparazione all'occupazione.

⁽²¹³⁾ Ciò significa fornire un alloggio sicuro e adeguato, che tenga conto delle circostanze personali del nuovo arrivato.

⁽²¹⁴⁾ Comitato internazionale della Croce Rossa (CICR), *Safety Tips for Families* (Consigli di sicurezza per le famiglie), 2022.

⁽²¹⁵⁾ EASO, *Guida pratica sulla ricerca della famiglia*, marzo 2016.

⁽²¹⁶⁾ EUA, *Guidance on Reception: Operational standards and indicators* (Guida all'accoglienza: norme operative e indicatori), maggio 2024;

EASO, *Guida dell'EASO alle condizioni di accoglienza: norme operative e indicatori*, settembre 2016.

⁽²¹⁷⁾ EASO, *Guida alle condizioni di accoglienza per minori non accompagnati: norme operative e indicatori*, dicembre 2018.



Integrazione o preparazione tempestiva a un rimpatrio dignitoso e sicuro



Il PSP è un processo continuo che fornisce conoscenze di base su come osservare, guardare e ascoltare per **individuare** le persone che hanno necessità di assistenza e collegarle / indirizzarle a una risposta basata sulle esigenze (mediche, psicosociali, legali, di protezione).



È necessario condurre una **valutazione delle esigenze e dei rischi** approfondita e incentrata sulla persona (esigenze psicosociali / sanitarie / di salute mentale) per garantirle un trattamento efficace del caso e il sostegno nei periodi di transizione (sia per l'integrazione che per la preparazione al rimpatrio). Ciò è particolarmente importante quando si tratta di minori (principio dell'interesse superiore del minore).



Integrazione: la partecipazione ad attività psicoeducative può favorire l'integrazione nella comunità ospitante. È importante fornire informazioni sul supporto disponibile quando si lascia la struttura di accoglienza.



Rimpatrio: la psicoeducazione può essere importante anche per coloro che sono destinati al rimpatrio, per aiutarli a gestire meglio i sentimenti di sofferenza durante la procedura di preparazione al rimpatrio. Supportare la preparazione al rimpatrio ⁽²¹⁸⁾ e fornire gli strumenti per sostenere la consulenza psicologica ai fini della reintegrazione ⁽²¹⁹⁾.

È importante fornire informazioni essenziali sui servizi disponibili nel paese di rimpatrio, nonché il collegamento tempestivo e proattivo con le organizzazioni che sostengono il rimpatrio volontario (ad esempio l'OIM).

⁽²¹⁸⁾ OIM Irlanda, *Preparing for Return* (Preparazione per il rimpatrio), 2015.

⁽²¹⁹⁾ OIM, *Reintegration Counselling: A Psychosocial Approach* (Consulenza in materia di reintegrazione: un approccio psicosociale), 2020.



Riferimenti

Risorse dell'EUAA

- ▶ EUAA, [*Victims of human trafficking in asylum and reception*](#) (Vittime della tratta di esseri umani nell'asilo e nell'accoglienza), numero 21, Aggiornamento della situazione, agosto 2024.
- ▶ EUAA, [*Protecting women and girls in the asylum procedure*](#) (Proteggere le donne e le ragazze nella procedura di asilo), scheda informativa 24, giugno 2024.
- ▶ EUAA, [*Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems*](#) (Persone con disabilità nei sistemi di asilo e accoglienza), scheda informativa 14, gennaio 2024.
- ▶ EUAA, [*Strategy on Vulnerability*](#) (Strategia sulla vulnerabilità), dicembre 2023.
- ▶ EUAA, [*Victims of torture, Identification, support and examination of claims*](#) (Vittime di tortura – Identificazione, sostegno ed esame delle domande), marzo 2023.
- ▶ EUAA e OEDT (EUDA), [*Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs*](#) (Professionisti che operano nei centri di accoglienza in Europa: una panoramica delle sfide e delle esigenze di sostegno legate alle droghe), ottobre 2023.
- ▶ Tre opuscoli sulla sofferenza psicologica accompagnati da istruzioni:
 - EUAA, [*How can I support my child during difficult times?*](#) (Come posso sostenere mio figlio nei momenti difficili?), giugno 2023;
 - EUAA, [*How can I deal with situations in which my parents seem sad, worried, or angry?*](#) (Come posso affrontare le situazioni in cui i miei genitori sembrano tristi, preoccupati o arrabbiati?), giugno 2023;
 - EUAA, [*How to handle situations when my friend or sibling is sad, angry or does dangerous things?*](#) (Come gestire le situazioni in cui un mio amico o fratello è triste, arrabbiato o fa cose pericolose?), giugno 2023.
- ▶ EUAA, [*«Psychological First Aid Video»*](#) (video sul pronto soccorso psicologico), YouTube, 2023 e relative istruzioni.
- ▶ EUAA, [*Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception – A mapping of practices*](#) (Gestione degli incidenti critici nel settore dell'asilo e dell'accoglienza – Una mappatura delle pratiche), 2022.
- ▶ EASO, [*Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health – A participatory approach supported by Member State authorities and civil society*](#) (Consultazioni con i richiedenti protezione internazionale sulla salute mentale – un approccio partecipativo con il sostegno delle autorità degli Stati membri e della società civile), dicembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guida pratica sulla registrazione: presentazione di domande di protezione internazionale*](#), novembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte I: norme e politica*](#), settembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte II: pacchetto di strumenti per il benessere del personale*](#), settembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guida pratica sul benessere del personale addetto all'asilo e all'accoglienza – Parte III: monitoraggio e valutazione*](#), settembre 2021.
- ▶ EASO, [*«The importance of early identification of signs of stress»*](#) (L'importanza dell'individuazione precoce dei segnali di stress), YouTube, 22 settembre 2021.
- ▶ EASO, Agenzia dell'Unione europea per la cooperazione nell'attività di contrasto (Europol) e Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera (Frontex), [*Occupational health and safety – deployment information*](#) (Salute e sicurezza sul lavoro – informazioni per le missioni), 2021.
- ▶ EASO, [*Mental health of applicants for international protection in Europe – Initial mapping report*](#) (Salute mentale dei richiedenti protezione internazionale in Europa – relazione di mappatura iniziale), luglio 2020.
- ▶ Piattaforma dell'EUAA [*«Let's Speak Asylum»*](#) (Parliamo di asilo).



Istituzioni e agenzie dell'UE

- ▶ FRA, [*Child protection systems in Europe*](#) (Sistemi di protezione dei minori in Europa), 2024.
- ▶ Commissione europea, [Comunicazione della Commissione](#) al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni su un approccio globale alla salute mentale, COM(2023) 298 final del 7.6.2023.
- ▶ Commissione europea, «[Comunicazione della Commissione su un approccio globale alla salute mentale](#)», documento di riferimento, 7 giugno 2023.
- ▶ Commissione europea, Álvarez Conde, C., Barras Tejudo, R., Brito Siso, C., Dilger, J. e al., «[Heroes, Novel Strategies to Fight Child Sexual Exploitation and Human Trafficking Crimes and Protect their Victims – D4.4 Manual for Early Identification of Potential Victims of Trafficking in Human Beings, Child Sexual Abuse and Child Sexual Exploitation](#)» (Heroes, Nuove strategie per combattere lo sfruttamento sessuale dei minori e i reati legati alla tratta di esseri umani e proteggere le loro vittime, Manuale D4.4 per l'individuazione precoce delle potenziali vittime della tratta di esseri umani, abuso sessuale dei minori e sfruttamento sessuale dei minori), 2023.
- ▶ FRA, [*Underpinning victims' rights*](#) (Sostenere i diritti delle vittime), 2023.
- ▶ Commissione europea, REM, «[EMN inform: Mapping of mental health policies for third-country national migrants](#)» (Mappatura delle politiche in materia di salute mentale per i migranti cittadini di paesi terzi), giugno 2022.
- ▶ Parlamento europeo, Servizio Ricerca del Parlamento Europeo e Dumbrava, C., [Artificial intelligence at the EU borders, Overview of applications and key issues](#) (L'intelligenza artificiale alle frontiere dell'UE, panoramica delle applicazioni e questioni chiave), 2021.
- ▶ Consiglio dell'Unione europea, Segretariato generale, [Strategia dell'UE in materia di droghe per il periodo 2021-2025](#), 2021.
- ▶ Commissione europea, [Comunicazione della Commissione](#) al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027 {SWD(2020) 290 final} del 24.11.2020, COM(2020) 758 final.
- ▶ Commissione europea, «[Asilo e migrazione nell'UE: fatti e cifre](#)», Parlamento europeo, 2020.
- ▶ FRA, [Initial-reception facilities at external borders: fundamental rights issues to consider](#) (Strutture di prima accoglienza alle frontiere esterne: questioni relative ai diritti fondamentali da considerare), 2021.
- ▶ Frontex, [Risk Analysis for 2021](#) (Analisi dei rischi per il 2021), 2021.
- ▶ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), [Immigration detention – factsheet](#) (Trattenimento degli immigrati – scheda informativa), marzo 2017.
- ▶ Osservatorio europeo dei fenomeni di razzismo e xenofobia, [Muslims in the European Union: Discrimination and Islamophobia](#) (I musulmani nell'Unione europea: discriminazione e islamofobia), 1° dicembre 2006.
- ▶ Consiglio d'Europa, «[End immigration detention of children](#)» (Mettere fine al trattenimento dei minori immigrati), campagna parlamentare.



Autorità degli Stati membri

- Fedasil, [Guide, Accompagnement des demandeurs sourds et malentendants](#), 2022.

Riferimenti accademici

- American Psychological Association, [«Resilience»](#) (Resilienza), consultato il 12 agosto 2024.
- Amnesty International, [Regional overview of Islamophobia in Europe](#) (Panoramica regionale dell'islamofobia in Europa), 2022.
- Akthar, Z. e Lovell, A., [«Art therapy with refugee children: A qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences»](#), University of Chester, *International Journal of Art Therapy*, 24(3), pagg. 139-148, 2018.
- ARSIS – Association for the Social Support of Youth, [«ReGenerations! Mentoring for young refugees»](#), 2022 (in greco).
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L. e Dachew, B. A., [«Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people»](#), *BMJ Open* 2021;11(2):e040061, 2020.
- Azione congiunta sulla salute e sul benessere mentale, Caldas Almeida, J. M., Mateus, P. e Tomé, G., [«Towards community-based and socially inclusive mental health care»](#), 2015.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. e Lin, J., [«The impact of guidance on internet-based mental health interventions – a systematic review»](#), *Internet Interventions*, vol. 1, n. 4, pagg. 205-215, 2014.
- Bass, B. e Nagy, H., [«Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients»](#) (Competenza culturale nella cura dei pazienti LGBTQ), *National Library of Medicine*, 2023.
- Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Sogaard, U., Petersen, I. e al., [«Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental healthcare: results from a randomized clinical trial»](#), *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 12, n. 1, art. 1930960, 2021.
- Bedson, J. e Abramowitz, S., [«UNICEF minimum quality standards and indicators for community engagement»](#) (Standard minimi di qualità e indicatori Unicef per il coinvolgimento della comunità), 2020.
- Bello, C., [«Scientists are using fitness trackers and AI to detect depression with '80% accuracy'»](#) (Utilizzo da parte degli scienziati di fitness tracker e intelligenza artificiale per rilevare la depressione con una precisione dell'80 %), *Euronews*, consultato il 5 settembre 2024.
- Borja Jr., A., Khondaker, R., Durant, J. e Ochoa, B., [«Child-centred, cross-sectoral mental health and psychosocial support interventions in the Rohingya response: a field report by Save the Children»](#), *Intervention*, Mumbai, vol. 17, 2019, pagg. 231-237.
- Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O. e Razum, O., [«Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries: Systematic Review»](#), *Public Health Reviews*, 2023.
- Browne, G., [«The problem with mental health bots»](#), *Wired*, 2022.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D. e al., [«Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation»](#), *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 85, 2012, pagg. 179-202.
- CHS Alliance, [«Guidelines for Investigations»](#) (Linee guida per le indagini), 2015.
- De Graaff, A. M., Cuijpers, P., McDaid, D., Park, A., Woodward, A. e al., [«Peer-provided Problem Management Plus \(PM+\) for adult Syrian refugees: a pilot randomised controlled trial on effectiveness and cost-effectiveness»](#), pubblicato online dalla Cambridge University Press, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020.
- Defence for Children International Italia, [«Re-generations: Mentoring per ragazzi migranti neo-maggioresenni»](#), durata del progetto dicembre 2018 - maggio 2022.
- Dieterich-Hartwell, R. e Koch, S. C., [«Creative arts therapies as temporary home for refugees: insights from literature and practice»](#), *Behavioral Sciences*, vol. 7, n. 4, 2017, pag. 69.
- Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A. e Eime, R., [«The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the 'Mental Health through Sport' conceptual model»](#), *Systematic Reviews*, vol. 12, art. 102, 21 giugno 2023.



- ▶ Ecosoc, [CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health \(Art. 12\)](#) [CESCR, Commento generale n. 14 : il diritto allo standard di salute più elevato raggiungibile (articolo 12)], adottato nella ventiduesima sessione del Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, l'11 agosto 2000, (contenuto nel documento E/C.12/2000/4), 11 agosto 2000.
- ▶ Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. e Payne, W. R., «[A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport](#)», *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 10, art. 98, 15 agosto 2013.
- ▶ Eversole, R., «[Community agency and community engagement: re-theorising participation in governance](#)», *Journal of Public Policy*, vol. 31, n. 1, 2011, pagg. 51-71.
- ▶ Farmer, N., Touchton-Leonard, K. e Ross, A., «[Psychosocial benefits of cooking interventions: a systematic review](#)», *Health Education & Behavior*, 2018.
- ▶ Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L. e al., «[Best strategies for reducing the suicide rate in Australia](#)», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 50, n. 2, 2015, pagg. 115-118.
- ▶ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L. e al., «[Suicide prevention training – improving the attitudes and confidence of rural Australian health and human service professionals](#)» (Formazione sulla prevenzione del suicidio: migliorare l'atteggiamento e la fiducia dei professionisti sanitari e dei servizi sociali delle zone rurali australiane), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 40, n. 1, 2019, pagg. 15-26.
- ▶ Frank, A. O., De Souza, L. H. e Frank, C. A., «[Neck pain and disability: a cross-sectional survey of the demographic and clinical characteristics of neck pain seen in a rheumatology clinic](#)» (Dolore cervicale e disabilità: un'indagine trasversale sulle caratteristiche demografiche e cliniche del dolore cervicale riscontrato in una clinica reumatologica), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, 2005, pagg. 173-182.
- ▶ Fournier K., Van Acker, K. e Geldof, D., [Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres](#) (Rafforzare le opportunità per i minori accompagnati nei centri di accoglienza), 2022.
- ▶ Grasser, L. R., Al-Saghir, H., Wana, C., Spinei, J. e Javanbakht, A., «[Moving through the trauma: dance/movement therapy as a somatic-based intervention for addressing trauma and stress among Syrian refugee children](#)», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 58, n. 11, 2019, pagg. 1124-1126.
- ▶ Heynen, E., Bruls, V., Van Goor, S., Pat-El, R., Schoot, T. e al., «[A music therapy intervention for refugee children and adolescents in schools: a process evaluation using a mixed method design](#)», *Children (Basel)*, vol. 9, n. 10, 2022, pag. 1434.
- ▶ Hock, E., Blank, L., Fairbrother, H., Clowes, M., Castelblanco Cuevas, C. e al., «[Exploring the impact of housing insecurity on the health and well-being of children and young people: a systematic review](#)», *Public Health Research*, vol. 11, n. 13, 2023.
- ▶ Iacovou, M., Pattieson, D. C., Truby, H. e Palermo, C., «[Social health and nutrition impacts of community kitchens: a systematic review](#)», *Public Health Nutrition*, 2013.
- ▶ Il progetto «ChildMove», Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M. e al., [The impact of flight experiences on the mental health of unaccompanied minors on the move](#) (L'impatto delle esperienze di fuga sulla salute mentale dei minori non accompagnati in viaggio), 2022.
- ▶ Irabor, E., «[Social Mentoring Practices In Italy: An introduction to the Project ReGeneration](#)», European Mentoring Summit 2022, maggio 2022.
- ▶ Keen, R., Chen, J. T., Slopen, N., Sandel, M., Copeland, W. E. e al., «[Prospective Associations of Childhood Housing Insecurity With Anxiety and Depression Symptoms During Childhood and Adulthood](#)», *JAMA Pediatrics*, vol. 177, n. 8, 2023, pagg. 818-826.
- ▶ Kesari, G., «[AI Can Now Detect Depression From Your Voice, And It's Twice As Accurate As Human Practitioners](#)» (L'intelligenza artificiale è ora in grado di rilevare la depressione dalla voce, con una precisione doppia rispetto ai medici), *Forbes*, 2021.
- ▶ Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L. e al., «[Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update](#)», *Frontiers in Psychology*, vol. 10, 2019, pag. 1806.
- ▶ Kim, E. S. e Kawachi, I., «[Perceived neighborhood social cohesion and preventive healthcare use](#)» (Coesione sociale percepita nel quartiere e ricorso alla prevenzione sanitaria), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n. 2, pagg. 35-40, 2017.



- ▶ Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C. e al., [«Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries»](#) (Sopravvissuti maschi e LGBT alla violenza sessuale in situazioni di conflitto: una revisione realistica degli interventi sanitari nei paesi a basso e medio reddito), *Conflict and Health*, vol. 14, n. 11, 2020.
- ▶ Università di Linnaeus, [«Artificial intelligence should help asylum seekers find the right dialect»](#), Università di Linnaeus, 2017.
- ▶ McMillan, D. W. e Chavis, D., [«Sense of community: a definition and theory»](#) (Senso di comunità: definizione e teoria), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n. 1, 1986, pagg. 6-23.
- ▶ Sampaio, F., Gonçalves, P. e Sequeira, C., [«Mental health literacy: it is now time to put knowledge into practice»](#) (Alfabetizzazione in salute mentale: dalla conoscenza alla pratica), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n. 12, 2022, pag. 7030.
- ▶ Miller, W. R. e Rolnick, S., [«Il colloquio motivazionale: aiutare le persone a cambiare e a crescere»](#), quarta edizione, 2023.
- ▶ Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M. e Svetaz, M. V., [«Applying trauma-informed practices to the care of refugee and immigrant youth: 10 clinical pearls»](#) (Applicazione di pratiche con consapevolezza riguardanti i traumi alla cura dei giovani rifugiati e immigrati: 10 perle cliniche), *Children (Basel)*, vol. 6, n. 8, 2019, pag. 94.
- ▶ Molnar, P. e Gill, L., [«Bots at the Gate: A Human Rights Analysis of Automated Decision Making in Canada's Immigration and Refugee System»](#), International Human Rights Program, 2021.
- ▶ Papadopoulos, R. K., [«Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development»](#) (Sfollamento involontario: casa, trauma, resilienza e sviluppo attivato dalle avversità), prima edizione, Routledge, 2021.
- ▶ Bolger, L., [«Music therapy and international development in action and reflection: a case study of a women's music group in rural Bangladesh»](#), *Australian Journal of Music Therapy*, vol. 23, 2012, pagg. 22-41.
- ▶ Punt de Referència, [«Re-Generation Project»](#), ultima consultazione il 05.09.2025.
- ▶ Robinson, J., [«Early intervention and suicide prevention»](#) (Intervento precoce e prevenzione del suicidio), *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 2, n. 3, 2008, pagg. 119-211.
- ▶ Sarolóa, S., Raimondo, F. e Crine, Z., [«Through the Eyes of the "Vulnerable": Exploring Vulnerabilities in the Belgian Asylum System»](#), Université catholique de Louvain, VULNER Research Report 2, 2022.
- ▶ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M. e al., [«Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention»](#) (Breve formazione per gatekeeper sulla prevenzione del suicidio in una popolazione appartenente a minoranze etniche: un intervento controllato), *BMC Psychiatry*, vol. 16, 2016, pagg. 1-9.
- ▶ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E. e Salzer, M. S., [«The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses»](#) (L'influenza del senso di comunità sul rapporto tra partecipazione alla comunità e salute mentale per le persone affette da gravi malattie mentali), *American Journal of Community Psychology*, vol. 47, n. 1, 2019, pagg. 163-175.
- ▶ Tinnemans, K., Asmoredjo, J., Badr, J. e De Gruijter, M., [«Successful elements in refugee support and learning through exchange: Lessons learned from access to employment and MHPSS approaches in the Netherlands, Ethiopia and Jordan»](#), Verwey-Jonker Institute, Ministero degli Affari Esteri dei Paesi Bassi, 2021.
- ▶ Verreault, K., [«Dance/movement therapy and resilience building with female asylum seekers and refugees»](#), *Intervention*, vol. 15, n. 2, 2017, pagg. 120-135.
- ▶ Weine, S. M., [«Developing preventive mental health interventions for refugee families in resettlement»](#) (Sviluppo di interventi preventivi di salute mentale per le famiglie di rifugiati in fase di reinsediamento), *Family Process*, vol. 50, n. 3, 2011, pagg. 410-430.



Organizzazioni e riviste internazionali

- ▶ Gender-based Violence AoR, «[Gender-based violence and disability inclusion fact sheet](#)» (Scheda informativa sulla violenza di genere e sull'inclusione della disabilità), Global Protection Cluster, 29 novembre 2023.
- ▶ IASC, [Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery](#) (Linee guida sull'integrazione degli interventi in materia di violenza di genere nell'azione umanitaria: ridurre il rischio, promuovere la resilienza e contribuire alla guarigione), 2015.
- ▶ IASC, [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#) (Linee guida dello IASC sulla salute mentale e sul supporto psicosociale in situazioni di emergenza), 2007.
- ▶ IASC, [The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package](#) (Il pacchetto minimo di servizi per il supporto psicosociale e per la salute mentale), 2022.
- ▶ IASC, [Community-based approaches to MHPSS programmes: A guidance note](#) (Approcci ai programmi di supporto psicosociale e per la salute mentale basati sulla comunità – Una nota orientativa), 2019.
- ▶ IASC, [The Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: with means of verification \(Version 2.0\)](#) [Quadro di valutazione per la salute mentale e il supporto psicosociale nelle situazioni di emergenza: con mezzi di verifica (versione 2.0)], 2021.
- ▶ IASC, Global Education Cluster, Inter-agency Network for Education in Emergencies, Global Protection Cluster, [Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies](#) (Linee guida per spazi a misura di minore nelle emergenze), 31 gennaio 2011.
- ▶ ICRH Belgio, «[Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)](#)» [Assistenza olistica inclusiva per le vittime migranti di violenza sessuale (INHeRE)], 1° novembre 2019 - 31 ottobre 2021.
- ▶ CICR e Croce rossa norvegese, «["That never happens here": Sexual and gender based violence against men, boys and LGBTIQ+ people](#)» (Questo non succede mai qui: violenza sessuale e di genere contro uomini, ragazzi e persone LGBTIQ+), 3 febbraio 2022.
- ▶ OIM Irlanda, [Preparing for Return](#) (Preparazione per il rimpatrio), 2015.
- ▶ Manuale dell'OIM, [Community based MHPSS in emergencies and displacement](#) (Supporto psicosociale e per la salute mentale basato sulla comunità in situazioni di emergenza e sfollamento), 2022, seconda edizione.
- ▶ OIM, [Voluntary Return and Reintegration: Community-based approaches](#) (Rimpatrio volontario e reintegrazione: approcci basati sulla comunità), 2018.
- ▶ IFRC, Reference Centre for Psychosocial Support, [A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies](#) (Guida al primo soccorso psicologico per le società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa), Copenhagen, 2018.
- ▶ International Medical Corps e International Rescue Committee, [Women and Girls: Safe Spaces, a toolkit for advancing women's and girls' empowerment in humanitarian settings](#), 2020.
- ▶ Digital Humanitarian Network, «[Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Contexts](#)», 2020.
- ▶ UNHCR, [Age, Gender and Diversity Policy](#) (Politica in materia di età, genere e diversità), 8 giugno 2011.
- ▶ UNHCR, [A Community-Based Approach in UNHCR Operations](#) (Un approccio basato sulla comunità nelle operazioni dell'UNHCR), 2008.
- ▶ UNHCR, [Protection Policy Paper: Understanding Community-based Protection](#) (Documento sulla politica di protezione: comprendere la protezione basata sulla comunità), Divisione della protezione internazionale, 2016.
- ▶ UNHCR e Luxembourg Aid & Development, [Designing safe digital mental health and psychosocial support \(MHPSS\) for Displaced and Stateless Adolescents](#) (Progettare un supporto digitale psicosociale e per la salute mentale sicuro per gli adolescenti sfollati e apolidi), 2023.
- ▶ UNHCR, [Need to Know Guidance: Working with lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex and queer persons in forced displacement](#) (Linee guida essenziali: occuparsi di persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali e queer nello sfollamento forzato), 2021.
- ▶ UNHCR, [Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-Social Support \(MHPSS\) for Displaced and Stateless Adolescents – Executive Summary](#) (Progettare un supporto digitale psicosociale e per la salute mentale sicuro per gli adolescenti sfollati e apolidi – Sintesi), 2023.
- ▶ Unicef, [Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States](#) (Migliori prassi per lavorare in presenza di minori migranti non accompagnati in contesti umanitari: guida per il personale e i volontari negli Stati Uniti), 2023.



- ▶ Unicef, [*Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)*](#) [Linee guida operative sul supporto sociale e per la salute mentale basato sulla comunità nell'ambito umanitario: supporto a tre livelli per i minori e le famiglie (versione di prova sul campo)], 2020.
- ▶ Unicef, [*A Practical Guide for Developing Child Friendly Spaces*](#) (Guida pratica alla realizzazione di spazi a misura di minore), 2008.
- ▶ UNODC, [*Evaluation Handbook: Guidance for designing, conducting and using independent evaluation at UNODC*](#) (Manuale di valutazione: linee guida per la progettazione, la conduzione e l'utilizzo della valutazione indipendente presso l'UNODC), 2022.
- ▶ OMS e OHCHR, [*The Right to Health – Fact Sheet 31*](#) (Il diritto alla salute – Scheda informativa 31), 2008.
- ▶ OMS, [*Problem management plus \(PM+\): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*](#) (Gestione dei problemi +: assistenza psicologica individuale per adulti con problemi di sofferenza nelle comunità esposte all'avversità), 2018.
- ▶ OMS, [*Health promotion – Track 1: Community empowerment*](#) (Promozione della salute – Percorso 1: responsabilizzazione della comunità), fonte: adattato dal Final Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (Rapporto finale della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute), 2008.
- ▶ OMS, [*World Report on the Health of Refugees and Migrants*](#) (Rapporto mondiale sulla salute dei rifugiati e dei migranti), 2022.
- ▶ OMS, [*Primo soccorso psicologico: manuale per operatori sul campo*](#), 2011.
- ▶ OMS, [*Guidance on Community Mental Health Services*](#) (Orientamenti sui servizi di salute mentale nella comunità), 2021.
- ▶ OMS e UNHCR, [*Valutare la salute mentale, i bisogni e le risorse psicosociali – strumenti di assessment per i contesti umanitari*](#), 2012.
- ▶ WIRED, [*The problem with Mental Health Bots*](#), 2022.
- ▶ Euronews, [*«Scientists are using fitness trackers and AI to detect depression with '80% accuracy'»*](#), consultato il 5 settembre 2024.



Ufficio delle pubblicazioni
dell'Unione europea

