



Cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2021-2027

Obiettivo Specifico «2. Migrazione legale/Integrazione» - Misura di attuazione «2.d»

Ambito di applicazione «2.m» - Intervento «Capacity building, qualificazione e rafforzamento degli uffici pubblici»

*Prog-137 - COFRAMIS- “CONtratastare le FRAgilità psicosociali dei Minori Stranieri
Cittadini dei paesi terzi nel territorio di Roma capitale”*

WP 1 – Mappatura delle aree del territorio metropolitano di Roma
con maggiore concentrazione di MCPT a rischio di fragilità psico sociali

Task 1.4 - Mappatura delle aree del territorio metropolitano di Roma a relativo
maggiore rischio di disagio psico-sociale dei MCPT

**RAPPORTO SULLA MAPPATURA DELLE AREE A MAGGIOR RISCHIO DI
VULNERABILITÀ PER I MINORI STRANIERI CITTADINI DI PAESI TERZI**

18 settembre 2025

EXECUTIVE SUMMARY

Il progetto COFRAMIS, tra le proprie attività, ha previsto la realizzazione di una mappatura delle aree a maggiore rischio di vulnerabilità dei minori stranieri cittadini di paesi terzi (MCPT) nell'area metropolitana di Roma Capitale e delle modalità con cui i servizi e le strutture pubbliche e del privato sociale localizzate nel territorio si adoperano per contrastare il transito di questi minori da condizioni di fragilità a quello di vero e proprio disagio psico somatico sociale. Si chiarisce a premessa che con il termine “fragilità psicosomatico sociale” dei minori si intende tutta l'area delle difficoltà e del disagio con cui essi, a prescindere dalla nazionalità, si confrontano con il mondo circostante, in particolare nell'età preadolescenziale e adolescenziale. Più nello specifico la condizione di fragilità psicosomatica sociale riferisce all'interconnessione dinamica che esiste tra processi psicologici e sociali, e alla continua interazione e mutuo influenzarsi di queste due dimensioni (IASC, 2007).

Secondo le ultime stime disponibili (2024) risultano risiedere nell'area metropolitana di Roma Capitale **92.370 minori con cittadinanza non italiana** (pari al 79,5% di tali minori nella Regione Lazio). In effetti, i minori con cittadinanza non italiana si concentrano prevalentemente nel Comune di Roma Capitale, seppure con un lieve calo rispetto agli inizi del secolo: nel 2024, vi risiede il 64,7% del totale dei residenti nella città metropolitana. Tra i minori stranieri, quelli non accompagnati (MSNA) costituiscono un caso specifico perché sono quelli che possono essere maggiormente interessati da condizioni di fragilità, essendo relativamente più esposti rispetto ad altri a forme di violenza vissuta e/o assistita nel percorso migratorio che li ha portati nel nostro Paese e non infrequentemente possono ritrovare queste forme anche nell'attuale situazione.

Sotto il profilo metodologico e operativo la mappatura è stata effettuata a partire da un'**indagine di tipo “desk”** che, con l'obiettivo di ricostruire un quadro quantitativo e qualitativo della presenza dei minori stranieri nel territorio metropolitano di Roma, ha riguardato sia una revisione della letteratura scientifica relativa alle fragilità che interessano i minori, in particolare stranieri, sia l'acquisizione delle diverse fonti disponibili a livello statistico ed amministrativo. Si è poi proceduto con una analisi di tipo statistico dei fattori di contesto che possono favorire lo sviluppo di condizioni di vulnerabilità nei minori, in generale, e stranieri cittadini di paesi terzi, in particolare. Il quadro che è emerso dalle analisi conoscitive suddette è stato integrato da un'indagine di campo che ha utilizzato una metodologia *mixed-method*, basata sull'utilizzo di differenti tecniche di rilevazione, sia di natura quantitativa che qualitativa.

Sulla base dell'analisi statistica condotta nel comune di Roma Capitale sono state individuate **16 zone urbanistiche**, con un numero di minori stranieri non comunitari superiore alle 500 unità, nelle quali si registra **con più elevata probabilità un significativo rischio di vulnerabilità per tali minori**. Si tratta nominativamente delle zone urbanistiche di: Torpignattara, Alessandrina, Centocelle, Quadraro (tutte situate nel Municipio V), Tomba di Nerone, La Storta, Labaro (referenti il Municipio XV) Lunghezza, 8f-Torre Angela e 8g-Borghesiana (Municipio VI), Marconi e 15c-Pian Due Torri (entrambe Municipio XI), Primavalle (Municipio XIV); Esquilino (Municipio I); Ostia Nord (Municipio X) ed infine Fogaccia (Municipio XIII). L'individuazione è stata ottenuta, come riportato nella tabella e nella rappresentazione cartografica a seguire, sulla base dell'elaborazione di un *indice sintetico di rischio* specificatamente realizzato e messo a punto a tale fine. Tale indice considera nove indicatori rappresentativi delle principali condizioni di contesto socio economico delle 143 zone urbanistiche che compongono il territorio comunale di Roma.

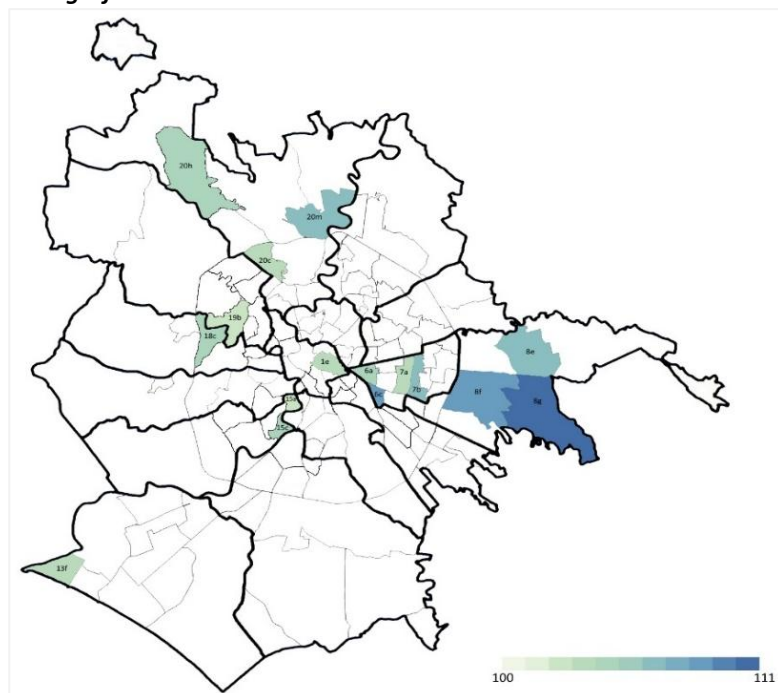
Zone urbanistiche a rischio di vulnerabilità per gli MCPT

ZU	MPI-	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8g-Borghesiana	110,4	6,2	39,9	0,389	0,506	3,3	23,6	3,7	34,8	16.960,65
8f-Torre Angela	109,2	5,5	44,2	0,314	0,488	3,2	24,7	3,5	34,2	17.189,20
8e-Lunghezza	106,6	5,4	36,2	0,273	0,513	2,5	24,5	3,1	30,7	18.739,51
7b-Alessandrina	106,0	3,8	40,6	0,275	0,505	2,8	23,3	2,7	36,5	17.847,47
7a-Centocelle	102,9	3,3	32,8	0,145	0,478	2,8	21,5	2,1	41,1	18.897,84
6c-Quadraro	108,8	4,0	41,2	0,198	0,487	3,8	25,9	2,4	43,9	18.011,52
6a-Torpignattara	103,0	3,0	33,9	0,182	0,443	3,4	23,4	1,9	37,4	20.426,36
20m-Labaro	106,3	4,0	43,0	0,263	0,446	3,3	23	2,9	37,1	19.151,43
20h-La Storta	103,9	4,7	39,4	0,322	0,364	2,8	23,0	3,7	30,5	26.715,94
13f-Ostia Nord	103,4	3,7	40,0	0,160	0,427	2,5	23,9	2,7	35,9	21.090,79
20c-Tomba di Nerone	102,4	3,1	38,4	0,239	0,388	3,3	23,1	2,7	35,0	27.795,64
1e-Esquilino	102,9	2,8	37,7	0,238	0,353	3,8	25,1	2,3	42,1	32.968,38
19b-Primavalle	100,0	3,1	36,9	0,248	0,444	2,4	18,0	2,1	31,6	21.322,41
18c-Fogaccia	103,6	4,3	38,3	0,267	0,469	2,7	20,7	2,8	23,8	18.501,46
15c-Pian Due Torri	103,0	3,8	35,3	0,242	0,461	2,4	23,4	2,0	40,7	19.266,42
15a-Marconi	101,0	3,3	33,4	0,126	0,426	3,0	21,6	1,9	36,4	22.579,39
Comune di Roma	100,0	3,5	32,3	0,240	0,401	2,3	20,8	2,3	36,4	26.286,65

Legenda indicatori

- 1: Famiglie numerose (%)
- 2: Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà (%)
- 3: Tasso di alloggi impropri
- 4: Affollamento abitazioni occupate
- 5: Non completamento scuola sec. di I° (%)
- 6: NEET (%)
- 7: Famiglie con potenziale disagio economico (%)
- 8: Uscita precoce da istruzione (stranieri) (%)
- 9: Reddito imponibile medio (€)

Cartografia delle zone a rischio di vulnerabilità nelle 16 zone urbanistiche a maggiore presenza di MCPT



Le zone urbanistiche che risultano presentare un'offerta di servizi più soddisfacente sono complessivamente otto, ovvero: Esquilino, Torpignattara, Centocelle, Quadraro, Alessandrina Marconi, Fogaccia e Primavalle. Le rimanenti zone urbanistiche presentano valori più problematici della media comunale complessiva e, dunque, un'offerta più limitata di servizi. Si tratta di tutte le zone urbanistiche dei Municipi VI e XV. Una delle due ZU del Municipio XI, ovvero la 15c-Pian delle Due Torri; cui si aggiungono Ostia Nord per il Municipio X e Pian Due Torri per il Municipio XI.

Per quanto riguarda l'hinterland metropolitano, sono stati mappati 64 comuni che manifestano un elevato rischio di vulnerabilità per i minori con cittadinanza non comunitaria. Di questi, i comuni che presentano una presenza di tali minori superiore alle 200 unità sono undici, ovvero: Anzio e Nettuno, Velletri, Ardea, Rocca di Papa, Tivoli, Fonte Nuova e Mentana, Fiano Romano, Ladispoli e Fiumicino. Questi sono anche i comuni che presentano i maggiori fattori di rischio di fragilità per gli MCPT, come riportato nella tabella seguente, ove sono sintetizzate le informazioni relative agli indicatori considerati al fine di evidenziare il contributo di ciascuno di essi al valore complessivo dell'indice sintetico di rischio.

Rischio di vulnerabilità per gli MCPT: indice sintetico e indicatori elementari

Comuni	MPI-	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fonte Nuova	108,5	6,3	39,6	0,000	1,3	43,3	24,5	3,7	13,6	17.901,94
Mentana	106,4	5,3	25,3	0,715	1,1	43,8	24,3	3,3	15,7	18.208,23
Velletri	104,7	5,4	27,2	0,200	0,8	46,3	27,0	3,9	18,8	18.134,45
Ardea	103,6	4,5	25,3	0,153	1,0	44,3	26,6	4,2	12,9	18.064,54
Anzio	103,3	4,4	34,9	0,102	0,8	38,8	26,0	3,5	14,0	19.519,87
Rocca di Papa	103,0	6,1	24,1	0,135	1,3	43,1	23,2	3,7	14,5	20.442,24
Nettuno	102,7	4,8	26,2	0,131	0,8	43,6	27,4	3,6	15,1	18.216,19
Ladispoli	102,4	4,0	23,6	0,128	1,4	39,9	26,4	3,4	14,9	18.293,42
Fiumicino	101,5	4,9	26,5	0,338	1,0	42,7	23,5	2,7	14,6	20.185,86
Fiano Romano	101,1	4,9	25,5	0,671	0,5	37,1	22,0	2,9	11,9	19.719,94
Tivoli	100,1	3,9	28,4	0,291	0,9	37,7	22,9	2,9	12,0	19.390,91
Comuni dell'Hinterland	100,0	4,6	24,6	0,251	0,7	44,1	24,3	2,8	15,9	19.673,00

Legenda indicatori

- 1: Famiglie numerose (%)
- 2: Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà (%)
- 3: Tasso di alloggi impropri
- 4: Affollamento abitazioni occupate
- 5: Persone che non hanno conseguito titoli di studio superiori (%)
- 6: NEET (%)
- 7: Famiglie con potenziale disagio economico (%)
- 8: Uscita precoce da istruzione (%)
- 9: Reddito imponibile medio (€)

Si fa presente che le undici aree comunali selezionate coprono meno di un quinto della superficie complessiva dell'hinterland metropolitano e, tuttavia, si caratterizzano per un'elevata concentrazione della popolazione residente, tanto che la densità abitativa è di molto superiore alla densità media di tutti i comuni dell'hinterland e gli stranieri residenti in questi comuni rappresentano quasi i due quinti della popolazione complessivamente presente nell'area metropolitana di Roma.

Con riguardo invece ai risultati qualitativi, così come emergono dalla **indagine di campo realizzata con operatori pubblici e privati impegnati con minori**, risulta che il sistema per l'identificazione della vulnerabilità psico somatico sociale dei minori e per la presa in carico e trattamento dei minori con

fragilità presenta diverse aree di criticità su cui occorre riflettere per rafforzare l'offerta territoriale di servizi, sia rispetto in generale al disagio dei minori, sia rispetto all'ambito più specifico dei minori di nazionalità straniera.

In particolare, infatti, sulla base di quanto risulta dai rispondenti ai questionari:

- Gli interventi realizzati dal proprio servizio/struttura nell'ambito più generale della vulnerabilità dei minori sono limitati, sia sul versante della prevenzione che della presa in carico e trattamento;
- Altrettanto limitati sono gli interventi che riguardano specificamente i minori stranieri, sia rispetto al ricorso a figure specializzate sul tema, sia a quello della formazione degli operatori e della valutazione del minore sulla base dei fattori specifici di rischio;
- Per quanto attiene alle collaborazioni con i soggetti territoriali che, a vario titolo, si occupano di identificazione e/o presa in carico e trattamento dei minori vulnerabili, esse risultano generalmente modeste, con la parziale eccezione di quelle con i servizi sociali pubblici che si occupano di minori, con le istituzioni scolastiche, le neuropsichiatrie infantili e i TSMREE e le Autorità giudiziarie; in particolare, limitati sono i raccordi con i servizi e le strutture gestiti dal privato sociale, sia quelli specializzati nell'ambito di minori che generali;
- Anche rispetto all'efficacia dei diversi interventi, i giudizi degli operatori sono tendenzialmente negativi. Per quasi i tre quarti degli intervistati, l'offerta presente sul territorio non è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare di quelli stranieri in condizione di vulnerabilità.

Nel complesso si rileva una chiara esigenza di implementare innanzitutto le azioni di formazione ed empowerment sul tema della vulnerabilità minorile e di quella specifica dei minori stranieri, in modo tale da dotare gli operatori di tutti i servizi – anche di quelli che non lavorano specificamente con minori – di strumenti per l'identificazione precoce del disagio e migliorare la conoscenza dell'offerta territoriale. Si tratta di un presupposto essenziale per la creazione di una rete sinergica di soggetti che risulti efficacemente “protettiva” nei confronti dei minori. Emerge inoltre, a conferma di quanto risulta anche dall'analisi statistica condotta in merito, la necessità di rafforzare l'offerta di servizi dedicati ai minori stranieri, soprattutto nelle aree territoriali di maggiore concentrazione di tale popolazione, strutturandola in modo tale che siano favoriti i raccordi e le collaborazioni territoriali.

Alle indicazioni della survey si aggiunge quanto emerge dagli esiti delle **interviste in profondità** realizzate e dai **focus** condotti, che hanno visto il coinvolgimento di esperti impegnati tanto nel campo dello studio del fenomeno e delle policy di prevenzione e presa in carico di minori fragili, in particolare stranieri, quanto in quello dei servizi e delle strutture operanti sul territorio. Dalle testimonianze raccolte nel complesso si conferma con forza l'ampiezza e la diffusione del disagio psicosociale e di comportamenti psicopatologici dei minori in generale e di quelli stranieri in particolare. Sono soggetti che spesso hanno una grande difficoltà a trovare una propria identità, ciò che- nel caso dei MCPT- comporta talvolta uno sdoppiamento della personalità (una a casa ed un'altra con i pari), difficoltà di integrazione con gli italiani, propensione alla ghettizzazione e all'isolamento sociale, con sbocchi depressivi e tendenze all'autolesionismo. Nel caso dei MSNA questi aspetti sono accentuati anche in relazione alla elevata vulnerabilità da stress post traumatico che frequentemente li caratterizza: arrivano in Italia con un progetto migratorio ben definito ma, per il trauma subito nel viaggio o per l'impatto riscontrato una volta arrivati, tendono a subire una sorta di ri-traumatizzazione anche sul piano psicologico e psicosociale. Per i MSNA, inoltre, uno dei momenti più critici è quello della conclusione del progetto di accoglienza per raggiunta maggiore età: è una fase che spesso comporta l'emersione, fino ad allora contenuta da un contesto comunque relativamente protettivo, di traumi vissuti, come quello della separazione dalla famiglia e dal proprio contesto culturale e quello, spesso ancora più violento, rappresentato dagli accadimenti del viaggio migratorio. Per i cosiddetti “neomaggiorenni”, le interviste convergono nel segnalare

un'insufficienza significativa dell'offerta di servizi di supporto ed accompagnamento dei minori fragili, tanto italiani quanto stranieri, che escono da percorsi protetti.

Un elemento inatteso che emerge dalle testimonianze raccolte, si riferisce al fatto che fragilità e disagio non colpiscono solo gli adolescenti ma cominciano ad estendersi anche ai preadolescenti e addirittura ai bambini. La criticità più evidente è quella rappresentata, in alcune aree del territorio metropolitano, dalla scarsa scolarizzazione dei minori già in tenera età, fenomeno che non riguarda solo gli stranieri ma anche i bambini italiani, e si manifesta con frequenti assenze, sgrammaticature nell'italiano parlato e ancor più scritto, difficoltà di lettura e di scrittura. Vi è una estesa povertà sotto il profilo delle abilità cognitive superiori che si accompagna anche a difficoltà rispetto agli schemi motori di base. Un'altra espressione di tali fragilità è rappresentata dall'insufficiente dotazione di competenze sociali che porta anche i bambini ad esprimere il conflitto in modo soprattutto fisico, quasi che non sapessero mediare e non credessero nella possibilità di trovare soluzioni che non siano di tipo fisico-aggressivo. Il disagio non risparmia neanche i minori di seconda generazione, anche essi spesso sospesi tra due mondi, sono ragazzi che manifestano una difficoltà di appartenenza e di identificazione che li conduce a non riuscire a relazionarsi con i propri pari. Nasce così una mancanza di fiducia negli altri ragazzi, nei propri pari, che produce isolamento sociale e impoverimento della dimensione relazionale. Tutti fattori che possono portare, soprattutto in età adolescenziale, a forme di disturbo psicologico grave, con aspetti depressivi e/o forme di autolesionismo. Su questo, le interviste indicano che, pur con qualche importante eccezione, vi è un'insufficienza diffusa della famiglia a identificare queste difficoltà identitarie e disturbi psichici e dunque a intervenire ed a farsi aiutare dai servizi. Un ulteriore elemento messo in evidenza dalle interviste è costituito dalla differenziazione per genere con cui si manifesta la fragilità nei MCPT: essa origina, nelle ragazze, dal compromesso tra prescrizioni familiari e tendenze del gruppo delle pari, un aspetto che è molto meno accentuato nei maschi, che però tendono a ricercare una indipendenza che non infrequentemente cortocircuita il successo scolastico nella ricerca di piccoli lavori che consentono comportamenti apparentemente adulti (come il bere, fumare ecc.).

La risposta istituzionale a queste fragilità minorili ed a questo disagio è spesso difensiva: non è raro che si adotti la scorciatoia della medicalizzazione e del combattere il disagio principalmente attraverso i farmaci, con una scarsa attenzione ad un approccio transculturale. Per quanto attiene i soggetti che dovrebbero offrire sostegno ai minori fragili, va sottolineato come in nessuna intervista siano emerse problematiche relative a carenza di personale dedicato nei servizi pubblici di Roma Capitale, forse anche in ragione della attuale maggior dotazione di risorse legata al PNRR e al Giubileo. Criticità molto evidenti, al contrario, si riscontrano invece per le ASL (pur con delle eccezioni importanti) ed in questo ambito per i TMSREE che, pur essendo strutture specificamente dedicate alla presa in carico dei minori più vulnerabili, sono sottoposte ad un enorme carico di lavoro dovuto alla crescita esponenziale del disagio minorile registratosi in particolare dopo il COVID-19. In questo caso, le testimonianze raccolte appaiono indicare, oltre a tempi di attesa che nel tempo si sono enormemente dilatati (sino a far raggiungere alle liste i 18 mesi per una visita), una ancora gravissima carenza di personale, anzitutto sotto il profilo quantitativo ma talvolta anche sotto quello qualitativo che, nel caso degli stranieri, si manifesta, ad esempio, con la mancanza di test diagnostici in lingua madre e la difficoltà ad attivare mediatori linguistici e culturali. Viene sottolineata, per i minori stranieri, anche la barriera culturale in senso lato (cioè, non soltanto linguistica), che impedisce allo specialista una compiuta comprensione del disagio e conseguentemente uno scambio comunicativo adeguato con il minore (ed eventualmente la sua famiglia) e pertanto un intervento di supporto efficace. La conseguenza di queste difficoltà di risposta dei TMSREE è che, una volta effettuata la diagnosi, il percorso terapeutico, quando possibile, viene traslato su soggetti del privato sociale che, in forma sostitutiva del pubblico, riescono a rispondere ai bisogni di presa in carico di minori e famiglie straniere. A questo riguardo, nelle interviste è emersa una valutazione in generale positiva delle capacità e della presenza di un privato sociale abbastanza capillare e

particolarmente attivo e competente nel territorio di Roma Capitale, capace di compensare in taluni casi anche le difficoltà di presa in cura dei servizi sanitari pubblici. Diversa appare, purtroppo, la situazione nel territorio della Città metropolitana, dove si registra un minor peso del privato sociale da impegnare in servizi di assistenza ai minori fragili e ancor più una difficoltà di intervento dei TSMREE di questi territori, a causa di una carenza di organico maggiormente accentuata rispetto a Roma Capitale.

Le analisi condotte hanno quindi messo in luce una serie di criticità sistemiche che ostacolano l'efficace prevenzione e gestione del disagio tra i minori stranieri nella area Metropolitana di Roma Capitale rispetto alle quali si propongono alcune **suggerzioni d'intervento** relative a: potenziamento strutturale dei servizi pubblici; formalizzazione delle reti territoriali e semplificazione burocratica; necessità di rafforzare gli investimenti nella formazione; corretta gestione del passaggio all'età adulta dei MSNA; e infine opportunità di rendere l'offerta dei servizi maggiormente proattiva e accessibile.

INDICE

PREMESSA	2
1. IL DISAGIO MINORILE NELLA LETTERATURA, CON PARTICOLARE RIGUARDO AI MINORI STRANIERI.....	4
2. LA PRESENZA DI MINORI STRANIERI NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA.....	9
2.1 I minori stranieri nel Comune di Roma	11
2.2 I minori stranieri nell'hinterland metropolitano	17
2.3 Senza fissa dimora, minori stranieri non accompagnati e residenti in strutture	20
3. LA METODOLOGIA PER LA MAPPATURA DELLE AREE TERRITORIALI A MAGGIORE RISCHIO DI FRAGILITÀ E DEVIANZA PER GLI MCPT	22
3.1 Il background teorico	22
3.2 Criteri per la realizzazione della mappatura dei fattori di rischio.....	23
3.2.1 La selezione degli indicatori.....	23
3.2.2 La costruzione dell'indice sintetico di fragilità sociale	26
3.2.3 L'analisi delle informazioni.....	28
3.3 Criteri per la mappatura dei servizi	29
4. I RISULTATI DELLA MAPPATURA.....	30
4.1 Zone urbanistiche con un elevato rischio di vulnerabilità per MCPT nel Comune di Roma	30
4.2 I Comuni dell'hinterland metropolitano	36
5. GLI ESITI DELL'INDAGINE DI CAMPO	40
5.1 La survey rivolta agli operatori dei servizi.....	40
5.1.1 Strumenti e metodologia della survey	40
5.1.2 I professionisti coinvolti nella survey	42
5.1.3 Le funzioni dei servizi/strutture di afferenza	44
5.1.4 Il raccordo con gli altri servizi/strutture del territorio	50
5.1.5 Il giudizio complessivo di efficacia	54
5.1.6 Punti di forza del sistema	63
5.1.7 Criticità del sistema	65
5.1.8 Indicazioni per migliorare l'offerta dei servizi.....	67
5.1.9 Considerazioni di sintesi.....	70
5.2 Il disagio dei minori stranieri quale emerge dalle interviste e dai focus	71
5.2.1 Introduzione	71
5.2.2 Le interviste e focus a testimoni privilegiati.....	72
5.3 Approfondimenti qualitativi della mappatura	99
5.3.1 Il caso di Ostia Nord	100
5.3.2 Il caso di Ladispoli.....	102
5.3.3 Considerazioni conclusive.....	110
6. ALCUNE SUGGERZIONI CONCLUSIVE	112
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI.....	113
ANNESI	
ANNESSO 1 – GLI ESITI DELLA MAPPATURA	118
A - Presenza di minori stranieri, indice di rischio e indicatori che lo compongono nelle Zone urbanistiche di Roma Capitale	118
B - Presenza di minori stranieri, indice di rischio e indicatori che lo compongono nei comuni dell'hinterland metropolitano	124
C - Una fotografia sociodemografica del territorio di Ladispoli.....	129
ANNESSO 2 – GLI STRUMENTI DI INDAGINE.....	131
D – I questionari strutturati per la survey rivolta agli operatori dei servizi	131
E – La traccia per l'intervista a testimoni privilegiati	159

PREMESSA

Il progetto COFRAMIS ha previsto la realizzazione di una mappatura delle aree a maggiore rischio di vulnerabilità dei minori stranieri cittadini di paesi terzi (MCPT) nell'area metropolitana di Roma Capitale e delle modalità con cui i servizi e le strutture pubbliche e del privato sociale localizzate nel territorio si adoperano per contrastare il possibile transito di questi minori da condizioni di fragilità a quello di vero e proprio disagio psico somatico sociale.

Per il conseguimento della suddetta finalità si è proceduto attraverso due step consecutivi, così sintetizzabili:

- a. attuazione di un'analisi conoscitiva volta a identificare, sulla base delle fonti statistiche ed amministrative disponibili, il quadro di contesto (a livello di ripartizioni urbane nel caso di Roma capitale e di interi comuni per rapporto-all'hinterland metropolitano) potenzialmente capace di favorire condizioni di relativo maggiore rischio di vulnerabilità per gli MCPT;
- b. implementazione di un'indagine di campo finalizzata ad integrare ed estendere il quadro che emerge dall'analisi di cui al punto precedente, acquisendo in questo ambito anche elementi informativi riguardo funzionalità ed eventuali problematiche dei servizi offerti dalle strutture impegnate nel territorio metropolitano di Roma per la prevenzione e la presa in carico di minori stranieri fragili e rispettive famiglie, pervenendo così alla definizione conclusiva della mappatura.

A premessa va chiarito che con MCPT si intendono i minori che non hanno cittadinanza italiana né appartengono a Paesi dell'U.E. In questa fattispecie rientrano i MCPT accompagnati¹, quelli non accompagnati², quelli richiedenti asilo politico ed i minori di etnia rom, sinti e camminanti. In comune essi vivono una esperienza di migrazione che, sebbene di per sé non abbia carattere necessariamente patologizzante, rappresenta comunque un elemento di rottura che contiene una potenzialità traumatica ed espone il minore al rischio di maturare stati di disagio psico sociale relativamente maggiore rispetto a quelli dei coetanei autoctoni. Con il termine vulnerabilità ci si riferisce dunque ad una condizione di aumentato rischio ad essere affetti da fattori stressogeni³ e/o traumatici⁴ con un impatto nocivo o destabilizzante per il proprio stato di sicurezza e/o benessere psicofisico. Comprendere il concetto di vulnerabilità permette di riconoscere e poter agire su quei fattori -individuali, familiari, sociali, ambientali, culturali, ecc.- che inducono uno stato di maggiore fragilità, o maggiore esposizione ad una minaccia, o ancora, una compromessa capacità di resistere all'impatto avverso. Come chiarisce l'Unicef (2022) «nell'ambito della Protezione dell'Infanzia, un minore senza adeguata protezione parentale è esposto ad un rischio accentuato rispetto un coetaneo che può fare affidamento sulla supervisione e sostegno genitoriale. Il mancato supporto

¹ Si chiarisce che per minori stranieri accompagnati senza cittadinanza italiana si intendono i minori che risiedono sul territorio italiano e vivono con la famiglia o con altre figure di riferimento legalmente individuate.

² Per minori stranieri non accompagnati (MSNA) ai sensi dell'art. 2 della L. 47/2017 si intendono i minorenni non aventi cittadinanza italiana, o dell'Unione Europea, che si trovano per qualsiasi motivo nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

³ Il termine 'stress' è utilizzato per descrivere una risposta psicologica e fisiologica che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi. La sensazione che si prova in una situazione di stress è di essere di fronte a una forte pressione mentale ed emotiva e la risposta psicofisiologica varia da persona a persona e con l'età. Negli adolescenti può manifestarsi con insonnia, alterazione dell'appetito, umore variabile, fragilità emotiva, maggiore tensione nervosa, stati ansiosi, tendenza a isolarsi, difficoltà a concentrarsi, ecc.

⁴ Il trauma psicologico scaturisce normalmente da un'esperienza profondamente destabilizzante che viola la sensazione di sicurezza e integrità psicofisica di sé stessi, o di un'altra persona. Di solito si tratta di un evento inatteso e fortemente minaccioso, di fronte al quale la persona si sente impotente. È bene tenere presente che un evento potenzialmente traumatico, per quanto drammatico possa apparire, non genera in tutte le persone esposte la stessa reazione, dato che sono molteplici i fattori in gioco. Molti minori esposti a eventi catastrofici (disastri naturali, guerre, ecc.) riescono a gestire e superare l'alto livello di stress e la profonda sofferenza psicologica che ne derivano, grazie a strategie di coping personali e a possibili risorse esterne a disposizione (i cosiddetti "fattori di protezione").

delle figure di riferimento può generare anche una aumentata difficoltà nel gestire situazioni ostili, con conseguente compromissione del benessere psicosociale e dello sviluppo psicofisico del minore».

Sotto il profilo metodologico e operativo, la mappatura è stata effettuata a partire da un'indagine di tipo "desk" che, con l'obiettivo di ricostruire un quadro quantitativo e qualitativo della presenza dei minori stranieri nel territorio metropolitano di Roma, ha riguardato sia una revisione della letteratura scientifica con riguardo alle fragilità che interessano i minori, in particolare stranieri, sia l'acquisizione delle diverse fonti disponibili a livello statistico ed amministrativo. Si è poi proceduto con una analisi di tipo statistico dei fattori di contesto che possono favorire lo sviluppo di condizioni di vulnerabilità nei minori in generale e stranieri cittadini di paesi terzi in particolare. Il quadro che è emerso dalle analisi conoscitive suddette è stato inoltre integrato da un'indagine di campo che ha utilizzato una metodologia *mixed-method*, ovvero si è basata sull'utilizzo di differenti tecniche di rilevazione, sia di natura quantitativa che qualitativa. Nello specifico, si è proceduto con le seguenti attività:

- I. *survey*, con questionario semi-strutturato, che, rivolta a operatori che lavorano nei servizi e nelle strutture dedicate ai minori stranieri, ha coinvolto soggetti operanti in servizi sociali, sanitari, strutture di accoglienza di Comuni e ASL, scuole di ogni ordine e grado, strutture di accoglienza dei MSNA, e più in generale nel privato sociale impegnato nel territorio metropolitano a supporto di MCPT in condizioni di fragilità psico-sociale. La survey ha interessato oltre 500 operatori consentendo di acquisire 257 questionari compilati, di cui 232 di operatori/trici con esperienza nel lavoro con i minori;
- II. interviste in profondità, che hanno coinvolto (14) esperti impegnati tanto nel campo dello studio del fenomeno e delle policy di prevenzione e presa in carico di minori fragili quanto nell'ambito dei servizi e delle strutture operanti sul territorio. Nello specifico, le interviste hanno riguardato psicologi, psichiatri, assistenti sociali, esperti istituzionali di Municipi di Roma capitale e comuni, operatori del privato sociale impegnati nel settore.
- III. focus group (nel numero di 2) che hanno coinvolto testimoni privilegiati costituiti da operatori ed esperti del settore.

È opportuno avvertire che l'attività di indagine ha preso in considerazione – e non poteva essere altrimenti in considerazione del fatto che non vi sono strutture specificatamente dedicate ai minori stranieri, salvo nel caso di quelli non accompagnati - l'offerta di servizi dedicati in generale a tutti i minori fragili, potenzialmente o effettivamente colpiti da disagio psico-somatico-sociale e alle loro famiglie, senza uno specifico riguardo alla loro nazionalità. Accanto a ciò va ricordato inoltre che i fattori di rischio, a meno di alcune tipologie specifiche di fattori che caratterizzano alcuni segmenti etnicamente individuati di popolazione minorile extra comunitaria, sono sostanzialmente gli stessi che interessano tutti i minori e le loro famiglie a prescindere dalla nazionalità.

Il rapporto si articola come segue. Dopo la presente premessa, il capitolo 1 presenta un approfondimento sul disagio minorile che risulta interessare i minori con retroterra migratorio così come emerge dalla letteratura scientifica in materia. Nel capitolo 2 si analizzano, sulla base dei dati disponibili, presenza e caratteristiche dei minori stranieri nella città metropolitana di Roma Capitale. Il capitolo 3 illustra la metodologia messa a punto per la determinazione degli indicatori utilizzati per la realizzazione di una mappatura delle aree in cui si concentrano fattori socioeconomici che possono favorire nei minori stranieri di paesi terzi condizioni di fragilità e devianza (le zone urbanistiche, nel caso di Roma Capitale e i Comuni, nel caso dell'area metropolitana). Nel capitolo 4 si realizza concretamente la mappatura così come determinata sulla base della applicazione della metodologia presentata nel capitolo precedente. Il capitolo 5 è dedicato alla presentazione dei risultati dell'indagine di campo condotta, articolata in una survey e in interviste e focus group a testimoni privilegiati; esso contiene anche la descrizione di due studi di caso, rispettivamente riferiti a Roma Capitale Ostia Nord) e alla città metropolitana (Ladispoli), che sono parsi particolarmente significativi

nell'illustrazione tanto delle condizioni di disagio psico somatico sociale degli MCPT quanto anche dell'adeguatezza o meno dei servizi, pubblici e privato-sociali, per farvi fronte. Infine, il capitolo 6 contiene alcuni suggerimenti generali per il miglioramento dell'attività indirizzata ad una riduzione del rischio di vulnerabilità al disagio psico sociale dei MCPT.

Completano il rapporto due annessi: il primo riguarda gli esiti della mappatura e contiene da un lato le tavole statistiche con gli indicatori utilizzati per l'identificazione delle zone territoriali a rischio di Roma Capitale (A) e dei Comuni dell'hinterland (B) e, dall'altro lato, una descrizione del contesto socio-demografico del territorio di Ladispoli (C); l'annesso 2 presenta gli strumenti di indagine, ovvero i questionari per la realizzazione della survey rivolta agli operatori dei servizi (D) e la traccia per l'intervista a testimoni privilegiati (E).

1. IL DISAGIO MINORILE NELLA LETTERATURA, CON PARTICOLARE RIGUARDO AI MINORI STRANIERI

In questo rapporto si chiarisce a premessa che con il termine “fragilità psicosomatico sociale” dei minori, si intende tutta l'area delle difficoltà e del disagio con cui essi, a prescindere dalla nazionalità, si confrontano con il mondo circostante, in particolare nell'età preadolescenziale e adolescenziale. Più nello specifico la condizione psicosomatica sociale riferisce all'interconnessione dinamica che esiste tra processi psicologici e sociali, e alla continua interazione e mutuo influenzarsi di queste due dimensioni (IASC, 2007). La dimensione psicologica include i processi interni, emotivi e introspettivi di una persona. La dimensione sociale include le relazioni, le reti familiari e comunitarie, i valori sociali e le pratiche culturali. Si tratta di fattori che condizionano lo sviluppo neuropsichico che, sebbene in parte per sé fisiologica sin dalla nascita e nel corso della crescita, può evolvere, in relazione ad una serie di fattori concatenati, in condizioni patologiche che interferiscono con lo sviluppo del minore. Di norma, questo aspetto si manifesta con sintomi neurologici, comportamentali, relazionali, cognitivi e affettivi tali da condizionare in modo rilevante la condotta relazionale del minore in contesti come la casa, la scuola, il tempo libero. Se dunque esso rappresenta un rischio per tutti i minori, nel caso di quelli immigrati si rileva molto più presente in quanto questi soggetti vivono una condizione di oggettiva vulnerabilità decisamente maggiore rispetto agli autoctoni a seguito ad una pluralità di fattori ormai ben noti. Anzitutto all'esperienza di perdita che l'emigrare implica e poi alle frequenti deprivazioni e violenze connesse spesso alle traiettorie del viaggio di migrazione e successivamente alle difficoltà di adattamento culturale e di inserimento sociale, oltre che -non di rado- anche ai fenomeni di discriminazione con cui si trova confrontato nel paese ospitante. I figli di famiglie immigrate, non ritenendosi spesso adeguati rispetto ai propri coetanei e sentendosi collocati da essi in un una categoria a parte, si possono non infrequentemente auto percepire come “sbagliati”, così che essendo già sovente in una condizione di fragilità anche dal punto di vista economico e sociale, sono soggetti con maggiori probabilità a sviluppare un disagio che può facilmente sfociare in disturbi neuropsichici. Una probabilità che, come ormai consolidato dai risultati di molti studi in materia (Carlson, Cacciatore e Klimek, 2012; Fazel *et al.*, 2012; Hassan *et al.*, 2016), aumenta significativamente nel caso dei minori immigrati non accompagnati (MSNA). Al riguardo, si sottolinea come «i fattori di rischio nella storia anamnestica del minore, possono riferirsi a tre diversi momenti del percorso migratorio- precedente, inerente e successivo al viaggio- e si intersecano dinamicamente tra loro producendo linee evolutive differenti, caratterizzate da vari livelli di rischi» (Dal Lago *et al.*, 2021: 57). Si tratta di un insieme di fattori che partono dall'esperienza traumatica della separazione dalla propria famiglia, cioè da un aspetto che, come molti studiosi affermano, può essere considerato come uno dei maggiori fattori di rischio per l'emersione di problemi psicologici futuri (Sourander, 1998; UNICEF-UNHCR, 2005; UNICEF, 2016). A

ciò si aggiunge l'essere stati spesso vittime o testimoni, durante il viaggio migratorio, di violenze fisiche e/o psicologiche, abusi, sfruttamento, discriminazione, di condizioni di estrema povertà. Tutti fattori che nel delineare per questi minori una esperienza di frammentazione e discontinuità possono contribuire ad alimentare lo sviluppo di comportamenti psicopatologici soprattutto nell'area delle relazioni (come ipervigilanza e controllo, mancanza di fiducia negli altri, isolamento sociale, aggressività ecc.). Vi è poi un fenomeno, che si sta oggi diffondendo sempre di più, costituito da famiglie che coscientemente mandano in Italia minori problematici che non si sanno come gestire nel proprio paese con l'idea che possano trovare occasioni migliori per ridurre il loro disagio. Gli arrivi più recenti sono soprattutto dalla Tunisia ma questo tipo di migrazione è radicato da almeno un decennio anche da altri paesi⁵. Sono minori più fragili dal punto di vista psico-sociale e sempre più spesso coinvolti in reti di tratta e sfruttamento e comunque di coinvolgimento in percorsi di criminalità con ricadute sulla sicurezza loro e dei loro coetanei. Non è forse inutile sottolineare che molti dei fattori di rischio sopra riferiti ai MSNA e connessi ai tre diversi periodi del percorso migratorio (precedente, inerente e successivo al viaggio di migrazione) non appaiono in realtà una caratteristica esclusiva dei MSNA, ma possono in larga misura essere estesi a larga parte dei minori, anche quelli accompagnati, che vivono un'esperienza migratoria, che non diversamente dai MSNA esperiscono il trauma del distacco dalla famiglia allargata (nonni, zii e quanti altri familiari restano), possono vivere esperienze altamente drammatiche e traumatizzanti, pur in presenza di genitori e parenti, nel corso del viaggio di migrazione e si confrontano con un contesto di accoglienza nel paese ospitante frequentemente discriminante, quando non apertamente ostile, che genera difficoltà di inserimento sociale e discriminazione.

Non si può altresì sottacere come le marcate fragilità dei minori cittadini di paesi terzi (MCPT) si collocano in un contesto di diffuso disagio che investe attualmente un po' tutta la popolazione minorile, favorito sia dai profondi mutamenti intervenuti nella struttura delle relazioni sociali (in larga parte legati all'avvento della società digitale)⁶, sia dalle difficoltà che, in seguito alla crisi economico-finanziaria della fine degli anni duemila, hanno interessato alcune parti della popolazione, con accentuazione delle disuguaglianze e amplificazione delle incertezze, non solo lavorative, legate al passaggio dei giovani all'età adulta⁷. La perdita di dimensione ludica, la severa riduzione delle interazioni sociali e la didattica a distanza in condizioni non progettate, hanno inciso fortemente sui fattori di sviluppo del potenziale e di benessere di bambini e adolescenti. In questo ambito lo spostamento online delle pratiche sociali e relazionali è stato identificato come una delle componenti di rischio già a partire dal 2011 (IOM, 2014). La letteratura scientifica evidenzia come nell'ultimo decennio, in molte aree del mondo, siano in forte crescita i disagi in preadolescenza e in adolescenza che si configurano come una vera emergenza nella salute mentale, con manifestazioni che sconfinano nella patologia (Costa *et al.*, 2018). A questo proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con riferimento al periodo compreso tra il 2018-2023, segnala trattarsi di un'area di rischio che tocca nel mondo il 10% dei bambini e il 20% degli adolescenti. L'OMS riporta anche che il 75% delle patologie psichiatriche esordisce prima dei 25 anni e che la metà presenta sintomi prima dei 14 anni, con una tendenza in netta crescita negli ultimi anni (ben espressa nel significativo

⁵ Come sottolinea Vincenzo Guidetti, docente di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza all'Università Sapienza di Roma, «Nell'ultimo decennio abbiamo visto un flusso analogo dall'Egitto: ci si "libera" a volte di bambini e ragazzi con problematiche che non si sanno gestire» (in Ferrara e Gennaro, 2025).

⁶ In questo senso, cfr. Cerutti (2012).

⁷ La letteratura scientifica ha messo da tempo in luce che le difficoltà finanziarie e le crescenti incertezze sul futuro hanno reso assai diffuse nel contesto europeo le reazioni depressive, le condotte suicidarie, i disturbi d'ansia e il *burnout*: si veda, in questo senso, la ricerca *Social Inclusion of People With Mental Health Problems in Times of Recession*, 2009 (*Mental Health Europe Position Paper on the Occasion of the 8th Roundtable on Poverty and Social Exclusion*, Stockholm). Sulla problematicità che assume il sempre più difficoltoso passaggio alla vita adulta (con inevitabile prolungamento dell'adolescenza, quale periodo di ricerca per l'identità personale, professionale e sociale) si veda la ricerca di Lebowitz, Dolberger, Nortov, Omer H. (2012).

aumento degli accessi in Pronto soccorso per autolesionismo, ideazione suicidaria e depressione, pari ad oltre il 115%) e con esordi precoci soprattutto per i disturbi del comportamento alimentare già a partire dagli 8 anni. Nel 2019 dieci milioni di bambini e giovani minori assumevano negli Stati Uniti regolarmente farmaci antidepressivi e persino antipsicotici (National Alliance on Mental Illness, 2019) e sempre negli Stati Uniti si registrava tra il 2007-2015 una significativa impennata di tentativo di suicidi i bambini e adolescenti (Burstein *et al.* 2019). In un simile contesto, la crisi pandemica da Covid-19 ha contribuito a rendere ancor più rilevante, e per molti versi drammatico, il fenomeno in esame, favorendo al contempo lo sviluppo e la maturazione di nuove forme di fragilità ed acuendo il malessere nella popolazione giovanile in generale e in particolare nelle fasce più vulnerabili per condizione economica o status. Nel corso della crisi pandemica c'è stata una chiusura pressoché assoluta dei servizi sanitari e sociali, inclusi quelli dedicati ai minori, che ha comportato una severa restrizione, quando non una chiusura, dei programmi di supporto nutrizionale, materno e neonatale e più in generale dei programmi locali di protezione dei minori, che hanno colpito con particolare vigore le aree di popolazione collocate al fondo della scala sociale sia per ragioni razziali che per motivi di status socio-economico o per ambedue i fattori (Khanijani *et al.*, 2021) e, alla stessa stregua, molti studi hanno evidenziato una correlazione fra bassi livelli di reddito e accresciuto rischio sanitario di madri e minori⁸. Al disagio materiale provocato da un peggioramento della condizione lavorativa e reddituale nelle famiglie, si è infatti affiancato un importante disagio psicologico aggravato dall'impoverimento della dimensione relazionale come conseguenza dell'adozione delle misure restrittive di contenimento del virus⁹. Diversi e approfonditi studi, a livello nazionale e internazionale, hanno messo in evidenza gli effetti su disagio e disturbi psichici (Copeland *et al.* 2021; Oblath *et al.*, 2023) dell'isolamento forzato della quarantena e del distanziamento sociale tra i bambini e gli adolescenti, della didattica a distanza (Dors, 2021). Nel corso del 2021, a seguito della pandemia, Unicef (2021) ha lanciato un vero e proprio allarme, registrando come, a livello globale, più di un adolescente su 7 tra i 10 e i 19 anni conviva con un disturbo mentale diagnosticato e un diffuso aggravamento del disagio adolescenziale. Un segnale confermato, nel medesimo anno, anche dal Position Statement della International Unit for Health Promotion and Education (IUHPE) che rileva come siano stati registrati tassi crescenti di sentimenti di solitudine, distacco sociale, minor senso di appartenenza, oltre a depressione, ansia, sintomi da stress post-traumatico (PTSD) e aumento di pensieri e comportamenti suicidari, in generale e in particolare tra adolescenti e giovani (IUHPE, 2021). Lo stesso documento evidenzia un collegamento tra il peggioramento della salute mentale della popolazione, quale effetto secondario della pandemia e l'ampliamento delle disuguaglianze socioeducative e di salute per i gruppi e sottogruppi di popolazione che già in precedenza sperimentavano tale condizione prima della pandemia (EuroHealthNet, 2016). Una tendenza ulteriormente aggravatasi negli ultimi anni così come appare confermare, quantomeno con riguardo ai paesi dell'UE, una recente pubblicazione dell'Unicef (2024), da cui emerge come un adolescente su cinque soffre di un disturbo mentale, l'8% di ansia e il 4% di depressione, con una maggiore prevalenza fra le femmine. Si tratta di un fenomeno che non risparmia il nostro Paese: la letteratura scientifica riporta come nella fascia giovanile si registra un aumento della solitudine, di ansia e depressione, dei disturbi del sonno, assieme allo sviluppo di sintomi riconducibili a PTSD, aspettative meno ottimistiche verso il futuro e crescita delle preoccupazioni, con un sensibile aumento di comportamenti aggressivi e trasgressivi¹⁰, quando non devianti. Secondo uno studio

⁸ Tra i molti studi pubblicati, di particolare interesse appare, in questa prospettiva Chmielewska B. *et al.* (2021).

⁹ Il "Rapporto BES 2020" dell'Istat ha evidenziato che nel secondo trimestre 2020 i giovani di 15 – 29 anni "invisibili" (i cd. Neet, non impegnati nello studio, né nel lavoro, né nella formazione) sono cresciuti al 23,9% (a fronte del 21,2% dello stesso periodo dell'anno precedente).

¹⁰ È quanto emerge, tra l'altro, dal primo *Rapporto del gruppo di esperti su Demografia e Covid* (2020), istituito presso il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il fenomeno è stato direttamente osservato anche da diverse Aziende Sanitarie Locali, le quali hanno registrato un incremento della richiesta di supporti

dell'Istituto Superiore di Sanità (Orazi *et al.*, 2024), nel 2022 i disturbi di natura neuropsichiatrica tra bimbi ed adolescenti erano nettamente in crescita e riguardavano all'incirca 2 milioni di soggetti con età compresa tra 0,1 e 17 anni

Il Rapporto sul Benessere Equo Sostenibile (ISTAT, 2023) rileva infatti come a partire dal 2020 molti indicatori di benessere, invece che migliorare, peggiorino. Soprattutto, colpisce l'addensarsi di dati negativi che riguardano i ragazzi e perfino i bambini. Le condizioni di benessere psicologico dei ragazzi di 14-19 anni sono peggiorate. Il punteggio di questa fascia di età (misurato su una scala in centesimi) è sceso a 66,6 per le ragazze (-4,6 punti rispetto al 2020) ed a 74,1 per i ragazzi (-2,4 punti). Gli adolescenti insoddisfatti e con un basso punteggio di salute mentale erano nel 2019 il 3,2% del totale: nel 2022 la percentuale è quasi raddoppiata (6,2%) e circa 220 mila ragazzi tra i 14 e i 19 anni si dichiarano insoddisfatti della propria vita e si trovano, allo stesso tempo, in una condizione di scarso benessere psicologico. Tra i ragazzi di 14-17 anni, sono state anche osservate quote elevate e crescenti di consumatori di alcol (23,6%).

Alcuni sottogruppi di minori sono a maggior rischio: è il caso delle ragazze, delle minoranze sessuali e di genere, dei minori immigrati accompagnati o non, dei minori di famiglie a un basso livello socioeconomico e di quelli che escono dal circuito scolastico. In particolare, i minori che appartengono a minoranze etniche o sono figli di immigrati vivono in una condizione di contesto che avvertono molto spesso come ostile e si portano dentro un bagaglio esperienziale frequentemente traumatico, ambedue fattori che accentuano significativamente gli aspetti di fragilità e di rischio sopra richiamati rispetto alla popolazione autoctona. Sono quindi anzitutto i minori stranieri immigrati che, più di quanto avviene per i loro coetanei autoctoni, si confrontano con un modello sociale che, come riporta in termini molto efficaci uno studio sul disagio giovanile, "sembra non accettare la sofferenza e la sconfitta, [in] una società che delinea un quadro idilliaco di benessere, di bellezza, di successo da raggiungere ad ogni costo ed in ogni ambito da quello scolastico a quello lavorativo" (Pavoncello, 2015: 41). Una percezione di comportamenti sociali che, se in generale chiede troppo ai minori, nel caso delle componenti giovanili potenzialmente più fragili, quali gli MCPT, può alimentare senso di precarietà, smarrimento d'identità e di ruolo: tutti elementi che incidono significativamente sul benessere mentale aumentando i rischi di transito da una condizione disagio ad un vero e proprio malessere psico-sociale.

Per quanto attiene la realtà romana, un recente studio retrospettivo riferito ad una delle aree degradate di Roma Capitale (Ruggetti *et al.*, 2025) ha preso in considerazione 638 pazienti pediatrici (286 femmine e 352 maschi) presi in carico da un centro dell'Istituto di Medicina Solidale nel periodo aprile 2020-dicembre 2021, in larga maggioranza provenienti dall'Africa (46%) e dall'Europa dell'Est (35,8%), oltre che dall'Estremo Oriente, dal Sudamerica e dal nostro Paese (rispettivamente in percentuali del 5,8%, 5,5% e 7%). I minori con disturbi psichiatrici e comportamentali già accertati in precedenza dalle Asl erano il 10,8% dell'intera popolazione presa in considerazione e la maggior parte dei genitori risultavano disoccupati al momento della prima visita. Per le madri, in particolare, è stato possibile verificare i livelli di istruzione: benché circa il 50% di esse fosse in possesso di un diploma di scuola superiore o di una laurea, oltre l'80% era in condizione di disoccupazione ed oltre il 55% delle famiglie risultava con un ISEE inferiore ai 1000 euro (ibidem: 7). I disordini di natura psichiatrica dei minori sono risultati confermati nel corso delle visite effettuate, con una prevalenza di sindrome specifica da disordine linguistico (oltre il 30%) e da disordine nell'apprendimento (oltre il 20%), seguiti da deficit dell'attenzione e iperattività, autismo, ansia e depressione.

Infine, di particolare interesse sono i risultati di un recente studio longitudinale, condotto nell'area metropolitana di Roma, denominato "*Indagine Mutamenti Interazionali e Benessere (MIB)*", realizzato dall'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle

psicologici a favore di persone giovani. Lo Spazio Giovani dell'Ausl ospedaliera di Parma, ad esempio, ha rilevato un incremento del 120% dei casi legati al disagio giovanile.

Ricerche¹¹ con lo scopo di monitorare e approfondire i mutamenti in corso nell'interazione umana in età adolescenziale, ovvero di analizzare atteggiamenti e comportamenti di studenti e studentesse di scuole pubbliche secondarie di primo grado ai fini dell'identificazione di fattori di tipo individuale e sociale ostativi alla diffusione del benessere adolescenziale con particolare attenzione ai mutamenti interazionali, ai condizionamenti sociali, alla devianza comportamentale online e offline, ai comportamenti a rischio e ai disagi psicologici.

Nel rimandare alla [pagina istituzionale del progetto](#) per gli opportuni rimandi bibliografici, utili a rappresentare in modo esaustivo i risultati dello studio, ci si sofferma in questa sede su alcuni degli aspetti maggiormente critici che riguardano i minori di nazionalità straniera. Complessivamente, nelle prime cinque rilevazioni sono stati coinvolti 319 minori stranieri, pari al 10,4% del totale di studenti (ovvero, 3.068 in valore assoluto); di questi, il 45,5% frequenta un istituto tecnico, il 21,6% un istituto professionale e il 32,9% il liceo.

Un primo aspetto maggiormente problematico riguarda l'iperconnessione, che interessa la popolazione minorile straniera in misura maggiore rispetto agli italiani. Gli studenti stranieri che affermano di essere connessi per più di 3 ore al giorno costituiscono, infatti, ben il 49,4% del totale degli studenti stranieri contro il 34,9% degli italiani. Risultano, inoltre, maggiormente problematiche le rappresentazioni che gli stranieri hanno delle relazioni sociali in quanto ben 3 stranieri su 10 ritengono che il dialogo diretto sia ormai utile solo a chi non usa i social media, il 36,2% afferma che quando è in compagnia guarda in continuazione il cellulare e il 32,4% ritiene che la comunicazione virtuale con amici/che possa sostituire quella di persona. Oltre un terzo di studenti stranieri, inoltre, afferma di frequentare nel tempo libero gli amici attraverso internet e i social media e poco più di un quarto di trascorrere il tempo libero da solo, mentre più limitata è la quota di stranieri che frequenta dal vivo gli amici (46,7%, vs. il 64,5% degli italiani). Anche in termini di numerosità degli amici con cui gli studenti si confidano gli stranieri mostrano una rete sociale più debole: quasi un decimo di essi, infatti, non vede alcun amico dal vivo e il 55,1% vede da uno a 3 amici; all'opposto, maggiore è la quota degli stranieri che afferma di vedere gli amici stretti solo online (58,2%), ovvero un solo amico nel 19% dei casi, due o tre amici nel 19,3% dei casi e oltre 3 amici nei casi restanti.

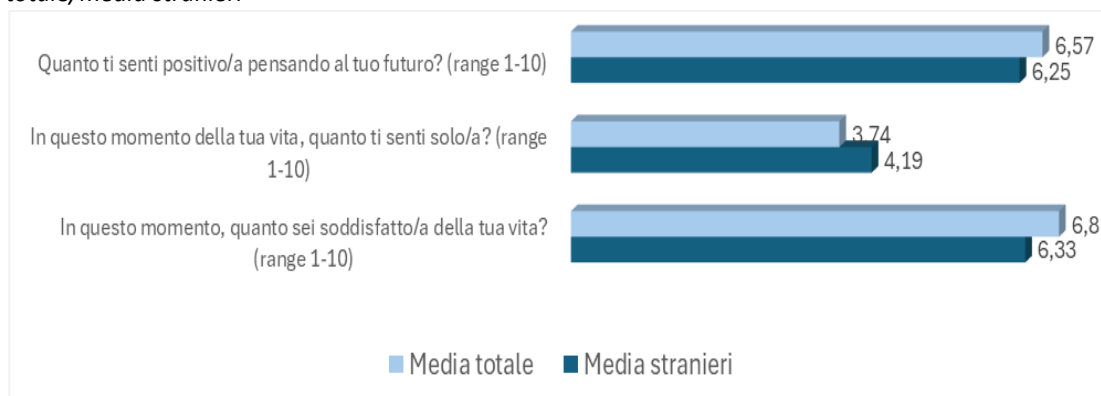
Le relazioni con i genitori, in particolare con la figura paterna, sono considerate tendenzialmente meno soddisfacenti: il 19,7% degli studenti stranieri afferma, infatti, di essere poco o per niente soddisfatto del rapporto con il padre e l'8,5% è poco o per niente soddisfatto del rapporto con la madre. Inoltre, se non si riscontrano differenze rilevanti rispetto al rapporto con gli amici, giudicato molto o abbastanza soddisfacente dall'85% degli studenti, la fiducia riposta nelle persone più vicine è tendenzialmente più scarsa tra gli stranieri rispetto agli italiani: ci si fida poco o per nulla degli amici il 17% degli studenti stranieri, il 20,7% del padre, il 13,5% della madre e ben il 59,2% degli insegnanti. Il 37,1% degli stranieri sente di non appartenere, o appartenere in misura molto limitata, alla comunità scolastica e 2 stranieri su 5 vanno poco volentieri a scuola.

Quanto al benessere individuale, le differenze con la popolazione studentesca italiana sono più contenute con un profilo comune di problematicità notevole. Il grado di aggressività è infatti in entrambe le popolazioni particolarmente accentuato: limitandosi agli stranieri, il 26% presenta un livello medio-alto di aggressività, il 15% un livello alto e il 12,1% un livello molto alto. Allo stesso modo, il livello di stress risulta problematico (medio o alto) per oltre un terzo della popolazione studentesca straniera e ben il 44,3% di questi presenta una bassa autostima. Oltre la metà di studenti stranieri ha, inoltre, avuto pensieri suicidi: nel 21,6% tale situazione si è verificata solo una volta, nel 16,9% dei casi ha avuto un carattere di sporadicità e nel 12,3% ha avuto un carattere di ricorrenza. Ben il 57,8% degli stranieri, inoltre, dichiara di essersi isolato in casa, uscendo solo per andare a scuola; nel 24,2% dei casi, tale ritiro ha superato il mese, mentre nei casi restanti è stato al massimo di poche settimane. Inoltre, tra quanti si sono isolati, la metà afferma di averlo fatto più di volte e il

¹¹ Si ringrazia il dott. Antonio Tintori, responsabile dell'indagine, per il confronto sui temi dell'indagine e per il rilascio dei dati grezzi dello studio, commentati in questa sede.

14,5% due volte. I motivi dell'isolamento sono il pensiero che nessuno mi capisca (19,7%), lo scarso tempo a disposizione per uscire (13,8%), il sentirsi depresso (10,7%), lo scarso interesse nei confronti di amici e compagni (10%) e l'aver subito atti di bullismo (7,2%). Infine, come riportato nel grafico seguente, la popolazione studentesca straniera è tendenzialmente meno positiva pensando al futuro e meno soddisfatta della propria vita rispetto alla popolazione studentesca complessiva, mentre presenta valori medi lievemente più elevati sul senso di solitudine attuale.

Graf. 1.1 – Atteggiamento positivo verso il futuro, senso di solitudine e soddisfazione per la vita. Confronto media totale/media stranieri



Fonte: rielaborazione di dati concessi da IRPPS-CNR

2. LA PRESENZA DI MINORI STRANIERI NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA

La Città metropolitana di Roma Capitale è un ente territoriale di area vasta il cui territorio coincide con quello della preesistente provincia, costituito da 121 comuni. Si tratta di un territorio in cui la presenza straniera è particolarmente consistente: al 1° gennaio 2024, dei 5.253.658 stranieri regolarmente soggiornanti in Italia, 517.466 risiedono sul territorio metropolitano, ovvero il 9,8% del totale e ben l'80,4% degli stranieri residenti nella Regione Lazio¹². Come viene rilevato nell'ultimo Rapporto sulla presenza di migranti nelle città metropolitane (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2023), Roma si colloca in seconda posizione, tra le Città metropolitane, per presenze extra UE con 337.457 cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti al 1° gennaio 2024, che costituiscono il 9,4% del totale nazionale (1.776.391 in valore assoluto). L'incidenza dei cittadini non comunitari sulla popolazione residente è superiore alla media nazionale (6,4%), ovvero pari a 7,5%.

Concentrandosi sulla **popolazione di minore età**, al 1° gennaio 2024 risultano risiedere nella CM **92.370 minori con cittadinanza non italiana**, i quali costituiscono il 9% della popolazione straniera minorile complessivamente dimorante in Italia (1.030.417 in valore assoluto) e ben il 79,5% di quella dimorante in Regione Lazio (116.182 unità).

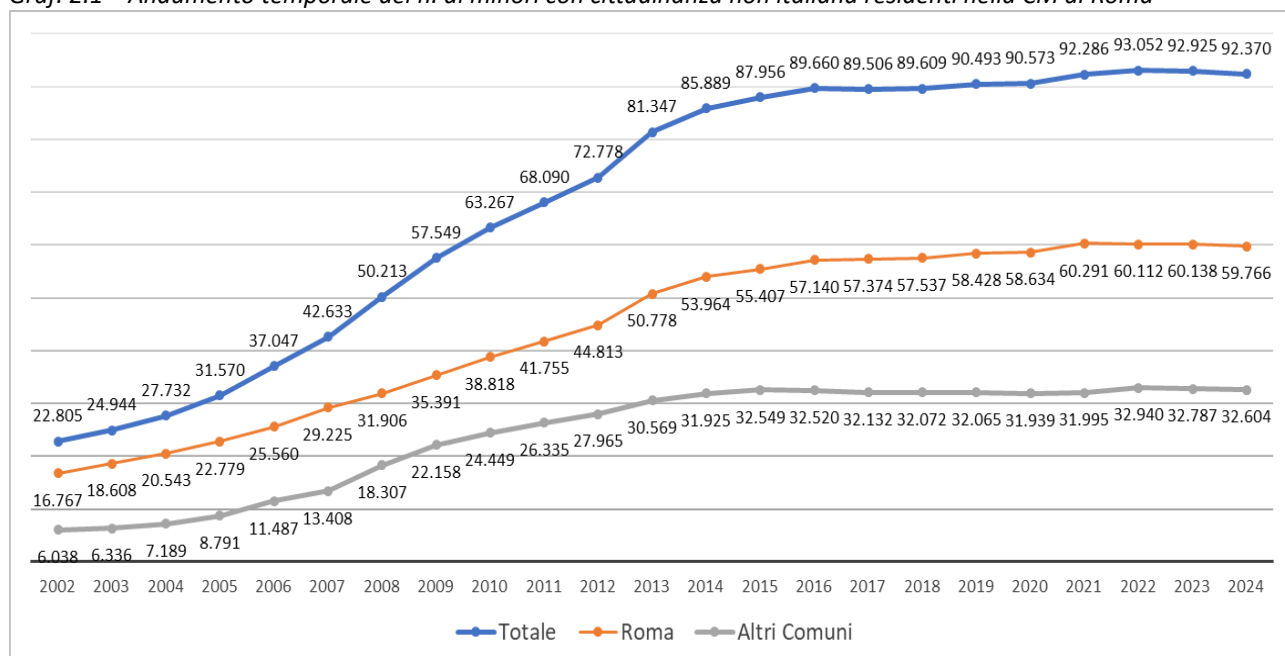
Il grafico 2.1 mostra un costante aumento della popolazione minorile straniera dal 2002 al 2015 e, a partire dal 2016, un assestamento oltre alle 89.000 unità. La tendenza osservata nel Comune di Roma e negli altri Comuni della città metropolitana è molto simile, pur a fronte di numerosità molto differenti e di differenti "velocità" rispetto alla crescita numerica e, più di recente, alla stasi numerica: i comuni dell'hinterland, infatti, manifestano una crescita molto più veloce rispetto alla capitale nel periodo dal 2003 al 2009, mentre a partire dal 2016 si osserva un decremento di presenze di minori, che prosegue fino al 2021, a fronte di una sostanziale stabilità nel periodo della

¹² Salvo diverse indicazioni, le analisi sulla popolazione presentate in questo paragrafo costituiscono una rielaborazione dei dati estratti dai datawarehouse ISTAT <http://demo.istat.it> e <http://stra-dati.istat.it/>.

popolazione minorile residente nella capitale. Su tutte le annualità considerate, i minori con cittadinanza non italiana si concentrano prevalentemente nel Comune di Roma, seppure con un lieve calo rispetto agli inizi del secolo: nel 2024, vi risiede il 64,7% dei minori residenti nella città metropolitana.

La stasi delle presenze di minori stranieri sul territorio può essere causata da diversi fattori; tuttavia, come evidenzia il Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2023), una delle principali cause è costituita dalla scarsa presenza di nuclei familiari, attestata dal calo complessivo delle nascite che si osserva già da diversi anni e che nel territorio metropolitano è sensibilmente superiore a quello registrato sul piano nazionale. Considerando i dati del bilancio demografico al 31.12.2024, gli stranieri nati sul territorio sono 3.657 a fronte dei 3.686 dell'anno precedente e dei 3.858 del 2022. I bambini stranieri nati nell'area metropolitana di Roma Capitale rappresentano il 7,3% dei nati stranieri in Italia al 31 dicembre 2024: un numero piuttosto elevato che tuttavia è da collegare non tanto all'alta natalità quanto alla rilevante presenza di cittadini stranieri nel territorio in esame, e che colloca la capitale in seconda posizione, tra le Città metropolitane, per numero di nati di cittadinanza non italiana.

Graf. 2.1 – Andamento temporale del n. di minori con cittadinanza non italiana residenti nella CM di Roma

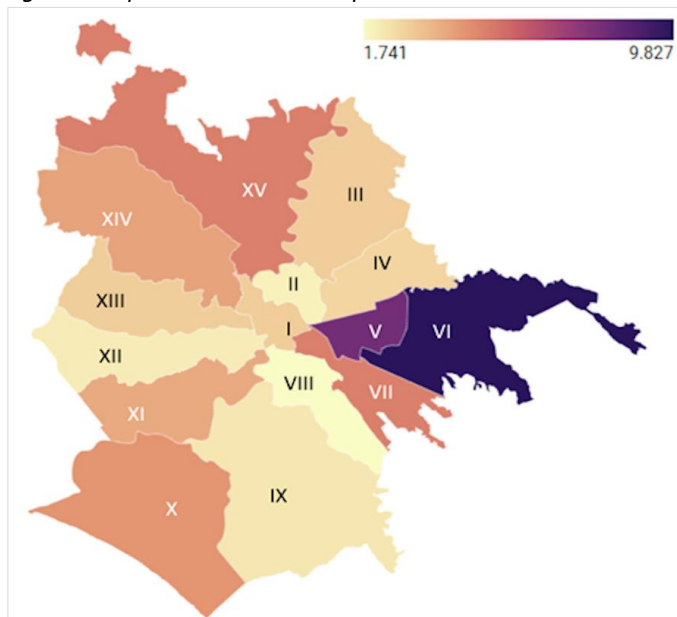


Di seguito si presentano alcuni indicatori sintetici della presenza di minori stranieri e di minori con cittadinanza extra-UE residenti nel Comune di Roma e nei comuni dell'hinterland, alla base della definizione della mappatura delle aree di rischio. Prima, tuttavia, è necessario avvisare che la corretta quantificazione di minori stranieri sul territorio sconta della mancanza di dati inerenti la quota di minori stranieri che, nel corso della permanenza sul territorio, hanno acquisito la cittadinanza italiana. Le acquisizioni di cittadinanza, infatti, comportano un effetto sostitutivo nelle statistiche, poiché chi diviene italiano nel corso della permanenza sul territorio non è più conteggiato tra i cittadini stranieri. Tale dato, tuttavia, non può essere ricostruito per due ordini di motivi: innanzitutto, in quanto il bilancio demografico presentato da ISTAT al 31.12 restituisce il dato delle acquisizioni di cittadinanza italiana di tutta la popolazione straniera residente, dunque non disaggregandolo per età; in secondo luogo, in quanto sarebbero necessari studi longitudinali ad hoc che, data la popolazione minorile considerata in un certo anno, siano in grado di accertare la quota di stranieri divenuti cittadini italiani lungo tutto il periodo della minore età.

2.1 I minori stranieri nel Comune di Roma

La presenza di minori costituisce un fattore indicativo del consolidamento della presenza straniera in un territorio. Considerando i dati da fonte anagrafica forniti dal Comune di Roma ([tavola 9](#)), i minori con cittadinanza non italiana al 31 dicembre 2023 sono 59.802.¹³ Come evidenzia la fig. 2.1, i due terzi di essi si concentrano nei Municipi VI (9.827 unità, pari al 16,4% del totale), V (8.050, 13,5%), VII (4.912, 8,2%), XV (4.904, 8,2%), X (4.360, 7,3%), XIV (4.040, 6,8%) e XI (3862, 6,5%). Il restante terzo si distribuisce in 8 municipi, tra i quali il municipio VIII si distingue per una più ridotta numerosità di minori stranieri (1741).

Fig. 2.1 – Ripartizione nei municipi dei minori con cittadinanza non italiana residenti nel Comune di Roma



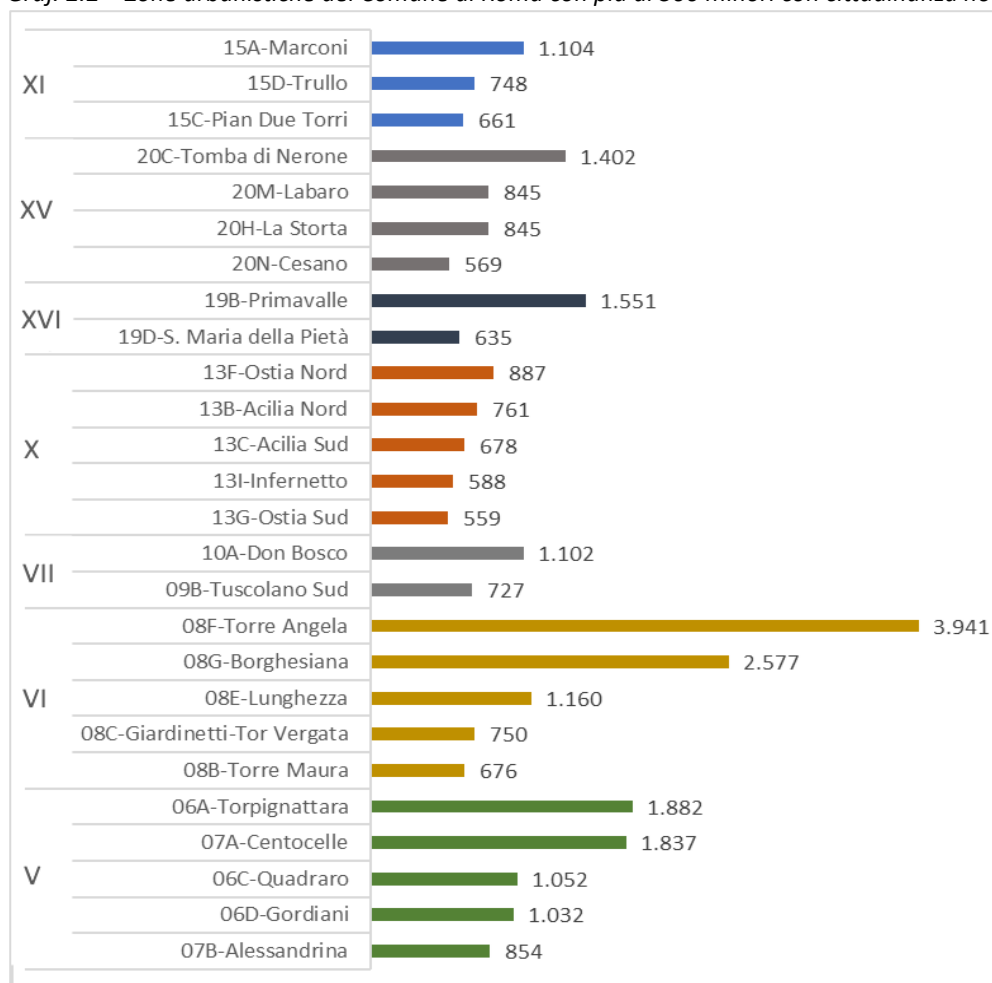
Per tutti i municipi della Capitale, tuttavia, si osserva una concentrazione maggiore di minori stranieri in alcune zone urbanistiche ([tavola 28](#)). Come evidenzia il graf. 2.2, in sole 26 zone urbanistiche appartenenti a tutti i municipi salvo il III e IV, si concentra complessivamente quasi la metà degli stranieri residenti nella Capitale (49%). Nello specifico:

- Rispetto al municipio VI, gli stranieri si concentrano per quasi il 93% su 5 delle 7 zone in cui lo stesso si articola; in particolare, le zone di Torre Angela e Borghesiana sono quelle che presentano, in assoluto, la quota più elevata di stranieri
- Il municipio V vede la concentrazione dell'82,7% degli stranieri su 5 delle 13 zone urbanistiche in cui è articolato
- Nel municipio VII si rinviene una maggiore dispersione degli stranieri nelle 17 zone e la presenza di due sole zone con più di 500 stranieri residenti
- Sul municipio X sono 5 le zone in cui si concentra quasi l'80% della popolazione straniera, sulle 10 di competenza
- Nel municipio XIV, le zone con una popolazione straniera più consistente, pari al 54% del totale del municipio, sono 2 sulle 8 in cui è ripartito
- Nel municipio XV, costituito complessivamente da 14 zone urbanistiche, i tre quarti degli stranieri si concentrano sulle 4 zone di Cesano, La Storta, Labaro e Tomba di Nerone

¹³ Dunque, di poco superiore al dato del censimento ISTAT (pari a 59.766 unità), escludendo i minori non localizzati (1.930 non localizzati). Si rappresenta che le elaborazioni sono effettuate a partire dalla ripartizione in zone urbanistiche, tenendo dunque conto della modifica intercorsa con Delibera comunale del 12/01/2023, che ha parzialmente modificato i confini dei municipi IV, V e VI disponendo il passaggio di parte delle zone urbanistiche 5F e 5L del Municipio IV nel Municipio V e parte della zona 8D dal municipio VI al V.

- Sul municipio XI, il 65% degli stranieri risiede in 3 delle 7 zone
- Per il municipio XIII, i tre quarti degli stranieri risiedono in 3 delle 6 zone urbanistiche
- Per i restanti municipi I, II e VIII, le zone urbanistiche con più di 500 stranieri sono 3, rispettivamente l'Esquilino, Trieste e Garbatella.

Graf. 2.2 – Zone urbanistiche del Comune di Roma con più di 500 minori con cittadinanza non italiana residenti

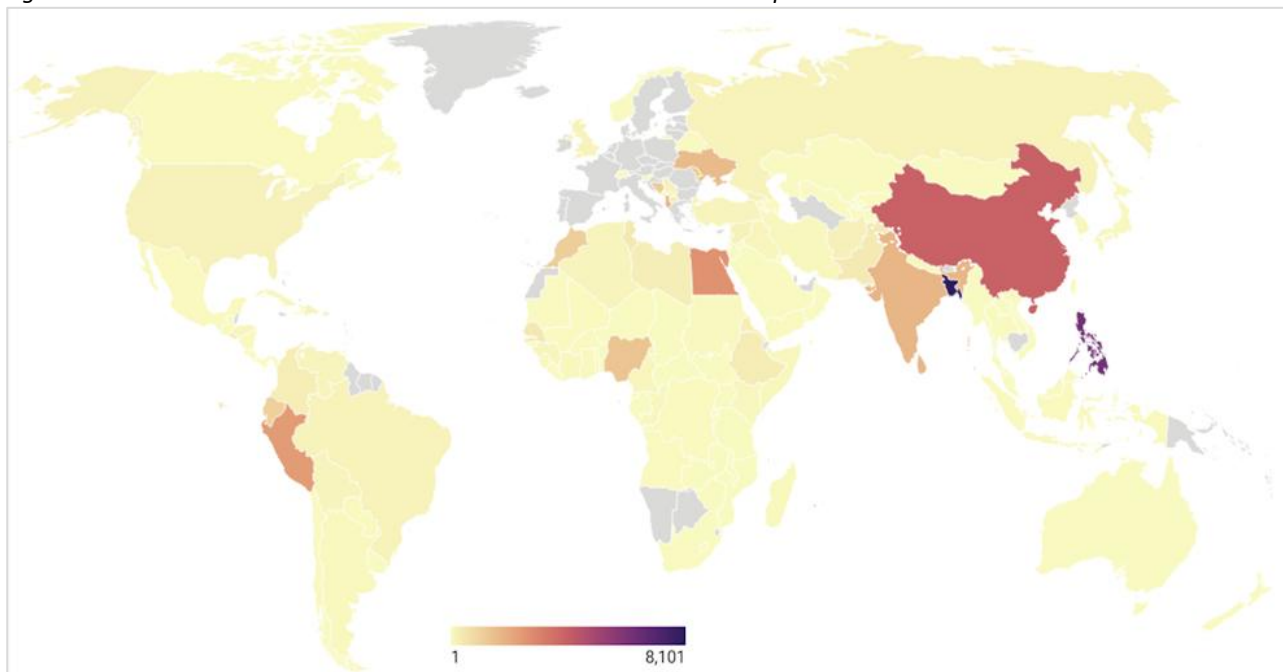


I minori stranieri residenti nella Capitale provengono da Stati non appartenenti all'Unione Europea per ben il 70,9% ([tavola 11](#))¹⁴; nello specifico, più della metà proviene da stati asiatici (23.477, pari al 53,7% dei non comunitari) e, a seguire, dall'Africa (8.044, 18,4%), da Stati europei non-UE (6.918, 15,8%) e dall'America del Sud (4.294, 9,8%). Molto ridotte sono le quote di minori provenienti dall'America centrale (1,8%), dall'America del Nord (0,5%) e dall'Oceania (12 casi).

Sulle 132 cittadinanze di provenienza dei minori non comunitari, rappresentate dai dati, ve ne sono 14 che raggruppano ben l'81,9% dei minori non comunitari. Per il continente asiatico, si tratta del Bangladesh (8101, pari al 18,5% del totale), Filippine (6.282, pari al 14,4%), Cina (3.970, 9,1%), India (1.756, 4%), e Sri Lanka (1.695, 3,9%). Seguono, per l'Africa, Egitto (2.605, 6%), Nigeria (1.358, 3,1%) e Marocco (1.085, 2,5%), per l'America del Sud, Perù (2.388, 5,5%) e Ecuador (1.045, 2,4%) e per l'Europa non comunitaria l'Albania (1.656, 3,8%), l'Ucraina (1.601, 3,7%), la Moldova (1.145, 2,6%) e la Bosnia-Erzegovina (1.138, 2,6%). Ulteriori 12 cittadinanze sono rappresentate da un numero di minori tra 200 e 430 – ovvero Tunisia, Senegal, Pakistan, Etiopia, Colombia, El Salvador, Libia, Eritrea, Macedonia del nord, Afghanistan, Kosovo e Georgia. Il dettaglio delle cittadinanze di provenienza è rappresentato nella fig. 2.2.

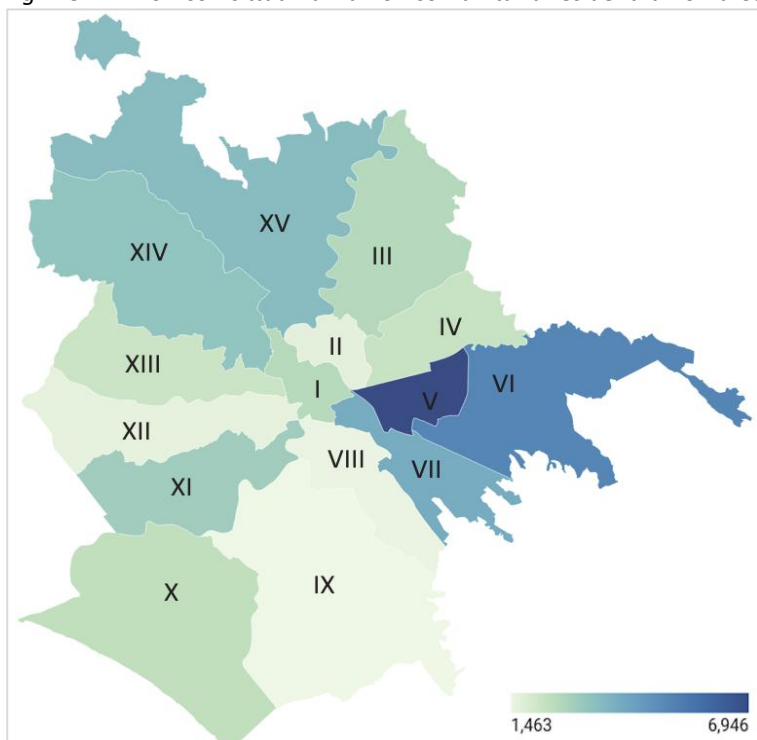
¹⁴ Si rappresenta che il dato comprende anche i non localizzati nei singoli municipi, dunque fa riferimento ad una popolazione straniera minorile di 61.732 unità.

Fig. 2.2 – Cittadinanze dei minori stranieri extra-UE residenti a Roma Capitale



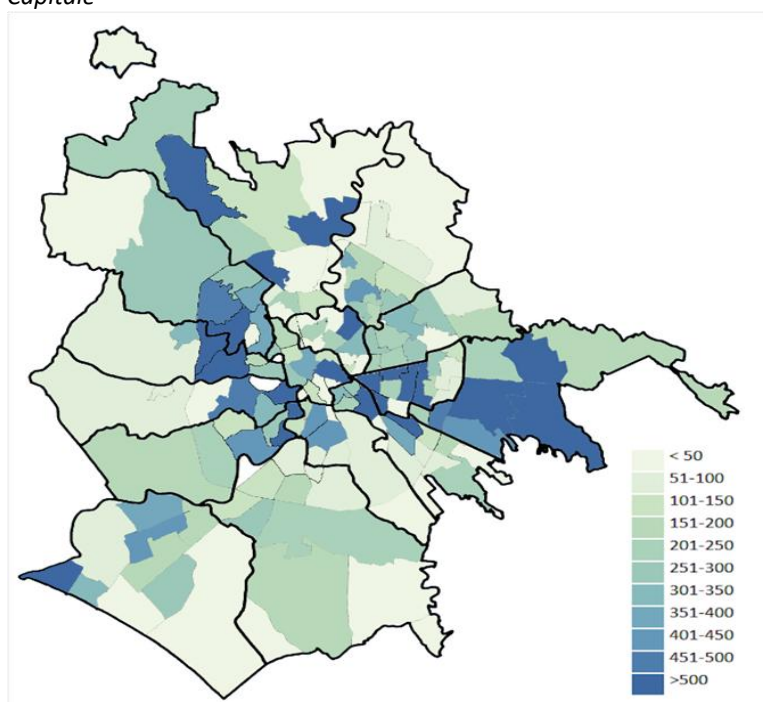
I dati a disposizione consentono di articolare l'informazione sulla cittadinanza al livello di Municipio, rappresentata nella fig. 2.3. Le prevalenze osservate sono simili a quelle commentate in precedenza per i minori stranieri, salvo per il fatto che il municipio V si colloca primo nella graduatoria delle presenze, con ben 6.946 MCPT, ovvero il 15,9% di tutta la popolazione minorile non comunitaria della capitale. Le presenze rimangono consistenti nei municipi VI (5.080, 11,6%), VII (3.973, 9,1%), XV (3.479, 8%) e XIV (3.206, 7,3%). Un terzo delle presenze di MCPT si colloca nei municipi XI (2.940), III (2.568), I (2.532), X (2.344), IV (2.198) e XIII (2.159), mentre i restanti municipi vedono la presenza di un numero di MCPT inferiore ai 1.660 casi.

Fig. 2.3 – Minori con cittadinanza non comunitaria residenti a Roma Capitale – Ripartizione nei municipi



Vista l'importanza del dato relativo alla presenza di minori con cittadinanza non comunitaria ai fini della mappatura delle zone di rischio, se ne è operata una stima proporzionando gli MCPT con il dato sul numero dei minori stranieri in ciascuna zona urbanistica, con il dato complessivo sugli MCPT a livello di municipi (appena commentato) e con il dato sulla distribuzione delle cittadinanze per zone urbanistiche di tutta la popolazione straniera ([tavola 26](#))¹⁵. La fig. 2.4 ne riporta innanzitutto la cartografia, dalla quale risulta evidente una distribuzione disomogenea dei MCPT all'interno dei diversi municipi.

Fig. 2.4 – Stima della ripartizione dei minori con cittadinanza non comunitaria residenti nelle zone urbanistiche di Roma Capitale



Il graf. 2.3 rappresenta le zone urbanistiche che presentano una stima di MCPT superiore alle 500 unità. Complessivamente, si tratta di 22 zone, che si stima ospitino ben il 47,6% dei minori non comunitari della Capitale. Le zone più popolate di MCPT sono 7, ovvero Torre Angela (2.123 in valore assoluto), Torpignattara (1.710), Centocelle (1.534), Primavalle (1.323), Tomba di Nerone (1.163), Marconi (1.037) e Borghesiana (1.020).

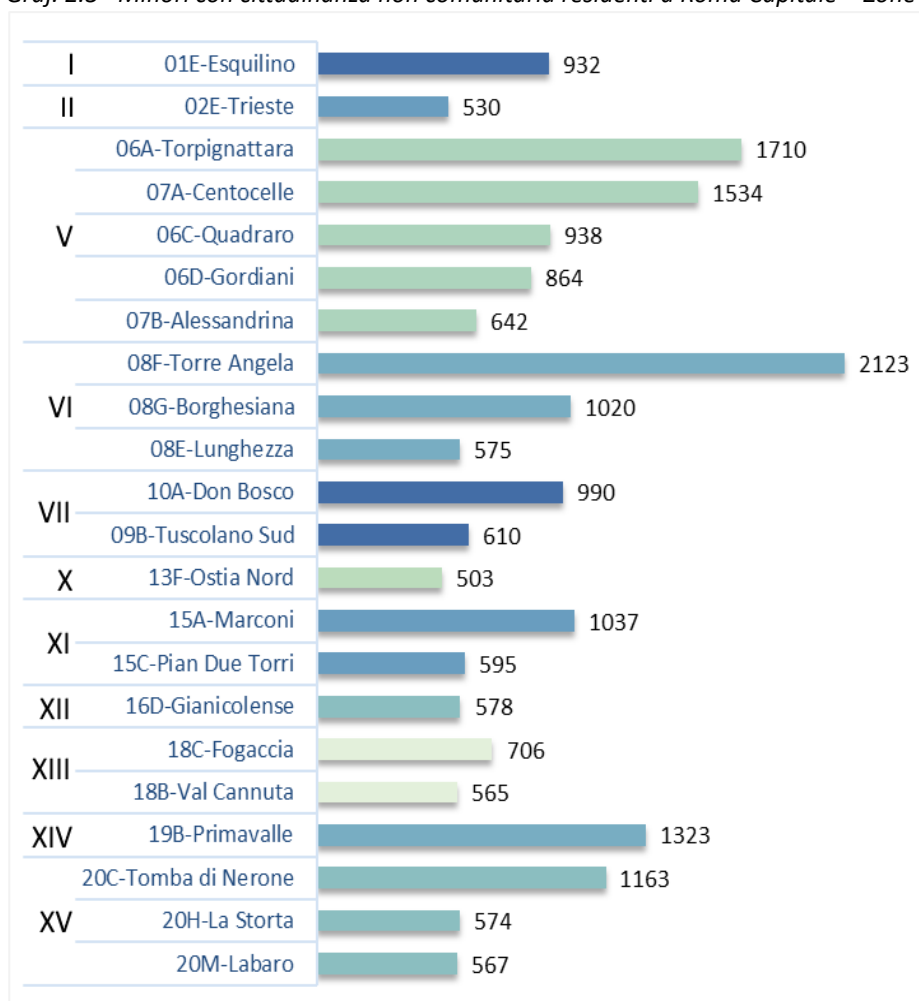
I municipi rappresentati sono 11 dei 15 in cui la capitale si articola. Nello specifico:

- Il Municipio V vede 5 zone sulle 15 di competenza con più di 500 MCPT, ovvero, oltre a Torpignattara e Centocelle, Quadraro, Gordiani e Alessandrina, per complessivi 5.688 minori (84,7% di tutti i presenti nel municipio)
- Nel Municipio VI, i tre quarti di MCPT presenti si concentrano sulle 3 zone di Torre Angela, Borghesiana e Lunghezza
- Anche per il Municipio XV si evidenzia una concentrazione di MCPT su 3 delle 14 zone di competenza (complessivamente, si tratta di 2.304 minori, ovvero il 68% delle presenze nel municipio)
- Segue, per prevalenza, il municipio XI, con due zone dove si concentra il 57,4% dei minori presenti sul territorio municipale
- Nel Municipio VII, sulle 17 zone di competenza quelle con più di 500 MCPT sono 2, per complessivi 1600 MCPT

¹⁵ Si rappresenta che il calcolo è stato effettuato tenendo in considerazione i 1.930 classificati come non localizzati.

- Nel Municipio XIII, tali zone sono 2 sulle 6 di competenza, con una presenza di MCPT pari a 1.271, ovvero il 60% di quella riscontrata nei confini municipali;
- I Municipi X, XII e XIV sono rappresentati ciascuno da una sola zona con oltre 500 MCPT.

Graf. 2.3 –Minori con cittadinanza non comunitaria residenti a Roma Capitale – Zone urbanistiche con più di 500



All'opposto, sono presenti ben 56 le zone in cui si stima una presenza di minori con cittadinanza non comunitaria inferiore alle 100 unità e, tra queste, 36 con una presenza inferiore alle 50 unità. Queste ultime sono rappresentate nel graf. 2.4. Accanto al dato strettamente numerico, è interessante l'analisi dell'incidenza dei minori con cittadinanza non comunitaria sulla popolazione minorile straniera presente in ciascun municipio e zona urbanistica.

La fig. 2.5 evidenzia un range di variazione molto consistente, che va da un valore minimo pari a 50 MPCT ogni 100 stranieri (Municipio VI) a un valore massimo di ben 81 minori con cittadinanza non comunitaria ogni 100 stranieri (municipi II e VIII). I municipi che presentano valori al di sotto della media sono il X (56,9%), il IX (58%), il XV (66,6%), il XII (68,4%), il XIII (68,5%) e l'XI (68,8%). Nei restanti municipi, la componente non comunitaria varia dal 72% al 77,2%.

Graf. 2.4 –Minori con cittadinanza non comunitaria residenti a Roma Capitale – Zone urbanistiche con meno di 50 MCPT

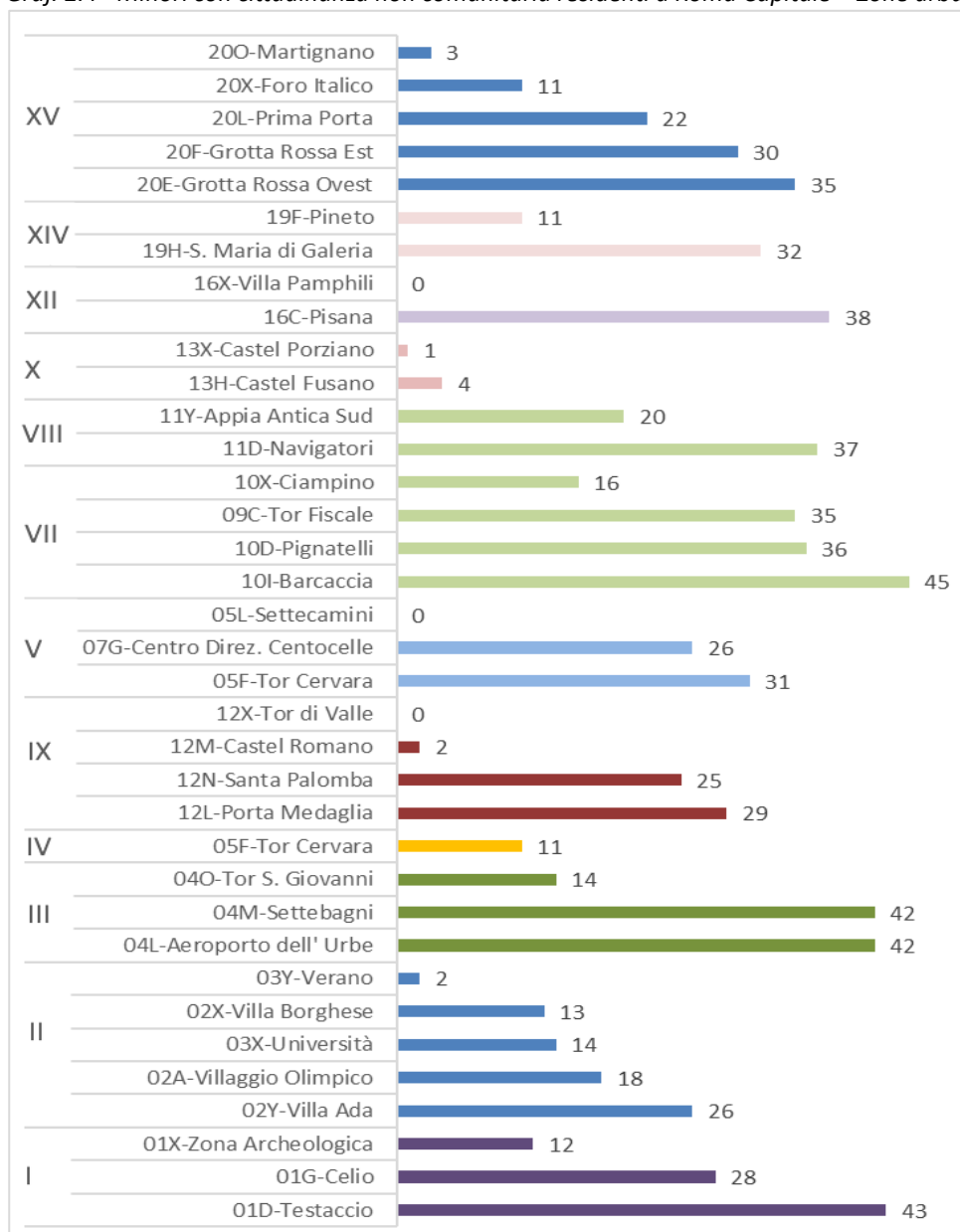
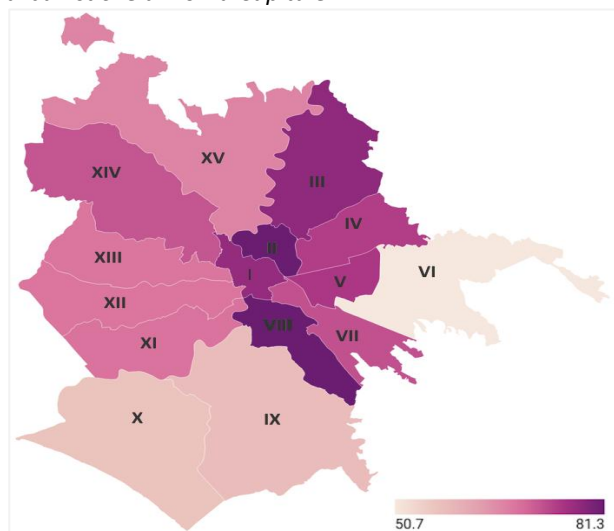
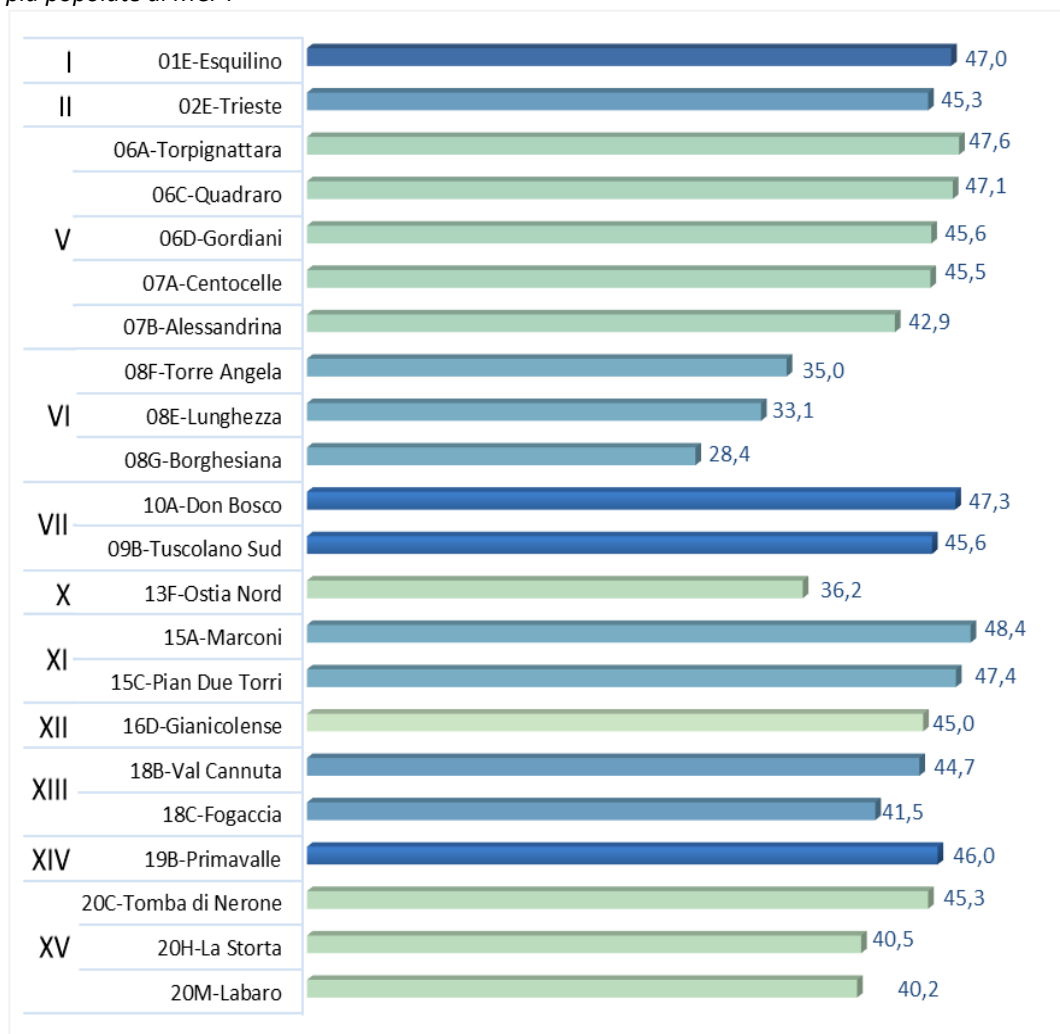


Fig. 2.5 – Incidenza dei minori con cittadinanza non comunitaria sul totale dei minori stranieri residenti nelle zone urbanistiche di Roma Capitale



Considerando le zone urbanistiche con un numero consistente di MPCT, ovvero superiore a 500, il grafico 2.5 mette in evidenza che l'incidenza degli MCPT sul totale dei minori stranieri presenta un range particolarmente ampio, che va dal 28,4% della Borghesiana al 48,4% di Marconi.

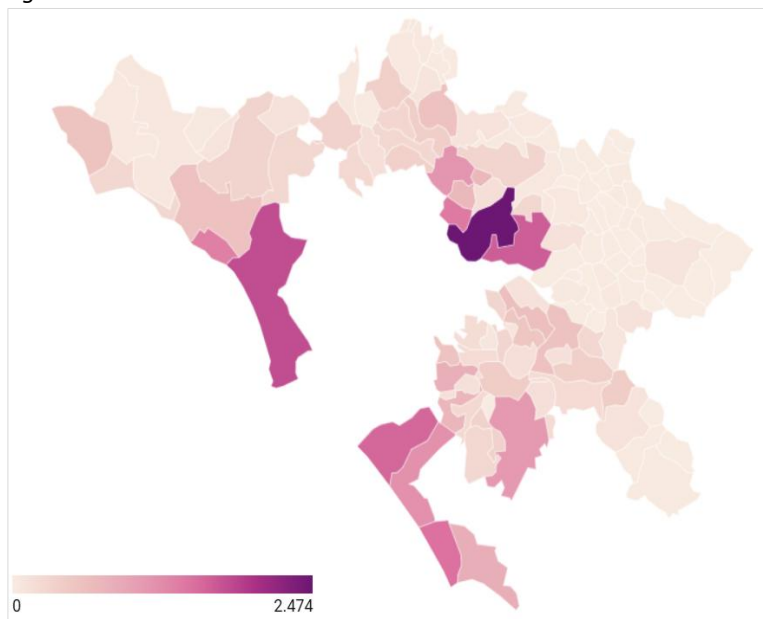
Graf. 2.5 – Incidenza dei minori con cittadinanza non comunitaria sul totale dei minori residenti nelle zone urbanistiche più popolate di MCPT



2.2 I minori stranieri nell'hinterland metropolitano

Da quanto si è avuto modo di descrivere finora, la presenza di minori stranieri nella Capitale non è uniforme ma concentrata in alcune zone urbanistiche che, presumibilmente, sono più attrattive per la popolazione immigrata da un punto di vista dell'occupazione lavorativa e/o della disponibilità di abitazioni. Una simile dinamica interessa anche i comuni dell'hinterland metropolitano, con una maggiore concentrazione di minori stranieri nei comuni della 1° cintura, più a ridosso della capitale, e del litoraneo meridionale. Complessivamente, i minori stranieri censiti al 31.12.2023 nell'area metropolitana sono 32.604 (fig. 2.6).

Fig. 2.6 – Minori con cittadinanza straniera nei Comuni dell'hinterland metropolitano



Il grafico 2.6 dettaglia ulteriormente il dato, considerando i comuni che presentano un numero di minori stranieri superiore a 200. Si tratta, nel complesso, di 44 Comuni, che danno conto di ben l'89,4% del totale delle presenze nell'hinterland metropolitano.

Quasi la metà dei minori stranieri si insedia in soli dieci comuni, che presentano un numero di minori stranieri superiore ai mille. Nell'ordine, si tratta di Guidonia Montecelio, Fiumicino, Tivoli, Pomezia, Anzio, Fonte Nuova, Ladispoli, Ardea, Monterotondo e Velletri che, peraltro, rappresentano i comuni che con la dimensione demografica complessiva più elevata del territorio metropolitano. Ulteriori 9 comuni ospitano un numero di minori stranieri variabile dai 500 agli 850, dando conto di un ulteriore 17,6% di presenze complessive: si tratta di Marino, Albano Laziale, Mentana, Zagarolo, Palestrina, Fiano Romano, Cerveteri, Ciampino e Civitavecchia. Per tutti gli altri comuni, le prevalenze sono inferiori allo 0,6% del totale.

Come per i minori residenti nella capitale, anche per i comuni dell'hinterland si è operata una stima dei minori stranieri con cittadinanza non comunitaria, ottenuta considerando il dato sul numero di minori stranieri presenti nei comuni dell'hinterland (appena commentato), il dato del numero complessivo di minori di origine non comunitaria ivi residenti (in valore assoluto, 12.858)¹⁶ e la distribuzione delle cittadinanze di tutta la popolazione straniera¹⁷.

La successiva cartografia (fig.2.7) mostra che i comuni nei quali si stima la presenza di un numero consistente di MCPT, ovvero maggiore di 200, sono 14. Nello specifico, si tratta di: Anzio (917 casi), Guidonia Montecelio (880), Fiumicino (788), Pomezia (666), Tivoli (562), Fonte Nuova (526), Velletri (478), Ardea (471), Monterotondo (450), Nettuno (445), Ladispoli (420), Marino (377), Mentana (309), Albano Laziale (289), Fiano Romano (269), Ciampino (250) e Rocca di Papa (206).

¹⁶ Ricavato da Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2023).

¹⁷ Ricavato dal datawarehouse ISTAT <https://demo.istat.it/>.

Graf. 2.6 – Minori con cittadinanza straniera nei Comuni dell’hinterland metropolitano

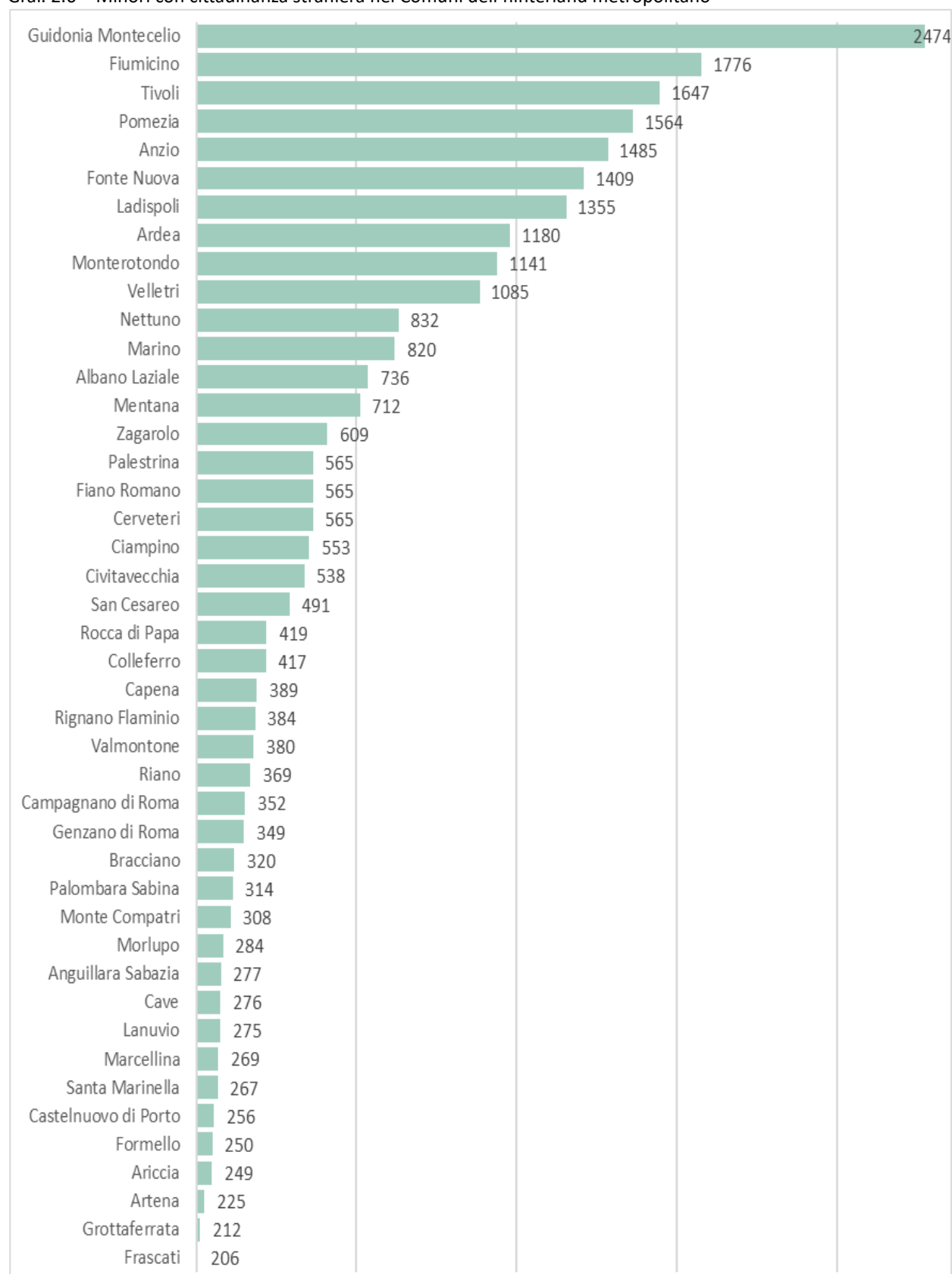
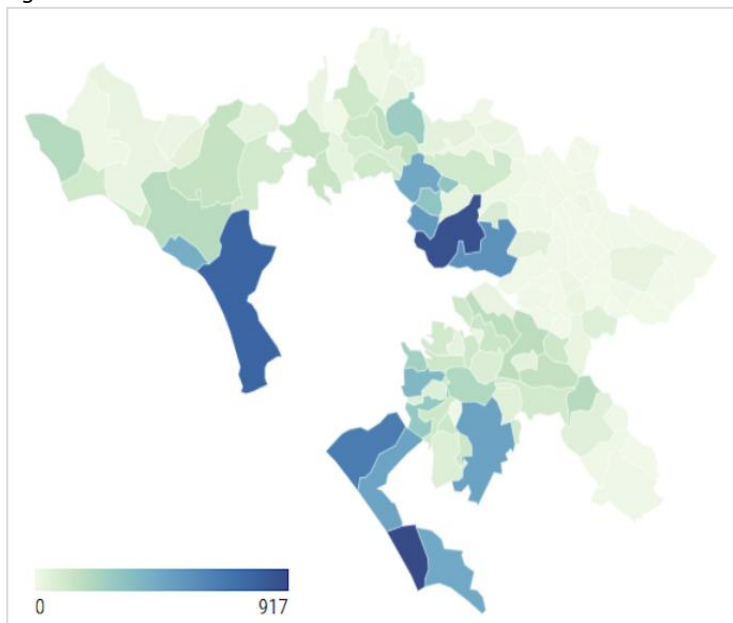


Fig. 2.7 – Minori con cittadinanza straniera non comunitaria nei Comuni dell'hinterland metropolitano



2.3 Senza fissa dimora, minori stranieri non accompagnati e residenti in strutture

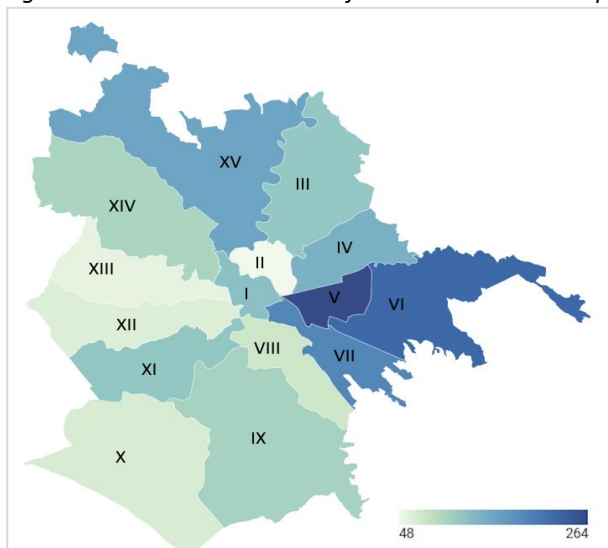
I minori stranieri senza tetto e senza fissa dimora censiti nel 2021 da ISTAT sono complessivamente 1.920, per ben il 98% localizzati nella capitale. Numericamente molto esigui sono i minori localizzati nei comuni dell'hinterland, ovvero a Velletri (9 casi), Guidonia Montecelio (6), Fonte Nuova e Mentana (5 ciascuno), Castelnuovo di Porto (3), Fiumicino e Monterotondo (2 ciascuno), Cerveteri, Civitavecchia, Ladispoli, Marino e Palombara Sabina (1 ciascuno).

Considerando il dato più recente al 31.12.2023, per il Comune di Roma è disponibile il dato a livello di municipio, dal quale si rileva che i minori stranieri non localizzati sono 1930, pari al 3,1% della popolazione minorile straniera residente sul territorio (fig. 2.8). Per 64 di essi (3,3% del totale) non è disponibile la localizzazione, mentre i restanti si distribuiscono per ben un terzo nella parte centro-orientale della capitale: si osserva, infatti, una prevalenza decisamente consistente nei Municipi V (264 minori stranieri, pari a 13,7% del totale), VI (228, 11,8%) e VII (193, pari al 10%). I Municipi in cui la prevalenza è minima sono il VIII (76 casi, pari al 4% del totale), X (68 casi, 3,5%), XII (63, 3,3%), XIII (56, 2,9%) e II (48, 2,5%).

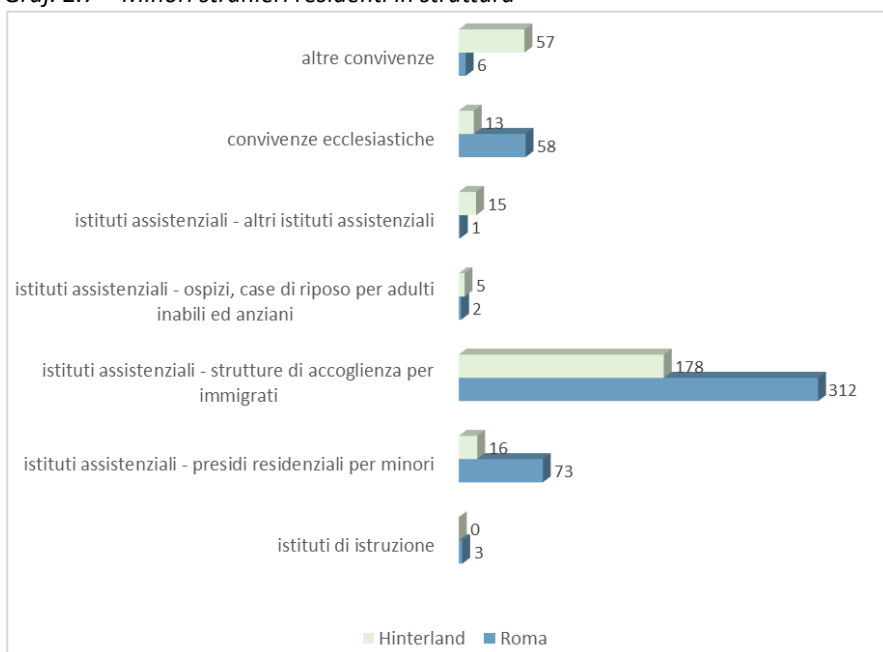
Viene, inoltre, messo a disposizione il dato sulla popolazione che vive in campi attrezzati e/o insediamenti tollerati e spontanei (2021). Anche in questo caso, i minori stranieri censiti risiedono in larga prevalenza nella capitale: su complessivi 798 casi, infatti, ben 789, pari al 98,9% del totale, sono situati a Roma e i rimanenti 9 minori si insediano a San Cesareo e Tivoli.

Ulteriore specificazione riguarda le convivenze in strutture, che nel 2021 hanno riguardato 739 minori stranieri, per il 61,6% situati nella capitale. Il grafico 2.7 evidenzia che, in larga parte, i minori stranieri sono ospitati presso istituti assistenziali (602, pari al 81,5% del totale) ovvero, in prevalenza, presso strutture di accoglienza per immigrati e presidi residenziali per minori. La quota rimanente di minori risiede presso strutture ecclesiastiche (9,6%), altre tipologie di strutture (8,5%) e, in misura minima, presso istituti di istruzione (3 casi).

Fig. 2.8 – Minori stranieri senza fissa dimora nei municipi della Capitale



Graf. 2.7 – Minori stranieri residenti in struttura

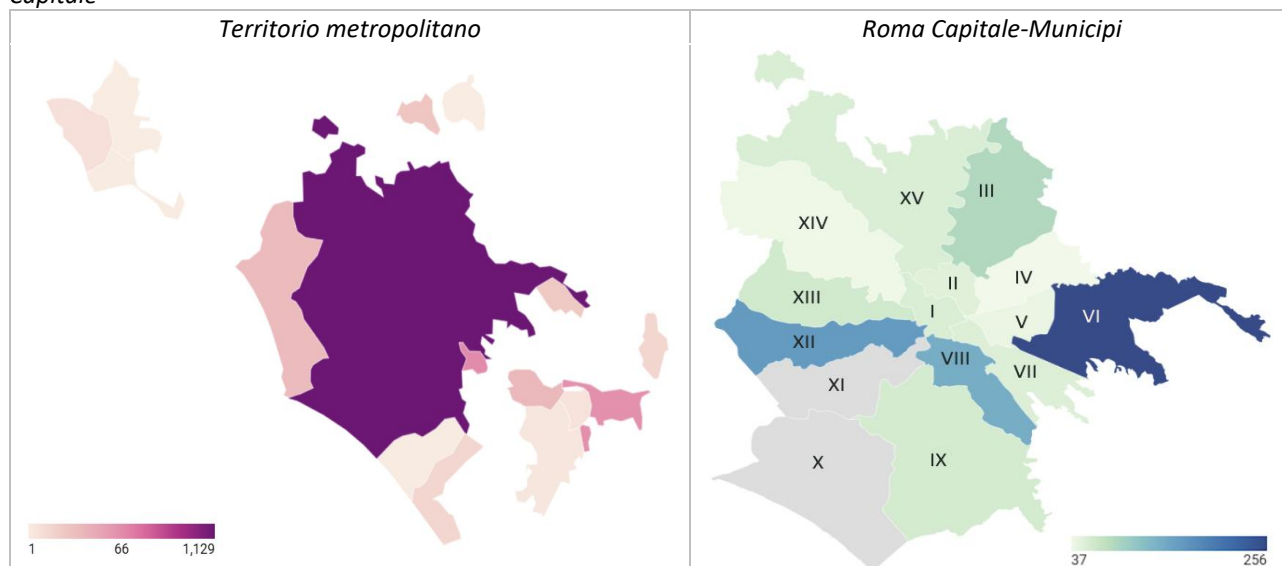


Il dato sulle convivenze può essere ulteriormente approfondito con riguardo ai minori stranieri non accompagnati, un target della popolazione straniera che vive una situazione di estrema fragilità in quanto alle difficoltà connesse all'arrivo in un paese straniero si sommano l'assenza di una figura genitoriale e l'esposizione a contesti e situazioni di violenza e marginalità. Stante gli ultimi dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, alla data del 18 aprile 2025 le strutture che ospitano minori stranieri non accompagnati sono complessivamente 62, delle quali 47 (pari al 75,8% del totale) sono strutture di seconda accoglienza comunali e 13 (21%) sono strutture SAI; sono, inoltre, presenti una struttura di seconda accoglienza finanziata dal FAMI e un CAS adulti. Si tratta, in larga parte, di alloggi ad alta autonomia (32,3%), cui fanno seguito le comunità socioeducative (17,7%), le collocazioni emergenziali di prima accoglienza (14,5%), le comunità familiari (12,9%) e altre tipologie di strutture di seconda accoglienza (19,4%).

I minori stranieri non accompagnati ospitati in tali strutture sono complessivamente **1.446** (fig. 2.9). Anche in questo caso, i MSNA sono prevalentemente situati nella Capitale (1.129, pari al 78,1% del totale); di questi, 1 minore su 4 è collocato in progetti del sistema SAI. Le altre strutture sono situate nei comuni di Allumiere, Ardea, Artena, Ciampino, Civitavecchia, Fiano romano, Fiumicino, Galliciano

nel Lazio, Genazzano, Lariano, Morlupo, Pomezia, Rocca di Papa, Santa Marinella e Velletri, per complessivi 317 minori stranieri non accompagnati accolti.

Fig. 2.9 – Minori stranieri non accompagnati accolti presso le strutture della CM di Roma, con dettaglio dei Municipi della Capitale



In larga parte, i MSNA sono accolti in alloggi ad alta autonomia (34,2%), in strutture di seconda accoglienza (21%), comunità socioeducative (20,1%) e collocazioni emergenziali di prima accoglienza (15,2%); meno consistenti sono le collocazioni in comunità familiari (8,6%), in CAS adulti (1 solo minore) e in comunità multiutenza (1 solo minore).

3. LA METODOLOGIA PER LA MAPPATURA DELLE AREE TERRITORIALI A MAGGIORE RISCHIO DI FRAGILITÀ E DEVIANZA PER GLI MCPT

3.1 Il background teorico

Per la realizzazione della mappatura delle zone di rischio di fragilità e devianza per i minori cittadini di paesi terzi è stata innanzitutto effettuata una revisione della letteratura, finalizzata a verificare come il tema della vulnerabilità psico sociale è stato affrontato in ambito scientifico sia su un piano teorico che su quello strettamente metodologico-empirico. Partendo da un concetto di vulnerabilità inteso come quella condizione in cui *“l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti sono permanentemente minacciate da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse”* (Ranci, 2002), in questa sede si è assunta una prospettiva multidimensionale che assume come l'interazione della pluralità di elementi che caratterizzano un dato contesto spaziale e sociale possa influenzare gli MCPT, contribuendo a plasmarne tanto l'auto-percezione che il ruolo sociale. Questo approccio, che fa riferimento ad una prospettiva interazionista/costruttivista, assume come gli MCPT interagiscano con un ambiente che, se da un lato offre possibilità e risorse, dall'altro pone anche un certo numero di limitazioni (Laghi *et al.*, 2012). Secondo questa visione, la comprensione che gli individui hanno della propria realtà e la percezione pubblica del loro ruolo sono costruite socialmente. Un approccio che risulta ulteriormente rafforzato da un filone di studi in campo medico che già a partire dagli anni 80 del secolo scorso affermano l'importanza di considerare i pazienti nella loro totalità secondo un modello

bio-psico-sociale (Engel 1980) che afferma «l'influenza essenziale dell'ambiente mentale, emotivo e sociale e naturale in cui viviamo» (Matè 2023: 57).

Appare pertanto importante focalizzarsi anche sui fattori esterni all'individuo, legati da un lato alle condizioni socioeconomiche che possono definire le caratteristiche prevalenti del contesto con cui la crescita della personalità del minore si trova ad interagire e, dall'altro, al sistema di servizi presenti in un determinato territorio, che possono o meno contribuire a sostenere tale crescita, ovvero costituire fattori protettivi rispetto al rischio di manifestazione di vulnerabilità. Il riferimento non è, dunque, soltanto al microsistema familiare - dunque alla sua struttura, alle capacità genitoriali e alle risorse materiali e immateriali - ma anche ad altri sistemi ambientali tra loro interconnessi che influenzano lo sviluppo infantile, come la scuola e il gruppo dei pari, quali ambienti più prossimi ai minori e come i contesti più ampi in cui il minore non è direttamente coinvolto ma che influenzano il suo ambiente (ad esempio, il lavoro dei genitori, le politiche sociali)¹⁸.

Ciò non consente ovviamente di affermare l'esistenza di un rapporto di causa-effetto diretto tra fattori di contesto e fragilità psico-sociale del minore; tuttavia, gli elementi di contesto possono rappresentare fattori di "concime" che, qualora sfavorevoli, accentuano aspetti negativi interni legati alla storia del minore, alle sue dinamiche familiari, al suo mondo relazionale. In tale prospettiva, va avvertito che, come indicato nella letteratura, *"l'ambiente ecologico va inteso come un insieme di strutture incluse l'una nell'altra che non riguardano soltanto le influenze contingenti e prossimali che agiscono sull'individuo in via di sviluppo ma anche le relazioni tra gli altri individui presenti nella situazione ambientale, che possono avere un "effetto" indiretto"* (Pavoncello 2015: 27). Ne consegue che minori con condizioni di partenza che presenterebbero potenzialmente i medesimi fattori di rischio (svantaggi di natura sociale, economica, culturale, ecc.) possono avere percorsi anche molto differenti, con esiti positivi o negativi sotto il profilo del disturbo psico-sociale (Bronfenbrenner 1979). Un'impostazione di questo tipo, integrata con l'approccio delle "capabilities" di Amartya Sen (1993), è stata, peraltro, già applicata con successo al tema più specifico del maltrattamento infantile, con la costruzione di un *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia*, a cura di CESVI (2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2024) attraverso la definizione di un indice volto piuttosto che a misurare l'effettivo grado di maltrattamento dell'infanzia a valutare da un lato come il contesto socio-economico e i servizi presenti nelle varie regioni possano incidere, positivamente o negativamente, sul benessere dei/delle minori e, dall'altro, la capacità delle amministrazioni pubbliche territoriali di intervenire in questo ambito attraverso i servizi erogati nei loro ambiti.¹⁹

3.2 Criteri per la realizzazione della mappatura dei fattori di rischio

3.2.1 La selezione degli indicatori

Definito il quadro teorico, il primo passaggio della mappatura territoriale dei **fattori di rischio** ha riguardato la selezione degli indicatori da utilizzare, considerando il territorio metropolitano suddiviso nelle due grosse entità di Roma Capitale, da un lato, e dei Comuni dell'hinterland,

¹⁸ Si tratta di una prospettiva basata sul modello ecologico di Bronfenbrenner U. (1979), che interpreta lo sviluppo infantile come influenzato da diversi sistemi interconnessi, ovvero: il Microsistema, ovvero l'ambiente più immediato del bambino (famiglia, scuola, gruppo dei pari); il Mesosistema, costituito dalle interazioni tra i diversi elementi del microsistema (ad esempio, la relazione tra famiglia e scuola); l'Ecosistema, costituito dai contesti sociali più ampi in cui il bambino non è direttamente coinvolto ma che influenzano il suo ambiente (ad esempio, il lavoro dei genitori, le politiche sociali); il Macrosistema, costituito dai valori culturali, le leggi e le ideologie della società; il Cronosistema, ovvero la dimensione temporale, che include gli eventi della vita e i cambiamenti socio-storici che influenzano lo sviluppo del bambino

¹⁹ L'indice utilizzato si basa su una "batteria" di 64 indicatori, classificati in base a 6 tipologie di capacità (cura di sé e degli altri; vivere una vita sana; vivere una vita sicura; acquisire conoscenza e sapere; lavorare; accedere alle risorse e ai servizi) e rispetto alla distinzione tra fattori di rischio e servizi, da un lato, e tra adulti/potenzialmente maltrattanti e bambini/e potenzialmente maltrattati, dall'altro.

dall'altro, tenute distinte in quanto oggettivamente differenti sia sotto il profilo delle tendenze demografiche che interessano gli stranieri, come si è avuto modo di apprezzare nel precedente capitolo, sia delle tendenze sociali ed economiche.

Gli indicatori sono stati selezionati partendo dal Comune di Roma Capitale e verificando la disponibilità di dati al livello delle zone urbanistiche²⁰ che, come hanno dimostrato diversi studi effettuati di recente²¹, è maggiormente in grado di rappresentare le disuguaglianze territoriali sotto il profilo sociale, demografico, economico e, dunque, anche nel tipo di rischio di vulnerabilità per i MCPT rispetto al livello del Municipio.

Una volta definiti gli indicatori disponibili per le zone urbanistiche del Comune di Roma, è stata effettuata una ricerca ad hoc degli stessi indicatori per la verifica della disponibilità al livello dei singoli comuni dell'hinterland metropolitano.

Più nello specifico, per quanto attiene al Comune di Roma, gli indicatori utilizzati in questa sede sono stati in larga parte ricavati da un recente lavoro di ISTAT per l'[audizione del 26.06.2024 presso la Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie](#), integrati con quelli messi a disposizione dal progetto "[Mapperoma](#)" e dal [Comune di Roma](#).

Tra tutti gli indicatori messi a disposizione, sono stati selezionati quelli maggiormente in grado di rappresentare efficacemente le diverse dimensioni della vulnerabilità, anche a partire da un recente lavoro di ISTAT sul tema (2020), che assume un'impostazione teorica simile a quella assunta in questa sede partendo dalla scomposizione del concetto nelle sue principali componenti di significato (dimensioni materiali e sociali, ovvero le condizioni abitative, il livello di istruzione, la partecipazione al mercato del lavoro, le condizioni economiche e le strutture familiari).

Nello specifico, gli indicatori sono in tutto 9, ovvero:

1. *la proporzione di famiglie che non vivono in abitazione di proprietà*, definita come rapporto percentuale tra il numero di famiglie che non vivono in casa di proprietà e il numero totale di famiglie e proposto come indicatore di un possibile disagio connesso con i costi dell'abitare. La fonte dell'indicatore è costituita dal censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni e dal catasto immobiliare anno 2020;
2. *l'indice di affollamento delle abitazioni occupate*, definito come rapporto tra il numero di occupanti e il numero di vani e proposto come misura della qualità di vita, ovvero della deprivazione materiale connessa alla coabitazione di più persone in spazi limitati rispetto alla numerosità degli occupanti l'abitazione. La fonte dell'indicatore è costituita dal censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni e dal catasto immobiliare anno 2020;
3. *il tasso di alloggi impropri*, definito come rapporto percentuale tra altri tipi di alloggio occupati (luoghi di riparo non identificabili come abitazioni) e il totale delle abitazioni e degli altri tipi di alloggio. La fonte dell'indicatore è costituita dal censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni;
4. *l'incidenza delle famiglie numerose*, definito come rapporto percentuale tra il numero di famiglie con 5 o più componenti e il totale delle famiglie di ciascuna zona territoriale e proposto come misura idonea ad individuare, fra le diverse tipologie familiari con figli, quelle maggiormente esposte a condizioni di vulnerabilità materiale e sociale anche per la presenza di minori. I dati, relativi al censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni, sono messi a disposizione da Mapperoma;
5. *l'indice di non completamento del ciclo di scuola secondaria di primo grado*, definito come

²⁰ Le zone urbanistiche sono state istituite dal Comune nel 1977 a fini statistici e di pianificazione e gestione del territorio secondo criteri di omogeneità dal punto di vista urbanistico.

²¹ Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2019); Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021); Lelo K., Monni S., Reynaud C., Tomassi F. (2024). Si vedano, inoltre, i contributi pubblicati nei siti internet <https://www.periferiacapitale.org/> e <https://www.mapperoma.info/>.

rapporto percentuale tra la popolazione nella classe di età 15-52 che non ha conseguito il diploma della scuola secondaria di primo grado e la popolazione totale della medesima classe di età. Si tratta di una misura del capitale umano, che consente di descrivere condizioni di vulnerabilità connesse alla presenza di bassi livelli di istruzione riferiti alle persone in età attiva. La fonte dell'indicatore è il censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni;

6. *l'incidenza dei giovani che non studiano e non lavorano*, definito come rapporto percentuale tra la popolazione residente nella classe di età 15- 29 anni che non studia e non lavora e la popolazione residente nella medesima classe di età e proposto per fornire una misura della potenziale vulnerabilità sociale e materiale riferita alla popolazione inattiva più giovane che, a causa di un prolungato e persistente allontanamento dal sistema formativo e dal mercato del lavoro, è maggiormente esposta al rischio di esclusione sociale. I dati utilizzati derivano dal censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni, integrato con informazioni provenienti da archivi amministrativi;
7. *l'uscita precoce dal sistema di istruzione dei giovani stranieri*, definito come rapporto tra il totale degli stranieri di 18-24 anni con al più il diploma di scuola secondaria di primo grado (licenza media) e non iscritti a nessun corso regolare di studio e il totale degli stranieri di 18-24 anni, e proposto come misura dell'allontanamento degli stranieri dal sistema formativo, che può essere insieme causa e conseguenza della povertà materiale e/o educativa. La fonte dell'indicatore è il censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni, integrato con informazioni provenienti da archivi amministrativi;
8. *l'incidenza delle famiglie con probabile disagio economico*, definito come rapporto percentuale tra il numero di famiglie con figli la cui persona di riferimento ha fino a 64 anni e nelle quali nessun componente è occupato o percettore di pensione da lavoro da un lato e il totale delle famiglie dall'altro, e proposto come misura che coniuga il disagio materiale con l'informazione relativa al capitale umano/sociale (data dallo stato di inattività/disoccupazione). I dati utilizzati derivano dal censimento 2021 della popolazione e delle abitazioni, integrato con informazioni provenienti da archivi amministrativi;
9. *il reddito imponibile medio*, calcolato come rapporto tra il reddito imponibile complessivo per ciascuna zona urbanistica e il numero di contribuenti, proposto come misura della condizione economica degli individui in senso stretto. I dati statistici, relativi al 2009, sono forniti dal Comune di Roma sulla base dei dati Siatel - Agenzia delle Entrate.

Rispetto agli indicatori di disagio forniti da ISTAT (2024) si deve precisare che questi sono disponibili per 143 delle 155 zone urbanistiche di Roma Capitale, in quanto sono presenti 12 zone considerate da ISTAT scarsamente significative. Si tratta, peraltro, di zone in cui la presenza di minori stranieri al 31.12.2023 è decisamente molto contenuta. Nominativamente:

- Per il municipio I, la zona archeologia 1x (2 minori stranieri);
- Per il municipio II, le zone 2x Villa Borghese (9 minori stranieri), 2y Villa Ada (2 minori stranieri) e 3y Verano (nessun minore straniero);
- Per il municipio VII, la zona 10x Ciampino (2 minori stranieri);
- Per il municipio VIII, le zone 11x Appia Antica Nord, 11y Appia Antica Sud (rispettivamente, 28 e 11 minori stranieri);
- Per il municipio IX, la zona 12x Tor di Valle (nessun minore straniero);
- Per il municipio X, le zone 13h Castel Fusano e 13x Castel Porziano (rispettivamente, 4 e 0 minori stranieri)
- Per il municipio 12, la zona 16x Villa Pamphili (nessun minore straniero)
- Per il municipio XV, la zona 20o Martignano (2 minori stranieri).

Quanto ai 120 comuni del **territorio metropolitano**, sono stati reperiti 7 indicatori su 9, sebbene riferibili a differenti annualità di riferimento; per i due restanti indicatori è stata operata una sostituzione con altri che fanno riferimento allo stesso dominio concettuale. Nello specifico:

- proporzione di famiglie che non vivono in abitazione di proprietà: dato riferito al 31.12.2023 e calcolato a partire dai dati grezzi messi a disposizione nel [datawarehouse ISTAT del censimento](#)
- indice di affollamento delle abitazioni occupate: dato riferito al censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011 e ricavato dai file messi a disposizione nel [nuovo portale ISTAT del censimento permanente](#);
- tasso di alloggi impropri: dato riferito al censimento 2021, e calcolato a partire dai dati messi a disposizione nel datawarehouse ISTAT del censimento;
- incidenza delle famiglie numerose: dato riferito al 31.12.2023, e calcolato a partire dai dati messi a disposizione nel datawarehouse ISTAT del censimento;
- indice di non completamento del ciclo di scuola secondaria di primo grado: l'indicatore, e i dati grezzi, non sono stati reperiti. Si è, pertanto, operata una sostituzione considerando l'incidenza della popolazione 25-64 anni che non ha conseguito il diploma di scuola media superiore, calcolato a partire dai dati relativi al censimento 2011, messi a disposizione nel nuovo portale ISTAT del censimento permanente della popolazione e delle abitazioni;
- incidenza dei giovani che non studiano e non lavorano: dato riferito al 2011 e ricavato dai file messi a disposizione nel nuovo portale ISTAT del censimento permanente;
- uscita precoce dal sistema di istruzione, riferito per Roma Capitale agli stranieri di età compresa tra i 18 e 24 anni: l'indicatore è stato ricavato con riferimento a tutti i giovani dai file messi a disposizione nel nuovo portale ISTAT del censimento permanente, relativi al 2011;
- incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico: anche in questo caso, il dato si riferisce al censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011 ed è stato reperito nei file messi a disposizione nel nuovo portale ISTAT del censimento permanente;
- reddito imponibile medio: dato riferito al 2017 e messo a disposizione nella pubblicazione "[Il territorio metropolitano romano: cartografie e numeri](#)", curata dal Gruppo di lavoro per il Piano strategico della CM di Roma Capitale.

Per entrambi gli ambiti territoriali, fatta eccezione per l'indicatore relativo al reddito medio, tutti gli altri indicatori selezionati hanno polarità positiva, ovvero sono concordanti rispetto al fenomeno analizzato (all'aumentare del loro valore, aumenta il grado di rischio).

3.2.2 La costruzione dell'indice sintetico di fragilità sociale

All'analisi di ciascuno degli indicatori selezionati si è affiancata la costruzione di un **indice sintetico di rischio di fragilità sociale**, separatamente per Roma Capitale e per i Comuni dell'hinterland metropolitano. L'indice riassume in un'unica variabile le informazioni derivate dai singoli indicatori elementari con l'obiettivo di facilitare la sintesi dei dati ed esprimere un "giudizio complessivo" (Lazarsfeld, 1967) sulle zone cui prestare maggiore attenzione: la variabilità degli aspetti considerati rende, infatti, oggettivamente gravosa la lettura e l'analisi del fenomeno, suggerendo la necessità di passare ad una rappresentazione unidimensionale che raccoglie in sé "tutte" le informazioni, in modo da renderle immediatamente visibili e interpretabili, "completando e non sostituendo quanto già emerso dall'analisi dei singoli indicatori" (Mazziotta e Pareto, 2011).

Tra le tecniche di sintesi note in letteratura e provenienti sia dalla statistica descrittiva che dall'analisi multivariata si è scelto di utilizzare una funzione di sintesi innovativa, ricavata con il *metodo delle penalità per coefficiente di variazione* ed elaborata proprio per consentire la comparazione di sistemi territoriali e applicata a diverse tematiche affini alla nostra quali, a titolo di esempio, il benessere equo e sostenibile (Mazziotta e Pareto 2013; Massoli, Mazziotta, Pareto, Rinaldelli 2013a, 2013b, 2013c) e la vulnerabilità sociale e materiale (ISTAT 2020).

La metodologia di sintesi, denominata *Mazziotta Pareto Index* (MPI) (Mazziotta, Mazziotta, Pareto, Vidoli 2010; Mazziotta, Pareto, 2007), è basata sull'assunzione di un modello di misurazione di tipo formativo, in cui gli indicatori utilizzati per misurare ciascuna dimensione sono visti come 'causa',

piuttosto che ‘effetto’ della variabile latente e sull’ipotesi di non “sostituibilità” delle diverse componenti. Il *metodo delle penalità per coefficiente di variazione*, detto anche non compensativo, richiede una dotazione bilanciata di tutte le componenti elementari (Mazziotta e Pareto, 2007) e si basa sulla correzione della media aritmetica attraverso una funzione di variabilità che penalizza le aree geografiche che presentano una distribuzione “sbilanciata” degli indicatori di base.

Come evidenziato (Massoli et al. 2013c), a differenza di altri indici statistici di tipo algebrico, l’MPI consente di soddisfare una serie di requisiti essenziali quali:

- a) la comparabilità spaziale, ossia la possibilità di confrontare valori di sintesi tra unità territoriali;
- b) la comparabilità temporale, ossia la possibilità di confrontare valori di sintesi nel tempo;
- c) la non sostituibilità degli indicatori elementari, ossia l’attribuzione dello stesso peso agli indicatori elementari e l’impossibilità di compensare il valore di uno con quello di un altro;
- d) la semplicità e trasparenza di calcolo;
- e) l’immediata fruizione e interpretazione dei risultati di output;
- f) la robustezza dei risultati ottenuti.

L’indice è costruito innanzitutto tramite la trasformazione degli indicatori elementari in variabili con media 100 e scostamento quadratico medio 10, che consente di confrontare distribuzione di indicatori con unità di misura diverse. I valori così ottenuti sono compresi, all’incirca, nell’intervallo “70-130” (Mazziotta e Pareto 2011). Dato che la standardizzazione rispetto alla media e allo scostamento quadratico medio non richiede la definizione di un vettore di valori obiettivo (in quanto sostituisce tale vettore con l’insieme dei valori medi), risulta agevole individuare le unità territoriali che presentano un rischio di vulnerabilità/fragilità per i MCPT superiore a quello medio (valori maggiori di 100) e le unità che presentano un rischio inferiore (valori minori di 100). Il passaggio successivo è la correzione della funzione di aggregazione (media aritmetica delle variabili standardizzate) con un coefficiente di penalità che dipende, per ciascuna unità territoriale, dalla variabilità degli indicatori rispetto al valor medio (“variabilità orizzontale”). Tale variabilità, misurata attraverso il coefficiente di variazione, consente di penalizzare il punteggio delle unità che presentano un maggiore squilibrio tra i valori degli indicatori e, quindi, una dotazione sbilanciata (Mazziotta e Pareto 2011). L’uso degli scarti standardizzati nel calcolo dell’indice sintetico, infine, permette di costruire una misura robusta e poco sensibile all’eliminazione di un singolo indicatore elementare (Mazziotta *et al.*, 2010).

Di seguito le formule utilizzate per i passaggi appena commentati.

a) Standardizzazione degli indicatori

Data una matrice $\mathbf{X}=\{x_{ij}\}$ di n righe (unità statistiche) e m colonne (indicatori), si passa alla matrice $\mathbf{Z}=\{z_{ij}\}$ in cui:

$$z_{ij} = 100 \pm \frac{(x_{ij} - M_{x_j})}{S_{x_j}} 10$$

dove M_{x_j} e S_{x_j} sono, rispettivamente, la media²² e lo scostamento quadratico medio²³ del j -esimo indicatore, x_{ij} è il valore del j -esimo indicatore nell’ i -esima unità e \pm rappresenta il segno della relazione esistente tra il j -esimo indicatore e il fenomeno da misurare. Nel nostro caso, si

$$^{22} M_{x_j} = \frac{\sum_{i=1}^n x_{ij}}{n}$$

$$^{23} S_{x_j} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_{ij} - M_{x_j})^2}{n}}$$

assume il segno positivo per gli indicatori concordanti con il fenomeno del rischio di vulnerabilità e il segno negativo per l'unico indicatore discordante, costituito dal reddito imponibile medio.

b) *Calcolo della "variabilità orizzontale"*

Data la matrice $\mathbf{Z}=\{z_{ij}\}$, si calcola il vettore dei coefficienti di variazione $\mathbf{CV}=\{cv_i\}$ in cui:

$$cv_i = \frac{S_{z_i}}{M_{z_i}}$$

dove:

$$M_{z_i} = \frac{\sum_{j=1}^m z_{ij}}{m} \quad \text{e} \quad S_{z_i} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^m (z_{ij} - M_{z_i})^2}{m}}$$

c) *Costruzione dell'indice sintetico*

L'indice sintetico dell' i -esima unità $MPcv_i$ si ottiene mediante la formula:

$$MPI_i^+ = M_{z_i} + S_{z_i} cv_i$$

La sottrazione alla media aritmetica degli indicatori standardizzati di una quantità proporzionale allo scostamento quadratico medio e funzione diretta del coefficiente di variazione, consente di penalizzare in misura minore le unità con valori standardizzati simili tra loro, ossia in analogia proporzione rispetto al vettore delle medie. Nel nostro caso, si è utilizzata la versione con penalità positiva in quanto a variazioni crescenti dell'indicatore corrispondono variazioni negative del fenomeno in esame (rischio di vulnerabilità per i MCPT). In sostanza, il coefficiente di penalità corregge la media degli indicatori normalizzati "spingendola" verso l'alto: pertanto, l'indice ottenuto è tanto maggiore quanto più grande è la media aritmetica degli indicatori standardizzati e lo scostamento quadratico medio. Più è alto il valore dell'indice, maggiore è il livello di rischio di vulnerabilità dell'unità.

3.2.3 L'analisi delle informazioni

La definizione delle zone urbane e dei comuni maggiormente a maggior rischio di vulnerabilità/fragilità sociale è esito della lettura congiunta dei valori assunti dall'indice di rischio di vulnerabilità con l'indicatore di presenza dei minori con cittadinanza non comunitaria, effettivi destinatari del progetto COFRAMIS.

Per quanto riguarda Roma Capitale, sono state **selezionate le zone che presentano un indice di vulnerabilità elevato** – ovvero con valori uguali o superiori alla media (che, come si è appreso dal precedente paragrafo, è posto a 100) – **e un numero di minori stranieri non comunitari**²⁴ **significativo**, posto come superiore alle 500 unità. Per quanto riguarda i comuni dell'hinterland, si è considerato un numero di minori non comunitari più basso, ovvero superiore a 200 unità, in quanto l'utilizzo di dati riferiti al censimento 2011 per la costruzione dell'indice di fragilità sociale comporta necessariamente una sottostima dei fattori di rischio, essendo evidenti le dinamiche di netto peggioramento che tali indicatori hanno manifestato su tutto il territorio nazionale e regionale. Nell'allegato statistico in calce al testo sono riportate integralmente sia le tavole dei singoli indicatori utilizzati che dell'indice sintetico con riferimento a tutte le zone urbanistiche (Annesso 1-A) e a tutti

²⁴ Si rimanda al capitolo 2 per la definizione e descrizione dell'indicatore relativo alla presenza di minori stranieri non comunitari.

i comuni dell'hinterland metropolitano (Annesso 1-B). Il capitolo successivo, al contrario, al fine di ridurre la complessità di lettura dei risultati, si concentra esclusivamente sul commento delle 16 zone urbanistiche di Roma Capitale e degli 11 comuni dell'hinterland metropolitano che soddisfano le anzidette condizioni.

3.3 Criteri per la mappatura dei servizi

Con esclusivo riferimento alle zone urbanistiche di Roma Capitale che sono risultate maggiormente favorevoli allo sviluppo di forme di vulnerabilità dei minori stranieri di origine extra-comunitaria è stata effettuata un'ulteriore analisi volta a sondare il grado di offerta di servizi che può essere considerato un indicatore di capacità dei territori di farsi carico delle comunità. Come è stato evidenziato per l'indice di rischio di vulnerabilità, anche sul fronte dei servizi, pubblici e privati, ogni approfondimento si scontra con la carenza strutturale di dati a disposizione sia rispetto ai servizi genericamente rivolti alla popolazione minorile, sia agli specifici servizi per la presa in carico minori extra-UE con vulnerabilità²⁵. Tra gli indicatori disponibili si sono, dunque, selezionati quelli che presentano una maggiore capacità esplicativa delle condizioni dell'offerta pubblica di servizi. Complessivamente si tratta di 9 indicatori, di cui 6 espressi in termini di "accessibilità ai servizi"²⁶ da parte della popolazione e calcolati al livello di zona urbanistica e 3 espressi in termini di dotazione numerica in rapporto alla popolazione residente e disponibili al livello di municipio.

Più nello specifico, gli indicatori sono i seguenti:

- Accessibilità della popolazione residente alle biblioteche: tale indicatore, ricavato dal già citato paniere di indicatori ISTAT (2024), misura la quota di popolazione che risiede in sezioni di censimento che distano, al più, 1,5 Km dalla biblioteca più vicina. La fonte dei dati è l'Indagine ISTAT sulle biblioteche - Anno 2022;
- Accessibilità della popolazione residente agli ospedali, misurata come quota di popolazione che risiede in sezioni di censimento che distano al più 8 minuti dall'ospedale con pronto soccorso o DEA di I o II livello più vicino. I dati sono ricavati dalle statistiche del Ministero della Salute - Anno 2019 e rielaborati da ISTAT;
- Accessibilità della popolazione residente ai servizi educativi per la prima infanzia, misurata come quota di popolazione che risiede in sezioni di censimento che distano al più 1,5 km dalla struttura di servizi per l'infanzia (0-3 anni) più vicina. La fonte del dato è la Rilevazione ISTAT sui nidi e servizi integrativi per la prima infanzia - Anno 2021;
- Accessibilità della popolazione residente alle scuole, misurata con la stessa procedura utilizzata per gli indicatori precedenti, considerando quali gradi di istruzione la scuola d'infanzia, la primaria, la secondaria di I grado e l'istituto comprensivo. I dati sono forniti dal Ministero dell'Istruzione e del Merito e si riferiscono all'Anno scolastico 2022-2023 e rielaborati da ISTAT;
- Accessibilità della popolazione residente alle scuole primarie a tempo pieno, misurata come quota di popolazione che risiede, al più, a 1,5 km dalla scuola primaria a tempo pieno più vicina. I dati sono forniti dal Ministero dell'Istruzione e del Merito, si riferiscono all'Anno scolastico 2022-2023 e sono rielaborati da ISTAT;
- Accessibilità della popolazione residente alle scuole secondarie di II grado quale quota di popolazione che risiede in sezioni di censimento che distano al più 1,5 Km dalla scuola

²⁵ Come, peraltro, rilevato in precedenti indagini su tematiche affini, quali a titolo di esempio quella realizzata nell'ambito del progetto "Mi.Fa.Bene. - Minori Famiglia Benessere", promosso dal Comune di Roma a valere sui fondi FAMI. Per maggiori approfondimenti si rimanda alla documentazione raccolta nel sito del Comune al link: <https://www.comune.roma.it/web/it/dipartimento-politiche-sociali-e-saluteprogetti.page?contentId=PRG963889>.

²⁶ Si rimanda alla nota metodologica elaborata da ISTAT per la descrizione delle procedure di geo referenziazione sottostanti al calcolo della prossimità e dell'accessibilità dei servizi: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/06/Notametodologica-periferie-aggiornamento-16-12-2024.pdf>.

secondaria di II grado più vicina. I dati sono forniti dal Ministero dell'Istruzione e del Merito - Anno scolastico 2022-2023 e rielaborati da ISTAT;

- Tasso per 10.000 abitanti di medici di medicina generale, calcolato come rapporto tra il numero di MMG e la popolazione media residente con più di 13 anni. I dati, contenuti nell'Annuario statistico del Comune di Roma, sono disponibili al livello di municipio per l'anno 2021 ([tavola 4.2](#)) e costituiscono una rielaborazione di dati anagrafici del Comune per quanto attiene alla popolazione e dei dati LazioCrea-Direzione Sistemi Informativi-Sistemi Centrali e di accesso per la Sanità;
- Tasso per 10.000 abitanti di pediatri di libera scelta, calcolato come rapporto tra il numero di PLS e la popolazione media residente di età compresa tra 0 e 13 anni. La fonte è la stessa dell'indicatore precedente;
- Tasso per 10.000 abitanti di assistenti sociali, calcolato come rapporto tra il numero di assistenti sociali a tempo parziale e pieno operanti nei municipi e la popolazione totale residente. Il dato sulla popolazione residente è ricavato dai [dati anagrafici pubblicati dal Comune](#) e relativi al 31.12.2023. Il dato sugli assistenti in organico è stato fornito dal Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma ed è aggiornato al 31.12.2024. Si rappresenta che il dato comprende sia gli assistenti sociali in forze presso ciascun municipio, sia una quota di assistenti sociali che, in organico nel Dipartimento, si occupa di materie trasversali ai diversi municipi; tale quota, costituita da 116 dipendenti a tempo pieno o parziale, è stata dunque equamente ripartita tra tutti i municipi ai fini del calcolo dell'indicatore.

Su questa batteria di indicatori è stato costruito un indice sintetico che consente di ridurre la complessità di lettura e interpretazione dei dati attraverso la stessa metodologia di calcolo descritta al paragrafo precedente, eccezion fatta per il passaggio che corregge l'indice con una penalità che, in questo caso, è negativa anziché positiva in quanto a variazioni crescenti dell'indice corrispondono variazioni positive del fenomeno. La formula è quindi la seguente:

$$MPI_i^- = M_{z_i} - S_{z_i} cv_i$$

4. I RISULTATI DELLA MAPPATURA

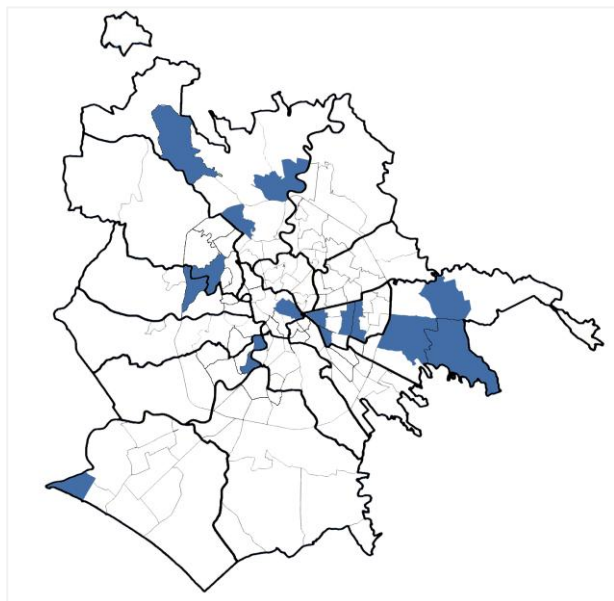
4.1 Zone urbanistiche con un elevato rischio di vulnerabilità per MCPT nel Comune di Roma

Il Comune di Roma presenta complessivamente 72 zone sulle 143 considerate che, sulla base degli indicatori selezionati, manifestano un elevato rischio di vulnerabilità per i minori con cittadinanza non comunitaria, 16 delle quali vedono un numero di minori stranieri non comunitari superiore alle 500 unità. La cartografia (fig. 4.1) evidenzia che:

- ben 4 zone sono situate nel **Municipio V** (6a-Torpignattara, 7b-Alessandrina, 7a-Centocelle e 6c-Quadraro);
- 3 zone sono situate nel **Municipio XV** (20c-Tomba di Nerone, 20h-La Storta e 20m-Labaro)
- ulteriori 3 zone nel VI (8e-Lunghezza, 8f-Torre Angela e 8g-Borghesiana)
- 2 zone nell'**XI** (15a-Marconi e 15c-Pian Due Torri).

Le rimanenti 4 zone a rischio selezionate sono situate nei municipi XIV (19b-Primavalle), 1 (1e-Esquilino), X (13f-Ostia Nord) e XIII (18c-Fogaccia).

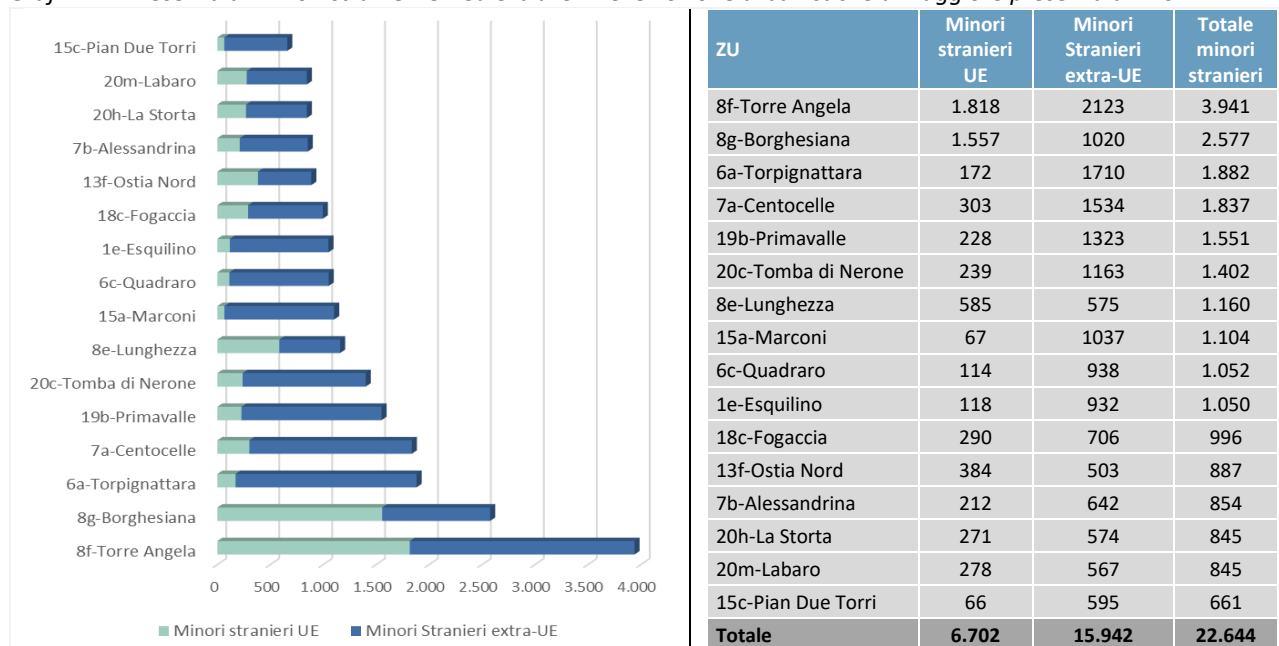
Fig. 4.1 – Zone urbanistiche ad elevato rischio di vulnerabilità e con un numero di minori con cittadinanza non comunitaria >500



Il grafico 4.1 dà conto della presenza di minori stranieri nelle zone considerate, suddivisi sulla base della nazionalità in comunitari ed extra-comunitari. Sono solo 6 le ZU che vedono una presenza di minori stranieri inferiore alle 1.000 unità, ovvero 18c-Fogaccia (996), 13f-Ostia Nord (887), 7b-Alessandrina (854), 20m-Labaro (845), 20h-La Storta (845) e 15c-Pian Due Torri (661). Tra queste, tuttavia, si evidenzia un'incidenza di minori non comunitari sul totale di minori stranieri particolarmente consistente nella zona 15c-Pian Due Torri, dove gli MCPT costituiscono ben il 90% della popolazione minorile straniera, e nella zona 7b-Alessandrina (75%).

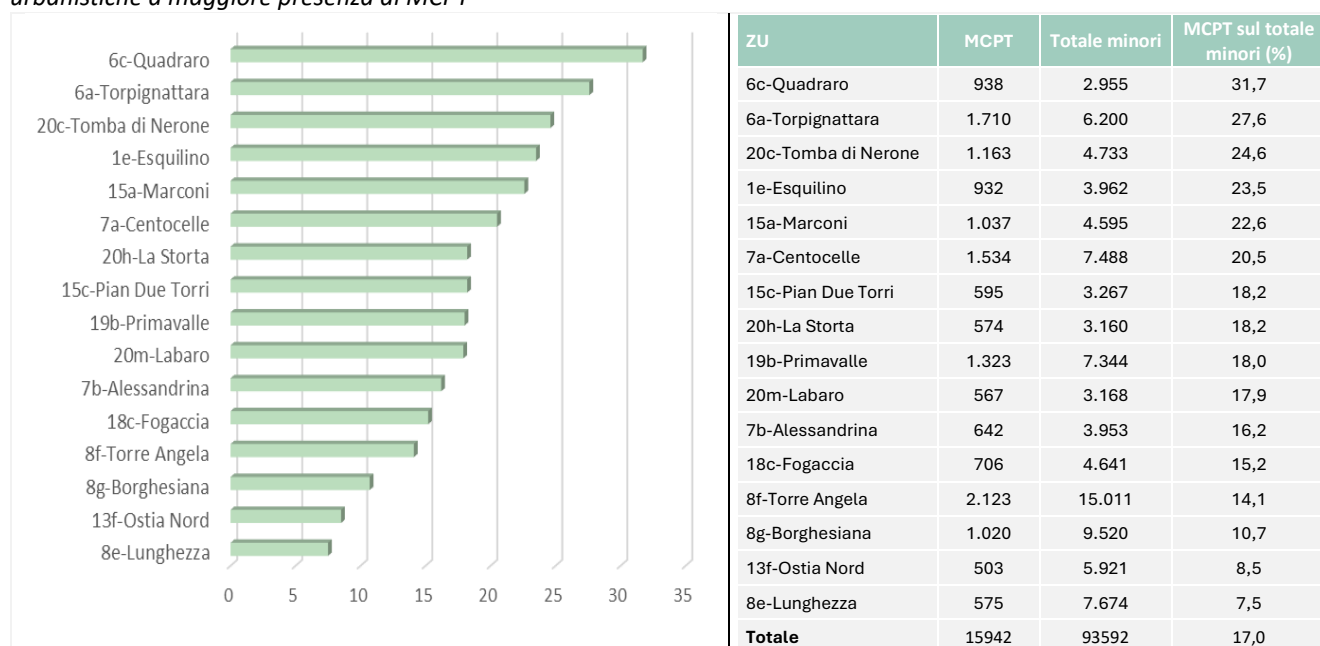
Le zone con la concentrazione massima di minori stranieri sono la 8f-Torre Angela e la 8g-Borghesiana, rispettivamente con 3.941 e 2.577 unità. In queste due zone si evidenzia una presenza di MCPT di 2.123 e 1.020 unità e un'incidenza di non comunitari sul totale relativamente più bassa, ovvero pari rispettivamente al 53,9% e al 39,6%. Delle restanti zone, se si fa eccezione per la 8e-Lunghezza, tutte le altre presentano un'incidenza molto elevata di minori stranieri di origine non comunitaria, superiore all'83%: a Marconi, in particolare, tale quota è pari a ben il 93,9%.

Graf. 4.1 – Presenza di minori stranieri UE ed extra-UE nelle 15 zone urbanistiche a maggiore presenza di MCPT



Ulteriori differenziazioni tra le zone urbanistiche considerate sono rappresentabili (graf. 4.2) considerando il dato relativo all'incidenza di minori di origine non comunitaria sul totale della popolazione minorile (ivi compresi gli italiani). Infatti, le ZU 8f-Torre Angela e 8g-Borghesiana, caratterizzate da una presenza numerica più consistente di MCPT, sono anche quelle in cui la popolazione minorile complessiva presenta valori più elevati (rispettivamente, 15.011 e 9.520), abbassando in tal modo l'incidenza percentuale (14,1% e 10,7%). La ZU in cui l'incidenza di minori extra-UE è, in assoluto, più contenuta è Lunghezza (7,5%, ben al di sotto del valore medio comunale, pari a 10,8%), mentre quelle con l'incidenza più consistente sono 6c-Quadraro, dove oltre 3 minori su 10 sono di origine non comunitaria e, a seguire, 6a-Torpignattara (27,6%), 20c-Tomba di Nerone (24,6%), 1e-Esquilino (23,5%), 15a-Marconi (22,6%) e 7a-Centocelle (20,5%).

Graf. 4.2 – Incidenza percentuale dei minori stranieri extra-UE sul totale dei minori (stranieri e italiani) nelle 15 zone urbanistiche a maggiore presenza di MCPT



Venendo alla descrizione dei fattori di vulnerabilità, è da premettere che le zone selezionate corrispondono a quelle che, nella letteratura di settore, sono ritenute quelle a più elevata disegualianza, povertà e disagio sociale. In particolare, assumendo l'ormai nota classificazione delle zone di Roma nelle sette città (Lelo, Monni, Tomassi, 2021; Colone F., Lelo K., Monni S., Tomassi F. 2021a, 2021b, 2021c), sono qui presenti sia zone urbanistiche classificate come "città del disagio", caratterizzate da quartieri di case popolari e/o borgate di origine abusiva (Borghesiana, Primavalle²⁷, Ostia Nord²⁸ e Torre Angela²⁹), sia zone urbanistiche collocate in città apparentemente meno problematiche sotto il profilo sociale ed economico:

- L'Esquilino, situato nella "città storica", caratterizzato da un significativo abbandono e declino edilizio, che per la sua vicinanza alla stazione Termini, la disponibilità di alloggi sfitti e la

²⁷ Primavalle è una zona tradizionalmente caratterizzata dalla forte presenza di nuclei familiari poveri, alloggiati in abitazioni di fortuna nelle nuove abitazioni di edilizia residenziale pubblica costruiti negli anni Sessanta, senza tuttavia una regolamentata e coerente pianificazione urbanistica.

²⁸ La zona urbanistica Ostia Nord ha un numero particolarmente elevato di alloggi popolari (3.592) ed è conosciuta, oltre che per le condizioni di deterioramento degli edifici, anche per l'attività di famiglie criminali che controllano l'occupazione degli alloggi.

²⁹ Torre Angela comprende insediamenti abitativi molto diversi tra loro, con grandi complessi di case popolari, che versano in condizioni di incuria e degrado, quartieri interamente abusivi e quartieri di edilizia privata.

progressiva svalutazione immobiliare è progressivamente divenuto luogo di insediamento di migranti e indigenti;

- Lunghezza, situata nella “città-campagna” – ovvero una zona caratterizzata dalla scarsa urbanizzazione e dalla presenza di vari parchi o riserve naturali – che nonostante gli interventi di riqualificazione urbanistica e il tentativo di creare un quartiere centrale attrattivo (Ponte di Nona) rimane una zona carente di interscambi sociali, economici e funzionali con i quartieri limitrofi;
- Fogaccia e Labaro, situate nella “città dell’automobile” disposta lungo i principali assi di viabilità di scorrimento veloce (Gra, via del Mare, autostrada Roma-Fiumicino), che comprende gli insediamenti sparsi e discontinui situati attorno al Gra e lungo le direttrici stradali verso il mare, più recenti e più estensivi rispetto alla periferia storica, interposta ai nuclei di case popolari e di origine abusiva;
- La Storta e la Tomba di Nerone, situate nella “città ricca” che comprende i quartieri più benestanti di Roma;
- Infine, Torpignattara, Quadraro, Centocelle, Alessandrina, Marconi e Pian Due Torri, entro la “città compatta” abitata prevalentemente dal ceto medio.

La tab. 4.2 sintetizza le informazioni relative agli indicatori qui considerati per evidenziare il contributo di ciascuno di essi al valore complessivo dell’indice di rischio di vulnerabilità per i minori stranieri non comunitari. Le celle con sfondo più scuro e carattere in grassetto sono quelle i cui valori superano il valore medio registrato a livello comunale. Leggendo la tabella per righe, si evidenzia innanzitutto che l’Alessandrina è l’unica zona in cui i valori di tutti gli indicatori sono superiori alla media; a seguire, le 3 zone del Municipio VI – Borghesiana, Torre Angela e Lunghezza – presentano valori elevati in quasi tutti gli indicatori, eccezion fatta per quello relativo all’uscita precoce dal sistema istruzione degli stranieri nella fascia di età 18-24 anni. Queste 4 ZU sono accomunate dai valori più elevati sugli indicatori di disagio abitativo (famiglie in abitazioni non di proprietà, alloggi impropri e affollamento delle abitazioni occupate) e sul potenziale disagio economico; la Borghesiana, Torre Angela, e Alessandrina presentano inoltre il reddito medio imponibile più basso delle zone qui considerate, e Torre Angela e Lunghezza la percentuale più elevata di giovani che non lavorano e non studiano. Allo stesso modo, anche le ZU Pian due Torri e Quadraro presentano quasi tutti i valori degli indicatori sopra la media, con l’eccezione di quello relativo alle famiglie con potenziale disagio economico (il primo) e al tasso di alloggi impropri (il secondo). È da rilevare che Quadraro, peraltro, presenta diversi valori molto elevati: infatti, oltre 2 famiglie su 10 non vivono in abitazioni di proprietà, quasi 2 persone su 10 con età 15-52 anni non hanno completato il ciclo di scuola secondaria di primo grado, oltre un quarto dei giovani di età 15-29 anni non lavorano e non studiano e i giovani stranieri usciti precocemente dal percorso istruzione sfiorano il 44%.

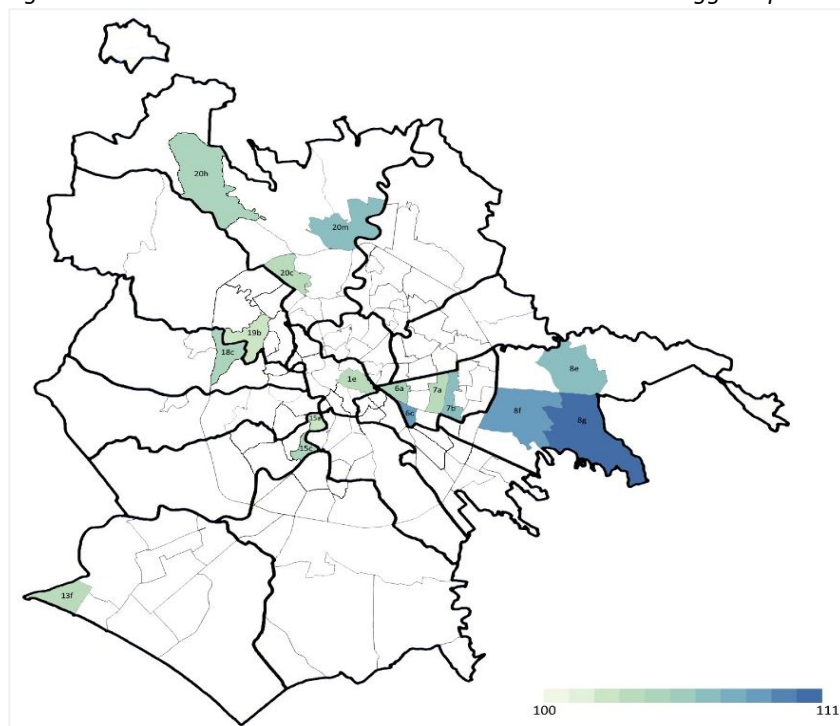
All’opposto, la ZU Tomba di Nerone presenta ben 5 indicatori meno problematici in quanto si collocano sotto la media, ovvero quelli relativi alla condizione abitativa (famiglie numerose, affollamento e alloggi impropri), economica (reddito medio) e degli stranieri 18-24 anni usciti dal sistema istruzione. Le rimanenti zone urbanistiche presentano un numero di indicatori meno problematico pari a 2, 3 o 4, pur presentando aree di criticità notevole: Centocelle, ad esempio, presenta una quota di stranieri usciti precocemente dal sistema istruzione molto elevata (41,1%); a Labaro, la quota di famiglie che non vivono in abitazioni di proprietà è pari a ben il 43%; a Torpignattara si ritrova una quota molto consistente di persone che non hanno completato il ciclo di scuola secondaria di primo grado (3,4%); a La Storta, molto elevata è la quota di famiglie con potenziale disagio economico, ovvero pari al 3,7%.

Tab. 4.2 – Rischio di vulnerabilità per gli MCPT: indice sintetico e indicatori elementari

ZU	MPI+	Famiglie numerose (%)	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà (%)	Tasso di alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamento scuola sec. di I° (%)	NEET (%)	Famiglie con potenziale disagio economico (%)	Uscita precoce da istruzione (stranieri) (%)	Reddito imponibile medio (€)
8g-Borghesiana	110,4	6,2	39,9	0,389	0,506	3,3	23,6	3,7	34,8	16.960,65
8f-Torre Angela	109,2	5,5	44,2	0,314	0,488	3,2	24,7	3,5	34,2	17.189,20
8e-Lunghezza	106,6	5,4	36,2	0,273	0,513	2,5	24,5	3,1	30,7	18.739,51
7b-Alessandrina	106,0	3,8	40,6	0,275	0,505	2,8	23,3	2,7	36,5	17.847,47
7a-Centocelle	102,9	3,3	32,8	0,145	0,478	2,8	21,5	2,1	41,1	18.897,84
6c-Quadraro	108,8	4,0	41,2	0,198	0,487	3,8	25,9	2,4	43,9	18.011,52
6a-Torpignattara	103,0	3,0	33,9	0,182	0,443	3,4	23,4	1,9	37,4	20.426,36
20m-Labaro	106,3	4,0	43,0	0,263	0,446	3,3	23	2,9	37,1	19.151,43
20h-La Storta	103,9	4,7	39,4	0,322	0,364	2,8	23,0	3,7	30,5	26.715,94
13f-Ostia Nord	103,4	3,7	40,0	0,160	0,427	2,5	23,9	2,7	35,9	21.090,79
20c-Tomba di Nerone	102,4	3,1	38,4	0,239	0,388	3,3	23,1	2,7	35,0	27.795,64
1e-Esquilino	102,9	2,8	37,7	0,238	0,353	3,8	25,1	2,3	42,1	32.968,38
19b-Primavalle	100,0	3,1	36,9	0,248	0,444	2,4	18,0	2,1	31,6	21.322,41
18c-Fogaccia	103,6	4,3	38,3	0,267	0,469	2,7	20,7	2,8	23,8	18.501,46
15c-Pian Due Torri	103,0	3,8	35,3	0,242	0,461	2,4	23,4	2,0	40,7	19.266,42
15a-Marconi	101,0	3,3	33,4	0,126	0,426	3,0	21,6	1,9	36,4	22.579,39
Comune di Roma	100,0	3,5	32,3	0,240	0,401	2,3	20,8	2,3	36,4	26.286,65

La figura 4.2 illustra la rappresentazione cartografica dell'indice sintetico riportato nella seconda colonna della tabella 4.2.

Fig. 4.2 - Rischio di vulnerabilità nelle 16 zone urbanistiche a maggiore presenza di MCPT



Si sottolinea che le zone selezionate sono tra le più popolate di Roma Capitale (tab 4.3), tanto che la popolazione complessivamente residente in esse è pari a ben il 21% del totale, su una superficie pari a poco più dell'8% del totale del Comune. Contribuiscono in modo particolare a questo risultato soprattutto le zone di Torre Angela, con i suoi 84.991 abitanti censiti nel 2021, Primavalle (55.006), Centocelle (52.682) e Borghesiana (50.425), mentre all'apposto quelle meno popolate sono Lunghezza (13.206), La Storta (19.694) e Quadraro (19.968). Se si fa eccezione per le zone 20m-Labaro e 20h-La Storta, tutte le altre sono caratterizzate da una densità abitativa eccezionalmente sopra la media comunale (pari a 2.134 ab/km²): in particolare, quelle più densamente abitate sono la 15a-Marconi (25.038,4), 6a-Torpignattara (20.371,8), 7a-Centocelle (16.476,1), 6c-Quadraro (13.523,3), 19b-Primavalle (13.132,4) e 15c-Pian Due Torri (12.329,1), che nella cartografia precedente sono visibili per la dimensione molto contenuta. Il dato demografico è influenzato anche dalla forte presenza della popolazione straniera, se si considera che ben il 31% degli stranieri presenti nel Comune di Roma vi risiede (in valore assoluto, 105.693 unità su 338.548); in particolare, le ZU dove la popolazione straniera si concentra maggiormente sono quelle di 8f-Torre Angela (15.323), 8g-Borghesiana (9.803), 6a-Torpignattara (9.609) e 7a-Centocelle (8.716), mentre quelle con la maggiore incidenza della popolazione straniera sulla popolazione residente totale sono 8e-Lunghezza (39,1%), 6c-Quadraro (26,5%), 1e-Esquilino (23,5%) e 20c-Tomba di Nerone (22,1%).

Tab. 4.3 - Principali caratteristiche delle zone selezionate

MUN.	DENOMINAZIONE	Superficie a fini statistici (Km2)	Densità abitativa - Abitanti/Km ²	Popolazione residente totale	Stranieri residenti	Incidenza stranieri su pop. residente
1	1e-Esquilino	3,07	10.323,5	31.668	7.427	23,5
5	6a-Torpignattara	2,22	20.371,8	45.326	9.609	21,2
5	6c-Quadraro	1,48	13.523,3	19.968	5.301	26,5
5	7a-Centocelle	3,20	16.476,1	52.682	8.716	16,5
5	7b-Alessandrina	2,99	8.628,6	25.837	3.810	14,7
6	8e-Lunghezza	1,74	7.592,4	13.206	5.161	39,1
6	8f-Torre Angela	17,47	4.864,8	84.991	15.323	18,0
6	8g-Borghesiana	22,56	2.235,0	50.425	9.803	19,4
10	13f-Ostia Nord	5,91	6.942,4	41.018	4.374	10,7
11	15a-Marconi	1,32	25.038,4	33.026	5.578	16,9
11	15c-Pian Due Torri	1,89	12.329,1	23.316	2.905	12,5
13	18c-Fogaccia	4,87	5.862,1	28.536	4.559	16,0
14	19b-Primavalle	4,19	13.132,4	55.006	7.781	14,1
15	20c-Tomba di Nerone	4,79	6.672,6	31.948	7.050	22,1
15	20h-La Storta	18,83	1.046,1	19.694	3.984	20,2
15	20m-Labaro	11,55	1.916,6	22.132	4.312	19,5
Totale		108,07	5355,67	578.779	105.693	18,3
Roma capitale		1.288,19	2.134,0	2.749.031	338.548	12,3
% ZU su RM		8,4%		21,1%	31,2%	

Fonte: [ISTAT \(2024\)](#)

Come anticipato, per quanto riguarda il comune di Roma è stato effettuato un ulteriore approfondimento inerente *all'offerta dei servizi*, utile a caratterizzare meglio le zone urbanistiche che risultano a maggior rischio di vulnerabilità per i minori stranieri di origine non comunitaria. La tabella 5.4 fornisce una rappresentazione dell'*indice sintetico di offerta di servizi* e dei diversi indicatori che contribuiscono al loro calcolo. Le zone urbanistiche con un indice maggiore di 100 – ovvero che presentano un'offerta di servizi più soddisfacente – sono complessivamente 8, ovvero:

- La ZU 1e-Esquilino, che presenta la migliore offerta dei servizi presi qui in considerazione, testimoniata dal valore dell'indice MPI- più elevato rispetto a tutte le 16 zone e tutti gli indicatori di accessibilità e disponibilità dei servizi superiori alla media comunale;

- Le ZU 6a-Torpignattara e 7a-Centocelle che, pur presentando valori dell'indice elevati, manifestano un tasso di assistenti sociali ogni 10.000 residenti lievemente inferiore alla media;
- Le ZU 6c-Quadraro, 7b-Alessandrina 15a-Marconi, 18c-Fogaccia e 19b-Primavalle che, pur con un valore dell'indice di offerta superiore alla media, presentano due o più indicatori con valori più bassi della media comunale.

Le zone urbanistiche con un indice inferiore a 100 – ovvero che presentano valori più problematici della media comunale complessiva e, dunque, un'offerta più limitata di servizi – sono 8, ovvero:

- Tutte le ZU del Municipio VI che, ad eccezione del tasso ogni 10 mila abitanti di assistenti sociali in forze presso il municipio, presentano quasi tutti gli indicatori di accessibilità e disponibilità di servizi al di sotto della media comunale;
- Tutte le ZU del Municipio XV, che presentano una minore offerta di medici di medicina generale e assistenti sociali, una peggiore accessibilità alle biblioteche e, per La Storta e Labaro, anche una peggiore accessibilità ad ospedali e servizi educativi per la prima infanzia;
- Una delle due ZU del Municipio XI, ovvero la 15c-Pian delle Due Torri;
- La ZU 13f-Ostia Nord per il Municipio 10;
- La ZU 15c-Pian Due Torri per il Municipio 11.

Tab. 4.4 – Indice di offerta di servizi nelle 16 ZU selezionate

MUN.	ZU	MPI-	Accessibilità biblioteche	Accessibilità ospedali	Accessibilità servizi educativi prima infanzia	Accessibilità scuole	Accessibilità scuole primarie tempo pieno	Accessibilità scuole secondari e II°	Tasso MMG	Tasso PLS	Tasso Assistenti sociali
1	1e-Esquilino	108,56	100,0	80,8	100,0	100,0	100,0	100,0	11,38	10,38	2,61
5	6a-Torpignattara	106,50	86,4	98,7	100,0	100,0	100,0	99,4	9,47	11,48	2,27
5	6c-Quadraro	104,25	22,9	90,0	100,0	100,0	100,0	95,4			
5	7a-Centocelle	102,72	54,4	1,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
5	7b-Alessandrina	103,93	40,7	71,4	100,0	100,0	100,0	77,5			
6	8e-Lunghezza	93,08	0,0	0,0	97,9	88,0	85,1	11,9	5,79	7,90	2,47
6	8f-Torre Angela	94,44	0,0	22,7	96,9	90,2	90,1	28,7			
6	8g-Borghesiana	92,64	0,0	0,0	88,4	79,9	75,7	31,4			
10	13f-Ostia Nord	99,18	0,0	58,5	99,8	99,8	99,8	97,6	6,93	10,17	2,14
11	15a-Marconi	104,36	99,7	57,6	100,0	100,0	100,0	100,0	7,47	10,01	2,56
11	15c-Pian Due Torri	97,42	15,8	0,0	100,0	100,0	100,0	0,4			
13	18c-Fogaccia	101,59	69,7	13,5	100,0	93,6	93,6	18,9	8,58	12,94	2,42
14	19b-Primavalle	102,44	76,1	98,0	99,4	100,0	100,0	100,0	7,96	9,16	2,08
15	20c-Tomba di Nerone	99,94	0,0	70,4	97,8	96,9	96,9	91,7	6,47	11,79	2,23
15	20h-La Storta	93,44	0,0	0,0	62,4	92,6	91,4	0,0			
15	20m-Labaro	95,79	0,0	0,1	70,1	95,7	95,7	60,9			
Totale Comune			28,0	34,1	93,7	92,5	90,7	59,1	8,65	10,29	2,32

4.2 I Comuni dell'hinterland metropolitano

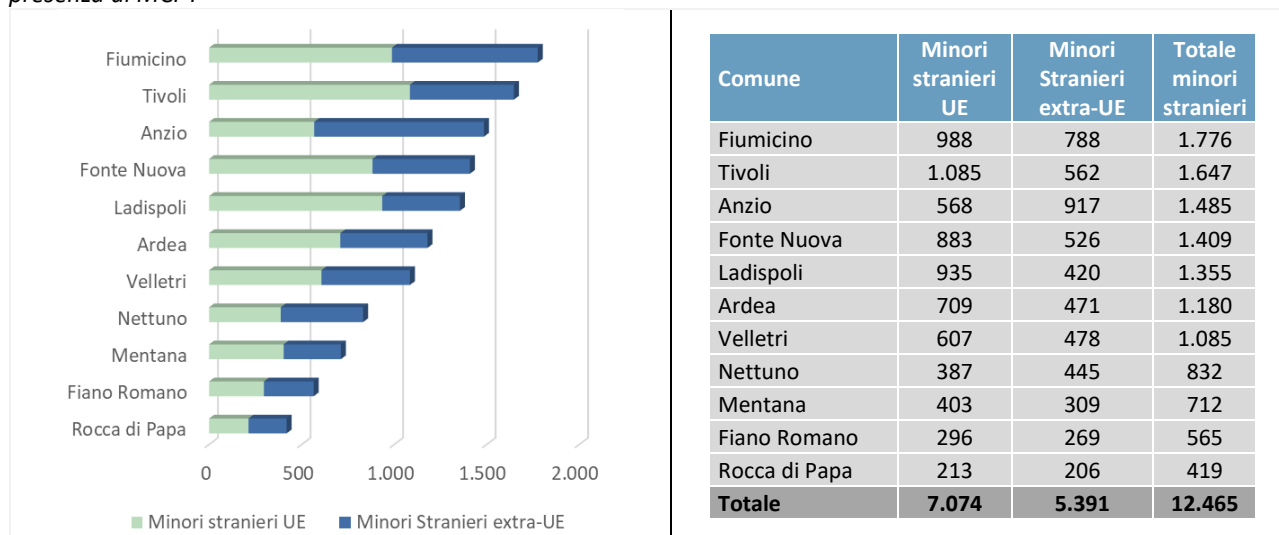
Per quanto riguarda l'hinterland metropolitano, sono stati mappati 64 comuni che manifestano un elevato rischio di vulnerabilità per i minori con cittadinanza non comunitaria. Di questi (cfr. figura 4.3) i comuni che presentano una presenza di minori stranieri con cittadinanza non comunitaria superiore alle 200 unità sono 11, ovvero: Anzio e Nettuno, afferenti al distretto sociosanitario H6, Velletri (H5), Ardea (H4); Rocca di Papa (H1); Tivoli (G3), Fonte Nuova e Mentana (G1), Fiano Romano (F4), Ladispoli (F4) e Fiumicino (D1).

Fig. 4.3 – Comuni dell'hinterland metropolitano ad elevato rischio di vulnerabilità e con un numero di minori con cittadinanza non comunitaria superiore a 200 unità



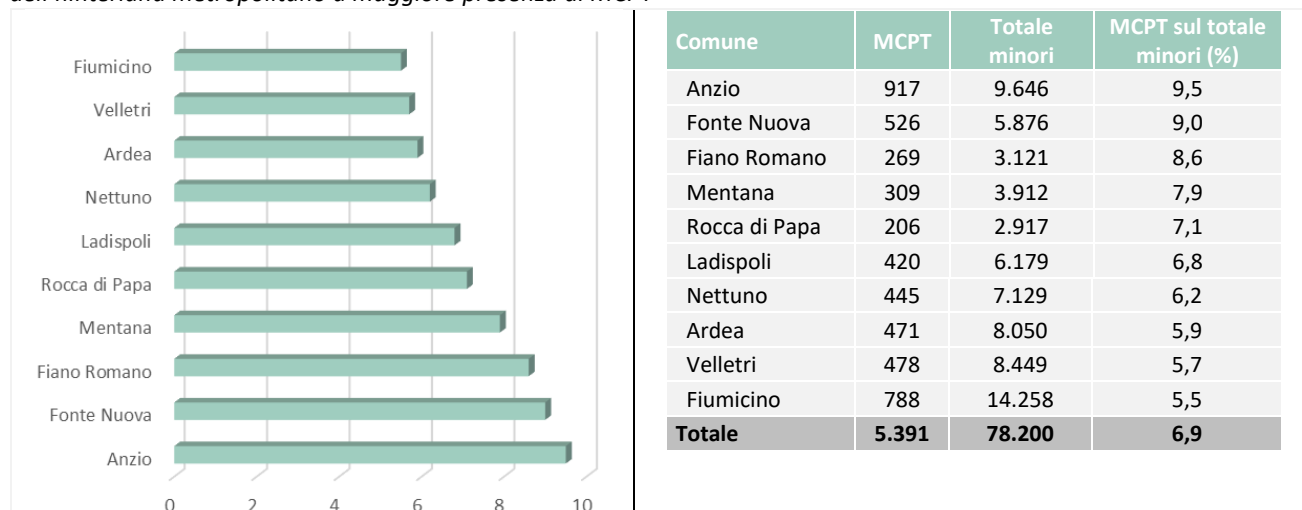
I comuni considerati ospitano ben il 38,2% dei minori stranieri presenti nell'hinterland metropolitano. Il graf. 4.3 evidenzia che solo 4 di questi comuni vedono una presenza di minori stranieri inferiore alle 1.000 unità, ovvero Nettuno, Mentana, Fiano Romano e Rocca di Papa, che geograficamente sono collocati a una maggiore distanza dalla Capitale rispetto a tutti gli altri comuni considerati. La presenza di minori stranieri con cittadinanza extra-Ue è particolarmente consistente ad Anzio, dove tra l'altro gli MCPT costituiscono ben il 61,8% del totale degli stranieri, e Fiumicino, dove l'incidenza di minori di origine non comunitaria sul totale dei minori stranieri è pari al 44,4%. Oltre ad Anzio e Fiumicino, i comuni nei quali l'incidenza di MCPT sul totale dei minori stranieri è più elevata, nonostante la numerosità più bassa, sono Nettuno (53,5%), Rocca di Papa (49,2%) e Fiano Romano (47,6%).

Graf. 4.3 – Presenza di minori stranieri UE ed extra-UE negli 11 comuni dell'hinterland metropolitano a maggiore presenza di MCPT



Considerando, invece, l'incidenza di MCPT sul totale della popolazione di minore età (Graf. 4.4), questa è decisamente contenuta non superando, in nessun caso, il 10%. Anzio, Fonte Nuova e Fiano Romano rappresentano i comuni in cui tale incidenza è maggiore mentre, all'opposto, ad Ardea, Velletri e Fiumicino meno di 6 minori su 100 sono di nazionalità extra-comunitaria, essendo particolarmente elevata la numerosità totale dei minori (oltre le 8 mila unità).

Graf. 4.4 – Incidenza percentuale dei minori stranieri extra-UE sul totale dei minori (stranieri e italiani) negli 11 Comuni dell’hinterland metropolitano a maggiore presenza di MCPT



Venendo alla descrizione dei fattori di potenziale rischio di fragilità per gli MCPT, la tabella 4.5 sintetizza le informazioni relative agli indicatori considerati al fine di evidenziare il contributo di ciascuno di essi al valore complessivo dell’indice di rischio. A differenza di quanto si è avuto modo di verificare per le zone urbanistiche della capitale, leggendo la tabella per righe si deve evidenziare che nessuno dei comuni dell’hinterland presenta tutti gli indicatori con valori superiori alla media. Nonostante ciò, sono presenti comuni che manifestano un grado di problematicità di alcuni indicatori particolarmente elevato. È il caso di Fonte Nuova, primo nella graduatoria dell’indice di disagio a causa di un valore sensibilmente elevato di famiglie che non vivono in abitazioni di proprietà e con potenziale disagio economico, di un tasso di affollamento delle abitazioni occupate quasi doppio rispetto al valore medio dei comuni dell’hinterland e del reddito medio imponibile per contribuente più basso di tutti i comuni considerati. Segue il comune di Mentana, che presenta 7 indicatori su 9 con valori superiori alla media, con una problematicità particolare nei due indicatori di disagio abitativo che riguardano gli alloggi impropri e l’affollamento delle abitazioni occupate e in quello delle famiglie con potenziale disagio economico. A Velletri, al terzo posto nella graduatoria, sono 8 gli indicatori superiori al valore medio: tra questi, l’uscita precoce dal sistema istruzione dei giovani di età compresa tra i 18 e 24 anni raggiunge proprio a Velletri il valore più elevato, superiore di quasi 3 punti percentuali della media dei comuni dell’hinterland.

I comuni con un più basso numero di indicatori con valori sopra la media sono 6, ovvero Rocca di Papa (3 indicatori), Nettuno, Ladispoli, Fiumicino e Fiano Romano, ciascuno con 4 indicatori con valori superiori alla media. In particolare, Rocca di Papa è tra i comuni che presentano la proporzione più elevata di famiglie numerose e di famiglie con potenziale disagio economico, mentre Nettuno presenta la proporzione di giovani che non lavorano e non studiano più elevata dei comuni considerati.

Tab. 4.5– Rischio di vulnerabilità per gli MCPT: indice sintetico e indicatori elementari

Comuni	MPI+	Famiglie numerose (%)	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà (%)	Tasso di alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Personche non hanno conseguito titoli di studio superiori (%)	NEET (%)	Famiglie con potenziale disagio economico (%)	Uscita precoce da istruzione (%)	Reddito imponibile medio (€)
Fonte Nuova	108,5	6,3	39,6	0,000	1,3	43,3	24,5	3,7	13,6	17.901,94
Mentana	106,4	5,3	25,3	0,715	1,1	43,8	24,3	3,3	15,7	18.208,23
Velletri	104,7	5,4	27,2	0,200	0,8	46,3	27,0	3,9	18,8	18.134,45
Ardea	103,6	4,5	25,3	0,153	1,0	44,3	26,6	4,2	12,9	18.064,54

Comuni	MPI+	Famiglie numerose (%)	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà (%)	Tasso di alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Persone che non hanno conseguito titoli di studio superiori (%)	NEET (%)	Famiglie con potenziale disagio economico (%)	Uscita precoce da istruzione (%)	Reddito imponibile medio (€)
Anzio	103,3	4,4	34,9	0,102	0,8	38,8	26,0	3,5	14,0	19.519,87
Rocca di Papa	103,0	6,1	24,1	0,135	1,3	43,1	23,2	3,7	14,5	20.442,24
Nettuno	102,7	4,8	26,2	0,131	0,8	43,6	27,4	3,6	15,1	18.216,19
Ladispoli	102,4	4,0	23,6	0,128	1,4	39,9	26,4	3,4	14,9	18.293,42
Fiumicino	101,5	4,9	26,5	0,338	1,0	42,7	23,5	2,7	14,6	20.185,86
Fiano Romano	101,1	4,9	25,5	0,671	0,5	37,1	22,0	2,9	11,9	19.719,94
Tivoli	100,1	3,9	28,4	0,291	0,9	37,7	22,9	2,9	12,0	19.390,91
Comuni Hinterland	100,0	4,6	24,6	0,251	0,7	44,1	24,3	2,8	15,9	19.673,00

Le zone selezionate coprono meno di un quinto della superficie complessiva dell'hinterland metropolitano (cfr. tabella 4.6) e, tuttavia, si caratterizzano per un'elevata concentrazione della popolazione residente, tanto che la densità abitativa è, in tutti i comuni selezionati, ben superiore alla densità media di tutti i comuni dell'hinterland. Gli stranieri residenti in questi comuni rappresentano quasi i due quinti di quelli complessivamente dimoranti nell'hinterland metropolitano e, se si eccettuano Velletri e Nettuno, costituiscono ben oltre il 10% della popolazione residente. In particolare, Fiumicino vede la presenza di un numero molto elevato di stranieri residenti: la sua attrattività nei confronti della popolazione immigrata dipende dalla presenza di diverse industrie e attività commerciali della grande distribuzione e da una discreta disponibilità abitativa.

Tab. 4.6 – Principali caratteristiche dei Comuni selezionati

Comune	Superficie a fini statistici (Km²)	Densità abitativa - Abitanti/Km²	Popolazione residente totale (1.01.2024)	Stranieri residenti (1.01.2024)	Incidenza stranieri su pop. residente
Anzio	43,70	1.364,55	59.633	7.865	13,2
Ardea	72,95	689,41	50.292	6.506	12,9
Fiano Romano	41,32	398,21	16.455	2.718	16,5
Fiumicino	214,62	384,31	82.481	10.172	12,3
Fonte Nuova	20,12	1.626,60	32.719	5.711	17,5
Ladispoli	25,93	1.575,39	40.855	6.793	16,6
Mentana	24,67	916,31	22.605	3.224	14,3
Nettuno	71,23	677,21	48.237	4.785	9,9
Rocca di Papa	39,84	443,01	17.648	2.344	13,3
Tivoli	68,45	804,44	55.061	7.694	14,0
Velletri	118,86	444,73	52.862	5.174	9,8
Totale	741,7	645,6	478.848	62.986	13,2
Comuni dell'hinterland	4.075,0	361,6	1.473.662	165.594	11,2
% comuni selezionati su totale	18,2		32,5	38,0	

Fonte: [ISTAT 2025](#) e [datawarehouse demo.istat.it](#)

5. GLI ESITI DELL'INDAGINE DI CAMPO

Per arricchire e qualificare i risultati dell'analisi quantitativa condotta sulla base di fonti statistiche, si è provveduto a realizzare una indagine di campo articolata su due livelli. Il primo consiste nella effettuazione di una survey volta ad analizzare - attraverso un questionario rivolto agli operatori del settore sociale, educativo, sanitario e socio-sanitario - punti di forza e criticità dei servizi e delle strutture impegnate sul territorio metropolitano di Roma nella prevenzione e la presa in carico di minori a rischio (o già in una condizione) di disagio psico-sociale. Il secondo livello si è concretizzato in interviste in profondità e focus condotti con esperti impegnati tanto nel campo dello studio del fenomeno e delle policy di prevenzione e presa in carico di minori fragili, in particolare stranieri, quanto in quello dei servizi e delle strutture operanti sul territorio.

5.1 La survey rivolta agli operatori dei servizi

5.1.1 Strumenti e metodologia della survey

Un primo ambito di attenzione ha riguardato la selezione dei professionisti da coinvolgere nella survey: a riguardo si è deciso di assumere un approccio olistico comprendente tutti i potenziali attori – di natura pubblica o privata e con formazione e ruoli professionali differenziati – che sono (o che possono essere) considerati referenti qualificati nella prevenzione, intercettazione e presa in carico di minori in condizioni di fragilità e, tra questi, di minori di nazionalità straniera. In tal luce sono, in particolare, stati coinvolti:

- i) operatori delle sei ASL di Roma, in particolare dei TSMREE;
- ii) personale di case-famiglia, strutture di prima e seconda accoglienza per i minori (anche MSNA) e operatori del privato sociale impegnati nel territorio metropolitano a supporto di MCPT in condizioni di fragilità psico-sociale e loro famiglie;
- iii) personale che opera nei Comuni della CM di Roma Capitale;
- iv) insegnanti e personale delle scuole di ogni ordine e grado.

Si è quindi proceduto ad un campionamento di tipo non probabilistico realizzato su più livelli in funzione della disponibilità di liste nominali degli operatori che lavorano nei diversi servizi. I livelli considerati sono stati i seguenti:

1. Operatori delle ASL: è stata effettuata una ricerca desk dei nominativi dei dirigenti/responsabili dei TSMREE delle ASL e dei distretti. Ai dirigenti/responsabili è stata trasmessa una lettera di invito che ha loro richiesto di compilare il questionario e di coinvolgere nella survey tutti gli operatori da loro dipendenti;
2. Assistenti sociali del Comune di Roma e dei diversi Municipi: la trasmissione degli inviti è stata effettuata dal Comune di Roma, disponendo delle liste nominali di tutto il personale in servizio;
3. Assistenti sociali dei Comuni dell'hinterland: è stata effettuata una ricerca desk dei nominativi dei dirigenti/responsabili dei servizi sociali dei comuni che, dalla mappatura realizzata nel task 1.1, sono risultati maggiormente problematici per lo sviluppo di fragilità dei minori stranieri. Tali comuni sono: Anzio, Fiumicino, Tivoli, Fonte Nuova, Ardea, Velletri, Nettuno, Mentana, Fiano Romano, Rocca di Papa, Ladispoli. Ai dirigenti/responsabili è stata trasmessa una lettera di invito che ha loro richiesto di compilare il questionario e di coinvolgere nella survey tutti gli operatori che lavorano nei servizi;
4. Personale di strutture di accoglienza: è stata effettuata una ricerca desk che ha ricostruito l'elenco di strutture presenti sul territorio a partire da 3 liste reperite in rete: a) l'anagrafica delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone di minore età accreditate con il Comune di Roma; b) l'elenco aperto delle strutture residenziali per minorenni e giovani adulti del Ministero della Giustizia; c) un elenco di strutture per minori non accompagnati predisposto da Caritas

Roma. Tale ricostruzione è stata funzionale ad identificare l'ente gestore e a verificare/integrare i nominativi dei responsabili dei servizi cui rivolgere l'invito. Complessivamente, sono state censite 158 strutture, gestite da 67 enti. Anche in questo caso, ai 100 responsabili individuati è stata trasmessa una lettera di invito che ha richiesto sia di compilare il questionario, sia di coinvolgere tutti gli operatori che lavorano nei servizi;

5. Insegnanti delle scuole materne: la trasmissione degli inviti è stata effettuata dal Dipartimento competente del Comune di Roma sulla base degli elenchi esaustivi di insegnanti delle scuole pubbliche che operano sul territorio comunale;
6. Insegnanti delle scuole primarie e secondarie: sono stati invitati a partecipare gli insegnanti iscritti al primo percorso formativo del progetto COFRAMIS realizzato dall'Università Roma Tre. La trasmissione degli inviti è stata curata dall'Università stessa;
7. Operatori che lavorano con minori e che non necessariamente afferiscono alle strutture/servizi precedentemente nominati. Alcuni di essi sono stati identificati tra gli iscritti al primo percorso formativo realizzato dall'Università Roma Tre; altri sono stati coinvolti tramite contatti informali concretizzati nelle interviste a testimoni privilegiati e/o di riunioni del progetto COFRAMIS che, nel periodo aprile/giugno, erano in corso di svolgimento nell'ambito dei WP1, WP2 e WP3.

Quanto agli strumenti di indagine è stato predisposto un breve questionario strutturato composto da 6 sezioni:

- ❖ informazioni generali sull'intervistato, ovvero ruolo professionale, tipologia di servizio/struttura per cui lavora, territorio entro cui opera il servizio/struttura di riferimento;
- ❖ funzioni della struttura/servizio per cui lavora e modalità di lavoro specifiche adottate con i minori stranieri;
- ❖ raccordi e collaborazioni della struttura/servizio con i soggetti della rete territoriale;
- ❖ giudizio complessivo di efficacia della struttura/servizio rispetto ad una serie di obiettivi riguardanti la prevenzione e la presa in carico dei minori e al modo di operare della rete territoriale;
- ❖ osservazioni in merito ai punti di forza e alle criticità delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità;
- ❖ eventuali suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri.

Il questionario di base è stato adattato ai diversi interlocutori, identificati nei 7 livelli descritti precedentemente³⁰, con il duplice obiettivo di snellire i tempi di compilazione tenendo al contempo in debita considerazione le differenze di ruolo dei diversi target di destinatari e di monitorare in itinere il grado di partecipazione, per approntare strategie per il raggiungimento del target minimo di professionisti previsti a progetto.

Sotto il profilo della somministrazione dei questionari si è optato per la realizzazione dell'indagine tramite CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) con l'ausilio della piattaforma Google Forms: una tecnica che, come viene riportato nella letteratura in materia³¹, presenta diversi vantaggi tra i quali si citano la rapidità di raccolta dei dati, la loro strutturazione in file "laborabili" e la possibilità di raggiungere in breve tempo vaste platee di interlocutori³².

L'indagine è stata effettuata nel periodo 15 maggio – 5 luglio 2025, coinvolgendo complessivamente **oltre 500 operatori e 257 questionari compilati**. Va avvertito che i dati e le informazioni a disposizione hanno consentito solo in parte di pianificare una procedura campionaria di tipo probabilistico, dunque rappresentativa di tutte le tipologie di operatori potenzialmente interessati. Tuttavia, la numerosità degli operatori che hanno compilato il questionario è stata decisamente

³⁰ I questionari sono riportati nell'Annesso 2 a questo rapporto.

³¹ Si veda, a titolo di esempio, il contributo di Troilo e Molteni (2003).

³² Tra gli svantaggi si devono citare un tasso di risposta generalmente molto basso, che può arrivare al 10-15% della popolazione invitata, un elevato tasso di caduta della collaborazione dopo pochi minuti dall'inizio della compilazione e un altrettanto elevato tasso di risposte parziali – soprattutto in presenza di questionari con molte domande.

considerevole sotto il profilo quantitativo e la qualità delle risposte riportate si è rilevata particolarmente accurata, il che ha consentito di acquisire gli elementi conoscitivi essenziali a circostanziare e qualificare la mappatura sullo stato e sulla funzionalità di servizi e delle strutture dedicate ai minori vulnerabili.

Di seguito si presentano i principali risultati dell'indagine.

5.1.2 I professionisti coinvolti nella survey

Dei 257 operatori che hanno redatto il questionario, 25 hanno affermato di non aver avuto, nell'ambito della propria attività lavorativa, esperienze di supporto di minori in condizioni di disagio e/o delle loro famiglie e di minori stranieri e/o di minori stranieri non accompagnati. Questo gruppo di intervistati non ha, dunque, compilato tutto il questionario in quanto, in fase di progettazione dell'indagine, si è ritenuto opportuno escludere quanti non avessero maturato specifiche esperienze e competenze nell'ambito, per evitare che i risultati ne fossero influenzati. I questionari utilizzati ai fini dell'indagine sono, dunque, stati 232.

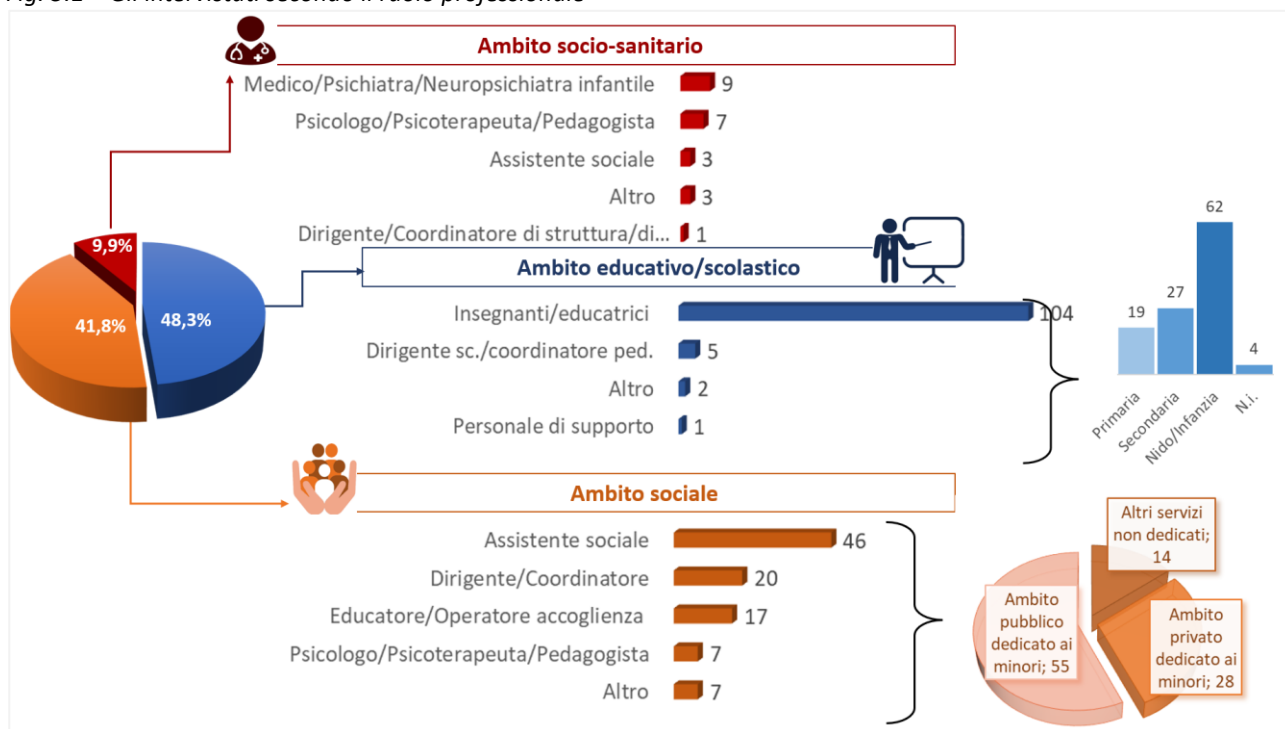
La fig. 5.1 mostra che quasi la metà degli intervistati opera in ambito educativo/scolastico. In larga maggioranza, si tratta di soggetti che lavorano principalmente nelle scuole dell'infanzia (59 professionisti, pari al 52,7%) e nelle scuole primarie (17, 15,2%), mentre gli educatori degli asili nido sono solo 3 e quelli delle scuole secondarie di primo e secondo grado 27.

Un'ulteriore quota importante di intervistati, pari al 41,8%, opera in ambito sociale. Si tratta in larga parte di assistenti sociali (47,4%), dirigenti o coordinatori di struttura o di servizio (20,6%) ed educatori professionali o operatori dell'accoglienza (17,5%), prevalentemente impiegati nel settore pubblico dedicato ai minori (63 soggetti, pari al 64,9%). In particolare, rispetto a questi ultimi, 51 intervistati afferiscono ai servizi sociali comunali/municipali dedicati a minori e famiglie, 4 intervistati fanno parte del Gruppo integrato di Lavoro (G.I.L), 3 intervistati di centri per le famiglie e i rimanenti 5 intervistati di uffici comunali che si occupano di migranti, inclusione sociale, piano sociale o servizi per le emergenze sociali. Rispetto ai 33 intervistati che operano nel privato sociale, una larga parte di soggetti afferisce a centri di prima (14) e seconda accoglienza (6) per MSNA e a centri di Pronta Accoglienza per minori oppure a strutture residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche (6). I restanti 7 intervistati afferiscono a centri antiviolenza o case rifugio per donne vittime di violenza (e loro figli), a centri di accoglienza famiglie immigrate richiedenti asilo /rifugiati e a centri per l'erogazione di interventi educativi di prossimità rivolti a minori stranieri non accompagnati.

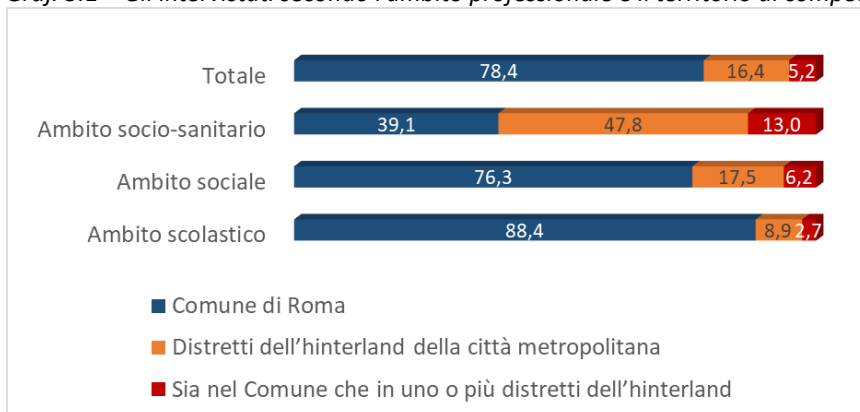
Infine, un decimo di intervistati opera in ambito sociosanitario, ovvero TSMREE (Tutela Salute Mentale Riabilitazione in Età Evolutiva) o dipartimenti dell'ASL che, a vario titolo, si occupano di minori, con una prevalenza di figure mediche (39,1%) e di ambito psicologico/psicoterapico/pedagogico (30,4%).

L'indagine ha raggiunto, in larga parte, professionisti che lavorano nel Comune di Roma (78,4%). Stratificando il campione sulla base dell'ambito in cui operano gli intervistati si evidenzia, tuttavia, che tra quelli afferenti all'ambito sociosanitario quasi 6 su 10 lavorano in territori dell'hinterland metropolitano oppure sia nel Comune di Roma sia in uno o più distretti dell'hinterland. I professionisti di ambito sociale o scolastico, al contrario, operano prevalentemente nel Comune di Roma rispettivamente, l'88,4% e il 76,3% (cfr. Graf. 5.1).

Fig. 5.1 – Gli intervistati secondo il ruolo professionale

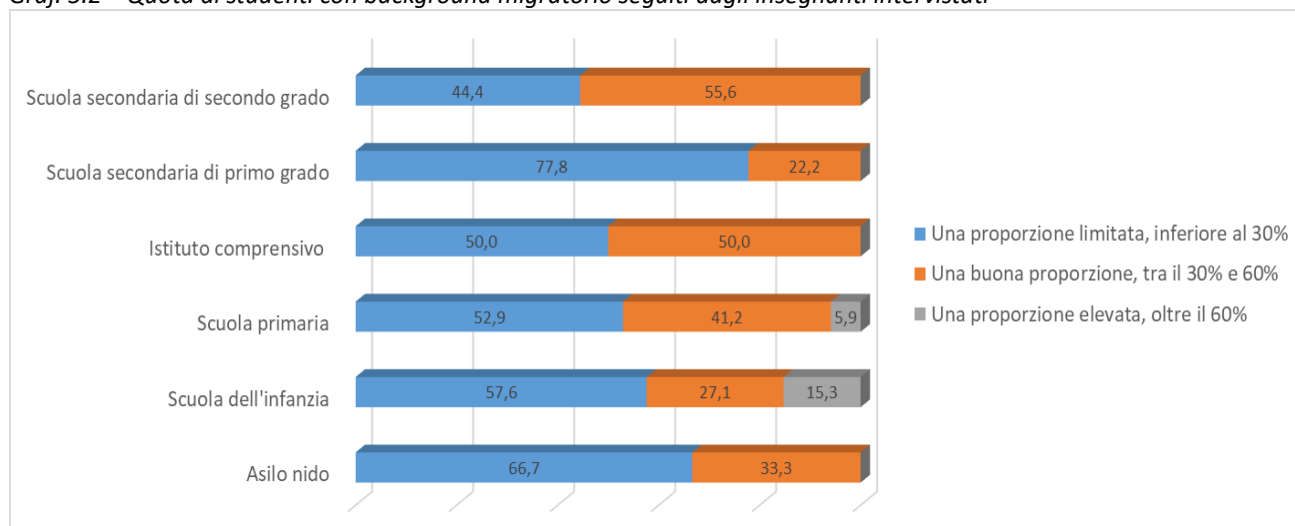


Graf. 5.1 – Gli intervistati secondo l'ambito professionale e il territorio di competenza



Al personale che opera nelle scuole è stato, inoltre, chiesto di precisare quanti, tra gli studenti che hanno avuto modo di seguire, presentano un background migratorio (ovvero, hanno o hanno avuto una cittadinanza diversa da quella italiana, oppure vivono in famiglie in cui almeno un genitore è di nazionalità straniera). Il 56,5% degli insegnanti ha affermato di aver seguito una proporzione limitata, ovvero inferiore al 30%, di alunni con background migratorio e un ulteriore 34,3% una proporzione compresa tra il 30% e il 60%. Quasi un decimo di insegnanti, infine, afferma di aver seguito una proporzione molto elevata (superiore al 60%) di minori con background migratorio. Il Graf. 5.2 articola tale variabile sulla base del grado di istruzione in cui gli insegnanti lavorano.

Graf. 5.2 – Quota di studenti con background migratorio seguiti dagli insegnanti intervistati



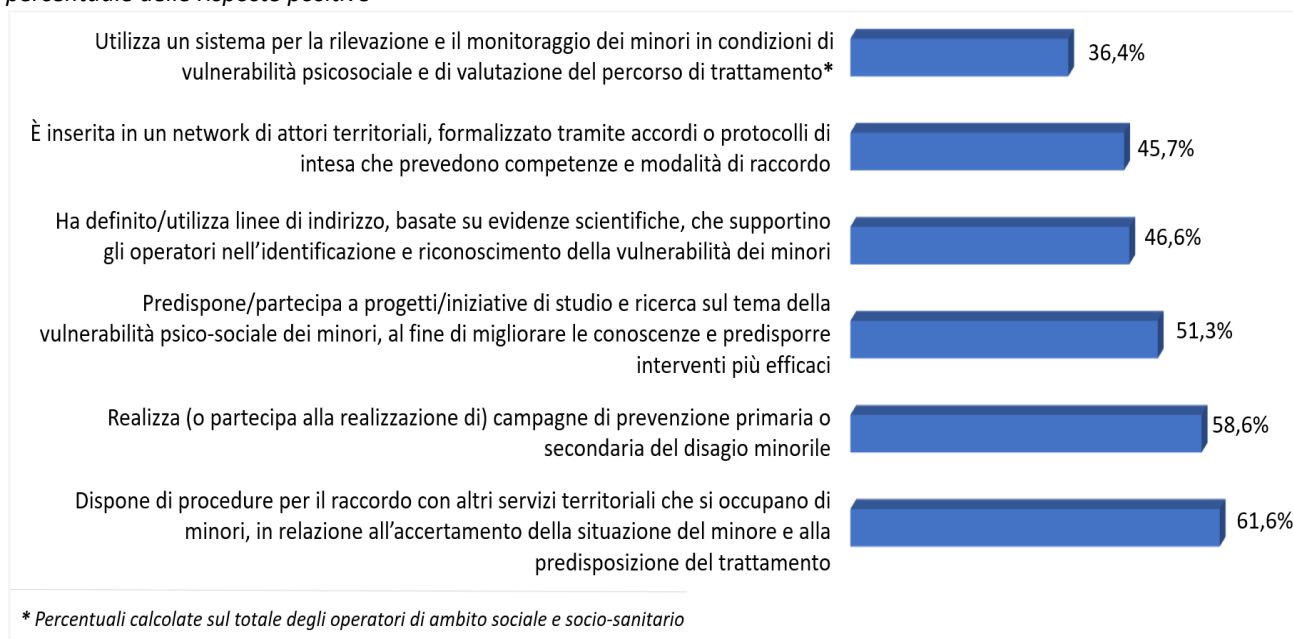
5.1.3 Le funzioni dei servizi/strutture di afferenza

La seconda sezione del questionario si è proposta di approfondire le funzioni che il servizio/struttura di afferenza degli intervistati svolge nell'ambito della prevenzione, presa in carico e supporto dei minori e, tra questi, dei minori stranieri. La prima batteria di domande si è proposta di qualificare le tipologie di intervento realizzate dal servizio/struttura in cui gli intervistati operano, con riferimento ai minori. La batteria di domande si costituisce dei seguenti 6 item, per ciascuno dei quali gli intervistati potevano rispondere "sì", "no", "non so":

- ☐ Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile
- ☐ Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori nell'identificazione e riconoscimento della vulnerabilità dei minori
- ☐ Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci
- ☐ Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento
- ☐ È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo
- ☐ Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento (esclusi i professionisti di ambito educativo/scolastico).

Il Graf. 5.3 fornisce una prima rappresentazione delle risposte positive a questa batteria di domande, evidenziando che gli interventi più frequentemente indicati dai professionisti riguardano il raccordo con i servizi territoriali per la valutazione del minore e la predisposizione del programma di trattamento, la prevenzione primaria e secondaria e la ricerca sul tema della vulnerabilità dei minori. Le risposte positive agli altri item riguardano meno della metà degli intervistati; in particolare, l'utilizzo di un sistema di monitoraggio e valutazione dei percorsi di trattamento dei minori è indicato da una quota molto ridotta di professionisti che operano in ambito sociale e sociosanitario, pari al 36,4%.

Graf. 5.3 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate dai servizi/strutture in cui gli intervistati lavorano. Distribuzione percentuale delle risposte positive



La tab. 5.1 propone una disaggregazione delle risposte sulla base dell'ambito in cui i professionisti operano, evidenziando differenze significative tra i diversi ambiti. Innanzitutto, si deve rilevare una quota importante di soggetti, in tutti gli ambiti professionali, che afferma di non sapere se il proprio servizio/struttura realizza o meno gli interventi indicati. Tale risultato è visibile in modo particolare sugli item che riguardano l'utilizzo di linee di indirizzo per l'identificazione e il riconoscimento della vulnerabilità dei minori, la partecipazione a iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, l'inserimento in network di attori territoriali formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa e l'utilizzo di un sistema per il monitoraggio e la valutazione del percorso del minore.

In secondo luogo, si rileva che i professionisti che operano nelle scuole di ogni ordine e grado indicano meno frequentemente, rispetto agli altri professionisti, che la scuola realizza gli interventi indicati. In particolare, sono indicati da una quota inferiore di intervistati operanti nelle scuole l'inserimento in un network formalizzato di attori territoriali, l'utilizzo di strumenti a supporto dell'identificazione della vulnerabilità dei minori e la partecipazione ad iniziative di studio e ricerca sulla vulnerabilità dei minori. All'opposto, i professionisti del comparto socio-sanitario segnalano più frequentemente che il proprio servizio/struttura svolge le funzioni indicate.

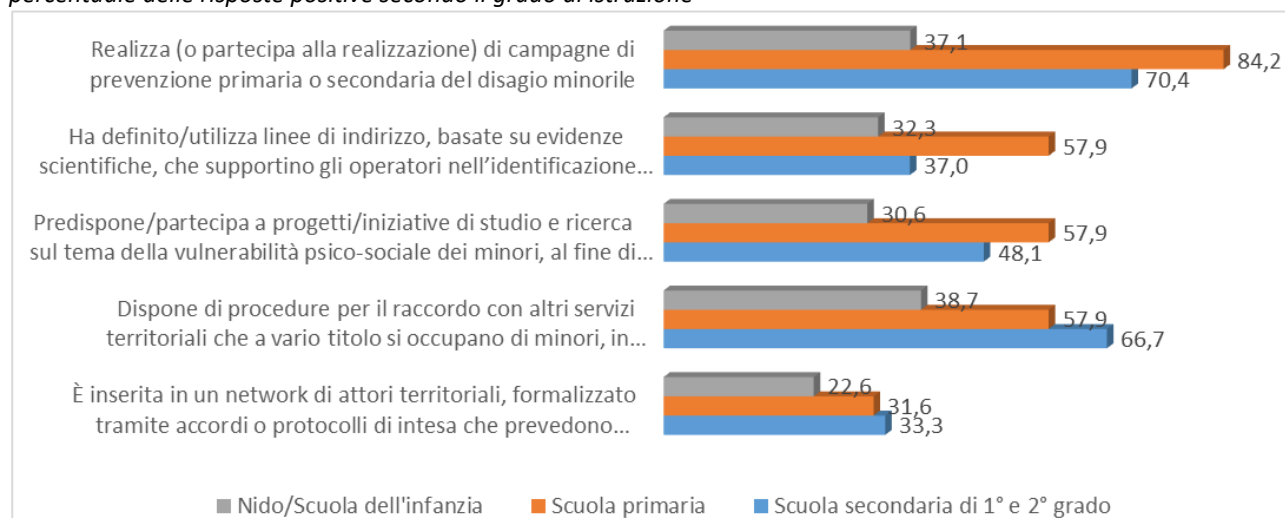
Tab. 5.1 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate dai servizi/strutture in cui gli intervistati lavorano. Distribuzione percentuale delle risposte per ambito professionale

Il servizio/struttura per cui lavora:	Ambito professionale	Non so	No	Si
Realizza (o partecipa alla realizzazione di) campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile	Ambito scolastico	14,3	33,0	52,7
	Ambito sociale	13,4	22,7	63,9
	Ambito socio-sanitario	4,3	30,4	65,2
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori nell'identificazione e riconoscimento della vulnerabilità dei minori	Ambito scolastico	12,5	49,1	38,4
	Ambito sociale	18,6	28,9	52,6
	Ambito socio-sanitario	21,7	17,4	60,9
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci	Ambito scolastico	15,2	44,6	40,2
	Ambito sociale	12,4	24,7	62,9
	Ambito socio-sanitario	26,1	17,4	56,5

Il servizio/struttura per cui lavora:	Ambito professionale	Non so	No	Sì
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento	Ambito scolastico	11,6	40,2	48,2
	Ambito sociale	10,3	15,5	74,2
	Ambito socio-sanitario	17,4	8,7	73,9
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo	Ambito scolastico	25,0	47,3	27,7
	Ambito sociale	16,5	20,6	62,9
	Ambito socio-sanitario	17,4	21,7	60,9
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento	Ambito scolastico	//	//	//
	Ambito sociale	23,7	40,2	36,1
	Ambito socio-sanitario	26,1	34,8	39,1

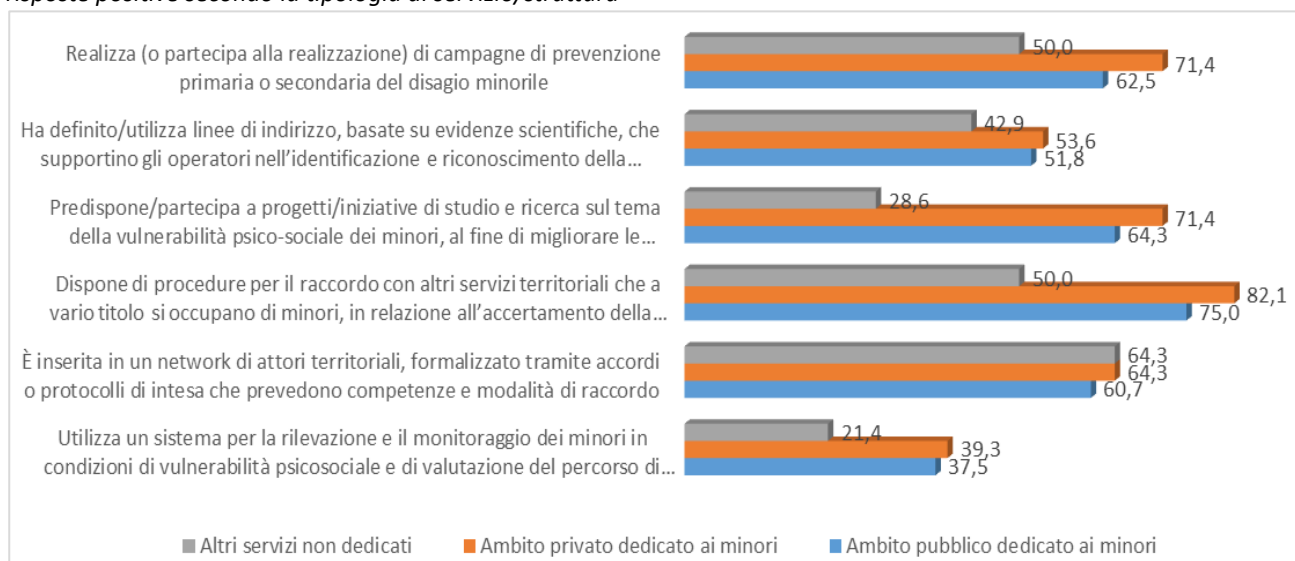
Con esclusivo riferimento al comparto scolastico, il successivo Graf. 5.4 mostra che le basse percentuali segnalate nella precedente tabella sono influenzate dal grado di istruzione della scuola in cui i professionisti operano: gli educatori degli asili nido e delle scuole materne indicano, infatti, che gli interventi proposti sono realizzati dalla propria struttura in misura molto contenuta, sempre inferiore ad un terzo del totale. Nelle scuole primarie e secondarie, al contrario, le risposte positive sono decisamente elevate, soprattutto in riferimento alla prevenzione primaria e secondaria. Si conferma, tuttavia, una bassa proporzione di insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado che afferma l'inserimento della propria scuola in network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi e protocolli di intesa.

Graf. 5.4 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate dalle scuole di afferenza degli intervistati. Distribuzione percentuale delle risposte positive secondo il grado di istruzione



Altrettanto interessante è l'articolazione delle risposte alla prima batteria di domande per i professionisti operanti in ambito sociale (Graf. 5.5). Si evidenzia, infatti, che i professionisti che operano in servizi/strutture non esclusivamente dedicate ai minori segnalano con una frequenza decisamente inferiore lo svolgimento di tutti gli interventi proposti. Le percentuali di risposte positive provenienti da questi operatori di servizi e strutture pubbliche e private sono sostanzialmente sovrapponibili, con l'eccezione degli item relativi alla prevenzione, alle iniziative di ricerca e studio e al raccordo con gli altri servizi territoriali per le quali i professionisti che lavorano nel settore non-profit presentano proporzioni di risposte positive maggiori di quelli operanti nei comuni/municipi.

Graf. 5.5 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate nei servizi/strutture sociali. Distribuzione percentuale delle risposte positive secondo la tipologia di servizio/struttura



In riferimento ai minori stranieri (compresi i MSNA), la successiva batteria di domande ha approfondito se il servizio/struttura di appartenenza degli intervistati:

- ☐ Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori;
- ☐ Ricorre al mediatore linguistico-culturale;
- ☐ Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale;
- ☐ Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema;
- ☐ Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati.

Sono inoltre state previste 3 ulteriori domande specifiche per alcuni professionisti, ovvero:

- ☐ Al personale del comparto sociosanitario è stato chiesto se il proprio servizio/struttura "utilizza procedure differenziate di valutazione/presa in carico";
- ☐ Agli insegnanti, si è chiesto se la scuola di appartenenza "utilizza protocolli/procedure specifiche di accoglienza e di valutazione della situazione del minore straniero";
- ☐ A tutte le figure professionali, con l'eccezione del personale delle scuole, si è chiesto se il proprio servizio/struttura "garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico".

Il grafico 5.6 evidenzia che gli interventi segnalati da un maggior numero di professionisti sono il raccordo con i servizi e le strutture che si occupano di minori stranieri seguito dal ricorso al mediatore linguistico-culturale. Più ridotta è la quota di strutture/servizi che, partecipa ad iniziative per l'empowerment e la formazione/aggiornamento degli operatori sulle specificità dei minori stranieri e il ricorso a figure specializzate in ambito transculturale o etnopsichiatrico. L'utilizzo di procedure specifiche per la valutazione del minore straniero viene indicato da circa il 40% dei professionisti che operano nelle scuole mentre per quelli afferenti alle ASL solo dal 13,6%.

Graf. 5.6 – Interventi e metodologie di lavoro con riferimento ai minori stranieri. Distribuzione percentuale delle risposte positive



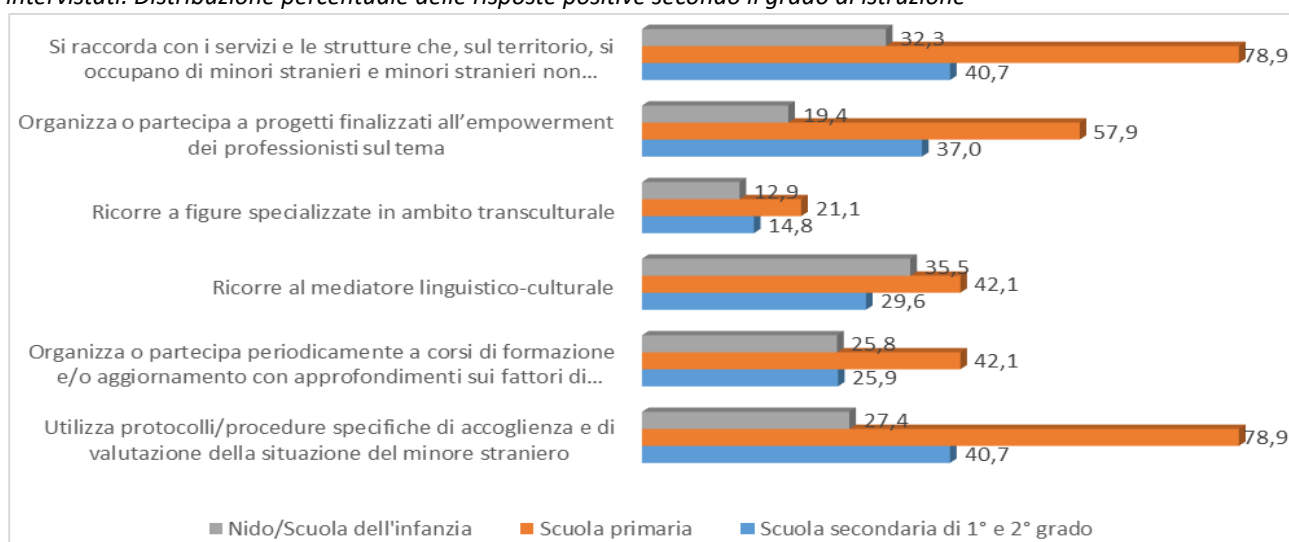
La stratificazione delle risposte alla precedente domanda sulla base dell'ambito professionale degli intervistati evidenzia come il personale delle scuole tenda a rispondere negativamente con una frequenza maggiore rispetto agli altri professionisti. Nel complesso, è particolarmente consistente, dal 52,7% a ben il 67,9%, la quota di insegnanti che afferma che quasi tutti gli interventi proposti non vengono realizzati nella scuola di appartenenza. Un'ulteriore considerazione si riferisce alle differenze tra i professionisti che lavorano in ambito sociale e quelli che operano in ambito socio-sanitario. Tali differenze sono particolarmente evidenti nel ricorso al mediatore linguistico-culturale, a figure specializzate in ambito transculturale e in ambito transculturale – quest'ultimo, per la supervisione degli operatori – e nel raccordo con i servizi e le strutture che si occupano di minori stranieri, item nei quali le risposte positive sono date in misura maggiore da professionisti che lavorano in ambito sociale (cfr. tab. 5.2).

Tab. 5.2 – Interventi e metodologie di lavoro con riferimento ai minori stranieri. Distribuzione percentuale delle risposte secondo l'ambito in cui operano i professionisti

		Non so	No	Si
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori	Ambito educativo/scolastico	12,5	59,8	27,7
	Ambito sociale	10,3	38,1	51,5
	Ambito socio-sanitario	13,0	34,8	52,2
Ricorre al mediatore linguistico-culturale	Ambito educativo/scolastico	12,5	52,7	34,8
	Ambito sociale	7,2	14,4	78,4
	Ambito socio-sanitario	8,7	39,1	52,2
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale	Ambito educativo/scolastico	17,0	67,9	15,2
	Ambito sociale	14,4	41,2	44,3
	Ambito socio-sanitario	17,4	65,2	17,4
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema	Ambito educativo/scolastico	15,2	54,5	30,4
	Ambito sociale	11,3	40,2	48,5
	Ambito socio-sanitario	8,7	39,1	52,2
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati	Ambito educativo/scolastico	17,0	39,3	43,8
	Ambito sociale	8,2	12,4	79,4
	Ambito socio-sanitario	17,4	21,7	60,9
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico	Ambito sociale	14,6	54,2	31,3
	Ambito socio-sanitario	13,0	78,3	8,7

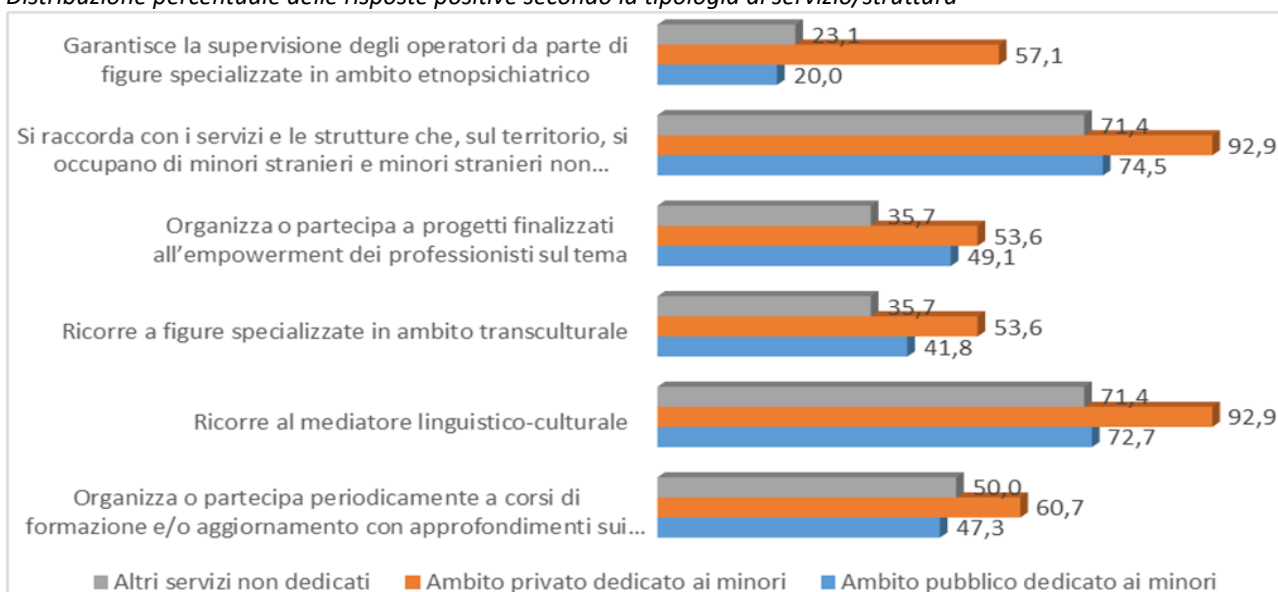
Considerando esclusivamente educatori ed insegnanti (Graf. 5.7) si confermano notevoli differenze nelle risposte a questa batteria di domande sulla base del livello (infanzia, primaria e secondaria) della scuola di appartenenza. Con riguardo agli interventi proposti, educatori dei nidi e delle scuole dell'infanzia indicano un ricorso decisamente inferiore rispetto agli insegnanti delle scuole primarie ove, ad esempio, 8 intervistati su 10 negli item relativi al raccordo con i servizi e le strutture che si occupano di minori stranieri e nell'utilizzo di procedure specifiche di accoglienza e valutazione della situazione del minore straniero.

Graf. 5.7 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate con riferimento ai minori stranieri dalle scuole di appartenenza degli intervistati. Distribuzione percentuale delle risposte positive secondo il grado di istruzione



Analoghe considerazioni possono essere effettuate per gli operatori che operano in ambito sociale. Il Graf. 5.8 evidenzia che quanti lavorano in strutture del privato sociale esclusivamente dedicate ai minori indicano in misura maggiore che gli interventi proposti nel questionario sono realizzati. In particolare, la quasi totalità di tali professionisti segnala il raccordo con servizi e strutture che si occupano di minori stranieri e il ricorso alla figura del mediatore culturale. All'apposto, i professionisti che operano in strutture non esclusivamente dedicate ai minori indicano con una frequenza molto più contenuta che queste realizzano gli interventi indicati nel questionario.

Graf. 5.8 – Interventi e metodologie di lavoro utilizzate con riferimento ai minori stranieri nei servizi/strutture sociali. Distribuzione percentuale delle risposte positive secondo la tipologia di servizio/struttura

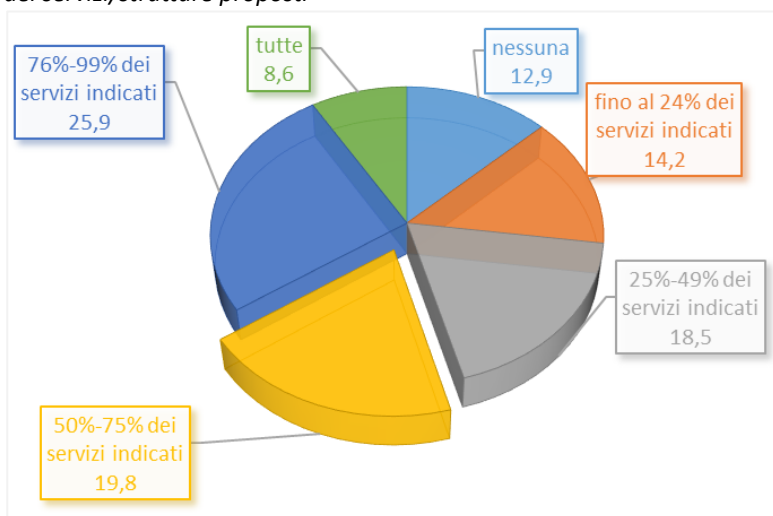


5.1.4 Il raccordo con gli altri servizi/strutture del territorio

Un ulteriore ambito di approfondimento del questionario ha riguardato le collaborazioni tra i servizi e le strutture che possono essere, sotto un profilo teorico, coinvolte nella prevenzione della fragilità minorile e nella valutazione e presa in carico del minore in condizione di vulnerabilità. La domanda ha previsto un elenco di 23 servizi/strutture (o tipologie di servizi/strutture) per ciascuna delle quali gli intervistati erano chiamati ad indicare il tipo di collaborazione intrattenuto, ovvero “continuativa” oppure “occasionale”.

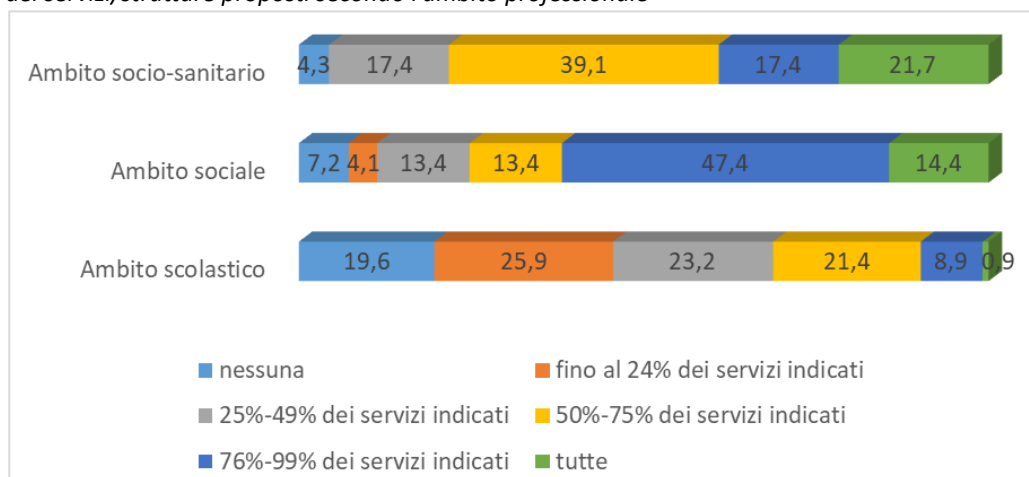
Il Graf. 5.9 riporta una prima sintesi delle risposte alla batteria di domande, considerando il numero di soggetti territoriali con cui la struttura/servizio di appartenenza intrattiene collaborazioni, secondo l'opinione degli intervistati. Si è utilizzata, come misura, la percentuale sul totale in quanto i questionari somministrati ai professionisti del settore sociosanitario non comprendevano 3 item (ovvero Centro Samifo, TSMREE e organizzazioni non profit dedicate ai migranti). Nel complesso si può osservare che la quota maggioritaria di intervistati segnala che il proprio servizio/struttura intrattiene collaborazioni con il 76%-99% dei soggetti territoriali proposti, cui si aggiunge un ulteriore 8,6% di intervistati che segnalano collaborazioni con tutti i soggetti territoriali in elenco. Altrettanto numerosi sono gli intervistati che si collocano nelle categorie centrali, che cioè indicano collaborazioni con il 25%-75% dei soggetti territoriali indicati. Sono, comunque, presenti 63 professionisti (27,2% del totale) che segnalano collaborazioni territoriali limitate, ovvero con al massimo 5 delle strutture/servizi proposte.

Graf. 5.9 – Numero di servizi con cui il servizio/struttura di appartenenza degli intervistati collabora. Percentuale sul totale dei servizi/strutture proposti



Il successivo Graf. 5.10 stratifica questa variabile sulla base dell'ambito professionale degli intervistati, evidenziando differenze significative in quanto gli educatori e gli insegnanti segnalano per quasi un quinto che la propria scuola non intrattiene collaborazioni con alcuno dei soggetti proposti, mentre, all'opposto, i professionisti di ambito sociale e socio-sanitario segnalano con maggior frequenza collaborazioni con oltre la metà dei soggetti proposti (rispettivamente, 75,2% e 78,2%).

Graf. 5.10 – Numero di servizi con cui il servizio/struttura di afferenza degli intervistati collabora. Percentuale sul totale dei servizi/strutture proposti secondo l'ambito professionale



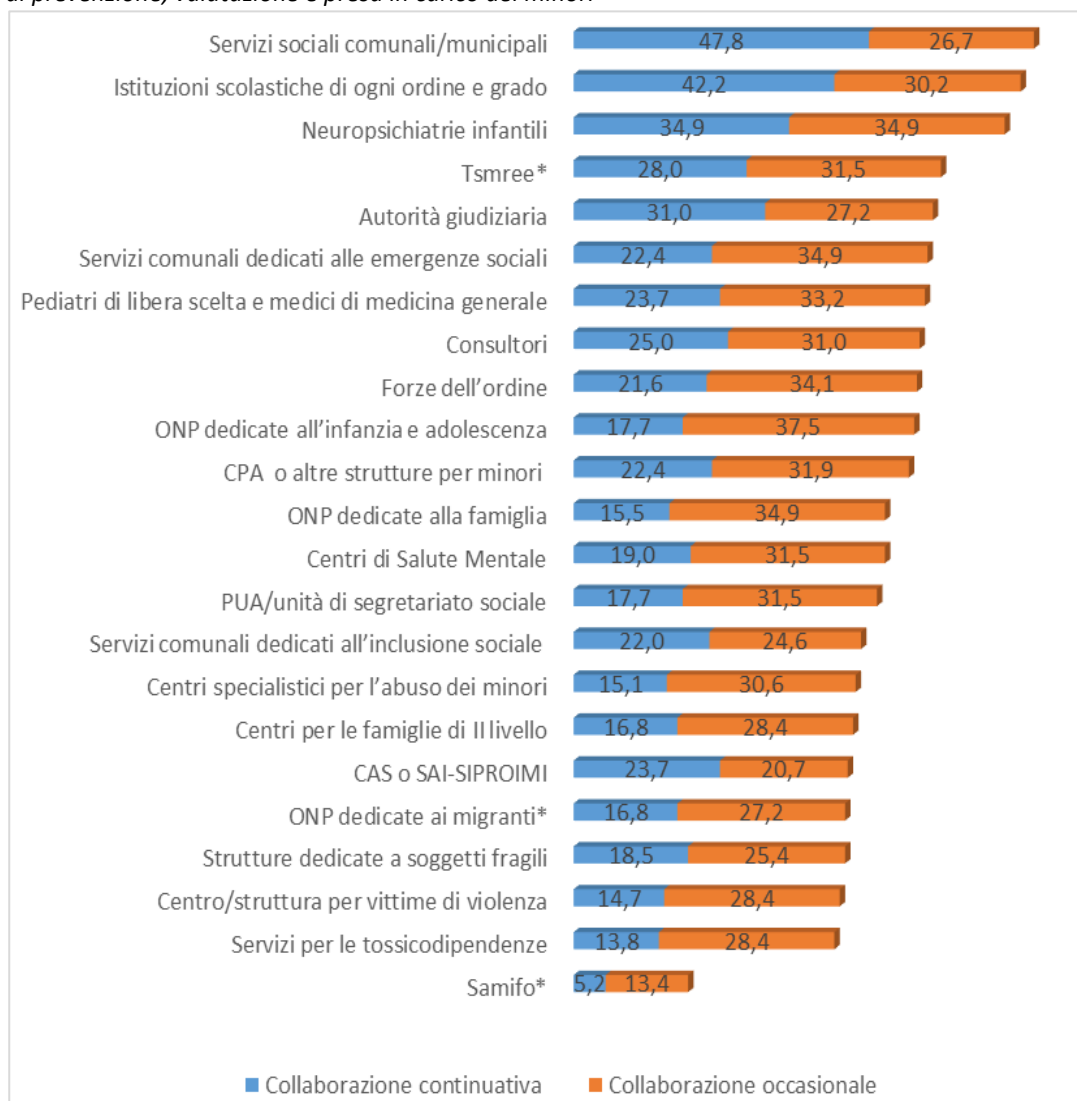
Venendo alla caratterizzazione qualitativa delle collaborazioni indicate dagli intervistati, il Graf. 5.11. evidenzia innanzitutto un divario particolarmente ampio nelle risposte, considerando che ben il 74,6% degli intervistati segnala collaborazioni con i servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori) e solo il 18,5% con il Centro Samifo³³. Oltre ai servizi sociali, gli altri servizi con cui vengono indicate più frequentemente collaborazioni sono le scuole di ogni ordine e grado (72,4%), le neuropsichiatrie infantili (69,8%), i TSMRE (59,5%) e l'autorità giudiziaria, ovvero Tribunale per i minori e ordinario (58,2%). Servizi sociali, istituzioni scolastiche e autorità giudiziarie sono, peraltro, i servizi con cui le collaborazioni intrattenute hanno più di frequente un carattere di sistematicità e continuità (rispettivamente, nel 47,8%, 42,2% e 31%).

Altrettanto significative sono le quote di intervistati che indicano collaborazioni con ulteriori 7 servizi, ovvero i consultori, i servizi comunali dedicati alle emergenze sociali, i pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, le forze dell'ordine, le organizzazioni non-profit per infanzia e adolescenza, i Centri di Pronto Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziale o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche, i Centri di Salute Mentale e le Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia. Questi servizi sono indicati da oltre la metà degli intervistati, sebbene le collaborazioni assumano più spesso un carattere occasionale.

Gli altri servizi/strutture proposti vengono indicati con una frequenza inferiore ma pur sempre significativa, ovvero compresa tra il 42,2% e il 49%; anche in questo caso, le collaborazioni sono più spesso occasionali, con l'eccezione dei centri di prima e seconda accoglienza per MSNA per i quali una quota maggiore di soggetti indica la presenza di collaborazioni continuative.

³³ Si tratta di un servizio dedicato alla creazione di percorsi interculturali e interdisciplinari di cura e sostegno per la sofferenza fisica, mentale e sociale dei richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura e di violenza intenzionale, operante sul territorio dell'Asl RM 1.

Graf. 5.11 – Collaborazioni intrattenute dal servizio di afferenza degli intervistati con altri servizi che possono occuparsi di prevenzione, valutazione e presa in carico dei minori



**Opzioni non previste per gli operatori dei servizi sociosanitari. Percentuali calcolate su 19 domande*

Particolarmente interessante è l'articolazione di questa informazione sulla base del tipo di servizio/struttura di afferenza degli intervistati. La tab. 5.3 considera le collaborazioni che, secondo gli intervistati, le proprie strutture/servizi di riferimento intrattengono indipendentemente dalla frequenza, evidenziando in rosso i valori sopra la media per ciascun soggetto territoriale proposto e in grassetto i valori più elevati per ciascuna tipologia di servizio/struttura.

Si conferma che gli intervistati dei nidi e delle scuole di infanzia presentano, per tutti i soggetti territoriali proposti, rapporti decisamente più bassi con altri servizi, e ove presenti i soggetti territoriali indicati sono i servizi sociali, le istituzioni scolastiche, le neuropsichiatrie infantili e i TSMREE. All'opposto, sono gli operatori che operano in ambito sociosanitario e nell'ambito del non profit dedicato ai minori a manifestare le frequenze più elevate di relazioni con altri servizi/strutture. Nel caso dell'ambito sociosanitario si osserva che oltre 8 intervistati su 10 segnalano collaborazioni con i servizi sociali, le neuropsichiatrie infantili, le scuole e i centri per la salute mentale. Gli intervistati del settore non-profit, oltre alle scuole e ai servizi sociali, segnalano per oltre i tre quarti dei casi collaborazioni con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, i TSMREE, le Autorità giudiziarie, le strutture dedicate ai minori con problematiche familiari ed altre organizzazioni non profit dedicate all'infanzia e all'adolescenza e ai migranti.

Tab. 5.3 – Soggetti territoriali con cui i servizi/strutture di afferenza degli intervistati collaborano sulla base della tipologia dei servizi/strutture

	Nido/Scuola dell'infanzia	Scuola primaria	Scuola secondaria	Ambito socio-sanitario	Pubblico dedicato ai minori	Privato dedicato ai minori	Altri servizi non dedicati
Servizi sociali comunali/municipali	51,6	94,7	77,8	91,3	73,3	89,3	64,7
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado	53,2	73,7	77,8	82,6	72,7	82,1	52,9
Neuropsichiatrie infantili	53,2	84,2	59,3	87,0	71,7	64,3	58,8
TSMREE	51,6	57,9	66,7		58,3	78,6	41,2
Autorità giudiziaria	19,4	63,2	63,0	78,3	58,3	75,0	29,4
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali	27,4	63,2	51,9	65,2	56,7	60,7	58,8
Pediatri di libera scelta e medici di base	25,8	68,4	33,3	73,9	52,4	85,7	58,8
Consultori	22,6	63,2	63,0	69,6	57,2	53,6	47,1
Forze dell'ordine	11,3	78,9	85,2	52,2	56,7	67,9	23,5
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza	19,4	47,4	63,0	65,2	53,5	78,6	35,3
CPA o altre strutture per minori	16,1	63,2	48,1	60,9	52,4	75,0	41,2
Centri di Salute Mentale	16,1	26,3	44,4	87,0	50,3	53,6	47,1
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia	19,4	42,1	55,6	69,6	50,8	50,0	47,1
PUA/unità di segretariato sociale	16,1	31,6	33,3	73,9	47,6	57,1	52,9
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale	11,3	36,8	44,4	39,1	43,3	67,9	47,1
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori	9,7	36,8	55,6	60,9	47,1	46,4	29,4
Centri famiglie di II livello	11,3	36,8	48,1	52,2	45,5	42,9	47,1
CAS o SAI-SIPROIMI	11,3	31,6	51,9	56,5	41,2	71,4	35,3
Strutture per soggetti fragili	16,1	31,6	33,3	52,2	44,4	46,4	35,3
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti	14,5	31,6	48,1		39,0	75,0	47,1
Centro o struttura per vittime di violenza	11,3	31,6	37,0	69,6	45,5	35,7	29,4
Servizi per le tossicodipendenze	3,2	5,3	33,3	78,3	40,6	53,6	41,2
Centro Samifo	8,1		7,4		16,0	35,7	17,6

La successiva tabella (5.3) considera esclusivamente le collaborazioni che si caratterizzano per il carattere continuativo. I professionisti che operano in ambito sociosanitario e nel non-profit dedicato ai minori indicano un numero di collaborazioni continuative con prevalenze superiori decisamente maggiore alla media degli altri target di intervistati.

Tab. 5.3 – Soggetti territoriali con cui i servizi/strutture di afferenza degli intervistati collaborano **in modo continuativo**, sulla base della tipologia dei servizi/strutture

	Nido/Scuola dell'infanzia	Scuola primaria	Scuola secondaria	Ambito socio-sanitario	Pubblico dedicato ai minori	Privato dedicato ai minori	Altri servizi non dedicati
Servizi sociali comunali/municipali	8,1	63,2	40,7	78,3	44,4	75,0	41,2
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado	24,2	52,6	37,0	52,2	41,7	60,7	17,6
Neuropsichiatrie infantili	16,1	57,9	40,7	43,5	36,9	28,6	23,5
Autorità giudiziaria	3,2	5,3	18,5	56,5	31,6	35,7	17,6
TSMREE	14,5	52,6	29,6		29,9	28,6	5,9
Consultori		15,8	14,8	39,1	23,5	28,6	35,3
CAS o SAI-SIPROIMI	8,1	15,8	14,8	21,7	19,8	46,4	29,4
Pediatrati di libera scelta e medici di base	1,6	26,3	18,5	21,7	17,6	67,9	17,6
CPA o altre strutture per minori	4,8	5,3	14,8	13,0	21,4	32,1	17,6
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali	3,2	5,3	22,2	26,1	20,9	28,6	29,4
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale	1,6	10,5	11,1	17,4	19,3	39,3	23,5
Forze dell'ordine	3,2	31,6	22,2	8,7	20,3	35,7	11,8
Centri di Salute Mentale	4,8	10,5	18,5	43,5	21,4	3,6	17,6
Strutture per soggetti fragili	4,8	5,3	7,4	13,0	19,3	10,7	23,5
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza	4,8	5,3	14,8	8,7	16,6	28,6	11,8
PUA/unità di segretariato sociale		5,3	3,7	26,1	18,2	10,7	23,5
Centri famiglie di II livello	1,6	5,3	11,1	8,7	17,6	7,1	23,5
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti	3,2	10,5	14,8		13,4	39,3	17,6
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia	3,2	5,3	11,1	13,0	15,0	14,3	23,5
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori	4,8		18,5	4,3	15,5	14,3	11,8
Centro o struttura per vittime di violenza	1,6	5,3	11,1	21,7	15,5	3,6	23,5
Servizi per le tossicodipendenze			11,1	17,4	15,0	3,6	17,6
Centro Samifo					3,2	17,9	5,9

5.1.5 Il giudizio complessivo di efficacia

Un'ulteriore sezione del questionario si è proposta di raccogliere i giudizi degli intervistati sull'efficacia degli interventi posti in essere sul territorio dai servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Una prima batteria di domande ha, pertanto, indagato il punto di vista dei professionisti rispetto all'efficacia degli interventi erogati sul territorio in riferimento ai seguenti 8 obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori:

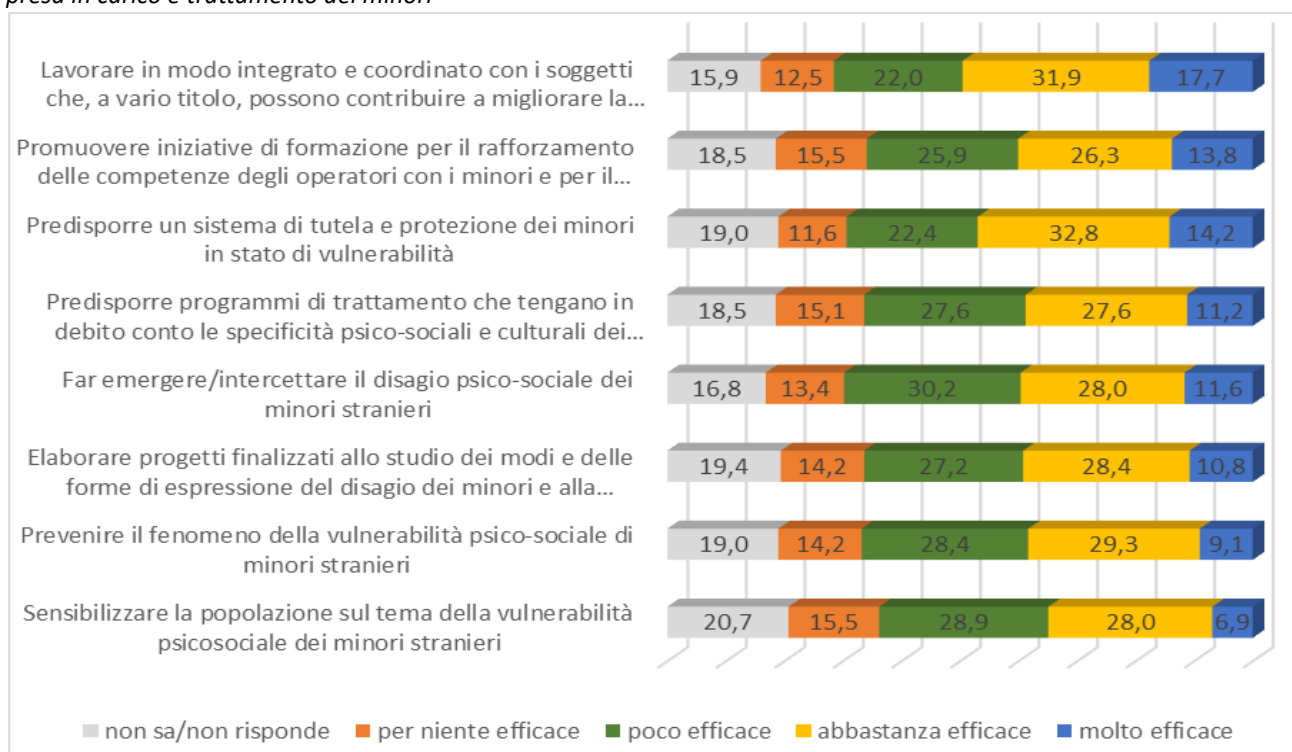
- Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri
- Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri

- c. Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano
- d. Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri
- e. Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri
- f. Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità
- g. Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale
- h. Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili.

Il Graf. 5.12 fornisce una rappresentazione sintetica delle risposte date dai professionisti a questa batteria di domande. Innanzitutto, si deve evidenziare che su quasi tutti gli obiettivi proposti vi è una quota importante di professionisti - variabile dal 15,9% al 20,7% del totale - che non si esprime. In secondo luogo, rispetto a tutti gli obiettivi indicati si osservano quote simili di professionisti che ritengono gli interventi da un lato poco o per nulla efficaci e, dall'altro, abbastanza o molto efficaci. Sono, tuttavia, presenti 2 interventi sui quali il divario dei giudizi è maggiore, ovvero:

- la predisposizione di un sistema di tutela e protezione per i minori vulnerabili – giudicato abbastanza o molto efficace dal 47% degli intervistati e scarsamente efficace dal 30,6%;
- il lavoro coordinato e integrato tra i soggetti che si occupano di minori – giudicato abbastanza o molto efficace dal 49,6% degli intervistati e scarsamente efficace dal 28,4%.

Graf. 5.12 – Efficacia degli interventi erogati sul territorio in riferimento ad alcuni obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori



Come per le precedenti domande, si osservano differenze significative nelle risposte a questa domanda sulla base dell'ambito in cui i rispondenti operano. Innanzitutto, la quota del personale scolastico che non risponde ad uno o più item di questa batteria di domande è sensibilmente maggiore rispetto a quella dei professionisti che operano in ambito sociale e socio-sanitario, superando in tutti i casi un quarto dei rispondenti di tale ambito. Su tutti gli obiettivi indicati, inoltre, si osserva una prevalenza di giudizi di efficacia negativi in quanto oltre 4 soggetti su 10 ritengono gli

interventi realizzati per conseguire i diversi obiettivi per niente o poco efficaci; all'opposto, le quote di professionisti che ritengono molto o abbastanza efficaci gli interventi realizzati nel territorio si attestano intorno al 25%, con l'eccezione dell'obiettivo relativo al lavoro integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili, che raggiunge il 30,4%.

Per quanto riguarda gli altri professionisti si osservano, nel complesso, giudizi di efficacia più positivi, soprattutto tra quanti operano in ambito sociale. In particolare, il lavoro integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili viene giudicato efficace (abbastanza o molto) da ben il 69,1% dei professionisti che operano in ambito sociale e dal 60,9% di quelli che operano in ambito sociosanitario. Segue l'obiettivo di predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità, per il raggiungimento del quale gli interventi sono considerati efficaci dal 68% degli operatori nel sociale e dal 56,5% di quelli operanti nei servizi sociosanitari. La sensibilizzazione della popolazione sul tema della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri è giudicata efficace da una quota inferiore di professionisti, pari al 43,3% di quelli che operano in ambito sociale e al 47,8% di quelli che operano in ambito socio-sanitario, mentre per i rimanenti obiettivi il giudizio di efficacia riguarda, a seconda dei casi, una proporzione di professionisti che va dal 52,6% al 56,7% per quelli che operano in ambito sociale e dal 39,1% al 47,8% per quelli che operano in ambito sociosanitario (cfr. tab. 5.4).

Tab. 5.4 – Efficacia degli interventi erogati sul territorio secondo l'ambito professionale degli intervistati

		Ambito educat./scol.	Ambito sociale	Ambito socio-sanit.
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri	per niente efficace	16,1	14,4	17,4
	poco efficace	25,9	34,0	21,7
	abbastanza efficace	20,5	36,1	30,4
	molto efficace	4,5	7,2	17,4
	non sa/non risponde	33,0	8,2	13,0
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri	per niente efficace	15,2	12,4	17,4
	poco efficace	28,6	25,8	39,1
	abbastanza efficace	19,6	40,2	30,4
	molto efficace	4,5	14,4	8,7
	non sa/non risponde	32,1	7,2	4,3
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano	per niente efficace	15,2	13,4	13,0
	poco efficace	27,7	24,7	34,8
	abbastanza efficace	19,6	35,1	43,5
	molto efficace	6,3	17,5	4,3
	non sa/non risponde	31,3	9,3	4,3
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri	per niente efficace	18,8	7,2	13,0
	poco efficace	28,6	29,9	39,1
	abbastanza efficace	18,8	36,1	39,1
	molto efficace	5,4	19,6	8,7
	non sa/non risponde	28,6	7,2	
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri	per niente efficace	18,8	10,3	17,4
	poco efficace	26,8	25,8	39,1
	abbastanza efficace	16,1	40,2	30,4
	molto efficace	7,1	16,5	8,7
	non sa/non risponde	31,3	7,2	4,3
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità	per niente efficace	17,0	6,2	8,7
	poco efficace	24,1	19,6	26,1
	abbastanza efficace	18,8	46,4	43,5
	molto efficace	8,0	21,6	13,0
	non sa/non risponde	32,1	6,2	8,7

		Ambito educat./scol.	Ambito sociale	Ambito socio-sanit.
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale	per niente efficace	18,8	12,4	13,0
	poco efficace	25,0	24,7	34,8
	abbastanza efficace	17,0	34,0	39,1
	molto efficace	7,1	22,7	8,7
	non sa/non risponde	32,1	6,2	4,3
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili	per niente efficace	17,9	8,2	4,3
	poco efficace	23,2	18,6	30,4
	abbastanza efficace	24,1	39,2	39,1
	molto efficace	6,3	29,9	21,7
	non sa/non risponde	28,6	4,1	4,3

Considerando esclusivamente il personale delle scuole, come per le domande precedenti si evidenzia che tra gli educatori dei nidi e delle scuole dell'infanzia è particolarmente elevata la quota di professionisti che non sa valutare il grado di efficacia degli interventi o che non risponde, pari a poco meno della metà – con l'eccezione degli item relativi al lavoro integrato e coordinato con gli altri soggetti della rete territoriale, per il quale la quota di non rispondenti scende al 38,7%. Più in generale, è interessante rilevare che su tutti gli obiettivi proposti è molto consistente la quota di operatori che valuta in modo negativo l'efficacia degli interventi e che, tra questi, sono gli insegnanti delle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado a ritenere maggiormente inefficaci gli interventi realizzati sul territorio. Gli interventi giudicati poco o per nulla efficaci da una quota maggiore di insegnanti sono quelli volti a far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri e a prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri. All'opposto, come si è visto precedentemente, una quota più contenuta ma pur sempre rilevante di insegnanti ritiene poco o per nulla efficace gli interventi volti al lavoro integrato e coordinato. Per tutti gli altri obiettivi, i giudizi negativi di efficacia riguardano una quota di soggetti che va dal 30,6% al 35,5% per quanto riguarda il personale della scuola dell'infanzia, dal 52,6% al 57,9% per gli insegnanti della primaria e dal 55,6% al 59,3% per i docenti delle secondarie (cfr. tab. 5.5).

Tab. 5.5 – Efficacia degli interventi erogati sul territorio per i professionisti del comparto scolastico, secondo il grado di istruzione della scuola di appartenenza

		Nido/Scuola dell'infanzia	Scuola primaria	Scuola sec. 1° e 2° grado
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri	per niente efficace	16,1	5,3	22,2
	poco efficace	14,5	47,4	37,0
	abbastanza efficace	19,4	21,1	22,2
	molto efficace	3,2	10,5	3,7
	non sa/non risponde	46,8	15,8	14,8
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri	per niente efficace	17,7		18,5
	poco efficace	14,5	52,6	44,4
	abbastanza efficace	17,7	21,1	22,2
	molto efficace	3,2	10,5	3,7
	non sa/non risponde	46,8	15,8	11,1
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano	per niente efficace	16,1	5,3	18,5
	poco efficace	19,4	47,4	37,0
	abbastanza efficace	14,5	26,3	22,2
	molto efficace	4,8	10,5	7,4
	non sa/non risponde	45,2	10,5	14,8
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri	per niente efficace	19,4	10,5	22,2
	poco efficace	21,0	52,6	29,6
	abbastanza efficace	14,5	26,3	22,2
	molto efficace	4,8	5,3	7,4

		Nido/Scuola dell'infanzia	Scuola primaria	Scuola sec. 1° e 2° grado
	non sa/non risponde	40,3	5,3	18,5
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri	per niente efficace	19,4	15,8	18,5
	poco efficace	16,1	42,1	40,7
	abbastanza efficace	14,5	21,1	14,8
	molto efficace	6,5	10,5	7,4
	non sa/non risponde	43,5	10,5	18,5
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità	per niente efficace	16,1	15,8	18,5
	poco efficace	14,5	36,8	40,7
	abbastanza efficace	14,5	26,3	18,5
	molto efficace	8,1	10,5	7,4
	non sa/non risponde	46,8	10,5	14,8
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale	per niente efficace	21,0	10,5	18,5
	poco efficace	11,3	47,4	40,7
	abbastanza efficace	16,1	15,8	18,5
	molto efficace	6,5	10,5	7,4
	non sa/non risponde	45,2	15,8	14,8
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili	per niente efficace	24,2	10,5	7,4
	poco efficace	12,9	36,8	40,7
	abbastanza efficace	17,7	31,6	29,6
	molto efficace	6,5	10,5	3,7
	non sa/non risponde	38,7	10,5	18,5

Quanto alle differenze nelle risposte dei professionisti che operano nel sociale, la tab. 5.6 evidenzia che quelli che lavorano nel privato sociale dedicato esclusivamente ai minori esprimono giudizi di efficacia tendenzialmente migliori rispetto a quanti lavorano nei servizi pubblici esclusivamente dedicati ai minori e ad altri servizi, pubblici o privati, non dedicati. Se, infatti, si eccettua la promozione di iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale, giudicato efficace da una quota maggiore di professionisti operanti nei servizi pubblici, per tutti gli altri obiettivi la quota di professionisti che esprime giudizi positivi è superiore tra gli operatori che lavorano nel privato sociale dedicato rispetto al pubblico e ai servizi non dedicati. Particolarmente significative sono le quote degli operatori del privato sociale dedicato ai minori che giudicano efficaci gli interventi realizzati per conseguire i seguenti obiettivi:

- Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri;
- Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri;
- Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità;
- Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili.

Tab. 5.6 – Efficacia degli interventi erogati sul territorio per i professionisti del comparto sociale, secondo la tipologia del servizio/struttura di appartenenza

		Ambito pubblico dedicato ai minori	Ambito privato dedicato ai minori	Altri servizi non dedicati
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri	per niente efficace	14,5	10,7	21,4
	poco efficace	34,5	39,3	21,4
	abbastanza efficace	36,4	42,9	21,4
	molto efficace	5,5	7,1	14,3
	non sa/non risponde	9,1		21,4

		Ambito pubblico dedicato ai minori	Ambito privato dedicato ai minori	Altri servizi non dedicati
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri	per niente efficace	14,5	7,1	14,3
	poco efficace	30,9	21,4	14,3
	abbastanza efficace	32,7	57,1	35,7
	molto efficace	14,5	14,3	14,3
	non sa/non risponde	7,3		21,4
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e all'individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano	per niente efficace	18,2	7,1	7,1
	poco efficace	18,2	35,7	28,6
	abbastanza efficace	40,0	32,1	21,4
	molto efficace	14,5	21,4	21,4
	non sa/non risponde	9,1	3,6	21,4
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri	per niente efficace	9,1		14,3
	poco efficace	38,2	25,0	7,1
	abbastanza efficace	32,7	46,4	28,6
	molto efficace	12,7	28,6	28,6
	non sa/non risponde	7,3		21,4
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri	per niente efficace	10,9		28,6
	poco efficace	30,9	25,0	7,1
	abbastanza efficace	40,0	46,4	28,6
	molto efficace	9,1	28,6	21,4
	non sa/non risponde	9,1		14,3
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità	per niente efficace	5,5		21,4
	poco efficace	21,8	25,0	
	abbastanza efficace	47,3	46,4	42,9
	molto efficace	20,0	28,6	14,3
	non sa/non risponde	5,5		21,4
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale	per niente efficace	9,1	10,7	28,6
	poco efficace	23,6	35,7	7,1
	abbastanza efficace	40,0	25,0	28,6
	molto efficace	20,0	28,6	21,4
	non sa/non risponde	7,3		14,3
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili	per niente efficace	3,6	14,3	14,3
	poco efficace	20,0	10,7	28,6
	abbastanza efficace	43,6	39,3	21,4
	molto efficace	29,1	35,7	21,4
	non sa/non risponde	3,6		14,3

Un'ulteriore domanda riguardante l'efficacia degli interventi realizzati sul territorio chiedeva agli intervistati di esprimere il grado di accordo con una serie di affermazioni che riguardano l'efficacia dell'offerta dei servizi. Le affermazioni sono le seguenti:

- Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori
- Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno
- Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA
- La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi
- È necessario rafforzare la collaborazione tra scuola, sanità e servizi sociali per migliorare le capacità di identificare e prendere in carico minori stranieri in condizione di vulnerabilità.

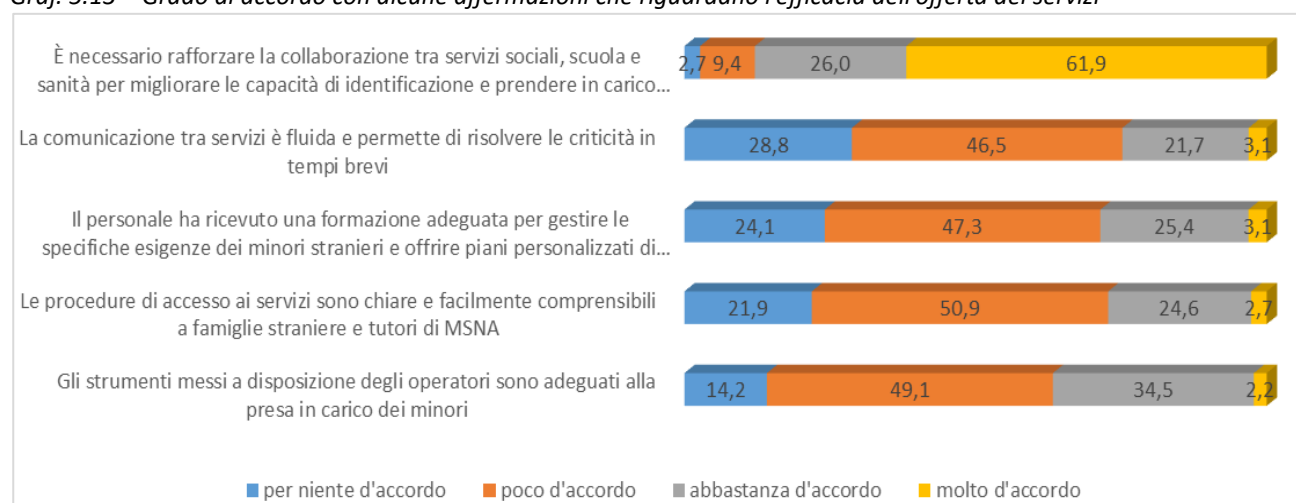
L'ultima domanda di questa batteria ha sondato l'accordo degli intervistati sulla seguente affermazione:

- Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori stranieri in condizione di vulnerabilità.

Si rappresenta che, nel questionario rivolto agli insegnanti, la batteria di domande ha inteso valutare i punti di vista rispetto alla rete territoriale di supporto ai minori, mentre per gli altri operatori ci si è riferiti sia alla struttura/servizio in cui il professionista lavora, sia alla rete territoriale di supporto ai minori più ampia.

Il Graf. 5.13 mette in evidenza che mentre sull'affermazione relativa alla necessità di rafforzare la collaborazione tra servizi per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico i minori in condizione di vulnerabilità, oltre 6 intervistati su 10 si dichiarano molto d'accordo e un ulteriore quarto si dichiara abbastanza d'accordo, sui rimanenti item prevalgono i disaccordi. In modo particolare, il disaccordo è più accentuato rispetto alle affermazioni relative alla fluidità della e all'adeguatezza della formazione del personale sulle specifiche esigenze dei minori stranieri.

Graf. 5.13 – Grado di accordo con alcune affermazioni che riguardano l'efficacia dell'offerta dei servizi



Rispetto alle affermazioni che riguardano l'adeguatezza degli strumenti messi a disposizione degli operatori, alla chiarezza delle procedure di accesso ai servizi, all'adeguatezza della formazione del personale e alla fluidità della comunicazione tra servizi gli educatori e gli insegnanti si dichiarano in disaccordo (poco o per niente) in percentuali decisamente superiori rispetto ai professionisti che operano in ambito sociale e sociosanitario (tab. 5.7). Sull'affermazione relativa alla necessità di migliorare la collaborazione tra servizi, le differenze tra i diversi ambiti professionali sono, al contrario, più contenute, pur dovendo osservare che i professionisti che lavorano in ambito scolastico esprimono un accordo, totale o parziale, in misura inferiore rispetto a quelli che lavorano in ambito sociale e sociosanitario.

Tab. 5.7 – Grado di accordo con alcune affermazioni che riguardano l'efficacia dell'offerta dei servizi, secondo l'ambito professionale degli intervistati

		Ambito scolastico	Ambito sociale	Ambito socio-sanit.
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori	per niente d'accordo	21,5	8,3	4,3
	poco d'accordo	49,5	47,9	52,2
	abbastanza d'accordo	27,1	41,7	39,1
	molto d'accordo	1,9	2,1	4,3
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA	per niente d'accordo	26,4	18,9	13,0
	poco d'accordo	54,7	46,3	52,2
	abbastanza d'accordo	17,0	31,6	30,4
	molto d'accordo	1,9	3,2	4,3

		Ambito scolastico	Ambito sociale	Ambito socio-sanit.
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno	per niente d'accordo	30,2	17,9	21,7
	poco d'accordo	43,4	50,5	52,2
	abbastanza d'accordo	22,6	28,4	26,1
	molto d'accordo	3,8	3,2	
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi	per niente d'accordo	39,8	18,9	17,4
	poco d'accordo	40,7	50,5	56,5
	abbastanza d'accordo	17,6	25,3	26,1
	molto d'accordo	1,9	5,3	
È necessario rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuola e sanità per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico di minori in condizione di vulnerabilità	per niente d'accordo	5,7		
	poco d'accordo	12,4	7,4	4,3
	abbastanza d'accordo	21,0	26,3	47,8
	molto d'accordo	61,0	66,3	47,8

La successiva tab. 5.8 conferma le differenze già rilevate nelle opinioni degli insegnanti sulla base del grado di istruzione della scuola in cui questi operano. In linea generale, infatti, il disaccordo manifestato dagli educatori dei nidi e delle scuole di infanzia è più elevato rispetto agli insegnanti delle scuole primarie e secondarie sugli item relativi agli strumenti a disposizione degli operatori, all'adeguatezza della formazione del personale e alla fluidità della comunicazione tra servizi. Rispetto alla chiarezza delle procedure di accesso ai servizi, le differenze tra gradi di istruzione sono più contenute. Infine, rispetto alla necessità di rafforzare la collaborazione tra servizi, il personale delle scuole dell'infanzia si dichiara in disaccordo in misura maggiore rispetto alle scuole primarie e secondarie.

Tab. 5.8 – Grado di accordo con alcune affermazioni che riguardano l'efficacia dell'offerta dei servizi per i professionisti del comparto scolastico, secondo il grado di istruzione della scuola di appartenenza

		Nido/Scuola dell'infanzia	Scuola primaria	Scuola sec. di 1° e 2° grado
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori	per niente d'accordo	25,4	10,5	19,2
	poco d'accordo	49,2	47,4	50,0
	abbastanza d'accordo	22,0	42,1	30,8
	molto d'accordo	3,4		
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA	per niente d'accordo	25,9	15,8	34,6
	poco d'accordo	53,4	63,2	50,0
	abbastanza d'accordo	17,2	21,1	15,4
	molto d'accordo	3,4		
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno	per niente d'accordo	43,1	10,5	15,4
	poco d'accordo	37,9	52,6	46,2
	abbastanza d'accordo	17,2	36,8	26,9
	molto d'accordo	1,7		11,5
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi	per niente d'accordo	43,3	31,6	38,5
	poco d'accordo	38,3	47,4	42,3
	abbastanza d'accordo	15,0	21,1	19,2
	molto d'accordo	3,3		
È necessario rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuola e sanità per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico di minori in condizione di vulnerabilità	per niente d'accordo	8,8		3,8
	poco d'accordo	19,3		7,7
	abbastanza d'accordo	24,6	15,8	15,4
	molto d'accordo	47,4	84,2	73,1

Infine, caratterizzando meglio le risposte dei professionisti che operano in ambito sociale, la tab. 5.9 evidenzia differenze molto contenute tra professionisti che operano in ambito pubblico e privato dedicato ai minori e in altri servizi non esclusivamente dedicati ai minori. Prevale, in tutti i casi, il

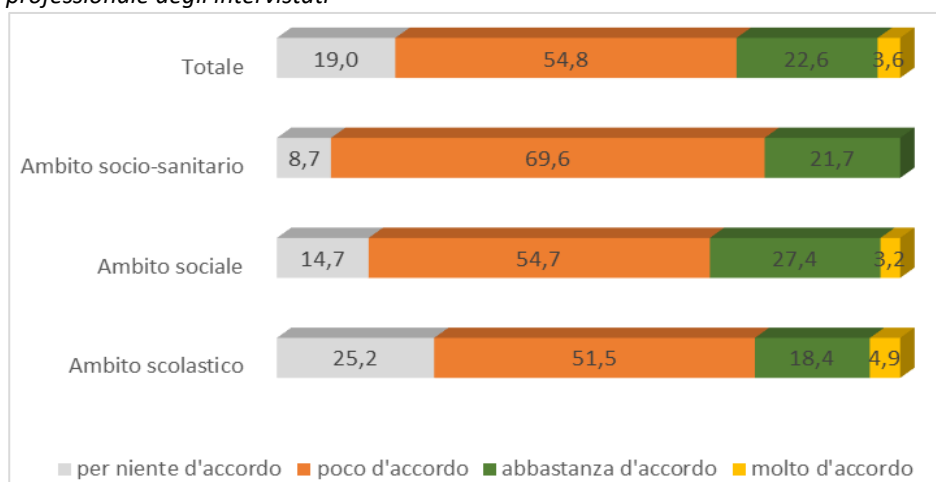
disaccordo sulle affermazioni riguardanti l'adeguatezza degli strumenti messi a disposizione degli operatori, la chiarezza delle procedure di accesso, l'adeguatezza della formazione degli operatori e la fluidità della comunicazione tra servizi. All'opposto, tutti gli operatori sono concordi sulla necessità di rafforzare la collaborazione tra servizi, con quote lievemente più elevate per i professionisti di servizi non dedicati ai minori e per i professionisti del settore pubblico dedicato ai minori.

Tab. 5.9 – Grado di accordo con alcune affermazioni che riguardano l'efficacia dell'offerta dei servizi per i professionisti del comparto sociale, secondo la tipologia del servizio/struttura di appartenenza

		Ambito pubblico dedicato ai minori	Ambito privato dedicato ai minori	Altri servizi non dedicati
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori	per niente d'accordo	1,8	17,9	15,4
	poco d'accordo	58,2	32,1	38,5
	abbastanza d'accordo	40,0	42,9	46,2
	molto d'accordo		7,1	
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA	per niente d'accordo	14,5	25,0	25,0
	poco d'accordo	52,7	35,7	41,7
	abbastanza d'accordo	32,7	32,1	25,0
	molto d'accordo		7,1	8,3
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno	per niente d'accordo	14,5	17,9	33,3
	poco d'accordo	52,7	50,0	41,7
	abbastanza d'accordo	32,7	21,4	25,0
	molto d'accordo		10,7	
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi	per niente d'accordo	14,5	21,4	33,3
	poco d'accordo	52,7	50,0	41,7
	abbastanza d'accordo	30,9	17,9	16,7
	molto d'accordo	1,8	10,7	8,3
È necessario rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuola e sanità per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico di minori in condizione di vulnerabilità	poco d'accordo	7,3	10,7	
	abbastanza d'accordo	32,7	14,3	25,0
	molto d'accordo	60,0	75,0	75,0

L'ultima affermazione della batteria di domande in discussione chiedeva agli intervistati se l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni dei minori, in particolare dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità. Il Graf. 5.14 evidenzia che, nel complesso, oltre la metà degli intervistati si dichiara poco d'accordo con tale affermazione e un ulteriore quinto per niente d'accordo. I soggetti che ritengono l'offerta adeguata ai bisogni dei minori stranieri vulnerabili sono, dunque, poco più di un quarto del totale. Le differenze tra ambiti professionali sono, anche in questo caso, rilevanti in quanto i professionisti che lavorano in ambito socio-sanitario si concentrano prevalentemente nella categoria "poco d'accordo" (quasi 7 casi su 10) mentre i giudizi dei professionisti del comparto scolastico sono maggiormente distribuiti su tutte le opzioni di risposta, con un quarto di intervistati che giudica l'offerta territoriale totalmente inadeguata ai bisogni dei minori stranieri vulnerabili e circa il 23% che, al contrario la giudica abbastanza o molto adeguata.

Graf. 5.14 – Grado di accordo con l'affermazione “Nel complesso, l’offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare stranieri in condizione di vulnerabilità?” secondo l’ambito professionale degli intervistati



Rispetto ai professionisti delle scuole, la successiva tabella (5.10) mostra che gli insegnanti delle scuole primarie si dichiarano per ben il 57,9% molto o abbastanza d'accordo con l'affermazione relativa al grado di adeguatezza dell'offerta complessiva di servizi rispetto ai bisogni dei minori stranieri vulnerabili; all'opposto, quote decisamente inferiori sono manifestate dal personale di nidi e scuole dell'infanzia (17,9%) e delle scuole secondarie (12%). Analoghe considerazioni possono essere fatte per i professionisti che operano in ambito sociale, con giudizi di adeguatezza manifestati in misura maggiore dai professionisti di servizi non esclusivamente dedicati ai minori (41,7%), rispetto ai professionisti del settore pubblico (34,5%) e privato (17,8%) dedicato ai minori.

Tab. 5.10 – Grado di accordo con l'affermazione “Nel complesso, l’offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare stranieri in condizione di vulnerabilità?”. Specifiche per i professionisti del comparto scolastico e sociale

		per niente d'accordo	poco d'accordo	abbastanza d'accordo	molto d'accordo
Professionisti in ambito scolastico	Nido/Scuola dell'infanzia	30,4	51,8	14,3	3,6
	Scuola primaria	10,5	31,6	47,4	10,5
	Scuola secondaria di 1° e 2° grado	20,0	68,0	8,0	4,0
Professionisti in ambito sociale	Ambito pubblico dedicato ai minori	9,1	56,4	32,7	1,8
	Ambito privato dedicato ai minori	32,1	50,0	10,7	7,1
	Altri servizi non dedicati		58,3	41,7	

5.1.6 Punti di forza del sistema

Un'ulteriore sezione del questionario ha inteso indagare i punti di forza e le criticità delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori in condizione di vulnerabilità, prevedendo due domande aperte che hanno lasciato completa libertà di espressione agli intervistati. I punti di forza sono indicati solo da 68 operatori (pari al 29,3% del totale) – dei quali 10 lavorano in ambito sociosanitario, 31 in ambito sociale e 27 in ambito educativo/scolastico – e riguardano le seguenti tematiche: l'offerta di servizi, il personale, la rete, l'intercettazione del disagio, la prevenzione, la presa in carico e le modalità di lavoro.

Più nello specifico il 41,2% dei professionisti³⁴ coinvolti segnala punti di forza inerenti alla rete di servizi, ovvero:

- Il collegamento, la cooperazione e l'integrazione fra servizi;
- Il rapporto con la scuola (operatore dei servizi socio-sanitari); la collaborazione tra scuola e servizi sociali, soprattutto in termini di comunicazione; la collaborazione con le scuole ed i servizi sociali e socio-sanitari e, più in generale, la capacità di fare rete da parte degli attori (istituzionali e non) che lavorano a favore dei minori; la collaborazione tra servizi sociali, scuole e terzo settore, che permette un approccio integrato e personalizzato;
- Il coinvolgimento integrato e coordinato di tutti i servizi che gravitano intorno al minore;
- La fluidità della collaborazione tra servizi;
- La celerità nell'attivare una rete di supporto capacità che previene l'aggravarsi del disagio e favorisce uno sviluppo più armonico;
- la capillarità, l'efficacia ed efficienza della rete sociale;
- La capacità di creare reti interistituzionali e sinergie con gli ETS, seppure con le difficoltà legate ai carichi di lavoro degli operatori dei servizi e ai tempi lunghi dei processi amministrativi o politici;
- la sinergia tra interventi di supporto alla genitorialità, quelli di supporto psicologico ai minori e la rete di servizi sociali.

Seguono alcuni commenti relativi agli **approcci e modalità di lavoro**, segnalati dal 20,5% dei rispondenti:

- il supporto costante alle famiglie, garantito da un sistema valido di servizi;
- il lavoro di equipe;
- la presenza di protocolli operativi per la presa in carico e trattamento;
- l'accoglienza e l'ascolto dei minori e delle loro famiglie; la centralità del minore, in quanto ogni azione è pensata per rispondere ai suoi bisogni specifici; l'attenzione alla persona, la centralità del minore e delle sue specifiche esigenze e caratteristiche; la conoscenza del progetto di vita familiare, il lavoro con tutti i membri della famiglia, la più ampia partecipazione a situazioni aperte;
- la tempestività dell'intervento;
- La progettazione di servizi personalizzati e integrati;
- La presenza di progetti individualizzati;
- l'ascolto attivo dei bisogni dei minori, la condivisione degli obiettivi PEI e l'analisi dei bisogni specifici del minore con piani individualizzati;
- La presa in carico multidisciplinare "quando si riesce ad attuarla";
- Il dialogo e la tolleranza.

Ulteriori punti di forza identificati da un gruppo nutrito di professionisti, pari al 19,1% di coloro che hanno risposto a questa domanda, riguarda la qualità del personale. In alcuni casi, ci si riferisce alla passione, sensibilità competenze e professionalità degli operatori impegnati con i minori.

Sull'offerta di servizi si esprime il 13,2% dei professionisti, indicando quali punti di forza:

- il coinvolgimento della figura del mediatore, "fondamentale per comprendere a fondo eventuali segnali di disagio familiare"; la presenza di mediatori ed esperti di etnopsichiatria;
- La presenza di molteplici e differenti risorse sul territorio, tra cui si citano quali centri aggregativi per minori e per il sostegno alla genitorialità; la presenza diffusa di associazioni del terzo settore che operano in questo ambito e hanno conoscenze ed esperienze adeguate a gestire il disagio di questi minori; La presenza di centri diurni quali luoghi di aggregazione e socializzazione; la presenza dei CPIA.

³⁴ Si segnala che gli operatori hanno spesso indicato punti di forza relativi ad ambiti differenti; per tale ragione, la somma delle percentuali supera il 100%.

I punti di forza relativi alle capacità di intercettazione del disagio sono riferiti da 3 professionisti che operano in servizi sociali non dedicati ai minori, nei servizi sociali pubblici e nelle scuole secondarie. In relazione alla prevenzione, un operatore dei servizi sociali pubblici segnala quale punto di forza l'informazione (e dunque le campagne) quale strumento per prevenire il disagio e due educatori di nidi/scuole d'infanzia la presenza di percorsi di educazione socioaffettiva nelle scuole. La lotta allo stigma, infine, costituisce un punto di forza per un operatore del terzo settore dedicato ai minori.

5.1.7 Criticità del sistema

Le **criticità** sono indicate da 98 professionisti, dei quali 10 lavorano in ambito sociosanitario, 42 in ambito sociale e 46 in ambito educativo/scolastico.

Ben il 37,8% dei professionisti che hanno risposto a questa domanda identifica criticità relative all'**offerta di servizi**. Sono, in particolare, segnalate le seguenti:

- Un sistema che non asseconda la buona volontà degli operatori;
- L'assenza di mediatori culturali, oppure la difficoltà ad attivare tempestivamente i mediatori;
- Tempi di attesa troppo lunghi e non rispondenti alle necessità dei minori e delle famiglie; le difficoltà e lentezze dei servizi sanitari pubblici locali nel prendere in carico i minori con disagio;
- L'eccessiva burocratizzazione delle pratiche. In particolare, è segnalata come disfunzionale e confusa la collaborazione con i vari uffici amministrativi quali Banche, Poste, uffici anagrafici tenuti all'elaborazione di pratiche amministrative a tutela dei minori che determina un allungamento dei tempi e una generale frustrazione degli operatori;
- la "chiusura" delle realtà scolastiche, nonostante i bandi e i buoni propositi;
- la frammentazione degli interventi: spesso manca una reale continuità tra le fasi di prevenzione, presa in carico e trattamento, con rischi di dispersione e di interventi disorganici, o comunque che si interrompono al compimento della maggiore età;
- Servizi pubblici insufficienti quali-quantitativamente;
- Rette per l'accoglienza dei minori assolutamente inadeguate;
- Difficoltà nel passaggio tra minorenni e maggiorenne (es. giovani in comunità che, a 18 anni, perdono improvvisamente sostegni);
- Servizi che non funzionano per tutta la cittadinanza italiana e straniera creando barriere insormontabili;
- Scarsa sostenibilità a lungo termine del sistema di servizi.

Un'operatrice di una casa rifugio per donne vittime di violenza osserva, inoltre, che "la violenza sulle madri si ripercuote negativamente sui minori che ospitiamo, ma non abbiamo gli strumenti per gestirli anche in quanto ci sono provvedimenti del Tribunale che assegnano ad altri la competenza in merito. Quindi, forse la maggiore criticità è quella di gestire queste situazioni, tanto più quando si tratta di stranieri, con il portato culturale che hanno".

Un secondo ambito in cui sono identificate criticità è quello della rete territoriale (20,4% dei professionisti che hanno risposto alla domanda). Nello specifico, le criticità sono:

- La scarsa integrazione della rete di servizi a livello nazionale, anche causata dalla mancanza ormai cronica di risorse finanziarie e soprattutto umane. Un insegnante delle primarie rileva, inoltre, che il raccordo e la collaborazione sono spesso lasciati al caso, non programmati e un altro insegnante che mancano figure di coordinamento e raccordo tra le varie parti. Infine, un educatore delle scuole di infanzia evidenzia che "la rete, se pur ha proposte belle, è ancora fragile e non ci sono significativi punti di forza: la rete dovrebbe funzionare di più e creare più punti accessibili di informazione e formazione" e un altro educatore segnala la frammentazione degli interventi, derivata dalla mancanza di coordinamento tra servizi sociali, sanitari, scuola e giustizia;

- la scarsa comunicazione tra enti e la difficoltà di relazione con i servizi soprattutto quelli pubblici che hanno poco personale e lunghe liste di attesa;
- la mancanza di conoscenza e di collegamento tra enti e strutture educative;
- La scarsa predisposizione per il lavoro di rete fra le parti;
- La mancanza di formalizzazione delle collaborazioni, che ha l'effetto di subordinare l'efficacia del trattamento alla capacità/sensibilità degli operatori e/o al carico di lavoro che ciascun servizio presenta in un dato momento; l'assenza di protocolli di intesa con le scuole e, più in generale, di protocolli di rete.

Anche il tema della **scarsità delle risorse umane e finanziarie a disposizione** viene identificato quale criticità da un gruppo numeroso di intervistati, pari al 19,4%. In particolare, gli operatori dei servizi pubblici dedicati ai minori fanno riferimento alla scarsa presenza di mediatori culturali e psicologi e psichiatri con approccio etnografico e alle difficoltà che l'assenza di risorse determina soprattutto nei casi di MSNA con vulnerabilità. Gli operatori del terzo settore dedicato ai minori evidenziano i nessi tra la scarsità di risorse e la qualità dell'intervento, in quanto "anche nelle situazioni in cui avviene l'identificazione delle fragilità non si riesce ad intervenire tempestivamente sia per carenza di risorse finanziarie sia per difficoltà a inviare i minori a chi di competenza, in particolare ai servizi pubblici". Infine, un insegnante delle scuole secondarie rappresenta, inoltre, un problema di dispersione delle risorse finanziarie, già scarse.

Un ulteriore 12,2% di intervistati si sofferma su alcune criticità relative al **personale che opera nei servizi**. In alcuni casi, si sottolinea l'assenza di formazione (operatore dei servizi sociosanitari) o la formazione non adeguata. Un operatore del terzo settore segnala l'assenza di piani di formazione gratuita. Altri commenti denunciano: "la scarsa empatia professionale, che caratterizza la maggiore criticità nel rapporto con coloro che versano in condizioni di disagio"; la "poca formazione di alcuni docenti di cattedra, che limitano il loro lavoro di accoglienza a dare schede e programmare l'interrogazione last minute per il voto, senza cogliere il valore del progetto Classe aperta; la mancanza di un "reale interesse ad aiutare e a formarsi" e "l'assenza di strumenti a disposizione degli insegnanti per poter intervenire"; infine, la mancanza di supporto degli insegnanti e il fatto che tutto viene lasciato alla loro sensibilità.

Sulle criticità relative all'**intercettazione del disagio minorile** si esprimono complessivamente 11 operatori (11,2% del totale). Tre operatori socio-sanitari evidenziano una oggettiva difficoltà di far emergere il disagio, dovuta alla scarsa sensibilizzazione sul tema, in particolare rispetto alle specificità del disagio degli stranieri.

Un'educatrice della scuola di infanzia e un insegnante della primaria riconducono le difficoltà di intercettazione del disagio al fatto che "alcuni gruppi etnici stranieri non sono facilmente "raggiungibili" perché chiusi a livello sociale o perché ci sono difficoltà di comunicazione per via della lingua non conosciuta"; in altri casi, sono ricondotte alle difficoltà di coinvolgimento delle famiglie oppure alla complessità dei contesti familiari e sociali. Sono, poi, evidenziate una "scarsa capacità di presa in carico dal contesto territoriale di riferimento, una generalizzata "sottovalutazione del disagio" e, più in generale, le scarse conoscenze di "come il disagio degli stranieri può manifestarsi e questo incide sulla possibilità di identificare i segnali e strutturare azioni di recupero".

Il tema della **prevenzione** e dell'informazione viene affrontato da 4 operatori, che rilevano:

- Scarsità e inadeguatezza degli investimenti su programmi di prevenzione;
- L'assenza di programmi di sensibilizzazione e informazione sull'offerta dei servizi;
- L'approccio emergenziale al problema, in quanto la scarsità di risorse impedisce di fare campagne di prevenzione adeguate;
- La mancanza di informazione che incide sulla possibilità di fare rete;

Le difficoltà di **accesso ai servizi** sono segnalate da 4 operatori. In particolare, un operatore dei servizi sociosanitari evidenzia che non sono chiari i criteri e le modalità di invio e segnalazione. Un operatore dei servizi pubblici dedicati ai minori declina le difficoltà di accesso rispetto "alla presa in

carico sanitaria, che soffre delle disparità presenti sul territorio di Roma legate alle differenze organizzative” mentre un operatore del terzo settore dedicato ai minori le declina “in relazione alla situazione documentale dei minori”.

Sono, infine, segnalate, le seguenti ulteriori criticità:

- “le azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori in condizioni di vulnerabilità presentano diverse criticità, tra cui la mancanza di un sistema di rilevazione dei dati, la difficoltà nella diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva. Esistono poi problemi di solitudine familiare, mancanza di risorse e servizi adeguati, e difficoltà nella coordinazione tra i diversi enti e operatori coinvolti” (operatore dei servizi pubblici dedicati ai minori)
- “Una forte criticità riguarda il tema dell'abitare. I minori che fuoriescono dell'accoglienza faticano nel trovare alloggi disposti ad affittare;
- Lo scoraggiamento degli studenti;
- il clima poco collaborativo e piuttosto ostile che si sta radicando a macchia d'olio;
- l'eterogeneità di nazionalità, motivazione di migrazione.

5.1.8 Indicazioni per migliorare l'offerta dei servizi

Infine, un'ultima sezione del questionario ha chiesto agli intervistati di segnalare commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri. Rispetto agli insegnanti, la domanda verteva più nello specifico sulle azioni che possono essere adottate in ambito scolastico per supportare l'identificazione e superamento di situazioni di fragilità dei minori stranieri. Con riferimento ai professionisti che operano in ambito sociale e sociosanitario, hanno risposto a questa domanda 34 soggetti, pari al 28,3% (sul totale di quanti lavorano in questi ambiti).

Un primo gruppo di 12 raccomandazioni riguarda la necessità di migliorare, qualitativamente e quantitativamente, l'offerta di servizi, complessiva o relativa ad alcuni precisi segmenti. I commenti più articolati sono i seguenti:

- in generale, si dovrebbe migliorare tutto il sistema di servizi rivolti ai minori, per i quali c'è ancora poca sensibilità da parte delle istituzioni al tema del disagio e della violenza, in tutte le sue forme, sui minori;
- Potenziare l'offerta di interventi sperimentali per minori stranieri e famiglie/caregivers nei servizi di prevenzione (centri diurni), accoglienza (famiglia/comunità), formativi (scuola/enti di formazione) e territoriali (luoghi informali);
- è necessario fare di più per tutti i minori seguiti che si avvicinano alla maggiore età e non possono contare sulla loro famiglia, trovare degli sbocchi lavorativi o altro per poter dare loro delle opportunità di futuro;
- aumento degli interventi dei mediatori linguistici;
- realizzazione di luoghi sani di socializzazione, confronto e scambio con adulti, di tipo informale;
- promuovere e migliorare l'affido familiare: vi è un'eccessiva istituzionalizzazione, troppi minori in comunità anziché in affido familiare per carenza di famiglie disponibili;
- potenziare centri di accoglienza/case famiglie;
- Che ci sia una burocrazia più controllata per far sì che la stragrande maggioranza di coloro che si trovano nel territorio italiano possano fruire più agevolmente dei Servizi esistenti;
- Residenza e presa in carico da parte dei municipi dopo la pronta accoglienza.

L'implementazione/costruzione di una rete tra servizi costituisce un'ulteriore pregnante raccomandazione, data da 11 intervistati. Di seguito alcuni commenti più significativi;

- è necessario investire nel migliorare la collaborazione della rete prima di tutto sul fronte delle istituzioni pubbliche (scuole, servizi pubblici nel sociale), considerando poi attentamente il valore aggiunto che le organizzazioni non profit possono apportare (operatore dei servizi socio-sanitari);

- rafforzare la rete integrata (pubblico-privata) per contrastare i fenomeni della povertà educativa, dell'abbandono scolastico e del fallimento formativo, valorizzando le esperienze educative/formative del territorio;
- in generale serve un intervento più deciso sia sul fronte delle sinergie tra servizi - in particolare, tra istituzioni e organizzazioni non profit;
- Rafforzamento lavoro di rete a partire da asili nido e scuole dell'infanzia per rilevazione precoce del disagio.

Il quarto gruppo di commenti insiste sulla necessità di formazione non solo degli operatori, ma anche dei minori e delle famiglie, in una logica di empowerment. Dei 6 commenti che vanno in questa direzione, i più significativi sono i seguenti:

- Formazione, anche in termini di sensibilità verso i problemi reali, come la ricerca di lavoro e l'abitazione;
- Sarebbe opportuno accrescere le competenze e la sensibilità culturale dei servizi rivolti ai minori stranieri, sia in termini di effettiva e piena fruibilità che di capacità di interpretare il disagio dei minori stranieri anche in relazione al background;
- Potenziamento delle competenze degli operatori sociali (assistenti sociali/educatori/psicologi) e della formazione (docenti, formatori, personale scolastico) sui temi della vulnerabilità educativa in ottica inter/multiculturali.

Si affronta, poi, la questione della scarsità delle risorse finanziarie e umane, segnalando la necessità di implementare gli investimenti e dotare tutti i servizi di risorse umane in numero adeguato. Dei 5 commenti effettuati sul tema, se ne segnalano in particolare 3:

- il fondo fami può costituire un bacino di risorse utili a improntare un sistema di prevenzione presa in carico; però, questo sistema deve trovare una sua sostenibilità con fondi e persone appositamente dedicate in maniera strutturale;
- utilizzare fondi europei e delle fondazioni per implementare progetti e servizi con le realtà del terzo settore in co-progettazione coinvolgendo fattivamente i municipi;
- è necessario valorizzare il ruolo del terzo settore, dedicando appropriate risorse a gestire minori stranieri.

I rimanenti commenti riguardano ambiti di intervento differenti, quali la prevenzione, la presa in carico, l'intercettazione del disagio:

- serve un intervento più deciso sul fronte del riconoscimento del disagio minorile - e quindi di come questo si manifesta in culture diverse;
- Ripensare la comunicazione con le comunità straniere presenti sul territorio, al fine di avviare una collaborazione concreta famiglie/scuola, famiglie/servizi, ecc...;
- analizzare il tipo di disagio e inserire gradualmente il minore in un gruppo trainante composto da minori, preparati preventivamente e per gradi all'accoglienza. Gli operatori dovrebbero acquisire la fiducia del minore gradualmente, creando, per quanto possibile, un punto di riferimento che lasci trasparire, oltre che accoglienza, fiducia. Il minore, per qualsiasi necessità, deve avere la certezza che otterrà una risposta;
- Bisogna riflettere su come arrivare direttamente a bambini e ragazzi, capire da loro quali sono le loro necessità e adeguare le modalità di risposta anche al loro linguaggio e al loro modo di vivere, ad esempio sfruttando i social;
- rendere partecipe e solidale la cittadinanza che sta in prossimità delle comunità e il tessuto sociale;
- I minori stranieri devono avere la conoscenza della cultura nostra italiana e della lingua.

Con riferimento agli insegnanti e al personale del comparto educativo e scolastico, hanno risposto a questa domanda 65 soggetti, pari al 58% (sul totale di quanti operano in tale ambito). Come si è anticipato, in questo caso la domanda indagava le opinioni circa le azioni che possono essere

adottate in ambito scolastico per supportare l'identificazione e superamento di situazioni di fragilità dei minori stranieri.

Ben 42 insegnanti, pari al 64,6% del totale, esprimono indicazioni e suggerimenti inerenti all'implementazione dell'offerta dei servizi lungo due linee direttrici. La prima riguarda i servizi che possono essere offerti ai minori stranieri nell'ambito scolastico:

- Percorsi di alfabetizzazione e supporto linguistico per l'inserimento scolastico. Progetti interculturali per valorizzare le diverse culture e favorire l'inclusione. Sportelli di ascolto e tutoraggio tra pari per sostenere il benessere dei minori;
- Sarebbe opportuno un progetto di sportello-ascolto di almeno 1 incontro mensile, nelle scuole, accessibile alle famiglie e con la presenza di professionisti specialisti del settore; in altri casi, è indicato più in generale il supporto psicologico;
- Impegnare i ragazzi in associazione sportive culturali;
- Percorsi di educazione socioaffettiva;
- Accogliere le famiglie anche aiutandole ad utilizzare strumenti digitali e persone in grado di parlare nella lingua d'origine;
- Presa in carico del minore anche dal punto di vista sociale ed economico;
- Laboratori narrativi con la famiglia aperti a tutti, maggiori spazi di dialogo;
- Accoglienza, Piano Didattico Individualizzato, laboratori espressivi, comunicazione continua fra le varie parti, coinvolgimento attivo delle famiglie;
- La frequenza scolastica è un utile parametro del disagio: un alunno che soffre non si alza la mattina per venire a scuola perché preferisce restare "al sicuro" a casa (laddove ci sia una casa). Sicuramente evitare la frustrazione andrebbe ad aggravare la fragilità psicologica. Per cui è utile organizzare un progetto che prevede interventi one to one ma anche gruppi di pratica laboratoriale: lego, ceramica, lettura ad alta voce. Nella mia scuola questo progetto si chiama "Classe aperta" e sarebbe molto utile potervene parlare.

La seconda riguarda i servizi che possono consentire agli educatori/insegnanti di intercettare il disagio e supportare i minori con fragilità.

- La presenza costante di mediatori e altre figure specializzate, come lo psicologo o l'etnopsichiatra, che affianchino il bambino straniero e lo supportino nelle relazioni e nelle attività in generale "con le quali co-progettare interventi mirati e basati sui bisogni delle specifiche fragilità nel contesto scolastici";
- individuazione di referenti che facciano da raccordo tra i consigli di classe e i servizi presenti a scuola e sul territorio;
- Avere servizi che supportano gli istituti che hanno la presenza dei MSNA e dare la precedenza a progetti di inclusione e sostegno anche agli adulti di riferimento quando ci sono;
- avere per ogni scuola con alta percentuale di stranieri un gruppo di insegnanti che seguano questo aspetto in collaborazione con le famiglie e anche tramite l'istituzione di tavoli con più soggetti per ogni zona: i municipi come il I sono troppo grandi;
- Sicuramente un'attenta valutazione della storia familiare e il supporto di validi mediatori che possano far conoscere non solo la situazione pregressa ma anche la cultura di provenienza;
- Realizzare progetti e collaborazioni concrete che durino nel tempo, avendo a disposizione delle figure a cui poter fare riferimento sempre e non sporadicamente: al momento è lasciato tutto al buon senso del singolo;
- Presenza nei servizi scolastici di alcuni servizi territoriali;
- Alleggerire la burocrazia delle istituzioni;
- Alfabetizzazione gratuita;
- A settembre di ogni anno proporre progetti di formazione e di accompagnamento delle situazioni presenti monitorandole e supportandole a livello territoriale nel bacino di appartenenza del Comune di Roma. Creare un supporto anche online per MSNA e condividere a livello di territorio

il learning service all'interno degli istituti con forme di PCTO e supporto di volontari e specialisti il pomeriggio a scuola in modo capillare. Creare materiali online e una linea dedicata col numero verde a cui fare riferimento. Creare un servizio di accoglienza dedicato per questi ragazzi fragili, potenziare progetti di sensibilizzazione e contrasto all'esclusione degli autoctoni;

- Gli insegnanti che si occupano di queste tematiche dovrebbero essere retribuiti ed esonerati in parte da ore di lezione. Non possono fare queste attività nel loro tempo libero e di riposo e quando non sono in servizio. Molto spesso invece, i docenti lo fanno nel pomeriggio e nelle ore buca delle lezioni. La scuola non ha fondi per pagare questi extra.

Ulteriori 13 commenti ribadiscono la necessità di implementare/creare una rete di servizi, in particolare tra scuole e servizi sociali pubblici e privati presenti sul territorio:

- L'integrazione dei servizi sociali, sanitari, educativi e di assistenza ai minori e la creazione di reti di supporto informali e formali che coinvolgono associazioni di volontariato e organizzazioni non governative che possono aiutare a prevenire il disagio e a fornire supporto in situazioni di crisi;
- investimenti nella facilitazione (con personale dedicato) di reti territoriali permanenti anche fra scuole e monitoraggio dell'efficacia degli interventi;
- formalizzare protocolli di accoglienza degli alunni stranieri;
- Contatto con CPIA, Forze dell'ordine e CSM.

Segue un gruppo di 11 commenti, trasversale a tutti i gradi di istruzioni, che raccomanda di investire sulla formazione dei docenti:

- formazione del personale e coinvolgimento delle scuole: dei docenti e dei pari/compagni/coetanei, facendo conoscere la cultura e la situazione politica economica del paese di provenienza agli operatori della scuola e dare strumenti e possibilità di conoscere la vita della gente comune del paese d'accoglienza ai minori;
- Affiancare e supportare il lavoro dei docenti e dei dirigenti scolastici attraverso attività di formazione non di tipo trasmissivo ma di tipo sistemico, anche per far crescere la cultura dell'accoglienza a 360 gradi – accoglienza dell'altro in senso generale e universale;
- formazione continua di docenti e personale educativo supportata da tutor e con esperienze in scuole-polo sulle buone pratiche (mobilità formativa temporanea).

Infine, alcuni commenti vanno nella direzione di insistere sull'apprendimento da parte dei minori della lingua italiana e sullo stanziamento di maggiori fondi alle scuole per consentire un'offerta migliore di servizi.

5.1.9 Considerazioni di sintesi

La survey realizzata evidenzia che il sistema per l'identificazione della vulnerabilità bio-psico-sociale dei minori e per la presa in carico e trattamento dei minori con fragilità presenta diverse aree di criticità su cui occorre riflettere per rafforzare l'offerta territoriale di servizi, sia rispetto al disagio dei minori, sia rispetto all'ambito più specifico dei minori di nazionalità straniera.

In particolare, infatti, sulla base di quanto riferito dai questionari trattati:

- Gli interventi realizzati dal proprio servizio/struttura nell'ambito più generale della vulnerabilità dei minori sono limitati, sia sul versante della prevenzione che della presa in carico e trattamento;
- Altrettanto limitati sono gli interventi che riguardano specificamente i minori stranieri, sia rispetto al ricorso a figure specializzate sul tema, sia a quello della formazione degli operatori e della valutazione del minore sulla base dei fattori specifici di rischio;
- Per quanto attiene alle collaborazioni con i soggetti territoriali che, a vario titolo, si occupano di identificazione e/o presa in carico e trattamento dei minori vulnerabili, esse risultano generalmente scarse, con la parziale eccezione di quelle con i servizi sociali pubblici che si occupano di minori, con le istituzioni scolastiche, le neuropsichiatrie infantili e i TSMREE e le

Autorità giudiziarie; in particolare, limitati sono i raccordi con i servizi e le strutture gestiti dal privato sociale, sia quelli specializzati nell'ambito di minori che generali;

- Anche rispetto all'efficacia dei diversi interventi, i giudizi degli operatori sono tendenzialmente negativi. Nel complesso, per quasi i tre quarti degli intervistati l'offerta presente sul territorio non è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare stranieri in condizione di vulnerabilità.

La survey ha, tuttavia, consentito di evidenziare che le risposte e i giudizi degli operatori sono fortemente influenzati dal contesto professionale entro cui si trovano ad operare. Infatti, i professionisti che operano in ambito socio-sanitario (prevalentemente afferenti ai TSMREE), quelli afferenti al privato sociale dedicato ai minori e quanti lavorano nelle scuole primarie segnalano con una maggiore frequenza la realizzazione di interventi rivolti ai minori e ai minori stranieri, intrattengono collaborazioni (e, tra queste, prevalgono le collaborazioni continuative) con un numero maggiore di servizi e giudicano con maggior frequenza efficaci gli interventi realizzati, pur rimanendo i giudizi sull'efficacia complessiva dell'offerta tendenzialmente negativi. Di converso, gli intervistati che afferiscono alle scuole per l'infanzia segnalano una capacità di intervento decisamente limitata, collaborazioni con i soggetti della rete territoriale molto scarse e giudizi decisamente più negativi sull'efficacia degli interventi.

In definitiva, i risultati indicano la necessità di implementare innanzitutto le azioni di formazione ed empowerment sul tema della vulnerabilità minorile e di quella specifica per i minori stranieri, in modo tale da dotare gli operatori di tutti i servizi – anche di quelli che non lavorano specificamente con minori – di strumenti per l'identificazione precoce del disagio e migliorare la conoscenza dell'offerta territoriale. Si tratta di un presupposto essenziale per la creazione di una rete sinergica di soggetti "protettiva" nei confronti dei minori. Emerge inoltre, a conferma di quanto risulta anche dall'analisi statistica condotta in merito, la necessità di implementare l'offerta di servizi dedicati ai minori stranieri, soprattutto nelle aree territoriali di maggiore concentrazione di tale popolazione, strutturandola in modo tale che siano favoriti i raccordi e le collaborazioni territoriali.

5.2 Il disagio dei minori stranieri quale emerge dalle interviste e dai focus

5.2.1 Introduzione

In questa sezione del capitolo si dà conto dei principali elementi informativi che risultano dalle interviste in profondità realizzate e dai focus condotti coinvolgendo, come si è avuto modo di anticipare, esperti impegnati tanto nel campo dello studio del fenomeno e delle policy di prevenzione e presa in carico di minori fragili, in particolare stranieri, quanto in quello dei servizi e delle strutture operanti sul territorio. Il Rapporto si basa sugli esiti di 14 interviste (4 in più rispetto a quelle previste dal progetto) cui si aggiungono, per avere un quadro conoscitivo più esaustivo, anche gli esiti pertinenti le finalità della WP1 delle 10 interviste condotte nell'ambito della WP2 per l'identificazione degli indicatori dei fattori di rischio di vulnerabilità psicosociale dei MCPT. Il Rapporto dà inoltre conto dei risultati dei focus group (nel numero di 2) realizzati per qualificare in termini più puntuali gli elementi informativi emersi dall'interviste. Nello specifico, i testimoni privilegiati coinvolti sono state figure esperte del campo delle fragilità e bisogni socioassistenziali dei minori stranieri, quali psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, assistenti sociali, esperti istituzionali di Municipi e dei Comuni di tutta l'area metropolitana racchiusa da Roma capitale, operatori del privato sociale. Si chiarisce che l'obiettivo generale dell'indagine di campo condotta attraverso le interviste e i focus è stato duplice: da un lato, valorizzare le risorse, le competenze e le modalità operative efficaci che già caratterizzano alcune delle strutture attive sul territorio; dall'altro, individuare con maggiore precisione le criticità che ostacolano una piena ed equa presa in carico dei minori, al fine di proporre

soluzioni concrete e percorsi di miglioramento e rafforzamento dei servizi, attraverso la messa in rete delle buone pratiche rilevate. Si è inteso attraverso le testimonianze di coloro che operano nei servizi sanitari e sociali e associazioni fare emergere, quindi, elementi conoscitivi in merito alla prevenzione e contrasto di situazioni di disagio psicosociale nei confronti degli MCPT che solo parzialmente una analisi statistica basata su dati quantitativi è in grado di offrire. In questo quadro, la ricerca sul campo si rivela fondamentale per la mappatura dei servizi e per l'individuazione degli attori coinvolti, a vario titolo, nella presa in carico e nella tutela dei minori stranieri.

Per quanto riguarda la struttura metodologica adottata, è stata predisposta una traccia semi strutturata³⁵ per le interviste individuali, articolata in più sezioni tematiche, finalizzate a esplorare diversi aspetti dell'intervento socioeducativo. Le sezioni principali della traccia comprendevano:

- Le attività svolte dall'intervistato/a e la sua collocazione professionale all'interno dell'organizzazione di riferimento,
- I fattori di rischio e di contesto che possono contribuire a determinare o aggravare la condizione di vulnerabilità psicosociale dei minori con profilo di tutela (MCPT),
- L'identificazione dei servizi, dei programmi e delle modalità di intervento attualmente in atto per la prevenzione e la gestione del disagio minorile.

Nel caso dei focus group è stato invece predisposto uno strumento più agile e con domande più aperte, finalizzato a esplorare in maniera libera e discorsiva le principali problematiche rilevate sul territorio in relazione al disagio vissuto dai minori stranieri, con particolare attenzione alle caratteristiche socioculturali della popolazione locale e alle specificità delle tipologie di utenza.

Le interviste ed i focus group sono stati audio registrati, previa esplicita autorizzazione delle persone coinvolte, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

Le interviste individuali si sono svolte in taluni casi on line altre volte in presenza, ove rilevante avere conoscenza del contesto di lavoro dei testimoni coinvolti³⁶. Si evidenzia che l'analisi dei materiali raccolti costituisce una componente centrale del lavoro di indagine di campo finalizzata alla definizione della mappatura delle aree di maggiore concentrazione di fabbisogni, in quanto consente di restituire uno sguardo approfondito e articolato sulle dinamiche operative, sui bisogni emergenti e sulle potenzialità presenti nel territorio, con l'intento di promuovere un miglioramento continuo del sistema locale di tutela e inclusione dei minori in condizioni di vulnerabilità.

5.2.2 Le interviste e focus a testimoni privilegiati

Le interviste e focus effettuati appaiono convalidare nel complesso i risultati emersi dalle fasi precedenti dello studio.

Con riguardo al disagio psico somatico sociale, diverse interviste confermano la diffusione, tra gli MCPT, di comportamenti psicopatologici focalizzati in particolare nell'area della relazione: è difficile confrontarsi con il gruppo dei pari perché ci sono delle aspettative sociali per cui, in certo modo, se non sei *così* come ci si aspetta che tu sia, rischi di essere escluso; anche avere un cognome straniero e quindi diverso può avere un grande peso in questa esclusione dalla relazione con il gruppo dei pari, quale quello che si ritrova ad esempio nell'ambito scolastico. Come afferma una psicologa:

“Io vedo la differenza tra il momento in cui stanno con me in una stanza e il momento in cui camminano per i corridoi, cambia tutto, cioè da che sono ragazzi che si aprono, emotivi, sensibili,

³⁵ Riportata nell'annesso 2E.

³⁶ È il caso in particolare, ma non esclusivo, degli approfondimenti condotti nell'area urbana di Ostia Nord del Municipio X di Roma Capitale e del Comune di Ladispoli, ove alcune interviste sono state condotte nei locali messi a disposizione dalle operatrici del privato sociale coinvolte e nel caso di un focus group, i all'interno di uno spazio dedicato dei servizi sociali del Comune di Ladispoli, e quindi, in una modalità di collaborazione e confronto, in contesti più favorevoli al dialogo.

che mostrano una parte di loro molto autentica, li vedi che camminano per i corridoi e c'è quello che gli urla e allora abbassano la testa, oppure si mostrano un po' più sicuri, un po' più spavaldi".

Sono aspetti che possono determinare anche uno sdoppiamento della personalità, con una faccia mirata all'accettazione da parte del gruppo dei pari ed una, più autentica, rivolta internamente, come emerge dal racconto della stessa psicologa:

"C'è un ragazzo che mi stava facendo vedere i disegni che faceva, a un certo punto mi fa vedere un disegno e mi dice "questo è il disegno più sentimentale" e dico "che vuol dire sentimentale?": era questo disegno dove c'erano due volti, uno che guardava una parte e l'altro dalla parte opposta... e lui mi ha detto "è il più sentimentale perché parla un po' di me, ci sono due volti: una è la maschera che porto di fronte a tutti, di fronte agli altri, l'altro lo vedi... ha una lagrima, quello sono io veramente, quello che c'è sotto la maschera".

D'interesse in proposito la testimonianza di una etno-psicoterapeuta attiva nei centri famiglia e nelle scuole che con riguardo in particolare ai minori stranieri preadolescenti riporta come

"... è questa un'età quella in cui la complessità delle materie scolastiche viene un po' dopo la ricerca di un rispecchiamento, di un confronto, di una socialità che fa riferimento a quello che tu sei, alla costruzione comunque della tua identità... ma quando la tua identità è in qualche modo in conflitto tra un mondo e l'altro:in cui a volte non c'è comunicazione tra il mondo delle origini della famiglia e questo qui, si vivono delle difficoltà che possono generare anche forte disagio. È come se questi ragazzini dovessero lavorare dentro di sé a integrare tanti mondi e tutto questo necessiterebbe di un grande lavoro del contesto rappresentato da tutti gli adulti di riferimento a partire ovviamente dalla famiglia ma anche dagli insegnanti, dagli educatori, di chi lavora con questi ragazzi per facilitarne le relazioni all'interno dei gruppi, ecc...In qualche modo il problema dei ragazzini anche di quelli di seconda generazione è che devono fare un lavoro di integrazione di mondi che spesso non è stato fatto, a monte, dalle generazioni precedenti e quindi si ritrovano proprio un mandato, che è quello di "costruire i ponti"... quando le cose vanno bene! Altrimenti si costruiscono dei muri!"

Un lavoro complesso che può originare in questi minori anche una propensione a ghettizzarsi, a separarsi in modo da rispondere ad una sensazione di non appartenenza che altrimenti risulta devastante. Come sottolinea uno dei giovani ospiti parlando ad un operatore di una struttura di aiuto ai giovani e giovanissimi immigrati:

"...io irrompo in un contesto che non mi vuole, al quale io non assomiglio e con il quale non riesco ad integrarmi e si sviluppa una forma di contrapposizione, e quindi nasce una subcultura deviante all'interno di un contesto in cui la cultura dominante è un'altra".

È la stessa prospettiva che viene messa in evidenza da una psicologa quando riporta, riferendosi ad un minore da lei seguito, che:

"c'è una difficoltà di integrazione sua, che però non si appoggia su un contenimento familiare, perché la famiglia percepisce la stessa cosa... se non fosse che la famiglia non è costretta a stare tutti i giorni a scuola e quindi in un contesto in cui ti viene rimandato che sei diverso e in cui l'integrazione è importante perché senza quella non riesci a fare nemmeno amicizia. Tanto che, ecco, la grande differenza è che, rispetto ai ragazzi italiani, lui ha molti meno legami sociali; quindi, nelle difficoltà emotive che si attraversano non ha nemmeno quel contenimento emotivo che gli amici ti danno, che i pari ti possono dare; quindi, ti parla del fatto che esce con altre persone del Bangladesh, quindi altri ragazzi del Bangladesh, però molti sono più grandi di lui... e cosa fanno? L'altro giorno mi diceva che andava a Termini, ma che ci va a fare da Ostia a Termini a dodici anni? Infatti, poi dice "Termini ti fa schifo" e poi si annoia... però evidentemente è l'unico spazio sociale che ha: quei ragazzi vanno a Termini e pur di non stare da solo, ci va anche lui".

Sono aspetti e situazioni confermati anche da un operatore di una unità di strada:

"A volte noi intercettiamo dei ragazzi di seconda generazione, perché in unità di strada contattiamo i gruppi di minori stranieri non accompagnati e insieme a loro ci sono questi ragazzi di seconda generazione. Perché poi sono ragazzi che hanno magari anche un vuoto in termini di appartenenza e di identificazione: non riescono a stare all'interno di un gruppo di pari italiani e

a volte in qualche modo deragliano nel purgatorio o nell'inferno dei minori o dei maggiorenni che non hanno una famiglia, che sono la parte più marginale della nostra società”.

Questa mancanza di fiducia negli altri produce isolamento sociale e impoverimento della dimensione relazionale, fattori che a loro volta portano molti adolescenti a forme di implosione psicologica e talvolta possono assumere una connotazione quasi depressiva e alimentare forme di autolesionismo. Tutte le interviste condotte riportano fenomeni diffusi di questo tipo. Ad esempio, lo stesso operatore di unità di strada testimonia che:

“Noi abbiamo ragazzi che in qualche modo finiscono per mettere in atto dei comportamenti o delle scelte che potremmo definire quasi di autosabotaggio, perché rientrano in una condizione di impotenza, di alienazione all'interno della nostra società, perché sono ragazzi magari anche fortemente sollecitati dagli stimoli e dalle istanze che dalla nostra società arrivano, in un meccanismo anche di adesione al nostro modello che però per loro diventa e rimane un artefatto, è quasi posticcio, perché di fatto poi non ce la fanno, non riescono. E quindi ragazzi che poi dopo reiterano questa modalità anche di fallimento, queste scelte fallimentari, che veramente a volte assumono una connotazione di autosabotaggio. Quindi ragazzi che abbandonano la scuola, per esempio, altri ragazzi che si orientano verso magari dei comportamenti o delle derive che, dal punto di vista comportamentale, diventano di ribellione, di rottura, di rivendicazione, di autoaffermazione che passa attraverso anche la violenza, in alcuni casi. E quindi abbiamo anche delle situazioni di devianza da parte di questi ragazzi che hanno a che fare appunto con questo movimento di autoaffermazione, ma anche di ribellione. Tutto questo può portare anche ad atti di autolesionismo che passano attraverso ferite inferte sul proprio corpo, ma anche forme di autolesionismo che passano attraverso l'abuso di alcool. E l'abuso di alcool, attenzione, perché lo annovero tra le forme di autolesionismo? Perché a volte i ragazzi ti dicono “bevo o mi faccio le canne perché ho bisogno di spegnere quell'inquietudine, quella rabbia e quel dolore che sento dentro”, altre volte vanno proprio oltre tutto questo e ti dicono “lo faccio perché sento il bisogno, la necessità di punirmi”. E quindi, in molti casi, è proprio quasi esplicito autolesionismo anche l'assunzione di alcool o di sostanze.”

Con riguardo in particolare ai MSNA, un operatore di un centro che si trova confrontato con questi minori riporta come dalle testimonianze raccolte:

“...sembra che adesso i trafficanti diano ai ragazzi tutta una serie di farmaci, di psicofarmaci, per aiutarli a non sentire la stanchezza, a non sentire il dolore, quindi in qualche modo “incentivarli”, anche chimicamente, ad essere più performanti nella traversata chilometrica, in questo viaggio interminabile. Ed è chiaro che poi molti di questi ragazzi arrivano già, come dire, con una familiarità rispetto al consumo di queste sostanze, stanno con una vera e propria dipendenza; oppure per i traumi e il dolore che hanno, utilizzano questi farmaci o le sostanze o l'alcol con una funzione puramente autopunitiva oppure auto-terapeutica.”

Del resto, come ricorda una psichiatra che, con un'esperienza quarantennale nei servizi psichiatrici pubblici, ha avuto ampio modo di occuparsi del disagio minorile:

“La prima causa di morte tra i giovani dai 16 ai 25 anni è il suicidio, sia quello evidente – cioè, quello consapevole, se pure parzialmente – sia quello invece inconsapevole, nel senso che i più giovani, per esempio, maggiormente muoiono per incidenti con motorino, con la moto, ecc. che sono apparentemente eventi casuali, ma in realtà andati a cercare col lanternino. Questo è un segnale fondamentale, perché mediamente una percentuale così alta si riscontra soltanto in quella fascia d'età e questo significa che c'è un malessere generale, una solitudine: questi ragazzi non hanno modo di potersi esprimere, forse anche perché non hanno neanche più le parole per esprimere certi sentimenti, perché il linguaggio si è molto ristretto”.

Un altro esito possibile è costituito, come viene messo in evidenza da un altro testimone attivo in un'unità di supporto ai minori di strada, da comportamenti devianti:

“[questi ragazzi fanno] ...attività illecite come piccoli reati, furti, spaccio, atti di teppismo ecc.. Insomma, dipende molto dai ragazzi. Molto consumo di sostanze, con tutto quello che poi è connesso a questo. Una adesione sempre più pervasiva anche alla vita di strada, alle regole della strada, per cui “io torno a casa – o a volte non torno a casa – ma magari comincio a frequentare

i ragazzi o le ragazze di Termini, per esempio, o i minori maggiorenni già un po' più dentro a queste dinamiche di devianza". È come dire "tu mi hai espulso, la società mi espelle, è refrattaria e quindi io aderisco agli outsider" e da lì riparto con un atteggiamento che è oppositivo, che è aggressivo, che è di ribellione e di rottura rispetto al sistema che mi hai espulso."

In questo ambito rientrano anche comportamenti aggressivi non necessariamente devianti come riporta una responsabile di una importante organizzazione di supporto alle fasce deboli della popolazione romana:

"I comportamenti aggressivi sono uno degli aspetti che emerge tante volte, soprattutto nei primi mesi dell'accoglienza, ma li stiamo vedendo anche all'interno dei centri di seconda accoglienza. La settimana scorsa ero ad un incontro nazionale ed è emerso con forza come questo elemento dell'aggressività sta diventando importante e necessita di una specifica attenzione che bisogna anche un po' tenere viva rispetto a quello che sono i segnali che i ragazzi mandano. Poi sicuramente la violenza è tante volte quella che i ragazzi hanno subito, che in alcuni casi è stata all'interno della famiglia, nei ragazzi e nelle ragazze che hanno viaggiato... le violenze subite durante il viaggio: sono deprivazioni importanti e quindi è chiaro che questo poi diventa il terreno fertile per avere dei comportamenti violenti su cui occorre alzare il livello di attenzione".

La risposta istituzionale a questo disagio così acuto e diffuso è a volte di tipo meramente difensivo, come viene bene evidenziato da una psicologa:

"Mi chiedo se i professionisti di oggi si confrontano veramente con la patologia o a volte vanno più su un livello difensivo... quindi metto il farmaco perché è sfidante incontrare la patologia dell'adolescente, risveglia anche in noi tante paure. Però, anche a livello etico, cosa sta succedendo al professionista? Sì, arrivano tanti casi di preadolescenti, alcuni che assumono anche psicofarmaci. ...Effettivamente ad oggi, vista la difficoltà che ha il pubblico di prendere in carico le persone che si presentano, spesso il farmaco può essere la soluzione più semplice: le psicoterapie al servizio pubblico ormai non si riescono a fare e quindi gli psichiatri sono quelli più sovraccarichi, che prendono più casi, e tendenzialmente ci può essere un ricorrere al farmaco perché non si può fare un altro tipo di intervento, non ci sono gli spazi, le risorse, ecc. sebbene si stiano aprendo anche terapie di gruppo, per cercare di dare almeno una risposta al bacino d'utenza che aumenta sempre di più".

Emerge con tutta evidenza dalle interviste una insufficienza diffusa, pur con qualche importante eccezione, del ruolo che la famiglia può svolgere nella direzione del contenimento tanto degli aspetti devianti quanto anche del disagio psicosociale con cui i minori immigrati si trovano confrontati. Lo riporta con chiarezza un operatore di una struttura di supporto ai MCPT:

"Di solito arriviamo alle famiglie attraverso i minori, nel senso che poi questi ragazzi e queste ragazze ci portano delle problematiche, delle situazioni di difficoltà, delle grandi difficoltà anche nel rapporto con i genitori o difficoltà proprie rispetto alla scuola, piccole e grandi forme anche di fallimento nel quotidiano che non sentono di poter esprimere all'interno della dimensione domestica, perché dicono "che faccio? con mio padre che si spacca la schiena a lavorare nella cucina per 20 ore su 24, con mia madre che sta come sta... che faccio? Vado a portare i miei problemi di adolescente?" e quindi li porta qui da noi. Ed è chiaro che poi lì tu ti rendi conto che, essendo il ragazzo all'interno di un sistema familiare, quel sistema familiare non si può non considerarlo anche in un percorso di risoluzione di quelle fragilità o di gestione di quelle fragilità attraverso un approccio che diventa necessariamente sistemico, e quindi familiare".

Si tratta del resto di una condizione che, sebbene particolarmente accentuata nel caso degli MCPT, sembra appartenere anche a molta parte dell'età adolescenziale, a prescindere dalla nazionalità e dai diversi contesti urbani di riferimento, come ben messo in evidenza da una psicologa impegnata nel supporto volontario ai minori fragili:

"Parlando proprio dei minori in generale, al di là del contesto – che sia Monteverde, sia Ostia o sia in altri luoghi – sembra che i ragazzi di oggi non abbiano quella struttura genitoriale che possa permettergli di sentirsi contenuti e quindi di fare le loro esperienze, di sbagliare, di sentirsi comunque appoggiati; al contrario, sono loro a doversi far carico delle aspettative dei genitori,

perché c'è anche questo: oggi l'adolescente si deve far carico delle aspettative sociali, cioè deve essere in un determinato modo sennò non viene accettato, queste aspettative ti vengono mostrate 24 su 24 attraverso i social, quindi se non sei così non viene accettato dai pari, ma se non sei così non vieni accettato dai genitori. Perché pure questi genitori hanno delle aspettative... sono i genitori stessi delle vittime delle aspettative sociali, per cui "tu, figlio mio, non devi essere come sei, devi essere in un determinato modo così la società ti accetta, io ti accetto". Questi ragazzini, che già non sanno chi sono (perché giustamente a quell'età non si sa chi siamo, c'è l'identità ancora confusa, tante sfide evolutive che uno incontra), non solo non vengono contenuti emotivamente, ma dovrebbero avere un'identità che non è la loro e non soltanto si sentono sbagliati perché quell'identità che gli altri si aspettano non ce l'hanno, ma proprio perché non hanno un'identità che giustamente non è ancora costruita".

Nel caso di un MCPT si aggiunge anche la difficoltà dell'integrazione come la stessa psicologa osserva:

"In generale in questo periodo storico un adolescente, oltre a confrontarsi con i disagi emotivi tipici della sua età come i cambiamenti del corpo e la perdita di punti di riferimento (e quindi il rischio dell'isolamento) deve confrontarsi con un ambiente sociale in cui vi è una forte carenza di spazi dove potersi mettere in gioco e sognare un cambiamento, il che porta molti di loro a non credere possibile un futuro tanto da venire anche un po' ridicolizzati dai loro pari all'idea di voler sperare in un futuro diverso "vabbè, ma ti pare che spero questa cosa, che tu possa aspirare a questo?". A questa condizione generale, nel caso di un adolescente straniero, si unisce anche la difficoltà ad essere riconosciuto come persona integrata nella società che possa quindi fare del proprio futuro quello che vuole: è quindi così che prevalgono gli stereotipi come... se sei una bella ragazza ti devi inserire in quel modo, se sei un ragazzo vai a finire a lavorare in frutteria, ecc..."

All'origine di questo disagio minorile c'è sicuramente anche il confronto con un modello sociale difficilmente raggiungibile che delinea un quadro di bellezza e di successo in ambito scolastico e lavorativo che viene percepito come fuori della portata del MCPT e che si somma alla difficoltà a vedere accettata la propria diversità culturale. Come mette in evidenza la testimonianza di un'altra psicologa, anch'essa impegnata a seguire minori fragili:

"La difficoltà è effettivamente anche di natura culturale perché la famiglia non è integrata nel territorio; quindi, il minore non solo percepisce questa difficoltà proprio dovuta all'adolescenza, la difficoltà di stare in quella fase adolescenziale, ma anche la difficoltà di notare la diversità di cui è portatore rispetto agli altri, perché effettivamente già solo la pelle è di un altro colore. L'altro giorno uno mi ha detto "io sono troppo nero" e allora lì io a chiedergli "che vuol dire troppo nero?". In qualche modo stava comunicando un disagio rispetto alla diversità, lo vedo anche nel rapporto con gli altri, come lo trattano... è difficile anche spiegare che sei del Bangladesh perché gli altri non sanno dove sta questo posto così esotico – "il Bangladesh che è?" oppure "Che lingua parli?"

Si tratta di condizioni di disagio che non colpiscono solo gli adolescenti ma che cominciano ad estendersi ai preadolescenti ed addirittura ai bambini, come conferma la responsabile di un centro di supporto ai minori:

"In questa area i bambini sono poco scolarizzati e questo non riguarda solo gli stranieri ma anche i bambini italiani. Spesso fanno tante assenze a scuola, tendono a parlare un italiano veramente sgrammaticato, scorretto, spesso arrivano in quinta che non conoscono tutte le lettere, sembra assurdo però non sanno leggere, scrivono molto male. Sono proprio poveri dal punto di vista delle abilità cognitive superiori. Lo vediamo anche in palestra rispetto agli schemi motori di base: hanno gravissime lacune, perché sono bambini che non vanno in bici, che non fanno sport, che non fanno neanche giochi di movimento spontanei, quindi, c'è un po' un ritardo in tutti gli apprendimenti e questo si nota tantissimo. Un altro fattore di fragilità è nelle competenze sociali: sono bambini che esprimono il conflitto in modo fisico, in modo aggressivo, non sanno mediare, non credono nella possibilità di trovare soluzioni che non siano di tipo aggressivo/vendicativo e queste dinamiche molto spesso hanno origine nelle famiglie, dove il genitore rinforza tantissimo questi comportamenti".

Nel caso dei MSNA il disagio si manifesta molto spesso in un sentimento di insufficienza rispetto al mandato di aiuto economico che gli è stato affidato dalle famiglie di origine, come evidenzia una operatrice di un progetto di supporto all'autonomia di questi ragazzi una volta maggiorenni:

"Spesso, molto spesso, questi ragazzi avvertono, anche se a volte non è giustificata, una pressione costante e un forte senso del dovere nei confronti delle famiglie d'origine. Questo è quello che li fa stare peggio, sentono di dover fare tanto in poco tempo, di non potere potersi concedere una vita come i coetanei che non hanno affrontato tutto quello che affrontano loro... Questa dinamica con la famiglia del "sono piccolo, sono grande, ti devo aiutare, non ti aiuto mai abbastanza" è certamente un fattore di fragilità e disagio, che in molti casi si somma ai traumi migratori, quindi al viaggio, manifestandosi in molti casi con incubi notturni e/o attacchi di panico. Devo dire che è queste sono le maggiori vulnerabilità che noi riscontriamo".

È un aspetto che viene confermato anche da un operatore di una grande associazione che si occupa di minori, che fa riferimento alla dissociazione che il ragazzo vive tra quanto pensava di trovare in Italia prima di partire per il proprio percorso migratorio e quanto ha effettivamente trovato, che risulta particolarmente pesante perché:

"...si lega, ancora una volta, al non poter deludere e disattendere né la propria famiglia – laddove presente con un forte mandato a guadagnare, a migliorare le condizioni di vita – né se stessi, con un'immagine di sé di fallimento. Quindi questo innesca un circuito in cui il ragazzo, ad un certo punto, cerca di risolvere da solo le situazioni, cerca di risolvere da solo i problemi... in varie modalità: si allontana dalla struttura, scappa e va a Milano o a Torino perché ci sono connazionali che gli dicono "vieni, ti faccio lavorare" oppure perché ha sentito che in quella tal struttura danno il pocket money, anche se per il minore questa prassi non è prevista; altri iniziano ad avere grosse difficoltà nella gestione delle regole, perché non possono andare in moschea di venerdì (magari, banalmente, la struttura è lontana dalla moschea e non ha un pulmino per portarli); alcuni hanno disturbi alimentari, perché spesso le strutture di accoglienza, per risparmiare, si appoggiano a dei catering che fanno pasta a martello tutti i giorni, ma molto di loro non sono abituati ad assumere carboidrati in tutti i pasti..... Tutto questo innesca un forte contrasto con tutte quelle che sono le regole del mondo adulto, del mondo della struttura perché sono regole non comprese, in quanto spesso la stessa struttura fa fatica a spiegarle... nella peggiore delle ipotesi anche solo perché non c'è il mediatore culturale, per cui magari il ragazzo reagisce in maniera violenta (con un comportamento violento anche nei confronti degli operatori) perché non capisce quello che gli viene detto o non riesca a farsi capire. Dopo mesi questi diventa alienante e in un ragazzo di 14/15 anni genera una problematica significativa".

Le interviste hanno anche messo in evidenza importanti differenze su come si esprime il disagio negli MCPT in relazione alla nazionalità. A questo proposito, di particolare chiarezza la testimonianza la responsabile di un centro di supporto ai minori:

"Dal mio piccolo osservatorio, provando a generalizzare, rilevo differenze di comportamento del minore a seconda del paese di provenienza. Se parliamo, ad esempio, di Bangladesh, il disagio viene molto internalizzato, quindi sono bambini e ragazzi molto educati, molto aderenti alle regole, che si impegnano molto a scuola, che fanno di tutto per diminuire il gap linguistico e culturale, anche la famiglia ci tiene tantissimo al fatto che i ragazzi possano essere seguiti nei compiti; quindi il disagio lì si manifesta sotto forma di tristezza, ci accorgiamo che magari quel bambino, quel ragazzo è triste, è ritirato, è introverso, esprime poche emozioni positive. Nel caso dei minori di famiglie egiziane le femmine tendono a internalizzare il disagio mentre i maschi, soprattutto piccoli, lo esternalizzano sotto forma di scarsa adesione alle regole sociali, alle regole del nostro gruppo, anche se quando a dare la regola è l'educatore maschio allora sono aderenti, mentre ciò non avviene se l'educatrice è femmina. Dallo scoppio della guerra abbiamo un consistente di minori provenienti dall'Ucraina, paese dove -per quello ho percepito- prevale sicuramente una cultura tradizionalista, anche lì molto incentrata sulla scuola, sull'idea che i ragazzi debbano studiare per avere un futuro migliore. Però sicuramente vedo anche, in alcune situazioni, l'effetto proprio traumatico della guerra; quindi abbiamo ragazzini che sono in Italia da tre anni ma che ancora non parlano la lingua e sono assolutamente disadattati, a scuola e da

noi. Lì alle problematiche che magari possono avere minori dell'Egitto o del Bangladesh si aggiunge proprio l'effetto del trauma: sono ragazzi che hanno proprio questo sguardo spesso assente, spesso hanno anche i classici sintomi da disturbo post-traumatico da stress: sentono un aereo e si agitano, sentono rumori forti e si agitano, spesso sono assorti nei loro pensieri perché magari sono scappati dal loro paese in modo improvviso. Su questa specifica fascia di minori vediamo tanto l'effetto della guerra. Riguardo i minori cinesi, un aspetto che colpisce è quello del totale disimpegno da parte dei genitori: è difficilissimo anche chiamarli per firmare i documenti, dopodiché è impossibile parlare con loro prima di tutto perché non parlano italiano e non si mostrano collaborativi, usando ad esempio i traduttori automatici del telefonino, e poi perché sono così concentrati sul lavoro che non è possibile assolutamente avere dei colloqui di confronto... e anche i bambini e i ragazzi sono spesso molto concentrati sulla performance e poco inclini alla condivisione emotiva.”

Sempre con riguardo a minori stranieri provenienti da realtà nazionali o etniche che possono trovarsi esposti più a rischio di vulnerabilità, la dottoressa di un servizio del privato sociale di cura alle famiglie in condizioni di indigenza molto attivo nel quartiere di Tor Bella Monaca, evidenzia come le differenze culturali possono incidere:

“allora, noi abbiamo sempre tanti, proprio tanti, nuclei familiari nigeriani, rumeni, albanesi... diciamo che sono tutte culture diverse e bisogna anche capire che quello che può essere considerato da noi una noncuranza, in realtà per loro è quasi normale; quindi: bisogna capire bene, effettivamente, quali sono le culture perché, banalmente, chi viene ad esempio dall'Africa è abituato all'idea che il bambino sia “comunitario”, nel senso che ci venga gestito da tutti [coloro che fanno parte della comunità] e volte, quindi, non si prendono carico i genitori direttamente di un piccolo o grande problema del figlio, perché per loro è come dire “ci deve pensare la comunità”. Si può dire che, forse, i nigeriani sono più a rischio di noncuranza; poi l'altra fetta più grande sono i bambini rom... e lì si entra proprio in un'altra dimensione, perché già semplicemente i parametri igienico sanitari completamente diversi dai nostri sono un fattore di rischio, un po' perché sono obbligati a vivere in campi rom, un po' perché è il loro stile di vita.”

Un altro intervistato, anche lui responsabile di una struttura di supporto ai MCPT, con riguardo ai minori filippini, rileva come sia molto difficile valutarne l'effettivo disagio in quanto in generale il comportamento prevalente delle loro famiglie è quello di:

“...una comunità che non chiede, non chiede niente... c'è un livello di diffidenza, di avvistamento su sé stessa, che è peggio di quello della comunità cinese, per cui magari anche se sono regolari tendenzialmente non chiedono e non entrano in contatto con i servizi, con nessuna forma di welfare”.

Lo stesso intervistato, rispetto alle differenze per paese d'origine dei disagi che un MCPT può più comunemente esprimere, rileva come spesso si sottovalutano situazioni meno conosciute, ma non per questo meno gravi in termini effetti che possono avere sullo stato psicosociale del minore:

“Quando noi pensiamo alle comunità migranti, quelle che più emergono alla ribalta della cronaca, pensiamo agli ucraini, pensiamo agli arabofoni, ai pakistani con i casi di cronaca di matrimoni forzati. Ci sono però delle popolazioni che sono al di sopra della nostra soglia d'attenzione e delle popolazioni che sono sempre al di sotto della nostra soglia d'attenzione, perché è come se non spiccassero mai. E quello è il grande problema. Io credo che si debba invece mettere in luce la fragilità e svegliare anche un po' le istituzioni sensibilizzandole rispetto ai casi di disagio psicosociale più sommersi, quelli che quasi sono degli ultrasuoni che tu non percepisci perché non hanno clamore. A noi, per esempio, stanno capitando molti ragazzi e ragazze sudamericani: adesso stiamo seguendo una ragazza borderline sudamericana, una ragazza con una diagnosi, arrivata sei mesi fa, ricongiunta alla madre, scappata da un padre violento che è rimasto in Perù... e questa ragazza con un disturbo borderline diagnosticato, adesso è scoperta dal punto di vista farmacologico. E la mamma è molto preoccupata perché lei ha ricominciato con l'autolesionismo, con le condotte a rischio tipiche dei borderline e quant'altro. Questo è un caso, ma te ne potrei citare moltissimi altri di ragazzi e ragazze che hanno alle spalle esperienze di violenza subita, assistita, violenza sessuale, spesso di natura intrafamiliare o ragazzi e ragazze

che già nel loro paese facevano vita di strada e che magari vengono inviati qui dai nonni o da uno dei due genitori – quindi: famiglie smembrate, famiglie frammentate – e si portano dietro gli effetti a lungo termine di queste storie di abbandono o di violenza intrafamiliare. Arrivano in Italia un po' come l'ultima spiaggia; quindi, magari le nonne a cui erano state affidate, che non ce la fanno più a gestirle, dicono “sai che c'è, vattene in Italia e giocati le tue ultime scelte, qui sei ingestibile”. Quindi questi ragazzi, espulsi dal loro contesto, arrivano in Italia ricongiungendosi a dei genitori e delle madri che non riconoscono più perché li avevano lasciati molto tempo prima e lì è una bomba: è una miscela esplosiva! Questo aspetto spessissimo è sottovalutato.”

Una neuropsichiatra responsabile di un TSMREE dell'ASL RM2 mette in evidenza come tra i minori stranieri vi siano diverse modalità, legata anche alla nazionalità, di manifestare il proprio disagio:

“Sicuramente c'è una fetta importante che sono disturbi del comportamento dirompenti, quindi tutti i comportamenti esternalizzanti e molto spesso anche qui ci sono problemi di autoregolazione e molti fanno uso precoce di sostanze, di cannabis in particolare, perché finiscono in circuiti di connazionali, di pari... Però poi c'è tutta una grossa fetta che alle scuole non dà fastidio, ma che per me sono quelli più da attenzionare, che invece hanno tutta una serie di comportamenti internalizzanti, quindi: ansia, umore deflesso, problematiche di relazione genitori-figli e quindi magari sono ragazzi che funzionano benissimo all'interno della scuola, e poi dentro casa si trasformano da un punto di vista comportamentale proprio per un problema di integrazione tra quella che è la cultura in cui sono immersi a casa e la cultura dei pari a scuola... soprattutto nelle ragazze: a me è capitato in alcune ragazze, sia del Bangladesh che in generale di religione islamica, ma anche con cinesi, ecc. questa è una cosa un po' trasversale in tutte le culture. Queste sono dinamiche di difficoltà di integrazione tra le radici e la cultura dei genitori e la cultura invece in cui i ragazzi sono immersi. Parlo delle ragazze in particolare, perché in alcune si pone proprio il problema dell'abbigliamento, del trucco, di quello che è possibile fare e non fare, ecc. Questi due aspetti sono sicuramente le fragilità maggiori. Nel caso del Bangladesh, anche quando li vediamo piccolini facciamo tanta fatica, molto spesso, a far capire ai genitori che c'è un problema: quando ci arrivano, per esempio, con l'autismo: ovviamente esiste anche nei bambini in Bangladesh, però è come se le famiglie facessero fatica a riconoscerlo. Poi c'è una difficoltà d'accesso a tutti i servizi che vanno a favore dei minori; quindi: attivazione della 104, iscrizione ai centri convenzionati quando c'è da fare terapia riabilitativa... Nel caso dei magrebini la vulnerabilità appare più esternalizzata e, per quel problema di confronto con connazionali, c'è anche un po' la tendenza all'uso di sostanze e alla delinquenza... però poi ci sono anche quelli che fanno un uso di sostanze e si adeguano a questo stile un po' più antisociale solo per una questione identitaria; quindi sono ragazzini che di base sarebbero molto fragili, molto ansiosi se poi li andiamo a ripulire da tutto. Proprio ora, recentemente, ne ho visto uno così: lui ha fatto un viaggio migratorio abbastanza impegnativo, quindi c'è stata tutta la componente del viaggio in mare, delle morti a cui ha assistito, purtroppo, quindi tutta la componente da stress post traumatico... poi ha avuto un utilizzo di sostanze importante, anche a scopo direi di tranquillizzarsi, ma in un contesto sociale a lui familiare, a differenza di quello italiano, e pertanto si è aggregato al gruppo di tutti questi ragazzi della sua stessa nazionalità che facevano uso di sostanze. Quindi c'è anche questa componente: da un lato proprio l'irrequietezza, la parte esternalizzate... dall'altro dobbiamo stare attenti anche a capire bene da dove partiamo – è il discorso che facevo prima – quindi un'attenta anamnesi, un capire bene il ragazzo, perché dietro questi comportamenti esternalizzanti e antisociali potrebbero esserci realtà un'ansia molto forte... alla fine questo ragazzo aveva uno stress post traumatico non trattato.”

Le differenze di fragilità che interessano gli MCPT non si limitano al solo paese d'origine, ma – come già accennato nella precedente testimonianza- si esprimono anche in termini di *genere*, pure nell'ambito della stessa cultura, come una operatrice di una struttura di supporto ai minori rileva:

“Spesso, nelle ragazze, c'è molto il discorso proprio del trovare un compromesso tra le prescrizioni culturali e religiose del paese d'origine e il desiderio di adattarsi invece ad una cultura più occidentale; quindi, tipicamente il velo è veramente l'oggetto, il simbolo di questa difficoltà a trovare un compromesso... quindi magari hanno il velo, però vanno in bagno a farsi le foto senza velo, c'è questa fantasia di togliere il velo prima o poi, ma la paura di non essere accettate dalla

famiglia. Vale molto il discorso del genere: diciamo che il disagio, per come lo vedo io, è molto più evidente nelle ragazze straniere piuttosto che nei ragazzi; c'è molto questa differenza: i ragazzi sono anche più giustificati, ma anche sollecitati, ad adattarsi ad occidentalizzarsi... le ragazze no, sono molto più religiose, molto più rispettose di alcune prescrizioni culturali rispetto ai ragazzi."

Questa differenza si rileva anche con riguardo ai percorsi scolastici come evidenza la stessa operatrice:

"È frequente il caso di MCPT che non si adattano alla scuola superiore e ad un certo punto incorrono nell'evasione scolastica per motivi x e quindi iniziano a lavorare, ma talvolta anche a delinquere e quindi ad avere comportamenti precocemente adultizzati, perché magari a 15 /17 anni lavorano nell'autolavaggio e poi magari la sera vanno a bere... quindi comportamenti comunque precoci, Questo accade, però, nei maschi: una ragazza, ad esempio egiziana o bengalina, difficilmente lascia la scuola, di solito ci tiene tantissimo alla scuola, ad andare bene scuola... c'è sempre di più il progetto dell'università rispetto a dieci anni fa che invece già il diploma era un miraggio. Rispetto alle ragazze di questo ambito culturale appare cominciare a prevalere questo tipo di compromesso: se il genitore è rassicurato dal fatto che la propria figlia si sposerà e sposerà l'uomo scelto dai genitori o che comunque è della loro comunità, allora può anche studiare; se invece la ragazza è trasgressiva o conflittuale – cosa che accade in casi rarissimi – allora tutto viene messo in discussione. Però vedo che, quando la famiglia è tranquilla sul futuro matrimonio, allora anche scelte "innovative", come una ragazza che vuole fare il medico, viene accettata... anche con orgoglio. Quindi sembrerebbe che la devianza che vale per i maschi è molto meno presente nelle femmine."

Una differenza a seconda del genere nella tipologia di disturbi con cui si manifesta la fragilità dei minori stranieri che viene confermata anche da una psicologa che opera nell'ambito di una modalità di supporto terapeutico a cui ricorrono frequentemente le ASL del territorio metropolitano per seguire minori di diverse età particolarmente problematici³⁷ :

"Devo dire che le problematiche con cui ci troviamo confrontati sono spesso diverse a seconda del genere: per i ragazzi molto spesso sono quelle della chiusura, (Internet, videogiochi ecc..), per le ragazze invece sono più di carattere relazionale o di rapporti con la scuola o con il proprio corpo o con la propria immagine. Sono due tipi di problematiche diverse, però non saprei dire da quale parte il disagio sia maggiore. Nelle ragazze è certamente un po' più esternalizzato, il che rende più facile la loro disponibilità a seguire il percorso terapeutico che viene proposto. Nel caso dei ragazzi il disagio è più internalizzato, forse anche per un aspetto culturale, ed in genere manifestano maggiori difficoltà ad aprirsi e ad accettare un rapporto con un terapeuta."

Se ci si focalizza invece sui MSNA, occorre dire che essi sono, tra i MCPT presenti nell'area metropolitana, i soggetti maggiormente a rischio di molti tipi di vulnerabilità, a partire da quello che si definisce stress post-traumatico, con tutte le varianti che porta con sé. È un aspetto che emerge con chiarezza dal focus realizzato con funzionari dell'Unicef:

³⁷ Il riferimento è alla modalità d'intervento conosciuta con la denominazione di *Compagno Adulto*, che è sempre più riconosciuta e apprezzata nei servizi assistenziali, in particolare nel contesto romano. La cooperativa Rifornimento in Volo, che ha coniato il termine e ne detiene il copyright, è attiva dal 1999 nel fornire interventi clinici nell'ambito dell'Area Intermedia, con metodologie di tipo psicodinamico, e ogni gruppo è coordinato da due professionisti esperti. Un elemento cruciale per la buona riuscita della presa in carico dell'adolescente, nonché per l'efficacia del dispositivo del *Compagno Adulto*, è la capacità di integrare il lavoro di coordinamento e re-significazione della relazione d'aiuto, svolto all'interno del gruppo, con un lavoro di rete più ampio. Ogni operatore è inserito in specifici gruppi di lavoro, ciascuno caratterizzato da un assetto clinico. Il fulcro dell'esperienza del *Compagno Adulto* è la possibilità di concentrarsi sul proprio assetto interiore, attivando una funzione pensante che permetta di entrare in sintonia con la vulnerabilità specifica espressa dall'adolescente in quel particolare momento della sua vita e del suo sviluppo. È fondamentale condividere con lui esperienze concrete. La dimensione del "fare con" si trasforma in un'azione significativa e strutturante quando è collocata in un ambiente mentale adulto, capace di adattarsi all'adolescente e di coinvolgerlo in attività che creano uno spazio transizionale, supportando le sue capacità di riflessione su di sé.

“Noi, in genere, il frame che usiamo quando parliamo dei minori non accompagnati è che passano una tripla transizione e quindi: una dal paese di origine al paese di arrivo, con tutto quello che si comprende nel passaggio fra culture diverse e distanti; poi il passaggio tipico dell'adolescenza, quindi dall'infanzia all'età adulta, che ovviamente li accomuna in qualche modo ai loro pari italiani; e poi tutta la transizione da questioni di violenza e di trauma a una transizione che li possa portare a vivere in un contesto protettivo e positivo, dove possano crescere con serenità. Quindi diciamo che loro attraversano in un momento solo tre passaggi e quindi questo li espone a una serie di questioni, di vulnerabilità importanti che ovviamente vanno sostenute rispetto al sistema italiano che li protegge e che li accoglie...A livello “più di esterno”, quindi di indicatori rispetto al comportamento, sono ovviamente variegati. Diciamo che rientrano più o meno nella grande sintomatologia del trauma dello stress post-traumatico e quindi abbiamo un po' di tutto: isolamento sociale, ansia piuttosto che aggressività, piuttosto che, al contrario, estrema chiusura, sbalzi di umore, irritabilità, flashback. Qua rientro nella casistica che conosciamo un po' tutti. Ovviamente tanto fa la differenza anche il contesto di accoglienza, che può andare a esacerbare questi comportamenti piuttosto che invece cercare di portarli a galla e lavorarli in un setting specializzato. E qua chiamo in causa ovviamente il sistema di accoglienza, ma anche il sistema dei servizi che circonda il sistema di accoglienza, che deve essere preparato ad accogliere questo genere di vulnerabilità. Queste ovviamente si vanno a intersecare con altre tipologie di fragilità e di vulnerabilità che poi vanno a influire rispetto al comportamento dei ragazzi e delle ragazze; quindi noi tendiamo a usare sempre l'intersezionalità quando parliamo di vulnerabilità, perché non c'è solo quella che comprende già il fatto di essere minore non accompagnato, ad esempio, ma poi si va a intersecare con questioni come la disabilità, come il genere, le questioni legate alla tratta, allo sfruttamento sessuale, quello lavorativo e così via. È necessario immaginare i minori non accompagnati non come un blocco vulnerabile di per sé, ma andarlo un po' a scandagliare e avere sempre un approccio che guarda le vulnerabilità come trasversali.”

Purtroppo - ed anche questo è un aspetto confermato dal focus effettuato con i funzionari dell'UNICEF - non sempre il sistema dei servizi è in grado di far fronte a queste situazioni e non è infrequente il ricorso alla scorciatoia di una medicalizzazione del problema attraverso il ricorso ai farmaci, quando probabilmente sarebbe sufficiente un approccio transculturale capace di collocare il disagio e la vulnerabilità:

“...sempre più...si stanno andando ad espandere le competenze dei clinici, quindi del personale più specializzato su salute mentale rispetto a competenze transculturali, quindi capaci di saper leggere le questioni del disagio delle persone di origine straniera anche con lenti più integrate con l'antropologia, piuttosto che con lenti che possano permettere di non avere solamente i concetti della biomedicina occidentale nella lettura dei sintomi e dei segni di disagio di queste persone, che spesso portano poi a diagnosi troppo affrettate o a una eccessiva medicalizzazione di questioni che invece si possono affrontare con altri strumenti... nei nostri interventi purtroppo siamo a conoscenza anche della grande facilità con la quale si somministrano farmaci, anche a minori stranieri non accompagnati. Quindi diciamo che la difficoltà di leggere il malessere anche con chiavi culturali diventa poi una barriera che porta a trovare delle soluzioni più rapide, che comprendono anche un utilizzo di farmaci che probabilmente con la stessa popolazione italiana non sarebbero dati con la stessa facilità... sia perché si hanno più competenze, sia perché c'è poi un sistema di supporto attorno al minore che lo difende e permette un intervento un po' più ampio.”

L'indagine di campo ha messo anche in luce come carenze di fatto esistenti nel sistema di accoglienza dei MSNA possono acutizzare e produrre fattori di rischio, soprattutto per quei minori, la larga maggioranza, che arrivano in Italia con un progetto migratorio ben definito ma, per il trauma subito o per l'impatto riscontrato una volta arrivati, tendono a subire una sorte di ri-traumatizzazione anche sul piano psicologico e psicosociale. Afferma al riguardo un operatore di importante organizzazione transnazionale impegnata nel supporto dei minori:

“In qualche modo il nostro sistema nazionale è pensato per la gestione “numerica” delle persone che arrivano ed è focalizzata sui temi dell’accoglienza (un tetto, il cibo), ma non è sufficiente, soprattutto se parliamo di minori (accompagnati o non accompagnati) reduci da percorsi migratori difficili, perché nel momento in cui un minore viene inserito in un Centro di accoglienza di primo livello e rischia di essere parcheggiato lì per mesi³⁸, questo potenzialmente genera delle problematiche di cui poi il minore si fa portatore negli anni successivi. In alcuni casi si possono innescare anche percorsi devianti: assunzione di psicofarmaci, uso di droghe, ecc. perché si innescano tutta una serie di elementi legati ad una percezione di fallimento legati a incapacità di riuscire a realizzare il proprio progetto in un sistema che non ti riconosce, perché magari ci vogliono mesi se non anni per ricevere un documento che ti permetta di stare sul territorio in una maniera regolare! Tutto questo innesca delle problematiche importanti sia sul pianosia di relazione con l’altro e quindi con sé stessi. Non voglio dire che tutto questo viene esclusivamente generato dal sistema di accoglienza – ci mancherebbe! – ma è evidente che un sistema di accoglienza strutturato in questo modo può innescare anche questo tipo di problematiche... o comunque non le mitiga! Il problema è che, se il minore resta all’interno di un Centro di accoglienza di I livello fino ad un anno, significa che l’ente gestore è costretto ad erogare servizi di lungo periodo, che non sarebbe tenuto ad erogare perché è pagato soltanto per fare la prima accoglienza, cioè, deve tentare di dare seguito ad una serie di problematiche e bisogni che il minore inizia a manifestare a seguito dei 45 giorni trascorsi lì.”

Sottolinea lo stesso operatore come l’accoglienza dei MSNA nelle condizioni sopra descritte finisca col generare ulteriori problematiche:

“...stare mesi in una stessa struttura, con altri ragazzi come te, che magari vengono da altri paesi, hanno altre abitudini socioculturali, relazionali e religiose alla lunga innesca una difficoltà nel relazionarsi con il mondo esterno, che magari è un mondo in cui non riesci a parlare perché non ti hanno insegnato l’italiano. Sono ragazzi che quasi mai, raramente, vanno a scuola: la scuola intesa come ambiente in cui ragazzi della stessa età, pari, creano delle relazioni. Loro fanno tutto nella struttura: se fanno italiano, lo fanno nella struttura, altrimenti li mandano nei centri per gli adulti dove le classi vengono fatte a partire dal livello di competenze di italiano e dunque in classe con loro si trovano adulti, non è un “ambiente classe” creato con coetanei, con pari, che di per sé è luogo educativo. Questi elementi si combinano con quello che si diceva in precedenza sul progetto migratorio, sul fallimento, sulla pressione familiare, ecc. e danno origine a comportamenti disparati: dal ragazzo che alla mattina viene prelevato fuori dalla struttura da un manovale che lo porta a lavorare e lo riporta lì al pomeriggio, all’utilizzo di sostanze, a microcriminalità, a comportamenti “violenti” o comunque segnati da difficoltà di gestione della rabbia nei confronti del personale della struttura. Questo fa sì che spesso il tempo che i ragazzi trascorrono “fuori” è un tempo trascorso sulla strada e, nel medio lungo periodo, i ragazzi che sono su strada diventano di strada: questo cambio tra “su” e “di” è davvero cruciale, perché diventa davvero il paradigma del fenomeno. Se da un lato di troviamo a dover gestire, inizialmente, una permanenza su strada... nel medio-lungo periodo la questione diventa la gestione di ragazzi di strada, che rispondono alle regole del contesto di strada, totalmente fuori dal sistema formale di protezione, con tutto ciò che questo comporta.”

³⁸ Le normative vigenti stabiliscono che dopo la nomina del tutore, che deve avvenire entro le 48 ore, il minore dovrebbe attraversare due fasi di accoglienza: la prima, quella temporanea, ovvero 45 giorni all’interno di un Centro di accoglienza di I livello che dovrebbe sostanzialmente espletare le primissime funzioni di informazione sui diritti, valutazione delle vulnerabilità, segnalazione delle vulnerabilità ai servizi competenti per territorio, verifica di presenza di familiari in Italia o in altri paesi europei per avviare eventuali procedure di ricongiungimento familiare e avviare il primo iter per l’ottenimento del permesso di soggiorno e del documento per il minore; in questo percorso, trascorsi 45 giorni, il minore dovrebbe poi essere trasferito nel cosiddetto circuito SAI – Sistema Accoglienza e Inclusione- all’interno del quale il minore rimane fino al compimento del 18esimo anni di età, potendo poi prolungare il suo percorso attraverso l’istituto del prosieguo amministrativo. Questo è l’iter sulla carta: nella realtà, non è così lineare perché il tutore non viene quasi mai nominato nelle prime 48h (rimane un tutore temporaneo, il rappresentante legale della struttura di accoglienza) e la permanenza media va dai 3 mesi a oltre 1 anno.

Per i MSNA uno dei momenti più critici è quello della conclusione del progetto di accoglienza per raggiunta maggiore età: è una fase che spesso comporta l'emersione, fino ad allora contenuta da un contesto comunque relativamente protettivo, di traumi vissuti, come quello della separazione dalla famiglia e dal proprio contesto culturale e quello, spesso ancora più violento, rappresentato dai vissuti nel viaggio migratorio. Come afferma una operatrice di una associazione molto attiva nel campo della prevenzione e contrasto all'emarginazione e disagio giovanile:

“Per i ragazzi che stanno uscendo dal percorso quando mancano 4-5 mesi per fare 18 anni inizia proprio un pensiero di grande preoccupazione ed incertezza che incide profondamente nel loro modo di vedere il futuro, nella loro tranquillità che fino a quel momento hanno vissuto. Non è solo paura di perdere sicurezze materiali, ma anche affettive, perché con gli operatori delle case famiglie questi minori hanno spesso un rapporto di fiducia, si sentono sostenuti e contenuti. Però quando sta arrivando la maggiore età, la loro incertezza sul futuro si fa pressante: dove andranno a vivere, chi li potrà aiutare con i documenti, chi li può aiutare per andare a aprire un conto corrente - che per loro è fondamentale iniziare a lavorare. Chi li può accompagnare dal dottore? È importante tutto questo, tutta questa incertezza del futuro: cosa viene dopo la casa-famiglia? È assolutamente necessario prevedere un periodo di accompagnamento per l'uscita dal progetto e/o fino a chi crescono, che diventano autonomi, perché a 18 anni non è che dal giorno prima non sono autonomi e il giorno dopo devono improvvisamente essere autonomi.”

L'offerta di servizi di supporto ed accompagnamento dei minori fragili, tanto italiani quanto stranieri, che escono da percorsi protetti neomaggiorenni sono molto limitati rispetto a quelli che sono i bisogni. Continua l'operatrice:

“È la problematica più significativa in questo momento, perché a Roma stanno chiudendo tanti centri per adulti e ne consegue che i ragazzi vorrebbero continuare un percorso di formazione e di inserimento lavorativo, ma il contesto con cui si confrontano appena neomaggiorenni non glielo consente. Loro dicono, io vorrei continuare a fare un tirocinio a 400 euro, ma non me lo posso permettere perché devo guadagnare di più, perché devo pagare casa. Sempre che riescano poi a trovare un affitto, però nessuno vuole affittare casa a loro. Questa è la problematica più grande. È per questo che non di rado arrivano allo spaccio, perché veramente c'è tanto di questo.... Non consumano magari, sono ragazzi che consumano poco, però risolvono con lo spaccio. Ciò comporta evidenti problematiche di disagio, anche a livello cognitivo, e comporterebbe un sostegno di tipo psicologico.”

Va comunque detto che il Dipartimento servizi sociali del Comune di Roma ha piena consapevolezza delle difficoltà che incontrano i minori fragili nel passaggio da una condizione di assistenza a quella di assenza di servizi di riferimento una volta neomaggiorenni. Ciò appare testimoniato anche da alcuni passaggi dell'indagine di campo realizzata nell'ambito di un progetto FAMI, concluso a fine 2022 e focalizzato sulle problematiche dei minori stranieri abusati o a rischio di abuso nell'area Metropolitana di Roma Capitale³⁹: il riferimento è in particolare a quanto allora riportato da una responsabile del Dipartimento che, proprio a partire dalla difficoltà del passaggio dei MSNA alla maggiore età, osservava:

“Il problema del MSNA è sicuramente la maggiore età: diventare maggiorenni senza alcun riferimento adulto su cui fare affidamento, trovarsi soli ad un certo punto a 18 anni ed 1 minuto, non avere la possibilità di avere questo riferimento adulto io lo trovo devastante: i nostri figli a 18 anni sono senza arte né parte tanto quanto loro, ma hanno la fortuna di avere una famiglia che li sostiene finché non sono veramente autonomi, mentre i MISNA molte volte finiscono per strada. Dare la possibilità di avere una famiglia... e una residenza che gli consenta di essere

³⁹ Progetto Mi.Fa.Bene. - Minori Famiglia Benessere finanziato dal FAMI 2014- 2020: Mappatura funzionale sullo stato di realizzazione, il funzionamento, le procedure e le problematiche delle strutture impegnate nella prevenzione e presa in carico dei minori stranieri vittime o potenziali vittime di violenza e delle loro famiglie, così come prevista nella WP 1 - Analisi statistica dei casi di violenza su minori stranieri e mappatura dei servizi/strumenti e Task 1.6 - Analisi congiunta dei risultati dei task precedenti come input per la definizione dei fabbisogni e dei contenuti del WP dedicato alla formazione.

riconosciuti come cittadini e aventi diritto a tutti i servizi possibili, senza discriminare perché li si immagina di passaggio, quando in realtà non lo sono quasi mai e anzi restano nel nostro paese, anche se soli, a volte senza documenti. Dopo la maggiore età, a meno che non abbiano un proseguo amministrativo, hanno ancora un anno di PDS per attesa occupazione, ma poi non sappiamo cosa succede... se non trovano un lavoro in regola, cosa molto difficile, diventano clandestini e allora si spreca tutto quello che è stato fatto e uno li perde definitivamente dopo tutto lo sforzo fatto. Secondo me va proprio costruito tutto un tessuto sociale intorno a loro che li sostenga, quello che facciamo ora non è proprio sufficiente per niente, è solo la punta dell'iceberg mentre va costruito tutto quello di cui hanno bisogno per restare qui e diventare realmente grandi ed indipendenti. Poi Roma è una città terribile da questo punto di vista, non aiuta per niente perché gli affitti sono molto costosi, le case popolari neanche le consideriamo, c'è una competizione elevatissima sui posti di lavoro anche più umili: non ci sono le condizioni per aiutarli davvero. Nella migliore delle ipotesi questi ragazzi finiscono ospiti di connazionali che sono stati MSNA a loro volta e che sono riusciti in qualche modo ad avere una stanza in affitto, ma sono tutte soluzioni posticce che ci dicono che non abbiamo costruito una vera opportunità perché le stesse cose avrebbero potuto ottenerle arrivando da soli da adulti. Questo è un po' un fallimento. Come sempre, nel sociale, il discorso è che non è sufficiente una presa in carico dei servizi a tempo determinato, ma la presa in carico deve essere allargata e l'accoglienza deve riguardare tutta la cittadinanza, in tutte le sue forme. Ci deve essere la predisposizione di un contesto sociale, culturale e cittadino, di una rete forte, per tutti e a maggior ragione per loro che non hanno altro".

È proprio in coerenza anche con quanto sopra riportato che il Dipartimento allora ha dato avvio ad un Tavolo di confronto con le altre istituzioni di assistenza e cura e realtà del terzo settore attive nel territorio capitolino per capire come affrontare in maniera più sistematica questa problematica e realizzare anche attraverso un lavoro coordinato azioni operative, se non per risolvere quanto meno contenere questo disagio.

Purtroppo, ad oggi continua comunque a permanere una carenza di servizi che colpisce soprattutto i MSNA in quanto questi ragazzi non sono di fatto presi in carico dai servizi sociali comunali, come riporta con chiarezza una responsabile di un progetto di Roma Capitale, relativamente recente, finalizzato proprio ad accompagnare i MSNA neomaggiorenni nella realizzazione di un effettivo e duraturo percorso di autonomia e che si sta dimostrando particolarmente efficace⁴⁰:

"Per tutti gli ex MSNA i servizi sociali del territorio non esistono, esiste soltanto l'Ufficio MSNA del Dipartimento Roma Capitale, che per noi è il servizio di riferimento di questi ragazzi ma che è meramente un'istituzione presente, non eroga nulla e non può dare nulla a questi ragazzi. Diverso il caso dei ragazzi italiani o stranieri residenti che da minorenni erano in carico ai servizi sociali perché allontanati dalle famiglie. Per loro i servizi sociali richiedono il proseguo amministrativo al Tribunale per i minorenni che consenta quindi al servizio sociale di poterli tenere in carico "come minori" fino al compimento dei 21 anni. In realtà questa cosa potrebbe essere fatta anche per i MSNA ma non viene più fatta: viene richiesto raramente il cosiddetto

⁴⁰ Questo progetto denominato *Giovani adulti*, attuato dall'ASP (ex IPAB) Asilo Savoia, si rivolge ai neomaggiorenni in uscita dai circuiti di accoglienza costituiti in larghissima maggioranza maggior da ex minori stranieri non accompagnati. Destinatari sono 30 ragazzi sul territorio di Roma Capitale segnalati o dai servizi territoriali o nel caso dei MSNA dall'ufficio ad essi specificatamente dedicato del Dipartimento di Roma Capitale. Il progetto mette a disposizione di questi ragazzi a titolo gratuito sei appartamenti di civile abitazione sul territorio di Roma Capitale, che afferiscono al patrimonio immobiliare di Asilo Savoia, per la durata di un anno prorogabile fino a due anni, sempre entro il compimento dei 21 anni. Ogni singolo ragazzo è affiancato e seguito nella sua progettualità da un operatore con compiti di tutor per l'autonomia e da una figura psicoeducativa. Questi operatori non vivono con i ragazzi, quindi i ragazzi gestiscono in totale autonomia questi appartamenti. Sono servizi o l'ufficio MSNA a selezionare i ragazzi destinatari del progetto sulla base criteri volti ad accertare la presenza di quelle le risorse e capacità personali che possono consentire di raggiungere un'autonomia in un lasso di tempo relativamente contenuto (max 2 anni). Sino ad oggi sono stati seguiti dal progetto circa 70 giovani e di questi oltre il 90% ha raggiunto tutti gli obiettivi di autonomia previsti.

articolo 13 che è il prosieguo amministrativo per questa tipologia di ex minori quindi di fatto ai 18 anni... ciao!”

Una fase per i MSNA, quello del passaggio alla maggiore età, quindi, molto critica che, se non opportunamente accompagnata da una azione di assistenza e in taluni casi di supporto terapeutico di tipo psicologico, può portare ad una condizione di forte disagio psicologico che non di rado può degenerare in comportamenti devianti, come l’operatrice dell’associazione di cui si è già precedentemente ripreso la testimonianza evidenzia:

“Noi a Roma sappiamo che ci sono dei punti d’incontro dove adesso [una volta maggiorenne] va il ragazzo che fino all’altro giorno stava in casa-famiglia e stava bene, non aveva bisogno di niente, e dove trova i connazionali, dove sa che c’è qualcuno che magari gli può dare una mano, però rischiano di trovare anche altre persone che possono fargli conoscere la strada più facile. Adesso ci sono tante organizzazioni malavitose, il nostro fondatore dice che i ragazzi sono di chi arriva prima. Allora se arrivano prima loro siamo fregati. Molte volte arrivano prima queste organizzazioni perché è la strada facile per poter avere i soldi, soprattutto per ripagare il viaggio e soprattutto per mandare alle famiglie qualcosina. Non è un caso come in questi ultimi anni sia aumentato tantissimo il numero di minori stranieri non accompagnati nel penale⁴¹.

È un aspetto che viene sottolineato in molte interviste e focus. Ad esempio, il già citato focus Unicef mette in evidenza che vi sono rischi concreti, in mancanza di interventi adeguati di supporto psicologico e materiale, che il MSNA divenuto maggiorenne diventi anche deviante, tanto più tenuto conto dell’inasprimento legislativo in corso in materia di cosiddetta sicurezza:

“...la presenza dei minori non accompagnati all’interno degli istituti penitenziari minorili, è un grande tema: sapete che secondi i dati del Ministro della giustizia i reati ascritti ai minori stranieri non accompagnati detenuti risultano soprattutto connessi ai cambiamenti normativi, che hanno criminalizzato alcuni comportamenti e quindi hanno aumentato l’utilizzo degli istituti penitenziari minorili...”⁴²

È questo un elemento che viene ribadito anche da un’operatrice di una associazione particolarmente attiva nell’ambito delle condizioni carcerarie nel nostro paese, che descrive la traiettoria che molto spesso porta questi minori, specie se non accompagnati, a dover fare i conti con la giustizia:

“...moltissimi tra i minori non accompagnati abbandonano le strutture di accoglienza nel Sud d’Italia, si trasferiscono al Nord e vivono per strada: ma questo è ormai un fenomeno che investe anche Roma. Nella strada vivono di espedienti e quindi piccoli furti e anche la droga... vivono vendendo droga e cominciano a prendere droga, soprattutto queste nuove droghe a basso prezzo – che sono psicofarmaci tipo il Rivotril o la Lyrica, queste sono le droghe che loro prendono e che un po’ gli spappolano il cervello – fino a che non compiono i 14 anni e diventano imputabili e prima o poi inevitabilmente incrociano il sistema penitenziario. E quindi poi cominciano a entrare in carcere, magari al Nord, ma poi lasciano il Nord perché li mandano verso il Centro-Sud... ovviamente quando fanno uno sfollamento mandano via gli stranieri, perché il loro ragionamento è “gli italiani magari c’hanno la famiglia qua”, cosa che insomma non funziona così, perché quei flebili legami che questi ragazzi sono riusciti a mettere in piedi magari con un volontario, con un prete, ecc. tu glieli vai a rompere... Quindi, insomma, questi arrivano arrabbiati

⁴¹ Rispetto la popolazione reclusa negli Istituti Penali Minorili (IPM) a marzo 2025 oltre il 50% sono stranieri (per quasi l’80% proveniente dal Nord Africa e quasi tutti MSNA). I minorenni detenuti son il 62,1% i rimanenti sono giovani adulti sotto i 25 anni che hanno compiuto il reato da minorenni. Osservando lo storico degli ingressi in IPM, il valore di ragazzi stranieri del 2025 eguaglia quello record del 2007. In questo decennio il flusso in entrata è passato da 358 del 2020 a 634 del 2024. Nell’istituto penale di Casal del Marmo di Roma secondo le ultime stime (maggio 2025) del Dipartimento per la giustizia minorile erano presenti 67 ragazzi (su 614 totali in tutta Italia) di questi circa il 70% stranieri quasi tutti del Nord africa. Il tasso di affollamento risulta pari a oltre il 117%. Nello stesso periodo al centro della giustizia minorile di Roma risultano in comunità 138 ragazzi di cui circa il 50% stranieri.

⁴² Tra i ragazzi complessivamente in carico ai servizi della giustizia minorile nel 2024, i reati contro la persona ammontano a circa il 25,9% dei reati ascritti, mentre quello contro il patrimonio assommano al 48,6%. I ragazzi stranieri sono dunque maggiormente rappresentati di quelli italiani nei reati contro il patrimonio mentre lo sono meno nella categoria più grave dei reati contro la persona.

neri, scappano dalle comunità, non è che non le fanno queste cose. Porto un esempio: eri ho io ho parlato con un ragazzo, a Casal del Marmo, che era già stato lì ed era appena ritornato: oggi appena diciannovenne, ma ovviamente ex minore straniero non accompagnato arrivato da solo dalla Tunisia, lo avevano mandato da Casal del Marmo a Bologna, nella sezione IPM della Dozza, dove hanno svuotato una sezione degli adulti (la sezione penale) e lì ci hanno messo i giovani adulti, sotto sentenza minorile, da vari IPM d'Italia. Questo che allora non era neanche maggiorenne c'è stato tipo un mese e mezzo, ha sbroccato, ha cominciato a tagliarsi e allora l'hanno rimandato a Roma dicendogli, credo per farlo stare tranquillo durante il viaggio, "guarda ti stiamo mandando in comunità". Quindi lui è stato tranquillo ed arrivato in carcere: ieri era appena arrivato, aveva le lacrime agli occhi ed era arrabbiato nero... cioè: un ragazzino così io me lo immagino che adesso farà il matto e poi diranno "ha fatto la rivolta" e gli daranno altri reati."

Nell'ambito della stessa intervista emerge come la capacità degli IPM, e nel concreto quella di Casal del Marmo, di seguire adeguatamente il percorso rieducativo di questi giovani devianti sia per un verso non insoddisfacente ma per l'altro, anche a seguito del crescente affollamento che si viene registrando nell'ultimo periodo (a Casal del Marmo a marzo 2025 il sovraffollamento era pari al 117%), si venga orientando verso orizzonti meramente contenitivi e non educativi:

"Nelle carceri minorili, in generale, c'è molto più il rapporto tra educatore e detenuto, non c'è paragone rispetto alle strutture per adulti; cioè: tu vai a Regina Coeli e ne hai uno ogni 200, a Casal del Marmo ce n'è uno ogni 5, proprio non c'è paragone! Quindi: ci sono tante educatrici, che si impegnano da morire, ce la mettono proprio tutta e già questo fa tanto. Prendono in carico questi ragazzi e queste ragazze con grande amore, con grande desiderio di avere un approccio di tipo educativo, che è quello che dovrebbe avere il nostro sistema di giustizia minorile, e non meramente punitivo; tanto che spesso si origina un conflitto con la polizia penitenziaria, che invece vorrebbe un altro tipo di gestione, molto più chiusa. L'atteggiamento di molti poliziotti è "tanto questi sono criminali, soprattutto gli stranieri, non ci si riesce a parlare, vengono qua e non rispettano le regole che noi gli diamo, quindi come puoi recuperare sti ragazzi? se ne stessero chiusi e buonanotte". Ci sono anche buoni psicologi: addirittura ieri ho parlato con una ragazza italiana(ovviamente la sezione femminile è molto più tranquilla, quindi nella logica meritocratica che governa il carcere dove è tutto un bastone e carota, dove "se ti comporti bene ti faccio la reazione di sintesi buona, la mando al magistrato e tu becchi il permesso premio", le ragazze sono le meritevoli e quindi in questo essere meritevoli probabilmente c'è anche un maggior sostegno), che mi raccontava che lei addirittura sta facendo un percorso di psicanalisi: viene la psicanalista della ASL e faceva fino a qualche tempo fa tre incontri a settimana, adesso ne fa due perché hanno deciso per motivi analitici di ridurre. Quindi è un gran sostegno! [...] Ci sono grandi professionisti che si impegnano... Dopodiché c'è da lamentare che questi ragazzi stanno tanto chiusi, di attività se ne fanno poche, ecc. Hai sentito che ci sono state le "rivolte": quelle che loro chiamano le rivolte, poi, vai a vedere e sono ragazzini incazzati perché magari non li mandì al campo fuori a sgranchirsi le gambe da 10 giorni, stanno chiuso in cella o camminano in sezione e quindi fanno un po' di casino. Comunque, sono cose che non si fanno eh, non è che li sto giustificando, perché non è che dai fuoco al materasso... sono atteggiamenti ovviamente del cavolo, però non è che sono tanti i modi per farsi ascoltare in carcere. Quindi, diciamo, non va bene perché stanno tanto chiusi, tante attività sono state tagliate dopo le rivolte, ecc. Mi dicevano volontari che operano là "noi andiamo là, suoniamo il giorno e l'ora in cui c'è il laboratorio rap che teniamo noi e ci dicono no oggi non potete venire che c'è stata maretta". Non funziona così! E comunque tu gestore pubblico dell'istituto lo devi saper tenere in qualche modo, non è che per evitare le marette sospendi le attività e dici "questi hanno fatto un po' i matti allora io li tengo chiusi in cella, magari pure con qualche bibita di psicofarmaci, così stanno buoni e non gli faccio fare più niente così non ho il rischio che litighino fra loro, che si scontrino gli italiani coi tunisini". Non può funzionare così, bisogna avere un altro tipo di polso."

Non è che le condizioni che i ragazzi vivono nelle comunità siano sempre radicalmente diverse. Molte di queste comunità sono apparentemente un po' più rilassate rispetto agli IPM, ma all'occorrenza si

irrigidiscono e incentivano ad imboccare strade piuttosto pericolose, come viene messo in luce dalla testimonianza di un responsabile di comunità di accoglienza:

“Le comunità sono molto disomogenee l'una dall'altra: in alcune vai lì e non fai niente, stai dalla mattina alla sera a oziare, a romperti le scatole senza alcun programma e alla fine scappi dalla comunità – e però il gestore prende la retta per te! – quindi non c'è alcuna proiezione verso una reintegrazione sociale, verso la scuola, verso il lavoro, ecc. Quindi è chiaro che può essere arrabbiato e dare di matto, ma non perché hai un problema psichiatrico... Invece c'è questa psichiatrizzazione e medicalizzazione generale: è facile attivare lo psichiatra, è sempre più facile che attivare i servizi sociali; quindi “ti do le gocce, stai sul letto e non rompere”. Altre comunità sono molto più virtuose. Purtroppo, quello che accade è che poi le migliori sono quelle che possono contare anche su finanziamenti di donatori privati, spesso, perché il sostegno pubblico è insufficiente. Ciò sta comportando una crescente difficoltà a far accogliere questi ragazzi in comunità, perché si trovano nella condizione risorse e personale adeguati”.

Le comunità tendenzialmente accolgono minori per motivi legati tanto a problematiche attinenti al diritto civile che penale: fino al 2018 era obbligatorio avere soggetti di ambedue gli ambiti, cioè non potevi avere la comunità dei “cattivi”, solo penale; in seguito, con la riforma del 2018, si è aperto alla possibilità di fare anche solo penale, ma sinora restano comunità miste con civile e penale. Generalmente quelle che sono convenzionate per avere i ragazzi del circuito penale, poi in pratica hanno quasi tutto civile e solo uno o due ragazzi del penale. È una situazione che appare in rapido cambiamento, anche sotto la spinta delle recenti modifiche legislative in materia di sicurezza, come viene rilevato dalla operatrice della associazione già prima citata:

“Adesso, poi, si sta facendo strada a livello ministeriale l'idea di creare delle “comunità ad alta intensità terapeutica”. E' un'ipotesi a mio parere criticabile (andiamo a vedere poi come si evolverà) perché si tratta di investire immagino parecchi soldi, che avrebbero potuto usare per potenziare le comunità che già ci sono: ora hanno fatto un “esperimento pilota” in Lombardia, e poi ne faranno in altre regioni. La motivazione che DAP e governo danno per la creazione di queste comunità speciali che chiamano appunto “ad alta intensità terapeutica”, è che “questi ragazzini sono ragazzini difficilissimi, perché sono tutti, soprattutto i minori stranieri non accompagnati, malati di mente, sono tossicodipendenti, ecc. e noi non riusciamo a farli uscire dal carcere perché le comunità ordinarie non li vogliono e li rifiutano. Allora al DAP dicono – si vantano di questo! – “facciamo delle comunità ad alta intensità terapeutica, dove ci mettiamo operatori, tanti medici, psichiatri, ecc. e gli diamo gli strumenti per gestire anche questi ragazzi”. Ma cosa succederà? Che ci sarà il “manicomietto”, la comunità dove vanno tutti i ragazzi difficili, tutti i cattivi... perché poi non è vero che hanno tutti problemi, che sono tutti matti: questa è la retorica, che c'è pure nelle carceri per adulti. Alcuni hanno una diagnosi, hanno un problema di tipo psichiatrico... altri hanno problemi di tipo sociale, cioè: ad uno che ha vissuto per strada a 15 anni, non è che devi dare le gocce di psicofarmaco, gli devi insegnare un mestiere, accompagnarlo verso il lavoro e forse trovare una casa!”

Passando alle caratteristiche del territorio metropolitano che possono favorire situazioni di fragilità dei minori, dalle testimonianze raccolte emerge un consenso generale riguardo le aree urbane di Roma capitale identificate dalla letteratura in materia. Si tratta di territori ove relativamente più alto è un senso diffuso di marginalizzazione, disuguaglianza e disagio sociale, tipicamente presente nelle aree periferiche di tutte le grandi città, e nelle quali maggiori possono essere i presupposti per un transito a condizioni di vero e proprio disagio psichico dei MCPT, come riporta un operatore di una organizzazione molto attiva sul territorio metropolitano nel supporto a famiglie in condizioni di povertà e nell'accoglienza agli immigrati:

“Noi abbiamo visto che è soprattutto parte del V e VI Municipio il territorio dove c'è una concentrazione di persone straniere che hanno delle difficoltà importanti. Poi, però, ci sono difficoltà molto diffuse che interessano anche quartieri come Prima Valle, Marconi, Esquilino e Magliana, solo per citarne alcuni... Poi tutti quelli che vivono nelle occupazioni, che non sono solo dei singoli ma anche di famiglie. Vivere nelle occupazioni con i bambini non è proprio facile, per

quanto vi siano diversi progetti ed interventi di supporto da parte di associazioni del privato sociale.”

La stessa riflessione emerge da un operatore responsabile di centri rivolti a ragazzi stranieri che trascorrono molto del loro tempo in strada. Egli rileva come vi siano dei territori del Comune di Roma, ma più in generale dell'area metropolitana, i cui caratteri possono essere definiti affini proprio a quelli delle “banlieu” parigine:

“Sono per esempio Torpignattara, tanto. Anche a Roma Nord, per esempio, ci sono delle zone tipo Prima Porta, tipo la zona della Via delle Galline Bianche, tutta la parte di Labaro. Anche in alcuni punti della Magliana, per esempio, Ostia, moltissimo, Acilia... E poi tutta la parte della Pontina... Latina, ma lì siamo fuori Roma, esatto. Secondo me, l'altra parte critica è Torvaianica, fino ad Anzio, tutta la parte poi, no, Lavinio, insomma, tutta la parte lì del litorale. A nord, io sto a Monterotondo e devo dire che questo effetto qui non c'è, neanche Fidene, direi, diciamo a Roma Nord, in realtà questa scissione netta non c'è. Magari ci sono altri tipi di situazioni più “da paese”, però, devo dire, no, non c'è questo effetto banlieue.”

Lo stesso operatore fa però notare che:

“... il contesto urbano non è di per sé un fattore di rischio: uno è portato a pensare anche un po' a creare un sillogismo e dire “ok, io con la mia famiglia sto a Tor Bella Monaca, al Quarticciolo, a Palmino Togliatti perché lì le case costano meno” e quindi stando in quella dimensione di periferia c'è tutto quello che sappiamo, quello è vero. Da un'altra parte, però, c'è un altro aspetto che rende vero anche il contrario, nel senso che, se noi guardiamo per esempio a determinati quartieri di Roma, penso a Roma Nord, penso alla Cassia, dove il livello socioeconomico del quartiere è molto più alto, in realtà non è che va meglio. Nel senso che un ragazzo straniero che vive con i genitori nella quale, ad esempio, la madre fa la colf e il padre il badante o il giardiniere a Parioli o a tomba di Nerone, di fatto non sta meglio del ragazzo che sta a Quarticciolo. Ci sono dinamiche di interferenza e di contaminazione e di influenza tra minore e contesto diverse, per cui da una parte tu hai una sorta di osmosi, per cui se sono un ragazzo con una fragilità, con dei movimenti interni anche di frustrazione, di bisogno di appartenere, di identificarmi in qualche modo, finisco per mimetizzarmi con il contesto e quindi c'è una forma di adesione quasi incondizionata e di non contrapposizione al contesto, dall'altra parte invece c'è tutto un movimento che è diametralmente opposto, il minore che vive in una zona ricca della città, ma non appartiene a quella roba... fa sì che sia proprio la condizione di quel quartiere per lui l'elemento patogeno...C'è, per esempio, il caso dei tanti ragazzi ucraini arrivati dal 24 febbraio 2023 in poi, che si sono ricongiunti alle nonni, alle zie, alle madri, donne che trascorrevano gran parte del loro tempo a lavorare nelle case come badanti, di fatto crescevano soli, per cui stavano comunque in una zona in cui diciamo il tasso di devianza, di criminalità è molto più basso, ma in una condizione di solitudine il loro essere estranei a tutto questo generava una non appartenenza, un senso di frustrazione, per cui questi ragazzi o si riunivano all'interno di una sorta di gruppo che faceva controcultura in quel contesto, che faceva rottura, e quindi “io irrompo in un contesto che non mi vuole, al quale io non assomiglio e al quale non riesco ad integrarmi”, proprio ciò che può alimentare una subcultura deviante all'interno di una condizione in cui la cultura dominante è un'altra: e qui è conseguente un “effetto banlieue”.

Si tratta di aree urbane dove ovviamente spicca il fattore povertà come elemento che contribuisce a favorire condizioni di fragilità e vulnerabilità fra i minori, in particolare quelli stranieri. Lo sottolinea una psicologa che pone a raffronto le storie di fragilità di due ragazze che vivono nella stessa area del V Municipio, una italiana con una condizione economica familiare non eccessivamente penalizzante e l'altra di una famiglia di immigrati in gravi difficoltà economiche

“Secondo me anche le risorse economiche giocano un ruolo importante, sicuramente! Per esempio c'è questa ragazza che seguo da due anni, che è italiana, i genitori comunque lavorano entrambi, la madre è un medico, è libera professionista, riesce ad organizzarsi per accompagnare la ragazza in tutti i progetti di cura che sono stati promossi dall'Asl... e comunque hanno la macchina, per poterla accompagnare al laboratorio, oppure da noi per poterci vedere oppure per andarla a prendere a scuola -perché magari c'è una difficoltà nel prendere i mezzi- oppure ancora

per andare a comunicare con le insegnanti e in questo modo avere maggiore continuità, potersi pagare una psicoterapia privata, ecc. e quindi sì, il “vantaggio” di questa famiglia italiana è di avere maggiori risorse economiche. Poi ho il caso di una ragazza che vive da sola con la mamma brasiliana, sono state sfrattate da Torre Maura, e sono dovute andare a casa del compagno della madre, ancora più lontano, a Villaggio Prenestino e quindi già la ragazza ha difficoltà ad andare a scuola, così è ancora più difficile perché si sono allontanati ancora di più! Lei poi ha paura di prendere i mezzi da sola, la madre deve lavorare (lavora in un bar vicino a stazione Termini) e c'è poco spazio mentale, oltre che materiale, secondo me, per accompagnarla, per l'organizzazione di una vita quotidiana che renda possibile ed efficace la terapia ecc....”

Per qualificare gli esiti delle interviste rispetto ai servizi presenti sul territorio metropolitano per sostenere minori stranieri con fragilità socio psico somatiche si ritiene utile fare riferimento alle considerazioni finali dalla indagine di campo condotta dagli scriventi nell'ambito del già citato progetto Mi.Fa.Bene. Per quanto d'interesse per il presente studio, quell'indagine focalizzava l'attenzione in particolare sull'esigenza di un miglioramento, sotto il profilo numerico e qualitativo, delle risorse umane dei diversi servizi impegnati a favore dei minori stranieri fragili negli ambiti sociale, sociosanitario, e sanitario. Questo significa, tra l'altro, dotare i servizi considerati di équipe con figure professionali differenziate, in grado di rispondere adeguatamente alla complessità delle situazioni affrontate, potenziando anche il ricorso a mediatori linguistici e culturali, particolarmente utili nel confronto con un mondo minorile di plurime provenienze etniche. Non da ultimo, appare preziosa ai nostri fini, l'indicazione relativa al rafforzamento dell'interazione e integrazione tra i diversi servizi: sociali, sociosanitari e scolastici, anche in relazione all'obbligo di intervento integrato pubblico a tutela dei minorenni previsto da molteplici fonti normative.

Riguardo il primo ambito, quello del rafforzamento degli organici, rispetto a quanto emerso in Mi.Fa.Bene la situazione appare migliorata nel caso del Comune di Roma, ove vi è stata l'immissione di figure professionali di assistenti sociali, psicologi e, sebbene in misura minore, di educatori grazie soprattutto alle risorse finanziarie messe a disposizione tanto dal PNRR. Ciò appare confermato dal fatto che, a differenza di Mi.Fa.Bene, in nessuna intervista è emersa come problematica la carenza di personale dedicato nei servizi pubblici di Roma Capitale, forse anche in ragione della attuale maggior dotazione di risorse legata al PNRR e al Giubileo. Criticità ancora molto evidenti si riscontrano invece per le ASL, ed in questo ambito per i TMSREE⁴³ che pure sono delle strutture specificamente dedicate al disagio minorile. In questo caso, le testimonianze raccolte appaiono indicare ancora una grave carenza di personale, anzitutto in termini quantitativi ma anche sotto il profilo qualitativo. Come afferma una responsabile del TMSREE dell'ASL RM2 operante nell'ottavo Municipio:

“In media, per la mia esperienza io seguo circa 700 casi l'anno e di questi posso dire oltre il 20% sono stranieri, per lo più, in questo Municipio, di seconda generazione. Lavoriamo tanto

⁴³ Nelle diverse Asl, oltre ai Centri di Salute Mentale e al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), un Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) che svolge funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei minori. Secondo la normativa, possono rivolgersi al TSMREE tutti coloro che sono in età evolutiva (0-18 anni) e che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Il TSMREE, previo inserimento in una lista d'attesa, assicura, attraverso équipe multidisciplinari, un percorso diagnostico-valutativo e di *follow up*. Nelle situazioni di disabilità importante, è offerta una presa in carico globale e integrata del minore e della famiglia, in raccordo con i Servizi Sociali, la Scuola e in coordinamento con i centri di Riabilitazione convenzionati e con le altre strutture territoriali (CSM, SERD, Ospedali, Disabili Adulti ecc.). Sono previsti, quando necessari, rapporti con l'Autorità Giudiziaria. È compito del TSMREE favorire l'inclusione scolastica attraverso tutti gli adempimenti della L.104/92: Diagnosi funzionale, Certificato di Integrazione scolastica (CIS) per sostegno e/o AEC, GLHI, GLHop. Esso assicura anche il diritto allo studio degli alunni con Disturbo dell'apprendimento attraverso certificazione per l'applicazione della L.170/10. Inoltre, il TSMREE è chiamato anche a valutare l'avvio e le proroghe per i progetti riabilitativi presso le strutture convenzionate ambulatoriali, semi residenziali e residenziali terapeutiche e socioassistenziali, nonché l'organizzazione dei soggiorni estivi riabilitativi per minori adolescenti.

perché siamo pochi; nel mio distretto siamo in due soltanto come neuropsichiatri, quindi come medici, ci sono poi due assistenti sociali, quattro psicologi, un educatore, due logopediste e due terapisti della neuropsicomotricità. In realtà, più che neuropsichiatri ci vorrebbero molti più psicologi e assistenti sociali ed educatori. Una esigenza motivata dal fatto che per fare un buon lavoro è imprescindibile operare in équipe, un'équipe che vede il neuropsichiatra insieme allo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore...e non, come avviene per lo più adesso, da solo. Pur con tutte le difficoltà, comunque proviamo a lavorare in équipeperché magari dove non arrivo io, arriva l'educatore che mi aiuta sui genitori, io invece mi vedo il ragazzo con lo psicologo e se è il caso io tiro le orecchie ai genitori... una modalità che purtroppo non sempre riesce proprio perché si è pochi, e quando arriva un caso urgente, il che nella quotidianità si presenta molte volte, non hai nemmeno il tempo di pensare "con chi me lo vedo?" e quindi me lo vedo e basta."

Un'altra dottoressa, che ha lavorato molto a lungo nell'ASL RM1, conferma questo quadro e le problematiche legate principalmente alla dotazione di risorse umane ed alla natura frequentemente precaria, a tempo determinato, della maggior parte dei rapporti di lavoro:

"Servirebbero comunque il doppio dei medici e degli psicologi ... Nella mia esperienza si utilizzavano tantissimi operatori di cooperativa: psicologi e psicoterapeuti, ma con servizio della cooperativa e non dipendenti della Asl, il che ci permettevano di andare in maniera regolare nelle scuole. Vedere un ragazzo a scuola significa, per noi, capire a quale servizio va inviato, con quale urgenza ecc."

Un aspetto particolare, ma certamente significativo, si riferisce quindi al rapporto di collaborazione -con tutta evidenza cruciale in relazione tanto alla prevenzione quanto alla cura- che si stabilisce tra servizi psichiatrici delle Asl e le scuole, che ovviamente non è riferito specificamente ai minori stranieri, ma investe l'insieme degli studenti, italiani e non. A questo proposito, la stessa psichiatra, mette in luce che:

"Ma io che ci sia qualcosa come un rapporto organico tra scuole e servizi psichiatrici non lo so e comunque non lo vedo certo dappertutto, anche se la legge lo prevede. A suo tempo io avevo organizzato un sistema di aiuto nelle scuole, però per quanto riguardava non tanto il disagio psichiatrico propriamente detto, quanto le tossicodipendenze, che ovviamente ne sono una componente laterale. A suo tempo io avevo organizzato un servizio di supporto nelle scuole del territorio, all'epoca era il territorio di competenze di Roma 1, era un territorio molto piccolo, però c'era un servizio in cui gli psicologi andavano nelle scuole, incontrando molte difficoltà e molte remore... e c'era anche molta "omertà" da parte dei dirigenti scolastici, per cui più di una volta io mi sono trovata con l'idea di uscire da là e chiamare i carabinieri, perché alla mia domanda di quante persone assumessero stupefacenti (quanti giovani nella scuola) la risposta era: il 70%, e io dicevo "guardi preside, che la buona parte dei suoi alunni sono minorenni per cui questa responsabilità ricade su di lei e quindi se lei me lo dice con questa leggerezza, io dovrei precipitarmi immediatamente dai carabinieri a denunciarla per connivenza con questo genere di cose". Il livello di cultura che queste persone hanno, il livello di oscuramento di certe evidenze è un'esperienza che ho fatto girando le scuole, facendo svariati corsi su tutta una serie di questioni e di problemi, ecc. in cui la maggior parte delle persone facevano come la scimmia – si chiudevano occhi, naso e bocca! – e pochissimi erano quelli che si facevano delle domande..."

Tornando alla questione del deficit di organico, esso appare piuttosto generalizzato, anche se si presenta con diversi gradi di intensità sul territorio così che si delineano, anche all'interno della stessa ASL, capacità molto differenziate di risposta alla domanda di intervento, come viene riportato da una dottoressa che opera in un centro medico per famiglie immigrate attivo nel territorio dell'ASL RM2:

"I TSMREE del V municipio hanno neuropsichiatri che sono tutti "vecchietti", quelli giovani sono pochissimi (uno sugli adolescenti, alcuni sullo spettro autistico, ecc.) ma sono gocce nel mare. Questo è un po' lo scenario. A cascata ne deriva che, se per i minori occorre fare un piano di trattamento e una presa in carico che non sia solo clinica/riabilitativa/prestazionale, ma che comporti anche di coinvolgere la famiglia, attivare servizi ausiliari, ecc. e il Comune ha difficoltà a dialogare con altri soggetti come la Asl e ci sono lunghe liste d'attesa e si esternalizza in modo

selvaggio senza un filo che unisce (si divide, si divide, si divide... e non ci si incontra mai), allora è chiaro che non c'è frutto."

Va tenuto conto dell'enorme carico di lavoro a cui sono sottoposti i TSMREE di tutte le Asl del territorio metropolitano, dovuto alla crescita esponenziale del disagio minorile associata alla citata carenza di organico. Tali criticità sono state espresse in molte delle interviste effettuate nell'ambito di questa indagine. A riguardo una operatrice di un progetto di accoglienza diurna dei minori fragili afferma che:

"Dei TSMREE delle Asl possiamo dire che sono sovraccarichi, in primis mancano gli psicologi. Ci sono dei TSMREE che funzionano di più e altri che funzionano un po' meno.... Per quanto riguarda nello specifico i minori stranieri, ed in particolare quelli non accompagnati, inoltre tutto si complica... non c'è l'esperienza, i TSMREE fanno fatica Io ho avuto modo in passato di interagire con l'Asl di Frascati ma anche con altre Asl... manca la capacità di intervento perché comunque per loro è un fenomeno recente, e posso affermare che i minori stranieri non accompagnati difficilmente riescono ad essere seguiti ... ho fatto diversi tentativi e addirittura anche con ragazzi italiani ho avuto difficoltà, figuriamoci con gli stranieri, anche con quelli di seconda generazione e questo perché il fattore culturale, anche quando ne prendono atto, non è facile da lavorare. Cioè, lavorare con una famiglia egiziana non è come lavorare con una famiglia rumena, non è come lavorare con una famiglia ucraina o afgana. È complicatissimo il lavoro dello psicoterapeuta... serve un know-how importante."

La conseguenza di queste difficoltà di risposta dei TSMREE è che, una volta effettuata la diagnosi, il percorso terapeutico, quando possibile, viene traslato su soggetti del privato sociale che, in forma sostitutiva al pubblico, riescono a rispondere ai bisogni di presa in cura di minori e famiglie straniere. Torna utile a questo riguardo, ancora una volta, la testimonianza di una neuropsichiatra di un TSMREE che racconta:

"...devo dire che io lavoro sempre con il privato sociale. Ci sono delle realtà sul privato sociale anche dal punto di vista del sostegno psicologico... c'è associazione Etna, Rifornimento in volo con Compagno adulto, per esempio, dove nel tempo gli psicologi hanno proprio dedicato del tempo a strutturare delle modalità relazionali, dove ci sono dei mediatori capaci di lavorare con loro. C'è da parte loro un investimento. Per esempio, con "Etna", in particolare con minori stranieri non accompagnati che vanno da loro, io mi sto trovando molto bene, addirittura hanno fatto un gran bel lavoro con un paio di ragazze faticose.... Poi manteniamo il contatto con questi ragazzi con un monitoraggio che magari inizialmente, nella fase diagnostica, può essere di un colloquio a settimana, poi una volta che vediamo che la situazione è stabilizzata oppure si è avviata questa presa in carico esternalizzata, li vediamo una volta al mese e poi cerchiamo di farli andare con le loro gambe... anche lì: la cosa importante, se sono inseriti in un contesto familiare, è cercare di coinvolgere anche le famiglie nel processo diagnostico terapeutico, perché quando si tratta di minori l'intervento familiare, cioè il coinvolgimento dei genitori e della famiglia è imprescindibile, quindi ci muoviamo sempre sul doppio binario del singolo e della famiglia. Nel caso dei MSNA, invece, c'è tutta la parte che riguarda i contatti con il servizio sociale, il tutore, ecc. perché anche per la presa in carico c'è bisogno della firma dei consensi e quindi lì si lavora un po' più con le case famiglia che li accolgono, con i centri di accoglienza che li accompagnano, quindi "istruiamo" anche gli operatori su come comportarsi, come agire, ecc. anche nella comunicazione di quello che è il ragazzo, perché tutto passa dalla spiegazione, da una comunicazione corretta."

Si tratta di una realtà che viene confermata anche da un educatore di un'importante associazione che si occupa in generale di tutela dei minori:

"Il nostro sistema sanitario arranca rispetto alla possibilità/capacità di trovare delle soluzioni di presa in carico per minorenni che presentano dei disturbi clinici e che quindi dovrebbero essere seguiti in maniera strutturata, mentre purtroppo, nella peggiore delle ipotesi, si trasformano in un TSO. Noi abbiamo, in alcuni territori, dei Servizi sociali e comunque delle realtà che si occupano di presa in carico, anche psichiatrica e neurologica, che ci chiedono aiuto, cioè: chiedono aiuto ai nostri progetti, sul campo, e inviano i pazienti da noi... perché purtroppo oggi il sistema non sta

investendo sulla risposta qualitativa dei bisogni individuali, ma è stato creato per gestire numeri, ma questa gestione rimane non di dettaglio, non sul singolo bisogno o sulla singola problematica, che viene in qualche modo delegata all'educatore, all'operatore, all'esperto legale del Centro di accoglienza che, ogni giorno, cerca di trovare delle soluzioni "creative" per tentare una presa in carico del minore."

Un'altra problematica con cui gli operatori dei TMSREE si confrontano quando si trovano di fronte un minore straniero è rappresentata dalla mancanza di test diagnostici nella lingua madre, difficoltà che si presenta soprattutto nel caso dei bambini, come riporta la stessa neuropsichiatra:

"...arrivano al nostro servizio molte segnalazioni da parte della scuola: le scuole dicono ai genitori "andate al TSMREE a chiedere sostegno, a farvi fare una valutazione", perché ovviamente la maggior parte sono bambini con difficoltà d'apprendimento; quindi arrivano in genere dalla primaria o, alcune volte, anche a dall'infanzia magari perché non riescono a parlare bene l'italiano perché – ma questa è una mia inferenza – non sono esposti alla lingua italiana... i genitori, soprattutto quelli del Bangladesh (questa difficoltà l'ha notata infatti soprattutto nei bambini del Bangladesh) continuano a parlare la loro lingua in casa, i bambini sono esposti tardivamente alla lingua italiana, solo nel momento in cui vengono portati a scuola – e certe volte arrivano direttamente in primaria, senza passare dalla scuola dell'infanzia – per cui ovviamente gli insegnanti si trovano in difficoltà con bambini che sembrano non apprendere, quando in realtà è soltanto un problema di lingua. Allora, le nostre risorse sono poche... servirebbero proprio dei test specifici nella lingua dei paesi di provenienza che però non sono disponibili. Per ovviare a questa mancanza operiamo comunque con l'osservazione, facendo dei test non verbali per esempio: la prima cosa che andiamo a vedere in valutazione è se ci troviamo di fronte a un bambino "intelligente" oppure no, perché ovviamente queste difficoltà di apprendimento della lingua potrebbero derivare anche da un deficit. Test non verbali, solo logici, che ci fanno più o meno capire il funzionamento cognitivo del bambino, ma anche un po' provare, tramite il mediatore culturale, a fare una raccolta anamnestica, perché abbiamo la possibilità di chiedere il mediatore culturale; quindi: tramite un colloquio con i genitori e il mediatore culturale, provare a capire la storia... se c'è stato un ritardo nelle acquisizioni del linguaggio, anche nella lingua madre, oppure nelle tappe motorie... e poi l'osservazione: cercare di capire come giocano, perché anche il gioco può essere un modo per capire proprio come "funzionano" questi bambini.....La carenza di test verbali in lingua è meno sentita nel caso di un preadolescente o l'adolescente che, se escludiamo i MSNA, è difficile che non parli italiano... anche se è capitato e capitache c'è qualcuno che non lo parla. Comunque, per questa fascia di età, insieme ai test, usiamo il colloquio clinico per cercare di capire qual è il problema e poi indirizzare alle associazioni sul territorio che offrono dei servizi di psicoterapia con mediazione culturale, mi viene in mente [Dun](#), ...quindi l'inquadramento diagnostico cerchiamo di farlo tramite i colloqui clinici".

È un aspetto che viene confermato anche da una psicologa che lavora in un comune dell'area metropolitana nell'ambito di un progetto per l'empowerment scolastico dei minori fragili:

"Nella mia esperienza, rafforzata da quella di una collega che ha fatto recentemente un tirocinio in un TSMREE, il problema è che non ci sono test per stranieri. Cioè, tu dovresti avere dei test... alcuni test ovviamente sono stati standardizzati per la lingua italiana, però altri dovrebbero essere invece più "trasversali" e invece questi test non li hanno e perciò evidentemente gli studenti stranieri sono dei minori "non valutabili". E comunque, da questo punto di vista, si fa difficoltà anche ad inviarli ai servizi sanitari perché non si capisce se hanno un disturbo da sindrome autistica o se la difficoltà è proprio l'apprendimento dell'italiano al livello base L2."

Un importante ostacolo che si frappone tra il minore straniero vulnerabile e i servizi che potrebbero intervenire per aiutarlo è costituito dalla barriera culturale in senso lato (cioè, non soltanto linguistica) che impedisce allo specialista una compiuta comprensione del disagio e conseguentemente uno scambio comunicativo adeguato con il minore, ed eventualmente la sua famiglia, e pertanto un intervento di supporto efficace. Come riporta una psichiatra che ha lavorato in un Servizio di diagnosi e cura dell'ASL RM1, vi sono alcuni aspetti che assumono rilievo nelle possibilità di risposta del minore alla propria condizione patologica:

“La prima cosa che direi è che il primo ostacolo grande è la lingua, per cui è fondamentale mettere in condizione questi minori, se è possibile, se sono molto giovani, di frequentare la scuola oppure comunque di fare dei corsi di lingua italiana, perché molti di questi ragazzi parlano soltanto il loro dialetto perché non hanno avuto accesso alle scuole la maggior parte non hanno accesso alle scuole. Parliamo del Pakistan, di paesi in cui i ragazzini partono da soli a 12 anni e poi vengono portati per forza in Libia, passano tre anni lì e arrivano qua che parlano un dialetto che soltanto il traduttore di Google, se esiste, ti permette di entrare in contatto con loro, per cui avere un contatto più diretto è difficile da questo punto di vista: le barriere linguistiche sono un elemento cruciale nelle terapie psichiatriche! Laddove ci sono i mediatori si riescono a capire molte più cose... Occorrono una grande attenzione ed un'enorme prudenza nell'analisi diagnostica di questi giovani immigrati, perché la lingua e le condizioni che hanno vissuto nella traiettoria migratoria sono decisive. Ovviamente non tutto si risolve con la lingua: ci sono dei blocchi che vanno del tutto al di là della barriera linguistica e questo della mancanza di possibilità di descrivere determinati traumi è un elemento sul quale io ho chiuso la mia esperienza con gli immigrati, con un intervento che era focalizzato praticamente su questa cosa, sull'indicibilità di certe cose, sull'impossibilità di rincontrarle, sull'impossibilità di assorbire determinate cose... la follia, in qualche modo, è una reazione ad un ambiente ed è l'ultima risorsa prima della morte mentale, è una difesa, quindi bisogna trattarla anche con molto garbo per riuscire a capire poi quale può essere la strada per uscire da un sistema così chiuso, che ti rende così legato, così non più libero di scegliere, di fatto imprigionato dalla tua stessa mente... Detto questo, non vorrei che venissero sottovalutate le condizioni di accoglienza come fattore generativo di disagio e traumi psichici: in effetti non sono poi meno importanti delle barriere costituite dalla lingua ed al riguardo vorrei portarvi un esempio pratico. Mi riferisco a un'esperienza concreta di un giovane nigeriano che era arrivato in Italia dopo la Libia eccetera eccetera e che io ho trovato poi in una struttura assolutamente non all'altezza di accogliere esseri umani e che già aveva una diagnosi psichiatrica e due ricoveri e questo ragazzo in realtà non aveva nessuna malattia psichiatrica, se non il problema che dopo essere stato accolto qua era stato messo da vivere con le cimici, non c'era la scuola, non c'era italiano, non avevano le scarpe per andare da nessuna parte. Questo ragazzo, per esempio, se non fosse stato per un intervento molto pesante fatto da me, assieme alla Asl, sarebbe finito come malato psichiatrico: mi era stato presentato come “180” addirittura dalla cooperativa che gestiva questo posto in cui stava il ragazzo. È odiosa questa cosa, sentire una persona definita come 180... 180 viene usato per dire che sei matto, da ricovero. Di questo ragazzo, al colloquio con me, la prima cosa che mi aveva colpito, perché da noi è considerata significativa dal punto di vista psicopatologico, era che lui aveva sempre una deviazione dello sguardo, dopodiché mi è stato detto che in Nigeria è considerato scortese e addirittura i genitori insegnano ai figli a non guardarli negli occhi per cui non era più un sintomo psichiatrico, ma era semplicemente un abito culturale e quindi bisogna stare molto attenti nella decodifica dei sintomi nel momento in cui uno si trova di fronte a una persona di un'altra cultura, di un'altra storia e oltretutto dopo l'esperienza enormemente traumatica della Libia... che poi bisogna pure incrociare le dita che queste persone arrivano vive qua. Per esempio: nessuna delle persone che ho intervistato nell'ambito della mia attività diagnostica ha mai voluto parlare del viaggio del Mediterraneo, dell'attraversamento del Mediterraneo... tutti non sapevano neanche quanto tempo fosse passato, tanto era l'orrore di questa cosa; arrivare vivi è l'ultimo trauma spaventoso. Ma, appunto, per capire bisogna avere strumenti di antropologia transculturale e mediatori linguistici e culturali. Ciò che manca in molti dei Servizi psichiatrici di Diagnosi e cura delle Asl romane.”

Quindi la difficoltà che viene messa in evidenza ha un carattere che complessivamente si dovrebbe definire di natura culturale, comprensiva cioè sia di aspetti linguistici sia anche di aspetti più latamente attinenti alle concezioni di vita, di relazione e di malattia che sono caratteristiche di ciascuna nazione od etnia. Come conferma anche una psicologa attiva in un progetto di supporto ai minori con fragilità di natura psichica ed alle loro famiglie:

“Si trattava di dover ricoverare una ragazza cinese con una diagnosi psichiatrica, ma nella struttura di ricovero non c'era un mediatore e quindi sono dovuta andare io a farne le veci,

provando a spiegare alla madre che cosa stesse succedendo con Google Translate. È un grossissimo limite, anche perché non si tratta solo di tradurre, ma anche di mediare rispetto a come viene vista la malattia mentale, come viene visto il disagio psichico in quella cultura... cioè: per esempio, con questa ragazza c'è stata una difficoltà immensa nella gestione del trattamento farmacologico perché chiaramente, nella cultura cinese, il farmaco, la malattia, la farmacologia, ecc. vengono visti in un modo completamente diverso per cui questa ragazzina si doveva gestire il trattamento farmacologico da sola, perché non si era riusciti a dare una spiegazione alla famiglia, e il trattamento farmacologico non veniva concepito nel modo occidentalizzato, come lo concepiamo noi... per cui c'è stata un'enorme difficoltà e un fallimento anche da quel punto di vista”.

Ovviamente esistono sul territorio di Roma Capitale delle realtà che fanno eccezione a quanto sopra evidenziato. Ad esempio, la psichiatra di “lungo corso” già citata in precedenza segnala un caso di buona pratica collocata all'interno della ASL presso cui lei ha lavorato per molti anni:

“C'è però una struttura, a Roma, che ancora funziona bene in questo campo, una dedicata esclusivamente agli immigrati ed è quella della Asl Roma 1, dove ci sono persone che riescono a decodificare 100 lingue di queste che non si trovano sul traduttore di Google, cioè tutti questi dialetti, e che poi, man mano che crescono, che imparano entrano a far parte del sistema di aiuto perché sono in grado di poter comunicare direttamente. Lì le cose vengono fatte assai bene, soltanto che è sola una struttura in tutta Roma, praticamente, perché le altre Asl – che io sappia – non hanno strutture simili per gli immigrati.... Quello della struttura per immigrati della Roma 1 è un caso molto particolare legato alla storia della Asl RM1, perché questa aveva all'interno delle proprie competenze il manicomio, Santa Maria della Pietà, che saranno forse tre ettari di costruzioni varie – questo per capire la grandezza e la quantità di persone che conteneva – e che ha richiesto anni e anni e anni per essere piano piano svuotata, perché le famiglie d'origine non volevano saperne più niente dei loro parenti che quindi, di fatto, entravano nella responsabilità dei servizi; quindi sono state create moltissime strutture perché c'era stata la necessità di dover trasferire queste persone dal manicomio, per esempio, a strutture del tipo casa famiglia (io, tra l'altro, trovo del tutto errata questa denominazione, direi “alloggio protetto”, perché casa famiglia fa pensare alla famiglia, invece non c'è niente della famiglia in queste case) e questo ha sviluppato, diciamo, una certa sensibilità e disponibilità all'interno di RM1”.

La difficoltà di approccio culturale e linguistico nei confronti dei minori stranieri che si riscontra in alcune delle ASL, si ritrova anche nelle esperienze riportate in alcune interviste che mettono in luce la difficoltà del lavoro svolto all'interno delle strutture di accoglienza MSNA quando si mira a sviluppare quella consapevolezza utile al minore per affrontare un percorso di cura e di sostegno attraverso i servizi sociali e all'interno dell'ASL. In proposito sottolinea un responsabile di una importante realtà di accoglienza diurna dei minori stranieri:

“I servizi hanno tanti numeri, tante richieste e il ragazzo, se non è motivato, non lo prendono in carico ed è difficile trovare i ragazzi molto motivati, quindi sulla motivazione dobbiamo lavorarci noi. È importante avere uno scambio sia con noi delle strutture di accoglienza che con loro delle strutture terapeutiche per aiutare e per lavorare proprio sul mandarci i ragazzi perché, quando noi riconosciamo che c'è un problema, se il ragazzo il problema non lo riconosce e non ci vuole andare dallo psichiatra o dallo psicologo (perché poi per molte culture andare dallo specialista non è così scontato) loro mi dicono io parlo con te ma non è la stessa cosa, non è uguale. Su questo c'è un po' un buco nel senso che io riconosco il problema e tu mi dici se il ragazzo non vuole venire io non è che lo posso costringere, che è vero: però lavorare per indurre quella volontà sarebbe importante e questo dovremmo farlo noi ma non è sempre facile”.

Sono difficoltà che hanno un carattere assolutamente generalizzato e che vengono percepite tanto dagli operatori dei servizi di accoglienza, quanto da quelli dei servizi sociosanitari quanto, infine, da quelli delle associazioni del terzo settore. Proprio dallo stesso responsabile arriva una articolata conferma della centralità di un approccio culturale consapevole nei confronti dei minori stranieri:

“Io credo che il modo più efficace per abbassare la soglia di questi servizi e renderli pienamente fruibili è la mediazione culturale: lo so che non dico una cosa nuova, però una

mediazione che non solo serve a fare un lavoro che va dall'anamnesi, alla cura, alla diagnosi e tutto il resto, ma che aiuti l'adolescente, nel nostro caso, ma anche la sua famiglia, a capire il senso di quel servizio, di quel percorso che viene proposto. Ti faccio un esempio, ma non solo rispetto alla cura: noi abbiamo lavorato tanto con il periodo di emergenza ucraina in percorsi di accoglienza e inclusione sociale dei bambini ucraini o delle mamme ucraine e quello che abbiamo visto è che – per quanto tra tutte le popolazioni migranti il gruppo etnico degli ucraini sia tra i più vicini a noi culturalmente – c'erano delle distanze enormi, in termini culturali. Per esempio, l'interlocuzione con la scuola, ma pure con il sistema sanitario: l'immaginario delle mamme ucraine, per esempio, rispetto alla scuola o rispetto alla sanità, era molto molto distante dal nostro, e questo generava – sia in un caso che nell'altro – un atteggiamento di diffidenza, che a volte diventava quasi paranoico o di incomunicabilità, che non era soltanto per un discorso linguistico, ma per un discorso di atteggiamento. Faccio un altro esempio: la scuola per gli ucraini è una roba da caserma, noi abbiamo invece un modello molto diverso, un modello più dialogico, più aperto, lo stile Montessoriano... per loro è fuffa! E allora i genitori entravano in conflitto con la scuola perché la consideravano come un modello, un sistema istituzionale poco autoritario... e quindi nell'essere poco autoritario anche poco autorevole, perché per loro in molti casi le due cose coincidono. E quindi c'era un movimento di delegittimazione da parte dei genitori nei confronti della scuola, che chiaramente metteva la scuola sulla difensiva... e la scuola poi dopo si irrigidiva nei confronti degli ucraini: chi rimaneva schiacciato in tutto questo? Il bambino, il ragazzino. Allora lì il lavoro di mediazione non è soltanto “vi metto in condizione di poter comunicare”, perché se voi comunicate e partite da un approccio dall'atteggiamento, diametralmente opposto, non è la traduzione che vi avvicina, ma è spiegare ai genitori qual è il senso della scuola italiana e che è altrettanto valido, che è altrettanto efficace e spiegare agli insegnanti e alla preside che gli ucraini non sono degli ingrati, che vengono qui e che pensano di venire qui e di riproporre il modello sovietico, c'è altro! Per cui c'è un lavoro di negoziazione culturale reciproco. Lo stesso vale per il sanitario. Noi abbiamo fatto una fatica incredibile, perché per loro anche per esempio il welfare è portato avanti in maniera completamente diversa: i servizi sociali per loro sono l'orfanotrofio russo, dell'Europa dell'est; quindi, il servizio sociale viene e ti porta via il bambino. Ma anche, per esempio, la polizia: a noi è capitato di stimolare, di sollecitare gli interventi di polizia, anche di fare un TSO ad una signora con patologia psichiatrica, ecc. per cui quando la polizia veniva, interveniva in una situazione e non portava via il bambino, per gli altri ucraini, che guardavano, la polizia italiana è fatta di qua-qua-ra-qua, che non intervenivano, perché loro erano abituati a questa modalità estremamente repressiva. E lo stesso male c'è sulla salute: loro andavano in paranoia su questa cosa, perché si sentivano studiati, si sentivano oggetti di sperimentazione, perché è un retaggio anticulturale per loro, e allora anche qui, spiegar loro come funziona il sistema sanitario italiano, prima ancora di dire qual è il percorso che ti viene proposto, è fondamentale. Poi ti ho fatto l'esempio degli ucraini, ma immagina i subsahariani, che hanno tutta l'idea magari della medicina tradizionale. [...] Penso al prelievo: che cosa vuol dire, per un subsahariano, un prelievo? Con tutta la fantasia del sangue che mi porti via? Per noi sono procedure ordinarie, perché fanno parte del percorso diagnostico. Sono necessari mediatori anche in termini di capacity building, perché poi uno dice “sei migrante, io sono sensibile”, ma avere a che fare con un sudamericano, con un filippino, con un senegalese è completamente diverso; quindi, insomma è proprio importante in termini di capacitazione”.

Un aspetto preoccupante che si somma a quanto sopra illustrato è certamente costituito dai tempi di attesa per accedere ai servizi dei TMSREE e delle ASL in generale che, già estesi quando si è realizzata l'indagine Mi.Fa.Bene, oggi si sono molto dilatati e possono essere raggiungere anche i 18 mesi, come chiarisce una responsabile di TMSREE:

“Come in tutte le cose del servizio sanitario nazionale, possiamo andare – parlo dell'ordinario – dai sei mesi anche all'anno e mezzo; le urgenze, invece, che riguardano i soprattutto i ragazzi psichiatrici, ma anche situazioni per cui se non interveniamo presto poi i genitori entrano in conflitto con le scuole li vediamo in genere in una settimana o due settimane. Quando i ragazzi escono dal ricovero entro una settimana hanno l'appuntamento... oppure quando ci sono delle vere urgenze siamo abbastanza rapidi; il disturbo d'apprendimento per noi non è un'urgenza. Le

vere urgenze sono quelle che vengono dal ricovero, le richieste che, anche se non passano da ricovero, sono per dei ragazzi che capiamo che hanno una necessità di essere presi in carico presto perché sappiamo che stanno molto male.”

Questo delle lunghe liste di attesa è un aspetto che, come rileva la responsabile di un progetto di accompagnamento all’inserimento socio lavorativo di MSNA neomaggiorenni, porta necessariamente a rivolgersi, salvo che per le urgenze sopra segnalate, al privato, con un costo che non sempre questi neomaggiorenni sono in grado di sostenere:

“noi abbiamo diversi ragazzi che, soprattutto quando il loro percorso di accompagnamento sta per finire, necessitano di un supporto di tipo psicologico e che vorrebbero aver questo servizio dalle ASL, però i tempi per afferire a servizi pubblici sono così lunghi che preferiscono o, meglio, sono necessariamente obbligati a optare per un percorso di terapia privata...Tutti i ragazzi che possono pagarla, perché magari lavorano, chiaramente se la pagano. Noi certo li aiutiamo a rivolgersi ad un circuito di terapeuti conosciuti che, seppur privati, abbiano delle tariffe sociali, insomma quindi a sostenere una spesa contenuta..... Sono pochi quindi i ragazzi che scelgono, o- per dirla meglio- riescono ad andare nel pubblico e per quelli che sono stati presi in carico dal pubblico purtroppo le esperienze non sono sempre state positive ...Il motivo fondamentale è che si sono sentiti, a loro dire, un po’ dei numeri; penso che sicuramente il contesto, quindi il setting del servizio (qualsiasi esso sia) non aiuti, perché insomma questo mette spesso in difficoltà anche noi italiani; dall'altra parte anche la frequenza con cui vengono effettuate queste terapie, che raramente è settimanale, non aiuta. Non solo, vi è anche un fattore di disponibilità che i terapeuti privati possono invece dare extra terapia: la maggior parte dei nostri ragazzi, se è in crisi o ha una necessità, manda il messaggino su whatsapp al terapeuta e dice “ho bisogno di vederti, ho bisogno di sentirti” ... ecco: questo fa la differenza! Sicuramente per ragazzi di quell'età il poter avere un contatto, il poter richiedere aiuto anche al di fuori dell'appuntamento prefissato questo fa molto la differenza”.

È indubbio che una maggiore dotazione di personale specializzato nelle ASL potrebbe contribuire a far diminuire i tempi di attesa e offrire un servizio qualitativamente più in linea con le esigenze dei pazienti: si tratta però verosimilmente di una possibilità che in considerazione delle difficoltà di bilancio della Sanità pubblica non sembra al momento vicina. Forse, come suggerito da una responsabile di TMSREE, un aiuto a contenere questi tempi potrebbe essere in parte ottenuto sgravando il personale specialistico di queste strutture da alcuni compiti più di carattere amministrativo che clinico:

“Per me la disfunzione è più grande sono le scuole, perché come servizio territoriale lavoriamo troppo sull'urgenza certificativa, quindi legata alle scadenze delle scuole, rispetto alla urgenza clinica.....senza contare che per ogni CIS, quindi per ogni Certificato di Integrazione Scolastica che rilasciamo, la scuola richiede al servizio territoriale tre incontri l'anno per ogni bambino certificato; quindi è una mole di lavoro in larga parte inutile, dal mio punto di vista. La scuola invia e invia molto spesso impropriamente chiedendo il sostegno in maniera ingiustificata, soprattutto per i bambini che hanno un'esposizione tardiva alla lingua italiana... lì molto spesso non ci troviamo di fronte a una disabilità, però la richiesta dalla scuola è “dateci il sostegno perché questo bambino non parla italiano”, ma da un punto di vista clinico non c'è una patologia per cui richiedere la 104 – perché, la 104 e il sostegno vanno insieme – non ha senso e quindi magari si fa un BES, si dice “lo rivediamo tra un anno, dopo che l'italiano l'ha imparato”... Capiamo dall'altra parte la difficoltà delle insegnanti, che però andrebbe risolta diversamente: invece la prima cosa è “andate alla ASL e fatevi dare il sostegno”. Questo vale per gli stranieri, ma vale anche per gli italiani: appena c'è un bambino, in prima, che non sta seduto “è un ADHD, vada all'ASL a chiedere il sostegno”, non sapendo nemmeno che per ADHD il sostegno non è indicato, perché c'è tutta la normativa sui BES che riguarda questo aspetto. Il problema, secondo me, si potrebbe risolvere se tutta questa parte della scuola, dell'assegnazione del sostegno – siccome è diventato un problema prettamente scolastico – tornasse appannaggio della scuola, cioè che la scuola avesse autonomia nel dire “per questo bambino ho bisogno dell’insegnante di sostegno”. Anche perché, molto spesso, l'insegnante dice “eh ma ci serve il sostegno perché da

soli non c'è la facciamo" e quindi c'è proprio un circolo vizioso da cui, secondo me, si fa fatica a uscire. [...] Questo compito potrebbe invece essere affidato - come, se non ricordo male, già si fa in Sardegna - al medico legale dell'Inps che già ha il compito di assegnare la 104 e potrebbe fare, quindi, anche il certificato per il sostegno, anche, perché in questo modo è come dire che chi ti dà la 104, chi ha deciso che un bambino è meritevole di usufruire dei benefici della 104, decide anche che un bambino meritevole del sostegno, come da articolo 3 della legge 104. Così si bypasserebbe l'ASL e la si sgraverebbe di compiti che, come ho detto, ritengo impropri e comunque troppo time consuming."

Tuttavia, un'adeguata dotazione di risorse umane ed una variegata composizione professionale delle équipes sarebbero potenziate se potessero contare su una rete di soggetti che possano intervenire con tempestività ed adeguatezza, complementandosi nel perseguimento dell'obiettivo di prevenire le situazioni più a rischio. In questo ambito una funzione importante la svolgono, in particolare nel comune di Roma capitale, i soggetti del privato sociale che si rilevano molto attivi e presenti anche nell'ambito sanitario, inclusa l'attenzione che dedicano ai minori stranieri, come riferisce una etno-psicoterapeuta:

"I servizi di cura del privato sociale anche rispetto ai giovani – bambini e ragazzini stranieri sono sicuramente più accessibili ... rispetto al sistema sanitario nazionale. Caritas, SaMiFo, San Gallicano, Medicina solidale e contesti terapeutici e psicosociali come [Nodo Sankara](#), piuttosto che associazioni tipo DUN... cioè: parlo proprio della salute mentale".

Tutte realtà che, grazie anche al loro coinvolgimento nella stesura degli ultimi Piani sociali municipali, hanno rafforzato significativamente negli ultimi anni tanto le loro interrelazioni quanto quelle con i servizi comunali e sanitari pubblici, come evidenzia una dottoressa di un centro di medicina solidale:

"Gli enti del terzo settore sono ben attivati e ben collegati con le istituzioni comunali e con la Asl e anche con le scuole c'è grande collaborazione, sebbene in questo caso più che in altre strutture pubbliche, ciò dipende dalle motivazioni ed impegno del personale scolastico, dei professori, dei presidi...: deriva tutto da loro, fanno un lavoro di enorme valore".

C'è però un aspetto che non si può sottacere riferito al fatto che si sta comunque vivendo un periodo in cui le risorse ordinarie a favore dei servizi di welfare rivolti ai minori stanno progressivamente diminuendo, come osserva lo stesso medico quando afferma che:

"Le istituzioni di competenza funzionano, però il welfare si sta impoverendo progressivamente e quindi anche l'operatore che lavora per centri di accoglienza, per il sociale, ecc. è sempre precario e viene pagato sempre meno, per cui è vero pure che tantissimi operatori lo fanno con competenza, con coscienza, con volontà però è molto frustrante e quindi diciamo che sta peggiorando un po' tutto in realtà."

La stessa persona fa inoltre presente come alcune recenti provvedimenti in materia di immigrazione stiano comportando accresciuti disagi nell'accesso alle cure che non risparmiano neppure i minori stranieri:

"E' il caso, ad esempio, sempre dal punto di vista sanitario, del codice Eni [Europeo Non Iscritto], il codice provvisorio, che adesso dura sei mesi, può essere rinnovato per altri sei mesi e poi basta... Dopo c'è il nulla e quindi la persona dovrebbe pagare un'assicurazione, che non è sostenibile, e quindi sono persone che non possono essere curate nel sistema pubblico; ma non si può vedere il problema del singolo, perché se quella persona non viene curata la conseguenza è che il peso ricade su tutti noi, sull'intera comunità perché andrà sicuramente a gravare sui costi ospedalieri, se non addirittura ad essere fonte di infezioni che si riattivano".

Nel complesso, volendo trarre una sintesi conclusiva dalle numerose testimonianze raccolte, sembra potersi affermare che i contenuti delle interviste appaiono anzitutto confermare con forza l'ampiezza e la diffusione del disagio psicosociale e di comportamenti psicopatologici dei minori in generale e di quelli stranieri in particolare. Sono soggetti che hanno una grande difficoltà a trovare una propria identità, ciò che- nel caso dei MCPT- comporta spesso uno sdoppiamento della personalità (una a casa ed un'altra con i pari), difficoltà di integrazione con gli italiani, propensione

alla ghettizzazione e all'isolamento sociale, con sbocchi depressivi e tendenze all'autolesionismo. Un quadro che trascina con sé non infrequentemente una medicalizzazione talvolta impropria del disagio con conseguente abuso di farmaci, condizione che si ritrova con ancora maggiore frequenza tra i minori ristretti nel carcere o in comunità. All'origine di questo disagio dei MCPT c'è sicuramente il confronto con un modello sociale di vita, di consumo e di successo scolastico e lavorativo che viene percepito come del tutto fuori portata dal minore e, più in profondità, uno iato vistoso tra il mito dell'occidente che ha alimentato il percorso migratorio e la sua realtà al momento dell'arrivo. Si tratta di un disagio che è aggravato da un diffuso sentimento di insufficienza, particolarmente presente tra MSNA ma non solo tra essi, per aver tradito il mandato di aiuto alla famiglia che è all'origine della migrazione e d'altra parte, per le seconde generazioni, per non poter scaricare sui genitori "che si spaccano la schiena tutti i giorni" i propri problemi psicologici. L'espressione di tale disagio risulta in parte differenziato in relazione alla nazionalità d'origine: più internalizzato nel caso degli MCPT provenienti dall'Estremo Oriente e invece più esternalizzato nei soggetti provenienti dal Nordafrica. Nel caso dei MSNA questi aspetti sono accentuati anche in relazione alla elevata vulnerabilità da stress post traumatico: arrivano in Italia con un progetto migratorio ben definito ma, per il trauma subito o per l'impatto riscontrato una volta arrivati, tendono a subire una sorta di ri-traumatizzazione anche sul piano psicologico e psicosociale. Convivere a lungo nelle strutture dedicate con ragazzi di altra provenienza, con abitudini socioculturali, relazionali e religiose diverse, rischia di innescare, anche in soggetti- quali i MSNA- che spesso si sono rafforzati interiormente per aver vissuto ogni genere di esperienza, una difficoltà grave di relazione con la realtà esterna. Per i MSNA uno dei momenti più critici è quello della conclusione del progetto di accoglienza per raggiunta maggiore età: è una fase che spesso comporta l'emersione, fino ad allora contenuta da un contesto comunque relativamente protettivo, di traumi vissuti, come quello della separazione dalla famiglia e dal proprio contesto culturale e quello, spesso ancora più violento, rappresentato dagli accadimenti del viaggio migratorio. Per i cosiddetti "neomaggiorenni", le interviste convergono nel segnalare un'insufficienza significativa dell'offerta di servizi di supporto ed accompagnamento dei minori fragili, tanto italiani quanto stranieri, che escono da percorsi protetti.

Un elemento inatteso che emerge dalle testimonianze raccolte, si riferisce al fatto che fragilità e disagio non colpiscono solo gli adolescenti ma cominciano ad estendersi anche ai preadolescenti e addirittura ai bambini. La criticità più evidente è quella rappresentata, in alcune aree del territorio metropolitano, dalla scarsa scolarizzazione dei minori già in tenera età, fenomeno che non riguarda solo gli stranieri ma anche i bambini italiani, e si manifesta con frequenti assenze, sgrammaticature nell'italiano parlato e ancor più scritto, difficoltà di lettura e di scrittura. Vi è una estesa povertà sotto il profilo delle abilità cognitive superiori che si accompagna anche a difficoltà rispetto agli schemi motori di base. Un'altra espressione di tali fragilità è rappresentata dalle scarse competenze sociali che porta anche i bambini ad esprimere il conflitto in modo soprattutto fisico, quasi che non sapessero mediare e non credessero nella possibilità di trovare soluzioni che non siano di tipo aggressivo. Il disagio non risparmia neanche i minori di seconda generazione. Anche essi sono ragazzi che manifestano, sospesi tra due mondi, una difficoltà di appartenenza e di identificazione che li conduce a non riuscire a relazionarsi con i propri pari. Nasce così una mancanza di fiducia negli altri ragazzi, nei propri pari, che produce isolamento sociale e impoverimento della dimensione relazionale. Tutti fattori che possono portare, soprattutto in età adolescenziale, a forme di disturbo psicologico grave, con aspetti depressivi e/o forme di autolesionismo. Su questo, le interviste indicano che, pur con qualche importante eccezione, vi è un'insufficienza diffusa della famiglia a intervenire ed a sopperire a queste difficoltà identitarie e disturbi psichici. Un ulteriore elemento messo in evidenza dalle interviste è costituito dalla differenziazione per genere con cui si manifesta la fragilità nei MCPT: essa origina, nelle ragazze, dal compromesso tra prescrizioni familiari e tendenze del gruppo delle pari, un aspetto che è molto meno accentuato nei maschi, che però tendono a ricercare una indipendenza che cortocircuita il successo scolastico nella ricerca di piccoli

lavori che consentono comportamenti apparentemente adulti (come il bere, fumare ecc.). Anche le manifestazioni patologiche di questi disagi hanno manifestazioni differenti per genere: le femmine manifestano maggiori difficoltà a relazionarsi con il proprio corpo e con la propria immagine, mentre per i maschi vi sono sbocchi diversi. Alcuni tendono a chiudersi in sé stessi nel mondo di internet e con i videogiochi altri possono assumere comportamenti devianti e/o aggressivi, anche indotti da frequentazioni di ragazzi di maggiore età dello stesso gruppo etnico, per via del predetto isolamento. Alcuni finiscono in carcere o in comunità, ma la qualità dell'accoglienza in queste strutture, che una volta per i minori era eccellente ed effettivamente rieducava, oggi è molto calata a causa dell'eccessivo affollamento e spesso i ristretti sono oggetto di medicalizzazione via psicofarmaci.

La risposta istituzionale a queste fragilità minorili ed a questo disagio è spesso difensiva: non infrequentemente si adotta la scorciatoia della medicalizzazione e del combattere il disagio principalmente attraverso i farmaci, con una scarsa attenzione ad un approccio transculturale. Per quanto attiene i soggetti che dovrebbero offrire sostegno ai minori fragili, va sottolineato come in nessuna intervista siano emerse problematiche relative a carenza di personale dedicato nei servizi pubblici di Roma Capitale, forse anche in ragione della attuale maggior dotazione di risorse legata al PNRR e al Giubileo. Criticità molto evidenti, al contrario, si riscontrano invece per le ASL (pur con delle eccezioni importanti) ed in questo ambito per i TMSREE che, pur essendo strutture specificamente dedicate alla presa in carico dei minori più vulnerabili, sono sottoposte ad un enorme carico di lavoro dovuto alla crescita esponenziale del disagio minorile registratosi in particolare dopo il COVID-19. In questo caso, le testimonianze raccolte appaiono indicare, oltre a tempi di attesa che nel tempo si sono enormemente dilatati sino a far raggiungere alle liste i 18 mesi per una visita, una ancora gravissima carenza di personale, anzitutto in termini quantitativi ma talvolta anche sotto il profilo qualitativo che, nel caso degli stranieri, si manifesta, ad esempio, con la mancanza di test diagnostici in lingua madre e la difficoltà ad attivare mediatori linguistici e culturali. Viene sottolineata, per i minori stranieri, anche la barriera culturale in senso lato (cioè, non soltanto linguistica), che impedisce allo specialista una compiuta comprensione del disagio e conseguentemente uno scambio comunicativo adeguato con il minore (ed eventualmente la sua famiglia) e pertanto un intervento di supporto efficace. La conseguenza di queste difficoltà di risposta dei TSMREE è che, una volta effettuata la diagnosi, il percorso terapeutico, quando possibile, viene traslato su soggetti del privato sociale che, in forma sostitutiva del pubblico, riescono a rispondere ai bisogni di presa in carico di minori e famiglie straniere. A questo riguardo, nelle interviste è emerso con forza una valutazione in generale positiva delle capacità e della presenza abbastanza capillare di un privato sociale particolarmente attivo e competente nel territorio di Roma Capitale che compensa in taluni casi anche le difficoltà di presa in cura dei servizi sanitari pubblici. Diversa appare, purtroppo, la situazione nel territorio della Città metropolitana, dove si registra una minore presenza di un privato sociale da impegnare in servizi di assistenza ai minori fragili e ancora più una difficoltà di intervento dei TSMREE di questi territori a causa di una carenza di organico maggiormente accentuata rispetto a Roma Capitale.

5.3 Approfondimenti qualitativi della mappatura

Per completare il quadro dell'analisi condotta sulle zone urbanistiche a maggiore presenza di minori MCPT più esposti al rischio di vulnerabilità, si è ritenuto utile procedere con specifici approfondimenti limitatamente a due di questi territori, rispettivamente appartenenti a Roma Capitale ed all'area metropolitana. Si tratta di Ostia Nord nel Municipio X di Roma Capitale e di Ladispoli per l'area metropolitana, ambedue aree che evidenziano numerose criticità, sintomatiche di marcate situazioni di disuguaglianza socioeconomica specifiche delle zone più svantaggiate. La lettura degli indicatori per le zone considerate, quando non registrano valori tra i più bassi tra i casi

territoriali contenuti nella mappatura, riportano comunque valori che sono espressione di una condizione di evidente rischio di vulnerabilità degli MCPT. Il quartiere di Ostia Nord (altrimenti denominata Ponente), dove vivono circa 41.000 residenti di cui oltre 6.000 bambini, bambine e adolescenti, nasce nel 1961 a seguito del frazionamento del Lido di Ostia, ha una estensione di 5,87 mq, è quasi completamente pianeggiante con piccole dune, ormai in gran parte coperte da edifici. Tra la popolazione qui residente si riscontra un livello di abbandono scolastico e di Neet superiore a quello medio di Roma Capitale, e ben distante da quelli registrati nelle zone migliori. Per quanto riguarda la condizione abitativa, si rileva un'elevata presenza di famiglie che non vivono in abitazioni di proprietà e un tasso di affollamento di abitazioni superiore alla media di Roma e significativamente alto. Anche sotto il profilo del reddito il territorio si caratterizza per una condizione cospicuamente peggiore rispetto al valore medio comunale. Alla stessa stregua il Comune di Ladispoli evidenzia un numero molto elevato di famiglie che non vivono in abitazioni di proprietà, e un tasso di alloggi impropri molto superiori alla media dei comuni dell'area metropolitana. Una condizione di difficoltà che si rafforza ove si considerino la presenza di famiglie con potenziale disagio economico, il reddito imponibile medio, e la presenza di Neet, tutti con valori significativamente superiori a quelli medi dei Comuni dell'hinterland. Il Comune di Ladispoli rappresenta inoltre un territorio particolarmente interessante per l'analisi e l'individuazione delle vulnerabilità psicosociali per i minori dei Paesi terzi, data l'incidenza della percentuale degli stranieri sulla popolazione totale e per l'assenza di servizi specifici mirati ai minori stranieri. La cittadina costiera, situata a nord-ovest della Capitale, si distingue infatti per essere un caso studio particolare in quanto malgrado l'assenza di progetti specifici dedicati ai minori stranieri, esiste un'offerta di servizi che risponde alle esigenze delle famiglie straniere e dei loro figli e figlie. L'analisi condotta su Ladispoli ha evidenziato come le fragilità psicosociali non derivino da singoli fattori isolati, ma da un intreccio complesso di elementi strutturali: come, ad esempio, scarsa offerta culturale pubblica, debolezza dei servizi e frammentazione sociale. Tutti indicatori che, anche quando non si attestano ai livelli più estremi, compongono un quadro di rischio diffuso e persistente così come si riporta nell'Annesso 1-C del Rapporto.

Entrambi questi territori risultano essere luoghi carenti di spazi della cultura come cinema, teatri e biblioteche, ciò che segna una netta distanza dalle zone centrali della città di Roma. Proprio per queste ragioni, Ladispoli è stata individuata, insieme a Ostia Nord nel Municipio X di Roma, come uno dei due territori chiave per un approfondimento mirato all'interno del progetto.

5.3.1 Il caso di Ostia Nord

Ostia nord rappresenta una realtà di particolare interesse rispetto alle risposte positive che un insieme di soggetti, istituzionali e no, hanno saputo dare alle difficoltà evidenziate in precedenza. Il punto più qualificante di queste risposte è certamente costituito dai ben sei *patti educativi* che sono stati sottoscritti da oltre 200 soggetti di natura pubblica, associativa, religiosa o addirittura individuale. Questi patti traggono origine dall'istituzione nel 2022 di una Cabina di regia per la legge 285 che è stata partecipata da una pluralità di soggetti e che oggi si potrà estendere alla partecipazione, come ricorda l'Assessore delle politiche sociali del Municipio: *"...anche di gruppi giovanili ...perché progettare con loro e non per loro mi sembra una svolta necessaria a questo punto"* In quella occasione, continua la testimonianza:

"ci siamo resi conto, proprio dal racconto delle scuole, di criticità molto gravi che riguardano i minori – tutti, anche quelli italiani – e anche di una grave difficoltà delle istituzioni, come la scuola, nel relazionarsi con queste criticità. Qualcosa che gli insegnanti, i dirigenti scolastici non avevano mai visto... lì si denunciava una difficoltà di relazione tra pari, molto grave, quindi: un isolamento dei ragazzi e dei bambini, la difficoltà anche di avere degli amici...Quindi io nella mia riflessione dico "cosa possiamo fare? Non possiamo fare i soliti "progettini" perché la pubblica

amministrazione... è abituata a andare avanti a bandi annuali, che poi si mettono a punto e si ripetono sempre tali e quali.... E quindi bisognava fare una cosa che io ho chiamato "Comunità educante" perché io credo che una delle risposte a tutto questo disastro possa venire proprio dalla comunità. La comunità però qui, almeno qui in questo Municipio, era qualcosa di completamente disgregato: il Covid ha lasciato delle tracce terribili sulla capacità di fare comunità." È così che è nata l'idea di fare una Settimana della comunità educante... senza finanziamenti, senza bandi, senza niente di niente. E lì abbiamo avuto una risposta straordinaria da tutto il territorio.

Che cosa è in definitiva la Comunità educante? Come chiarisce la responsabile di un polo educativo presente nell'area:

"si deve immaginare una struttura che dialoga in maniera molto dinamica con il territorio, che nel nostro caso è composta da circa 50 associazioni del territorio costituite come Comunità educante al cui interno sono presenti il Municipio con gli Assessori alla scuola e alle politiche sociali, numerosi assistenti sociali, ma anche le scuole e gli organismi preposti alla tutela della salute mentale in età evolutiva; quindi: tutto questo grande corpus di soggetti, di associazioni e di istituzioni dialoga in maniera continua, quotidiana, proprio per portare avanti questo concetto di comunità educante. Poi come Comunità educante ci sono sia degli incontri periodici in cui progettiamo degli eventi e discutiamo di temi che sono temi emergenti rispetto all'età evolutiva, che a volte sono allargati, anche sotto forma di vere e proprie cabine di regia municipali, e a volte più focalizzati o su delle aree di intervento, ad esempio la dispersione scolastica, piuttosto che su alcune progettualità che magari vedono il coinvolgimento ad esempio delle scuole. Questo dialogo è sicuramente continuo e ci permette appunto di fare una presa in carico condivisa, per cui non siamo settorializzati tra scuola, polo educativo, Asl, servizi sociali, ecc. ma siamo in continuo dialogo... Questo processo di strutturazione della Comunità educante ha poi portato nel 2023 alla firma dei "Patti educativi".

Come fa presente l'Assessore:

"così è iniziato il percorso di questi sei Patti educativi... anche se un Patto educativo esisteva già ad Ostia ponente, lo avevano fatto come Napoli: quello che abbiamo fatto di innovazione – proprio perché io avevo visto questa realtà – è che ne abbiamo creati sei; cioè: io mi sono fatta convinta che la comunità sta bene al livello del villaggio, se supera quella dimensione si sperde, si confonde; quindi: il quartiere visto come villaggio. Noi abbiamo diviso il territorio in sei: ogni Patto educativo, di questi sei, ha un referente del terzo settore (principio di sussidiarietà) e un referente scuola; ad oggi sono 203 le realtà che hanno aderito ai sei Patti e abbiamo dato spazio a associazioni formali e informali, per esempio le parrocchie, enti del terzo settore, cooperative, associazioni di volontariato, ma anche singoli cittadini, perché è nella logica della comunità, secondo me, di non tenere fuori nessuno... però è partecipato anche dal Municipio. Loro si riuniscono e io vado a tutte le riunioni... questo loro tendono a dimenticarselo, ma invece l'ASL, l'ente territoriale, ecc. devono stare dentro a questo processo. Le istituzioni presenti nei Patti educativi sono scuole, municipi e ASL e poi c'è il vario mondo del terzo settore, delle associazioni, dei comitati di quartiere. Adesso io sto creando, con lo stesso criterio, anche due "Poli civici": uno sempre ad Ostia ponente e uno ad Acilia, che sono i due luoghi più critici dal punto di vista sia del reddito che della disoccupazione e della criminalità, ma anche dell'abbandono, dell'elusione scolastica, ecc... In questi due Poli civici io coinvolgerò tutte le reti di tutti e sei i Patti educativi, perché io credo che dobbiamo fare lo sforzo di dargli una dimensione possibile – ecco: il quartiere, sei Patti educativi, perché si muovono dentro al quartiere – ma poi dobbiamo anche sempre lavorare per ricordargli che fanno parte di un Municipio, di una città, di una nazione".

A questa strategia d'intervento si è recentemente associata la creazione di una struttura denominata *Minori al Centro*, finalizzata alla protezione e cura di minori vittime di abuso e maltrattamento, una sfida importante e complessa che il centro realizzerà grazie alla collaborazione e all'integrazione tra diversi servizi. Una iniziativa particolarmente utile in un territorio in cui come sottolinea la responsabile di un Polo educativo, ci sono in generale per quanto riguarda la salute mentale dei minori dei limiti importanti:

“nel senso che il sistema locale non può sopportare tutta la richiesta che viene fatta – ma qui parlo in generale – per cui magari alla valutazione si arriva, con tempi lunghi ma si arriva, ma poi non si arriva alla terapia perché quella pubblica non è sufficiente e quella privata non è accessibile. Questo è un problema che vale per tutti i minori... è anche un problema molto grave purtroppo, per cui ad esempio noi abbiamo anche all'interno del nostro Polo un servizio di consulenza e terapia. ...È un servizio che dialoga in maniera molto stretta con l'ASL e che fa dei percorsi di supporto psicologico; quindi: non è terapia vera e propria, perché ha una durata limitata, però fanno ad esempio anche interventi di gruppo con gli adolescenti, fanno interventi di gruppo con i genitori, fanno percorsi individuali con i genitori quindi ci sono varie possibilità... però non è esaustiva rispetto alle richieste”.

Un aspetto specifico della peculiarità positiva di Ostia nord è costituito dalla presenza del Teatro del Lido di Ostia. Come riporta il suo responsabile:

“È un teatro di cintura che fa un lavoro di programmazione culturale e artistica chiaramente, però fa molto un lavoro di natura anche sociale, educativa, di arte educazione sulla comunità, di creazione di comunità, diciamo così. Siamo molto immersi dentro i processi dal basso che hanno a fare con le reti educative, quindi con le scuole, gli enti di terzo settore, anche le comunità di immigrati.”

Continua il responsabile:

“Noi facciamo uno sforzo per far passare l'idea, la nozione, che la cultura è fondamentale quanto il pane, quanto le medicine, quanto una buona istruzione scolastica. Però è un percorso molto difficile, lento, parcellizzato...C'è una barriera, soprattutto in periferia, non tanto o non solo economica, per cui il costo del biglietto è troppo alto in alcuni casi: no, c'è soprattutto una barriera culturale e psicologica, che rivela proprio quella vulnerabilità che caratterizza molte famiglie dell'area ed in particolare quelle immigrate. E cioè se anche invitassimo le famiglie a partecipare gratuitamente, non verrebbero, perché il teatro non è percepito come una necessità. È un servizio che in molti casi, anche per le famiglie italiane povere, che qui sono tante, non viene percepito come un servizio essenziale. A teatro difficilmente ci vanno le famiglie dei ceti più bassi, a meno che facciamo dei laboratori e allora arrivano a teatro attraverso un percorso fisico, corporeo, testuale, che lì vede protagonisti attivi e non spettatori. Allora in questo caso le persone si possono avvicinare a questo mondo così magico ma anche un po' difficile, non sempre immediatamente accessibile...Il tema, dunque, è che tutto passa attraverso la buona relazione. Quindi il teatro deve apparire come un luogo che accoglie, non deve essere freddo, chi accoglie deve avere un approccio molto caldo e accogliente e noi lavoriamo molto su questo. Cioè, il nostro staff cerca di mettere in pratica questo principio della cultura dell'accoglienza, per cui non si tratta semplicemente di un museo; il teatro è un ecosistema di buone relazioni in quanto il teatro si regge tutto sull'idea che il cittadino, il pubblico, venga accolto, c'è un processo di socializzazione, non si vede solo lo spettacolo ma si va al teatro per incontrare, per aggregarsi, per conoscere”.

Il Teatro condivide con altri soggetti un progetto denominato Intercultura che va avanti da un paio di anni e fa un lavoro di advocacy, sportelli di orientamento, consulenze legali gratuite e anche attività di mediazione linguistica e culturale nelle scuole o nei centri di accoglienza degli immigrati. Come sottolinea lo stesso responsabile del Teatro

“C'è nel quartiere di Acilia un centro che si chiama Santa Baguita, dove ci sono donne con bambini africani, ucraini eccetera e noi con questo progetto cerchiamo di fare un lavoro per portarli fuori dal centro e farli socializzare con le comunità residenti attraverso i laboratori per i bambini.”

5.3.2 Il caso di Ladispoli

La presenza di minori stranieri a Ladispoli si colloca in un contesto sociale caratterizzato da una crescente complessità culturale, che arricchisce il tessuto cittadino ma, al contempo, genera nuove

sfide sul piano dell'integrazione e del benessere giovanile. Se da un lato la multiculturalità rappresenta una risorsa in termini di pluralismo e convivenza, dall'altro la città si confronta quotidianamente con le difficoltà vissute da una fascia particolarmente fragile della popolazione: i minori di origine straniera. Questi ragazzi e ragazze, che spesso affrontano percorsi migratori complessi e discontinui, si trovano a vivere in uno spazio sospeso tra la cultura d'origine e quella del paese ospitante, condizione che può generare disorientamento, conflitti identitari, vulnerabilità emotiva e disagio scolastico.

Per la realizzazione in questo caso, sono stati ascoltati diversi attori del territorio impegnati nel sostegno all'inclusione scolastica e sociale dei minori stranieri, tra cui assistenti sociali del Comune, psicologhe del territorio e educatrici⁴⁴ della Cooperativa La Goletta⁴⁵ una delle realtà più attive nell'ambito della presa in carico educativa e psicologica dei minori sul territorio:

“Allora, diciamo che svolgo tutti i ruoli legati proprio alla mia professione di educatrice. Svolgo il mio ruolo da assistente alla comunicazione aumentativa alternativa, che è una roba che comunque riguarda la scuola e nello specifico l'assistenza sui bambini autistici, affiancando a livello didattico, insegnanti e sostegno. Poi invece il pomeriggio svolgo un servizio di doposcuola che è racchiuso all'interno di un progetto che si chiama Il Monello, al quale la cooperativa accede tramite bando e gara d'appalto ogni tot. Di questo progetto fanno parte gli incontri protetti, le educative domiciliari e il doposcuola. Io svolgo tutti e tre”.

Le testimonianze raccolte restituiscono un'immagine articolata e per molti versi critica della condizione giovanile straniera a Ladispoli. Sebbene sul territorio esista una rete di servizi attivi, alimentata dalla collaborazione tra enti pubblici e realtà del terzo settore, il sistema appare spesso frammentato e poco strutturato nell'intercettare i bisogni specifici di questi minori. Il disagio non si manifesta in modo isolato o omogeneo, ma si intreccia con molteplici fattori — linguistici, culturali, sociali ed economici — che rendono l'intervento educativo e sociale particolarmente delicato.

Così come per le altre sezioni del Rapporto, la presentazione delle specificità del territorio relative alle vulnerabilità psicosociali dei minori stranieri è qui presentata attraverso gli stralci di intervista e dei focus group.

Uno dei primi ambiti in cui le fragilità emergono con forza è quello scolastico, i minori stranieri risultano particolarmente esposti a situazioni di disagio, che si radicano non solo nella condizione migratoria, ma anche in fattori culturali, linguistici e relazionali.

“spesso e volentieri disagio e vulnerabilità vanno insieme. Mentre per i minori italiani magari c'è solo disagio. C'è anche un discorso culturale, in alcune situazioni. Noi tante volte ci confrontiamo proprio tra di noi per capire se ciò che vediamo e osserviamo nelle famiglie possa essere anche filtrato dalla cultura. Questo va tenuto in considerazione perché ci aiuta a comprendere, anche a livello abitativo o sociale, come le famiglie si adoperano, e quindi come contrastare il disagio minorile sul territorio”.

La condizione di vulnerabilità dei minori stranieri è amplificata da una serie di fattori interconnessi:

⁴⁴ Nello specifico sono state realizzate tre interviste in profondità condotte con psicologhe ed educatrici operanti all'interno della Cooperativa Sociale "La Goletta" e un focus group con la partecipazione degli/delle assistenti sociali del Comune di Ladispoli, figure istituzionali centrali nei processi di gestione dei casi e nel raccordo tra le famiglie, le scuole e i servizi territoriali.

⁴⁵ La Cooperativa Sociale "La Goletta", attiva dal 1996 sul territorio di Ladispoli e Cerveteri, nasce dall'iniziativa di un gruppo di operatori sociali con l'obiettivo di offrire interventi professionali rivolti alle fasce più fragili della popolazione, promuovendo un modello partecipato e democratico di lavoro. Nel tempo, la cooperativa si è ampliata integrando nuove professionalità, consolidando la propria struttura organizzativa e rafforzando la rete di collaborazioni con enti pubblici e università. Oltre ai servizi socio-assistenziali rivolti ad anziani e disabili, "La Goletta" gestisce oggi numerosi interventi rivolti ai minori, tra cui: l'assistenza alla comunicazione aumentativa alternativa (CAA) in ambito scolastico per alunni con disturbi dello spettro autistico; educativa domiciliare, il doposcuola nell'ambito del progetto "Il Monello", che comprende anche incontri protetti e interventi domiciliari. Queste attività si affiancano a un lavoro costante di integrazione sociale e sostegno educativo, in sinergia con i servizi istituzionali.

- Barriere linguistiche che ostacolano la comprensione e l'espressione, in particolare a scuola.
- Modelli culturali divergenti, spesso patriarcali, che possono generare tensioni familiari e sociali.
- Una collocazione identitaria incerta, specialmente tra le seconde generazioni, che vivono un conflitto tra la cultura d'origine e quella ospitante.
- Assenza di supporto familiare nei percorsi scolastici, con ricadute significative in termini di rendimento e autostima.

Un primo livello di difficoltà emerge nella sfera dell'apprendimento, dove si evidenziano gravi lacune linguistiche, soprattutto nella comprensione del testo e nella produzione scritta, dovute principalmente all'utilizzo esclusivo della lingua d'origine in ambito familiare e alla mancanza di supporto educativo a casa.

Le difficoltà linguistiche rappresentano un ostacolo rilevante: molti bambini e ragazzi usano esclusivamente la lingua madre in ambito familiare, arrivando a scuola con un vocabolario povero, che compromette la comprensione dei testi, la produzione scritta e la partecipazione attiva.

"il problema della lingua, il fatto che comunque quello che ho riscontrato, il grande limite di questi ragazzi è che tutti i genitori, a casa, parlano la lingua d'origine. Quindi è come se loro rimanessero bloccati in un limbo, in cui vivono un mondo a scuola, in cui si parla l'italiano, ti devi esprimere in italiano, devi elaborare dei concetti in italiano, con grandissima difficoltà, perché tutta questa parte, poi, a casa, non è per niente supportata".

Questa condizione non è imputabile a limiti cognitivi, bensì a una povertà linguistica legata all'ambiente d'origine e alla mancanza di supporto educativo domestico:

"Tutti hanno problemi di grammatica gravissima, lacune immense di grammatica, e lacune immense anche di comprensione del testo. Ma non per un deficit cognitivo, ma proprio perché non conoscono le parole... cioè, è il numero di vocaboli, è il vocabolario che hanno, che è molto limitato. E quindi, ovviamente, quando poi non riesci a esprimere, non hai parole per esprimere il concetto, tante idee in testa, nemmeno vengono! Non so come dire, è un po' come un cane che si morde la coda. E loro vivono nella superficialità del sufficiente!"

Educatrici e operatori del doposcuola, come quello de "Il Monello"⁴⁶, sottolineano che, sebbene i minori stranieri dimostrino spesso buone capacità relazionali, le lacune linguistiche si traducono in difficoltà scolastiche profonde, che influiscono sull'autostima e sulla motivazione allo studio. Allo stesso tempo, anche i minori italiani presentano segni di disagio, come ansia sociale, ritiro relazionale e bassa autostima, segnalando una fragilità giovanile diffusa, seppur con caratteristiche diverse.

"Il disturbo del comportamento ormai è diffuso anche tra i minori italiani. In passato era legato soprattutto a famiglie con separazioni conflittuali. Ora quasi tutti gli utenti presentano disturbi comportamentali: difficoltà scolastiche, deficit dell'attenzione, disturbi psicologici seri. Molti adolescenti passano per comunità terapeutiche, e i casi sono aumentati rispetto agli anni passati".

Le problematiche educative si intrecciano con difficoltà relazionali e identitarie, soprattutto nelle seconde generazioni, che vivono spesso un conflitto interiore tra i valori della cultura d'origine e quelli del contesto italiano.

⁴⁶ Il progetto "Il Monello" nasce come supporto concreto alle famiglie e come strumento per contrastare il disagio minorile. Si rivolge in particolare ai minori e ai nuclei familiari segnalati dall'autorità giudiziaria, dalle Forze dell'Ordine, dalle Scuole e dai Servizi Sociali, prendendoli in carico attraverso un'azione coordinata e mirata. L'intervento prevede la realizzazione di indagini socio-ambientali e l'attivazione di percorsi personalizzati per affrontare le problematiche emerse, coinvolgendo attivamente la rete territoriale — sia formale che informale — per creare una risposta condivisa e integrata. Tra le attività offerte: sostegno e mediazione familiare, assistenza educativa sia domiciliare che di gruppo, incontri protetti, laboratori creativi e ricreativi, attività sportive, iniziative estive, sportelli di ascolto nelle scuole e servizi di doposcuola.

“eh sì! è importante no, soprattutto se sono radicati. Perché comunque a casa, cioè, vedono Youtube libico, vedono quello in cinese, vedono... Cioè, quindi sono molto radicati nella loro cultura. Molto più radicati nella loro cultura che non in quella italiana. Quindi può essere un fattore di rischio questo...e questo può generare... Cioè, si li espone a più rischio”.

“Abbiamo avuto ragazzi e ragazze che hanno denunciato maltrattamenti in famiglia. Nati in Italia, ma con educazione straniera e vita sociale italiana, spesso non trovano equilibrio. Sono ben inseriti a scuola, ma a casa vivono in contesti dove devono “essere meno italiani”. Questo genera conflitti, denunce, penali, inserimenti in struttura, cali scolastici.”

Le intervistate osservano come, in assenza di riferimenti genitoriali stabili o in presenza di famiglie disfunzionali, questi giovani sviluppino forme di disagio comportamentale, ansia e una tendenza alla dispersione scolastica. La complessità aumenta nei casi in cui l'educazione tradizionale familiare si scontra con i modelli educativi della scuola italiana, generando rotture comunicative e conflitti. In particolare, le barriere linguistiche rappresentano un fattore critico, poiché ostacolano la possibilità di dialogo tra scuola, servizi e famiglie, impedendo un'efficace presa in carico integrata. La complessità è accentuata nei casi di minori maltrattati, o dove si incrociano educazione tradizionale e socializzazione italiana:

“nelle seconde generazioni, è più facile da comprendere ma non da superare. I ragazzi sanno benissimo cosa vuol dire avere un padre che minaccia la famiglia e spesso sono proprio loro a denunciarlo a scuola. Ma poi fanno fatica a non replicare quegli stessi modelli. È lì che dobbiamo lavorare: sulla consapevolezza che alcune strutture familiari portano a scelte sbagliate — come non studiare, fare figli troppo giovani — che poi compromettono l'autonomia, sia personale che economica.”

Le barriere linguistiche compromettono spesso la qualità dell'intervento educativo e terapeutico, ostacolando la comunicazione con le famiglie.

Anche l'educatrice, attiva in vari progetti tra cui il doposcuola de “Il Monello”, segnala come la partecipazione di minori stranieri ai servizi sia elevata e accompagnata da una certa disinvoltura sociale, ma anche da profonde difficoltà scolastiche e linguistiche. Interessante è anche l'osservazione secondo cui le criticità riguardano trasversalmente tutti i minori, inclusi quelli italiani, che manifestano disagi psicologici come bassa autostima e isolamento relazionale.

I principali fattori di rischio secondo gli/le intervistati/e si distribuiscono su tre livelli:

Individuali

- Autostima compromessa
- Disturbi alimentari e del sonno
- Esperienze migratorie traumatiche
- Uso di sostanze e dispersione scolastica

Familiari e comunitari

- Barriere linguistiche e isolamento sociale
- Cultura patriarcale e violenza educativa
- Assenza di figure di riferimento nei MSNA
- Precarietà abitativa e promiscuità domestica frequenti.

Strutturali

- Difficoltà di accesso ai servizi per assenza di informazioni e sportelli
- Sfruttamento lavorativo latente, soprattutto in contesti familiari.
- Discriminazione e emarginazione sociale, sebbene non sempre esplicita.

A livello personale, l'autostima ridotta, la difficoltà nel sonno, disturbi alimentari e traumi legati al percorso migratorio rappresentano elementi di vulnerabilità significativi. Disturbi comportamentali che possono rivelarsi in maniera evidente e/o sfociare in altre criticità, come sostengono le intervistate:

“Molto spesso, sì, c'è disagio comportamentale che può portare a dispersione scolastica. Diciamo che molto spesso i minori stranieri hanno delle manifestazioni comportamentali molto

più evidenti, molto più accentuate rispetto a quelli italiani. [...]E poi, diciamo, a livello comportamentale ed emotivo, molto spesso abbiamo disturbi d'ansia. Molto spesso abbiamo disturbi d'ansia nei termini di manifestazioni comportamentali che hanno una prerogativa estremamente ansiogena. Proprio bloccante, disturbi alimentari anche e poi dei problemi legati all'attenzione!"

"Ragazzi stranieri, per quelli che frequentano, cioè ognuno porta le sue le criticità. Chi soffre della sindrome della TANA, chi ha l'ansia sociale, ognuno comunque ha le sue difficoltà con l'autostima".

"Il viaggio incide tantissimo. Non è un viaggio fatto comodamente in aereo, con una valigia in mano. È un'esperienza durissima, spesso lunga, faticosa e pericolosa. E affrontarla in giovane età, senza un'adeguata maturità emotiva, comporta traumi profondi. Si portano dietro un carico emotivo enorme. Molti di loro fanno il cosiddetto "viaggio della speranza", sognando di arrivare in una sorta di isola felice. Ma poi, spesso e volentieri, si ritrovano in situazioni difficili, ben lontane da quelle che avevano immaginato. Questo genera una frustrazione e un trauma non indifferenti".

Sul piano familiare come dalle testimonianze che seguono, si segnalano barriere linguistiche rilevanti, modelli educativi patriarcali (in particolare in alcune comunità), mancanza di supporto affettivo, precarietà economica e abitativa, nonché l'inversione dei ruoli genitore-figlio dovuta alla non conoscenza dell'italiano da parte degli adulti.

"Ad esempio, io ho tre ragazzine libiche e io parlo solo con loro. Non trovo un adulto di riferimento con cui confrontarmi. Perché non sanno l'italiano. Quindi, questo... Perché, se non parla l'italiano, ma non perché non so come dire il minore diventa l'adulto e quindi c'è di base una richiesta di autonomia! Però se non ti impari l'italiano, non ti impari la lingua del paese dove sei, vuol dire che non ti puoi occupare dei tuoi figli! Magari ci sono i fratelli e le sorelle più grandi ma in genere parliamo sempre di minori!

"Sì, c'è una differenza nei termini di presenza dei genitori. Molto spesso i minori stranieri hanno delle famiglie meno accompagnanti rispetto a quelle italiane. Intendo, accompagnanti nei percorsi, negli studi, riguardo proprio la presenza genitoriale. Quindi anche nella modalità di essere genitori".

"la vulnerabilità è spesso legata al concetto culturale, che difficilmente cambia in relazione al livello d'integrazione. Per quanto riguarda le nazionalità europee è un po' più semplice, anche se ci sono comunque difficoltà culturali. Per esempio, una famiglia rumena fa molta più fatica a comprendere il concetto di conflitto o violenza di genere, perché hanno un sistema patriarcale molto radicato, più ancora di quello italiano".

"Quando si parla di famiglie non occidentali, cambiano completamente gli schemi familiari, relazionali e gli spazi abitativi. Ci può sembrare che vivano in condizioni non idonee, ma nella loro concezione quello spazio è funzionale. Vivere in tanti in poco spazio può avere un significato culturale. Questo va considerato, perché altrimenti rischiamo di fare valutazioni inadeguate".

Dal punto di vista strutturale, sono particolarmente problematiche le difficoltà di accesso ai servizi, l'assenza di progettualità integrate, la discriminazione sociale e le responsabilità precoci affidate ai minori in ambito familiare o lavorativo, come osservato nel caso di alcune famiglie cinesi:

"Le persone dell'Est Europa, per caratteristiche fisiche, risultano più simili a noi: altezza, colore della pelle, occhi, ma anche il modo di muoversi e comportarsi. Tutti questi aspetti, secondo me, facilitano un'accettazione implicita da parte dei cittadini italiani, proprio perché percepiti come "più vicini" a noi. Questo tipo di accettazione è meno evidente nei confronti della popolazione africana. Si tratta anche di altri tratti fisici e comportamentali. Inoltre, anche a livello religioso c'è una differenza: molti provenienti dall'Est sono ortodossi, una religione che, pur essendo diversa dal cattolicesimo, è comunque culturalmente più vicina e storicamente presente in Europa. Questo la rende, a mio avviso, più accettabile rispetto, ad esempio, ai culti tradizionali africani. Si accetta più facilmente un rito ortodosso che un rito legato alla religione senegalese, per dire".

Nonostante questo quadro complesso, sono stati identificati al contrario anche alcuni fattori protettivi. Il benessere emotivo, la presenza di figure adulte stabili, la partecipazione a reti sociali e la coesione con il gruppo dei pari rappresentano elementi fondamentali per la resilienza dei minori. Soprattutto l'integrazione scolastica si conferma una risorsa chiave nei contesti più strutturati, come il doposcuola, dove l'inclusione sembra essere più efficace:

"L'attaccamento stabile del minore ai membri adulti della famiglia. Sentirsi parte di una comunità caratterizzata da forte coesione sociale. Buon inserimento nel gruppo dei pari. tutto questo assolutamente sì. Guarda penso che tutti questi fattori aiutino tantissimo, soprattutto per i MSNA".

Il disagio non si concentra in aree isolate, ma presenta focolai di fragilità nei quartieri:

- Bojetto: presenza di senzatetto.
- Piazza Domitilla, Parco Viale Mediterraneo: aggregazioni giovanili e consumo di cannabis.
- Via Ancona, Via Odescalchi e lungomare: nuclei abitativi marginali e fragili dal punto di vista sociale.

"Ma più o meno la zona un po' più problematica continua a rimanere i giardinetti di via Ancona e di via Odescalchi. L'ultimo tratto di lungomare anche, come si chiama? non mi viene ora!"

"A Piazza Domitilla è che lì si concentrano, si ritrovano. Perché poi magari c'è il Bojetto, per dirti, dove ci sono tantissimi senza fissa dimora che hanno la residenza nella casa comunale. Prima stavano nel parcheggio del Gross, quello provinciale, poi sono stati spostati da lì e adesso stanno al Bojetto. Lì c'è un'altra concentrazione di "disagio".

"Poi ci sono i senza fissa dimora, alcuni per scelta, altri no, con problematiche psichiatriche, piuttosto che discariche. In quelle zone non ci sono minori al momento, sono tutti adulti. Mentre poi è ovvio che nei parchi — a differenza di Piazza Domitilla piuttosto che anche il parco dietro a Viale Mediterraneo, quello a Palo Laziale — noi sappiamo che lì c'è una concentrazione di ragazzi, anche davanti alla Salus, proprio al centro, che fanno tantissime canne".

Riguardo le nazionalità associate ad un livello di rischio maggiore, i minori provenienti dalla Romania e dalla Bulgaria sembrano essere più vulnerabili, a causa di una scarsa consapevolezza genitoriale sull'educazione dell'infanzia. Però un po' dipende da quali fattori incidono maggiormente sul benessere dei minori:

"Complessa questa domanda. Perché la comunità cinese è strutturata economicamente ma vulnerabile sotto alcuni aspetti. Mentre quella africana, direi io, è sicuramente più vulnerabile a livello economico ma ha una struttura più solida. È un po' complessa come domanda. Quella indiana è una terza cosa ancora? Non lo so. Come dire, decidere fra... Cos'è più grave? Un rischio economico o un rischio di altra natura?"

"Sì, per esempio dalla Bulgaria e dalla Romania sono più soggette, probabilmente perché non c'è una buona conoscenza dell'infanzia, dell'educazione a livello genitoriale. Manca un'educazione relazionale ed emotiva...almeno quello che ho visto io!"

"La comunità romana, da studi che ha fatto il SERD di Bracciano, specialmente su Cerveteri e Ladispoli, risulta che i romeni, per esempio, fanno più uso di eroina e alcol, e iniziano con l'eroina in età molto giovane. E poi vanno in escalation".

La comunità libica, per esempio, risulta fortemente isolata, con notevoli barriere linguistiche e difficoltà di contatto tra scuola e famiglia. La comunità cinese, pur godendo di una maggiore stabilità economica, presenta vulnerabilità di tipo relazionale ed emotivo, oltre a una precoce responsabilizzazione lavorativa dei minori. Al contrario, alcune comunità africane mostrano una struttura familiare più coesa, sebbene siano colpite da maggiore povertà materiale.

Un capitolo a parte riguarda i minori stranieri non accompagnati (MSNA), che, sebbene a Ladispoli non siano oggetto di progettualità specifiche, vengono percepiti dagli operatori come una delle categorie più esposte alla vulnerabilità.

“Perché i minori stranieri non accompagnati tendono ad avere una figura di riferimento, un connazionale, un cugino, qualcuno con cui hanno fatto il viaggio. Cercano in qualche modo di ricomporsi con chi conoscono. È un lavoro difficile da fare, secondo me. È molto più semplice, per assurdo, lavorare con una famiglia straniera che ha delle difficoltà, ma almeno puoi spiegare perché intervengono i servizi sociali. Per i minori soli, invece, è molto più complicato.”

“Questi ragazzi fanno fatica a inserirsi in un contesto culturale che è molto distante dal loro. Sono costretti a rivedere e riadattare il proprio modo di essere. L'adattamento richiede tempo e non si tratta solo di integrazione, ma di vera e propria inclusione. E l'inclusione può avvenire solo se anche la comunità ospitante è pronta ad accoglierli.”

La loro fragilità deriva dall'assenza di figure genitoriali di riferimento e da una scarsa fiducia nelle istituzioni, con conseguente difficoltà ad affidarsi a tutori o strutture. Questi minori si trovano spesso disorientati, senza modelli culturali integrati, e manifestano un atteggiamento di rifiuto verso la cultura ospitante.

“Principalmente, quando le esperienze relazionali familiari di base non sono adeguate per lo sviluppo dell'identità, soprattutto a partire dall'infanzia, dal legame di attaccamento con i genitori — che a sua volta può riflettersi poi in comportamenti disfunzionali o, per come la vedo io, comunque non adeguati ad affrontare le frustrazioni che la società impone, anche nelle relazioni tra pari”.

Il territorio, secondo le testimonianze raccolte, non appare attrezzato per offrire una risposta adeguata e strutturata a questa fascia di popolazione: mancano progettualità dedicate, risorse logistiche e strategie organiche di accoglienza.

“Per dire, io conosco comunque dei servizi per minori, nel sociale, rivolti a situazioni di disagio economico oppure a persone con disabilità, che funzionano abbastanza bene. Che ne so, centri di supporto per l'autonomia... sono stati realizzati progetti legati allo sviluppo e al sostegno delle famiglie che ne avevano bisogno, con servizi anche pratici, concreti. Per esempio, il pulmino che porta i ragazzi al mare — può sembrare una banalità, ma per molte famiglie è un supporto significativo. In questi casi, sì, credo che abbiamo una buona rete, e che possano essere inclusi anche i minori stranieri”.

“Noi abbiamo un grosso problema anche nel comprendere il disagio giovanile, perché non abbiamo un SERD qui. Il SERD è a Bracciano e facciamo fatica a mandarci le persone adulte con la macchina, figuriamoci i minori. E quindi non abbiamo, secondo me, contezza di quanto le sostanze stupefacenti stiano effettivamente minando il territorio ladispolano e cerveterano. Lo sappiamo perché lo vediamo. Perché comunque i minori che abbiamo in carico, se tu fai la domanda “bevi?”, quasi tutti hanno avuto comunque degli episodi. Ma non abbiamo un dato ben preciso su quelli che abbiamo in carico”.

Sebbene a Ladispoli siano presenti diversi servizi destinati a minori vulnerabili, come centri per l'autonomia, trasporti scolastici e supporti alle famiglie, questi non sono pensati specificamente per i minori stranieri.

“Diciamo che questo è un piccolo centro. Una piccola bolla. Quindi è tutto più ridimensionato. Quindi nel grande calderone minori ci entra un po' tutto, sebbene poi le differenze, le diversità degli interventi dovrebbero diversificarsi”.

“Ti posso dire che c'è la Caritas forse e poi l'associazione Animo⁴⁷ che comunque aiuta con donazioni di vestiario per i piccoli, passeggini, tutto quello che può essere utile per le famiglie insomma...”.

“Spesso riescono comunque a includerli, se i minori fanno parte di un nucleo familiare, ma rimane evidente la mancanza di sportelli dedicati e di una mappatura aggiornata delle risorse presenti sul territorio. Secondo me non ci sono servizi adeguati per aiutare i minori stranieri con questo tipo di background. Per come la vedo io, esistono comunque delle strutture di supporto,

⁴⁷ Tutte le intervistate alla domanda su quali altre operatori sociali sono presenti sul territorio, citano l'associazione Animo che, sebbene non lavori specificatamente con i minori stranieri sul territorio, rappresenta un punto di riferimento per le famiglie straniere e con vulnerabilità.

ma sono maggiormente rivolte alla comunità di appartenenza, cioè a quella residente sul territorio già da tempo. Quindi, sì, c'è un supporto che funziona in altri contesti sociali, ma per quanto riguarda i minori, secondo me, manca proprio anche la conoscenza sul territorio di come affrontare certe situazioni".

Le operatrici sociali segnalano una carenza di comunicazione tra le varie realtà – scuole, servizi sociali, cooperative, associazioni – e un coordinamento insufficiente, che rende frammentari gli interventi.

"Tramite i servizi sociali si spera che informino le famiglie. Le famiglie sui servizi del territorio. Per esempio, la famiglia che seguo io, non sapeva dell'esistenza di Animo".

"La burocrazia e la complessità nella produzione della documentazione rappresentano ulteriori ostacoli all'accesso ai servizi, penalizzando in particolare le famiglie straniere con scarsa padronanza della lingua. La burocrazia, nel senso che anche a livello di assistenze sociali è molto lungo l'iter. Ad esempio, è segnalato dalla scuola il bambino X e vengono dopo un po' di tempo messi in atto i servizi sociali che convocano i genitori che fanno tutto l'iter in termini di carte e varie e poi vanno alla Goletta. Quindi poi si struttura la rete intorno al bisogno".

"La burocrazia che richiede comunque tempi non indifferenti e magari potrebbe essere alleggerita in un modo significativo. Perché per richiedere il servizio devi attraversare delle pratiche assurde. Faccio un esempio, ci sono famiglie straniere che hanno dei figli con disabilità, fanno lo stesso identico accesso e percorso delle altre famiglie con figli con disabilità, solo che loro hanno una difficoltà maggiore perché è legata alla lingua utilizzata sulla documentazione!"

Si sottolinea inoltre come il lavoro sociale dovrebbe orientarsi non solo su azioni di emergenza, ma su progetti di lungo termine, dotati di obiettivi chiari, percorsi educativi e formativi stabili con un personale professionalmente preparato.

"Investire maggiormente su gente, persone, professionisti in grado comunque di progettare e portare avanti quei progetti a lungo termine. Perché è fondamentale che ci siano professionisti che non siano a breve termine perché altrimenti il progetto non va. Un investimento sulla professionalità delle persone sicuramente a mio avviso aiuterebbe, come effetto "Boomerang" diciamo così, aiuterebbe la società e viceversa. E poi la continuità dei finanziamenti. Perché non sempre va così perché spesso c'è un inizio, una fine, un inizio, una fine e poi ogni volta, comunque, si riparte con progettistiche, con progetti diversi. A mio avviso invece se il progetto nasce e funziona deve essere finanziato a lungo termine con professionisti perché poi si può diramare e allargare. Può creare anche una buona pratica, perché poi se il personale professionale sta bene, conosce bene il lavoro e soprattutto è tranquillo nell'esecuzione del lavoro, senza una scadenza che inevitabilmente poi ti mette ansia. Questo, concede comunque di lavorare serenamente sui ragazzi e di rispettare anche i loro tempi perché spesso i tempi ognuno ha i propri e quindi si potrebbe far molto di più sotto quell'aspetto".

"Noi non abbiamo una figura strutturata del mediatore. Purtroppo, avevamo un progetto che è terminato, e stiamo cercando di capire come poterlo rendere stabile. Anche perché non facciamo più il segretariato sociale, che ci aveva aiutato tantissimo con tutta la cittadinanza. [...] avere anche un servizio stabile che ti aiuti da quel punto di vista sarebbe importante. Abbiamo visto, con il progetto IMPACT, che avere un mediatore ha fatto la differenza: lei è diventata il punto di riferimento per alcune famiglie, alcune comunità. La chiamano direttamente ancora, chiedono se può intercedere. Diventano punti di riferimento, fanno parte della rete".

Le famiglie straniere, pur non essendo escluse dai servizi, incontrano dunque maggiori difficoltà pratiche legate alla lingua e alle procedure amministrative. Tra i bisogni emersi con maggior forza si evidenziano la necessità di una mappatura dei servizi esistenti, l'attivazione di sportelli dedicati all'orientamento per famiglie migranti, e l'implementazione di progetti pensati specificamente per i minori stranieri.

"informazione e comunicazione. Il comune di Ladispoli non ha una mappatura di tutte le associazioni e di quello che fanno. Almeno sicuramente un paio d'anni fa, tre anni fa, non ce l'aveva. Sarebbe una cosa fantastica averla".

Si auspica quindi un rafforzamento del lavoro di rete tra scuola, servizi sociali e terzo settore, affinché si possano costruire percorsi inclusivi realmente efficaci.

“Qui solitamente le strutture territoriali sentinella sono le scuole, strutture territoriali intese come scuole, anche le chiese, e poi ci sono appunto le colleghe della Goletta che fanno il doposcuola e quindi riescono a conoscere le famiglie, magari anche quelle seguite dai servizi sociali. I servizi sociali a loro volta si intersecano con scuole, chiese e ovviamente con la Goletta”.

“La rete è la cosa su cui si deve lavorare tutta la vita. Anche perché la rete la fanno le persone. I servizi sì, ma sono le persone che lavorano nei servizi a fare la differenza. Questo è un territorio dove il turnover professionale è abbastanza alto. Cambiano gli operatori: negli enti, nei comuni, nelle cooperative... e questo significa ogni volta riformare le relazioni, riallacciare i legami. E a volte si spezzano”.

Secondo alcune testimonianze il territorio dovrebbe dotarsi di strutture ad hoc per i minori stranieri, come centri di aggregazione e accoglienza, capaci di prevenire l'abbandono scolastico e promuovere l'inclusione culturale e sociale.

“Secondo me dovrebbero esserci più strutture dedicate. Più strutture dedicate, anche se sono strutture post-scuola. Però dei centri di accoglienza per questi ragazzi che altrimenti starebbero per strada. Quindi sovvenzionare vari progetti che siano un luogo in cui costruire...dei centri culturali. Un luogo per non stare in mezzo alla strada. Quindi un luogo dove coltivare interessi, amicizie. Differenziando le fasce di età ovviamente! [...] dovrebbe lavorare su questo, sul creare dei centri aggregativi tali da consentire ai ragazzi da una parte di non stare per strada, dall'altra parte di solidificare le competenze acquisite anche in ambito scolastico o comunque in ambito anche familiare volendo. Perché anche se ci sono e non ci sono i genitori, però comunque una famiglia c'è, le risorse di quella famiglia vanno in qualche modo consolidate. Perché lo stare per strada comporta, Disagio, vulnerabilità e comporta violenza, noia, non aggregazione ed emarginazione”.

5.3.3 Considerazioni conclusive

La considerazione che l'esperienza di **Ostia Nord** propone è quindi quella di una realtà nella quale l'intuito e l'impegno dei responsabili delle politiche sociali dell'amministrazione municipale hanno dato motivazione e valorizzazione ai tanti soggetti del privato sociale attivi sul territorio coinvolgendoli in un disegno d'intervento condiviso in cui tutti possono essere protagonisti. Ciò sta consentendo di utilizzare al meglio le risorse pubbliche disponibili anche attraendo soggetti di rilevanza internazionale nel sostegno ai minori in difficoltà, quale Save The Children, mobilitando in tal modo risorse aggiuntive da parte di una varietà di soggetti privati. Save The Children è infatti presente a Ostia, con interventi mirati a supportare bambini e adolescenti in aree svantaggiate e in questo ambito, su iniziativa congiunta con il Municipio X di Roma Capitale, ha varato di concerto con un elevato numero di realtà associative e di volontariato presenti nel territorio, un piano di sviluppo per Ostia Ponente, con un orizzonte temporale a nove anni, focalizzando l'intervento su: istruzione, salute e benessere, ambiente e mobilità sostenibile, e povertà educativa. Per ciascuna di queste tematiche ha individuato obiettivi e azioni specifiche da realizzare in consonanza con istituzioni, scuole, comunità del quartiere e altre realtà associative del territorio. che è caratterizzato per un verso dalla carenza di servizi e spazi adeguati alla crescita e per altro dalla ricchezza delle risorse naturali e dalla presenza di realtà istituzionali e associative, fortemente impegnate nella costruzione di un cambiamento considerato necessario e impellente. Il piano mira a definire e costruire, in un arco temporale di 9 anni, una significativa trasformazione a Ostia Ponente, affinché i bambini e le bambine che nascono nel territorio abbiano ogni possibilità dal punto di vista della cura e della dimensione educativa. Sul territorio di Ostia Ponente Save The Children, sempre in stretta collaborazione con le istituzioni locali, è presente con un centro polifunzionale per i minori,

denominato *Punto Luce delle Arti*, attivo dal 2019 in collaborazione con la cooperativa SS. Pietro e Paolo, e con altre diverse iniziative e spazi⁴⁸.

Nel caso di Ladispoli, a dispetto di una percezione di buona integrazione economica degli stranieri (con affitti accessibili e un tasso di occupazione superiore alla media regionale), i servizi per i minori sono percepiti come frammentati e privi di una strategia comune.

È auspicabile, pertanto, la creazione di sportelli interculturali, l'implementazione di progetti educativi mirati, il rafforzamento delle reti di prossimità e, soprattutto, un investimento politico e istituzionale che riconosca l'infanzia migrante come una priorità educativa e sociale. Solo così Ladispoli potrà diventare un territorio davvero accogliente, capace di trasformare la sfida dell'integrazione in una concreta opportunità di crescita collettiva.

In conclusione, affrontare la vulnerabilità dei minori stranieri nel territorio di Ladispoli richiede un cambiamento profondo e sistemico che vada oltre gli interventi standardizzati. La principale sfida emersa dalle testimonianze degli assistenti sociali è quella di mantenere un equilibrio delicato tra il rispetto delle culture di origine e la necessaria tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo equilibrio, tuttavia, non può essere raggiunto senza un adattamento degli strumenti e degli approcci operativi, che devono essere flessibili, culturalmente sensibili e capaci di rispondere alle specificità dei diversi contesti familiari.

I servizi territoriali mostrano impegno e una crescente consapevolezza del problema, ma soffrono la mancanza di strutture di supporto specializzate, come un SERD dedicato ai minori, o centri di ascolto interculturali, in grado di affrontare in modo competente le problematiche psico-sociali che spesso affliggono questi ragazzi. Per questo, diventa imprescindibile rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuole e sanità, affinché la presa in carico del disagio psico-emotivo e relazionale sia integrata e multidisciplinare. Le riflessioni condivise dagli/dalle intervistati/e confermano che i minori stranieri presentano, nel complesso, una maggiore esposizione a fragilità rispetto ai loro coetanei italiani. Le risorse attualmente disponibili, pur valide in linea generale, non risultano sufficienti a soddisfare i bisogni specifici di questa fascia di popolazione. Questi ultimi richiederebbero percorsi dedicati, in grado di offrire continuità, accoglienza e orientamento in un contesto spesso percepito come ostile o incomprensibile. Appare quindi auspicabile una progettazione più mirata, in grado di integrare gli aspetti educativi, culturali e sociali, e di coinvolgere in maniera attiva le famiglie e le realtà associative del territorio.

⁴⁸ Ad esempio, il Centro risorse, gestito dalla Cooperativa Assalto al cielo, in uno dei luoghi più "emblematici", Piazza Lorenzo Gasparri, che ha anche di due spazi protetti dove è possibile svolgere incontri di carattere psicologico e pedagogico riservati e l'Emporio Aladino, rivolto a nuclei familiari in condizione di difficoltà economica, per la distribuzione di beni per la prima infanzia e prodotti educativi. Spazio Futuro, attivo da marzo 2023 in collaborazione con la Cooperativa Santi Pietro e Paolo, è un luogo dedicato ai ragazzi e ragazze tra i 16 e 25 anni che permette l'accesso a percorsi di orientamento per la prosecuzione della formazione o l'inserimento lavorativo. Il progetto "SPACE – Sostegno psicologico per adolescenti di Ostia Ponente", in partnership con l'associazione PsyPlus, è rivolto alla fascia d'età 13-21 anni per fornire aiuto e supporto nei casi di disagio psicosociale segnalati dai servizi di neuropsichiatria infantile e/o degli altri presidi sociosanitari e dalle scuole. Dal 2023 è anche attivo il progetto L.E.A.R.N – Lettura, Esplorazione e Apprendimento Riscoprendo la Natura, in partnership con l'associazione Cheiron e in collaborazione con l'IC "Giuliano da Sangallo, la Biblioteca "Elsa Morante" e il Centro Habitat Mediterraneo della LIPU, che mira al rafforzamento delle competenze degli studenti dell'IC "Giuliano da Sangallo" promuovendo attività di apprendimento attraverso l'outdoor education e la scrittura creativa. In collaborazione con Fondazione Arché è partita l'azione progettuale S.O.F.T., un servizio rivolto a nuclei familiari con figli in età 0-6 anni, che intende favorire sul territorio un percorso di accompagnamento genitoriale e di cura dal momento della nascita. E' infine in fase di avvio il progetto "Spazio Futuro", dedicato alle ragazze e ai ragazzi tra i 16 e i 24 anni e finalizzato a promuovere i talenti, costruire percorsi di crescita personale e professionale e contrastare le condizioni di esclusione dal mondo della scuola, della formazione e del lavoro. Co-progettata con i giovani del territorio, l'iniziativa metterà a disposizione dei ragazzi e delle ragazze la possibilità di fruire di opportunità culturali, artistiche e di protagonismo civico e svolgerà un'attività di scouting e costruzione di alleanze con le scuole, gli enti di formazione, le aziende, i centri per l'impiego e agenzie per il lavoro, finalizzate a promuovere e facilitare l'accesso a opportunità di formazione e di inserimento lavorativo.

Il superamento delle barriere burocratiche e linguistiche emerge, infine, come una delle condizioni indispensabili per favorire un accesso equo e reale ai servizi, evitando che la distanza culturale si traduca in esclusione o in disagio crescente.

Quindi, alla luce di quanto emerso, risulta evidente il bisogno di un cambiamento di rotta. Servono strategie strutturali e interventi coordinati che mettano al centro i minori stranieri non come destinatari passivi di assistenza, ma come soggetti attivi, portatori di risorse e diritti.

La tab 5.11 presenta una sintesi delle principali caratteristiche così come emergono dall'analisi condotta nei due casi considerati

Tab. 5.11 - Sintesi delle principali caratteristiche dei due Casi Studio (Ostia Nord e Ladispoli)

	Ostia Nord (Municipio X)	Ladispoli
Povertà educativa e disagio abitativo	Alto tasso di Neet, reddito inferiore alla media. Alta incidenza di famiglie in affitto.	Alto tasso di Neet, reddito inferiore alla media. Affitti accessibili.
Modello di governance	Presenza di una "Comunità Educante" e "Patti educativi". ¹	Rete frammentata, mancanza di coordinamento e comunicazione tra gli enti. ¹
Risorse e Servizi	Presenza di un centro polifunzionale (Punto Luce delle Arti di Save The Children) e di una Cabina di Regia permanente.	Assenza di servizi specifici per minori stranieri. Carenza di strutture specializzate (es. SERD per minori). ¹
Principali criticità	Difficoltà di relazione e isolamento tra i minori. Lentezza dei servizi pubblici. ¹	Barriere linguistiche e burocratiche per l'accesso ai servizi. Disagio psicologico e comportamentale. ¹
Principali punti di forza	L'amministrazione comunale proattiva. Formalizzazione delle reti di collaborazione. Coinvolgimento del terzo settore.	Integrazione economica degli stranieri. Coesione sociale in alcune comunità. ¹

6. ALCUNE SUGGERZIONI CONCLUSIVE

Le analisi condotte hanno messo in luce una serie di criticità sistemiche che si frappongono ad una efficace prevenzione e gestione del disagio tra i minori stranieri nella area Metropolitana di Roma Capitale e rispetto alle quali si propongono alcune suggestioni generali d'intervento quali:

- **Potenziamento strutturale dei servizi pubblici** prevedendo ad esempio la decongestione dei TSMREE, sgravandoli dei compiti di valutazione non clinica (spesso richiesti dalle scuole) e affidando tali compiti a équipe multidisciplinari dedicate. Parallelamente, è necessario incrementare in modo strutturale le figure professionali specializzate, in particolare psicologi e neuropsichiatri, e rendere stabile e non occasionale il ruolo dei mediatori linguistico-culturali in tutti i servizi sociali e sanitari.
- **Formalizzazione delle reti territoriali e semplificazione burocratica:** una maggiore e più strutturata collaborazione tra istituzioni e terzo settore attraverso ad esempio "Patti educativi" volti alla realizzazione di Comunità educanti stabili, con obiettivi chiari e meccanismi di monitoraggio. Si tratta di un modello d'intervento che in taluni territori di Roma capitale si stanno dimostrando come un fattore di protezione cruciale nel contenimento dei rischi di disagio dei minori in generale e di quelli stranieri in particolare,

spesso più della mera disponibilità di fondi. È altresì indispensabile semplificare le procedure burocratiche e la documentazione richiesta alle famiglie straniere per garantire un accesso più equo e non discriminatorio ai servizi.

- **Investimenti nella formazione:** la carenza di formazione specifica sull'approccio interculturale è una delle principali barriere alla comprensione del disagio dei minori stranieri. Le istituzioni dovrebbero promuovere percorsi di formazione congiunta e interprofessionale per insegnanti, assistenti sociali e personale sanitario. Questo investimento dovrebbe mirare a costruire un approccio condiviso e a dotare gli operatori degli strumenti necessari per decodificare il disagio in chiave culturale, superando l'attuale tendenza alla mera medicalizzazione dei problemi sociali.
- **Gestione efficace del passaggio all'età adulta dei MSNA:** È necessario creare progetti specifici per i MSNA che garantiscano un supporto continuativo oltre il compimento dei 18 anni. Questi percorsi transizionali devono includere sostegno legale per l'ottenimento dei documenti, orientamento abitativo e lavorativo, e supporto psicologico, per evitare che l'improvvisa assenza di riferimenti li spinga verso l'emarginazione o la devianza.
- **Rendere l'offerta dei servizi più proattiva e accessibile:** I servizi devono essere ripensati per intercettare attivamente il disagio, anziché aspettare che si manifesti in forma acuta. A tale scopo, è fondamentale utilizzare canali di comunicazione più diretti, come i social media e le piattaforme digitali, per raggiungere i minori e le loro famiglie, superando le barriere culturali e generazionali che oggi li rendono in gran parte inaccessibili. L'obiettivo finale non è solo curare un disagio esistente, ma costruire una "rete sinergica" di soggetti che agisca in modo proattivo per la protezione e il benessere dei minori, trasformando la diversità in una risorsa per l'intera comunità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- Bronfenbrenner U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, Cambridge.
- Burstain B., Agostino H. e Greenfield B. (2019), *Suicidal Attempts and Ideation Among Children and Adolescents in US Emergency Departments 2007-2015*, "JAMA Pediatrics", April, 173(6): 598-600.
- Carlson B.E., Cacciatore K. e Klimek B. (2012), *A risk and resilience perspective of unaccompanied refugee minors*, "Social Work", 57(3): 259-69.
- Cerutti (2012), *Comunicazione e disagio giovanile nell'era della globalizzazione*, in "Rassegna di Psicologia", 2: 5-9.
- CESVI (2018), *Liberi tutti. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2018*: https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/05/LiberiTutti_Indice_Maltrattamento_Cesvi.pdf.
- CESVI (2019), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2019. L'ombra della povertà*: https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2019/05/Indice-Cesvi_2019.pdf.
- CESVI (2020), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2020. Restituire il futuro*: https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi_INDICEReg_2020_full.pdf.
- CESVI (2021), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2021*: https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-05-03-Indice-maltrattamento_WEB.pdf.
- CESVI (2022), *Crescere al sicuro. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2022*: https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi_Indice-maltrattamento-2022_FULL.pdf.
- CESVI (2024), *Le parole sono importanti. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2024*: <https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2024/07/indice-maltrattamento-cesvi-2024-bassa.pdf>.
- Chmielewska B., Barratt I., Townsend R., Kalafat E., van der Meulen J., Gurol-Uranci I., O'Brien P., Morris E., Draycott T., Thangaratinam S., Le Doare K., Ladhani S., von Dadelshen P., Magee L., Khalil A. (2021), *Effects of*

the COVID 19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: A systematic review and meta analysis, "Lancet Global Health", 9(6): 759-772.

- Colone F., Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021a), Roma, dentro la città. 9 zone urbanistiche a confronto: Alessandrina, Fidene, Laurentino, Pietralata, Pisana, San Lorenzo, Tormarancia, Tor Sapienza e Tufello: https://www.periferiacapitale.org/wp-content/uploads/2023/03/ROMA_dentro_la_citta_vol1_ebook.pdf.
- Colone F., Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021b), Roma, dentro la città. 6 zone urbanistiche a confronto: Centocelle, Esquilino, Lunghezza, Magliana, Primavalle e Torre Angela: https://www.periferiacapitale.org/wp-content/uploads/2023/03/ROMA_dentro_la_citta_vol2.pdf.
- Colone F., Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021c), Roma, tre periferie a confronto: Corviale, Ostia, San Basilio: https://www.fondazionecharlemagne.org/wp-content/uploads/2020/10/Roma_Tre_periferie_a_confronto.pdf.
- Copeland W., McGinnis E., Bai Y., Adams Z., Nardone B., Devadanam V., Rettew J., Hudziak J. (2021), *Impact of COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health and Wellness*, "Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry", 60(1): 134-142.
- Costa S., Farruggia R. e Guccione F. (2018), *Linee d'indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva*, "Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva", 38: 57-72.
- Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni B., Trapani A., Pennati C., Fattori F., Costantino A. (2021), *Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 25: 56-83.
- Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri (2020), *L'impatto della pandemia di Covid-19 su natalità e condizione delle nuove generazioni. Primo rapporto del Gruppo di esperti "Demografia e Covid-19"*: https://www.famiglia.governo.it/media/2192/rapporto-gruppo-demografia-e-covid19_1412020.pdf.
- Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri (2022), *L'impatto della pandemia di Covid-19 su natalità e condizione delle nuove generazioni. Secondo rapporto del Gruppo di esperti "Demografia e Covid-19"*: https://www.famiglia.governo.it/media/2671/secondo-report_gde-demografia-e-covid-19_finale.pdf.
- DoRS (2021), *Chiusura delle scuole durante la pandemia: quali conseguenze per bambini e adolescenti?* Disponibile al seguente link: <https://www.dors.it/wp-content/uploads/2024/09/Chiusura-delle-scuola-durante-la-pandemia-settembre-2021.pdf>.
- EuroHealthNet (2016), *Promoting health and wellbeing towards 2030: taking the Ottawa Charter forward in the context of the UN Sustainable Development Agenda 2030*. Trad. it. a cura di DoRS-Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute: https://www.dors.it/documentazione/testo/201611/2030_EuroHealthNet_HP_StatementITA_def.pdf.
- Fazel M., Reed R.V., Panter-Brick C. e Stein A. (2012), *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors*, "The Lancet", 379(9812): 266-282.
- Ferrara C. e Gennaro A. (2025), *Abbandonati dalla malavita. L'abisso dei ragazzi migranti*: <https://www.editorialedomani.it/inchieste/migranti-minori-abbandonati-malavita-abisso-ragazzi-inchiesta-dwmizi9k>.
- Engel G.L. (1980), *The clinical application of the biopsychosocial model*, "American Journal of Psychiatry", 137(5): 535-44.
- Hassan G., Ventevogel P., Jeeff-Bahloul H., Barkil-Oteo A. e Kirmayer L.J. (2016), *Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict*, "Epidemiology and Psychiatric Science", 25(2): 129-41.
- IASC (2007), *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>.
- IOM (2014), *The State of Environmental Migration 2014. A Review of 2013*: <https://publications.iom.int/books/state-environmental-migration-2014>.
- ISTAT (2021), *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2020-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>.
- ISTAT (2020), *Le misure della vulnerabilità: un'applicazione a diversi ambiti territoriali*: <https://www.istat.it/it/files/2020/12/Le-misure-della-vulnerabilita.pdf>.

- ISTAT (2023), BES 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>.
- IUHPE - International Union for Health Promotion and Education (2021), Critical Actions for Mental Health Promotion: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Internat__OECD_EU_WHO/IUHPE_2021_Mental-Health_PositionStatement.pdf.
- Khanijani A., Iezadi S., Gholipur K., Azami-Agadash S., Naghibi D. (2021), *A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in Covid-19*, "International Journal for Equity in Health", 20(1).
- Laghi F., Liga F., Baumgartner E., Baiocco R. (2012), *Time perspective and psychosocial positive functioning among Italian adolescents who binge eat and drink*, "Journal Of Adolescence", 35(5): 1277-1284.
- Lazarsfeld PF. (1967), *Metodologia e ricerca sociologica*, Bologna, Il Mulino.
- Lebowitz, Dolberger N., Omer H. (2012), *Parent Training in Nonviolent Resistance for Adult Entitled Dependence*, "Family Process", 51(1): 90-106.
- Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021), *Le sette Rome. La capitale delle disuguaglianze raccontata in 29 mappe con un capitolo su Roma in tempo di pandemia*, Donzelli editore, Roma.
- Lelo K., Monni S., Reynaud C., Tomassi F. (2024), I cambiamenti demografici nei censimenti dal 1981 al 2021: le 155 Zone urbanistiche di Roma, "Economia e Politica": <https://www.economiaepolitica.it/lavoro-e-diritti/i-cambiamenti-demografici-nei-censimenti-dal-1981-al-2021-le-155-zone-urbanistiche-di-roma/>.
- Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2019), *Le mappe della disuguaglianza. Una geografia sociale metropolitana*, Roma, Donzelli Editore.
- Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021), *Le sette Rome: La capitale delle disuguaglianze raccontata in 29 mappe*, Roma, Donzelli Editore.
- Massoli P., Mazziotta M., Pareto A., Rinaldelli C. (2013a), *La misura del BES una sperimentazione per l'aggregazione degli indicatori dell'istruzione e della formazione*. Primo Convegno Nazionale dell'AIQUAV, Luglio 2013.
- Massoli P., Mazziotta M., Pareto A., Rinaldelli C. (2013b), *Metodologie di sintesi sperimentali per i domini del BES*. XXXIV Conferenza Italiana di Scienze Regionali (AISRE), Agosto 2013.
- Massoli P., Mazziotta M., Pareto A., Rinaldelli C. (2013c), *Metodologie di sintesi e analisi del territorio: indici compositi per il BES*, Paper presentato alle Giornate della ricerca in ISTAT, 10-11 novembre 2014.
- Matè G. e Matè D. (2023). *Il Mito della Normalità. Trauma, malattia e guarigione in una cultura tossica*. Roma, Astrolabio.
- Mazziotta C., Mazziotta M., Pareto A., Vidoli F. (2010), *La sintesi di indicatori territoriali di dotazione infrastrutturale: metodi di costruzione e procedure di ponderazione a confronto*, "Rivista di Economia e Statistica del Territorio", 1: 7-33.
- Mazziotta M., Pareto A. (2007), *Un indicatore sintetico di dotazione infrastrutturale: il metodo delle penalità per coefficiente di variazione*, in: *Lo sviluppo regionale nell'Unione Europea - Obiettivi, strategie, politiche*, Atti della XXVIII Conferenza Italiana di Scienze Regionali, AISRe, Bolzano.
- Mazziotta M., Pareto A. (2011), *Un indice sintetico non compensativo per la misura della dotazione infrastrutturale: un'applicazione in ambito sanitario*, "Rivista di Statistica Ufficiale", 1: 63-79.
- Mazziotta M., Pareto A. (2013), *A Non-compensatory Composite Index for Measuring Well-being over Time*. "Multidisciplinary Research Journal", V(4).
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2023), La presenza dei migranti nella città metropolitana di Roma Capitale: [https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/quaderno-sintesi-ram-2023#:~:text=L'incremento%20pi%C3%B9%20significativo%20riguarda,Milano%20\(14%2C1%25\).&text=Paese%20Terzo%20risulta%20complessivamente%20superiore,stranieri%2C%20per%20tipologia%20di%20impresa.&text=realizzato%20da%20Infocamere%20nell'ambito,%2Dla%2Ddashboard%2Dinterattiva.&text=significativ a%20a%20Venezia%20\(+5,Calabria%20\(%2D0%2C3%25\).](https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/quaderno-sintesi-ram-2023#:~:text=L'incremento%20pi%C3%B9%20significativo%20riguarda,Milano%20(14%2C1%25).&text=Paese%20Terzo%20risulta%20complessivamente%20superiore,stranieri%2C%20per%20tipologia%20di%20impresa.&text=realizzato%20da%20Infocamere%20nell'ambito,%2Dla%2Ddashboard%2Dinterattiva.&text=significativ a%20a%20Venezia%20(+5,Calabria%20(%2D0%2C3%25).)
- National Alliance on Mental Illness (2019), *Mental Health by the Numbers*: <https://www.nami.org/mhstats>.
- Oblath R, Oh A, Herrera C.N, Duncan A, Zhen-Duan J. (2023), *Psychiatric emergencies among urban youth during COVID-19: Volume and acuity in a multi-channel program for the publicly insured*, "Journal of Psychiatric Research", 160: 71-77.
- Orazi F., Soffritti F., Lucantoni D. (2024), *Mental wellbeing of children and adolescent during COVID-19: Evidence from the italian context and possibile future developments*, *Frontiers in Sociology*, 9.

- Pavoncello D. (2015), *Giovani e rischio di disagio psichico*, Osservatorio Isfol, n. 4: 25-45.
- Ranci C. (2002), *Fenomenologia della vulnerabilità sociale*, "Rassegna Italiana di Sociologia", Fasc. 4-ottobre-dicembre: 551-552.
- Rughetti A., Buonomini A.R., Russo I., Mazzoli F., Suleika U., Iordanoglu F., Palagiano C., Barletta M., Casartelli S., Morrone A. e Ercoli L. (2025), *Assuring Primary Healthcare Services to Vulnerable Children in Disadvantaged Suburb of Roman Metropolitan City During the Pandemic: Responses to the Crisis*, Children, 12.
- Sen A. (1993), *Capability and Well-being*, in Nussbaum M. and Sen A. (eds), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press: 30-53.
- Sourander A. (1998), *Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors*, "Child abuse & neglect", 22(7): 719-727.
- Troilo G. e Molteni L. (2003), *Ricerche di marketing: Metodologie e tecniche per le decisioni strategiche e operative*, Egea, Milano.
- UNICEF (2016), Annual Results Report: <https://www.unicef.org/reports/2016-annual-results-reports>.
- UNICEF (2021), *La condizione dell'infanzia nel mondo 2021. Nella mia mente: tutelare la salute mentale*: <https://www.unicef.it/pubblicazioni/sowc-2021-rapporto-in-sintesi/>.
- Unicef (2022), *Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia*: <https://www.unicef.it/media/buone-pratiche-per-il-supporto-psicosociale-per-adolescenti-e-giovani-rifugiati-migranti/>.
- Unicef (2024), *Child and Adolescent Mental Health*: <https://www.unicef.org/eu/media/2576/file/Child%20and%20adolescent%20mental%20health%20policy%20brief.pdf>.
- UNICEF-UNCHR (2005), *Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin*, Committee on the rights of the child, 39th session, 17 may-3 june 2005: <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC6.pdf>.

Fonti dati

- Fondazione Charlemagne, Periferia capitale: <https://www.periferiacapitale.org/>.
- Fondazione Charlemagne, Mappe Roma: <https://www.mapparoma.info/>.
- ISTAT, Le statistiche geografiche: <https://www.istat.it/classificazione/principali-statistiche-geografiche-sui-comuni>.
- ISTAT, datawarehouse dati demografici: <http://demo.istat.it>.
- ISTAT, datawarehouse stranieri: <http://stra-dati.istat.it/>.
- ISTAT, Sicurezza e degrado delle periferie: <https://www.istat.it/audizioni/sicurezza-e-stato-di-degrado-delle-citta-e-delle-loro-periferie/>.
- Comune di Roma, Dati e Statistiche. Popolazione iscritta in anagrafe – Stranieri: <https://www.comune.roma.it/web/it/dettaglio.page?contentId=PAG23000>.
- Comune di Roma, materiali dal Progetto FAMI "Mi.Fa.Bene-Minori Famiglia Benessere": <https://www.comune.roma.it/web/it/dipartimento-politiche-sociali-e-salute-progetti.page?contentId=PRG963889>.
- Comune di Roma, Annuario statistico 2023: https://www.comune.roma.it/web-resources/cms/documents/Annuario_2023_.pdf.
- Guida ai Comuni, alle Province e alle Regioni d'Italia: tuttitalia.it.
- IRPPS-CNR, MIB-Indagine longitudinale mutamenti interazionali e benessere: <https://www.irpps.cnr.it/mutamenti-interazionali-e-benessere/>.

ANNESSI

ANNESSO 1 – GLI ESITI DELLA MAPPATURA

A - Presenza di minori stranieri, indice di rischio e indicatori che lo compongono nelle Zone urbanistiche di Roma Capitale

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
1	1a-Centro Storico	106	362	102,77	2,15	44,9	0,44	0,32	3,2	29,2	2,9	39,3	60.243
1	1b-Trastevere	133	249	105,69	1,82	37,8	0,23	0,36	3,4	29,4	2,7	62,7	38.415
1	1c-Aventino	41	105	102,03	3,03	40,8	0,19	0,34	2,8	25,9	3,1	42,0	39.826
1	1d-Testaccio	19	43	99,12	1,60	36,3	0,17	0,43	2,0	24,3	2,3	26,7	26.167
1	1e-Esquilino	118	932	102,86	2,82	37,7	0,24	0,35	3,8	25,1	2,3	42,1	32.968
1	1f-XX Settembre	28	115	99,14	1,99	39,0	0,45	0,32	3,0	24,0	1,9	40,7	41.445
1	1g-Celio	11	28	97,94	2,05	34,2	0,10	0,34	2,7	20,8	3,2	35,0	38.828
1	17a-Prati	42	111	97,39	2,55	31,0	0,31	0,33	2,3	20,9	2,3	52,6	43.442
1	17b-Della Vittoria	43	179	95,74	2,59	29,0	0,19	0,33	1,7	20,3	2,0	54,0	41.756
1	17c-Eroi	50	266	96,27	2,25	31,2	0,14	0,37	2,2	19,6	1,7	38,5	27.883
2	2a-Villaggio Olimpico	6	18	94,60	2,88	31,2	0,00	0,35	1,3	19,4	2,1	33,3	29.024
2	2b-Parioli	69	248	97,44	3,48	36,2	0,17	0,27	2,3	24,5	3,0	36,4	59.444
2	2c-Flaminio	20	77	93,62	2,61	28,9	0,12	0,34	1,6	20,4	2,1	35,1	40.017
2	2d-Salario	74	240	93,19	2,91	29,1	0,21	0,31	1,9	18,9	2,2	39,0	52.212
2	2e-Trieste	109	530	92,77	2,73	27,3	0,14	0,33	1,4	17,2	1,9	42,4	39.097
2	3a-Nomentano	89	303	91,70	3,37	26,5	0,15	0,33	1,6	16,4	1,6	30,0	37.370
2	3b-S. Lorenzo	25	144	104,36	1,73	38,0	0,34	0,43	2,8	25,9	1,8	57,8	22.186
2	3x-Università	2	14	100,32	2,36	41,1	1,93	0,32	1,2	20,8	1,4	50,0	32.183
3	4a-Monte Sacro	33	171	95,89	2,47	30,7	0,21	0,35	2,0	18,2	1,7	45,9	30.279
3	4b-Val Melaina	59	402	95,18	3,42	27,6	0,15	0,38	1,6	17,6	1,6	39,8	28.715
3	4c-Monte Sacro Alto	54	282	92,49	3,02	24,5	0,19	0,36	1,2	16,0	1,6	36,0	31.174
3	4d-Fidene	64	385	103,58	4,12	39,6	0,25	0,48	2,7	20,4	2,2	31,2	18.007
3	4e-Serpentara	65	190	95,42	2,69	32,2	0,08	0,42	1,3	19,4	1,8	23,8	23.213
3	4f-Casal Boccone	50	147	95,38	3,20	32,0	0,06	0,42	1,4	17,0	1,8	26,7	24.477
3	4g-Conca d'Oro	35	263	95,45	2,57	25,5	0,20	0,37	1,7	18,7	1,6	45,8	28.191

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
3	4h-Sacco Pastore	18	251	95,79	2,40	30,3	0,11	0,38	2,2	18,1	1,3	39,0	26.289
3	4i-Tufello	27	209	106,31	2,70	60,1	0,10	0,45	2,1	24,0	2,6	30,9	18.070
3	4l-Aeroporito dell'Urbe	20	42	104,05	2,12	40,7	0,13	0,46	2,2	22,1	2,6	50,0	17.335
3	4m-Settebagni	28	42	96,96	2,99	29,3	0,21	0,44	1,2	18,9	2,0	32,3	21.773
3	4n-Bufalotta	35	66	101,82	5,21	37,2	0,40	0,42	1,6	21,4	3,2	18,5	21.787
3	4o-Tor S. Giovanni	10	14	110,88	4,64	55,7	0,31	0,33	3,7	24,7	3,7	50,0	20.818
4	5a-Casal Bertone	38	214	98,31	2,20	29,0	0,12	0,43	2,1	19,6	1,4	47,7	21.539
4	5b-Casal Bruciato	40	231	98,83	3,06	35,5	0,40	0,42	1,6	20,4	1,8	37,0	22.087
4	5c-Tiburtino Nord	73	225	100,30	3,11	39,2	0,10	0,42	2,0	20,6	1,8	42,1	21.204
4	5d-Tiburtino Sud	55	268	100,15	4,04	28,6	1,25	0,39	1,5	22,3	1,8	37,9	23.471
4	5e-S. Basilio	118	253	104,14	4,14	47,5	0,22	0,47	2,1	22,9	2,7	23,3	20.399
4	5f-Tor Cervara ⁴⁹	25	42	114,77	4,26	58,3	0,17	0,44	3,3	26,5	3,3	72,7	16.759
4	5g-Pietralata	51	278	98,38	2,58	32,1	0,20	0,40	1,8	21,6	1,8	41,0	22.207
4	5h-Casal de' Pazzi	96	324	97,39	3,47	31,7	0,15	0,39	2,1	18,3	1,7	38,1	25.168
4	5i-S. Alessandro	68	79	98,24	4,96	23,6	0,51	0,46	1,2	16,5	2,3	31,3	23.341
4	5l-Settecamini ⁵⁰	143	194	102,14	4,54	33,4	0,20	0,47	2,3	21,2	2,7	24,3	19.536
5	6a-Torignattara	172	1710	103,03	2,96	33,9	0,18	0,44	3,4	23,4	1,9	37,4	20.426
5	6b-Casilino	23	232	100,57	4,22	25,6	1,11	0,39	2,4	22,6	1,8	32,1	22.443
5	6c-Quadraro	114	938	108,75	3,97	41,2	0,20	0,49	3,8	25,9	2,4	43,9	18.012
5	6d-Gordiani	168	864	98,47	3,24	31,6	0,12	0,43	2,3	19,7	1,8	29,3	21.109
5	7a-Centocelle	303	1534	102,89	3,32	32,8	0,14	0,48	2,8	21,5	2,1	41,1	18.898
5	7b-Alessandrina	212	642	106,04	3,83	40,6	0,27	0,50	2,8	23,3	2,7	36,5	17.847
5	7c-Tor Sapienza	163	258	104,05	4,65	41,5	0,19	0,47	2,4	21,6	2,3	32,6	18.654
5	7d-La Rustica	98	108	101,66	5,53	32,8	0,10	0,48	1,7	21,2	2,5	21,6	19.361
5	7e-Tor Tre Teste	24	160	96,86	2,78	31,5	0,21	0,43	1,7	18,5	2,0	27,0	22.217
5	7f-Casetta Mistica	15	64	111,30	7,44	44,0	1,55	0,45	3,3	25,2	3,0	20,0	17.757

⁴⁹ Parte della zona urbanistica 5F è passata dal Municipio IV al Municipio V.

⁵⁰ Parte della zona urbanistica 5L è passata dal Municipio IV al Municipio V.

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
5	7g-CD Centocelle	4	26	109,69	4,97	42,1	0,30	0,49	3,5	26,4	2,0	60,0	25.210
5	7h-Omo	10	77	107,20	2,84	42,0	0,11	0,48	3,1	25,3	2,6	50,0	19.110
6	8b-Torre Maura	208	468	104,12	4,12	39,3	0,12	0,46	2,7	22,9	2,6	31,1	18.462
6	8c-Giardinetti-Tor Vergata	311	439	105,77	4,33	42,5	0,32	0,49	3,0	22,2	2,8	25,5	17.611
6	8d-Acqua Vergine ⁵¹	147	209	111,18	4,64	32,7	2,27	0,51	2,7	26,0	3,7	33,3	19.590
6	8e-Lunghezza	585	575	106,63	5,36	36,2	0,27	0,51	2,5	24,5	3,1	30,7	18.740
6	8f-Torre Angela	1.818	2123	109,20	5,52	44,2	0,31	0,49	3,2	24,7	3,5	34,2	17.189
6	8g-Borghesiana	1.557	1020	110,37	6,24	39,9	0,39	0,51	3,3	23,6	3,7	34,8	16.961
6	8h-S. Vittorino	287	158	107,19	5,77	34,8	0,49	0,50	2,6	24,5	3,6	20,0	17.791
7	10a-Don Bosco	112	990	97,90	2,56	28,8	0,13	0,42	2,1	21,0	1,6	36,7	21.433
7	10b-Appio-Claudio	63	357	95,25	2,67	22,8	0,12	0,40	1,9	17,6	1,5	41,8	25.845
7	10c-Quarto Miglio	25	62	95,16	3,38	22,0	0,04	0,41	1,5	18,2	1,9	34,2	26.082
7	10d-Pignatelli	14	36	93,71	3,59	25,8	0,10	0,39	1,4	17,5	1,8	23,5	27.785
7	10e-Lucrezia Romana	44	53	95,36	3,61	26,5	0,13	0,43	1,6	17,6	2,5	6,3	23.137
7	10f-Osteria del Curato	29	103	93,69	2,79	29,2	0,04	0,42	1,1	16,4	1,6	25,5	24.689
7	10g-Romanina	87	195	108,08	3,89	39,3	0,26	0,49	3,3	25,6	3,1	43,2	19.765
7	10h-Gregna	77	94	99,77	4,53	33,6	0,26	0,43	2,4	18,2	2,1	25,0	20.922
7	10i-Barcaccia	43	45	96,98	4,50	25,1	0,12	0,46	0,9	12,8	2,6	34,4	23.417
7	10l-Morena	220	207	97,90	4,29	27,5	0,31	0,43	1,5	17,7	2,3	30,0	22.804
7	8a-Torrespaccata	63	215	95,80	4,18	26,0	0,02	0,37	1,8	20,8	1,5	24,3	21.157
7	9a-Tuscolano Nord	56	258	93,74	2,05	27,5	0,14	0,38	1,5	18,9	1,4	34,0	28.498
7	9b-Tuscolano Sud	117	610	96,52	2,47	28,3	0,19	0,40	1,7	19,5	1,7	42,6	26.429
7	9c-Tor Fiscale	21	35	106,98	2,90	39,9	0,50	0,52	2,2	22,5	3,8	40,0	17.820
7	9d-Appio	74	305	95,18	2,24	27,3	0,10	0,37	1,7	19,1	1,7	43,9	29.988
7	9e-Latino	57	227	95,09	2,29	26,6	0,15	0,39	1,9	18,7	1,6	40,7	29.517
8	11a-Ostiense	21	184	101,70	2,18	41,5	0,08	0,39	2,5	25,9	1,9	38,9	23.373

⁵¹ Parte della zona urbanistica 8D è passata dal Municipio VI al Municipio V.

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
8	11b-Valco S. Paolo	24	130	96,97	2,79	31,4	0,03	0,36	1,9	21,6	1,3	42,9	24.191
8	11c-Garbatella	88	447	96,08	2,20	32,8	0,18	0,39	1,7	19,3	1,8	34,4	25.528
8	11d-Navigatori	9	37	91,76	3,42	24,5	0,16	0,31	1,3	16,4	2,0	36,4	39.047
8	11e-Tormarancia	58	412	96,02	2,67	28,9	0,36	0,36	1,8	18,1	1,8	44,8	29.694
8	11f-Tre Fontane	15	74	93,36	2,80	20,7	0,09	0,34	1,7	15,7	1,8	50,9	38.177
8	11g-Grottaperfetta	17	89	90,35	2,89	16,7	0,14	0,35	1,0	14,5	1,5	37,5	32.586
9	12a-Eur	28	79	92,66	3,46	28,7	0,12	0,28	2,2	18,8	2,0	30,4	46.194
9	12b-Villaggio Giuliano	38	85	92,20	3,04	26,2	0,09	0,34	1,4	13,1	1,7	42,4	34.645
9	12c-Torino	57	131	90,53	2,61	22,8	0,12	0,37	0,9	14,1	1,7	32,4	34.140
9	12d-Laurentino	55	183	94,97	3,51	32,9	0,03	0,34	1,8	19,8	1,8	25,5	27.397
9	12e-Cecchignola	36	63	92,71	3,50	24,6	0,09	0,36	1,1	15,6	1,7	40,0	33.151
9	12f-Mezzocammino	73	130	94,44	2,78	29,0	0,13	0,43	1,2	16,1	2,1	26,7	27.471
9	12g-Spinaceto	100	261	95,32	4,76	26,4	0,07	0,35	1,8	20,3	1,8	18,9	25.219
9	12h-Vallerano Castel di Leva	205	214	101,60	4,61	29,2	1,39	0,43	1,6	18,0	2,7	41,5	26.599
9	12i-Decima	223	184	101,17	5,95	34,0	0,27	0,41	1,8	17,4	2,9	30,6	21.384
9	12l-Porta Medaglia	44	29	105,48	6,46	34,4	0,79	0,47	2,1	20,2	3,2	30,4	19.560
9	12m-Castel Romano	5	2	119,68	10,53	40,4	0,97	0,46	0,9	27,5	2,6	100,0	13.411
9	12n-Santa Palomba	34	25	126,37	9,47	69,6	0,00	0,55	4,8	31,8	5,4	26,7	16.160
10	13a-Malafede	150	155	98,62	3,55	30,1	0,11	0,46	1,8	17,4	2,3	33,3	23.722
10	13b-Acilia Nord	402	359	104,32	5,72	36,1	0,16	0,47	2,0	22,6	3,0	29,5	19.535
10	13c-Acilia Sud	260	418	105,74	5,12	43,0	0,27	0,47	2,3	22,5	3,3	29,5	19.752
10	13d-Palocco	134	196	95,35	4,82	26,8	0,10	0,33	1,5	18,2	2,8	27,5	33.099
10	13e-Ostia Antica	144	99	102,25	5,79	31,3	0,29	0,48	1,6	21,3	3,0	19,4	21.083
10	13f-Ostia Nord	384	503	103,39	3,69	40,0	0,16	0,43	2,5	23,9	2,7	35,9	21.091
10	13g-Ostia Sud	254	305	97,09	2,79	28,6	0,15	0,41	1,8	20,1	2,0	33,3	23.367
10	13i-Infernetto	296	292	101,35	5,51	28,6	0,27	0,44	1,8	18,2	3,5	31,8	26.736
11	15a-Marconi	67	1037	100,97	3,34	33,4	0,13	0,43	3,0	21,6	1,9	36,4	22.579
11	15b-Portuense	74	282	93,51	2,96	24,2	0,19	0,38	1,5	16,3	1,7	31,0	27.111

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
11	15c-Pian Due Torri	66	595	103,01	3,79	35,3	0,24	0,46	2,4	23,4	2,0	40,7	19.266
11	15d-Trullo	331	417	103,72	3,74	41,2	0,17	0,47	2,3	23,0	2,6	33,8	20.243
11	15e-Magliana	172	202	135,50	6,69	33,6	7,35	0,43	3,7	38,7	5,3	56,2	24.624
11	15f-Corviale	68	142	99,64	3,57	37,4	0,24	0,42	1,9	22,5	2,0	23,9	21.206
11	15g-Ponte Galeria	241	168	104,91	4,89	40,0	0,29	0,48	2,3	21,6	3,0	30,1	18.350
12	16a-Colli Portuensi	62	334	93,96	2,52	24,4	0,15	0,37	2,0	17,0	1,9	37,2	31.437
12	16b-Buon Pastore	127	450	97,24	3,08	28,6	0,20	0,41	1,8	19,0	2,2	33,9	24.439
12	16c-Pisana	8	38	101,53	3,53	30,8	0,15	0,39	2,4	24,2	2,1	55,6	28.979
12	16d-Gianicolense	129	578	96,58	2,46	29,0	0,14	0,37	2,0	19,6	2,3	41,2	30.626
12	16e-Massimina	174	98	106,18	5,89	35,2	0,29	0,47	2,6	21,4	3,6	29,3	18.433
12	16f-Pantano di Grano	74	68	103,18	6,14	34,4	0,31	0,43	2,3	21,8	3,0	23,3	23.313
13	18a-Aurelio Sud	88	255	94,54	2,58	30,8	0,13	0,35	2,1	18,5	2,4	23,2	32.954
13	18b-Val Cannuta	134	565	97,97	2,77	29,9	0,14	0,41	2,5	18,9	1,9	36,3	24.998
13	18c-Fogaccia	290	706	103,57	4,33	38,3	0,27	0,47	2,7	20,7	2,8	23,8	18.501
13	18d-Aurelio Nord	43	183	94,14	2,77	28,1	0,19	0,35	2,0	16,4	1,9	32,4	28.805
13	18e-Casalotti di Boccea	176	340	104,02	4,49	32,5	0,24	0,49	3,0	22,5	2,8	21,8	18.375
13	18f-Boccea	101	62	105,35	7,13	34,8	0,50	0,43	2,5	21,8	3,6	13,5	21.111
14	19a-Medaglie d' Oro	85	378	93,26	2,73	27,0	0,12	0,31	1,7	16,5	2,1	43,8	39.153
14	19b-Primavalle	228	1323	100,02	3,12	36,9	0,25	0,44	2,4	18,0	2,1	31,6	21.322
14	19c-Ottavia	102	293	101,07	3,61	36,6	0,16	0,45	2,3	19,9	2,4	29,6	19.802
14	19d-S. Maria della Pietà	178	457	104,04	4,86	37,6	0,47	0,47	2,2	20,1	3,1	28,1	19.204
14	19e-Trionfale	66	363	98,44	2,94	31,5	0,08	0,42	2,0	21,1	1,8	40,0	24.859
14	19f-Pineto	3	11	88,89	2,88	19,7	0,00	0,32	1,6	13,5	0,5	37,5	36.694
14	19g-Castelluccia	214	266	102,15	5,30	32,5	0,35	0,46	1,9	19,6	2,9	28,9	19.874
14	19h-S. Maria di Galeria	41	32	105,71	7,09	34,0	0,28	0,40	2,0	20,3	3,7	36,8	16.774
15	20a-Tor di Quinto	29	120	95,71	3,10	33,1	0,31	0,31	2,0	17,6	2,7	39,5	40.868
15	20b-Acquatraversa	17	88	95,15	2,96	31,1	0,42	0,32	1,8	18,1	3,1	35,7	47.993

MUN.	Zone Urbanistiche	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà %	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Non completamente o ciclo scuola secondaria 1°	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (stranieri)	Reddito imponibile medio (€)
15	20c-Tomba di Nerone	239	1163	102,39	3,08	38,4	0,24	0,39	3,3	23,1	2,7	35,0	27.796
15	20d-Farnesina	42	208	96,82	3,35	33,7	0,16	0,30	2,3	20,3	2,8	43,1	49.548
15	20e-Grottarossa Ovest	23	35	107,82	4,69	43,8	0,24	0,31	3,8	31,7	3,0	48,5	41.785
15	20f-Grottarossa Est	13	30	98,52	1,56	38,6	0,00	0,44	2,7	21,6	2,4	13,3	27.941
15	20g-Giustiniana	76	205	100,32	3,09	34,7	0,25	0,38	2,7	20,9	3,3	33,3	30.412
15	20h-La Storta	271	574	103,90	4,68	39,4	0,32	0,36	2,8	23,0	3,7	30,5	26.716
15	20i-S. Cornelia	153	128	106,61	6,11	38,5	0,51	0,44	2,3	21,1	3,8	36,4	19.976
15	20l-Prima Porta	35	22	104,24	6,93	32,5	0,20	0,46	2,6	17,9	3,2	21,1	18.607
15	20m-Labaro	278	567	106,34	3,95	43,0	0,26	0,45	3,3	23,0	2,9	37,1	19.151
15	20n-Cesano	334	235	108,53	6,31	44,4	0,28	0,43	3,2	22,0	4,2	19,6	19.009
15	20x-Foro Italico	3	9	106,02	1,16	47,5	0,00	0,35	3,7	25,4	2,0	62,5	24.817

B - Presenza di minori stranieri, indice di rischio e indicatori che lo compongono nei comuni dell'hinterland metropolitano

Comune	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI+	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Incidenza adulti che non hanno conseguito titoli di studio superiori	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (tutti i giovani)	Reddito imponibile medio (€)
Affile	5	7	103,19	5,3	17,3	0,000	1,3	47,1	24,0	3,3	22,1	16.251
Agosta	18	6	96,47	3,6	19,1	0,000	0,3	46,0	22,1	3,1	14,9	17.871
Albano Laziale	447	289	97,64	4,7	22,4	0,357	0,8	37,7	21,1	2,8	10,6	20.759
Allumiere	35	13	100,67	2,5	18,5	0,418	0,3	51,7	28,4	2,8	16,1	17.480
Anguillara Sabazia	178	99	99,16	5,9	22,3	0,267	0,7	38,2	22,8	3,2	12,5	20.312
Anticoli Corrado	2	1	96,20	3,9	22,8	0,000	0,5	44,6	21,5	2,3	10,3	17.636
Anzio	568	917	103,25	4,4	34,9	0,102	0,8	38,8	26,0	3,5	14,0	19.520
Arcinazzo Romano	3	3	100,47	3,0	17,8	0,000	1,5	49,0	26,7	2,3	15,1	17.536
Ardea	709	471	103,55	4,5	25,3	0,153	1,0	44,3	26,6	4,2	12,9	18.065
Ariccia	135	114	96,20	5,3	20,5	0,312	0,6	38,2	19,6	2,9	8,4	21.402
Arsoli	7	3	93,60	1,6	17,2	0,302	0,6	39,5	20,1	1,9	11,6	18.534
Artena	130	95	106,47	6,1	24,7	0,169	0,7	52,7	27,9	4,1	18,2	16.467
Bellegra	7	3	100,78	3,4	20,0	0,084	0,4	57,5	22,7	3,2	16,0	16.083
Bracciano	178	142	95,20	4,2	24,3	0,309	0,7	29,5	20,8	2,5	9,7	21.857
Camerata Nuova	3	1	97,47	1,3	20,7	0,000	0,4	49,1	17,5	4,3	16,7	18.003
Campagnano di Roma	222	130	98,80	5,1	25,6	0,347	0,6	38,1	20,3	2,9	11,9	19.992
Canale Monterano	27	18	95,89	3,6	23,3	0,053	0,4	44,2	19,3	3,0	12,3	19.120
Canterano	0	1	99,51	4,4	27,7	0,000	0,0	43,7	26,2	2,8	16,1	17.332
Capena	229	160	101,13	5,0	26,1	0,200	0,8	40,5	24,5	3,4	13,2	18.825
Capranica Prenestina	1	0	105,83	1,0	27,5	0,000	0,5	46,7	39,6	3,0	23,8	15.588
Carpineto Romano	19	7	95,94	2,8	15,4	0,328	0,9	43,4	19,8	1,5	7,5	16.480
Casape	9	2	105,83	1,6	25,9	0,641	0,6	48,4	32,2	1,4	26,8	15.939
Castel Gandolfo	88	63	96,89	4,9	21,9	0,476	0,8	34,0	20,2	2,3	8,6	21.257
Castel Madama	88	47	102,05	3,7	21,5	0,230	1,3	43,9	25,6	3,1	17,6	18.421
Castel San Pietro Romano	4	4	103,44	3,3	21,9	0,000	2,3	39,9	25,0	3,1	9,0	18.023
Castelnuovo di Porto	170	86	98,14	5,1	25,3	0,360	0,7	35,0	19,1	3,2	11,1	21.468
Cave	160	116	104,79	4,1	23,4	0,196	1,1	49,4	27,7	3,7	20,5	17.442

Comune	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI+	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Incidenza adulti che non hanno conseguito titoli di studio superiori	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (tutti i giovani)	Reddito imponibile medio (€)
Cerreto Laziale	11	2	99,10	2,4	19,4	0,402	0,0	45,0	27,8	2,1	23,6	17.458
Cervara di Roma	9	4	104,66	1,4	22,5	0,379	0,4	43,2	30,8	1,6	46,7	17.071
Cerveteri	384	181	97,93	4,7	19,4	0,227	0,8	40,4	22,3	3,0	13,9	19.977
Ciampino	303	250	93,16	3,9	22,0	0,194	0,7	32,6	18,9	2,5	8,7	22.591
Ciciliano	9	5	105,02	2,5	22,3	0,000	1,2	42,9	36,5	4,0	14,5	16.950
Cineto Romano	3	2	97,89	2,7	24,0	0,000	1,0	52,1	22,5	0,7	8,2	16.139
Civitavecchia	348	190	95,17	4,2	21,0	0,145	0,6	38,0	22,5	2,4	14,2	20.900
Civitella San Paolo	64	25	102,87	4,2	27,5	0,105	0,7	47,3	24,1	4,0	16,6	17.523
Colleferro	231	186	92,90	3,5	19,1	0,091	0,5	32,1	21,4	2,5	11,4	20.154
Colonna	79	20	100,89	4,7	25,3	0,347	0,9	37,7	23,7	3,0	14,0	18.875
Fiano Romano	296	269	101,09	4,9	25,5	0,671	0,5	37,1	22,0	2,9	11,9	19.720
Filacciano	1	0	100,55	2,4	25,6	0,408	0,4	47,4	23,2	2,8	11,6	16.244
Fiumicino	988	788	101,47	4,9	26,5	0,338	1,0	42,7	23,5	2,7	14,6	20.186
Fonte Nuova	883	526	108,49	6,3	39,6	0,000	1,3	43,3	24,5	3,7	13,6	17.902
Formello	121	129	95,52	6,8	23,1	0,093	0,6	32,5	19,5	3,5	9,6	27.838
Frascati	107	99	94,53	4,9	21,5	0,211	0,8	33,5	22,0	2,4	9,1	23.541
Galliciano nel Lazio	109	27	105,23	5,4	25,5	0,401	0,7	47,9	24,4	4,1	13,4	16.984
Gavignano	9	7	100,85	4,6	17,7	0,654	0,5	50,5	16,5	2,6	10,6	16.798
Genazzano	55	29	101,23	3,0	20,5	0,200	0,8	47,1	27,9	3,7	13,9	17.798
Genzano di Roma	229	120	97,50	4,3	20,2	0,246	0,9	39,6	23,1	2,5	11,0	19.321
Gerano	7	5	102,30	2,5	17,0	0,714	0,9	52,5	25,7	1,8	8,7	16.512
Gorga	7	1	94,86	3,5	21,0	0,000	0,6	43,8	15,1	2,2	12,8	17.109
Grottaferrata	100	112	91,39	4,8	20,3	0,200	1,0	23,6	17,8	2,4	8,0	27.627
Guidonia Montecelio	1.594	880	99,94	5,4	24,5	0,352	0,9	39,6	21,0	2,8	11,8	19.640
Jenne	0	0	97,05	1,1	16,3	0,000	0,5	54,6	30,0	1,5	8,7	16.294
Labico	112	44	101,91	5,6	22,9	0,355	1,0	42,9	22,8	2,8	14,1	18.145
Ladispoli	935	420	102,42	4,0	23,6	0,128	1,4	39,9	26,4	3,4	14,9	18.293
Lanuvio	210	65	101,56	5,6	21,4	0,212	0,7	47,0	24,7	3,3	13,7	17.696
Lariano	107	57	107,07	6,2	22,8	0,213	0,7	53,8	30,0	4,2	18,8	16.945

Comune	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI+	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Incidenza adulti che non hanno conseguito titoli di studio superiori	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (tutti i giovani)	Reddito imponibile medio (€)
Licenza	15	4	110,24	2,4	24,9	0,469	0,6	55,0	35,5	3,4	37,3	16.407
Magliano Romano	23	6	99,28	3,4	27,2	0,157	0,3	49,7	22,9	2,4	16,2	17.933
Mandela	10	4	94,12	3,8	19,4	0,249	0,3	35,3	22,3	2,7	7,4	19.525
Manziana	50	49	93,71	3,2	20,7	0,172	0,4	31,7	22,1	3,6	7,8	22.345
Marano Equo	11	3	98,21	2,4	23,6	0,504	1,4	35,0	15,0	2,7	5,0	19.398
Marcellina	193	76	109,65	5,0	30,5	0,280	0,7	49,3	33,1	3,5	30,2	16.306
Marino	443	377	97,96	3,6	24,5	0,378	0,8	35,8	23,0	2,8	8,9	20.196
Mazzano Romano	47	19	104,12	3,9	27,5	0,288	0,5	50,4	27,0	3,5	21,7	18.315
Mentana	403	309	106,36	5,3	25,3	0,715	1,1	43,8	24,3	3,3	15,7	18.208
Monte Compatri	198	110	97,99	4,6	25,6	0,393	0,8	38,8	21,6	2,9	11,9	24.667
Monte Porzio Catone	40	39	94,17	3,7	16,6	0,340	0,8	27,0	17,7	3,0	6,4	19.419
Monteflavio	11	12	96,20	2,0	15,1	0,370	0,3	50,9	20,3	1,4	21,7	18.194
Montelanico	24	10	100,06	2,6	21,9	0,524	1,0	42,5	19,6	1,9	17,6	16.991
Montelibretti	69	45	97,77	4,9	19,4	0,231	0,7	47,5	19,8	1,8	10,1	16.998
Monterotondo	691	450	96,46	3,5	23,4	0,364	0,6	35,4	19,2	2,8	10,7	19.701
Montorio Romano	21	29	106,76	5,5	24,3	0,244	0,1	59,4	26,7	3,1	32,8	16.372
Moricone	23	16	100,67	3,1	21,3	0,187	0,8	47,3	25,0	2,1	22,4	16.432
Morlupo	162	122	95,61	4,0	25,9	0,132	0,4	33,8	23,1	2,5	12,2	20.144
Nazzano	15	11	100,96	3,4	26,3	0,318	0,3	48,3	22,3	2,9	18,9	17.362
Nemi	9	8	96,72	4,3	21,5	0,248	0,8	33,9	19,9	3,6	10,9	21.815
Nerola	17	8	93,38	2,1	22,1	0,232	0,1	44,7	21,0	1,4	10,8	18.986
Nettuno	387	445	102,66	4,8	26,2	0,131	0,8	43,6	27,4	3,6	15,1	18.216
Olevano Romano	67	59	99,03	2,4	21,0	0,214	0,7	48,7	25,2	2,3	15,2	16.943
Palestrina	393	172	102,56	5,3	25,1	0,250	1,1	43,0	24,2	3,1	15,1	18.557
Palombara Sabina	211	103	103,29	5,7	21,4	0,297	1,2	47,0	25,4	2,6	15,9	17.915
Percile	7	2	106,22	2,5	24,6	0,000	1,5	59,0	30,6	2,2	20,0	15.092
Pisoniano	14	17	102,49	2,2	22,1	0,280	1,3	52,4	24,3	2,3	21,9	17.561
Poli	33	8	112,36	3,3	26,0	0,100	1,2	57,0	34,5	3,6	44,6	15.470
Pomezia	898	666	97,31	4,0	24,2	0,189	0,7	39,2	21,9	2,6	13,5	19.774

Comune	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI+	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Incidenza adulti che non hanno conseguito titoli di studio superiori	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (tutti i giovani)	Reddito imponibile medio (€)
Ponzano Romano	23	23	104,47	3,5	31,9	0,524	0,6	45,3	24,4	2,4	18,4	16.521
Riano	261	108	97,96	5,9	25,8	0,168	0,4	37,2	22,8	3,3	11,3	22.055
Rignano Flaminio	270	114	99,48	3,3	27,7	0,157	0,5	39,1	23,8	3,9	14,5	19.887
Riofreddo	21	5	98,11	1,3	24,2	0,000	0,8	48,7	19,1	2,3	19,7	16.538
Rocca Canterano	0	1	107,03	0,0	18,7	0,885	0,0	46,5	25,6	1,9	50,0	16.346
Rocca di Cave	0	0	105,28	3,3	25,6	0,565	0,5	51,3	25,9	2,0	30,0	16.355
Rocca di Papa	213	206	102,96	6,1	24,1	0,135	1,3	43,1	23,2	3,7	14,5	20.442
Rocca Priora	103	73	99,73	5,3	22,3	0,240	0,8	41,0	22,8	3,5	11,2	20.224
Rocca Santo Stefano	9	2	106,59	4,7	19,4	0,000	1,5	57,2	33,3	2,6	16,0	15.859
Roccagiovine	1	1	101,73	2,4	21,6	0,000	0,8	53,1	28,9	3,1	20,0	17.203
Roiate	0	0	98,20	2,9	20,6	0,000	0,3	57,8	28,3	2,2	12,5	18.724
Roviano	19	13	93,86	3,7	19,6	0,181	0,2	42,4	22,5	1,3	8,8	17.965
Sacrofano	135	37	96,34	3,9	29,8	0,243	0,5	29,6	20,4	4,1	6,3	25.847
Sambuci	7	2	101,56	3,8	22,9	0,260	1,0	55,4	20,7	2,5	11,1	16.599
San Cesareo	366	125	109,18	7,0	26,2	0,804	0,8	47,1	24,4	3,6	17,5	17.748
San Gregorio da Sassola	6	5	101,90	2,0	25,3	0,144	0,9	54,2	30,0	1,6	14,8	16.400
San Polo dei Cavalieri	34	13	102,12	4,7	24,0	0,234	0,8	44,0	26,3	3,5	14,7	17.960
San Vito Romano	25	29	100,20	4,8	16,4	0,160	1,3	46,4	22,9	2,3	11,8	16.720
Santa Marinella	159	108	94,73	2,8	19,3	0,181	0,6	36,8	23,7	2,9	14,9	21.768
Sant'Angelo Romano	135	38	105,21	4,1	30,8	0,230	1,1	39,5	23,7	4,9	11,2	18.276
Sant'Oreste	47	10	99,97	2,7	24,8	0,000	0,5	51,3	24,0	2,5	20,3	16.453
Saracinesco	1	1	105,32	0,0	27,7	0,000	0,0	49,5	40,0	1,9	45,5	20.476
Segni	56	55	95,26	3,0	17,5	0,380	0,5	37,7	21,2	2,4	9,7	18.421
Subiaco	59	33	95,07	3,1	19,3	0,079	0,4	38,9	23,5	2,5	14,8	18.305
Tivoli	1.085	562	100,09	3,9	28,4	0,291	0,9	37,7	22,9	2,9	12,0	19.391
Tolfa	39	25	100,37	2,8	18,9	0,092	0,9	47,1	25,1	3,7	15,4	17.303
Torrita Tiberina	13	9	98,34	5,2	21,7	0,192	0,4	41,0	24,7	2,6	10,6	17.802
Trevignano Romano	94	42	94,90	2,6	25,8	0,520	0,3	30,8	21,6	2,9	8,4	23.648
Vallepietra	1	0	108,53	0,7	43,0	0,000	0,0	67,5	22,9	0,0	23,5	12.254

Comune	Minori stranieri UE	Minori stranieri extra-UE	MPI+	Famiglie numerose %	Famiglie che non vivono in abitazione di proprietà	Alloggi impropri	Affollamento abitazioni occupate	Incidenza adulti che non hanno conseguito titoli di studio superiori	Neet	Famiglie con potenziale disagio economico	Uscita precoce dal sistema di istruzione (tutti i giovani)	Reddito imponibile medio (€)
Vallinfreda	1	0	94,75	0,6	26,7	0,000	0,0	28,8	29,5	2,5	12,0	18.029
Valmontone	234	146	107,29	6,5	25,6	0,288	1,2	48,6	28,3	3,4	19,0	17.363
Velletri	607	478	104,75	5,4	27,2	0,200	0,8	46,3	27,0	3,9	18,8	18.134
Vicovaro	41	8	105,53	4,1	24,9	0,129	1,2	53,9	27,2	3,4	20,0	17.035
Vivaro Romano	0	0	107,91	1,9	26,4	0,000	0,0	64,4	30,4	1,0	50,0	14.840
Zagarolo	443	166	107,92	6,6	24,8	0,300	1,3	49,1	26,2	4,2	16,3	17.678

C - Una fotografia sociodemografica del territorio di Ladispoli

Ladispoli, comune costiero appartenente alla Città Metropolitana di Roma Capitale (Lazio), si estende su una superficie di circa 25,95 km² e presenta una densità abitativa pari a 1 570 abitanti per km². Nel 2022, la popolazione ha raggiunto i 40 761 residenti, distribuiti in 19 559 famiglie, con una leggera prevalenza di donne (51,3 %) rispetto agli uomini (48,7 %).

Per quanto riguarda la struttura per età, l'età media complessiva è di circa 44,5 anni (43,1 per gli uomini e 45,8 per le donne), dato che suggerisce una popolazione mediamente matura. L'indice di vecchiaia⁵² — che mette a confronto gli over 65 con i minori di 14 anni — si attesta a 155,2, evidenziando una certa incidenza delle fasce anziane. L'indice di dipendenza, che considera le fasce non attive (0–14 e over 65) rispetto alla popolazione attiva (15–64 anni), risulta pari a 46,9. Il ricambio generazionale è indicato da un indice di 143,7 (rapporto tra 60–64enni e 15–19enni), ulteriore segnale dell'invecchiamento della componente attiva della popolazione.

Al 1° gennaio 2024, la presenza straniera a Ladispoli è rappresentata da 6793 residenti, equivalenti al 16,6 % della popolazione complessiva. Si tratta di un dato che si mantiene stabile rispetto agli anni precedenti (6 742 stranieri nel 2022 e nel 2023), ma che si discosta nettamente dalla media nazionale, che si attesta intorno all'8,9 %. Questo colloca Ladispoli tra i comuni italiani sopra i 30.000 abitanti con la più alta incidenza di stranieri (cfr tab 1). La comunità romena è di gran lunga la più numerosa, rappresentando oltre la metà dei cittadini stranieri e circa il 10 % dell'intera popolazione. Le altre comunità, pur presenti, mostrano numeri più contenuti. La maggioranza dei residenti stranieri si concentra nei quartieri centrali e in quelli prettamente residenziali, mentre nelle zone turistiche o a vocazione agricola la loro presenza è più discontinua o legata alla stagionalità

Tab. 1 - Nazionalità e percentuali

Nazionalità	% tra stranieri	% sulla popolazione
Romania	~56–57 %	~9,4 %
India	~5,8 %	~0,95 %
Polonia	~5,3–5,1 %	~0,88 %
Ucraina	~3,6–3,7 %	~0,6 %
Senegal	~3,4 %	~0,57 %
Moldavia	~2,3 %	~0,39 %
Marocco	~2,0 %	~0,33 %
Altre (Bulgaria, Cina, Albania...)	restante	variabile

Fonte: dati estrapolati da tuttitalia.it

Alla data del 1° gennaio 2024, la composizione per età della popolazione straniera evidenzia un nucleo centrale adulto, con una discreta presenza di giovani e una quota più contenuta di anziani (cfr. tab. 2). La fascia 30–49 anni rappresenta il cuore della popolazione straniera, evidenziando una componente adulta e attiva. I bambini e adolescenti (0–14 anni) costituiscono una quota rilevante (oltre il 16 %), segno di nuclei familiari stabilmente insediati. La distribuzione mostra una comunità straniera piuttosto equilibrata tra maschi (49,3 %) e femmine (50,7 %). In sintesi, Ladispoli è un comune in espansione demografica, con una componente straniera che si attesta intorno al 16–17 %, superando nettamente la media nazionale. I principali gruppi provengono dalla Romania, seguiti da India, Polonia e Ucraina, e presentano una distribuzione equilibrata per genere ed età.

⁵² L'indice di vecchiaia è un indicatore sintetico, ma molto dinamico, del grado d'invecchiamento di una popolazione. Si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione anziana (65 anni e oltre) a quella giovanile (da 0 a 14 anni), per 100. L'indice ci dice quanti anziani si contano per ogni 100 giovanissimi.

Tab. 2 - Comunità straniera per fasce di età

Fasce d'età	% sulla popolazione straniera
0–14 anni	~16%
15–19 anni	~5,4 %
20–29 anni	8,3 %
30–49 anni	35,0 % (30–34 = 6,4%; 35–39 = 10,5%; 40–44= 11,4%; 45–49= 13,1%)
50–59 anni	18,8 %
60+ anni	9 % circa

Fonte: dati estrapolati da [tuttitalia.it](https://www.tuttitalia.it)

Nel 2024, il tasso di occupazione nel Lazio (fascia 15–64 anni) è del 64 %, contro una media nazionale del 62,2 %. Il dato di Ladispoli relativo alla popolazione straniera è leggermente inferiore, ma comunque rilevante. Anche sul fronte della disoccupazione, la situazione regionale (6,4 %) si allinea con quella italiana (6,6 %), ma i cittadini stranieri di Ladispoli mostrano un vantaggio relativo. Per quanto riguarda il contesto abitativo, la città garantisce una discreta accessibilità economica. Gli affitti si collocano tra i 400 e i 700 € al mese, anche per soluzioni in centro, mentre il valore medio al metro quadro per l'acquisto di un'abitazione ha raggiunto i 2 469 € a settembre 2023, con un aumento del 14 % rispetto all'anno precedente.

Pur percependo redditi medi inferiori — circa 859 € mensili, rispetto ai 1 227 € degli italiani — i cittadini stranieri a Ladispoli mostrano una forte presenza nel mercato del lavoro e un soddisfacente livello di integrazione, favorita da un mercato abitativo ancora relativamente accessibile, anche se è plausibile una condizione di relativa maggiore vulnerabilità economica per le famiglie straniere, soprattutto se monoreddito o con più figli a carico. A livello scolastico, non si rilevano segnali di segregazione o episodi significativi di razzismo.

ANNESSO 2 – GLI STRUMENTI DI INDAGINE

D – I questionari strutturati per la survey rivolta agli operatori dei servizi

Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori rivolto agli operatori del Comune di Roma⁵³

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **“COFRAMIS - CONTRASTARE le FRAGILITÀ psicosociali dei Minori Stranieri nel territorio di Roma Capitale”**, finanziato dal Ministero dell'Interno nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, che vede coinvolto direttamente il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale.

Si rimarca che l'indagine è gestita dalla società esterna Laser Srl, individuata tramite procedure ad evidenza pubblica, che garantisce il completo anonimato delle risposte e il trattamento dei dati e delle informazioni in forma aggregata, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

1. Indichi di seguito il suo ruolo professionale *(una sola risposta)*

- ☐ Dirigente/Coordinatore di struttura/di servizio
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Educatore professionale
- ☐ Psicologo
- ☐ Operatore dell'accoglienza
- ☐ Altro (specificare) _____

2. Struttura/servizio in cui lavora: *(una sola risposta)*

- ☐ Area minori e famiglie del Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma
- ☐ Servizi sociali comunali/municipali dedicati a minori e famiglie
- ☐ Gruppo integrato di Lavoro (G.I.L.) o altri servizi municipali con analoghe funzioni
- ☐ Educativa domiciliare (Sismif)
- ☐ Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali
- ☐ PUA/Segretariato sociale
- ☐ Sportello Unico per l'Accoglienza Migranti (SUAM) del Comune di Roma
- ☐ Altro servizio/struttura non indicata nell'elenco (specificare _____)

3. Nell'ambito della sua attività lavorativa, ha avuto esperienze di supporto di minori in condizioni di disagio e/o delle loro famiglie e, tra questi, di minori stranieri e/o di minori stranieri non accompagnati?

- ☐ Sì *(andare alla sezione successiva)*
- ☐ No *(il questionario è concluso)*

⁵³ Link per la compilazione: <https://forms.gle/s4rVGpTez6A3AiUTA>

SEZIONE 2. LE FUNZIONI DEL SERVIZIO/STRUTTURA PER CUI LAVORA

4. Le chiediamo di indicare se il servizio/struttura per cui lavora: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> della vulnerabilità dei minori			
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

5. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua struttura: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

6. Indichi il grado di collaborazione del suo servizio/struttura con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)

	Non pertinente/ Nessuna collaborazione	Collaborazione occasionale	Collaborazione Continuativa
TSMREE			
Centro Samifo			
Consultori familiari			
Servizi per le tossicodipendenze			
Centri di Salute Mentale			
Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	<i>Collaborazione occasionale</i>	<i>Collaborazione Continuativa</i>
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronta Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centro/sportello o struttura dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

7. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

8. Rispetto agli interventi erogati dal servizio/struttura presso cui lavora, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori: (una risposta per riga)

	<i>Non pertinente</i>	<i>Per niente efficace</i>	<i>Poco efficace</i>	<i>Abbastanza efficace</i>	<i>Molto efficace</i>
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					

	<i>Non pertinente</i>	<i>Per niente efficace</i>	<i>Poco efficace</i>	<i>Abbastanza efficace</i>	<i>Molto efficace</i>
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili.					

9. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano il suo servizio/struttura e gli altri nodi della rete territoriale: (una risposta per riga)

	<i>Per niente d'accordo</i>	<i>Poco d'accordo</i>	<i>Abbastanza d'accordo</i>	<i>Molto d'accordo</i>
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori				
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA				
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuola, sanità e per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico di minori in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare stranieri in condizione di vulnerabilità				

10. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori in condizione di vulnerabilità?

11. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

12. Ha ulteriori commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori rivolto agli operatori dei Comuni di Roma Capitale⁵⁴

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **“COFRAMIS - Contrastare le FRAGilità psicosociali dei Minori Stranieri cittadini nei paesi terzi nel territorio di Roma Capitale”**, che il Ministero dell'Interno, nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, ha finanziato ad una compagine che riunisce il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre (capofila), il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma, l'Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro e il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale e l'Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche Sociali (IISMAS).

Obiettivo generale del progetto, riferito a tutta la Città metropolitana di Roma Capitale, è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei minori, specie stranieri. A tal fine, il Progetto prevede la realizzazione di un'analisi finalizzata a definire le caratteristiche della fragilità minorile e le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono il disagio e la vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri nonché la funzionalità dell'offerta territoriale di servizi ad essi rivolti e le barriere di accesso a tali servizi.

Lo studio include, tra le altre attività, la realizzazione di una survey che coinvolge gli operatori dei servizi sociali dei comuni di Roma Capitale. Attraverso le informazioni che deriveranno dal progetto e dalla survey sarà auspicabilmente possibile acquisire quegli elementi di conoscenza che possono contribuire a migliorare gli interventi sia dei responsabili delle strutture sia anche degli operatori stessi che quotidianamente si trovano confrontati con le problematiche, sempre più acute, di questa componente della popolazione minorile e delle loro famiglie.

Si fa presente che il questionario proposto è anonimo e che non sono utilizzati strumenti per la profilazione degli utenti. Tutte le informazioni acquisite saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata. Proprio al fine di garantire il completo anonimato delle risposte, la gestione della survey e dei risultati è stata affidata tramite procedure ad evidenza pubblica alla società LaSER Srl.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

1. Indichi di seguito il suo ruolo professionale: *(una sola risposta)*

- ☐ Dirigente/Coordinatore di struttura/di servizio
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Educatore professionale
- ☐ Psicologo
- ☐ Operatore dell'accoglienza
- ☐ Altro (specificare) _____

⁵⁴ Link per la compilazione: <https://forms.gle/32oqBC46fdJfUz8i8>

2. Servizio/struttura in cui lavora: (una sola risposta)

- ☐ Servizi sociali dedicati a minori e famiglie
- ☐ Servizi sociali dedicati all'inclusione sociale
- ☐ Servizi di educativa domiciliare
- ☐ Servizi dedicati alle emergenze sociali
- ☐ PUA/Segretariato sociale
- ☐ Altro servizio/struttura non indicata nell'elenco (specificare _____)

3. Nell'ambito della sua attività lavorativa, ha avuto esperienze di supporto di minori in condizioni di disagio e/o delle loro famiglie e, tra questi, di minori stranieri e/o di minori stranieri non accompagnati?

- ☐ Sì *(andare alla sezione successiva)*
- ☐ No *(il questionario è concluso)*

SEZIONE 2. LE FUNZIONI DEL SERVIZIO/STRUTTURA PER CUI LAVORA**4. Le chiediamo di indicare se il servizio/struttura per cui lavora:** (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> della vulnerabilità dei minori			
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

5. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua struttura: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

6. Indichi il grado di collaborazione del suo servizio/struttura con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	<i>Collaborazione occasionale</i>	<i>Collaborazione Continuativa</i>
TSMREE			
Centro Samifo			
Consultori familiari			
Servizi per le tossicodipendenze			
Centri di Salute Mentale			
Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronta Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centro/sportello o struttura dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

7. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

8. Rispetto agli interventi erogati dal servizio/struttura presso cui lavora, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori: (una risposta per riga)

	<i>Non pertinente</i>	<i>Per niente efficace</i>	<i>Poco efficace</i>	<i>Abbastanza efficace</i>	<i>Molto efficace</i>
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psico-sociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili.					

9. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano il suo servizio/struttura e gli altri nodi della rete territoriale: (una risposta per riga)

	<i>Per niente d'accordo</i>	<i>Poco d'accordo</i>	<i>Abbastanza d'accordo</i>	<i>Molto d'accordo</i>
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori				
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA				
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra servizi sociali, scuola, sanità e per migliorare le capacità di identificazione e prendere in carico di minori in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori, in particolare stranieri in condizione di vulnerabilità				

10. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori in condizione di vulnerabilità?

11. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

12. Ha ulteriori commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori Stranieri rivolto agli operatori che lavorano con i minori⁵⁵

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **“COFRAMIS - Contrastare le FRAGilità psicosociali dei Minori Stranieri cittadini nei paesi terzi nel territorio di Roma Capitale”**, che il Ministero dell'Interno, nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, ha finanziato ad una compagine che riunisce il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre (capofila), il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma, l'Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro e il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale e l'Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche Sociali (IISMAS).

Obiettivo generale del progetto, riferito a tutta la Città metropolitana di Roma Capitale, è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei minori, specie stranieri. A tal fine, il Progetto prevede la realizzazione di un'analisi finalizzata a definire le caratteristiche della fragilità minorile e le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono il disagio e la vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri nonché la funzionalità dell'offerta territoriale di servizi ad essi rivolti e le barriere di accesso a tali servizi.

Lo studio include, tra le altre attività, la realizzazione di una survey che coinvolge gli operatori dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari dedicati ai minori. Attraverso le informazioni che deriveranno dal progetto e dalla survey sarà auspicabilmente possibile acquisire quegli elementi di conoscenza che possono contribuire a migliorare gli interventi sia dei responsabili delle strutture sia anche degli operatori stessi che quotidianamente si trovano confrontati con le problematiche, sempre più acute, di questa componente della popolazione minorile e delle loro famiglie.

Si fa presente che il questionario proposto è anonimo e che non sono utilizzati strumenti per la profilazione degli utenti. Tutte le informazioni acquisite saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata. Proprio al fine di garantire il completo anonimato delle risposte, la gestione della survey e dei risultati è stata affidata tramite procedure ad evidenza pubblica alla società LaSER Srl.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI SULLA STRUTTURA/SERVIZIO

1. Ruolo professionale *(una sola risposta)*

- ☐ Coordinatore di struttura/di servizio
- ☐ Educatore professionale/Operatore dell'accoglienza
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Psicologo/Psicoterapeuta/Pedagogista
- ☐ Medico/Psichiatra/Neuropsichiatra infantile
- ☐ Altro (specificare) _____

⁵⁵ Link per la compilazione: <https://forms.gle/96bJgWoKm7AUUMhH7>

2. Tipologia di struttura/servizio: (una sola risposta)

- ☐ Area minori e famiglie del Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma
- ☐ Servizi sociali comunali/municipali dedicati a minori e famiglie
- ☐ Gruppo integrato di Lavoro (G.I.L.) o altri servizi municipali con analoghe funzioni
- ☐ Educativa domiciliare
- ☐ Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali
- ☐ PUA/Segretariato sociale
- ☐ Sportello Unico per l'Accoglienza Migranti (SUAM) del Comune di Roma
- ☐ Centro di Pronta Accoglienza per minori o altra struttura semiresidenziale o residenziale dedicata a minori che vivono situazioni familiari problematiche
- ☐ Centro specialistico per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori
- ☐ Centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati
- ☐ Centro di seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati
- ☐ Altra struttura non indicata nell'elenco (specificare) _____

3. Qual è il territorio entro cui opera il servizio/struttura per cui lavora? (una sola risposta)

- ☐ Comune di Roma
- ☐ Distretti dell'hinterland della città metropolitana
- ☐ Sia nel Comune che in uno o più distretti dell'hinterland

4. Nell'ambito della sua attività lavorativa, ha avuto esperienze di supporto di minori in condizioni di disagio e/o delle loro famiglie e, tra questi, di minori stranieri e/o di minori stranieri non accompagnati?

- ☐ Sì *(andare alla sezione successiva)*
- ☐ No *(il questionario è concluso)*

SEZIONE 2. LE FUNZIONI DEL SERVIZIO/STRUTTURA PER CUI LAVORA**5. Le chiediamo di indicare se il servizio/struttura per cui lavora:** (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> della vulnerabilità dei minori			
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

6. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua struttura: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Utilizza procedure differenziate di valutazione/presa in carico			
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			

	Si	No	Non so
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

7. Indichi il grado di collaborazione del suo servizio/struttura con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	Collaborazione occasionale	Collaborazione continuativa
TSMREE			
Centro Samifo			
Consultori familiari			
Servizi per la tossicodipendenza			
Centri di Salute Mentale			
Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronta Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centro/sportello o struttura dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

8. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

9. Rispetto agli interventi erogati dal servizio/struttura presso cui lavora, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori stranieri: (una risposta per riga)

	Non pertinente	Per niente efficace	Poco efficace	Abbastanza efficace	Molto efficace
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno del disagio psico-sociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori stranieri e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori stranieri in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori stranieri e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori stranieri					

10. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano il suo servizio/struttura e gli altri nodi della rete territoriale: (una risposta per riga)

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori stranieri				
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA				
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra scuola, sanità e servizi sociali per migliorare le capacità di identificare e prendere in carico minori stranieri in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori stranieri in condizione di vulnerabilità				

11. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità?

12. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

13. Ha ulteriori commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

**Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori Stranieri
rivolto agli operatori delle strutture che lavorano con i minori (centri
famiglie/consultori)⁵⁶**

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **"COFRAMIS - Contrastare le FRAGilità psicosociali dei MInori Stranieri cittadini nei paesi terzi nel territorio di Roma Capitale"**, che il Ministero dell'Interno, nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, ha finanziato ad una compagine che riunisce il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre (capofila), il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma, l'Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro e il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale e l'Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche Sociali (IISMAS).

Obiettivo generale del progetto, riferito a tutta la Città metropolitana di Roma Capitale, è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei minori, specie stranieri. A tal fine, il Progetto prevede la realizzazione di un'analisi finalizzata a definire le caratteristiche della fragilità minorile e le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono il disagio e la vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri nonché la funzionalità dell'offerta territoriale di servizi ad essi rivolti e le barriere di accesso a tali servizi.

Lo studio include, tra le altre attività, la realizzazione di una survey che coinvolge gli operatori che, a vario titolo, lavorano con i minori. Attraverso le informazioni che deriveranno dal progetto e dalla survey sarà auspicabilmente possibile acquisire quegli elementi di conoscenza che possono contribuire a migliorare gli interventi sia dei responsabili delle strutture sia anche degli operatori stessi che quotidianamente si trovano confrontati con le problematiche, sempre più acute, di questa componente della popolazione minorile e delle loro famiglie.

Si fa presente che il questionario proposto è anonimo e che non sono utilizzati strumenti per la profilazione degli utenti. Tutte le informazioni acquisite saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata. Proprio al fine di garantire il completo anonimato delle risposte, la gestione della survey e dei risultati è stata affidata tramite procedure ad evidenza pubblica alla società LaSER Srl.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI SULLA STRUTTURA/SERVIZIO

1. A quale dei seguenti ambiti afferisce il Suo ruolo professionale? (una sola risposta)

- ☐ Coordinatore di struttura
- ☐ Educatore professionale/Operatore dell'accoglienza
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Psicologo/Psicoterapeuta/Pedagogista
- ☐ Medico/Psichiatra/Neuropsichiatra infantile
- ☐ Altro (specificare) _____

⁵⁶ Link per la compilazione: <https://forms.gle/aux8Ty3sukFidSgR8>

2. Tipologia di struttura/servizio: (una sola risposta)

- ☐ Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali
- ☐ Centro di Pronta Accoglienza per minori o altra struttura semiresidenziale o residenziale dedicata a minori che vivono situazioni familiari problematiche
- ☐ Centro specialistico per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori
- ☐ Centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati
- ☐ Centro di seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati
- ☐ Centro di accoglienza famiglie immigrate richiedenti asilo /rifugiati
- ☐ Centri per le famiglie o consultori familiari
- ☐ Altra struttura non indicata nell'elenco (specificare) _____)

3. Qual è il territorio entro cui opera il servizio/struttura per cui lavora? (una sola risposta)

- ☐ Comune di Roma
- ☐ Distretti dell'hinterland della città metropolitana
- ☐ Sia nel Comune che in uno o più distretti dell'hinterland

SEZIONE 2. LE FUNZIONI DEL SERVIZIO/STRUTTURA PER CUI LAVORA**4. Le chiediamo di indicare se il servizio/struttura per cui lavora:** (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> della vulnerabilità dei minori			
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

5. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua struttura: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Utilizza procedure differenziate di valutazione/presa in carico			
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

6. Indichi il grado di collaborazione del suo servizio/struttura con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	Collaborazione occasionale	Collaborazione continuativa
TSMREE			
Centro Samifo			
Consultori familiari			
Servizi per la tossicodipendenza			
Centri di Salute Mentale			
Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronta Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centro/sportello o struttura dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			
Organizzazione non profit di cura in campo sanitario e psicoterapeuta per famiglie e minori fragili			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

7. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

8. Rispetto agli interventi erogati dal servizio/struttura presso cui lavora, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori stranieri: (una risposta per riga)

	Non pertinente	Per niente efficace	Poco efficace	Abbastanza efficace	Molto efficace
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno del disagio psico-sociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori stranieri e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori stranieri in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori stranieri e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori stranieri					

9. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano il suo servizio/struttura e gli altri nodi della rete territoriale: (una risposta per riga)

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori stranieri				
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA				
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra scuola, sanità e servizi sociali per migliorare le capacità di identificare e prendere in carico minori stranieri in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori stranieri in condizione di vulnerabilità				

10. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità?

11. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

12. Ha ulteriori commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori rivolto agli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado⁵⁷

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **“COFRAMIS - Contrastare le FRAGilità psicosociali dei Minori Stranieri cittadini nei paesi terzi nel territorio di Roma Capitale”**, che il Ministero dell'Interno, nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, ha finanziato ad una compagine che riunisce il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre (capofila), il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma, l'Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro e il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale e l'Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche Sociali (IISMAS).

Obiettivo generale del progetto, riferito a tutta la Città metropolitana di Roma Capitale, è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei minori, specie stranieri. A tal fine, il Progetto prevede la realizzazione di un'analisi finalizzata a definire le caratteristiche della fragilità minorile e le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono il disagio e la vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri nonché la funzionalità dell'offerta territoriale di servizi ad essi rivolti e le barriere di accesso a tali servizi.

Lo studio include, tra le altre attività, la realizzazione di una survey che coinvolge gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado che si confrontano quotidianamente con i minori e le loro famiglie. Attraverso le informazioni che deriveranno dal progetto e dalla survey sarà auspicabilmente possibile acquisire quegli elementi di conoscenza che possono contribuire a migliorare gli interventi sia dei responsabili delle strutture sia anche degli operatori stessi che quotidianamente si trovano confrontati con le problematiche, sempre più acute, di questa componente della popolazione minorile e delle loro famiglie.

Si fa presente che il questionario proposto è anonimo e che non sono utilizzati strumenti per la profilazione degli utenti. Tutte le informazioni acquisite saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata. Proprio al fine di garantire il completo anonimato delle risposte, la gestione della survey e dei risultati è stata affidata tramite procedure ad evidenza pubblica alla società LaSER Srl.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI DI BASE

1. Indichi di seguito il Suo ruolo professionale: *(una sola risposta)*

- ☐ Dirigente scolastico
- ☐ Insegnanti
- ☐ Personale ATA (amministrativo, tecnico e ausiliario)
- ☐ Personale di supporto (assistente, educatore, mediatore culturale, psicologo, ecc.)
- ☐ Altro (specificare) _____

2. Ordine e grado della scuola/istituto presso cui lavora: *(una sola risposta)*

⁵⁷ Link alla compilazione del questionario: <https://forms.gle/S3McUneb4E8qbzXPA>

- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ Scuola primaria
- ☐ Scuola secondaria di primo grado
- ☐ Liceo (classico, linguistico, scientifico, scienze umane, ecc.).
- ☐ Istituto tecnico e/o professionale
- ☐ Istruzione e formazione professionale (IeFP)
- ☐ Altro (specificare) _____

3. Territorio entro cui opera la scuola/istituto per cui lavora (una sola risposta)

- ☐ Comune di Roma
- ☐ Distretti dell'hinterland della città metropolitana
- ☐ Sia il Comune che uno o più distretti dell'hinterland

4. Tra gli studenti che ha avuto modo di seguire, quanti presentano un background migratorio (ovvero, hanno o hanno avuto una cittadinanza diversa da quella italiana, oppure vivono in famiglie in cui almeno un genitore è di nazionalità straniera)? (una sola risposta)

- ☐ Una proporzione limitata, inferiore al 30%
- ☐ Una buona proporzione, tra il 30% e 60%
- ☐ Una proporzione elevata, oltre il 60%

SEZIONE 2: LE FUNZIONI DELLA SCUOLA/ISTITUTO PER CUI LAVORA

5. Le chiediamo di indicare se la scuola/istituto per cui lavora: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di progetti dedicati prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo che supportino gli insegnanti <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> dei fattori di vulnerabilità dei minori			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre programmi formativi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori vulnerabili, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

6. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua scuola/istituto: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Utilizza protocolli/procedure specifiche di accoglienza e di valutazione della situazione del minore straniero			
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment degli insegnanti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

7. Indichi il grado di collaborazione della sua scuola/istituto con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)

	<i>Nessuna collaborazione</i>	<i>Collaborazione occasionale</i>	<i>Collaborazione Continuativa</i>
TSMREE			
Centro Samifo			
Consultori familiari			
Servizi per le tossicodipendenze			
Centri di Salute Mentale			
Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronto Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centro/sportello o struttura dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Altre istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado presenti nel territorio			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

8. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali la Sua scuola/istituto intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

9. Rispetto agli interventi erogati sul territorio dai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori: (una risposta per riga)

	<i>Non so</i>	<i>Per niente efficace</i>	<i>Poco efficace</i>	<i>Abbastanza efficace</i>	<i>Molto efficace</i>
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno della vulnerabilità psicosociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzati allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori fragili					

10. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano la rete territoriale di supporto ai minori: (una risposta per riga)

	<i>Per niente d'accordo</i>	<i>Poco d'accordo</i>	<i>Abbastanza d'accordo</i>	<i>Molto d'accordo</i>
Gli strumenti messi a sua disposizione sono adeguati al riconoscimento dei fattori di rischio di fragilità dei minori				
Ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze degli studenti di nazionalità straniera				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra scuola, sanità e servizi sociali per migliorare le capacità di identificare e prendere in carico minori stranieri in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori stranieri in condizione di vulnerabilità				

11. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità?

12. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

13. Può fornirci alcune indicazioni su eventuali azioni da adottare in ambito scolastico per supportare l'identificazione e superamento di situazioni di fragilità dei minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

**Questionario sul funzionamento dei Servizi per Minori rivolto
agli operatori e alle operatrici dei servizi sanitari e socio-sanitari rivolti ai minori⁵⁸**

Gentilissima/o,

Le chiediamo di compilare il presente questionario elaborato all'interno del progetto **"COFRAMIS - Contrastare le FRAGilità psicosociali dei Minori Stranieri cittadini nei paesi terzi nel territorio di Roma Capitale"**, che il Ministero dell'Interno, nell'ambito del FAMI- Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2021-2027, ha finanziato ad una compagine che riunisce il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre (capofila), il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma, l'Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro e il Dipartimento Politiche Sociali e Salute del Comune di Roma Capitale e l'Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche Sociali (IISMAS).

Obiettivo generale del progetto, riferito a tutta la Città metropolitana di Roma Capitale, è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei minori, specie stranieri. A tal fine, il Progetto prevede la realizzazione di un'analisi finalizzata a definire le caratteristiche della fragilità minorile e le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono il disagio e la vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri nonché la funzionalità dell'offerta territoriale di servizi ad essi rivolti e le barriere di accesso a tali servizi.

Lo studio include, tra le altre attività, la realizzazione di una survey che coinvolge gli operatori dei servizi socio-sanitari e sanitari dedicati ai minori. Attraverso le informazioni che deriveranno dal progetto e dalla survey sarà auspicabilmente possibile acquisire quegli elementi di conoscenza che possono contribuire a migliorare gli interventi sia dei responsabili delle strutture sia anche degli operatori stessi che quotidianamente si trovano confrontati con le problematiche, sempre più acute, di questa componente della popolazione minorile e delle loro famiglie.

Si fa presente che il questionario proposto è anonimo e che non sono utilizzati strumenti per la profilazione degli utenti. Tutte le informazioni acquisite saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata. Proprio al fine di garantire il completo anonimato delle risposte, la gestione della survey e dei risultati è stata affidata tramite procedure ad evidenza pubblica alla società LaSER Srl.

Si ringrazia fin da subito per il contributo che vorrà dare alla presente indagine compilando il questionario.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI SULLA STRUTTURA/SERVIZIO

1. Ruolo professionale (una sola risposta)

- ☐ Coordinatore di struttura/di servizio
- ☐ Educatore professionale
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Psicologo/Psicoterapeuta/Pedagogista
- ☐ Medico/Psichiatra/Neuropsichiatra infantile
- ☐ Operatore della riabilitazione
- ☐ Altro (specificare) _____

⁵⁸ Link per la compilazione: <https://forms.gle/CFywDg8L86EyovHm6>

2. Qual è il territorio entro cui opera il servizio/struttura per cui lavora? (una sola risposta)

- ☐ Comune di Roma
- ☐ Distretti dell'hinterland della città metropolitana
- ☐ Sia nel Comune che in uno o più distretti dell'hinterland

SEZIONE 2. LE FUNZIONI DEL SERVIZIO/STRUTTURA PER CUI LAVORA**3. Le chiediamo di indicare se il servizio/struttura per cui lavora: (una risposta per riga)**

	Si	No	Non so
Realizza (o partecipa alla realizzazione) di campagne di prevenzione primaria o secondaria del disagio minorile			
Ha definito/utilizza linee di indirizzo, basate su evidenze scientifiche, che supportino gli operatori <i>nell'identificazione e riconoscimento</i> della vulnerabilità dei minori			
Utilizza un sistema per la rilevazione e il monitoraggio dei minori in condizioni di vulnerabilità psicosociale e di valutazione del percorso di trattamento			
Predisporre/partecipa a progetti/iniziative di studio e ricerca sul tema della vulnerabilità psico-sociale dei minori, al fine di migliorare le conoscenze e predisporre interventi più efficaci			
Dispone di procedure per il raccordo con altri servizi territoriali che a vario titolo si occupano di minori, in relazione all'accertamento della situazione del minore e alla predisposizione del programma di trattamento			
È inserita in un network di attori territoriali, formalizzato tramite accordi o protocolli di intesa che prevedono competenze e modalità di raccordo			

4. Con specifico riferimento ai minori di origine straniera e ai minori stranieri non accompagnati, la Sua struttura: (una risposta per riga)

	Si	No	Non so
Utilizza procedure differenziate di valutazione/presa in carico			
Organizza o partecipa periodicamente a corsi di formazione e/o aggiornamento con approfondimenti sui fattori di vulnerabilità specifici per tali target di minori			
Garantisce la supervisione degli operatori da parte di figure specializzate in ambito etnopsichiatrico			
Ricorre al mediatore linguistico-culturale			
Ricorre a figure specializzate in ambito transculturale			
Organizza o partecipa a progetti finalizzati all'empowerment dei professionisti sul tema			
Si raccorda con i servizi e le strutture che, sul territorio, si occupano di minori stranieri e minori stranieri non accompagnati			

SEZIONE 3: LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI**5. Indichi il grado di collaborazione del suo servizio/struttura con i seguenti diversi attori che, nel suo territorio, si occupano di minori (e, tra questi, minori stranieri e MSNA): (una risposta per riga)**

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	Collaborazione occasionale	Collaborazione continuativa
Consultori familiari			
Servizi per la tossicodipendenza			
Centri di Salute Mentale			
Pediatrati di libera scelta e medici di medicina generale			
Neuropsichiatrie infantili			
PUA/unità di segretariato sociale			
Servizi sociali comunali/municipali (compresi i servizi tutela minori)			

	<i>Non pertinente/ Nessuna collaborazione</i>	Collaborazione occasionale	Collaborazione continuativa
Centri per le famiglie di II livello			
Servizi comunali dedicati alle emergenze sociali			
Servizi comunali dedicati all'inclusione sociale (es. SUAM, Centri diurni Interculturali per minori immigrati, ROXANNE, ecc...)			
TSMREE			
Centro Samifo			
Forze dell'ordine			
Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e ordinario)			
Centri specialistici per il maltrattamento e l'abuso dei minori			
Centri di prima o seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati (CAS o SAI-SIPROIMI)			
Centri di Pronta Accoglienza per minori o altre strutture semiresidenziali o residenziali dedicate a minori che vivono situazioni familiari problematiche			
Centri/sportelli o strutture dedicata alle donne vittime di violenza e i loro figli			
Strutture di accoglienza madre/bambino per l'accoglienza di gestanti e nuclei monoparentali in condizione di grave indigenza, migranti, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale, donne e persone di minore età a rischio o oggetto di violenza o abbandono			
Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado			
Organizzazioni non-profit dedicate all'infanzia e adolescenza			
Organizzazioni non-profit dedicate alla famiglia			
Organizzazioni non-profit dedicate ai migranti			

6. Ci sono ulteriori servizi dedicati ai minori con i quali intrattiene collaborazioni, oltre a quelli elencati?

SEZIONE 4: L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

7. Rispetto agli interventi erogati dal servizio/struttura presso cui lavora, le chiediamo di esprimere un giudizio di efficacia in relazione ai seguenti obiettivi di prevenzione del disagio e di presa in carico e trattamento dei minori stranieri: (una risposta per riga)

	Non pertinente	Per niente efficace	Poco efficace	Abbastanza efficace	Molto efficace
Sensibilizzare la popolazione sul tema della vulnerabilità psicosociale dei minori stranieri					
Prevenire il fenomeno del disagio psico-sociale di minori stranieri					
Elaborare progetti finalizzato allo studio dei modi e delle forme di espressione del disagio dei minori stranieri e alla individuazione di specifici fattori di rischio che li riguardano					
Far emergere/intercettare il disagio psico-sociale dei minori stranieri					

	Non pertinente	Per niente efficace	Poco efficace	Abbastanza efficace	Molto efficace
Predisporre programmi di trattamento che tengano in debito conto le specificità psico-sociali e culturali dei minori stranieri					
Predisporre un sistema di tutela e protezione dei minori stranieri in stato di vulnerabilità					
Promuovere iniziative di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori con i minori stranieri e per il potenziamento della rete territoriale					
Lavorare in modo integrato e coordinato con i soggetti che, a vario titolo, possono contribuire a migliorare la situazione dei minori stranieri					

8. Sulla base della sua esperienza professionale, le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni che riguardano il suo servizio/struttura e gli altri nodi della rete territoriale: (una risposta per riga)

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono adeguati alla presa in carico dei minori stranieri				
Le procedure di accesso ai servizi sono chiare e facilmente comprensibili a famiglie straniere e tutori di MSNA				
Il personale ha ricevuto una formazione adeguata per gestire le specifiche esigenze dei minori stranieri e offrire piani personalizzati di sostegno				
La comunicazione tra servizi è fluida e permette di risolvere le criticità in tempi brevi				
È necessario rafforzare la collaborazione tra scuola, sanità e servizi sociali per migliorare le capacità di identificare e prendere in carico minori stranieri in condizione di vulnerabilità				
Nel complesso, l'offerta presente sul territorio è in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di minori stranieri in condizione di vulnerabilità				

9. Quali sono, a suo parere, i punti di forza delle azioni di prevenzione del disagio, di presa in carico e trattamento dei minori stranieri in condizione di vulnerabilità?

10. E quali, invece, le criticità?

SEZIONE 5: COMMENTI E SUGGERIMENTI

11. Ha ulteriori commenti, osservazioni o suggerimenti per migliorare l'offerta di servizi per minori stranieri?

Grazie per la collaborazione!

E – La traccia per l'intervista a testimoni privilegiati

[L'intervistatore illustra finalità, contenuti e attori del progetto Coframis]

Il Ministero degli Interni, nell'ambito del programma 2021-2027 del FAMI- Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione, ha assegnato a Roma Capitale -Dipartimento Politiche Sociali e al Dipartimento Scuola, all'Università Roma 3- Dipartimento di Scienze della Formazione ed a Sapienza Università di Roma-Dipartimento di Neuroscienze Umane, il compito di realizzare il progetto "CONtratastare le FRAGilità psicosociali dei Minori Stranieri Cittadini dei paesi terzi nel territorio di Roma capitale".

Obiettivo generale del progetto è quello di prevenire e contrastare le condizioni di vulnerabilità psicosociale dei MCPT anche attraverso l'attivazione e/o il rafforzamento di reti tra soggetti pubblici e privati che agiscono in campo sanitario, sociale e scolastico-educativo e il coinvolgimento delle associazioni degli immigrati e delle famiglie dei Minori cittadini di paesi terzi (MCPT).

A tal fine il Progetto ha affidato alla società di ricerca LaSER il compito di condurre una analisi finalizzata a definire le aree del territorio dell'area metropolitana di Roma in cui più acuti appaiono i rischi di disagio e vulnerabilità psico-sociale dei minori, specie quelli stranieri, ed a far emergere quali sono i soggetti e le strutture che a diverso titolo intervengono nel campo della prevenzione e della cura di questi minori.

Si fa presente che tutte le informazioni acquisite con l'intervista saranno utilizzate per i soli scopi della ricerca e, in osservanza del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n. 679 del 2016, saranno trattate in forma anonima e aggregata.

A) ATTIVITA DELL'INTERVISTATO E SUA COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

(servizio/struttura, ruolo, funzioni)

B) FATTORI CHE POSSONO FAVORIRE LA VULNERABILITA' PSICO SOCIALE DEGLI MCPT

1. Nella vostra esperienza, avete rilevato che disagio e vulnerabilità psico-sociale colpiscono i minori MCPT più di quanto affliggano i minori italiani?
2. Quali sono le manifestazioni con cui si esprimono vulnerabilità e disturbi del comportamento (inclusendo anche le problematiche scolastiche)?
3. Quali possono essere i fattori di rischio che influiscono su tali vulnerabilità/disturbi come la condizione familiare (famiglia numerosa, genitori separati, disoccupati, poveri, che non conoscono la lingua, a basso livello di istruzione) e/o il contesto urbano di residenza (caratterizzato da delinquenza, spaccio ecc)?
4. Quali sono, a sua conoscenza, le zone della Città metropolitana di Roma in cui si manifestano con maggiore frequenza ed acutezza vulnerabilità e disturbi dei MCPT?
5. Ci sono delle nazionalità dei MCPT a più alto rischio di vulnerabilità?
6. Quanto sono influenti nel rischio di vulnerabilità i fattori riferiti al *percorso* migratorio dei MCPT: precedenti, inerenti e successivi al *viaggio* migratorio e dunque:

- a. condizioni del contesto di provenienza, sia generali che riferite al contesto familiare che, infine, ai vissuti del distacco ecc.;
 - b. condizioni vissute *durante* il viaggio come violenze vissute e/o assistite, fame, sete, privazione della libertà ecc.;
 - c. condizioni di accoglienza e adattamento al nuovo contesto sociale, culturale e relazionale.
7. Solo per i MSNA: quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose per i MSNA con disagi e disturbi psico-sociali?

C) IDENTIFICAZIONE DEI SERVIZI/PROGRAMMI PER PREVENIRE E CURARE LA VULNERABILITA' PSICO SOCIALE DEGLI MCPT

- 1. Quali sono i soggetti e le strutture territoriali capaci di intervenire sulla vulnerabilità psico sociale degli MCPT e, a sua conoscenza, come sono distribuiti nel territorio della città metropolitana di Roma.
- 2. Quali sono i servizi che questi soggetti/strutture offrono e quale, a suo avviso, il grado di adeguatezza di questa offerta.
- 3. Quali sono le problematiche di accesso a questi soggetti e servizi
- 4. Quali sono a suo avviso le iniziative che si dovrebbero intraprendere per rendere più efficaci questi soggetti e servizi
- 5. Qual è il grado d'integrazione tra questi diversi servizi: ritiene che esista una strategia comune o i servizi operano in maniera autonoma ed indipendente.

D) RICHIESTA DI ULTERIORI CONTATTI

- 1. Ci può indicare delle persone che potrebbe essere utile intervistare ai nostri scopi (eventuale telefono ed email)