



IENE 8

POTENZIARE LE FAMIGLIE MIGRANTI E RIFUGIATE CONCOMPETENZE GENITORIALI

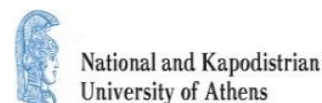
Mappa dei Contenuti del Curriculum

Intellectual Output 2.2

Scritto da Irena Papadopoulou e Runa Lazzarino

Middlesex University, London, United Kingdom

Maggio 2019



1. Ragione di fondo

I genitori rifugiati sono fondamentali per proteggere i propri figli da ogni male. Tuttavia, prendersi cura dei bambini durante le fasi che portano al reinsediamento è inimmaginabilmente difficile per i genitori rifugiati e migranti che si trovano in circostanze estreme ed eccezionali. La creazione di un curriculum (programma di studio) per infermieri e altri operatori sanitari e volontari che lavorano con famiglie di migranti e rifugiati risponde alle richieste formative che sono state identificate per preparare meglio gli assistenti che, in prima linea, sono tenuti a rispondere alle esigenze di sostegno delle famiglie "in movimento". Le esigenze delle famiglie di rifugiati in transito sono diverse da quelle dei contesti di reinsediamento (Williams, 2010). La ricerca indica che le interruzioni della struttura familiare e dei ruoli, valori e pratiche genitoriali che sono ampiamente culturalmente informati, si verificano già durante le fasi pre-volo (vedi: Williams, 2010). Inoltre, sono stati trovati utili gli interventi precoci con le famiglie dopo il trauma (Dyregrov, Gjestad, e Raundalen, 2002)

Il curriculum mira a consentire agli operatori sanitari di fornire supporto, conoscenze e competenze sui bisogni di assistenza alla genitorialità e alla famiglie con figli, in condizioni estreme e uniche. Questo curriculum ha l'obiettivo di sviluppare le competenze degli operatori sanitari nel fornire un sostegno culturalmente competente e compassionevole alle famiglie che fanno parte delle nuove ondate migratorie, provenienti principalmente da Siria, Iraq e Afghanistan che arrivano in Grecia attraverso la Turchia. Il curriculum mira anche ad aiutare operatori sanitari e volontari a sviluppare strategie personali/di gruppo per far fronte agli alti livelli del trauma personale a causa di ciò che incontrano mentre svolgono il proprio lavoro.

La struttura di questo programma si basa sulla Mappatura della letteratura nazionale e internazionale, ed è guidata dal modello europeo PTT/IENE, per potenziare le famiglie di migranti e rifugiati grazie a maggiori competenze genitoriali. Il modello è dettagliato nella sezione *Intellectual Outputs (IO) 2.1. Modello del curriculum*. Il modello si basa sulle quattro componenti dell'assistenza sanitaria culturale, competente e compassionevole: a) **consapevolezza culturale**, b) **conoscenza culturale**, c) **sensibilità culturale** e d) **competenza culturale**. Il modello fornisce i valori, la filosofia e i principi educativi, nonché una mappa concettuale dei contenuti specifici, al fine di aiutare i formatori dell'assistenza sanitaria a sviluppare curriculum e strumenti educativi per gli operatori sanitari.

In aggiunta al curriculum, operatori sanitari, volontari, rifugiati e migranti avranno un facile accesso alle informazioni relative alla migrazione e al benessere; la condivisione di informazioni e conoscenze tra tutti i soggetti appena menzionati sarà facilitata attraverso il portale KHub (<http://ienerefugeehub.eu/training/>).

2. Filosofia Formativa

Crediamo che un curriculum progettato per promuovere il sostegno culturalmente competente e compassionevole per le famiglie di migranti e rifugiati in transito dovrebbe essere basato sul rispetto, l'equità, la compassione, le competenze culturali, il coraggio, le abilità sociali, la flessibilità e la tolleranza. Tale curriculum dovrebbe basarsi sulle conoscenze e abilità che già operatori sanitari e genitori hanno; dovrebbe anche incoraggiarli a essere riflessivi, auto-compassionevoli e fiduciosi nelle situazioni difficili che si trovano ad affrontare. Sono anche invitati a pensare a sé stessi come esempio attraverso il modellamento e il coaching dei ruoli.

3. Definizioni

Oltre all'elenco di valori e convinzioni elencati e descritti nel Modello di Curriculum IO 2.1, qui viene fornito un elenco aggiuntivo di parole e concetti chiave.

Richiedente Asilo

Una persona che ha fatto domanda alla Polizia di frontiera o all'Ufficio Immigrazione della Prefettura competente (nel caso in cui il Paese ospitante sia l'Italia), per essere riconosciuto come rifugiato ma che non ha ancora ricevuto una decisione o è in procinto di fare appello contro il rifiuto iniziale di una richiesta di asilo già avanzata.

Coraggio

Le definizioni di coraggio variano, ma ci sono alcune componenti comuni. In termini di pratica di assistenza, il coraggio è probabilmente meglio compreso attraverso l'analisi della letteratura intrapresa da Hawkins e Morse (2014), i quali hanno descritto il coraggio come "una forza interiore o una virtù morale fondamentale per la capacità di un individuo di comportamenti premurosi o di compassione, o la capacità di fronteggiamento" (p 265). Hawkins e Morse concludono con la definizione: "Nonostante la paura per sé stessi e gli altri, il coraggio consiste in un'azione/azioni di "assunzione di rischi" etico-morali con l'intento di garantire un'assistenza ai pazienti sicura". Quindi, come sottolineato da Hawkins e Morse (2014, 267), il coraggio differisce dalla compassione, proprio perché consente azioni di assunzione di rischi. Lindh et al (2010) hanno intrapreso un'analisi teorica del "coraggio" e hanno identificato quattro punti di vista filosofici:

1-il coraggio come concetto ontologico; secondo questo punto di vista, il coraggio è una caratteristica intrinseca dell'essere umano. Come esseri umani, abbiamo bisogno di coraggio per prendere decisioni giorno per giorno. Se un essere umano non adempie ai propri doveri o obblighi morali, si può provare il senso di colpa.

2-Il coraggio come virtù morale; il ruolo del coraggio nell'etica e nella vita morale può essere trovato nell'opera di Aristotele (384-322 aC), che considerava il coraggio come una virtù morale (Lindh, Barbosa da Silva, Berg, & Severinsson, 2010).

3-Il coraggio come proprietà di un atto etico, per il quale "Il coraggio morale è fondato sulla compassione, la sensibilità e il riconoscimento della sofferenza altrui" (Lindh et al., 2010, 561). Esso implica inoltre la capacità di riconoscere quando qualcosa è sbagliato e di sentire la responsabilità di rispondere. L'opposto del coraggio morale sarebbe una riluttanza a farsi coinvolgere quando qualcuno viene trattato ingiustamente.

4-Il coraggio come capacità creativa; avendo il coraggio di sfidare lo status quo, qualcosa di nuovo può essere creato e così il coraggio può portare al cambiamento. In sintesi: "Il coraggio ci consente di fare la cosa giusta per le persone che ci stanno a cuore, di parlare quando abbiamo preoccupazioni e di avere la forza e la visione personale per innovare e abbracciare nuovi modi di lavorare" (Commissioning Board Chief Nursing Officer E DH Consigliere infermieristico capo, 2012, pagina 13).

Empowerment

L'empowerment si riferisce al "processo per migliorare la capacità di individui o gruppi di fare delle scelte e trasformare tali scelte in azioni e risultati desiderati" (sito web ufficiale della Banca Mondiale). L'empowerment è principalmente legato alla povertà economica ma anche agli accordi sociali (struttura sociale, classe sociale), governo locale o nazionale. Se riassumiamo la definizione di Empowerment potremmo riferirci solo alla Libertà, che si traduce in: accesso alle informazioni, accesso ai servizi di base, partecipazione alle decisioni della cosa pubblica, ecc.

Avendo tutto quanto sopra hai il potere di fare una gamma più ampia di scelte, sei nella posizione di influenzare la tua vita e cambiare il suo corso ogni volta che ti senti. Potremmo dire che nel potenziamento dell'assistenza sanitaria è l'accesso ai servizi di base, ma anche l'opportunità di scegliere il proprio fornitore di servizi sanitari.

Pulizia Etnica

La pulizia etnica è un termine che è diventato ampiamente usato per descrivere tutte le forme di violenza etnicamente ispirata, che vanno dall'omicidio, allo stupro e alla tortura fino alla rimozione forzata delle popolazioni. La Commissione delle Nazioni Unite, nel 1993, la definì più specificamente come "la rimozione deliberata da un territorio specifico di persone di un particolare gruppo etnico, con la forza o l'intimidazione, al fine di rendere quell'area etnicamente omogenea".

Tipi di Famiglie

- Famiglia nucleare: una coppia con figli a carico
- Famiglia monoparentale: è presente solo uno dei due genitori
- Famiglia estesa: famiglia che si estende oltre la famiglia nucleare, includendo nonni e altri parenti
- Famiglia senza figli: una famiglia in cui i bambini non sono presenti (ad esempio bambini separati o perduti)
- Famiglia allargata: uno o entrambi i genitori non sono biologicamente correlati al bambino / ai bambini)
- Famiglia dei nonni: una famiglia con nipoti e nessun genitore presente nell'intera generazione.

Migrante

L'IOM (l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni) definisce un migrante come qualsiasi persona che si muove o si è mossa attraverso un confine internazionale o all'interno di uno Stato lontano dal suo luogo di residenza abituale, indipendentemente da (1) lo status giuridico della persona; (2) se il movimento è volontario o involontario; (3) quali siano le cause del movimento; o (4) quale sia la durata del soggiorno. (<https://www.iom.int/who-is-a-migrant>, accessibile su 8.5.19)

Consapevolezza

La consapevolezza ha le sue origini nella filosofia buddista ed è stata insegnata per alleviare la sofferenza e coltivare la compassione (White, 2014). La consapevolezza implica lo scopo, la consapevolezza e l'attenzione nel momento presente. "La consapevolezza è un processo di trasformazione in cui si sviluppa una crescente capacità di 'sperimentare la presenza', con accettazione, attenzione e consapevolezza (White, 2014, 282).

Prontezza

Il concetto di prontezza si è evoluto dalle radici filosofiche di diverse discipline (McKivergin e Daubenmire, 1994). Si riferisce all'essenza della pratica assistenziale ed è commisurato alle teorie infermieristiche dell'assistenza. McKivergin e Daubenmire sostengono che il fornire cure compassionevoli richiede una sensibilità alle molte dimensioni del sé e invoca la teoria della prontezza, introdotta per la prima volta nella letteratura infermieristica nel 1976 da Paterson e Zderad, come via per la comprensione delle relazioni terapeutiche che comportano "l'essere con" come pure il "fare con". La prontezza implica alcune dimensioni personali e professionali: l'unicità personale che ogni infermiere porta con sé nell'incontro con l'assistito, e il contesto professionale di quell'incontro, che è diretto verso l'obiettivo. Nella convinzione che il processo di prontezza possa essere esplorato, sperimentato, evocato, insegnato e appreso consapevolmente, McKivergin e Daubenmire lo rendono operativo a diversi livelli di pratica e identificano i tipi di contatto e le abilità necessarie per tradurre in pratica la prontezza nell'assistenza: presenza fisica, psicologica e terapeutica. Mentre un assistente si muove attraverso questi livelli di prontezza, la natura del contatto si sposta da "essere lì" a "stare con" a relazionarsi con il paziente preso nella sua totalità. Van der Cingel (2011) estende queste nozioni sostenendo che "essere lì" sia una scelta consapevole e intenzionale e non una casualità; l'infermiere rileva il bisogno di prontezza in una situazione.

Rifugiato

Chi, a causa di un fondato timore di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un particolare gruppo sociale o di opinione politica, non è in grado o, a causa di tale paura, non è disposto a tornare nel Paese natio o di precedente residenza abituale (Convenzione delle Nazioni Unite del 1951).

Norme Sociali

Nella molteplicità delle differenti definizioni di norme sociali, si riscontra come tutte sottolineino l'importanza di aspettative o di regole informali condivise tra un gruppo di persone

(un gruppo di riferimento), aspettative e regole su come le persone dovrebbero comportarsi. La maggior parte delle definizioni concorda sul fatto che le norme siano mantenute in vigore attraverso premi sociali per le persone che ad esse si conformano (ad esempio l'approvazione di altre persone, che si trovano nella comunità) e sanzioni sociali contro coloro che, invece, non lo fanno (come i pettegolezzi, l'ostracismo o la violenza). In questo, grande importanza hanno le regole informali, non scritte, che, spesso, più delle formali, stanno alla base dei comportamenti (Marcus, Harper, Brodbeck, & Page, 2015).

Resilienza

La capacità di riprendersi rapidamente dalle difficoltà; tenacia (dizionario Oxford). Il concetto di resilienza viene tipicamente presentato come proprietà di individui, comunità, organizzazioni o settori dei servizi in grado di sopportare stress e sfide. La resilienza è di conseguenza intesa come la capacità di sopportare, adattare e generare nuovi modi di pensare e di funzionare in un contesto caratterizzato da cambiamento, incertezza o avversità (Seaman, McNeice, Yates e McLean, 2014).

4. Sfide per famiglie migranti e rifugiate

The analysis of the evidence collected in *IO 1. Mapping National and International Literature* resulted in the following four macro-themes which are also summarised in **Figure 1**:

L'analisi delle evidenze raccolte nella sezione IO 1 (Intellectual Output n 1), *Mappatura della letteratura nazionale e internazionale*, ha prodotto i seguenti quattro macro-temi che sono riassunti nella figura 1:

1. **Sradicamento.** I rifugiati provengono da contesti e situazioni differenti. Tuttavia, tutti condividono ragioni comuni per fuggire dai propri Paesi, come conflitti e guerre, persecuzioni, violenze di massa, torture e disastri naturali. Tra le conseguenze immediate delle migrazioni forzate, e dei relativi periodi di vita nei campi profughi, vi sono le difficoltà ambientali e le sfide che questo comporta per le famiglie di rifugiati. Le condizioni precarie di salute, l'estrema povertà, la separazione familiare e la perdita di sostegno da parte della rete di parenti e membri della comunità, rappresentano tutti cambiamenti radicali che influenzano l'esperienza dei genitori rifugiati. I campi sono spesso luoghi con bassi livelli di igiene e poche strutture. Meno noti sono tuttavia altri tipi di rischi che caratterizzano, in misura egualmente importante e negativa, la vita nei campi profughi: la violenza della comunità, il bullismo, gli abusi sessuali, la tratta di esseri umani e il contrabbando. Se, per un verso, oggi, la risposta immediata è diretta a soddisfare i bisogni primari, come alloggio e cibo; igiene personale, della cucina e della casa; luoghi di culto e aggregazione, e supporto finanziario, occorrerebbe, per l'altro, sollevare l'attenzione sulla garanzia dei diritti umani e della legge per la protezione dei migranti vulnerabili, dei rifugiati e dei richiedenti asilo.
2. **Incerteza spazio-temporale.** L'incerteza spazio-temporale dei rifugiati può essere prolungata, a volte per anni, a causa delle continue condizioni ostili nel loro Paese

d'origine che rende impossibile il ritorno. Dall'altra parte, politiche di immigrazione restrittive e sistemi di asilo, oltre a estenuanti processi burocratici, rallentano il reinsediamento e l'integrazione in un nuovo Paese. La situazione limbo dei rifugiati è una fonte di senso di insicurezza, caos e stress persistente, che si aggiunge agli effetti devastanti degli eventi traumatizzanti che hanno portato alla decisione di migrare. I rifugiati apolidi vivono nella marginalità, sono più vulnerabili alla discriminazione e allo sfruttamento e spesso non hanno accesso al benessere e all'istruzione. Come tipico dell'attesa, i rifugiati in transito devono soffrire di monotonia e perdita di senso, il che può essere ancora più difficile per i bambini che non frequentano la scuola regolarmente o che non hanno risorse disponibili per giocare. In questa situazione, gli interpreti e i mediatori culturali sono fondamentali per aiutare i rifugiati non solo nel loro processo di asilo formale, ma in modo più ampio per interagire efficacemente con il contesto straniero. I servizi delle ONG devono essere in grado di raggiungere campi e rifugi e la fornitura di istruzione per la popolazione minorile è cruciale. La facilitazione dell'istituzione di reti sociali e il ripristino di una sana routine quotidiana sono anche servizi importanti da offrire per consentire una genitorialità positiva tra le famiglie di rifugiati in transito.

3. **Trauma and Abusi.** I migranti forzati, i rifugiati e i richiedenti asilo hanno spesso subito loro stessi o hanno assistito a incredibili atrocità. I traumi e gli abusi subiti dai rifugiati sono legati a diversi tipi di violenza, come quelli etnici, politici, di genere, fisici ed emotivi. Di conseguenza, le cattive condizioni di salute fisica mentale e sono diffuse, e queste possono avere a loro volta un impatto devastante sul processo genitoriale. Pertanto, sono fondamentali screening regolari e di primo soccorso psicosociale, oltre a programmi di genitorialità che aiutino le famiglie di rifugiati e migranti a recuperare e ripristinare relazioni positive.
4. **Impotenza Parentale.** La letteratura specialistica suggerisce come la combinazione di sradicamento geografico, culturale e sociale, la condizione di incertezza e la violenza subita, siano fattori che contribuiscono tutti ad aumentare i rischi di una perdita di identità come genitori. Un senso di impotenza dei genitori - a causa delle profonde perdite, interruzioni ed eventi traumatici subiti prima della partenza - è stato riscontrato nei genitori dei rifugiati. Fondamentalmente, si riscontra nelle famiglie migranti il passaggio di potere sulla presa di decisione, dal controllo interno al controllo esterno. (Williams, 2010). Questa perdita di controllo implica l'interruzione della relazione genitore-figlio e può innescare un senso di colpa e inadeguatezza per cui i genitori sentono che il meglio che possono fare per i loro figli non è "mai abbastanza buono" (Kelly, 2016). Lo stato emotivamente sconvolto dei genitori può portare a iperprotettività, durezza e inversione dei ruoli genitore-figlio (Browne, 2018). Lo scarso benessere dei genitori, la genitorialità alterata e gli ambienti familiari infelici sono fattori di alto rischio per i bambini che sviluppano attaccamenti insicuri e disagio mentale almeno altrettanto forte degli eventi traumatici prima della partenza e relativi al viaggio che hanno dovuto affrontare (Miller & Jordans, 2016). Questo insieme di importanti esperienze avverse infantili (ACE)* può portare all'internalizzazione e all'esternalizzazione dei problemi comportamentali. Ad esempio, è stato scoperto che i bambini rifugiati siriani presentano sintomi traumatici, come bagnare il letto, comportamenti regressivi, paura di forti rumori e luci intense, oltre a comportamenti

aggressivi e violenti, emozioni negative e cattiva comunicazione genitore-figlio (El-Khani, Ulph, Peters, & Calam, 2016). Uno studio correlazionale ha rivelato che circa la metà dei bambini rifugiati siriani presentava un livello preoccupante di ansia, introversione, paura e altri problemi emotivi e comportamentali (Cartwright, El-Khani, Subryan e Calam, 2015).

La risposta deve quindi concentrarsi sul sostegno sia dei bambini che dei genitori, con l'obiettivo di migliorare l'ambiente familiare nel suo complesso. In effetti, una semplice attenzione ai bambini potrebbe correre il rischio di non riuscire a fronteggiare le fonti critiche di stress che colpiscono i bambini. Inoltre, il supporto dedicato alla promozione della resilienza e che si rivolge a fattori ambientali e stressanti quotidiani dovrebbe essere integrato con un intervento che si focalizza su un distress curativo (Miller & Jordans, 2016). Il supporto focalizzato sull'età relativo al bambino, nel nostro modello, include attività basate sul gioco e sull'apprendimento per favorire il benessere emotivo e fisico, una disciplina comportamentale sicura e appropriata, il valore del rispetto e il godimento di una relazione positiva basata sulla regola. Il supporto alla genitorialità è incentrato sulla crescita dell'autocompassione e della motivazione, della coesione familiare e della comunicazione genitore-figlio, basandosi sulle tecniche di consapevolezza e riduzione dello stress. La figura 1 di seguito riassume le sfide per le famiglie di migranti e rifugiati in conformità con i quattro macro-temi derivanti dall'ampia revisione IO 1, *Mappatura della letteratura nazionale e internazionale*.

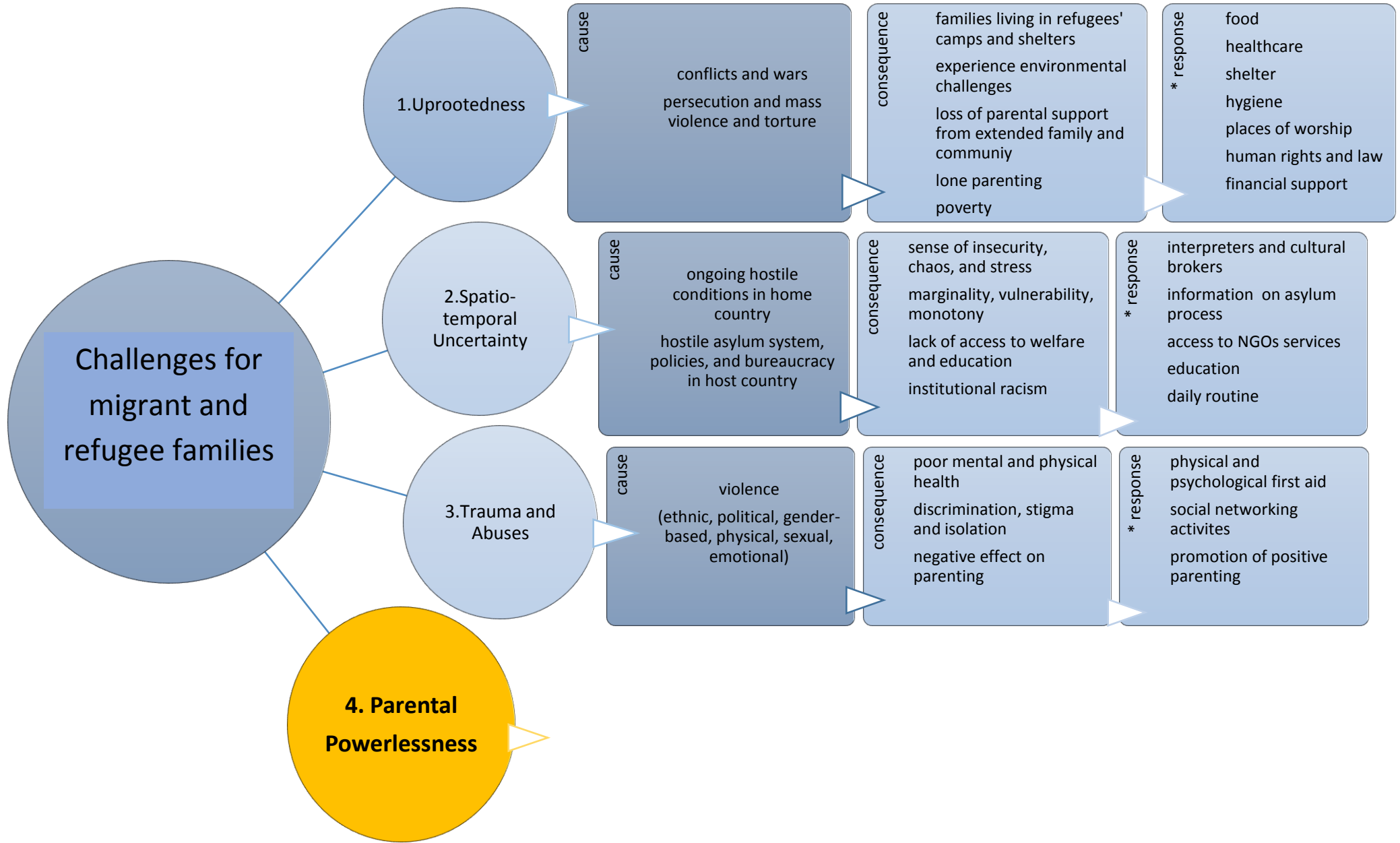


Figura 1. Sfide per le famiglie rifugiate



5. Intenti e obiettivi del curriculum

Questo curriculum ha lo scopo di informare una formazione innovativa per infermieri e altri operatori sanitari e volontari, per consentire loro di fornire supporto, conoscenze e competenze sui bisogni di assistenza alla genitorialità, in circostanze estreme ed eccezionali. Esso aspira a sviluppare le competenze degli operatori sanitari nel fornire un sostegno culturalmente competente e compassionevole alle famiglie che fanno parte delle nuove ondate migratorie provenienti principalmente da Siria, Iraq e Afghanistan, che arrivano in Grecia attraverso la Turchia. Tale curriculum mira anche ad aiutare operatori sanitari e volontari a sviluppare strategie personali/di gruppo per far fronte agli alti livelli del trauma che queste persone vivono, a causa di ciò che incontrano mentre svolgono il loro lavoro.

Il curriculum è composto da 4 UNITÀ di apprendimento che seguono i 4 costrutti del Modello concettuale PTT / IENE e il PTT / IENE8 (Modello di formazione europeo per i caregivers di famiglie di migranti e rifugiati in transito), come già descritto in dettaglio nel documento *Modello di curriculum IO 2.1*. Sia il modello che il curriculum stesso sono costruiti sulla base di quanto la letteratura indica (*IO 1. Mappatura della letteratura nazionale e internazionale*). Ogni unità comprende 5 sotto-unità: 4 sotto-unità che trattano argomenti relativi all'età rilevanti per i bambini, e 1 che riguarda questioni rilevanti per l'adulto, inteso come genitore ma anche come caregiver.

L'UNITA' 1 si trova all'interno del costrutto della *Consapevolezza* e mira a migliorare la comprensione degli elementi chiave dello sviluppo del bambino e della relazione figlio-genitore, che sono in gran parte culturalmente informati. Operatori sanitari e volontari impareranno come aiutare i genitori a diventare più consapevoli delle proprie convinzioni e valori culturali in termini di genitorialità. Li aiuteranno a concentrarsi sulle fasi chiave dello sviluppo di un bambino (ad esempio, l'attaccamento, senso del limite, etc.), attingendo alla ricchezza di conoscenze e tradizioni che i genitori possiedono già. La sub-unità dedicata agli adulti si concentra sull'apprendimento dell'auto-compassione che è radicata nell'auto-consapevolezza.

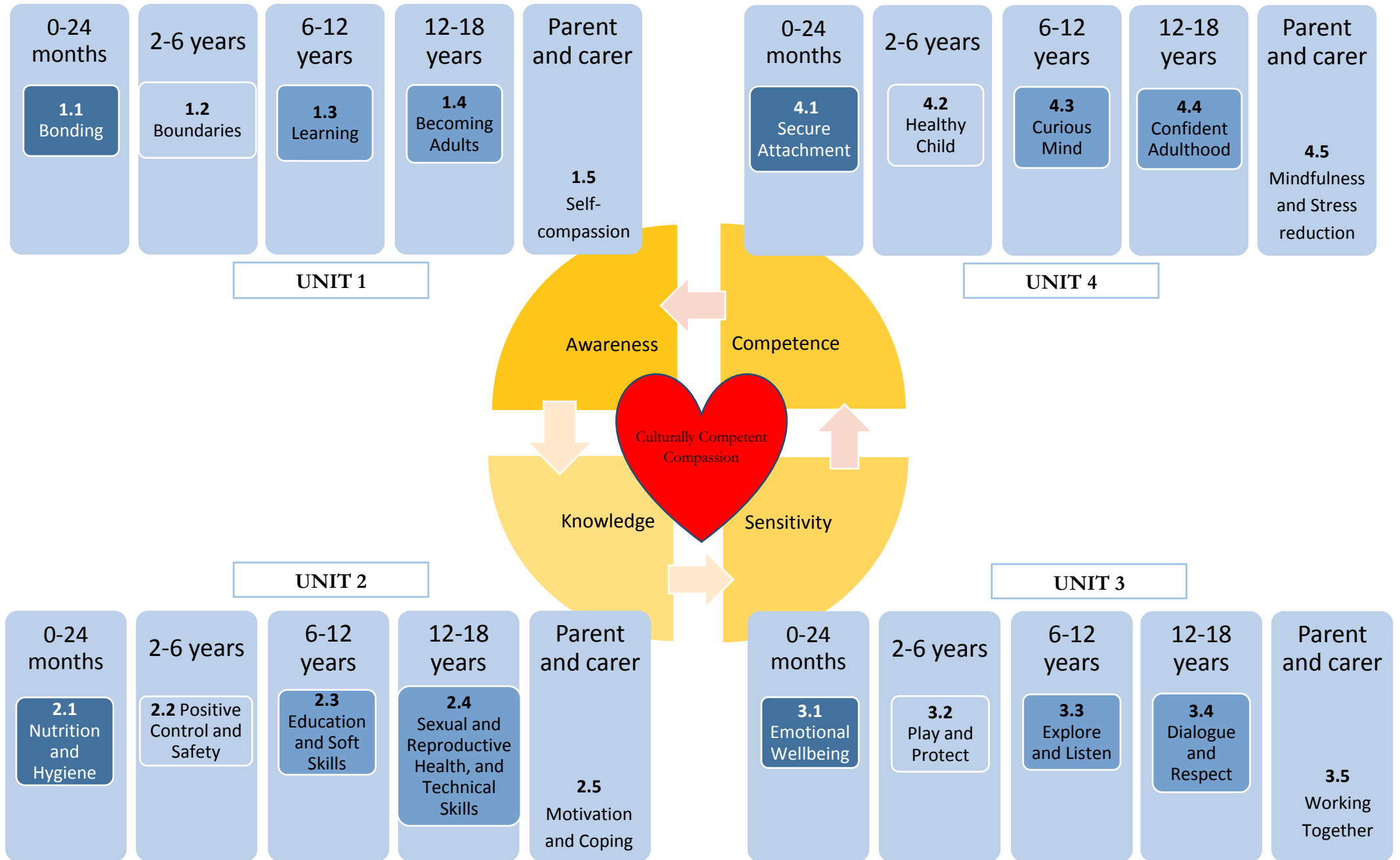
L'UNITA' 2 riguarda il costrutto della *Conoscenza* e mira ad aiutare i genitori a cementare alcune nozioni di base cruciali per le fasi di crescita dei propri figli, come nutrizione, igiene, disciplina appropriata, meta-competenze, salute sessuale e riproduttiva. Analogamente alla prima unità, anche qui l'esperienza di insegnamento/apprendimento è radicata nella capitalizzazione di ciò che i genitori già conoscono e in un approccio culturalmente competente e compassionevole (Papadopoulos, 2018). La subunità per gli adulti mira ad aumentare le strategie di coping e la motivazione.

Nell'ambito della *Sensibilità*, **L'UNITA' 3** ruota intorno allo sviluppo di sentimenti e atteggiamenti positivi volti a stabilire una relazione sana, in cui sia il genitore che il figlio possono sentirsi soddisfatti (ad esempio, giocosità, dialogo, rispetto). Anche l'importanza del lavoro cooperativo sarà oggetto di formazione per gli adulti.

Infine, **L'UNITA' 4** riguarda il raccogliere i frutti dalle unità precedenti e consentire ai genitori di provare una genitorialità competente e compassionevole, in grado di praticare un'educazione compassionevole dei propri figli all'interno di specifici valori e credenze culturali. Questa unità appartiene al dominio della *Competenza* e riguarda argomenti come l'attaccamento sicuro, il bambino sano, la mente curiosa, gli adulti fiduciosi. Consapevolezza e

riduzione dello stress sono l'obiettivo che l'adulto deve raggiungere in questa unità. La figura 2 offre una panoramica della mappa dei contenuti del curriculum.

Figure 2. Curriculum Content Map



6. Struttura del curriculum

The curriculum will consist of four **UNITS** as described above, in addition to a pre-course preparation phase and post-course reflection and evaluation phase. Training will be **20 hours**, and structured as follow:

Il curriculum sarà composto da quattro UNITÀ, come descritto sopra, oltre a una fase di preparazione pre-corso e una fase di riflessioni e valutazione post-corso. La formazione sarà di 20 ore e strutturata come segue:

- 6 ore di preparazione pre-corso da autodidatta (tutti i materiali saranno forniti on-line e gli studenti li studieranno in autonomia);
- 8 ore di lezione in aula in cui saranno affrontate le quattro UNITÀ (apprendimento faccia a faccia in aula): 2 ore circa per ogni unità, 4 unità con 5 sotto-moduli (circa 25 minuti per ciascun sotto-modulo, suddiviso in 5 minuti di presentazione - 15 minuti per le attività - 5 minuti per la discussione di gruppo);
- 6 ore di riflessioni e valutazione post-corso.

	CONS	CONO	S	COMP
Apprendimento autonomo [6 ore]	X	X		
1° GIORNO 1 [8 ore]		X	X	X
Riflessioni [6 ore]	X		X	X

CONS= CONSAPEVOLEZZA, CONO= CONOSCENZA, S= SENSIBILITA',
COMP=COMPETENZA

7. Struttura per le Unità di Formazione Breve

Ciascun partner si occuperà di 3 **UNITA'** basate sui propri concetti scelti.

Partner	FOCUS	Unit 1	FOCUS	Unit 2
CUT	Diventare adulti	1.4		
MDX	Confini	1.2		
EDUNET	Apprendimento	1.3	Educazione e meta-competenze	2.3
NKUA	Auto-compassione	1.5	Controllo positivo e Sicurezza	2.2
Doctors of the World			Nutrizione e Igiene + Salute sessuale e riproduttiva, e competenze tecniche	2.1, 2.4
St Augustinus				
C&B	Attaccamento	1.1	Motivazione e Strategie di Coping	2.5

Partner	FOCUS	Unit 3	FOCUS	Unit 4
CUT			Adulità sicura	4.4
MDX	Gioco e protezione	3.2	Mente curiosa	4.3
EDUNET	Esporazione e ascolto	3.3		
NKUA			Attaccamento Sicuro	4.1
Doctors of the World			Bambino in salute	4.2
St Augustinus	Dialogo e Rispetto + Lavorare insieme	3.4, 3.5	Mindfulness e Riduzione dello stress	4.5
C&B	Benessere emotivo	3.1		

Le brevi unità di apprendimento avranno la seguente struttura:

Titolo della pagina page: Titolo, Autori, data

Pagina 1:

- ✓ Oggetti di Apprendimento: da 1 a 3
- ✓ Cosa è... (Definizione)
- ✓ Rilevanza di IENE 8
- ✓ Teorie chiave in mezza pagina

Pagina 2:

- ✓ Tre slides di Power Point e figure/immagini dalla ricerca

Pagina 3:

- ✓ • Attività (es. quiz o altro)- un terzo della pagina
- ✓ • Riflessioni su un argomento della Unità – lo spazio per un paragrafo
- ✓ • Auto-valutazione – un terzo di una pagina (questo è solo un suggerimento)

Pagina 4:

- ✓ • Bibliografia
- ✓ • Links ai siti web e/o ai documenti

8. Strategie di valutazione (auto e tra pari)

La valutazione riguarda più cose contemporaneamente: si tratta di descrivere i risultati degli studenti e di insegnarli meglio esprimendo loro in modo più chiaro gli obiettivi dei nostri programmi. Si tratta di misurare l'apprendimento degli studenti; di rilevare incomprendimenti per aiutare gli studenti a imparare in modo più efficace. La valutazione riguarda, dunque, la qualità dell'insegnamento e la qualità dell'apprendimento (Ramsden, 2003, p. 177).

Summative assessment (evaluate caregivers learning) in order to: measure what the learners have achieved and demonstrate that standards are appropriate.

Self-assessment involves various tasks such as self-reflection, journal/diary notes, quizzes provided within a course, etc.

Valutazione formativa (monitorare l'apprendimento dei caregivers) ha due scopi: aiutare gli studenti a identificare i loro punti di forza e debolezza e le aree target che necessitano di lavoro, e aiutarli a riconoscere in cosa i genitori stanno avendo maggiori difficoltà e indirizzare gli sforzi in vista di una positiva risoluzione dei problemi.

Valutazione sommativa (valutare l'apprendimento dei caregivers) al fine di: misurare ciò che gli studenti hanno raggiunto e dimostrare che gli standard sono appropriati.

Auto-valutazione comprende vari compiti come l'auto-riflessione, appunti di diario/diario, quiz forniti all'interno del corso, ecc.

Nella struttura del Curriculum e nella valutazione delle attività, possiamo includere:

- a) 6 ore di apprendimento autonomo (tutti i materiali saranno forniti on-line e gli studenti li consulteranno in modo autonomo); la promozione di un apprendimento indipendente aiuta i caregivers ad assumersi crescenti responsabilità circa il proprio progresso:
- Realizzare una mappa concettuale che sia discussa in aula per rappresentare come si è compreso uno specifico argomento;
- b) 8 ore di apprendimento in aula (apprendimento di presenza in aula):
- Durante le lezioni, offrire la possibilità di riflettere e discutere su come fronteggiare i problemi, sulla ragione delle strategie adottate e sulla valutazione dei differenti approcci;
- Presentare due o tre frasi che identifichino i punti principali delle lezioni;
- d) 6 ore per la riflessione:
- Incoraggiare l'auto-riflessione sul proprio apprendimento e produrre un piano d'azione per il miglioramento del proprio bagaglio in merito al lavoro con i genitori migranti e rifugiati.

9. Strategie di valutazione

Attraverso la valutazione possiamo sapere se il curriculum soddisfa il suo scopo e se i nostri studenti stanno effettivamente imparando.

La valutazione degli esiti è suddivisa in quattro sezioni, come segue:

1. Qualità del curriculum: copertura dei bisogni di apprendimento identificati, aspettative e obiettivi di apprendimento dei gruppi target, pertinenza della struttura delle sessioni di formazione, attività di apprendimento e risultati di apprendimento soddisfatti.
 - Verifica: studenti che partecipano ai seminari di formazione; questionari di valutazione somministrati;
2. Qualità della metodologia di formazione: efficienza nella gestione della formazione, attivazione e motivazione dei partecipanti, comunicazione e supporto alle loro opportunità di

apprendimento per i loro percorsi individuali.

- Verifica: studenti partecipanti ai seminari di formazione; valutazione dei questionari somministrati; valutazione del report del *leader* dell'Intellectual Output 3.
3. Qualità degli esiti di apprendimento: valore aggiunto alle conoscenze e alle competenze acquisite dai partecipanti; applicabilità della conoscenza acquisita alla pratica; il grado di assimilazione della conoscenza.
- Verifica: studenti partecipanti ai seminari di formazione; valutazione dei questionari somministrati; valutazione del report del *leader* dell'Intellectual Outputs 3.
4. Qualità degli strumenti di apprendimento breve: rispondenza ai bisogni di apprendimento identificati delle famiglie migranti e rifugiate nel migliorare le proprie competenze di genitorialità e la cura, sociale di salute, dei propri figli; adeguate competenze degli operatori sanitari e volontari (che hanno seguito il Corso) per la formazione dei genitori migranti e rifugiati; innovazione e qualità del contenuto; presentazione dei materiali di formazione, in modo facile e intuitivo, efficienza per l'informazione e l'apprendimento
- Verifica: esperti delle organizzazioni partner; validazione report del *leader* dell'Intellectual Output 4.

10. Lista delle letture, lista delle risorse on-line

Ciascun partner fornirà ai partecipanti una lista nella propria lingua madre

<http://www.ieneproject.eu/>

<https://ienetools.wordpress.com/>

11. Bibliografia

- Browne, D. T. (2018, December 4). The challenge of parenting in a migrant caravan. *The Conversation*. Retrieved from <http://theconversation.com/the-challenge-of-parenting-in-a-migrant-caravan-107875>
- Cartwright, K., El-Khani, A., Subryan, A., & Calam, R. (2015). Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict. *Global Mental Health*, 2. <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.3>
- Commissioning Board Chief Nursing Officer, & DH Chief Nursing Adviser. (2012). *Compassion in Practice. Nursing, midwifery and care staff*. Retrieved from NHS website: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 59–68. <https://doi.org/10.1023/A:1014335312219>
- El-Khani, A., Ulph, F., Peters, S., & Calam, R. (2016). Syria: the challenges of parenting in refugee situations of immediate displacement. *Intervention*, 14(2), 99–113. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000118>
- Hawkins, S. F., & Morse, J. (2014). The praxis of courage as a foundation for care. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(4), 263–270. <https://doi.org/10.1111/jnu.12077>
- Kelly, A. C. F. (2016). *Refugee Mothers' Experiences of Forced Migration and its Impact upon Family Life*. Retrieved from <http://uhra.herts.ac.uk/handle/2299/17189>
- Lindh, I.-B., Barbosa da Silva, A., Berg, A., & Severinsson, E. (2010). Courage and nursing practice: a theoretical analysis. *Nursing Ethics*, 17(5), 551–565. <https://doi.org/10.1177/0969733010369475>

- Marcus, R., Harper, C., Brodbeck, S., & Page, E. (2015). *Social norms, gender norms and adolescent girls: a brief guide*. Retrieved from Overseas Development Institute website:
<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9818.pdf>
- McKivergin, M. J., & Daubenmire, M. J. (1994). The healing process of presence. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 12(1), 65–81.
<https://doi.org/10.1177/089801019401200111>
- Miller, K. E., & Jordans, M. J. D. (2016). Determinants of Children's Mental Health in War-Torn Settings: Translating Research Into Action. *Current Psychiatry Reports*, 18(6).
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0692-3>
- Papadopoulos, I. (2018). *Culturally Competent Compassion*. Oxon: Routledge.
- Ramsden, P. (2003). *Learning to Teach in Higher Education* (2 edition). London ; New York: Routledge.
- Seaman, P., McNeice, V., Yates, G., & McLean, J. (2014, February). *Resilience for public health*. Presented at the Glasgow Centre for Population Health. Glasgow Centre for Population Health.
- van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: a qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18(5), 672–685. <https://doi.org/10.1177/0969733011403556>
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282–294. <https://doi.org/10.1111/jan.12182>
- Williams, N. (2010). Establishing the boundaries and building bridges: A literature review on ecological theory: implications for research into the refugee parenting experience. *Journal of Child Health Care*, 14(1), 35–51. <https://doi.org/10.1177/1367493509347116>